

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 Korkeala, 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

*Ilkka Henrik Mäkinen*

Социальные факторы и суицид:  
сравнение региональных коррелятов суицида  
в Восточной Европе в течение XX века ..... 3

*Е.Б. Любов*

Опыт, осведомленность и отношение  
больничного психиатрического персонала  
к суицидальному поведению ..... 18

*Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур*

Фармакологическая превенция суицидальных  
проявлений у больных с биполярной депрессией.  
Сообщение 2: особенности назначения  
антипсихотиков ..... 30

*А.В. Сахаров, Н.В. Говорин*

Суицидальное поведение и потребление алкоголя:  
оценка взаимосвязей на популяционном уровне .. 35

*Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский*

Корреляты парасуицида лиц с синдромом  
зависимости от алкоголя: гендерный аспект ..... 46

*А.В. Меринов, Т.А. Бычкова, А.В. Лукашук,  
О.Ю. Сомкина, Н.Л. Меринов*

Суицидологическая характеристика девушек,  
воспитанных в неполных семьях ..... 54

*В.И. Каневский*

Психологические корреляты у молодых людей  
с суицидальными мыслями ..... 58

*Л.Л. Алавердова*

Помощь добровольцев семье покончившего  
с собой: личный опыт, трудности и возможности .. 64

*Е.Б. Любов*

Дорогу осилит идущий  
(комментарий к статье и книге Л. Алавердовой)..... 66

Информация для авторов ..... 68

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. Petersburg, 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 Korkeala, Ph. D., prof. (Finland)	
Niko Seppälä, M.D. (Finland)	
Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования <b>(РИНЦ)</b>	
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 № 87. Тираж 1000 экз.	
Подписан в печать 24.06.2015 г.	
Распространяется по подписке	

## Contents

<i>Ilkka Henrik Mäkinen</i>	
Social factors and suicide: comparing the regional concomitants of Eastern European suicide mortality over the 20 <sup>th</sup> century .....	3
<i>E.B. Lyubov</i>	
Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior .....	18
<i>L.N. Yur'yeva, A. I. Mamchur</i>	
Pharmacological prevention of suicidal manifestations in patients with bipolar depression. Message 2: especially the appointment of antipsychotics .....	30
<i>A.V. Sakharov, N.V. Govorin</i>	
Suicidal behavior and alcohol: estimation of correlations at the population level .....	35
<i>Y.E. Razvodovsky, V.V. Dukorsky</i>	
Correlates of parasuicide of alcohol dependent persons: gender aspect .....	46
<i>A.V. Merinov, T.A. Bychkova, A.V. Lucashuk, O.Y. Somkina, N.L. Merinov</i>	
Suicidal characteristic of girls brought up in single-parent families .....	54
<i>V.I. Kanevsky</i>	
Psychological correlates in young people experiencing suicidal thoughts .....	58
<i>L.L. Alaverdova</i>	
Volunteer help for those who lost loved ones to suicide: personal experience, challenges and opportunities .....	64
<i>E.B. Lyubov</i>	
... And with its feet cuts through the path it follows (comment on the article and the book by L. Alaverdova) .....	66

Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), сайт Российского общества психиатров – [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru), [www.medpsy.ru](http://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

## СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И СУИЦИД: СРАВНЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ КОРРЕЛЯТОВ СУИЦИДА В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ В ТЕЧЕНИЕ XX ВЕКА

SOCIAL FACTORS AND SUICIDE: COMPARING THE REGIONAL CONCOMITANTS OF EASTERN EUROPEAN SUICIDE MORTALITY OVER THE 20<sup>th</sup> CENTURY

*Ilkka Henrik Mäkinen*

Университет Уппсала, S-751 26, Уппсала, Швеция

Контактная информация:

Ilkka Henrik Mäkinen, PhD. Место работы и должность: профессор социологии, кафедра социологии университета Уппсала. Адрес: Университет Уппсала, S-751 26, Уппсала, Швеция. Телефон: +46 18 4711484, e-mail: Ilkka.Makinen@soc.uu.se

Address for correspondence: Ilkka Henrik Mäkinen, PhD. Department of Sociology Uppsala University, S-751 26 Uppsala, Sweden. Phone +46 18 4711484, e-mail: Ilkka.Makinen@soc.uu.se

Проблема высокого уровня самоубийств в странах Восточной Европы привлекла внимание многих исследователей. В ряде работ была предпринята попытка идентифицировать так называемые социальные корреляты суицида в этих странах, которая, однако, не дала однозначного результата. Целью настоящего исследования было изучение социальных коррелятов суицида в Восточной Европе в начале и конце XX века. Были использованы региональные данные уровня суицидов и некоторых их коррелятов, таких как уровень потребления алкоголя, уровень разводов, уровень общей смертности, убийств, удельный вес городского населения, уровень материального благосостояния за 1910 г. (64 губернии Европейской части России и Королевство Польское) и за 1989 г. (53 области Российской Федерации, Белоруссия, Украина, Молдова, Литва, Латвия, Эстония, Казахстан, Польша).

Согласно результатам корреляционного анализа в 1910 г. уровень суицидов во всех регионах статистически значимо коррелировал с уровнем потребления алкоголя, уровнем убийств, уровнем разводов, уровнем материального благосостояния, удельным весом городского населения ( $r=0,41-0,57$ ;  $p<0,0001$ ), но не с уровнем общей смертности. В модели множественной регрессии проживание в городе, уровень разводов, а также уровень материального благосостояния объясняли 79% региональной вариации уровня суицидов. В 1989 г. общий региональный паттерн характеризовался положительной корреляцией уровня суицидов с уровнем общей смертности, но не с уровнем разводов и уровнем материального благосостояния. Настоящее исследование свидетельствует в пользу гипотезы, согласно которой уровень суицидов в Восточной Европе был подвержен влиянию процесса модернизации, который отмечался на протяжении XX столетия. Нестабильность коррелятов суицида с течением времени является следствием того факта, что природа суицида в Восточной Европе изменилась: будучи изначально феноменом городского среднего и высшего класса, она превратилась в более конвенциональный социальный феномен. Несмотря на то, что суицид в определенной степени ассоциируется с одиночеством и злоупотреблением алкоголем, изменение с течением времени его коррелятов говорит о том, что «социальный портрет суицида» является культурально опосредованным и, таким образом, гибким понятием. Следовательно, любые этнические / генетические гипотезы распространенности суицидов должны учитывать этот факт.

*Ключевые слова:* суицид, алкоголь, экономика, убийства, история, кросс-секционное исследование, Восточная Европа, Россия.

### *Introduction, aim of the study*

Eastern European suicide mortality: some background. As a result of both the ending of the secrecy surrounding suicide statistics,

and the dramatic rise in suicide rates in parts of the region in the beginning of the 1990s [1, 2], the study of suicide in Eastern and Eastern Central Europe has attracted increasing attention during the past fifteen years. Although the first studies

were mostly descriptive in nature, some of the later research [3] has penetrated the question of causation more deeply. The number of studies relating to geographical differences in [3–9] and the history of suicide mortality in this region [10–13] has also grown in later years.

Suicide mortality rates in Eastern Europe increased strongly before World War I, and again in the 1920s [14]. At the end of the 1920s, publication of suicide statistics was ended in the Soviet Union, and the collection of mortality data changed so that the separation of suicides from other violent deaths became impossible, except for in the cities, where these statistics were continued. Thus, there are no comprehensive statistics of suicide available for the USSR until the end of the 1950s [15]. At that time, suicide mortality had doubled in comparison with the 1920s. From this point on it increased until 1984, when the Russian (RSFSR) suicide rate reached the level of 38.7 cases per 100,000 inhabitants, before subsequently declining during the period of *perestroika*.

The demographical distribution of suicide changed over time, too. Statistics from the 1920s [14] demonstrate that women's share of suicides (over 30%) was at that time higher than it was later in the 1980s (20–25%). Suicide was also committed by younger persons in the 1920s – Russian suicide mortality has still a tendency towards peaking in middle-age instead of in old-age which is more usual [16], but even given the difference in age distribution, the suicide rate for those aged between 18 and 24 years was exceptionally high in the 1920s. Female suicide even peaked at this young age. These patterns are reminiscent of pre-modern societies [17, 18].

Suicide mortality is often considered as being culturally determined [19]. Among other things, this is manifest in the persistence of the geographical patterns of suicide which seem to survive many kinds of social change [18, 20]. In a previous study [13], the geographical distribution of suicide in 1910 and 1989 was mapped. It was found that the patterns had changed profoundly during the period, and that the changes were not likely to reflect any short-term processes. The lack of regional continuity in suicide mortality in this area may imply an absence of strong and continuous regional cultures, or a strong influence of other factors, such as societal modernisation, on suicide mortality. However, no regional correlates of suicide were investigated in that study, and the reasons for the change in the spatial distribution

remained hypothetical. The current paper is a continuation of that study, and it analyses some relevant variables' relationships to suicide mortality in Eastern European regions in order to answer the "why" question more conclusively.

The correlates of Eastern European suicide mortality. Ever since Durkheim (1992/1897) [21] drew attention to the stable differences in suicide mortality rates across social units more than a century ago, attempts have abounded to find reasons for their varying frequencies at different levels, both with and without the help of Durkheim's concepts. While studying suicide rates in 18 Western European countries in 1961–63 and 1972–74, P. Sainsbury, J. Jenkins and A. Levey [22] concluded that the "changing status of women, – increasing anomie and – socio-economic change" seemed to predict the future development of suicide mortality at the national level.

Replicating their study with later material, I.H. Mäkinen [23] could not find any evidence for such predictive power. However, the *static* characteristics of high- and low-suicide countries had remained similar over time. Thus, a modern type of family life (implying a high percentage of working women, fewer children, older mothers, and many divorces) and high homicide rates were typical of high-suicide societies in both studies. The level of a nation's suicide mortality thus seems to be defined by the more durable – culturally dictated? – traits of that nation, while its movements, at least over a shorter time span, seem to follow another dynamics, the exact nature of which is unknown.

Many social variables have been studied in the context of the distribution of suicide mortality in Eastern Europe. Early in the last century, S.A. Novoselskii [24] mentioned the effects of "race", religion, urban living, alcohol consumption, and the degree of "civilization" (indicated by literacy) on suicide rates. A.M. Korovin [25], in turn, highlighted the spatial relation between suicide and alcohol consumption, urban living, and Protestant and Jewish populations, while doubting the importance of economic circumstances. This latter contention was opposed by D. Zhbankov [26] and N. Grigorev [27], who both stressed the effects of poverty on suicide mortality.

More recently, I.H. Mäkinen [2] has found that Eastern European suicide mortality in 1985–94 tended to correlate positively, at a national level, with homicide rates and the extent of political

rights and freedoms, but not with general mortality (life expectancy). D. Lester and S.V. Kondrichin [28] related suicide mortality in 1994 to marriage rates (negative correlation), rates of illegitimacy, unemployment rates, and (negatively) to population density in 55 Russian provinces, while death rates, divorce rates, urbanity, and income levels failed to show any significant relations. In their multiple regression analysis of these data however, urbanity, illegitimacy, and unemployment were positive predictors of suicide mortality levels, while marriages, income, and population density were negative ones. In a factor analysis, suicide mortality loaded on a factor with unemployment, illegitimacy, urbanization, and (low) marriage rate. W.A. Pridemore's [7] study of 78 Russian provinces highlighted the correlations between suicide and heavy drinking (alcohol poisoning), poverty, and rurality.

S.V. Kondrichin's and D. Lester's [5] analysis of the Ukrainian provinces (2002) showed that suicide there tended to correlate with divorce, urbanity, and "social disintegration" (i.e. general mortality and alcohol poisoning rates). According to M. Jarosz [3], the regional distribution of suicide mortality tends to follow "social and existential" problems in Poland, too. In contrast, S.V. Kandrychyn [29] argues strongly for the predominance of ethnic and genetic factors in order to explain the north-south gradient of suicide in European Russia. Later, M. Voracek et al. [30] have presented a regional analysis of several Eastern European nations and argued that a J-shaped "suicide belt" exists in Eastern Europe that coincides with the Finno-Ugrian populations.

The numerous studies of the rise in suicide mortality in Eastern Europe in the 1990s provide many examples of potential correlates of suicide mortality, although the identity of static and dynamic correlates should perhaps not be taken for granted. Many writers stress the role of increasing alcohol consumption [4, 10, 15, 31, 32, 33] and the changing mode of it [34], worsening economic conditions [3, 8, 31, 35] especially where adequate coping mechanisms are lacking [8], growing unemployment [36, 37, 38], a weakening of the family [4, 35, 37, 39], increasing mobility and migration [3, 36] and, more generally, social disruption [8], a worsening quality of life [35], as well as the rapid change as such [3, 36, 38, 40]. Interestingly however, E. Rancans et al. [41] found the correlations of both alcohol, economy (GDP), and unem-

ployment with suicide mortality in Latvia ambiguous.

The aim of this study is to provide a background for modern studies of suicide in Eastern Europe by extending the spatial and spatio-historical study of suicide mortality in the area (here defined as pre-revolutionary "European Russia") especially as regards the social correlates for suicide. We seek through statistical investigation answers to the following questions:

1. Did the level of registered suicide mortality in Eastern Europe ("European Russia") before 1917 covary with any of the proposed social correlates of suicide?

2. Did its level covary with any of the proposed social correlates of suicide at the end of the Communist period? Were the eventual spatial correlations dependent on the state/republic?

3. Have the correlations between the social correlates of suicide mortality changed between these periods? If yes, how?

4. What conclusions that can be drawn from these results as regards the causes of the geographical distribution of suicide mortality and its changes over time?

The research data were collected from two points in time:

1910. Data for population size, suicide mortality, and some of its proposed concomitants (cf above) were collected from the 67 provinces of European Russia and the Grand Duchy of Poland. The concomitants were: *a*) general mortality, indicating, among other things, the level of general pathological stress in the population [2]; *b*) average alcohol consumption; *c*) homicide mortality, indicating lawlessness and social disruption [2]; *d*) share of urban population; *e*) the divorce rate, indicating family disruption (available only for the Orthodox population, per diocese (*eparkhiya*)), and *f*) economic level, which was estimated by the per capita public (all categories combined) spending for medical purposes.

1989 (or nearest year). Attempts were made to collect similar data from the nine countries currently existing in the area, excluding the areas that did not belong to the Czarist Empire in 1910. This resulted into the following data set:

1. European Russia (53 regional units): all variables were collected. However, due to a lack of comparable economic indicators, per capita sales in state and cooperative retail stores and paid services (*platnye uslugi*) per capita were used instead.

2. Ukraine (21 regional units): all variables. The average monthly wage for workers and clerks was used as an economic indicator.

3. Moldavia (1 unit): all variables apart from the economic indicator.

4. Estonia (16 regional units): all variables except alcohol consumption, which is not calculated for the small regional units of Estonia, and the economic indicator.

5. Latvia (33 regional units): see Estonia.

6. Lithuania (52 regional units): see Estonia.

7. Poland (23 regional units): all variables. The alcohol consumption figures were, however, divided into classes, where the class middle was used as an approximation of the true value. Car ownership and the average monthly industrial wages were chosen as economic indicators.

8. Belarus (7 regional units): only population size, suicide mortality<sup>i</sup>, general mortality, share of urban population, and the divorce rates were available at the regional level.

9. Kazakstan (4 regional units): regional-level data were only available for population size, general mortality, share of urban population, and the divorce rate. The number of dentists and doctors per 10,000 was used as an approximate economic measure.

Most regrettably, data on unemployment and migration could not be found at the regional level for these time points. However, the 1910 data set was nearly complete (except for the Polish provinces' (Orthodox) divorce rates and economic indicators), while the data were missing from the 1989 set in a country-wise fashion (see above), thus leaving alternative ways for analyses.

The main sources of data for the 1910 set were A.M. Korovin [25] and the annual public health reports of the Russian Ministry of the Interior (MVD), as well as the statistics of the Holy Synod. For the 1989 set, individual countries' statistics (sometimes unpublished) have been utilized.

The reliability of older statistics is often questioned, and sometimes rightly so. According to A.M. Korovin [25], suicide mortality data for 1910 were obtained from the annual Public Health Reports of the Office of the Chief Medical Inspector of the Russian Ministry of the Interior. The relatively undeveloped organization of the collection of mortality statistics in Russia in 1910 creates some problems, which have been discussed elsewhere [13, 42], but which do not indicate any insurmountable problems for this study.

As regards general mortality, the system of collecting data on the causes of death in Russia was still not unified 1910. It was based on church books (*metricheskie knigi*), and divided along religious lines: the Orthodox, Muslims, Jews, Roman Catholics, Protestants, and others all had their own basic bookkeeping, the results of which were reported to the authorities. In addition, there was another, civil system of registering causes of death by doctors, but this was only operational in 120 main towns with approx. 10% of the population. In only two cities (St.Petersburg and Warsaw) were there sanctions for not complying with this decree (*ukaz*). Moreover, the Grand Duchy of Poland had its own system [43]. In these circumstances, it is possible that there were discrepancies between the different systems of data collection.

As regards the other variables, demographers think that the 1910 population figures are probably somewhat inflated. The per capita alcohol consumption data refers to that of strong liquors only, or, more precisely, the "consumption of vodka" [25, 44]. However, strong liquors constituted the overwhelming majority of all alcohol sold in Russia at the time. The divorce rates are, as mentioned above, limited to the Orthodox population, but probably indicative of real regional differences.

In 1989, the areas included in the study were parts of either the Soviet Union or Poland. In the Soviet Union, there was a formal, centralized procedure for the ascertainment of cases of death [4], and the basic validity of the figures has not been seriously contested. As to Poland, suicide statistics have been published (save for a short period in the beginning of the 1980s) since the 1950s, and there are no special reasons to doubt their basic validity.

As regards the other variables, the notorious alcohol consumption statistics notwithstanding, there is no particular reason to question the basically sufficient quality of modern statistics. As to suicide rates, see A. Värnik [4], D. Wasserman, A. Värnik [45, 46]. Finally, in relation to the different economic indicators, it should be noted that in those cases where two of them were examined (Poland and Russia), their values were significantly correlated with each other. However, due to a lack of comparable indicators, all economic comparisons in 1989 are limited to the country concerned.

#### Method

In order to assess the degree of covariation, correlative techniques were employed alongside multiple regression analyses for the simultaneous

measurements of possible effects. When possible, the analyses were also, as far as possible, repeated within the smaller divisions (countries and republics). However, some of these analyses (notably those in Poland and Ukraine) had few research units per variable and should be interpreted cautiously.

The general strategy was to use as many units as were available. Thus, in the analyses of 1910 and 1989 only, without the across-time comparison, contemporary units were used in order to maximize their number. The large number of small Baltic units caused some problems here, but the analyses have been repeated country-wise. For the comparisons of spatial correlations over time, 55 special comparison units (SCU) were created on the principle of least common denominators of the administrative-statistic divisions of 1910 and 1989. The units thus constructed do not coincide exactly, but to a degree which does not greatly disturb the statistical operations.

Of the 55 SCUs, 29 were located on the territory of the contemporary Russian Federation, while Ukraine and Poland were both divided into nine parts. Thus, investigations of within-country divisions over time were only possible in these countries. Belarus, the Baltic countries, Moldavia, and the part of Kazakstan that is included in this

study were not large enough to allow such comparisons.

As mentioned above, divorce rates were collected from ecclesiastical statistics, the regional unit of which was the diocese. The boundaries of the dioceses were legally required to coincide with those of the provinces [47], but this was not always the case. So, for diocese-based analyses of 1910, 49 dioceses are available. These do not, however, cover the whole area because of unclear boundaries in Poland and Dagestan. In order to compare these spatial correlations over time, 39 “larger areas” were created by combining the boundaries of the 1910 dioceses with contemporary and later administrative divisions.

In both descriptions and some of the analyses, for the sake of simplicity eighteen cultural areas are used as the frame of reference. They should not be confused with present-day large regions (federalnye okruga) of Russia, despite their sometimes-similar names. Their construction can be regarded as a compromise, where the traditional regional-cultural divisions [48] were followed as far as possible, but where the boundaries also had to coincide with those of the SCU’s in order to allow analyses. Moreover, because of the large scale areas such as “Baltic” were simply grouped together despite their internal differences. The cultural areas are listed in Appendix 1.

*Appendix 1*

Eastern European cultural areas and their constituent units in terms of czarist Russian gubernii in 1910

<i>Cultural Area</i>	<i>Constituent Units</i>
Baltic	Estlyandskaya, Kovenskaya, Kurlyandskaya, Lifyandskaya
Belorussia	Grodnenskaya, Minskaya, Mogilevskaya, Vilenskaya, Vitebskaya
Central Russia	Kaluzhskaya, Moskovskaya, Nizhegorodskaya, Tverskaya, Vladimirskaya
Dagestan	Dagenstanskaya
East Ukraine	Chernigovskaya, Kharkovskaya, Khersonskaya, Poltavskaya, Tavricheskaya
“Ethnic” Eastern Russia	Kazanskaya, Ufimskaya
Great Poland	Kalishskaya, Petrokovskaya
Little Poland	Kieletskaya, Lyublinskaya, Radomskaya
Mazovia	Lomzhinskaya, Plotskaya, Siedletsкая, Suvalkskaya, Varshavskaya
Moldavia	Bessarabskaya
North Caucasus	Chernomorskaya, Donskaya, Kubanskaya, Stavropolskaya, Terskaya
North Russia	Arkhangelskaya, Kostromskaya, Novgorodskaya, Olonetskaya, Petrogradskaya, Vologodskaya, Yaroslavskaya
Southeast Russia	Astrakhanskaya, Orenburgskaya, Turgaiskaya, Uralskaya
South Russia	Kurskaya, Orlovskaya, Penzenskaya, Ryazanskaya, Tambovskaya, Tuskaya, Voronezhskaya
The Urals	Ekaterinoslavskaya, Permskaya, Vyatskaya
Volga	Samarskaya, Saratovskaya, Simbirskaya
West Russia	Pskovskaya, Smolenskaya
West Ukraine	Kievskaya, Podolskaya, Volinskaya

Analyses and their results

The spatial correlates of suicide 1910. Suicide mortality in 1910 was highest in the gouvernement of St.Petersburg, which had 25.3 cases per 100,000 inhabitants, and lowest in the not-too-distant Olonets, where 0.2 cases per 100,000 were registered. General mortality varied between 1200 per 100,000 in Warsaw gouvernement and 4850 in that of Stavropol, alcohol consumption ranged between 1.0 litres of pure alcohol per capita in Dagestan and 16.7 litres in St.Petersburg, and homicide mortality from 2.0 per 100,000 in the Polish provinces of Kalisz and Radom to 32.9 in Terek in the North Caucasus. Urban inhabitants were most prevalent in the gouvernement of St.Petersburg, comprising 70.3 per cent of the population, and least so in Vyatka gouvernement with 3.5 per cent city dwellers. Divorces, which were available only for Orthodox population and per diocese, were rare, varying between 0.005 per 1000 of the Orthodox population in the North Russian Vologda diocese and 0.173 in that

of St.Petersburg<sup>iii</sup>. Among the 57 provinces for which the chosen economic measure was available, it – the per capita public (all categories together) medical spending varied between 0.17 roubles in Lithuania (Kovno)<sup>iii</sup> to 3.74 roubles in St.Petersburg.

The registered suicide rates of the provinces in 1910 covaried positively – and highly significantly – with both alcohol consumption, homicide rates, urban living, divorce rates, and economy (all  $r(s) = 0.41-0.57$ ;  $p < 0.0001$ ), but not with general mortality rates. When the high-suicide St. Petersburg was excluded, however, the correlation between the general death rate and the suicide rate fell to  $-0.24$ , becoming significant at 5% level. The percentage of urban population, divorce, and economy all correlated positively with each other, whereas alcohol consumption seemed to be on the outskirts of this cluster of variables and homicide did not belong to it. Suicide mortality had a strong connection to this cluster. It also seemed to correlate with alcohol consumption and homicide even outside of this context (see Table 1).

Table 1

Correlations between suicide mortality rates and some social variables in the European-Russian provinces in 1910

	Suicide Rate	Mortal.	Alcohol cons.	Homic. rate	Urban pop.	Divorce rate	Econ.
Suicide Rate		-0.21 -0.07	0.64*** 0.55***	0.25* 0.53***	0.85*** 0.57***	0.52*** 0.41***	0.79*** 0.46***
Mortal.			0.30* 0.39***	0.12 0.19	-0.39*** -0.48***	-0.40** -0.33*	-0.18 0.07
Alcohol cons.				0.20 0.38**	0.60*** 0.31**	0.23 0.26*	0.80*** 0.65***
Homic. rate					0.22 0.19	0.06 0.12	0.12 0.32*
Urban pop.						0.53*** 0.49***	0.78*** 0.27*
Divorce rate							0.65*** 0.15
Econ.							

Correlations (r; above), rank correlations (r(s); below), and their p-values: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Table 2

A multiple regression analysis of some social variables' effects on suicide mortality rates in 57 European-Russian provinces in 1910

Variable	Beta Estimate	Standard Error	T for H0: Beta = 0	Prob >  T
Constant	-14.65	4.29	-3.41	0.001
Urban pop.	1.48	0.41	3.61	0.001
Divorce	402.43	127.73	3.15	0.003
Economy	17.63	7.34	2.40	0.020

When analysed together in a multiple regression model, urban living, divorces, and the economy all made significant contributions, explaining 79% of the variation in the provincial suicide rates. Without St.Petersburg however, the proportion decreases to 59%, and the significance of economic development for suicide slips above the 0.05 level.

The regression analyses clarified this picture by showing that those elements of alcohol consumption and homicide that did not belong to the “urban cluster of variables” did not contribute significantly to suicide mortality. Regression diagnostics showed further that the suicide rate of the Kherson province was especially difficult to predict, having a very large (>3sd) positive residual. This was probably related to the fact that Kherson included Odessa, the then third largest city of Russia, which may have contributed with disproportionately many suicides. The bivariate relationships between the independent variables and suicide mortality were not deviant in other respects.

The spatial correlates of suicide 1989. Between 1910 and 1989, suicide mortality grew markedly in all of Eastern Europe, typically perhaps 15-fold, with the sole exception of St.Petersburg. Among the larger provinces, in 1989 suicide mortality was at its highest in Mariiskaya oblast, with 42.4 registered cases per 100,000, and lowest in Dagestan (3.6). General mortality had decreased to a third of its former level, and now varied between 600 per 100,000 in Murmanskaya oblast and 1530 in Chernigov (Ukraine). Levels of alcohol consumption, howev-

er, were largely similar, ranging between 2.0 litres of pure alcohol per capita in Chechnya-Ingushetia and 8.7 litres in Moscow. The same was seen with homicide mortality, which now varied from 0.2 per 100,000 in the Polish vojevodstvo of Zamosc to 18.4 in the North Russian Komi province. The urban population was now generally more numerous than the rural, and many administrative units (Moscow, Leningrad, Kiev, Minsk, Riga, and Vilnius, among others) were completely urban. Least urban was Polish Zamosc with only 27 per cent urban dwellers. As a result of secularisation, divorces were far more common in 1989 than in 1910, varying between 0.3 per 1000 in the South-eastern Polish Tarnobrzeg vojevodstvo and 5.7 in the City of Kiev in Ukraine. The economic measures used differed between countries, but in Poland, Radom or Kielce (depending on the measure used) were among the poorest larger provinces, while the region of Warsaw was at the top. In Ukraine, Volhynia and the City of Kiev were found at the opposite ends of the scale. In Russia, Chechnya-Ingushetia and Dagestan were the poorest provinces, while the inhabitants of Moscow City not unexpectedly consumed most goods and services per capita.

The analyses of data from 1989 included all the administrative units (210) then in existence, and they were also performed separately for each country (Soviet republic) where possible, in order to control for the possible differences between the countries/republics that might have affected the results obtained.

Table 3

Correlations between suicide mortality rates and some social variables in 1989

	All units	European Russia	Ukraine	Poland	Baltics
Mortality	0.39***	0.18	0.59**	-0.09	0.31**
Alcohol consumption	-0.07	0.39** <sup>d</sup> (0.47**) <sup>b</sup>	0.06	0.06	n.a.
Homicide rate	0.32***	0.65*** (0.58***)	0.59**	0.20	0.18
Urban population	-0.17*	0.23	0.05	-0.14	-0.30**
Divorce rate	0.22**	-0.11 (-0.36**)	0.30	0.11	-0.15
Economy	n.a.	0.06 <sup>c</sup>	0.12	-0.34 <sup>d</sup>	n.a.

Correlations (r) of suicide rates and p-values: \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

a) After adding a quadratic term for alcohol consumption the multiple R reached 0.70.

b) The figures in parentheses refer to correlations excluding the four Russian provinces that deviated most, i.e. Moscow, Leningrad, Chechnya-Ingushetia, and Dagestan.

c) r for retail sales per capita. The correlation with per capita paid services was -0.06 (n.s.).

d) Correlation with the average industrial wages. The correlation with car ownership was -0.24 (n.s.).

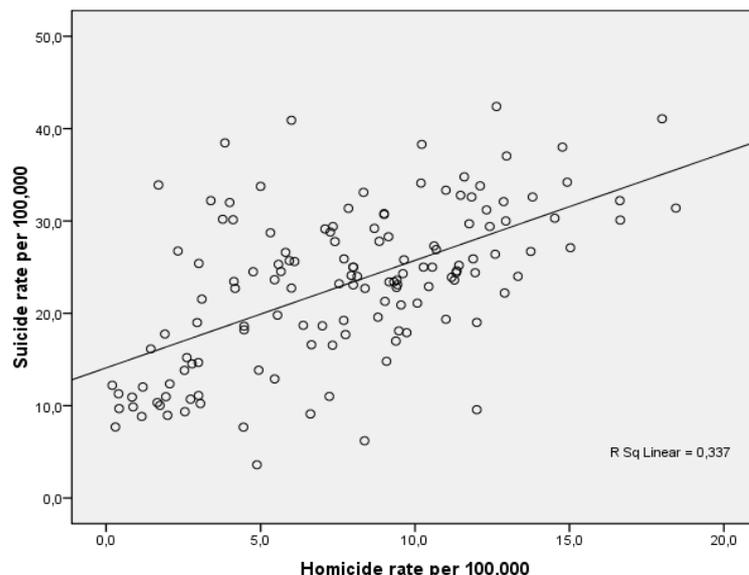


Figure 1. The relation between homicide and suicide mortality in 138 Eastern European regions with >50,000 inhabitants in 1989.

The general pattern observed was that suicide mortality correlated positively with general mortality and homicide, but was largely indifferent to divorces and the economic level. The correlation between suicide mortality and alcohol consumption was clearly positive within Russia, and that between suicide mortality and urban living clearly negative within the Baltic countries, while there were no significant relations in the other areas.

Figure 1 shows the regional relationship between homicide and suicide in the Eastern European regions in 1989, however without the smaller (population < 50,000) Baltic units. It should be noted that the exclusion of the smaller units from the diagram makes the depicted correlation substantially larger ( $r=0.58$ ) than the one that exists when all units are included ( $r=0.32$ ).

Each country or country group was different in some respects. In Russia, the strongest concomitants of suicide were homicide and alcohol consumption. However, the Russian analyses were somewhat disturbed by four deviant areas: the cities of Moscow and Leningrad, which were leading in many respects (for example, alcohol consumption and the economy) due to their special position, and the northern Caucasian regions of Dagestan and Chechnya-Ingushetia, which deviated (by having very low suicide and divorce rates, e.g.) probably because of cultural differences. When these four areas were excluded from the analysis, there appeared to be a significantly negative relationship between divorce rates and suicide mortality among the European-Russian provinces;

likewise, the relationship between alcohol consumption and suicide grew stronger (see Figure 2).

In Ukraine, alcohol consumption was not a significant correlate to suicide, but general mortality and homicide were<sup>ii</sup>. In Poland, or the part of Poland that was included in the analysis, no significant correlates at all could be found to suicide mortality. Finally, in the Baltic republics there was a significantly positive correlation between suicide mortality and general mortality, and a negative one between suicide mortality and urban living. Total mortality was not a significant correlate of suicide within Russia, yet the difference between Russia and other areas in both mortality and suicide resulted in a significantly positive relationship between the two. A positive correlation between total mortality and suicide mortality is in no way inevitable: suicide mortality amounts to just 3-4% of total mortality at most, and the correlation between the two was negative in 1910.

The results of the multiple regression analyses did not differ much from those of the correlation analyses, implying that the correlations did not mainly result from simple covariation with other variables in the set. The analysis was, however, more difficult to perform and interpret than the 1910 analysis had been, since different data were now missing for different countries. For the analyses, see Table 4.

Homicide mortality had a clearly significant positive effect on the suicide rate among all analyzable units, and in all country-wise analyses.

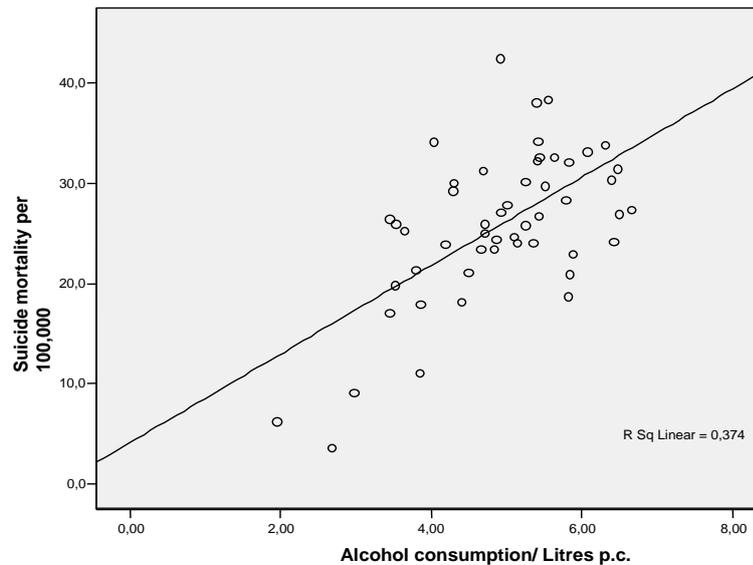


Figure 2. The Relation between alcohol consumption and suicide mortality in the European-Russian regions in 1989 (excluding the four most deviating Russian provinces, i.e. Moscow, Leningrad, Chechnya-Ingushetia, Dagestan).

- <sup>i</sup> In this paper, "European Russia" will, for the sake of simplicity, be used to describe the area of our research, which consists of pre-1917 European Russia *and* the Grand Duchy of Poland.
- <sup>ii</sup> Data for which were found in Kondrichin and Lester (1998).
- <sup>iii</sup> The Orthodox divorce rate was even higher in Warsaw, 0.455 per 1000 Orthodox persons, but the diocese borders are unclear.
- <sup>iv</sup> Lithuania was not necessarily the poorest province in this area, the measure used may be somewhat inaccurate for the Western provinces, which show surprisingly low values. The Turgai province (in contemporary Kazakstan) had an average of 0.23 roubles.
- <sup>v</sup> The Ukrainian provinces' correlations were heavily influenced by three areas (the City of Kiev, Rovno, all of which had clearly lower suicide rates than the other provinces. These three areas were also different in all other respects except for low general mortality and low homicide rates. However, in light of the general relations found in this study, this section of the results cannot be regarded as spurious but rather as a replication of a more general relationship.

Table 4

Multiple regression analysis of some social variables' effects on suicide mortality in 1989

	All units <sup>a</sup>	European Russia	Ukraine	Poland	Baltics
Constant	4.35	6.28 (15.50**) <sup>b</sup>	-26.62***	12.11***	10.00
Mortality	1.25***	n.s.	2.75***	n.s.	1.29**
Alcohol consumption	(n.s.)	2.48*** (2.34**)	n.s.	n.s.	n.a.
Homicide rate	0.68***	1.52*** (1.11***)	0.86***	1.07*	0.48*
Urban population	-0.11**	n.s.	n.s.	-0.23**	n.s.
Divorce rate	2.22***	-2.79** (-3.75***)	1.88**	8.19**	n.s.
Economy	n.a.	n.s.	n.s.	n.s.	n.a.
R2 (Adj.)	0.29	0.53 <sup>c</sup>	0.88	0.30	0.12

Significant beta estimates and their p-values: \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

- a) The different economic measures could only be used in single countries, and alcohol consumption data was missing for the Baltic republics. However, since the effect of alcohol consumption was not significant for those units for which data were available, the analysis was performed including the Baltic area.
- b) The figures in parentheses refer to effects excluding the four Russian provinces that deviated most, i.e. Moscow, Leningrad, Chechnya-Ingushetia, and Dagestan. The adjusted R<sup>2</sup> for that regression was 0.54.
- c) The inclusion of quadratic terms for alcohol consumption and the homicide rate increased the adjusted R<sup>2</sup> to 0.69.

In addition, general mortality had a positive effect on suicide among all units, and in Ukraine and the Baltic countries separately. Urbanity was negatively related to suicide among all units, but only in Poland of the individual countries, while alcohol consumption was a strong contributor solely in Russia. Finally, the effects of divorce went in different directions depending on the country, and the economy made no contribution whatsoever.

In the country-wise analyses, the patterns from the correlation analysis were largely repeated, the only important exception being that there was now a good model with significantly contributing variables for Poland in the multiple analysis when the variables were controlled for each other.

The best model for European Russia included alcohol consumption and homicide mortality (strong positive effects, especially when the relationships were assumed to be curvilinear) and, controlling for these, a negative effect from divorce rates. As for alcohol consumption, the relationship can more easily be described as being curvilinear than linear – this is partly due to certain heteroscedasticity (all low-consumption areas have low suicide rates, while the high-

consumption areas vary considerably), and partly to the largest cities that have the highest alcohol consumption figures but middle-ranking suicide rates. As to homicide rates, it seems that the suicide rates stabilize at a certain (high) level of homicide, without subsequent decrease though. In the case of Ukraine, the strongly significant effects from homicide, general mortality, and divorce rates resulted in the most powerful model of all countries (adj. R<sup>2</sup>=0.88). As to Poland, homicide and divorce were also positive predictors there, while urban living appeared as a negative predictor. In the Baltic republics, both general mortality and homicide had positive effects. The economic level did not contribute significantly to the suicide rates in any of the countries.

The regression diagnostics revealed no problems with the residuals from the analyses of all units, Russia (especially when quadratic terms were included), Poland, and the Baltic republics. However, the Ukrainian analysis demonstrated some heteroscedasticity, with increasing residuals from the higher suicide rates. The quality of the regression analyses with the Polish (23) and Ukrainian (21) units suffered from there being too few units per variable.

Table 5

Correlations between suicide mortality rates and some social variables in 1989

	Suicide rate	Mortality	Alcohol consumption	Homicide rate	Urban population	Divorce rate	Economy
Suicide rate		0.39***	-0.07	0.32***	-0.17*	0.22**	n.a.
Mortality			-0.15***	-0.03	-0.49***	-0.07	n.a. <sup>a</sup>
Alcohol consumption <sup>b</sup>				-0.13	0.21*	-0.22* <sup>c</sup>	n.a.
Homicide rate					0.32***	0.41***	n.a.
Urban population						0.52***	n.a.
Divorce rate							n.a.

Correlations (r) and their p-values: \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

a) Economic indicators could only be analyzed by country. In Ukraine, the relation between general mortality and both economic indicators was significantly negative. In Poland, the relation between alcohol consumption and the average industry wage was significantly positive. In Russia and Ukraine, the relations between alcohol consumption and all the economic indicators were likewise significantly positive. In both Poland and Ukraine, the correlation between homicide and the economic indicator was significantly positive. In all of the countries where economic indicators existed, the correlations between all of them and urban living were significantly positive. Finally, in all the countries where there were both economic indicators and divorce data, the correlations between all of them and divorce rates were significantly positive.

b) Many of the correlations here are likely to be spurious because the recorded level of Polish alcohol consumption – although perhaps not the real consumption – was higher than that in the Soviet Union, while suicides, homicides, and divorces were less common. In Poland, the spatial correlations between these variables were all positive. In Russia, the situation was the same, save for homicides which did not correlate significantly with alcohol consumption. In Ukraine, there was a significantly positive correlation between alcohol consumption and divorce rates.

c) Both in Poland, Russia and Ukraine, the relation between alcohol consumption and divorce was clearly positive. The general correlation is likely to exist due to level differences.

The change in the social correlates of suicide between 1910 and 1989. In order to compare the correlates in 1910 and 1989, the analyses were repeated with the 55 SCUs so that the spatial units were similar at both points in time. There had, of course, been large changes occurring between 1910 and 1989, and the relative variation between areas regarding all the variables considered here had decreased. Moreover, the variables' ecological relations with each other had changed – see Table 5.

It seems that in 1910 suicide mortality went unproblematically together with urban living, good economic conditions, and divorce. General mortality did not belong to this cluster of variables, while alcohol consumption and homicide rates partly correlated with it. Factor analyses (not shown here) confirmed this interpretation. In 1989, urbanity, divorce, and the economy still formed a cluster of variables, to which homicide rates were more closely (positively) attached than before. General mortality was still mostly negatively related to them, while suicide mortality had detached itself from them – in a multiple analysis, homicide, general mortality, and *rural* living (along with alcohol consumption in Russia) were now its main predictors. The divorce rate surfaced in the country-wise analyses, but in a paradoxical manner: as a negative predictor in Russia, but positive in Poland and Ukraine. In addition, the 1989 model had less explanatory power, almost certainly due to the greater differences in units sizes and the lower degree of variation between them in general.

### Discussion

The spatial correlates of suicide and their change over time. The place of suicide in the Russian social geography of 1910 was clear: it was, first of all, an urban phenomenon, as were economic wealth, divorce, alcohol consumption and, to some extent, homicide. It correlated significantly with all of these, however, alcohol consumption and homicide disappeared in a multiple analysis. General mortality, high in the less developed countryside, did not correlate with suicide.

In 1989, the relations were less clear. The urban nature of suicide had faded, which is probably indicative of the dwindling importance of the modernisation process, that had nevertheless propelled suicide mortality to entirely different levels in the meantime [13]. Instead, correlations with general social problems (here: homicide and alcohol consumption, along with general mortality)

had become prominent. This provides support for Jarosz' notion that modern suicide seems to follow social problems, not only in Poland but in Russia as well. The effects of what S.V. Kondrichin, D. Lester [5], studying Ukraine, called “social disintegration”, also seem to fit the observed patterns.

In both 1910 and 1989, suicide mortality was somehow connected to most of the potential predictors, but none of them has been a strong and unambiguous correlate to it at both times. The spatial correlations between suicide mortality and the selected social variables have changed, and so have the relations between these variables themselves. It appears that suicide mortality has moved both geographically *and* socially over this long time period [13], probably spurred on by the process of general modernisation that has taken place throughout this region during the 20<sup>th</sup> century. Amongst other things, this has resulted in a decrease in the social status of suicides: in the beginning of the 20<sup>th</sup> century suicide rates were higher among the higher social classes [49], while the contemporary situation is rather the opposite. This also seems to be reflected in the observed changes in the social correlations of suicide.

Differences in the correlates in different societies. As mentioned above, the spatial correlates of suicide in 1989 differed somewhat between the countries. High Russian suicide rates generally went together with social problems such as alcohol consumption and homicide (however negatively with divorce), while suicide in Poland was associated with divorce and homicide (and, negatively, with urban living). Similarly, in Ukraine, suicide co-occurred with both divorce and homicide [5], while the only lasting correlates for Baltic suicides were general mortality and homicide. So, the role of alcohol consumption as a covariate to suicide mortality remains uncertain outside Russia. The explanatory power of the regression models was very high in Ukraine, high in Russia, moderate in Poland, and low in the Baltic countries.

The role of lawlessness and alcohol consumption. Homicide rates and alcohol consumption are the only variables which show correlations consistent enough to suggest a more lasting – although perhaps indirect and spatially limited – relation to the shift in the nature of suicide mortality into a (more conventional) “social problem” with stronger ties to other phenomena of that type. However, even their possible effects show a lack of proportionality across time – both homicide

rates and alcohol sales remained at similar levels in both 1910 and 1989, while suicide mortality grew more than tenfold during the period. It is possible that a strong third factor such as the secularisation, individualisation, and loneliness brought about by the process of modernisation [13] could have raised the baseline of suicide during the 20<sup>th</sup> century, and that the real effects of other, social variables might not be large in comparison.

Building on previous research, the present study shows that the positive correlation between homicide and suicide, observed at the national level in both Western and Eastern Europe [2, 22, 50], also exists at the regional level in Eastern Europe. In an earlier study of Eastern Europe [2], the homicide rate was used as an indicator of “lawlessness” in society, and it may indicate a similar condition regionally, too. In their analysis of Russian suicide, E. Andreeva et al. [8] used the registered crime rate as a possible explanatory variable, and it produced a large and increasing effect on regional suicide rates. It is worth noting that the clear connection (in 1989) between homicide and suicide mortality that we observed contradicts classic models of their complementary relationship [51], and that theories presuming common underlying patterns for violence in society [52] win some support from this study.

Theoretically, the role of alcohol consumption in suicide is uncertain: in some cases it may be a cause of suicide in the sense of being a catalyst for the suicidal process, in others, it might be just a concomitant of downward-spiralling lives. Moreover, its role in suicide may correlate with the manner of its consumption in the particular society and culture [53], which may also be reflected in its different spatial relations to suicide in different societies. Nevertheless, the role of alcohol has been a central one in the discussions on Eastern European suicide.

As regards the latter part of the 20<sup>th</sup> century, several studies have been undertaken in these particular countries on the relationship between alcohol consumption and suicide across time. For example, Y.E. Razvodovsky [34] found a significantly positive relationship between the two between 1970 and 1999 in Belarus. For Russia, W.A. Pridemore et al. [40] have confirmed the existence of this relation with a time series analysis of the years 1956-2002. Finally, J. Landberg [54] has shown that significantly positive relationships between alcohol consumption and suicide

rates exist over time in seven Eastern European countries during the post-war period.

Despite the results of these earlier studies, the role of alcohol consumption was found to be modest and, moreover, confined to Russia. Alcohol consumption seemed to accompany suicide rates at both time points in this study, at least in Russia proper, becoming itself less of an urban phenomenon over time. While the correlation between alcohol consumption and suicide in 1910 may have been a part of the then relatively urban nature of them both, the correlation in Russia in 1989 has other roots.

The fact that homicide, other mortality, and alcohol consumption were the main markers of the geographical distribution of Eastern European suicide in 1989 serves to underline the change in its social character. However, the effect that seems to be due to alcohol might in its turn originate, for example, in the pervasive sense of insecurity created by the lawlessness prevailing in many parts of contemporary Eastern Europe [55]. In a larger analysis, both lawlessness and high alcohol consumption can also be understood as the products of something more general such as, for example, anomie [40], widespread normlessness and purposelessness created by peculiar historical and political circumstances.

The currently “Problematic” character of Eastern European suicide. The change observed in the current study seems to be a result of the changing social nature of suicide: from having been an urban phenomenon, and thus spatially [26, 49] correlated with cities and wealth, it has become a more conventional “social problem”. Thus, from having occurred mostly in modern, urban and industrial regions, suicide has moved out from the cities and tends to accumulate in regions that have other social problems such as lawlessness and alcoholism. It is possible that suicide mortality in Russia – and elsewhere in Eastern Europe – is currently more connected with ordinary social problems of different kinds than in other parts of Europe, either because of the acuteness of these particular problems or, more likely, because of a “culturally available” (even if not consciously accepted by the majority) reaction to them. It is possible that the differences observed in studies of the correlations between, for example, homicide and suicide [50] and alcohol consumption and suicide may primarily just reflect the prevalence of this type of suicide – where it is

present to a greater degree, other variables indicating social problems are visibly accompanying it.

Another possible sign of this difference in the character of suicide is the low mean age of Russian suicides [15], which stands in contrast to the prevailing European pattern where suicide rates generally rise sharply only in old age. Moreover, in a study of European attitudes towards suicide [56], it was found that Eastern Europeans (Poles excepted) generally seemed less inclined to connect suicide to conventional religion. Instead, suicide was associated with general questions of life-taking and, simultaneously, those of “freedom” in the sense of the personal freedom of will and its expression, even if it occurs anti-socially [57]. This latter finding is reminiscent of an attitude that has some history in Russian culture: oppressed persons and groups have often tended to protest by damaging themselves, as the histories of the self-immolating religious schismatics [58] or, more recently, self-mutilating Gulag prisoners [59] testify. Consequently, Eastern Europeans showed more polarized attitudes towards suicide than Western Europeans, despite their generally strong condemnation of it.

Genetic differences? S.V. Kandrychyn [29, 60] argues for an ethnic/genetic hypothesis according to which the regional distribution of Russian suicide rates depends on “the historical prevalence of the Finno-Ugrian component in the north of the country”. One of his arguments is that the geographical distribution of suicide did not change between 1988-91 and 1998 despite the social and economic turmoil of the transition period. However, in the current study it has been shown that the correlates of suicide have indeed changed over a longer time perspective, as has its entire geographical distribution [13]. Any arguments advanced must take this fact into account. The strong geographical gradient in Eastern Europe observed by M. Voracek et al. [30] did not exist a century ago, when suicide followed another dynamics.

### Conclusions

This study lends support to the hypothesis that suicide in Eastern Europe was, probably as a by-product of the process of modernisation, “democratised” socially in the course of the 20<sup>th</sup> century. The changes in its geographical covariates from those associated with an urban lifestyle to social problem indicators are likely to reflect this process, although the covariates of suicide differ somewhat between contemporary Eastern Europe-

an countries. The most salient ones at the end of the Communist period were lawlessness (homicide), general pathological stress (mortality), and alcohol consumption, the latter in Russia only. Seeing that the level of suicide has grown tenfold over the century while the levels of homicide and alcohol consumption have stayed the same (and those of mortality have greatly diminished), one must conclude that their real effects are most probably not that large but that they still indicate the areas where suicides now tend to concentrate in society. However, the geographical change is not a consequence of the suicide-accompanying circumstances moving to other areas, but a reflection of the change in the social nature of suicide.

Suicides everywhere are associated with personal tragedy coupled with social disorganization, but the extent of the latter varies between societies. The currently strong correlation of Eastern European suicide with general social problems observed in this study may be simply a reflection of an accumulation in these societies of a particular type of suicide, where young or middle-aged, hopeless, alcoholised, and destitute men, seemingly at the end of their tether seek to realize their last chance of taking control of their own lives and of being free in the sense of emotional and unlimited personal acting-out (Russian *volya*), that is probably concentrated in the environments where these circumstances meet and where the accompanying values are held. Finally, the change in the correlates and the geographical distribution of suicides during the 20<sup>th</sup> century poses a challenge for the ethno-genetic theories using the current geography of suicide in Eastern Europe as their main basis of support.

Acknowledgements. The author wishes to thank all those who were involved in the sometimes laborious data collection for this manuscript, especially Ms Louise Edström, B S Sc, Associate Professor Therese Reitan, Dr Andrew Stickley, and Ms Irina Timofeyeva from Södertörn University, as well as Mr Vladislav Brodskii, St.Petersburg, for his work in locating older Russian scientific literature, and Associate Professor Fredrik Liljeros, Stockholm University, for his valuable comments.

### References:

1. Sartorius N. Recent changes in suicide rates in selected Eastern European and Other European countries // *International Psychogeriatrics*. – 1995. – № 7. – P. 301-308.
2. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // *Social science & medicine*. – 2000. – № 51. – P. 1405-1420.

3. Jarosz M. Suicide. Warsaw: Institute of political studies at Polish Academy of Sciences, 1998.
4. Värnik A. Suicide in the Baltic countries and in the former republics of the USSR. Stockholm: National Swedish and Stockholm county council of suicide research and prevention & Dept. of clinical neuroscience at Karolinska Institute, 1997 (a).
5. Kondrichin S.V., Lester D. Suicide in the Ukraine // *Crisis*. – 2002. – № 23. – P. 32-33.
6. Pridemore W.A., Spivak A.L. Patterns of suicide mortality in Russia // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2003. – № 33. – P. 132-150.
7. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // *Social forces*. – 2006. – № 85. – P. 413-430.
8. Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. The Socio-economic aetiology of suicide mortality in Russia // *International journal of environment and sustainable development*. – 2008. – № 7. – P. 21-48.
9. Razvodovsky Y.E., Stickley A. Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 // *Public health*. – 2009. – № 23. – P. 27-31.
10. Värnik A. Enesetapud Eestis 1965-1995. – Tallinn: Estonian-Swedish Suicidology Institute, 1997 (b). [Suicides in Estonia]
11. Yunatskevich P.I., Gilinskii Y.I. Sotsiologicheskie i psikhologo-pedagogicheskie osnovy suitsidologii. Uchebnoe posobie. – St.Petersburg: Russian academy of sciences, Institute of sociology, 1999. [Sociological and psychological-pedagogical foundations of suicidology]
12. Mäkinen, I.H. Sorokin on suicide. An introduction to his essay "Suicide as a social phenomenon". In Vägerö D. (Ed.). *The Unknown Sorokin. His life in Russia and the essay on suicide*. – Stockholm: Södertörn university college & CHESS, 2002. – P. 32-61.
13. Mäkinen I.H. Suicide mortality of Eastern European regions before and after the communist period // *Social science and medicine*. – 2006. – № 63. – P. 307-319.
14. Gilinskii Y., Rummyantseva G. Samoubiistva v Rossii // *Mir Rossii*. – 1998. – P. 6. [Suicide in Russia]
15. Bogoyavlenskii D.D. Rossiiskie Samoubiistva i rossiiskie reformy // *Sotsiologicheskie issledovaniya*. – 2002. – P. 76-80. [Russian Suicide and Russian Reforms]
16. 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). – № 98, Suppl. – P. 20-25.
17. Girard C. Age, gender, and suicide: a cross-national analysis // *American sociological review*. – 1993. – № 58. – P. 553-574.
18. Mäkinen I.H., Beskow J., Jansson A., Odén B. Historical perspectives on suicide and suicide prevention in Sweden // *Archives of suicide research*. – 2002. – № 6. – P. 269-284.
19. Mäkinen I.H. The importance of culture for suicide research / In Mäkinen I.H. *On suicide in European countries. Some historical, legal, and theoretical aspects on suicide mortality and its concomitants*. – Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1997 (b).
20. Diekstra R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide // *Acta Psych. Scand.* – 1993. – Vol. 371 (Suppl.). – P. 9-20.
21. Durkheim E. *Suicide*. – London: Routledge, 1992.
22. Sainsbury P., Jenkins J., Levey A. The social correlates of suicide in Europe / In Farmer, R. & Hirsch, S. (Eds.) / *The suicide syndrome*. – London: Croom Helm, 1980. – P. 38-53.
23. Mäkinen I.H. Are there social correlates to suicide? // *Social science and medicine*. – 1997 (a). – № 44. – P. 1919-1929.
24. Novoselskii S.A. Statistika samoubiistv // *Gigieniya i sanitariya*. – 1910. – № 8-10. Suppl. [Suicide statistics]
25. Korovin A.M. Samoubiistva i Potreblenie Vodki v Evropeiskoi Rossii s 1903-go po 1912-ii God. – Moscow: Snegirev, 1916. [Suicides and consumption of vodka in European Russia from 1903 to 1912]
26. Zhbakov D. Sovremenniya Samoubiistva // *Sovremennoi mir*. – 1910. – № 3. – P. 27-63. [Contemporary suicide]
27. Grigorev N. Samoubiistva v g. S.-Peterburg za pervuyu polovinu 1910 g. // *Vrachebnaya Gazeta*. – 1910. – № 36. – P. 106. [Suicide in St.Petersburg during the first half of 1910]
28. Lester D., Kondrichin S.V. The ecological variation of suicide in Russia and the United States // *European journal of psychiatry*. – 2000. – № 14. – P. 79-84.
29. Kandrychyn S. Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history // *Archives of suicide research*. – 2004. – № 8. – P. 303-314.
30. Voracek M., Loibl L.M., Kandrychyn S. Testing the finno-ugrian suicide hypothesis: replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe // *Perceptual and Motor Skills*. – 2007. – № 104. – P. 985-994.
31. Voitsekhovich B.A., Redko A.N. Pust umiraet tot, kto ne khochet zhit? – Krasnodar: Kuban scientific medical journal edition, 1994. [Should one who doesn't want to live die?]
32. Mokhovikov A., Donets O. Suicide in the Ukraine: epidemiology, knowledge, and attitudes of the population // *Crisis*. – 1996. – № 17. – P. 128-134.
33. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // *Drug and alcohol dependence*. – 2003. – № 71. – P. 161-168.
34. Razvodovsky Y.E. Suitsidy i uroven potrebleniya alkogolya // *Problemy sotsialnoi gigieny, zdra-*

- vookhraneniya i istorii meditsiny. – 2003. – P. 22-25. [Suicide and the level of alcohol consumption]
35. Brainerd E. Economic reform and mortality in the former Soviet Union: a study of the suicide epidemic in the 1990s // *European economic review*. – 2001. – № 45. – P. 1007-1019.
  36. Orlova I.B. Samoubiistvo kak indikator obshchestvennogo regressa / In Osipov G., Levashov V., Lokosov V. (Eds.) // *Rossiya: novyi etap neoliberalnykh reform. Sotsialnaya i sotsialno-politicheskaya situatsiya v Rossii v pervoi polovine 1997 goda*. – Moscow: Respublika, 1997. – P. 123-129. [Suicide as an indicator of societal regression]
  37. Kryzhanovskaya L., Pilyagina G. Suicidal behavior in the Ukraine, 1988-1998 // *Crisis*. – 1999. – № 20. – P. 184-190.
  38. Isak O.V. Samoubiistva v Moldove s positsii kontseptsii E. Dyurkgeima // *Sotsiologicheskie issledovaniya*. – 2004. – P. 116-120. [Suicide in Moldavia from the point of view of the concepts of E. Durkheim]
  39. Orlova I.B. Samoubiistvo – yavlenie sotsialnoe // *Sotsiologicheskie issledovaniya*. – 1998. – № 8. – P. 69-73. [Suicide – a social phenomenon]
  40. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Cochran J.K. An interrupted time-series analysis of durkheim's social deregulation thesis: the case of the Russian Federation // *Justice Quarterly*. – 2007. – № 24. – P. 271-290.
  41. Rancans E., Salander Renberg E., Jacobsson L. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98 // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – № 103. – P. 275-281.
  42. Stickley A., Mäkinen I.H. Homicide in the Russian empire and Soviet Union. Continuity or change? // *British Journal of Criminology*. – 2005. – № 45. – P. 647-670.
  43. Novoselskii S.A. Obzor glavneishikh dannykh po demografii i sanitarnoi statistiki Rossii / In Bulatov B.N. (Ed.) // *Kalendar dlya vrachei vseh vedomstv na 1916 god. Chast II, 1916*. – P. 14-94. – Petrograd: K.L. Rikker. [Calendar for doctors of all specialities]
  44. Otchet o sostoyanii narodnago zdравиya. – St.Petersburg: Upravlenie glavnago vrachebnago inspektora MVD, 1912. [Report on the state of public health]
  45. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990 // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998 (a). – № 98, Suppl. – P. 34-41.
  46. Wasserman D., Värnik A. Suicide-preventive effects of Perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998 (b). – № 98, Suppl. – P. 1-4.
  47. Smolitsch I. Geschichte der russischen Kirche 1700-1917. – Leiden: Brill, 1964.
  48. Vlasova I.V. Istoriko-kulturnye zony Rossii / In Aleksandrov V.A., Vlasova I.V., Polishchuk N.S. (Eds.), *Russkie*. – Moscow: Nauka, 1997. – P. 107-108. [Russia's historical cultural zones]
  49. Zubov I.O. Samoubiistvo v Lifylandskoi gubernii // *Mediko-statisticheskii ocherk*. – Tartu: Mattisen, 1903. [Suicide in Livonia]
  50. Bills C.B., Li, G. Correlating homicide and suicide // *International journal of epidemiology*. – 2005. – № 34. – P. 837-845.
  51. Henry A., Short J. Homicide and suicide. – New York: Free Press, 1954.
  52. Klebba J.A. Comparison of trends for suicide and homicide in the United States, 1900-1976 / In Hays, J.R., Roberts, T.K., Solway, K.S. (Eds.) *Violence and the Violent Individual*. – 1981. – P. 127-148. Lancaster: MTP Press Ltd.
  53. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries // *Addiction*. – 2001. – № 96. – S. 59-576.
  54. Landberg J. Alcohol and suicide in Eastern Europe // *Drug and alcohol review*. – 2008. – № 27. – P. 361-373.
  55. Maksimova T.M., Belov V.B., Rogovina A.G. Ubiistva i samoubiistva kak problema obshchestvennogo zdorovya // *Problemy sotsialnoi gigieny i zdavookhraneniya*. – 2006. – № 1. – P. 11-14. [Murders and suicides as a problem of public health]
  56. Mäkinen I.H. The acceptance of suicide and its concomitants in Eastern and Western Europe in times of transition / In Holyst B. (Ed.) // *EuroCriminology*. – 2007. – Vol. 20/21. – P. 3-27. – Lodz: Lodz University Press.
  57. Humphrey C. Alternative freedoms // *Proceedings of the American philosophical society*. – 2007. – № 151. – P. 1-10.
  58. Sapozhnikov D.I. Samosozhzheniye v russkom raskole so vtoroi poloviny XVII veka do kontsa XVIII veka. Istoricheskii ocherk po arkhivnym dokumentam. – Moscow: Universitetskaya tipografiya, 1891.
  59. Solzhenitsyn A. The Gulag Archipelago 1918-1956. An experiment in literary investigation. – London: Collins Harvill, 1974-78. – Vol. I-III.
  60. Kondrichin S.V., Lester D. Suicide in Belarus // *Crisis*. – 1998. – № 19. – P. 167-171.

SOCIAL FACTORS AND SUICIDE:  
COMPARING THE REGIONAL CONCOMITANTS  
OF EASTERN EUROPEAN SUICIDE MORTALITY  
OVER THE 20<sup>th</sup> CENTURY

*Ilkka Henrik Mäkinen, PhD*

Uppsala University, Sweden  
Phone +46 18 4711484,  
e-mail: Ilkka.Makinen@soc.uu.se

The aim of this study was to investigate the social concomitants of Eastern European suicide mortality before and at the end of the Communist period, and whether

these changed across time. Regional (*guberniya, oblast*, etc.) data on suicide mortality and several possible concomitants such as alcohol consumption, homicide rates, divorce rates, urbanity etc. were collected from Czarist "European Russia" in 1910 and from the corresponding areas in 1989. These concomitants of suicide mortality were studied with the help of correlative and regressive techniques.

The main regional concomitants of suicide mortality in Eastern Europe in 1910 were urban living, economic wealth, and divorce, all urban phenomena. In 1989, the main concomitants varied somewhat between the different countries, but homicide, general mortality, and alcohol consumption (in Russia) were often positively related to suicide.

The instability of the concomitants to suicide is a consequence of the fact that the nature of suicide in Eastern Europe has changed from being an urban, middle- and upper-class phenomenon into a more conventional social problem, which may be reflected even in the social character of contemporary Eastern European suicide as such. While suicide mortality has to some extent followed lawlessness and alcohol consumption, the changing covariates show that the "social correlates of suicide" are culture-bound and thus flexible. Any ethnic/genetic hypotheses of the distribution of suicide must take this fact into account.

*Keywords:* alcohol, cross-sectional studies, divorce, economy, Eastern Europe, history, homicide, Poland, Russia, suicide

УДК: 616.89-008.44

## ОПЫТ, ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

*Е.Б. Любов и группа исследователей*<sup>1</sup>

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ.  
Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Один из способов предотвращения суицидального поведения (СП) служит повышение осведомленности и бдительность персонала психиатрических больниц. Изучена позиция относительно СП 1485 психиатров, медицинских психологов, консультантов, медсестер, соцработников в ходе анонимного опроса в рамках многоцентрового исследования. Более половины психиатров сталкивались с СП пациента. Большинство респондентов с сопереживанием относятся к суицидентам. Психические расстройства считались наиболее распространенной причиной СП, и фармакотерапия наиболее подходящим способом его коррекции. Большинство респондентов разделяет идею эвтаназии. Персонал психиатрических больниц проявил интерес к целевой подготовке, требует систематического обучения ведению пациентов с СП.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, больничные пациенты, персонал, опыт, осведомленность, позиция.

*Бывает, что не хочется жить, но это вовсе не значит, что хочется не жить.*

*Станислав Ежи Лец*

Исследования «отношения» групп профессионалов к суицидальному поведению (СП) в целом и подопечных, в частности, через опыт, аффект, поведение [1] ширятся в разных стра-

нах. Систематический обзор [2] включил более 2200 источников по теме. Основные сведения получены из многопрофильных и психиатрических больниц (ПБ) [3, 4, 5]. Так, врачи Турции терпимее к СП, чем учителя, полицейские, студенты, но не столь уверены в возможности его предупреждения [6]. Интернисты Германии оптимистичнее в плане профилактики и более

<sup>1</sup> О.И. Фалалеева (Вологда); Т.Д. Василишина, О.П. Ворсина, С.В. Дианова (Иркутск); Н.Б. Захаров, Е.А. Мальцева, Ю.Л. Петухов (Киров); С.И. Дмитренко, В.В. Доронин (Липецк); В.А. Варенцова, Е.А. Заводский, Е.А. Клименко, А.Н. Куликов, Р.Б. Титкин, Д.Д. Федотов, С.В. Харитонов (Москва); Н.М. Потешкин (Пермь); Е.С. Купцова, С.В. Швыдка (Ставрополь); С.А. Чубина (Тула); Я.И. Керцман, А.А. Сивов, А.Н. Фомин (Ямбург).

знакомы с лечением СП, чем их японские коллеги [7], в стране с вдвое более высоким уровнем суицидов. Представители медицинских специальностей по-разному относятся к пациентам, видя разные ракурсы и этапы СП [2, 8, 9]. Например, консультанты не столь терпимы к СП как психологи и соцработники [8]. Отношение медсестер общей больницы [4], отделений неотложной помощи [10] к суицидентам более неприязненно «даже» по сравнению со злоупотребляющими психоактивными веществами (ПАВ) [4]. Показано отстранение, стигматизация суицидентов медсестрами отечественных ПБ [11]. Большие сопереживание и действенная помощь связаны с целевым обучением персонала, их опытом и консультированием [3, 11, 12, 13, 14, 15], указывающими качество помощи [2, 4]. Русскоязычные работы единичны и касаются малых выборок врачей, медсестер ПБ [11, 16]. Предварительные данные исследования опубликованы [17].

Цель исследования: изучение опыта, осведомленности и отношения персонала к СП.

Задачи:

1. Выяснить различия позиции (осведомленность, понимание) СП отдельных групп персонала.
2. Определить позицию персонала в отношении СП пациентов и возможностей его коррекции и предупреждения.
3. Уточнить позицию персонала относительно эвтаназии.
4. Оценить потребность обучения суицидологии персонала.

Материалы и методы.

Анонимно невыборочно опрошены (2013-2014 гг.) 1485 человек (1225 женщин, или 82,5%): 237 психиатров-наркологов (далее – психиатров), 81 медицинский психолог (психологов), 98 врачей-консультантов (консультантов), 562 медсестер, 466 санитарок и 41 социальный работник (соцработников) девяти ЛПУ (табл. 1): Вологодской ОПБ (n=446), Иркутской ОКПБ №1 (n=66), Кировской (n=170), Липецкой (n=279), Пермской (n=45) ОПБ, Московской ПБ №13 (n=72), Ставропольской ККПБ №1 (n=255), сомато-психиатрического отделения многопрофильной КБ №85 ФМБА России (n=59) и МСЧ «Газпром добыча Ямбург» (n=93). Последнее ЛПУ формально не относится к психиатрическим, но курирует психически больных и включено для сравнения отношения к СП работников психиатрического и общемедицинского профилей. В отделении КБ на 59 коек преобладают (до 75%) первичные больные аффективными и «невротическими» расстройствами. Итак, сопоставлены позиции групп персонала, работающих с разными контингентами пациентов в регионах, отличных по уровням СП и развитости психиатрических и суицидологических служб [17, 18].

В ряде ПБ (отделений) участвовал почти весь (≥85%) персонал. Доля участников добровольного опроса достигала 90%. Указание возраста и стажа в широких 10-летних интервалах укрепило конфиденциальность опроса (табл. 2).

Таблица 1

Профессиональные (должностные) группы респондентов

ЛПУ /отделения	Психиатры	Психологи	Консультанты	Медсестры	Санитарки	Соцработники
Вологодская ОПБ	54	20	1	190	162	19
Иркутская ОКПБ №1	26	4	1	18	15	2
Кировская ОПБ	21	12	-	52	81	4
Липецкая ОПБ	31	6	2	135	103	2
КБ № 85, Москва	7	1	21	25	5	-
ПБ №13, Москва	33	21	6	--	9	3
Пермская ОПБ	24	2	2	17	--	--
Ставропольская ККПБ	41	15	5	102	81	11
МСЧ Ямбург	--	--	60	23	10	--
Суммарно (человек, n)	237	81	98	562	466	41

Пол, возраст и стаж респондентов

Группа профессионалов	Женщины		Возраст, лет						Стаж, лет					
			<40		41-50		>60		1-5		6-9		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Психиатры	146	61,6	104	43,9	63	26,6	70	29,5	47	19,4	21	8,8	169	71,3
Психологи	74	91,3	64	79,0	8	9,8	9	11,1	28	34,5	19	23,4	34	41,9
Консультанты	41	40,3	21	27,3	35	35,1	38	37,7	6	6,5	5	5,2	87	88,3
Медсестры	497	88,5	321	59,6	84	15,4	134	25,0	124	23,1	93	17,3	321	59,6
Санитарки	428	92,3	200	44,2	141	30,8	125	25,0	246	53,8	94	21,2	123	25,0
Соцработники	39	95,1	22	53,6	9	21,9	10	24,4	25	60,9	7	17,0	9	21,9

Большей частью в опросе участвовали женщины среднего возраста; до 1/3 респондентов (помимо психологов) – пенсионного возраста, что выражено и стажем. Наиболее представлены медсестры и санитарки, обычно составляющие хребет коллектива ЛПУ. Средний и младший медперсонал теснее и длительнее контактируют с больными, чем врачи, и в глазах пациентов более отражают качество больницы помощи [19]. Стаж санитарок и соцработников невелик по сравнению с иными группами респондентов, что предполагало их малый теоретический и практический опыт. Привлечение к опросу младших медицинских работников (санитарок) без медицинского образования, более представляющих «общее население», чем профессионалов, позволило шире рассмотреть спектр позиций.

Православными себя заявили >80% респондентов (82,7% психиатров, 97,5% психологов, 82,6% консультантов, 94,2% медсестер, 98% санитарок и 97,5% соцработников); нерелигиозными и атеистами назывались <10%, как и россияне в целом.

Структурированный оригинальный опросник оценки осведомленности и отношения к СП разработан на основе шкалы Understanding of Suicidal Patient scale (USP) [3] и опросника Attitudes Towards Suicide questionnaire (ATTS) [7], отмеченных систематическим обзором [2] как наиболее используемые. Добавлены вопросы об опыте СП пациентов, отношении к эвтаназии («праву на легкую смерть»), потребности обучения. Согласно задачам исследования, вместо подсчета баллов подсчитаны доли дихотомических ответов «Да» и «Нет» при исключении переходных «Скорее да, чем нет», а также «Не знаю».

*Статистический анализ.* Критерий  $\chi^2$  (согласия Пирсона) позволил сравнить распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально или нет. Отношение шансов (OR) Мантеля-Хензеля оценило скорректированное отношение шансов в качестве оценки относительного риска, выведенной из подобранных наборов данных.

Результаты и обсуждение.

*Опыт СП пациентов.* СП – трагичное, но, к счастью, относительно нечастое событие (суициды: 100-400 на 100000 госпитализаций) в стенах ПБ [20, 21, 22], что затрудняет индивидуальный прогноз [23]. Печальный опыт отмечен 51% психиатрами, 24,6% психологами, 22,4% консультантами, 15,3% медсестрами, 23,1% санитарками, 14,6% соцработниками. Причем 20% «опытных» указали до 6 (!) эпизодов СП вне связи с должностью. Относительно малая часть не психиатров, отрицающая опыт СП, связана, возможно, с непониманием (вытеснением?) события. На меньший опыт суицидов пациентов отечественных респондентов, чем их зарубежных коллег, указывают отдельные исследования [24]. Так, более половины психиатров в США, Великобритании, Таиланде (странах с различными структурами и обеспечением служб) сообщили об опыте суицида (без учета попыток) пациента [25]. Вероятность, что психиатры, пережившие самоубийство пациента, столкнутся со вторым – 55%, как и первого. Не менее 60% медсестер японских ПБ сообщили о суициде пациента [5], многократно чаще, чем в нашей выборке. При этом 80% итальянских врачей первичного звена сталкивались с СП пациента за год [48]. У 60% белорусских интернистов опыт суицида пациента, у 70% – парасуицида [16].

Позиция респондентов в отношении СП

Вопрос или утверждение	Положительные ответы											
	Психиатры		Психологи		Консультанты		Медсестры		Санитарки		Социальные работники	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Отношение к СП</i>												
СП – не тема обсуждения в медицине (психиатрии)	20	8,4	7	8,6	5	5,1	65	11,5	135	28,8	2	4,9
Суицид пациента – серьезная профессиональная ошибка	111	46,8	34	41,9	51	51,9	357	63,4	269	57,6	23	56,0
Суицид – грех	121	51,5	41	50,6	70	70,1	411	73,1	385	82,6	27	65,8
Вероисповедание определяет мое отношение к СП	74	31,2	25	30,8	45	45,4	227	40,3	126	26,9	14	34,1
У любого – право на суицид	72	30,3	23	28,4	13	14,2	76	13,4	63	13,5	8	19,2
Почти все когда-либо думают о суициде	83	35,0	33	40,7	22	23,3	205	36,5	125	26,9	10	24,4
Бывают ситуации, когда суицид – единственный выход	44	18,5	3	3,7	5	5,2	108	19,2	80	17,3	2	4,8
Могут угрожать суицидом, не собираясь этого делать	44	18,5	13	16,0	12	12,9	76	13,4	116	25,0	7	17,0
Суициденты меня раздражают	183	77,2	61	75,3	18	18,1	140	25,0	77	17,3	31	75,6
Не понимаю молодых и здоровых, совершивших суицид	68	28,6	23	28,3	72	72,7	313	55,7	350	75,0	18	43,9
Одиночество для меня – повод самоубийства	25	10,5	4	4,9	2	2,5	43	7,6	29	6,2	1	2,4
Суицид – способ прекратить невыносимые страдания	55	23,2	21	25,9	29	29,8	239	42,5	206	44,2	11	26,8
Я подумал бы о суициде при неизлечимой болезни	57	24,0	17	20,9	15	15,5	195	34,6	188	40,3	8	19,5
Страдающему от мучительной болезни и просящему легкой смерти медик должен помочь	70	29,5	24	29,6	22	22,1	109	19,2	228	48,8	11	26,8
Хочу, чтобы мне помогли умереть, если, не дай Бог, заболею неизлечимо	56	23,6	14	17,3	13	14,3	108	19,2	80	17,3	8	19,5
Порой суицид – облегчение бремени близких	44	18,5	8	9,8	12	12,9	108	19,2	144	30,7	5	12,2
<i>Осведомленность о СП / бдительность</i>												
Суицид – крик о помощи	133	56,1	48	59,2	55	55,8	378	67,3	296	63,4	30	73,2
- желание наказать кого-то или отомстить	57	24,0	19	23,4	27	27,2	98	17,3	143	30,7	8	19,5
Суицид обычно совершают «вдруг»	39	16,4	14	17,2	24	24,6	173	30,7	197	42,3	11	26,8
Близкие суицидента обычно ничего не подозревают	58	24,4	22	27,1	46	46,7	324	57,6	296	63,4	18	43,9
У совершившего попытку суицида повышен риск СП	222	93,7	76	93,8	69	70,1	497	88,4	358	76,9	31	75,6
Большинство помышляющих суицид избегает обсуждать эту тему	85	35,8	23	28,4	58	58,4	335	59,6	295	63,3	15	36,9
Риск СП растет, если прямо спросить о намерении	29	12,2	4	4,9	13	14,2	109	19,2	126	26,9	4	9,3
Сообщающие о намерении суицида редко идут на это	81	34,1	22	27,1	62	62,3	313	55,7	287	61,5	19	46,3

<i>Причины СП (ранжир значимости)</i>												
Мозговые изменения	91	38,4	21	25,9	42	42,8	290	51,6	90	19,3	20	48,8
Все самоубийцы психически больны	70	29,5	24	29,6	36	37,6	217	38,4	188	34,6	13	31,7
Психоз, депрессия	167	70,4	61	75,3	71	71,4	443	78,8	233	50,0	31	75,6
Употребление ПАВ	168	71,7	63	77,7	70	70,1	399	71,1	269	57,6	33	80,5
Стресс и тревога	122	51,5	38	46,9	32	32,4	249	44,2	170	36,5	19	46,3
Проблемы в семье	131	55,3	50	61,7	35	36,3	270	48,1	151	32,6	22	51,2
Одиночество	41	17,2	11	13,6	11	11,7	119	21,1	90	19,2	7	17,0
<i>Лечение и предупреждение СП</i>												
После попытки суицида необходимо лечение	221	93,2	76	93,8	80	80,5	508	90,3	404	82,6	37	90,2
... в психиатрической больнице	126	53,2	34	41,9	47	48,1	346	61,5	233	50,0	15	36,6
... на суицидологических койках / в особых палатах	120	50,6	32	39,5	54	54,5	270	48,1	188	40,3	11	26,8
... контроль как при тяжелых телесных болезнях	139	58,6	53	65,4	62	62,3	357	63,4	260	55,7	22	53,6
... психотропными лекарствами	158	66,6	43	53,1	55	55,8	346	61,5	116	25,0	19	46,3
... психотерапевта	177	74,7	70	86,4	63	63,6	411	77,1	278	61,5	33	80,5
... семейной терапией	164	69,1	64	79,0	38	38,9	372	66,3	224	46,1	32	78,0
... беседами священнослужителя	114	48,1	43	53,0	42	42,8	303	53,8	215	48,1	18	43,5
... сном и покоем	90	37,9	34	19,7	41	41,5	313	55,7	224	48,1	19	46,3
СП предупредит спиртное	73	10,0	6	4,9	0	0	45	8,0	27	5,7	0	0
Важно длительное наблюдение по выписке	100	42,1	38	46,9	61	61,1	324	57,6	251	53,8	14	34,1
Суицид можно предупредить	139	58,6	49	60,4	67	67,5	324	57,6	340	73,1	24	58,5
Любой обязан остановить самоубийцу	176	74,2	59	72,8	84	85,7	411	73,1	341	73,1	29	70,7
От мыслей о суициде не избавиться	31	13,0	8	9,8	21	20,7	206	36,5	108	23,1	10	24,4
<i>Обучение и навыки ведения СП</i>												
Я обучен профилактике СП	55	23,2	15	18,5	52	53,2	562	100	466	100	8	19,5
У меня достаточно знаний и умений для работы с СП	91	38,4	18	22,2	42	42,9	443	78,8	180	38,6	13	31,7

Опыт работников скорой помощи сходен (60-75%) [26], но с учетом самоповреждений – есть почти у всех (95%). Таким образом, вновь убеждаемся, что большинство суицидентов не попадает в поле зрения психиатра. Иные аспекты темы указаны в сводной таблице 3.

*Отношение к СП.* Тема СП не табуирована для персонала, на что указала и готовность участвовать в опросе. Санитарки более ( $p=0,0001$ ;  $\chi^2=61,5$ ;  $OR=0,32$ ), чем остальные

респонденты, открыты обсуждению СП, надемся, и с пациентами. «Не понимают» проблем «молодых и здоровых» суицидентов <1/3 психиатров, психологов, в меньшей мере, чем остальные респонденты ( $p<0,0001$ ;  $\chi^2=217$ ;  $OR=1,2$ ). Называют СП «грехом» 1/2 психиатров, психологов, большинство (>65%) консультантов, медсестер, санитарок и соцработников, но объясняют позицию вероисповеданием <1/2 респондентов. По Э. Дюркгейму [27],

христиане не склонны оправдывать суицид (но «прощают» душевнобольного). Так, религиозные медсестры особо склонны к осуждению СП [15]. Однако, по Европейскому социальному исследованию ценностей, религиозность россиян – «на среднем уровне» и более носит фасадный характер. При этом отношение респондентов к СП в целом терпимо, как и в европейском обществе [28, 29, 30], включая Россию.

Склонные к СП «люди с улицы» [31], как и профессионалы с суицидальными мыслями, жестче отстаивают право на суицид [32]. Допускают, что «любой может покончить с собой» до 90% респондентов, причем суицид может стать единственным выходом для каждого пятого психиатра, медсестры, санитарки, вероятнее, чем для психологов, консультантов, соцработников ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 20,57$ ;  $OR = -1,39$ ). Меньшинство ответивших (но каждый десятый психиатр) объясняет суицид одиночеством и готово манипулировать угрозами, но мысли о суициде обыденны, как у «всех», для  $1/4$ - $1/3$  ответивших, тогда как международные популяционные исследования указывают на усредненные 10% лиц, отмечающих в течение жизни суицидальные мысли [26]. Самыми оптимистичными («без мрачных мыслей») стали консультанты ( $p = 0,05$ ;  $\chi^2 = 3,6$ ;  $OR = 0,8$ ).

Могли бы подумать о суициде как избавлении от тяжелой болезни  $1/4$  психиатров, психологов, соцработников, но чаще ( $>1/3$ ) медсестры и санитарки ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 334$ ;  $OR = -7,2$ ). Санитарки более допускают суицид как облегчение бремени семьи ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 34,5$ ;  $OR = -1,59$ ) и разделяют ( $1/2$  группы) идею эвтаназии ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 98,8$ ;  $OR = -0,56$ ) по сравнению с  $<1/3$  психиатров, психологов, пятым - четвертым консультантом, медсестрой, соцработником. По Монтеню, «природа назначила нам лишь один путь появления на свет, но указала тысячи способов, как уйти из жизни». Неизлечимые и отчаявшиеся все активнее поднимают вопрос о эвтаназии [6], хотя в Российской Федерации более актуален аспект доступности качественной паллиативной помощи. Однако  $1/2$  европейских врачей разных специальностей готова помочь им легко умереть [33]. Сострадательнее к мукам неизлечимо больного женщины-врачи [34]. Социологический опрос фонда «Общественное мнение», охвативший 1,5 тысяч жителей 43 регионов, указал на  $1/3$  россиян, ратующих за легализацию эвтаназии. Тема близка отечественным респондентам,

согласно данным сравнительного исследования [8], и созвучна с представлением  $1/2$  респондентов о суициде как бегстве от тяжелых жизненных обстоятельств и страданий неизлечимой болезни, но психалгия, побуждающая суицид, возможно, горше физических мук. Женщины (у нашей выборки, как и у медиков РФ – «женское лицо») более сопереживают суицидентам [3, 34, 35], но раздражение медперсонала, отмеченное 30 лет назад [36], свойственно и нашим респондентам.

Суициденты «раздражают» чаще  $3/4$  психиатров, психологов, соцработников против (отрадно)  $1/4$  медсестер, санитарок ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 200,1$ ;  $OR = -0,11$ ). Возможно, малое сопереживание пациентам при терпимости и настаивающем принятии СП «в общем» – частный пример отношения ко всем подопечным, признак выгорания психиатрического персонала [37, 38]. С другой стороны, суициденты сетуют на черствость, отстраненность и дискриминацию «бесчувственным» персоналом [39], пренебрежение душевными проблемами, что нельзя списать лишь на предвзятость в неразрешенном эмоциональном кризисе. Трудно свыкающиеся с хронотопом ПБ, склонные к побегу и боящиеся жизни за ее стенами, требовательные «критиканы и законники», обвиняют, порой небезосновательно, персонал в «плохом лечении» [20]. «Чрезмерные претензии», агрессия как проективная защита против саморазрушения, отторгают «трудного больного», приводят к избеганию суицидентов как защитной позиции персонала [40]. Пренебрежение и непонимание повышает риск СП уязвимых к отторжению [41] пациентов ПБ [20, 22], затрудняют адресное лечение [41], терапевтический контакт как основу кризисной помощи [42, 43]. Возраст и стаж персонала влияют на отношение к суицидентам неоднозначно: по минованию «пика» нарастает (в связи с профессиональной деформацией?) отчужденность [7] даже при «правильном», но формальном обучении [44]. Замыкая порочный круг, СП пациента – типовой фактор риска выгорания профессионала [45, 46, 47], означенного ВОЗ как суицидоопасное состояние [48], на что указывает и терпимость к СП наших респондентов. Но примечательно, что лишь 40-60% респондентов рассматривают СП больного как серьезный профессиональный промах («Опыт – имя, которое каждый дает своим ошибкам». Оскар Уайльд).

*Осведомленность о СП / бдительность.* До  $\frac{3}{4}$  опрошенных полагает попытку самоубийства криком о помощи, не исключая, таким образом, из числа страдающих психически больных, и в 2-3 раза реже – средством наказания (самонаказания?) или мести. Самоубийство обычно совершают «вдруг» (в состоянии аффекта)», – считает меньшая часть (20-40%) респондентов, то есть потенциально предотвратимо. Однако близкие замышляющего суицида ничего не подозревают (до 60% ответов), что, увы, верно. Хотя «большинство помышляющих о самоубийстве избегает обсуждать эту тему» ( $\frac{1}{3}$  –  $\frac{1}{2}$  персонала), увеличения риска суицида при прицельном расспросе опасаются не более  $\frac{1}{4}$  ответивших, в противовес распространенному в населении мнению «Суицид не следует обсуждать, и он не предотвратим» [7, 49], поддержанному мифом о провокации СП расспросами. В меньшей мере, психологи, нежели  $>\frac{1}{3}$  психиатров и  $>60\%$  медсестер и санитарок, полагают, что заявляющие о намерении не совершат самоубийство ( $p=0,0001$ ;  $\chi^2=74,6$ ;  $OR=0,818$ ).

*Причины СП.* Не более 40% опрошенных утверждают, что «все суициденты – душевно больны», но психические расстройства до  $\frac{3}{4}$  опрошенных выдвигает на первый план при выборе причины СП (но не мозговые изменения), исходя из классического эскиролевского представления [23, 50] и согласно «клинической иллюзии» [51], когда персонал судит о всех суицидентах по выборке знакомых пациентов – наиболее тяжелых (требующих госпитализации). При этом  $>70\%$  белорусских врачей (не психиатров) считают СП следствием психического расстройства [16], но  $< \frac{1}{2}$  медсестер ПБ в РФ (каждая пятая считает суицидента «слабаком», что и показывает ему в общении) [11].

*Лечение и предупреждение СП.* Относят к группе высокого риска СП совершившего попытку суицида и полагают для него необходимым лечение фактически все, но не обязательно в ПБ (до  $\frac{2}{3}$  больничных работников). Потребность в суицидологических койках (палатах) ощущает  $\frac{1}{2}$  медперсонала и  $\frac{1}{4}$  соцработников. Приравнивают суицидентов по необходимости внимания к тяжело соматически больному (возможно, и в связи с медицинскими последствиями СП)  $> \frac{1}{2}$  ответивших.

Вопреки представлению о природе СП и «лекарственному климату» ПБ, лишь 65% пси-

хиатров и  $\frac{1}{2}$  психологов основные надежды возлагают на фармакотерапию. На противоположном полюсе мнений –  $\frac{1}{2}$  санитарок, более доверяющих немедикаментозным «сну и покою» ( $p<0,0001$ ;  $\chi^2=166$ ;  $OR=2,2$ ). Возможности ЭСТ, как доказательно эффективного средства неотложной помощи при СП, приветствуемое самими пациентами [19], выделяет лишь каждый десятый психиатр, как и спиртное (средство самолечения?). Принимая роль микросоциального (экзистенциального) неразрешимого конфликта [42, 43] как спускового крючка СП личности с изначально низкой стрессоустойчивостью (таковы суициденты), выделяют психотерапию при малой ее реальной доступности в ПБ не менее  $\frac{3}{4}$  психиатров и медсестер, психологов и соцработников,  $>60\%$  консультантов, санитарок. Семейную терапию одобряют как важную часть помощи суицидентам не менее 70% психиатров, психологов и соцработников против  $>40\%$ , возможно, менее не осведомленных, консультантов и санитарок ( $p<0,0001$ ;  $\chi^2=71,7$ ;  $OR= - 1,2$ ). Беседы со священнослужителем одобряют лишь 40-55% респондентов, хотя большинство заявили себя верующими.

*Скепсис к предупреждению СП отличен в профессиональных группах* [3, 9, 34, 35], но в нашей выборке перспектива предупреждения СП полагается реальной. Суицидент амбивалентен, и профессионал обязан привить ему оптимистический взгляд на настоящее и будущее. Допускают возможность пресечь СП  $>85\%$  психиатров, психологов и соцработников, но вдвое меньше (30-40%) консультантов, медсестер, санитарок ( $p=0,044$ ;  $\chi^2=4$ ;  $OR=3,4$ ). Отрицают шанс избавления от суицидальных мыслей не более  $\frac{1}{4}$  респондентов, Респонденты (до 85%) резонно отмечают, что дело профилактики СП не сводится лишь к профессиональным усилиям, хотя лишь 30% врачей не психиатров полагают дело лечения СП – их обязанностью [16]. Понимают необходимость длительного (месяцы-годы) наблюдения суицидента по выписке не более  $\frac{2}{3}$  респондентов, срединную позицию (40-50%) занимают психиатры и психологи, медсестры и санитарки.

*Обучение и навыки ведения пациентов с СП.* Полагает, что обучены (на рабочем месте)  $< \frac{1}{4}$  психиатров, психологов,  $\frac{1}{2}$  консультантов, соцработников и повсеместно все (!) медсестры и санитарки; при этом признаются в достаточности знаний и умения  $< \frac{1}{2}$  психиатров, консультантов, санитарок, каждый пятый пси-

холог и 1/3 соработников. Апробированным путем профилактики СП пациентов служит повышение бдительности профессионалов через целевое обучение, осведомленность и навыки, а не опыт («сын ошибок трудных»). Если > 40% норвежских врачей (не психиатров) обучены оценке и лечению СП [34], то осведомленность их белорусских коллег недостаточна [16] при достойной распространения региональной программе обучения интернистов [12], способствующей снижению риска СП пациентов вне психиатрических служб. Профессионалы выражают умеренную потребность в целевом обучении [6, 45, 52], в отечественной повседневной практике недостаточном [46, 53] при завышенной самооценке уровня подготовки (особо среднего и младшего медперсонала), хотя анонимность позволила не скрывать свои «слабости».

**Выводы:**

Респонденты на большинство вопросов ответили сходно, что полезно при бригадной работе. Так, статистически значимые различия ответов в группах респондентов получены лишь по 11 позициям из 47, но общие заблуждения остаются заблуждениями. Настораживает, что совпадающие в > 3/4 позициях (против ожиданий) суждения психиатров и психологов мало отличны от санитарок по гипотезе, рупора «гласа народа», склонных к тиражированию мифов о суицидальном поведении. Не отмечено различий в суждениях профессионалов психиатрических и непсихиатрического (Ямбург) ЛПУ. Возможно, респонденты более руководствуются обыденным житейским опытом (по-

зицией наивного реализма), но не профессиональным багажом, выверенным научно доказательными данными. Анонимные ответы показательно не сдвинуты и в сторону социальной желательности [54] при некоторой непоследовательности и двойственности суждений. Уровень осведомленности респондентов о причинах, мотивах (обычно смешиваемых), риске суицидального поведения, снижают результативность работы и свидетельствуют о риске эмоционального выгорания. Необходимы дифференцированное тематическое обучение, формальная и неформальная поддержка сотрудников. Обширная репрезентативная выборка в рамках многоцентрового исследования, позволяет распространить результаты, по крайней мере, на иные ПБ.

*Ограничения исследования.* Изучена позиция большей частью работников стационарного звена психиатрической службы. Не выделены наркологи и психиатры, персонал отделений для острых и хронических больных, но ротация специалистов характерна для ПБ. Выборка МСЧ Ямбура относительно мала и представлена лишь одним врачом – не психиатром. Связь позиции с показателями СП (на региональном и национальном уровнях, культуральным контекстом, вероисповеданием (большая часть данной выборки – православные), стажем и опытом СП респондентов особо не изучена.

*Благодарность:* соавторы признательны за техническое содействие в сборе и подготовке материала Кире Сергеевне Ивановой.

**Литература:**

1. Myers D.G. Behavior and attitudes: Soc. Psychology: Fth ed. Ed. D.G. Myers. NY: 1993.
2. Kodaka M., Postuvan V., Inagaki M., Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2010. – Vol. 57. – P. 338–361.
3. Samuelsson M., Åsberg M., Gustavsson J.P. Attitudes of psychiatric nursing personnel toward patients who have attempted suicide // Acta Psychiatr. Scand. – 1997. – Vol. 95. – P. 222–230.
4. Saunders K.E.A., 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.
5. Suokas J., Suominen K., Lönnquist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients // Crisis. – 2009. – Vol. 30. – P. 161–165.
6. Myers D.G. Behavior and attitudes: Soc. Psychology: Fth ed. Ed. D.G. Myers. NY: 1993.
7. Kodaka M., Postuvan V., Inagaki M., Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2010. – Vol. 57. – P. 338–361.
8. Samuelsson M., Åsberg M., Gustavsson J.P. Attitudes of psychiatric nursing personnel toward patients who have attempted suicide // Acta Psychiatr. Scand. – 1997. – Vol. 95. – P. 222–230.
9. Saunders K.E.A., 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.
10. Suokas J., Suominen K., Lönnquist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients // Crisis. – 2009. – Vol. 30. – P. 161–165.

6. Oncü B., Soyka C., Ihan I.O., Sayil I. Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample // *Crisis*. – 2008. – Vol. 29. – P. 173–179.
7. Redsch O., Miyaishi S., Heinemann A. et al. Comparison of German and Japanese general practitioners' awareness of suicide and attitudes toward patients with suicidal ideation // *Acta. Med. Okayama*. – 2006. – Vol. 60. – P. 159–165.
8. Norheim A., Grimholt T.K., Ekeberg A. Attitudes towards suicide and suicidal behavior in outpatient clinic among mental health professionals in Oslo // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 13. – P. 90.
9. Osafo J., Knizek B.L., Akotia C.S., Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study // *Int. J. Nurtud*. – 2012. – № 49. – P. 691–700.
10. McAllister M., Creedy D., Moyle W., Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm // *J. Adv. Nurs*. – 2002. – Vol. 40. – P. 578–586.
11. Руженкова В.В. Некоторые аспекты стигматизации суицидентов специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи // *Тюменский медицинский журнал*. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 17–18.
12. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // *Тюменский медицинский журнал*. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11–12.
13. Herron J., Ticehurst H., Appleby L. et al. Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff // *Suicide life threat Behav*. – 2001. – Vol. 31. – P. 342–347.
14. Madge N., Hawton K., McMahon E.M. et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study // *Eur. child Adolesc. Psychiatr*. – 2011. – Vol. 20. – P. 499–508.
15. Sun F.K., Long A., Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide // *J. Clin. Nurs*. – 2007. – Vol. 16. – P. 255–263.
16. 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.
17. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты // *Тюменский медицинский журнал*. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14.
18. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // *Суицидология*. – 2012. – № 3. – С. 3–10.
19. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 51–56.
- Oncü B., Soyka C., Ihan I.O., Sayil I. Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample // *Crisis*. – 2008. – Vol. 29. – P. 173–179.
- Redsch O., Miyaishi S., Heinemann A. et al. Comparison of German and Japanese general practitioners' awareness of suicide and attitudes toward patients with suicidal ideation // *Acta. Med. Okayama*. – 2006. – Vol. 60. – P. 159–165.
- Norheim A., Grimholt T.K., Ekeberg A. Attitudes towards suicide and suicidal behavior in outpatient clinic among mental health professionals in Oslo // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 13. – P. 90.
- Osafo J., Knizek B.L., Akotia C.S., Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study // *Int. J. Nurtud*. – 2012. – № 49. – P. 691–700.
- McAllister M., Creedy D., Moyle W., Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm // *J. Adv. Nurs*. – 2002. – Vol. 40. – P. 578–586.
- Ruzhenkova V.V. Nekotorye aspekty stigmatizacii suicidentov specialistami, uchastvuyushchimi v okazanii psihiatricheskoj pomoshchi // *Tyumen medical journal*. – 2014. – Tom 16, № 1. – S. 17–18. (In Russ)
- Kornetov N.A. Mul'tiaspektnaya model' profilaktiki suicidov // *Tyumen medical journal*. – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 11–12. (In Russ)
- Herron J., Ticehurst H., Appleby L. et al. Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff // *Suicide life threat Behav*. – 2001. – Vol. 31. – P. 342–347.
- Madge N., Hawton K., McMahon E.M. et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study // *Eur. child Adolesc. Psychiatr*. – 2011. – Vol. 20. – P. 499–508.
- Sun F.K., Long A., Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide // *J. Clin. Nurs*. – 2007. – Vol. 16. – P. 255–263.
- Lasyj E.V., Minkevich K.M., Vil'kockaya N.V. i soavt. Vrachi i suicidal'noe povedenie: bazovye predstavleniya, otnoshenie, professional'nyj i lichnyj opyt // *Psihiatriya, psihoterapiya i klin. psihologiya*. – 2012. – № 3. – S. 57–69. (In Russ)
- Lyubov E.B., Kulikov A.N. Otnoshenie rabotnikov psihiatricheskih bol'nic k suicidal'nomu povedeniyu pacientov: pervichnye rezul'taty // *Tyumen medical journal*. – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 14. (In Russ)
- Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. EHkonomicheskoe bremya suicidov v Rossijskoj Federacii // *Suicidology*. – 2012. – № 3. – S. 3–10. (In Russ)
- Lyubov E.B. i gruppy issledovatelej. Ocenka bol'nichnymi pacientami svoih potrebnostej i udovletvorennosti psihiatricheskoj pomoshch'yu // *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. – 2012. – Tom 22. – Vyp. 4. – S. 51–56. (In Russ)

20. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
21. Chemtob C., Hamada R., Bauer G. et al. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – P. 224–228.
22. Large M.M., Smith G., Sharma S. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients // Acta Psychiatr. Scand. – 2011. – Vol. 124. – P. 18–19.
23. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G.. Psychiatric diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-analysis // BMC Psychiatry. – 2004. – Vol. 4. – P. 37.
24. Norheim A., Loskoutova E., Grimholt T.K., Ekeberg A. Attitudes towards suicide and suicidal behaviour among mental health professionals in Norway and Russia // Chinese Mental Health J. – 2011. – Vol. 25, № 9. – Suppl. – S. 287-288.
25. Thomyangkoon P. Leenaars A. Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists // Suicide Life-Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38. – P. 728–740.
26. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. Cross-National prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 98–105.
27. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. сокр. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
28. Domino G. Cross-cultural attitudes towards suicide: the SOQ and a personal odyssey // Arch. Suicide Res. – 2005. – Vol. 9. – P. 107–122.
29. Renberg E.S., Hjelmeland H., Kuposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia // Suicide Life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38. – P. 661–675.
30. 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.
31. Limbacher M., Domino G. Attitudes toward suicide among attempters, contemplators and non-attempters // Omega: J. Death Dying. – 1985–86. – Vol. 16. – P. 325–334.
32. Kodaka M., Inagaki M., Poštuvan V., Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 59. – P. 452-459.
33. Gielen J., Van den Branden S., Broeckert B. Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the recent literature. // J. Palliat. Care. – 2008. – Vol. 24. – P. 173–184.
- Lyubov E.B., Cuprun V.E. Suicidal'noe povedenie pri shizofrenii. EHpidemiologiya i faktory riska // Suicidology. – 2013. – Tom 4, № 1 (10). – S. 15-28. (In Russ)
- Chemtob C., Hamada R., Bauer G. et al. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – P. 224–228.
- Large M.M., Smith G., Sharma S. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients // Acta Psychiatr. Scand. – 2011. – Vol. 124. – P. 18–19.
- Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G.. Psychiatric diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-analysis // BMC Psychiatry. – 2004. – Vol. 4. – P. 37.
- Norheim A., Loskoutova E., Grimholt T.K., Ekeberg A. Attitudes towards suicide and suicidal behaviour among mental health professionals in Norway and Russia // Chinese Mental Health J. – 2011. – Vol. 25, № 9. – Suppl. – S. 287-288.
- Thomyangkoon P. Leenaars A. Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists // Suicide Life-Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38. – P. 728–740.
- Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. Cross-National prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 98–105.
- Dyurkgejm EH. Samoubijstvo: Sociologicheskij ehtjud. Per. s fr. sokr. – M.: Mysl', 1994. – 399 s. (In Russ)
- Domino G. Cross-cultural attitudes towards suicide: the SOQ and a personal odyssey // Arch. Suicide Res. – 2005. – Vol. 9. – P. 107–122.
- Renberg E.S., Hjelmeland H., Kuposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia // Suicide Life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38. – P. 661–675.
- 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.
- Limbacher M., Domino G. Attitudes toward suicide among attempters, contemplators and non-attempters // Omega: J. Death Dying. – 1985–86. – Vol. 16. – P. 325–334.
- Kodaka M., Inagaki M., Poštuvan V., Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 59. – P. 452-459.
- Gielen J., Van den Branden S., Broeckert B. Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the recent literature. // J. Palliat. Care. – 2008. – Vol. 24. – P. 173–184.

34. Grimholt T.K., Haavet O.R., Jacobsen D. et al. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists // *BMC Health Serv. Res.* – 2014. – Vol. 14. – P. 208.
35. Mackay N, Barrowclough C. Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: attributions, emotions and willingness to help // *Br. J. Clin. Psychol.* – 2005. – Vol. 44. – P. 255–267.
36. Patel A.R. Attitudes towards self-poisoning // *BMJ.* – 1975. – Vol. 2. – P. 426–429.
37. Боева А.В., Руженков В.А., Москвитина У.С. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров // *Научные ведомости.* – 2013. – № 11 (154). – Вып. 12. – С. 6–12.
38. Чубина С.А., Любов Е.Б. Симптомы выгорания и жизненные ценности медперсонала психиатрических учреждений // *Тюменский медицинский журнал.* – 2014. – Том 16, № 1. – С. 53–54.
39. Taylor T.L., Hawton K., Fortune S., Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review // *Br. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 194. – P. 104–110.
40. Bridge J.A., Marcus S.C., Olfson M: Outpatient care of young people after emergency treatment of deliberate self-harm // *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* – 2012. – Vol. 51. – P. 213–222.
41. Wingate L.R., Joiner T.E. Jr, Walker R.L. et al. Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment // *Behav. Sci. Law.* – 2004. – Vol. 22. – P. 651–665.
42. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии. – Сб. научн. тр. М.: МНИИП. – 1986. – С. 7–25.
43. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2013. – № 2 (19). [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>.
44. McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital // *Int. Emerg. Nurs.* – 2010. – Vol. 18. – P. 9–35.
45. Юрьева Л.Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала // *Суицидология.* – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 32–36.
46. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // *Суицидология.* – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 3–16.
47. Kumar S. Burnout in psychiatry // *World. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6. – P. 186–189.
- Grimholt T.K., Haavet O.R., Jacobsen D. et al. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists // *BMC Health Serv. Res.* – 2014. – Vol. 14. – P. 208.
- Mackay N, Barrowclough C. Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: attributions, emotions and willingness to help // *Br. J. Clin. Psychol.* – 2005. – Vol. 44. – P. 255–267.
- Patel A.R. Attitudes towards self-poisoning // *BMJ.* – 1975. – Vol. 2. – P. 426–429.
- Boeva A.V., Ruzhenkov V.A., Moskvitina U.S. Sindrom ehmocional'nogo vygoraniya u vrachej-psihiatrov // *Nauchnye vedomosti.* – 2013. – № 11 (154). – Вып. 12. – С. 6–12.
- CHubina S.A., Lyubov E.B. Simptomy vygoraniya i zhiznennye cennosti medpersonala psihiatricheskikh uchrezhdenij // *Tyumen Medical Journal.* – 2014. – Том 16, № 1. – С. 53–54. (In Russ)
- Taylor T.L., Hawton K., Fortune S., Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review // *Br. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 194. – P. 104–110.
- Bridge J.A., Marcus S.C., Olfson M: Outpatient care of young people after emergency treatment of deliberate self-harm // *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* – 2012. – Vol. 51. – P. 213–222.
- Wingate L.R., Joiner T.E. Jr, Walker R.L. et al. Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment // *Behav. Sci. Law.* – 2004. – Vol. 22. – P. 651–665.
- Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob"ekt kompleksnogo izucheniya / Kompleksnye issledovaniya v suicidologii. – Sb. nauchn. tr. M.: MNIIP. – 1986. – С. 7–25. (In Russ)
- Lyubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremya i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii // *Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn.* – 2013. – № 2 (19). [EHlektronnyj resurs]. URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ)
- McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital // *Int. Emerg. Nurs.* – 2010. – Vol. 18. – P. 9–35.
- YU'reva L.N. Suicid v psihiatricheskoj bol'nice: strategii profilaktiki psihicheskoj dezadaptacii u medicinskogo personala // *Suicidology.* – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 32–36. (In Russ)
- Lyubov E.B., Cuprun V.E. Suicidal'noe povedenie i shizofreniya: biopsihosocial'nyj podhod v diagnostike, lechenii i profilaktike // *Suicidology.* – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 3–16. (In Russ)
- Kumar S. Burnout in psychiatry // *World. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6. – P. 186–189.

48. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов / 2-е изд. Пер. с англ. К.: Сфера, 2001. – 93 с.
49. Arnautovska U., Grad O.T. Attitudes toward suicide in the adolescent population // Crisis. – 2010. – Vol. 31, № 1. – P. 22–29.
50. Harris E.C., Barracloud B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
51. Cohen P., Cohen J. The clinician's illusion // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol. 1. – P. 1178–1182.
52. Balon R. Encountering patient suicide: The need for guidelines // Acad. Psychiatry. – 2007. – Vol. 31. – P. 336–337.
53. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы: проблемы и решения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 3–17.
54. Nederhof A.J. Methods of coping with social desirability bias: review // Eur. J. Soc. Psychol. – 1985. – Vol. 15. – P. 264–280.
- Leksikony psihatrii Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya: Leksikon psihiatricheskikh i odnosyashchihsya k psihicheskomu zdorov'yu terminov / 2-e izd. Per. s angl. K.: Sfera, 2001. – 93 s. (In Russ)
- Arnautovska U., Grad O.T. Attitudes toward suicide in the adolescent population // Crisis. – 2010. – Vol. 31, № 1. – P. 22–29.
- Harris E.C., Barracloud B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
- Cohen P., Cohen J. The clinician's illusion // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol. 1. – P. 1178–1182.
- Balon R. Encountering patient suicide: The need for guidelines // Acad. Psychiatry. – 2007. – Vol. 31. – P. 336–337.
- Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Cuprun V.E., Chubina S.A. Territorial'nye suicidologicheskie sluzhby: problemy i resheniya // Suicidology. – 2014. – Tom 5, № 3 (16). – S. 3–17. (In Russ)
- Nederhof A.J. Methods of coping with social desirability bias: review // Eur. J. Soc. Psychol. – 1985. – Vol. 15. – P. 264–280.

#### MENTAL HEALTH HOSPITAL STAFF: EXPERIENCES WITH, COMPETENCE AND ATTITUDES TOWARDS, AND CONCERNS ABOUT INPATIENT SUICIDAL BEHAVIOR

*E.B. Lyubov & the Research Group*

Moscow Research Institute of Psychiatry

One way of preventing suicidal behavior (SB) has been increasing awareness among health care staff of their own *attitudes*. However, the low availability of systematic staff-oriented programs on SB and post-suicide care are problematic. Competence and attitudes towards SB among different groups of respondents (i.e., psychiatrists, clinical psychologists, consultants, nurses, social workers, total n=1485) were investigated using an anonymous, self-reported questionnaire

The current multicenter study revealed that more than half of psychiatrists had experienced a patient's SB. The majority of the respondents indicated positive attitudes and endorsed the view that SB was preventable. Psychiatric disorders were considered the most common cause of SB, and pharmacotherapy the most appropriate. All professional groups thought that patients with incurable illness should be given help to easy death. All groups reported a moderate interest in more target training. The results indicated that mental health staff require further education on and training in all aspects of SB to provide high-quality care towards suicidants. In the future, practice and clinical protocols aimed at each specialty and their current challenges and needs might be useful.

*Keywords:* suicidal behavior, inpatients, mental health staff, attitudes, competence.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

## **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ.**

### **СООБЩЕНИЕ 2: ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИПСИХОТИКОВ**

*Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины, г. Днепропетровск, Украина

Контактная информация:

Юрьева Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, академик АН ВО Украины. Место работы и должность: заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Адрес: 49015, Украина, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. Телефон: +380-675622566, e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

Мамчур Александр Иосифович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Адрес: 49015, Украина, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. Телефон: +380-984112241, e-mail: malexan@i.ua

В статье отражены подходы к реализации фармакотерапевтических стратегий превенции суицидальных проявлений у больных с биполярной депрессией. Описаны особенности назначения современных антипсихотиков и даны практические рекомендации по их применению в качестве монотерапии и в составе комбинированного лечения у больных с депрессивным эпизодом биполярного аффективного расстройства.

*Ключевые слова:* суицид пациента, биполярная депрессия, фармакологическая превенция суицидальных проявлений, применение современных антипсихотиков.

Клинико-психопатологические особенности биполярной депрессии (БД) или периоды депрессии у больных биполярным аффективным расстройством (БАР), как было показано нами ранее, требуют особых, более тонких подходов к диагностике и потенциально наиболее суицидоопасны [1]. Адекватная терапия, обеспечивающая превенцию и купирование суицидальных тенденций у этих пациентов, может быть реализована только при использовании различных стратегий лечения, включающих использование монотерапии антидепрессантами (АД), нормотимиками, антипсихотиками (АП) или их комбинации [1, 2].

Современные АП, несмотря на название, являются универсальными психофармакологическими средствами и используются, в том числе, для купирования депрессивной симптоматики, актуальных суицидальных тенденций, обеспечивают надежное профилактическое и противорецидивное действие у больных с БД [3-11]. Естественно, что упомянутые клинические эффекты следует ожидать от применения лишь некоторых лекарственных препаратов, прежде всего от антипсихотиков второго поколения.

Согласно рекомендациям, основанным на данных доказательной медицины, препаратами

первого выбора для лечения БД в качестве монотерапии являются кветиапин и амисульприд [9-11], однако их применение далеко не всегда обеспечивает достаточный терапевтический эффект. Применение АП первого поколения (АП-1, традиционных нейролептиков или конвенционных) для лечения депрессий, хотя и имеет низкий уровень доказательности, однако основано на эмпирическом опыте нескольких десятилетий использования в психиатрии. Практическое значение, на наш взгляд, для лечения БД среди АП-1 имеют лишь левомепромазин, тиоридазин и хлорпротиксен, о чем указывали ещё старые авторы, описывающие их «антидепрессивный» эффект [2, 6]. Эти препараты хорошо известны многим поколениям отечественных психиатров, поэтому мы не будем останавливаться на обсуждении конкретных дозировок и способах их титрации. Следует рассматривать лишь принципы их практического применения. В первую очередь, следует заметить, что вышеуказанные препараты вряд ли будут использованы в качестве монотерапии БД. Их применение оправдано непродолжительное время в комбинированной терапии ажитации, нарушений сна и для купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики, несоответствующей настроению. Левомепро-

мазин, а особенно хлорпротиксен (но не тиоридазин из-за потенциальной кардиотоксичности), хорошо зарекомендовали себя у пожилых (старше 65 лет) пациентов. Это важно, так как исследований с применением АП у пожилых в рамках современной доказательной медицины проводилось недостаточно, а работы с их применением у пожилых больных БД в доступной нам литературе не найдены. Применение других АП-1 у больных депрессией с суицидальными тенденциями при БАР, на наш взгляд, нецелесообразно, так как может приводить к формированию терапевтической резистентности, фармакогенной депрессии, ухудшению состояния больных и являться реактивным моментом для формирования психогенных суицидальных тенденций, о чем будет отмечено ниже.

Истинным тимоаналептическим действием обладают так называемые «переходные антипсихотики» (то есть занимающие промежуточное положение между АП-1 и АП-2) – флупентиксол и сульпирид. Однако их применение у больных депрессией, даже в невысоких дозах, может вызывать появление экстрапирамидной симптоматики, что препятствует их широкому применению у больных БД. Применение зуклопентиксола-акуфаз может быть оправдано эпизодически в качестве неотложной терапии (например, при меланхолическом раптусе или других проявлениях аутоагрессии). При этом следует помнить, что эта лекарственная форма не обладает мгновенным действием (как бензодиазепины) и обеспечивает надежный клинический эффект только через 24 часа [6]. Применение пролонгированных лекарственных форм у больных БД также нецелесообразно, так как может потенцировать суицидальное поведение.

Фармакогенные (нейролептические) депрессии у больных БАР чаще наблюдаются в случаях, когда ранее была ошибочно диагностирована шизофрения или другое психотическое расстройство. Как правило, нейролептические депрессии возникают после 2-3 месяцев терапии или на более поздних этапах лечения нейролептиками. Клиническая картина нейролептической депрессии характеризуется аффективными нарушениями, сочетающимися с различными проявлениями экстрапирамидного синдрома (симптомами паркинсонизма, акатизии, акайрии, тремором, оральными гиперкинезами и др.) [12].

В зависимости от доминирующих клинических проявлений описаны следующие варианты нейролептических депрессий: персеверирующая («назойливая») депрессия (Гурович И.Я., 1971), акинетическая депрессия (Van Putten T., May P., 1978), нейролептическая дисфория (Gerlach J., 2002) и другие. К специфическим особенностям нейролептической меланхолии на ранних этапах её развития относятся витальная тоска с явлениями психической анестезии, а также особый физикальный оттенок патологически сниженного аффекта с ощущением чуждости, непереносимости переживаемого состояния и обострённым чувством болезни. На более поздних этапах депрессивные расстройства приобретают характер анестетической меланхолии с преобладанием психической анестезии и инсомнии. Одновременно с депрессивными расстройствами (а иногда и раньше) нарастают явления «болезненной акатизии», при которых наряду с неусидчивостью, непреодолимым стремлением к движению возникают явления подавленности, тревоги и агитации. Наибольшую суицидальную опасность представляет нейролептическая дисфория, протекающая с двигательным беспокойством, тревогой с чувством внутреннего напряжения, эксплозивными реакциями, раздражительностью, суицидальными мыслями и действиями. В ряде случаев клиническая картина трансформируется в агитированную депрессию [13, 14].

Нейролептическая депрессия возникает, главным образом, при применении алифатических производных фенотиазина, реже – бутирофенонов и пиперазиновых производных фенотиазина. Алифатические производные фенотиазина (хлорпромазин и др.) повышают суицидоопасность (особенно при средних и высоких дозировках) в результате нейролептической депрессии, акатизии, «аффективной блокады». Пиперазиновые производные фенотиазина (трифлуоперазин, флуфеназин-депо и др.) и производные бутирофенона (галоперидол и др.) могут потенцировать суицидоопасные состояния, особенно во время развития острой акатизии, характеризующейся неусидчивостью, выраженной тревогой, мучительным ощущением безысходности, непреодолимым стремлением что-либо предпринять. Вероятность возникновения нейролептических осложнений (в том числе и острой акатизии) увеличивается в период изменения дозировок

препаратов, в том числе и при снижении доз нейролептиков, когда происходит изменение их концентрации в организме пациента. В связи с этим, назначение корректоров у пациентов с суицидоопасным состоянием обязательно [12].

Ранее нами были изучены и описаны особенности антисуицидальной активности рисперидона у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения и шизоаффективные расстройства), что позволило выявить отчётливую редукцию суицидальных тенденций практически у всех изученных больных в течение первых 4 недель от начала лечения, заметную редукцию клинических показателей по шкалам Гамильтона и PANSS, а так же улучшение показателей качества жизни в процессе терапии [1, 15].

При применении антипсихотиков 2-го поколения (АП-2, атипичных нейролептиков), депрессогенный эффект которых минимален, нейролептические депрессии развиваются крайне редко. Ещё в 1998 году одной из исследовательских групп в *Journal Clinical Psychiatry* было высказано мнение, что атипичные антипсихотики могут усиливать терапевтический эффект при депрессиях и уменьшать суицидальность (Kek R.E., Strakovski S.M., 1998). Согласно обобщенным данным атипичные антипсихотики, снижающие риск суицидального поведения, могут быть ранжированы следующим образом: первая линия – клозапин (доказано); вторая линия (первоочередная) – рисперидон, оланзапин, зипразидон; третья линия (отсроченная) – арипипразол, кветиапин, рисперидон пролонгированного действия, конвенционные депо [12].

Современные подходы к психофармакотерапии подразумевают доминирование принципа безопасности при назначении лечения конкретному больному. Для АП2 – это отсутствие или минимальная выраженность неврологических (прежде всего экстрапирамидных) нарушений; влияние на дефицитарные симптомы; коррекция когнитивного дефицита и коморбидных аффективных нарушений, а также нормотимическое действие. Эти клинические эффекты уже доказаны, либо изучаются в настоящее время для всех АП2. Тем не менее, применение АП2 связано с риском развития более выраженных, чем при применении АП1, побочных эффектов, таких как метаболический

синдром (в том числе риск развития сахарного диабета 2-го типа), эндокринные нарушения (пролактиновый синдром, влияние на функцию щитовидной железы) и кардиоваскулярные нарушения. При использовании оланзапина следует учитывать выраженность метаболических нарушений (прежде всего увеличения массы тела). Следует помнить, что при назначении клозапина высок риск развития агранулоцитоза. Помимо этого, клозапин, по нашим наблюдениям, чаще всего используют больные БД для реализации суицидальных намерений. Это связано с выраженностью его гипнотического эффекта (так называемая «легкая смерть во сне»), доступностью и дешёвизной генериков клозапина. В связи с этим назначение АП2 должно быть строго дифференцированным, с учетом высокого риска появления и развития вышеописанных нежелательных побочных эффектов.

В настоящее время особенности применения антипсихотиков для лечения БД постоянно изучаются, а рекомендации по их использованию дополняются и уточняются. Рекомендации по применению антипсихотиков для лечения острой депрессии у больных БАР 1-го типа следующие: первая линия – кветиапин, оланзапин плюс селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС); вторая линия – кветиапин плюс СИОЗС; третья линия – оланзапин; не доказано – монотерапия арипипразолом. Для лечения острой депрессии у больных БАР 2-го типа рекомендации достаточно размытые: первая линия – атипичные антипсихотики плюс антидепрессанты; вторая линия – зипразидон [9-11].

Последующий клинический опыт показал, что для лечения БД, в том числе с целью фармакологической превенции суицидальных проявлений у больных, хорошие результаты могут быть достигнуты при применении кветиапина как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения. При использовании кветиапина в дозах до 400 мг/сут (иногда до 600 мг/сут и выше, то есть тех, которые используют для лечения больных БД) нами корректоры нейролептической терапии не используются (за исключением переходного этапа при переходе с другого антипсихотика на кветиапин. Высокое сродство к альфа-1-адренорецепторам ( $A_1A$ ) обеспечивает эффективность при депрессиях. Влияние на гистами-

новые рецепторы (1-й тип гистаминовых рецепторов ( $H_1$ ) обуславливает гипнотическое действие и дневную сонливость у некоторых чувствительных пациентов). Данный побочный эффект минимизируется медленным титрованием при подборе дозы в начале лечения или ее корректировкой в процессе фармакотерапии за счёт реализации принципа минимальной достаточности. Кветиапин не вызывает повышения уровня пролактина в сыворотке крови. Наши наблюдения также не выявили значимых метаболических нарушений, в том числе неконтролируемого набора веса при применении кветиапина [4, 5, 7, 8, 16, 17].

Для лечения БД дозы кветиапина могут варьировать в очень широких пределах: от 25 до 600 мг/сут, что определяется степенью выраженности симптоматики, наличием или отсутствием сопутствующей терапии. Хороший эффект наблюдается также при наличии коморбидной симптоматики (соматоформные нарушения, психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) и другое) [17]. Рекомендуемые диапазоны доз кветиапина являются ориентировочными и должны подбираться индивидуально. Чаще всего для больных БД лечение начинают с 25 мг, затем дозу ежедневно или через 2-4 дня повышают до терапевтической. В некоторых случаях целесообразно 3 или даже 4 приёма в период титрации для минимизации побочных эффектов или для поддержания стабильной концентрации препарата в крови в течение дня. Людям пожилого возраста назначают с осторожностью, особенно в начале курса лечения. Для пациентов этой группы начальная доза не должна превышать 25 мг/сутки. Дозу следует повышать на 25-50 мг ежедневно до достижения эффективной дозы, которая должна быть меньше (как правило, вдвое), чем у молодых пациентов. Для некоторых пациентов с повышенной чувствительностью, лечение начинают с дозы 25 мг/сут, повышая дозу ежедневно или 1 раз в 3 дня на 25-50 мг/сут за период до 2 недель и более. Согласно принципу «минимальной достаточности» при плохой переносимости индивидуальную эффективную дозу подбирают с особой тщательностью. Кветиапин хорошо зарекомендовал себя в комбинации с другими антипсихотиками, антидепрессантами, анксио-

литиками, нормотимиками и нейрометаболическими церебропротекторами. Заслуживает внимания влияние кветиапина на когнитивные функции: улучшение показателей внимания и обучения, усидчивости при интеллектуальной нагрузке и другое, что обеспечивает широкий спектр показаний для назначения, что является чрезвычайно важным компонентом терапевтического профиля в лечении БД.

Перспективным для лечения депрессии у больных БАР может быть применение зипразидона. Однако наш опыт не позволяет сделать однозначные выводы по его эффективности. Применение арипипразола, аzenапина, палиперидона (в том числе и палиперидона пальмитата) оправдано скорее у больных при маниакальном или смешанном аффективном эпизоде [9-11].

Оправданным при лечении БД является применение амисульприда, который обладает заметной антидепрессивной активностью. Он хорошо переносится больными при длительном приеме. Может быть использован в качестве монотерапии как препарат первого выбора или в составе комбинированной терапии не только БД, но и смешанных аффективных эпизодов БАР, в лечении мании (в том числе собственные наблюдения) и с целью профилактики рецидивов. При лечении БД, с учетом фармакологических свойств, лечение начинают с дозы 25-50 мг/сут. утром. В последующем дозу повышают на 25-50 мг/сут. ежедневно до 100-300 мг сут., иногда на 2 приема. Такая схема титрации обеспечивает хорошую переносимость и позволяет достигать быстрого клинического улучшения.

Таким образом, реализовать адекватную терапевтическую стратегию и обеспечить превенцию и купирование суицидальных тенденций у больных с депрессивным эпизодом БАР возможно при использовании современных антипсихотических препаратов в качестве монотерапии или в комбинациях с нормотимиками и антидепрессантами. Учёт психофармакологических особенностей каждого препарата позволит индивидуализировать тактику лечения для каждого конкретного больного и обеспечит надёжную фармакологическую коррекцию суицидальных проявлений у больных с биполярной депрессией.

Литература:

1. Юрьева Л.Н., Мамчур А.Й. Фармакологическая превенция суицидальных проявлений у больных с биполярной депрессией. Сообщение 1: диагностика и применение стабилизаторов настроения // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 18-24.
2. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
3. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под. ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
4. Иванов М.В., Мазо Г.Э., Рогачев С.В., Чомский А.Н., Южанинов В.Н., Шарова Е.М. Сероквель: перспективы и перспективы и опыт терапии маний при биполярных аффективных расстройствах // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – № 4.
5. Кинкулькина М.А. Атипичный антипсихотик кветиапин при лечении острых психотических состояний у больных эндогенными заболеваниями – сравнительное исследование // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 5. – С. 232-235.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М., «Восток», 1996. – 288 с.
7. Мосолов С.Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я. и др. Новый атипичный антипсихотик сероквель: результаты российских клинических испытаний // Нейрон ревью: Информационно-образовательный бюллетень клинических нейронаук. – 2003. – № 1 (7). – С. 26-33.
8. Новый атипичный антипсихотик – сероквель (кветиапина фумарат): Медицинское издание / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: Просветитель, 2000. – 48 с.
9. Bipolar Disorder / Lakshmi N. Yatham, Gin. S. Malhi. – Oxford university press, 2011. – 76 p.
10. Bipolar Psychopharmacotherapy – caring for the patient / edited by H. Akiskal and M. Tohen. – 2<sup>nd</sup> ed.-WILEY-BLACKWELL, 2011. – 520 p.
11. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 / L.N. Yatham, S.H. Kennedy, S.V. Parikh [et al.] // Bipolar Disorder. – 2013. – № 15. – P. 1-44.
12. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
13. Gerlach J. Improving outcome in schizophrenia: the potential importance of EPS and neuroleptik dysphoria // Ann. Clin. Psychiat. – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 47-57.
14. Gerlach J., Larsen E.B. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment // Acta Psychiat. Scand. – 1999. – Vol. 395. – P. 113-137.
- Yur'eva L.N., Mamchur A.J. Farmakologicheskaya prevenciya suicidal'nyh proyavlenij u bol'nyh s bipolyarnoj depressiej. Soobshchenie 1: diagnostika i primenenie stabilizatorov nastroeniya // Suicidology. – 2015. – Tom 6, № 1 (18). – S. 18-24. (In Russ)
- Rasstrojstva affektivnogo spektra / V.N. Krasnov. – M.: Prakticheskaya medicina, 2011. – 432 s. (In Russ)
- Bipolyarnoe affektivnoe rasstrojstvo: diagnostika i terapiya / pod. red. S.N. Mosolova. – M.: MEDpress-inform, 2008. – 384 s. (In Russ)
- Ivanov M.V., Mazo G.E.H., Rogachev S.V., CHomskij A.N., YUzhaninov V.N., SHarova E.M. Serokvel': perspektivy i perspektivy i opyt terapii manij pri bipolyarnyh affektivnyh rasstrojstvah // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. – 2004. – № 4. (In Russ)
- Kinkul'kina M.A. Atipichnyj antipsihotik kvetiapin pri lechenii ostryh psihoticheskikh sostoyanij u bol'nyh ehndogennymi zabolevanijami – sravnitel'noe issledovanie // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2004. – № 5. – S. 232-235. (In Russ)
- Mosolov S.N. Osnovy psihofarmakoterapii. – M., «Vostok», 1996. – 288 s. (In Russ)
- Mosolov S.N., Aleksandrovskij YU.A., Vovin R.YA. i dr. Novyj atipichnyj antipsihotik serokvel': rezul'taty rossijskih klinicheskikh ispytanij // Nejrón revyu: Informacionno-obrazovatel'nyj byulleten' klinicheskikh nejronauk. – 2003. – № 1 (7). – S. 26-33. (In Russ)
- Novyj atipichnyj antipsihotik – serokvel' (kvetiapina fumarat): Medicinskoe izdanie / Pod red. S.N. Mosolova. – M.: Prosvetitel', 2000. – 48 s. (In Russ)
- Bipolar Disorder / Lakshmi N. Yatham, Gin. S. Malhi. – Oxford university press, 2011. – 76 p.
- Bipolar Psychopharmacotherapy – caring for the patient / edited by H. Akiskal and M. Tohen. – 2<sup>nd</sup> ed.-WILEY-BLACKWELL, 2011. – 520 p.
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 / L.N. Yatham, S.H. Kennedy, S.V. Parikh [et al.] // Bipolar Disorder. – 2013. – № 15. – P. 1-44.
- Yur'eva L.N. Klinicheskaya suicidologiya: monografiya. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 472 s. (In Russ)
- Gerlach J. Improving outcome in schizophrenia: the potential importance of EPS and neuroleptik dysphoria // Ann. Clin. Psychiat. – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 47-57.
- Gerlach J., Larsen E.B. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment // Acta Psychiat. Scand. – 1999. – Vol. 395. – P. 113-137.

15. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И., Юрьев Е.Б. Исследование влияния терапии rispoleptom на суицидальные проявления у психически больных // Український вісник психоневрології. – 2002. – Том 10. – Вып. 4 (33). – С. 91-95.
16. Смулевич А.Б. Спектр клинических эффектов кветиапина (сероквеля) в условиях крупного психиатрического стационара // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. Приложение № 2. – С.7–8.
17. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И. Опыт применения кветирона в лечении соматоформных расстройств // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – Том 14, № 1 (50). – С. 143-144.
- YUr'eva L.N., Mamchur A.I., YUr'ev E.B. Issledovanie vliyaniya terapii rispoleptom na suicidal'nye proyavleniya u psihicheski bol'nyh // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. – 2002. – Tom 10. – Vyp. 4 (33). – S. 91-95. (In Russ)
- Smulevich A.B. Spektr klinicheskikh ehffektov kvetiapina (serokvely) v usloviyah krupnogo psihiatricheskogo stacionara // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2003. Prilozhenie № 2. – S.7–8. (In Russ)
- YUr'eva L.N., Mamchur A.I. Opyt primeneniya kvetirona v lechenii somatofornnyh rasstrojstv // Tavricheskij zhurnal psihiatrii. – 2010. –Tom 14, № 1 (50). – S. 143-144. (In Russ)

PHARMACOLOGICAL PREVENTION OF SUICIDAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION. MESSAGE 2: ESPECIALLY THE APPOINTMENT OF ANTIPSYCHOTICS

L.N. Yur'yeva, A. I. Mamchur

Dnepropetrovsk State Medical Academy, Ukraine

The article describes the approaches to the implementation of pharmacotherapeutic strategies of prevention of suicidal symptoms in patients with bipolar depression. The features of modern antipsychotics purpose and practical recommendations for their use as monotherapy and as part of combination therapy in patients with a depressive episode of bipolar disorder.

*Keywords:* patient suicide, bipolar depression, pharmacological prevention of suicidal symptoms, application of modern antipsychotics.

УДК: 616.89 – 008.441.44

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ:  
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ**

А.В. Сахаров, Н.В. Говорин

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита, Россия

Контактная информация:

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент. 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

Говорин Николай Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, главный внештатный психиатр СибФО. 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

Целью исследования стало изучение роли алкогольного фактора при суицидальном поведении на примере Забайкальского края. Установлено, что самоубийства тесно связаны с алкогольной смертностью и заболеваемостью алкогольными психозами. Частота приема алкоголя при завершенных суицидах несколько выше, чем при попытках (57,8% и 45,8% соответственно), при этом наличие алкогольного опьянения благоприятствует выбору суицидентом более brutального способа. Выявлено, что при самоубийствах у 38,0% умерших наблюдается алкогольное опьянение тяжелой степени и/или отравление этиловым спиртом. В тоже время при парасуицидах, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, в структуре психических и поведенческих расстройств 70,3% приходится на алкоголизм.

Представленные результаты дают возможность обсуждать применение новых подходов к предупреждению суицидов и покушений на самоубийство, одним из которых является снижение потребления алкоголя в популяции.

*Ключевые слова:* самоубийство, суицид, парасуицид, алкоголь, алкогольное опьянение, алкоголизм.

В последние десятилетия проблеме суицидального поведения уделяется все больше внимания, особенно в аспекте его предотвращения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в 2012 году в мире число смертей по причине самоубийств составило 804 тыс. случаев (11,4 на 100 тыс. человек населения), при этом их количество за последние 13 лет уменьшилось на 9,0%. В России также в прошедшие 10 лет наблюдалось отчетливое снижение смертности населения по причине самоубийств, в 2014 году показатель составил 18,2 на 100 тыс. жителей. При этом следует отметить существенные региональные различия по распространенности самоубийств, которые составили в прошлом году в нашей стране более 600 раз (!). Это определяет необходимость изучения основных и дополнительных факторов, влияющих на величину суицидов в конкретных регионах [1].

В этой связи чрезвычайно актуальной на сегодняшний день является проблема связи самоубийств и алкоголизации населения [2-6]. Наиболее интересны работы, показывающие динамику числа самоубийств в зависимости от среднедушевого потребления алкоголя. По мнению ряда авторов, в России такая взаимосвязь существовала всегда [7-9]. Самой значимой эта зависимость оказалась в 1985-1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС: в этот период смертность от самоубийств снизилась более, чем на одну треть [10]. В 1987-1992 гг. происходил рост потребления алкоголя и, вместе с тем, увеличение смертности по этой причине [11].

Такая однозначная зависимость между потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и суицидами выявляется не во всех странах. Например, в Испании, Дании, Франции ранее было отмечено снижение уровня суицидов при росте употребления алкоголя, в Венгрии при постоянном уровне употребления наблюдалось снижение числа суицидов. Иногда даже в ряде регионов одной страны уровень алкоголизации не коррелировал с уровнем самоубийств [6, 12, 13]. Все это привело к большому разнообразию и противоречивости выводов, и не позволило установить, в какой степени алкоголь выступает в качестве причины смерти. Часто так происходило из-за того, что сравнивались популяции с различным уровнем потребления алкоголя, которые почти никогда не бывают сравнимы по внеалкоголь-

ным факторам [14]. Следует отметить также, что верхний уровень диапазона потребления алкоголя, зафиксированный в зарубежных работах, не достигает уровней потребления в нашей стране [4]. Поэтому такая взаимосвязь не является прямолинейной, а прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению [12, 15].

Несмотря на это, отмечается значительная частота приема алкоголя при самоубийствах. В Швеции алкоголь обнаружен в крови у 35,0% суицидентов [16, 17], в Финляндии – у 30,5% [18], в Бразилии – у 32,2%, в Америке он выявлен в крови в 20,0-33,0% таких случаев [19, 20]. Исследователи в работах, выполненных в разное время и в различных регионах России, утверждают, что не менее чем у 30,0% (а максимально у трех четвертей мужчин и у двух третей женщин) в крови обнаружен алкоголь [4, 14, 21, 22-27]. При этом прямой зависимости между тяжестью аутоагрессивных расстройств и концентрацией алкоголя в крови не выявлено [28]. В одних работах чаще обнаруживается средняя и слабая степень опьянения [21, 27, 29], в других – средняя и тяжелая [25, 26, 30]. Многие авторы полагают, что связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом нуждается в дополнительном изучении.

Считается, что роль алкогольного опьянения заключается в создании и усилении условий, благоприятствующих реализации суицидальных замыслов; прием алкоголя повышает агрессивность, конфликтность и демонстративность, усугубляет психический дискомфорт, потенцирует развитие чувства вины, что может актуализировать прежние суицидальные мысли и привести к попытке суицида [6, 9, 21, 23, 31]. Состояние алкогольного опьянения может провоцировать более легкое возникновение различных аффективных и импульсивных реакций, в том числе на незначительное психогенное воздействие [28], а также может увеличивать глубину кризисной ситуации и придать ей характер безысходности [27]. Поэтому не только злоупотребление алкоголем влияет на распространение самоубийств, спровоцировать самоубийство может и «простая» выпивка [21, 27, 30, 32-35]. Огромное значение в настоящее время предается и алкогольным проблемам у родителей будущих суицидентов [36].

В тоже время, особое значение суицидальное поведение принимает в популяции боль-

ных алкоголизмом, где смертность от самоубийств колеблется от 7,0 до 15,0% только по данным наркологического учета [6, 27, 29, 37-40]. В одном из эпидемиологических исследований было установлено, что среди лиц, выживших после парасуицида, у 50,0% мужчин имелись алкогольные проблемы, причем у 23,0% из них диагностирована алкогольная зависимость [41]. Согласно другим данным, алкоголизм, либо злоупотребление алкоголем, обнаруживаются в 43,0% случаев самоубийств [42, 43]. Прекращение же алкоголизации снижает риск повторной суицидальной попытки [44].

Считается, что одной из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами злоупотребляющими алкоголем, является алкогольная депрессия [33, 45-47]. Не исключается и особое значение алкогольных психозов [28, 33]. Суициды, совершенные на фоне алкогольных психозов, составляют от 5,0% всех алкогольных суицидов [29, 32, 48]. Лица, перенесшие алкогольный психоз, умирают в 2 раза чаще от самоубийств, чем больные с алкогольной зависимостью, никогда не переносившие психоз [49].

Таким образом, актуальности представленной темы способствует то обстоятельство, что большое количество литературы по вопросам связи суицидального поведения с алкоголем имеет преимущественно косвенный характер. Это приводит к большому разнообразию и противоречивости выводов. На сегодняшний день не до конца выяснено влияние тяжести алкоголизации на суицидальную активность. Поэтому остается много открытых вопросов во взаимоотношениях в системе «алкоголь – самоубийства», которые требуют дополнительного уточнения.

Цель исследования: оценить значение алкогольного фактора при суицидальном поведении на территории Забайкальского края.

Материал и методы.

На первом этапе были рассчитаны и проанализированы показатели, полученные путем выкопировки данных из годовых отчетов, хранящихся в Государственном архиве Забайкальского края (с 1980 по 1994 гг.), ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2014 гг.) и Забайкальском Краевом наркологическом диспансере (с 1980 по 2014 гг.). Для анализа использовались следующие данные – смертность по причине само-

убийств, смертность по причине случайных отравлений алкоголем и заболеваемость алкогольными психозами.

На втором этапе работы осуществлен анализ медицинской документации по завершённым суицидам и парасуицидам в городе Чите. Данные о завершённых случаях получены из актов судебно-медицинских экспертиз и журналов регистрации трупов Краевого бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) за период с 1993 по 2014 гг. За исследуемый период времени в бюро СМЭ было произведено 47135 вскрытий, из них на долю самоубийств пришлось 3121, что составило 6,6% от их общего числа. Учитывались следующие показатели: пол, возраст, дата, способ совершения суицида, наличие и концентрация алкоголя в крови.

Для изучения парасуицидов в городе Чите был проведен ретроспективный анализ сплошным методом историй болезни лиц, совершивших суицидальную попытку путем самоотравления и госпитализированных в Краевой токсикологический центр за период 1995-2014 гг. Всего за 20 последних лет получало лечение по этой причине 5050 человек. В каждом случае учитывался пол, возраст, дата попытки, социальный статус суицидента, данные о состоянии трезвости и сопутствующей психопатологии.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента. Взаимное влияние изучаемых параметров устанавливалось с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение.

Забайкальский край (ранее – Читинская область) традиционно отличался высокими показателями смертности по причине самоубийств: в 80-90-е годы прошлого века он составлял около 40,0 на 100 тыс. человек населения, а с 1993 года стал более 60,0 на 100 тыс. (максимум был зарегистрирован в 2002 году – 93,4 на 100 тыс. населения). Единственное значимое снижение числа завершённых суицидов зарегистрировано в 1985-1987 гг. (27,7 на 100 тыс. населения в 1987 году; РФ – 23,0 на 100

тыс.), что, вероятно, было связано с антиалкогольной кампанией и мерами, направленными на ограничение торговли спиртными напитками.

Стоит отметить, что в последнее десятилетие отмечается постепенное снижение смертности от самоубийств среди населения Забайкалья, но наш регион по-прежнему входит в группу субъектов Российской Федерации с максимальными показателями смертности жителей по этой причине. В 2014 году в крае было зарегистрировано 514 самоубийств (показатель 47,1 на 100 тыс., четвертое место в стране). Частота завершённых суицидов в Забайкальском крае в 2,6 раза выше среднероссийской и в 1,7 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе.

Чтобы оценить влияние алкогольного фактора на величину самоубийств, необходимо было сопоставить динамику указанного вида смертности с динамикой других явлений, очевидно тесно связанных с потреблением спир-

ных напитков. В качестве таковых удобно взять случаи случайных отравлений алкоголем и заболеваемость населения алкогольными психозами. Ведь последние встречаются только у больных алкоголизмом, а смертность от отравлений – следствие прямого воздействия алкогольного фактора [10]. Поэтому и реагируют эти показатели наиболее быстро на изменение алкогольной ситуации (рис. 1). Так, уровень обоих явлений закономерно снизился во время антиалкогольной компании, вырос во время реформ 90-х, отчетливо уменьшается в последние 10 лет; корреляция между ними весьма высока ( $r = +0,881$ ).

Проведенный нами анализ продемонстрировал, что корреляция между указанными алкогольсассоциированными показателями и смертностью по причине самоубийств является сильной прямой (+0,835 и +0,920). Это является одним из значимых подтверждений весомого вклада алкоголя в величину суицидов в Забайкальском крае (табл. 1).

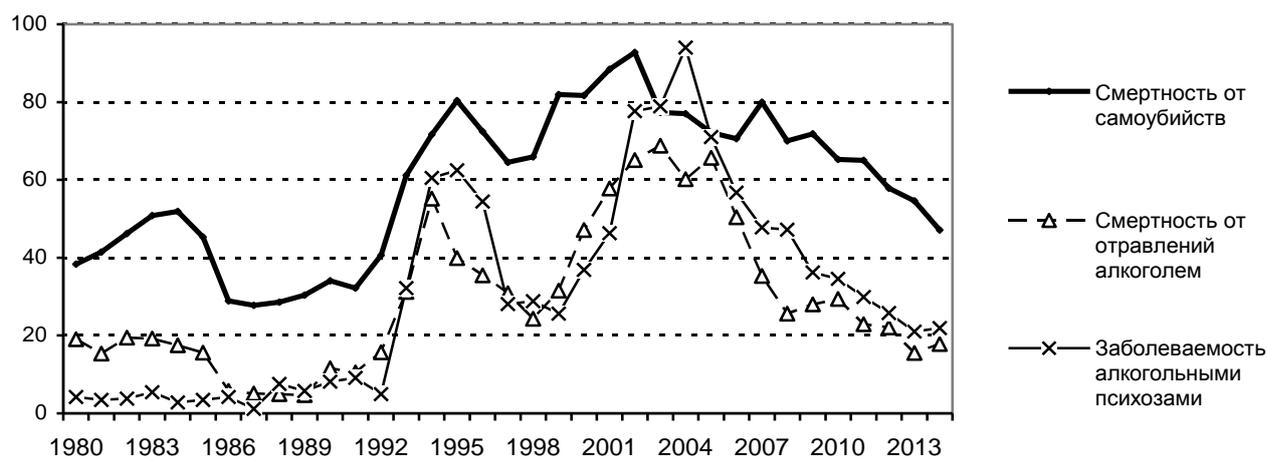


Рис. 1. Смертность по причине самоубийств, смертность по причине отравлений алкоголем и заболеваемость алкогольными психозами в Забайкальском крае за период 1980-2014 гг.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа (Spearman) между показателями смертности по причине самоубийств, смертности по причине случайных отравлений алкоголем и заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае за период 1980-2014 гг.

Показатели	Смертность по причине самоубийств	Смертность по причине отравлений алкоголем	Заболеваемость алкогольными психозами
Смертность по причине самоубийств	1	+0,920 ***	+0,835 ***
Смертность по причине отравлений алкоголем	+0,920 ***	1	+0,881 ***
Заболеваемость алкогольными психозами	+0,835 ***	+0,881 ***	1

Примечание: статистическая значимость различий обозначена: \*\*\* –  $p < 0,0001$

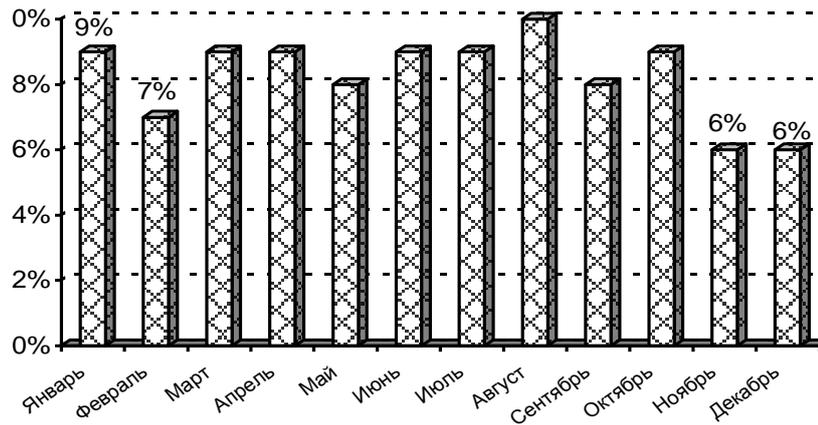


Рис. 2. Распределение случаев смертности по причине самоубийств по месяцам в Чите за период 1993-2014 гг.

Для более углубленного исследования значения приема алкоголя при совершении суицидальных действий были проанализированы случаи завершённых суицидов и парасуицидов в городе Чите за продолжительный промежуток времени (за 20 последних лет).

Что касается самоубийств, мужчин среди суицидентов было 82,4% (n=2573), женщин – 17,6% (n=548); соотношение 4,7 : 1. Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: дети до 15 лет – 0,8%; подростки и молодежь до 20 лет – 6,1%; лица от 21 до 30 лет – 24,5%; от 31 до 60 лет – 54,2%, 61 год и старше – 14,4%. Следовательно, подавляющее большинство завершённых суицидов совершают мужчины трудоспособного возраста. При этом стоит отметить, что у женщин, в сравнении с мужчинами, на возраст 61 год и старше пришлось в 2 раза больше случаев

смертности по причине самоубийств (24,7 % и 12,3% соответственно; p<0,001).

При анализе сезонности самоубийств выявлен четкий весенне-летний подъем, со снижением количества самоубийств осенью и особенно зимой. Исключением стал только январь (в первую очередь, среди мужского контингента), что, на наш взгляд, можно объяснить возрастающей алкоголизацией населения в этот месяц (рис. 2).

Способы совершения самоубийств были следующими: самоповешение – 82,0%; огнестрельное повреждение – 5,6%; отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями – 3,6%; медикаментозное отравление – 3,5%; самопорезы – 2,2%; падение с высоты – 1,8%; самосожжение – 0,9%; иные – 0,4% (табл. 2).

Таблица 2

Способы совершения самоубийств в Чите за период 1993-2014 гг., в %

Способ самоубийства	Мужчины (n=2573)	Женщины (n=548)	Всего (n=3121)
Самоповешение	85,4 ***	66,2	82,0
Самострел	6,7 ***	0,4	5,6
Медикаментозное отравление	1,5	12,8 ***	3,5
Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями	1,4	13,8 ***	3,6
Самопорезы	2,4	1,3	2,2
Падение с высоты	1,5	3,2	1,8
Самосожжение	0,8	1,3	0,9
Отравление угарным газом	0,2	0,7	0,3
Железнодорожная травма	0,1	0,3	0,1
Всего	100,0	100,0	100,0

Примечание: \*\*\* – p<0,001

Таблица 3

Концентрация алкоголя в крови у умерших по причине самоубийства в Чите за период 1993-2014 гг., в %

Концентрация этанола в крови	Мужчины (n=1487)	Женщины (n=214)	Всего (n=1701)
0,5 ‰ и менее	4,8	2,8	4,5
от 0,51 до 1,5 ‰	20,7	23,0	21,0
от 1,51 до 2,5 ‰	36,6	35,4	36,4
от 2,51 до 3,5 ‰	26,4	25,3	26,2
от 3,51 до 4,5 ‰	8,1	12,4	8,7
от 4,51 до 5,5 ‰	1,7	1,1	1,6
5,51 ‰ и более	1,6	0,0	1,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы, у мужчин значительно преобладали самоповешения (85,4%) и огнестрельные самоповреждения (6,7%), самоотравления составили только 2,9%, тогда как у женщин самоповешения составили 66,2% (p<0,001), самоотравления – 26,6% (p<0,001).

Установлено, что количество суицидов, совершённых в состоянии алкогольного опьянения, составило 54,5% (мужчины – 57,8%, женщины – 39,1%; p<0,001). При анализе наличия опьянения в каждой возрастной группе получены максимумы в возрастах 15-20 лет (58,4%), от 21 до 30 лет (64,6%), от 31 до 60 лет (56,6%); минимум – у детей (36,0%) и старше 60 лет (31,0%).

Содержание этанола в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, составило у мужчин 2,34±0,07‰, у женщин – 2,31±0,08‰. Распределение концентраций алкоголя в крови, у умерших по причине самоубийства, представлено в таблице 3.

Согласно классификации судебных экспертов, в момент суицида в состоянии тяжелого алкогольного опьянения и/или отравления алкоголем находилось 38,0% суицидентов (мужчины – 37,9%; женщины – 38,8%).

Среди умерших с наличием алкоголя в крови 89,2% заканчивали жизнь путём самоповешения, 6,5% – путем самострела (аналогичные показатели у трезвых составили 73,5% (p<0,001) и 4,4% (p<0,01) соответственно). В целом, при самоповешениях в алкогольном опьянении находилось 59,3% суицидентов, при самострелах – 63,8%, а при самоотравлениях – лишь 15,4% (табл. 4). Аналогичные тенденции наблюдаются независимо от пола.

Представленные результаты убедительно свидетельствуют о том, что наличие алкоголь-

ного опьянения является высоким фактором риска суицидального поведения в целом и способствует выбору суицидентом более brutального (грубого и надежного) способа самоубийства, увеличивающего завершенность суицида.

Что касается парасуицидов, в Забайкальском крае три года назад удалось организовать регистрацию суицидентов по обращаемости в медицинские организации. Установлено, что обращаемость за медицинской помощью по поводу суицидальных попыток в городе Чите составила 96,7 на 100 тыс. населения в 2012 году; 103,7 в 2013 и 81,2 в 2014. Если сравнивать с показателями по Чите десятилетней давности [26], то обращаемость стала чуть выше (2002 год – 88,2 на 100 тыс.; 2003 – 70,3; 2004 – 77,1), хотя, вероятно, это связано и с более высоким уровнем регистрации в последние годы.

Таблица 4

Доля лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, при каждом способе самоубийства в Чите за период 1993-2014 гг., в %

Способ самоубийства	В алкогольном опьянении	
	n	%
Самоповешение	1518	59,3
Самострел	111	63,8
Медикаментозное отравление	13	11,9
Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями	21	18,8
Самопорезы	15	21,7
Падение с высоты	16	28,6
Самосожжение	1	3,6
Другие	6	46,1

Женщин среди обратившихся было 65,1%, мужчин – 34,9%: соотношение 1,9 : 1. Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил  $32,6 \pm 0,4$  года. Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: дети – 3,7%; подростки – 9,0%; 18-20 лет – 9,2%; 21-30 лет – 31,2%; 31-40 лет – 22,6%; 41-50 лет – 10,9%; 51-60 лет – 6,4%; 61-70 лет – 3,0%; 71 год и старше – 4,0%.

Способы парасуицидов были представлены в 63,2% случаев самоотравлениями, в 24,6% самопорезами, в 7,8% попытками самоповешения, в 1,6% падениями с высоты, в 0,5% самострелами, в 0,1% случаев самосожжениями, в 2,2% другими способами. У женщин традиционно преобладали попытки самоотравления – 77,9% (мужчины – 36,1%;  $p < 0,001$ ), у мужчин значительную часть составили самопорезы – 39,6% (женщины – 16,6%;  $p < 0,001$ ) и попытки самоповешения – 14,6% (женщины – 4,1%;  $p < 0,001$ ). В результате, медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 27,1% суицидентов, стационарную – 72,9%.

Более подробно были проанализированы все случаи парасуицидов, совершенных способом самоотравления. Сплошным методом осуществлен анализ медицинской документации по суицидентам, госпитализированным в Краевой токсикологический центр за 20 последних лет.

Установлено, что суицидальные попытки путем самоотравления совершили 3828 женщин (75,8%) и 1222 мужчин (24,2%); соотношение равно 3,1 : 1.

Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: до 20 лет – 27,9%; 21-30 лет – 29,7%; 31-50 лет – 31,2%; старше 50 лет – 11,2%. При этом среди женского контингента, в сравнении с мужским, было в 2 раза больше представителей в возрасте до 20 лет (31,8% и 15,6%;  $p < 0,001$ ) и в 1,5 раза меньше в возрасте 21-30 лет (26,5% и 39,6%;  $p < 0,001$ ).

По социальному статусу суициденты разделились следующим образом: неработающие – 45,1%, работающие – 25,2%, учащиеся – 15,8%, инвалиды – 8,8%, пенсионеры – 5,1%. Подавляющее большинство (69,6%) называли причины совершения парасуицида, среди которых 68,9% составили «конфликты в семье»; 15,0% – «ссоры с другом / подругой».

Получено относительно равномерное распределение попыток самоубийств по месяцам, с небольшим увеличением весной.

Выбор средств для самоотравлений был весьма разнообразным: психотропные препараты – 20,2%; гипотензивные – 10,3%; противосудорожные – 6,2%; полимедикаментозное – 35,4%; уксусная кислота – 13,2%; другие химические жидкости – 5,5%; другие таблетированные препараты – 9,2%.

Укрупненно способы самоотравлений были представлены в 18,7% – отравлением уксусной кислотой и другими химическими жидкостями; в 81,3% – медикаментозным и полимедикаментозным отравлением.

У лиц, совершивших суицидальную попытку, психические и поведенческие расстройства были диагностированы в 25,4% случаев. Структура расстройств была следующей: алкоголизм – 42,5%, шизофрения – 20,4%, депрессия – 10,3%, расстройства в связи с эпилепсией – 12,1%, расстройство личности – 5,6%, наркомания – 3,4%, умственная отсталость – 3,2%, органическое психическое расстройство – 2,5%.

Выявлено, что количество попыток самоубийства, предпринятых в алкогольном опьянении, составило 45,8% (мужчины – 53,0%; женщины – 43,5%;  $p < 0,001$ ). Если рассматривать по отдельным возрастным группам, то в группе до 20 лет в алкогольном опьянении находилось 24,7%; 21-30 лет – 47,9%; 31-50 лет – 52,5%; старше 50 лет – 42,9%. Среди данного контингента преобладали неработающие граждане – 56,1%.

Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями у парасуицидентов в алкогольном опьянении составило 21,0%, что в 1,4 раза больше, чем у трезвых лиц (15,0%;  $p < 0,001$ ). Соответственно, в состоянии алкогольного опьянения при отравлениях медикаментами находилось 43,9%; при отравлениях уксусной кислотой и химическими жидкостями – 54,2% ( $p < 0,001$ ).

У суицидентов в алкогольном опьянении психические и поведенческие расстройства были диагностированы в 28,8% (табл. 5), в структуре которых на алкоголизм пришлось 70,3%, на эндогенные заболевания 11,3%. В тоже время у пациентов, совершивших попытку трезвыми, сопутствующая психопатология выявлялась в 22,3% случаев ( $p < 0,001$ ), но в структуре на синдром зависимости от алкоголя пришлось только 12,3% ( $p < 0,001$ ), а на эндогенные расстройства – 51,7% ( $p < 0,001$ ).

Следовательно, психические и поведенческие расстройства были диагностированы у каждого четвертого суицидента, в структуре которых преобладал синдром зависимости от алкоголя. Кроме того, даже при попытках самоотравления прием алкоголя способствовал брутализации способа совершения, потенциально увеличивая риск завершенности.

Таблица 5

Структура психических и поведенческих расстройств у суицидентов при самоотравлениях в зависимости от наличия алкогольного опьянения, в %

Психические и поведенческие расстройства	В алкогольном опьянении (n=699)	Трезвые (n=605)
Алкоголизм	70,3 ***	12,3
Наркомания	2,1	5,4 **
Шизофрения	6,8	35,2 ***
Депрессия	4,5	16,5 ***
Умственная отсталость	2,5	3,8
Расстройство личности	4,2	6,2
Органическое психическое расстройство	0,8	4,2 ***
Расстройства в связи с эпилепсией	8,8	16,4 ***
Итого	100,0	100,0

Примечание: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

**Закключение.** Таким образом, Забайкальский край по-прежнему входит в число субъектов РФ с максимальными показателями суицидной смертности населения, при этом данный вид смертности очень тесно связан с алкогольбусловленной смертностью и заболеваемостью населения алкогольными психозами.

Самоубийства преимущественно совершают мужчины молодого и трудоспособного возраста путем самоповешения. При парасуи-

цидах преобладают неработающие женщины молодого возраста, основной способ – самоотравление; причиной совершения суицидальных действий подавляющее большинство считает проблемы в межличностных взаимоотношениях.

Частота приема алкоголя при завершенных суицидах несколько выше, чем при попытках (57,8% и 45,8% соответственно), но само алкогольное опьянение не обуславливает напрямую «завершенность» суицидальных действий, которая зависит в большей степени от предпочтенного способа. При этом наличие алкогольного опьянения благоприятствует выбору суицидентом более брутального (надежного, грубого) способа, и, следовательно, увеличивает риск «завершённости».

Кроме того, исследование показало, что при самоубийствах у 38,0% умерших наблюдается алкогольное опьянение тяжелой степени и/или отравление этиловым спиртом.

В тоже время при парасуицидах в Забайкальском крае психические и поведенческие расстройства были установлены у каждого четвертого суицидента, в структуре которых преобладал синдром зависимости от алкоголя. При этом выявлены существенные отличия в структуре психических расстройств в зависимости от наличия алкогольного опьянения на момент совершения суицидальных действий: в алкогольном опьянении в 5,7 раза преобладал алкоголизм, а у трезвых – в 4,6 раза превалировали эндогенные заболевания.

Представленные результаты о роли алкогольного фактора в генезе суицидального поведения дают возможность обсуждать применение новых подходов к предупреждению суицидов и покушений на самоубийство, одним из которых является снижение потребления алкоголя в популяции и адекватное лечение алкоголизма как основного заболевания.

Литература:

1. 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 (10). – С. 48-54.
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидогенезе // Социальные преобразования и психическое здоровье: II Национальный конгресс с международным участием по социальной психиатрии. – 2006. – С. 131-132.

Govorin N.V., Saharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A. ENpidemiologiya samoubijstv v Zabajkal'skom krae, organizaciya krizisnoj pomoshchi naseleniyu // Suicidology. – 2013. – Т. 4, № 1 (10). – S. 48-54. (In Russ)

Govorin N.V., Saharov A.V. Rol' alkohol'nogo faktora v suicidogeneze // Social'nye preobrazovaniya i psihicheskoe zdorov'e: II Nacional'nyj kongress s mezhdunarodnym uchastiem po social'noj psihiatrii. – 2006. – S. 131-132. (In Russ)

3. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) // Вопросы наркологии. – 2011. – № 2. – С. 7-13.
4. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. – М.: Nalex, 2003. – 136 с.
5. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – № 2. – С. 49.
6. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
7. Кузнецов В.Е. Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии: психиатрический и междисциплинарный аспекты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 23 с.
8. Постовалова Л.И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – 1984. – С. 26-35.
9. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86-93.
10. Немцов А.В., Нечаев А.К. Потребление алкоголя и насильственные смерти // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34-36.
11. Немцов А.В., Симонова О.Н. Потребление алкоголя и продолжительность жизни в России // Материалы XII съезда психиатров России. – 1995. – С. 787-788.
12. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22-27.
13. Westman J., Wahlbeck K., Laursen T., Gissler M., Nordentoft M., Hällgren J., Arffman M., Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden // Acta Psychiatr Scand. – 2015. – № 131 (4). – P. 297-306.
14. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.
15. Амбрумова А.Г. Индивидуально - психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 44-59.
16. Norstrom T. Alcohol and Suicide in Scandinavia // Brit. J Addict. – 1988. – Vol. 83, № 5. – P. 553-559.
17. Sjögren H., Eriksson A., Ahim K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden // Alcohol Clin Exp. – 2000. – № 24. – P. 1050-1056.
18. Lunetta P., Penttila A., Sarna S. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland // Alcohol. Clin. Exp Res. – 2001. – № 25. – P. 1654-1661.
19. Alcohol and suicide among racial/ethnic populations – 17 states, 2005-2006 // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2009. – № 58 (23). – P. 637-641.
- Govorin N.V., Saharov A.V. Metodologicheskie podhody k izucheniyu alkohol'noj smertnosti naseleniya (regional'nyj aspekt) // Voprosy narkologii. – 2011. – № 2. – S. 7-13. (In Russ)
- Nemcov A.V. Alkogol'nyj uron regionov Rossii. – M.: Nalex, 2003. – 136 s. (In Russ)
- Razvodovskij YU.E. Alkogol' i suicidy: populyacionnyj uroven' vzaimosvyazi // ZHurnal nevrologii i psihiatrii. – 2004. – № 2. – S. 49. (In Russ)
- SHustov D.I. Autoagressiya, suicid i algokolizm. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 214 s. (In Russ)
- Kuznecov V.E. EHtapy razvitiya otechestvennoj dorevolyucionnoj suicidologii: psihiatricheskij i mezhdisciplinarnyj aspekty: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 1987. – 23 s. (In Russ)
- Postovalova L.I. Voprosy izucheniya i profilaktiki samoubijstv v rabotah dorevolyucionnyh issledovatelej // Problemy profilaktiki i reabilitacii v suicidologii. – 1984. – S. 26-35. (In Russ)
- SHustov D.I., Valentik YU.V. Alkogol', algokolizm i suicidal'noe povedenie (ehpidemiologicheskij i klinicheskij aspekt) // Voprosy narkologii. – 1998. – № 3. – S. 86-93. (In Russ)
- Nemcov A.V., Nechaev A.K. Potreblenie algogolya i nasil'stvennye smerti // Voprosy narkologii. – 1991. – № 1. – S. 34-36. (In Russ)
- Nemcov A.V., Simonova O.N. Potreblenie algogolya i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii // Materialy XII s"ezda psihiatrov Rossii. – 1995. – S. 787-788. (In Russ)
- Vojcekh V.F. Dinamika i struktura samoubijstv v Rossii // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2006. – № 3. – S. 22-27. (In Russ)
- Westman J., Wahlbeck K., Laursen T., Gissler M., Nordentoft M., Hällgren J., Arffman M., Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden // Acta Psychiatr Scand. – 2015. – № 131 (4). – P. 297-306.
- Gladyshev M.V. Kliniko-social'nye aspekty rasprostranennosti suicidov v period radikal'nyh preobrazovanij v Rossii (1990-2003 gg.): avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 2006. – 19 s. (In Russ)
- Ambrumova A.G. Individual'no-psihologicheskie aspekty suicidal'nogo povedeniya // Aktual'nye problemy suicidologii: trudy Moskovskogo NII psihiatrii. – M., 1978. – S. 44-59. (In Russ)
- Norstrom T. Alcohol and Suicide in Scandinavia // Brit. J Addict. – 1988. – Vol. 83, № 5. – P. 553-559.
- Sjögren H., Eriksson A., Ahim K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden // Alcohol. Clin. Exp. – 2000. – № 24. – P. 1050-1056.
- Lunetta P., Penttila A., Sarna S. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland // Alcohol. Clin. Exp Res. – 2001. – № 25. – P. 1654-1661.
- Alcohol and suicide among racial/ethnic populations – 17 states, 2005-2006 // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2009. – № 58 (23). – P. 637-641.

20. Caces P., Harford T. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984-1987 // *J. Studies Alcohol.* – 1998. – № 59. – P. 455-461.
21. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 203-209.
22. Дубравин В.И. Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 31 с.
23. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. – СПб.: Сотис, 2002. – 144 с.
24. Кутько И.И., Бухреев В.И., Ситченко Н.М. Суицидальные действия у больных алкоголизмом // Неврология и психиатрия: республиканский межведомственный сборник. – Киев, 1988. – Вып. 17. – С. 70-72.
25. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Ступина О.П. Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье // Забайкальский медицинский вестник. – 2007. – № 1. – С. 12-17.
26. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 145 с.
27. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, Вып. 2. – С. 55-58.
28. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: методические рекомендации. – М., 1980.
29. Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза повешения. – СПб.: НПО Мир и Семья, 1996.
30. Афанасьева Е.В., Пронин В.Н., Уткин А.Л. О значении алкогольной интоксикации при некоторых видах завершённых суицидальных действий // Научные труды Омского медицинского института. – Омск, 1980. – № 140. – С. 99-101.
31. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – М.: Медицина, 2001. – С. 129.
32. Коваленко В.П. О суицидальных действиях больных хроническим алкоголизмом по данным статистического анализа архивных материалов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, Вып. 11. – С. 1696-1698.
33. Коваленко В.П. Особенности формирования аутоагрессивного поведения у больных хроническим алкоголизмом // Казанский медицинский журнал. – 1986. – Вып. 4. – С. 282-284.
34. Kennedy M.C., Marshall B.D., Hayashi K., Nguyen P., Wood E., Kerr T. Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study // *Drug Alcohol Depend.* – 2015. – № 151. – P. 272-277.
- Caces P., Harford T. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984-1987 // *J. Studies Alcohol.* – 1998. – № 59. – P. 455-461.
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Kliniko-psihologicheskij analiz suicidov, sovershennyh v sostoyanii prostogo alkogol'nogo op'yaneniya // *Aktual'nye problemy suicidologii: trudy Moskovskogo NII psihiatrii.* – M., 1981. – S. 203-209. (In Russ)
- Dubravyn V.I. Suicidy v Respublike Komi (kliniko-social'nyj i ehtnokul'tural'nyj aspekty): avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – M., 2001. – 31 s. (In Russ)
- Zinov'ev S.V. Suicid. Popytka sistemnogo analiza. – SPb.: Sotis, 2002. – 144 s. (In Russ)
- Kut'ko I.I., Buhreev V.I., Sitchenko N.M. Suicidal'nye dejstviya u bol'nyh alkogolizmom // *Nevrologiya i psihiatriya: respublikanskij mezhvedomstvennyj sbornik.* – Kiev, 1988. – Vyp. 17. – S. 70-72. (In Russ)
- Saharov A.V., Govorin N.V., Stupina O.P. Alkogol'nyj faktor v suicidogeneze v Zabajkal'e // *Zabajkal'skij medicinskij vestnik.* – 2007. – № 1. – S. 12-17. (In Russ)
- Saharov A.V. Rol' alkogol'nogo faktora v suicidal'nom povedenii v Vostochnom Zabajkal'e: diss. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2007. – 145 s. (In Russ)
- Stolyarov A.V., Borohov A.D., ZHamanbaev E.K. Alkogol' kak provociruyushchij faktor suicidal'nyh dejstvij // *ZHurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova.* – 1990. – T. 90, Vyp. 2. – S. 55-58. (In Russ)
- Ambrumova A.G., CHurkin E.A. Klinika i profilaktika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme: metodicheskie rekomendacii. – M., 1980 (In Russ)
- Molin YU.A. Sudebno-medicinskaya ehkspertiza povesheniya. – SPb.: NPO Mir i Sem'ya, 1996. (In Russ)
- Afanas'eva E.V., Pronin V.N., Utkin A.L. O znachenii alkogol'noj intoksikacii pri nekotoryh vidah zavershyonnyh suicidal'nyh dejstvij // *Nauchnye trudy Omskogo medicinskogo instituta.* – Omsk, 1980. – № 140. – S. 99-101. (In Russ)
- YU'reva L.N. Krizisnye sostoyaniya. – M.: Medicina, 2001. – S. 129. (In Russ)
- Kovalenko V.P. O suicidal'nyh dejstviyah bol'nyh hronicheskim alkogolizmom po dannym statisticheskogo analiza arhivnyh materialov // *ZHurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova.* – 1980. – T. 80, Vyp. 11. – S. 1696-1698. (In Russ)
- Kovalenko V.P. Osobennosti formirovaniya autoagressivnogo povedeniya u bol'nyh hronicheskim alkogolizmom // *Kazanskij medicinskij zhurnal.* – 1986. – Vyp. 4. – S. 282-284. (In Russ)
- Kennedy M.C., Marshall B.D., Hayashi K., Nguyen P., Wood E., Kerr T. Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study // *Drug Alcohol Depend.* – 2015. – № 151. – P. 272-277.

35. Klimkiewicz A., Ilgen M.A., Bohnert A.S., Jakubczyk A., Wojnar M., Brower K.J. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland // *Alcohol*. – 2012. – № 47 (5). – P. 571-576.
36. Alonzo D., Thompson R.G., Stohl M., Hasin D.. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 2014. – № 84 (3). – P. 316-320.
37. Гольдштейн Р.И. Причины смертности больных алкоголизмом // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1985. – Т. 85, Вып. 8. – С. 1235-1238.
38. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г., Аврукин В.М. Суициды, парасуициды и алкоголь // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2007. – № 1 (44). – С. 17-19.
39. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., Калачев Б.П. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) // *Материалы XII съезда психиатров России*. – 1995. – С. 804-805.
40. Kittirattanapaiboon P., Suttajit S., Junsirimongkol B., Likhitsathian S., Srisurapanont M. Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental / alcohol use disorders // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2014. – № 10. – P. 453-458.
41. Bradvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelblatt P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and Alcohol dependence // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – № 14 (3). – P. 266-275.
42. Henriksson M.M., Aro H.M., Martunen M.J., Heikinen M.E., Isometsa E.T., Kuoppasalmi K.I., Lonnquist J.K. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide // *Amer. J. Psychiat.* – 1993. – № 150. – P. 935-940.
43. Wasserman D., Varnik A., Kolves K. Diminishing alcohol consumption is the most effective suicide preventive program in modern history for males // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22. – P. 36.
44. Трайнина Е.Г. Клиника и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманией // *Научные и организационные проблемы суицидологии*. – М., 1983. – С. 121-128.
45. Fudalej S., Ilgen M., Fudalej M., Wojnar M., Matsumoto H., Barry K., Ploski R., Blow F. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample // *Alcohol*. – 2009. – № 44 (5). – P. 437-442.
46. Madden J.S. Alcohol and depression // *Brit. J. Hosp. Med.* – 1993. – № 50. – P. 261-264.
47. Schukit M.A. Alcoholic patients with secondary depression // *J. Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140. – P. 711-714.
- Klimkiewicz A., Ilgen M.A., Bohnert A.S., Jakubczyk A., Wojnar M., Brower K.J. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland // *Alcohol*. – 2012. – № 47 (5). – P. 571-576.
- Alonzo D., Thompson R.G., Stohl M., Hasin D.. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 2014. – № 84 (3). – P. 316-320.
- Gol'dshtejn R.I. Prichiny smertnosti bol'nyh alkogolizmom // *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. – 1985. – Т. 85, Вып. 8. – С. 1235-1238. (In Russ)
- Openko T.G., Chuhrova M.G., Avrukin V.M. Suicidy, parasuicidy i alkohol' // *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. – 2007. – № 1 (44). – С. 17-19. (In Russ)
- Pelipas V.E., Miroshnichenko L.D., Kalachev B.P. Smertnost' bol'nyh alkogolizmom (po dannym sploshnogo ehpideмиологического issledovaniya v g. Moskve) // *Materialy XII s"ezda psichiatrov Rossii*. – 1995. – С. 804-805. (In Russ)
- Kittirattanapaiboon P., Suttajit S., Junsirimongkol B., Likhitsathian S., Srisurapanont M. Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental / alcohol use disorders // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2014. – № 10. – P. 453-458.
- Bradvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelblatt P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and Alcohol dependence // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – № 14 (3). – P. 266-275.
- Henriksson M.M., Aro H.M., Martunen M.J., Heikinen M.E., Isometsa E.T., Kuoppasalmi K.I., Lonnquist J.K. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide // *Amer. J. Psychiat.* – 1993. – № 150. – P. 935-940.
- Wasserman D., Varnik A., Kolves K. Diminishing alcohol consumption is the most effective suicide preventive program in modern history for males // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22. – P. 36.
- Trajnina E.G. Klinika i profilaktika autoagressivnyh proyavlenij u bol'nyh alkogolizmom i toksikomaniej // *Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii*. – М., 1983. – С. 121-128. (In Russ)
- Fudalej S., Ilgen M., Fudalej M., Wojnar M., Matsumoto H., Barry K., Ploski R., Blow F. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample // *Alcohol*. – 2009. – № 44 (5). – P. 437-442.
- Madden J.S. Alcohol and depression // *Brit. J. Hosp. Med.* – 1993. – № 50. – P. 261-264.
- Schukit M.A. Alcoholic patients with secondary depression // *J. Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140. – P. 711-714.

48. Качаев А.К., Попов П.М. Клинические особенности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями // Судебно-медицинская экспертиза. – 1973. – № 4. – С. 47-50.
49. Красильников Г.Т., Косачев А.Л., Горбатовский Я.А., Каширин Б.Г., Басов А.Н. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84, Вып. 2. – С. 254-256.
- Kachaev A.K., Popov P.M. Klinicheskie osobennosti bol'nyh alkogolizmom s suicidal'nymi tendenciymi // Sudebno-medicinskaya ehkspertiza. – 1973. – № 4. – S. 47-50. (In Russ)
- Krasil'nikov G.T., Kosachev A.L., Gorbatovskij YA.A., Kashirin B.G., Basov A.N. Prichiny smerti bol'nyh hronicheskim alkogolizmom // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1984. – Tom 84, Vyp. 2. – S. 254-256. (In Russ)

#### SUICIDAL BEHAVIOR AND ALCOHOL: ESTIMATION OF CORRELATIONS AT THE POPULATION LEVEL

A.V. Sakharov, N.V. Govorin

Chita state medical Academy, Russia

The aim of the study was to investigate the alcoholic factor for suicidal behaviour on the example of the Baikal region. It was found that suicides are closely related to alcohol mortality and morbidity alcohol psychosis. Frequency of drinking alcohol while completed suicide is higher than in the attempt (57,8% and 45,8%, respectively), while the presence of alcohol favors the choice of suicide more brutal way. We found that the suicides are 38,0% of deaths observed alcohol intoxication severe and/or poisoning with ethyl alcohol. At the same time when parasuicide committed in a state of alcoholic intoxication, in the structure of mental and behavioral disorders 70,3% alcoholism.

The results presented provide an opportunity to discuss new approaches to the prevention of suicide and attempted suicide, one of which is the reduction of alcohol consumption in the population.

*Keywords:* suicide, suicide, parasuicide, alcohol, alcohol intoxication, alcoholism.

УДК: 616.89-008.441.44

### КОРРЕЛЯТЫ ПАРАСУИЦИДА ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь  
Управление по Могилевской области государственной службы медицинских судебных экспертиз,  
г. Могилев, 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

Дукорский Владимир Владимирович – заведующий отделением Костюковичского отделения судебно-психиатрических экспертиз Управления по Могилевской области государственной службы медицинских судебных экспертиз. Адрес: 212004, Республика Беларусь, г. Могилев, Витебский проспект, д. 70. Телефон: +375-022-247-31-77, e-mail: dukar84@yandex.by

Изучен гендерный аспект социально-демографических и психопатологических коррелятов парасуицида лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Установлено, что к группе риска совершения суицидальной попытки относятся зависимые от алкоголя мужчины и женщины в возрасте 18-39 лет, безработные, имеющие среднее образование, не состоящие в официальном браке. Чаще всего мужчины и женщины совершают попытку суицида с помощью холодного оружия. Межличностный конфликт является основным триггером парасуицида как для мужчин, так и для женщин. Большинство мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, совершают парасуицид в состоянии алкогольного опьянения. Только четверть мужчин и треть женщин, страдающих алкогольной зависимостью и совершивших парасуицид, состояли на учете у нарколога.

Представленные данные дополняют имеющиеся сведения относительно социально-демографических и психопатологических коррелятов парасуицида у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и обосновывают необходимость проведения среди них профилактических мероприятий с целью снижения риска суицидального поведения.

*Ключевые слова:* парасуицид, алкогольная зависимость, гендерный аспект.

Профилактика суицидального поведения является одной из приоритетных задач государственной политики в области общественного здоровья [1-3]. Хотя проблеме самоубийства посвящено достаточно много исследований, остается целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения. К числу недостаточно разработанных проблем в области суицидологии относится феномен суицидальной попытки (парасуицида). Парасуицид определяется как нефатальная суицидальная попытка вне зависимости от интенций человека, предпринявшего ее [1]. Согласно данному определению парасуицид включает незавершенный по каким-то причинам суицид, а также суицидальные попытки, носящие по своей природе манипуляционный характер. Парасуицид является наиболее значительным фактором риска завершения суицида, поскольку во многих случаях суициду предшествует серия суицидальных попыток [4]. В тоже время, из-за недостатка национальных и международных статистических данных о суицидальных попытках наши знания о масштабах этой проблемы остаются фрагментарными.

Успешная стратегия профилактики суицидального поведения основывается на идентификации групп риска, на которых и концентрируются основные профилактические усилия. Результаты научных исследований, а также эмпирические данные свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость являются факторами риска суицидального поведения [5-9]. По данным разных авторов суицид является причиной смерти от 5% до 27% лиц, зависимых от алкоголя [8-10]. Основными предикторами суицидального поведения среди лиц, зависимых от алкоголя являются: раннее начало и длительный стаж злоупотребления алкоголем, тяжесть алкогольной зависимости, выраженная депрессивная симптоматика, наличие коморбидной психической и соматической патологии, безработица, одиночество, негативные жизненные события, низкая социальная активность и социальная поддержка, самоубийство близкого человека, низкий уровень чувства когеренции, высокий уровень агрессивности и импульсивности, чувство безнадежности [11-14].

Суицидальный процесс у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, обычно продолжается в течение нескольких лет [10]. На протяжении этого времени они могут совершать суицидальные попытки.

Наличие суицидальных попыток в анамнезе является наиболее важным прогностическим фактором риска завершения суицида, поскольку около 10% лиц, предпринимавших суицидальную попытку, в конце концов, совершают самоубийство [1].

Несмотря на то, что лица, страдающие алкогольной зависимостью, относятся к группе риска совершения парасуицида, данные относительно социально-эпидемиологических коррелятов их суицидального поведения недостаточны. В свою очередь, это затрудняет разработку стратегии профилактики суицидального поведения.

Цель исследования: изучение гендерных аспектов парасуицида лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы.

Проведено сплошное психиатрическое исследование лиц с синдромом зависимости от алкоголя, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в Гомельскую областную клиническую психиатрическую больницу. Данные были выкопированы из медицинских карт стационарного больного, которые содержат такие сведения о пациенте, как пол, возраст, место жительства, способ совершения суицидальной попытки, кратность, наличие, либо отсутствие алкогольного опьянения, коморбидной патологии и др. Всего в исследование было включено 165 попыток самоубийства (117 мужчин и 48 женщин). Различия в частотном распределении внутри признака между группами представлены в виде отношений шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты и обсуждение.

Согласно литературным данным риск суицидального поведения у алкоголиков растет по мере увеличения стажа злоупотребления алкоголем, что объясняется постепенным накоплением различного рода связанных с алкоголем проблем, в том числе утяжелением коморбидной депрессии [10]. Изучение возрастного аспекта суицидального поведения показало, что наибольшая суицидальная активность отмечается среди лиц молодого и среднего возраста [15-17]. Полученные нами данные говорят о том, что большинство попыток совершения суицида как среди мужчин (67,5%), так и среди женщин (66,7%) приходится на возраст 18-39 лет (рис. 1, 2).

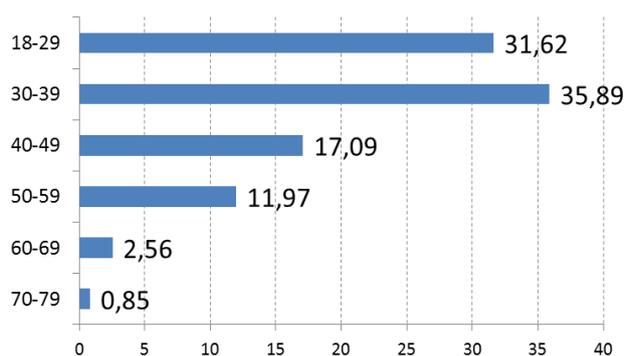


Рис. 1. Распределение мужчин по возрасту.



Рис. 2. Распределение женщин по возрасту, в %.

Статистически значимых различий в распределении попыток самоубийства по возрасту среди мужчин и женщин не выявлено.

Эпидемиологические исследования указывают на важность социальных коррелятов в этиологии суицидального поведения [18, 19]. Профессиональная деятельность является ключевым фактором социальной идентичности, а также важной детерминантой психического и физического здоровья [1].

Таблица 1

Распределение парасуицидентов по занятости

Занятость	Мужчины	Женщины	ОШ (95% ДИ)
Безработные	46,2%	54,2%	1,37 (0,70-2,70)
Рабочие	38,5%	29,2%	1,51 (0,73-3,13)
Служащие	4,3%	10,4%	2,60 (0,71-9,44)
Пенсионеры	3,4%	--	--
Сельхозработчие	2,6%	--	--
Учащиеся	2,6%	2,1%	1,23 (0,12-12,19)
Инвалиды	2,6%	4,2%	1,66 (0,26-10,30)

Именно поэтому безработица значительно повышает риск суицидального поведения [17, 18]. В настоящем исследовании 46,2% мужчин и 54,2% женщин, совершивших покушение на собственную жизнь, были безработными (табл. 1).

Второй по численности социальной группой среди парасуицидентов были рабочие (38,5% среди мужчин и 29,2% среди женщин). Высокий удельный вес безработных среди парасуицидентов подтверждает литературные данные относительно того, что безработица является социальным коррелятом суицидального поведения [18, 19].

Распределение парасуицидентов по уровню образования было следующим: неполное среднее образование имели 4,2% женщин и 6,0% мужчин; среднее и средне-специальное образование – 88,0% женщин и 89,6% мужчин; высшее образование – 6,3% женщин и 6,0% мужчин. Относительно небольшой удельный вес лиц с высшим образованием среди парасуицидентов может косвенно указывать на протективную роль образования в плане риска совершения попытки самоубийства.

В настоящее время главным институтом социализации и основным источником социальной поддержки является семья. Тесные семейные связи, формируя у человека ощущение своей значимости для близких ему людей, создают протективное окружение. Именно поэтому у разведённых и овдовевших риск суицида в 3-4 раза выше [1]. Развод с супругом и проживание в одиночестве значительно повышает риск суицидального поведения у женщин [20].

По семейному положению парасуициденты разделились следующим образом (без статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами): холостых мужчин было 36,8%, незамужних женщин 31,3%; в официальном браке состояло 33,3% мужчин и 27,1% женщин; сожительствовали 14,5% мужчин и 20,8% женщин; разведены или вдовы были 15,4% мужчин и 20,8% женщин. Дети были у 70,8% женщин и 49,6% мужчин. Примерно одинаковое количество мужчин 12,8% и женщин 10,4% проживали в полном одиночестве. Представленные данные указывают на то, что отсутствие семейных связей является фактором риска парасуицида.

Согласно модели стресс-диатеза генетические факторы формируют предрасположенность к суицидальному поведению [1]. На фоне

этой «суицидальной готовности» различные неблагоприятные внешние факторы (психосоциальный стресс, психические и соматические заболевания, злоупотребление алкоголем и наркотиками) могут инициировать суицидальный процесс. Хотя стрессогенные жизненные события являются универсальным фактором риска суицида, межличностные конфликты, в особенности разрыв партнерских отношений, значительно повышают вероятность суицидального поведения у лиц, зависимых от алкоголя [11, 21]. Повышенная агрессивность и импульсивность, являющиеся обычными характеристиками лиц с длительным стажем злоупотребления алкоголем, провоцируют межличностные конфликты, в результате чего происходит разрыв партнерских взаимоотношений, что в свою очередь, вызывает дистресс и реактивную агрессию, которые повышают риск суицидального поведения [10].

По нашим данным основной причиной совершения парасуицида была ссора с сожителем (28,2% мужчин и 25,0% женщин) и семейный конфликт (14,5% мужчин и 27,1% женщин), (табл. 2).

Таблица 2

Причина парасуицида

Причина	Мужчины	Женщины	ОШ (95% ДИ)
Ссора с сожителем	28,2%	25,0%	1,17 (0,54-2,53)
Семейная ссора	14,5%	27,1%	2,18 (0,96-4,95)
Обманы восприятия	13,7%	10,4%	1,23 (0,42-3,59)
Бредовые идеи	6,8%	2,1%	3,79 (0,46-31,2)
Депрессия	6,0%	4,2%	1,46 (0,29-7,31)
Ссора с друзьями	4,3%	2,1%	2,09 (0,2-18,44)
Одиночество	1,7%	--	--
Потеря близкого	1,7%	4,2%	2,5 (0,34-18,28)
Конфликт на работе	1,7%	2,1%	1,22 (0,1-13,81)
Конфликт с милицией	0,85%	--	--
Не раскрыли причину	20,5%	22,9%	1,51 (0,51-2,58)

Представленные данные говорят о том, что межличностный конфликт является основным

мотивом парасуицида как у мужчин, так и у женщин. Причем, женщины чаще называли семейный конфликт причиной совершения суицидальной попытки. У мужчин чаще, чем у женщин (20,5% vs. 12,5%) мотивом совершения суицидальной попытки были галлюцинозно-бредовые переживания, главным образом в рамках алкогольного делирия. В целом, продуктивная психопатологическая симптоматика является одним из основных факторов риска парасуицида как у мужчин, так и у женщин, зависимых от алкоголя.

Острая алкогольная интоксикация может являться триггером суицидального поведения, провоцируя депрессивные мысли, повышая агрессивность и импульсивность [8, 10, 12]. В свою очередь, повышенная агрессивность и импульсивность провоцирует семейный конфликт и разрыв партнерских взаимоотношений, что является наиболее частым мотивом совершения суицида [8, 11]. Кроме того, в критической ситуации алкогольная интоксикация нарушает когнитивные функции, сужая фокус внимания на психотравмирующей ситуации и тормозя генерирование эффективных копинг-стратегий профилактики психосоциального дистресса [10].

На момент совершения суицидальной попытки большинство мужчин (70,1%) и женщин (75,0%) находились в состоянии алкогольного опьянения. Наибольший удельный вес САК-позитивных парасуицидов как среди мужчин (91,9%), так и среди женщин (82,4%) отмечался в возрастной группе 18-29 лет (табл. 3).

Представленные данные косвенно указывают на то, что большинство лиц, зависимых от алкоголя, совершают суицидальную попытку на фоне алкогольной интоксикации, а не в период абстиненции.

Таблица 3

Удельный вес САК-позитивных парасуицидентов

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	ОШ (95% ДИ)
18-29	91,9%	82,35%	1,16 (0,55-2,56)
30-39	57,2%	60%	1,13 (0,51-2,32)
40-49	65,0%	80%	1,36 (0,88-2,21)
50-59	71,4%	80%	1,25 (0,28-7,21)
60-69	33,3%	--	--

Выбор метода самоубийства определяется такими факторами, как культуральная приемлемость, доступность средств совершения суицида, серьезность суицидальных интенций [1, 2]. Метод суицида в значительной мере предопределяет последствия суицидального акта. Такие методы, как использование огнестрельного оружия, утопление и повешение, как правило, ассоциируются с завершённым суицидом, в то время как менее летальные методы (использование холодного оружия, самоотравление) характерны для парасуицида [1]. С целью совершения суицидальной попытки представители обоих полов чаще всего использовали холодное оружие (мужчины в 51,3% случаев, женщины в 39,6% случаев), (табл. 4).

Таблица 4

Распределение по способу парасуицида

Способ	Мужчины	Женщины	ОШ (95% ДИ)
Холодное оружие	51,3%	39,6%	1,6 (0,81-3,71)
Повешение	26,5%	8,3%	3,96 (1,3-11,94)
Отравление лекарствами	11,1%	35,4%	4,36 (1,9-10,0)
Отравление другими средствами	1,7%	4,2%	2,5 (0,34-18,28)
Падение с высоты	1,7%	4,2%	2,5 (0,34-18,28)
Бытовой газ	1,7%	--	--
Сочетание способов	1,7%	--	--
Утопление	0,85%	4,2%	5,0 (0,44-56,9)
Огнестрельное оружие	0,85%	--	--
Не уточнен	2,6%	4,2%	1,65 (0,26-10,2)

Следует отметить, что мужчины чаще женщин совершали повешение (26,5% vs. 8,3%; ОШ 3,96), в то время как женщины чаще предпочитали использовать медикаменты (35,4% vs. 11,11%; ОШ 4,4).

Некоторые исследователи указывают на недостаточную и несвоевременную диагностику психических и поведенческих расстройств как фактора риска суицидальной активности [22]. Данная проблема весьма актуальна, поскольку своевременная диагностика и лечение психической патологии является одной из основных профилактических стратегий, позво-

ляющей снижать бремя моральных и материальных потерь, связанных с суицидальным поведением [1, 2]. Согласно полученным данным, на учете у психиатра состояло 10,3% мужчин и 16,7% женщин, а на учете у нарколога состояло соответственно 25,6% и 33,3% мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью и совершивших суицидальную попытку. Эти данные согласуются с выводами предыдущих исследований относительно недостаточной диагностики психических и поведенческих расстройств как фактора риска суицидальной активности [22].

Как уже отмечалось, отягощенная алкоголизмом наследственность является фактором риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью [10]. Результаты одного из исследований говорят о том, что у парасуицидентов с алкогольной зависимостью наследственная отягощенность по алкоголизму составляет 57,1%, в то время как у лиц с алкогольной зависимостью без аутоагрессивных тенденций этот показатель составляет 37,5% [11]. Согласно полученным нами данным, мужчины чаще женщин имели родственников, страдавших алкогольной зависимостью (31,3% vs. 12,8%; ОШ 3,4), в то время как статистически значимых гендерных различий в удельном весе парасуицидентов, имеющих родственников страдавших психическими заболеваниями (7,7% vs. 10,3%), либо покончивших жизнь самоубийством (3,4% vs. 2,1%), не отмечалось.

В отдельных работах [9] было продемонстрировано, что алкоголики, совершавшие суицидальные попытки имеют различную коморбидную патологию, среди которой чаще всего встречаются тревожно-депрессивные расстройства. В частности, по данным А. Roy [14] парасуициденты-алкоголики по сравнению с алкоголиками, не совершавшими суицидальной попытки, чаще страдали паническими (19,0% vs. 7,0%), фобическими (23,0% vs. 8,0%), а также тревожно-депрессивными расстройствами (32,0% vs. 19,0%). По данным М. Hasselbroch [13], зависимые от алкоголя пациенты, совершившие суицидальную попытку, имели сочетанный психиатрический диагноз, включающий депрессию, антисоциальное расстройство личности и зависимость от наркотиков.

Временная связь между алкоголизмом и депрессией, так же как и природа этой взаимосвязи, в настоящее время не до конца понятна.

Некоторые исследователи считают, что алкоголизм и депрессия имеют общую причину [10], хотя многие данные указывают на то, что эти состояния являются самостоятельными причинами развития других расстройств [12, 14]. Результаты ретроспективной психологической аутопсии говорят о том, что у мужчин чаще всего алкоголизм предшествует депрессии, в то время как у женщин наоборот, депрессивные переживания являются первичными [12]. Тем не менее, очевидно, что эти коморбидные патологические состояния являются синергистами в плане риска суицида.

Согласно результатам настоящего исследования 58,1% мужчин и 64,6% женщин с синдромом зависимости от алкоголя страдали различными психическими и поведенческими расстройствами, помимо алкогольной зависимости. Распределение по диагнозам парасуицидентов было следующим: диагноз «Органические, в том числе симптоматические, психические расстройства» (F0) был выставлен 7,7% мужчин и 6,3%, женщин с синдромом зависимости от алкоголя; диагноз «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (кроме алкогольной зависимости)» (F1) был установлен 20,5% мужчин и 22,9% женщин с синдромом зависимости от алкоголя. Диагноз «Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства» (F2) был установлен 6,8% мужчин и 2,1% женщин с алкогольной зависимостью. Диагноз «Аффективные расстройства» (F3) был установлен 0,85%, мужчин и 2,1% женщин с алкогольной зависимостью. Диагноз «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) – 3,4% мужчин и 8,3% женщин с алкогольной зависимостью. Диагноз «Расстрой-

ства зрелой личности и поведения у взрослых» (F6) – 17,1% мужчин и 12,5% женщин с алкогольной зависимостью. Диагноз «Умственная отсталость» (F7) – 1,7% мужчин и 10,4% женщин с алкогольной зависимостью (табл. 5).

Анализ структуры психических нарушений у парасуицидентов показал, что основными психопатологическими коррелятами парасуицида у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, являются психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также расстройства зрелой личности, что согласуется с литературными данными [13]. Следует обратить внимание на относительно небольшой удельный вес аффективной коморбидной патологии, что является несколько неожиданным, учитывая ключевую роль депрессии в этиологии суицидального поведения. По всей видимости, к моменту обследования депрессивная симптоматика в значительной степени редуцировалась.

Таким образом, результаты настоящего исследования указывают на то, что к группе риска совершения суицидальной попытки относятся зависимые от алкоголя мужчины и женщины в возрасте 18-39 лет, безработные, имеющие среднее образование, не состоящие в официальном браке. Большинство мужчин и женщин чаще совершают попытку суицида с помощью холодного оружия. Семейный конфликт является основным триггером парасуицида как для мужчин, так и для женщин. Острая алкогольная интоксикация является проксимальным фактором риска парасуицида как для мужчин, так и для женщин. Только четверть мужчин и треть женщин, страдающих алкогольной зависимостью и совершивших парасуицид, состояли на учете у нарколога.

Таблица 5

Коморбидная психическая патология

Код	Диагноз (МКБ-10)	Мужчины	Женщины	ОШ (95% ДИ)
F0	Органические психические расстройства	7,7%	6,3%	1,26 (0,81-2,51)
F1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	20,5%	22,9%	1,13 (0,51-2,32)
F2	Шизофрения	6,8%	2,1%	3,69 (0,46-31,2)
F3	Аффективные расстройства	0,85%	2,1%	2,5 (0,34-18,28)
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	3,4%	8,3%	3,65 (1,3-11,94)
F6	Расстройства зрелой личности и поведения	17,1%	12,5%	1,75 (0,26-10,2)
F7	Умственная отсталость	1,7%	10,4%	5,6 (0,44-56,9)

Полученные данные не позволяют говорить о существовании четких гендерных различий в социально-демографических коррелятах парасуицида у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Тем не менее, гендерный аспект присутствует в мотивах парасуицида (семейный конфликт более актуален для женщин), способе его совершения (мужчины чаще женщин совершали повешение, в то время как женщины чаще предпочитали использовать медикаменты), а также в наследственной отягощенности (мужчины чаще женщин имели родственников, страдавших алкогольной зависимостью). Выявлены также гендерные различия в относительной значимости психопатологических коррелятов парасуицида, заключающиеся в том, что у мужчин чаще, чем у женщин мотивом совершения суицидальной попытки были гал-

люцинаторно-бредовые переживания. Кроме того, женщины чаще имеют сопутствующие диагнозы «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», «Аффективные расстройства» и «Умственная отсталость», в то время как мужчинам чаще устанавливался диагноз «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» и «Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства». Представленные данные дополняют имеющиеся сведения относительно социально - демографических и психопатологических коррелятах парасуицида у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и обосновывают необходимость проведения среди них профилактических мероприятий с целью снижения риска суицидального поведения.

Литература:

1. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М., 2005. – 288 с.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
3. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research // Am. J. Med. Genet. – 2005. – Vol. 133. – P. 8-12.
4. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population // Psychiatric services. – 2001. – Vol.52. – № 3. – P. 368–375.
5. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме (Методические рекомендации). – М., 1980. – 16 с.
6. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и самоубийства: популяционный уровень взаимосвязи. // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48-52.
7. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: эпидемиологический анализ. – LAP LAMBERT Academic Publishing. Saarbrücken, 2012. – 81 с.
8. Rossow I., Romelsjo A., Leifman H. Alcohol abuser and suicidal behavior in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide // Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1199–1209.
9. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47. – P. 78–81.
10. Hufford M.R. Alcohol and suicidal behavior // Clin. Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 21. – P. 797–811.
- Vasserman D. Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubijstv. – M., 2005. – 288 s. (In Russ)
- YU'eva L.N. Klinicheskaya suicidologiya. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 470 s. (In Russ)
- Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research // Am. J. Med. Genet. – 2005. – Vol. 133. – P. 8-12.
- Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population // Psychiatric services. – 2001. – Vol.52. – № 3. – P. 368–375.
- Ambrumova A.G., CHurkin E.A. Klinika i profilaktika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme (Metodicheskie rekomendacii). – M., 1980. – 16 s. (In Russ)
- Razvodovskij YU.E. Alkogol' i samoubijstva: populyacionnyj uroven' vzaimosvyazi. // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im S.S. Korsakova. – 2004. – № 2. – S. 48-52. (In Russ)
- Razvodovskij YU.E. Alkogol' i suicidy v Belarusi: ehpidemiologicheskij analiz. – LAP LAMBERT Academic Publishing. Saarbrücken, 2012. – 81 s. (In Russ)
- Rossow I., Romelsjo A., Leifman H. Alcohol abuser and suicidal behavior in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide // Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1199–1209.
- Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47. – P. 78–81.
- Hufford M.R. Alcohol and suicidal behavior // Clin. Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 21. – P. 797–811.

11. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 57–69.
12. Conner K., Duberstein P.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration // Alcohol: clinical and experimental research. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 6–17.
13. Hesselbrock M. Suicide attempts and alcoholism // Journal Stud. Alcohol. – 1988. – Vol. 49. – P. 436–442.
14. Roy A. Characteristics of alcoholics who attempted suicide // American journal of psychiatry. – 1990. – Vol. 147, № 6. – P. 761–765.
15. Borowsky I.W., Ireland M., Resnick M.D. Adolescent suicide attempts: risks and predictors // Pediatrics. – 2001. – Vol. 107. – P. 485–493.
16. Hathaway J.E. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. // American journal preventive medicine. – 2000. – P. 302–307.
17. Kessler R.C., Borges G., Walters E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study // Archives of general psychiatry. – 1999. – Vol. 56. – P. 617–626.
18. Kung H.C., Pearson J.L., Liu X. Risk factors for male and female National Mortality Follow Back Survey // Soc. psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2003. – Vol. 38. – P. 419–426.
19. Shah A., Bhat R., MacKenzie S., Koen C. Male to female sex ratio of suicide rates in two elderly age-bands // Journal of Chinese clinical medicine. – 2009. – Vol. 11, № 11. – P. 636–640.
20. Brockington I. Suicide in women // International clinical psychopharmacology. – 2001. (Suppl. 16). – P. 7–9.
21. Anderson P.L. Additive impact of childhood emotional, physical and sexual abuse on suicide attempts among low-income African-American women // Suicide and life-treating behavior. – 2002. – Vol. 32. – P. 131–138.
22. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D., Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting evidence // Crisis. – 2004. – Vol. 55, № 4. – P. 147–155.

## CORRELATES OF PARASUICIDE OF ALCOHOL DEPENDENT PERSONS: GENDER ASPECT

Y.E. Razvodovsky<sup>1</sup>, V.V. Dukorsky<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

<sup>2</sup>State Service of Forensic Expertise, Mogilev, Belarus

Gender aspects of sociodemographic and psychopathological correlates of parasuicide of alcohol dependent persons were investigated. It was shown that males and females age 18-39, unemployed, unmarried belong to the risk group of parasuicide. Interpersonal conflict is the main trigger of parasuicide.

Acute alcohol intoxication is a proximal risk factor for male and female parasuicide. Only 1/4 of males and 1/3 of females were officially registered at the narcological dispensaries. These data can be useful for prevention of suicidal behavior among alcohol dependent individuals.

*Keywords:* parasuicide, alcohol dependence, gender aspect.

## **СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВУШЕК, ВОСПИТАННЫХ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ**

*А.В. Меринов, Т.А. Бычкова, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, Н.Л. Меринов*

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, г. Рязань, Россия  
ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, 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

**Бычкова Татьяна Александровна** – студентка пятого курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: blackandwhitedream@mail.ru

**Лукашук Александр Витальевич** – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lukashuk-alex62@yandex.ru

**Сомкина Ольга Юрьевна** – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: Olyasomkina@gmail.com

**Меринов Николай Львович** – заведующий амбулаторным отделением ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д. 55. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: nikmerinov@gmail.com

В предлагаемой работе изучены суицидологические и личностно-психологические характеристики девушек, воспитанных в неполных семьях. В работе показано, что их суицидологический профиль имеет существенные отличия от респонденток контрольной группы, воспитанных в полных семьях. В целом, можно утверждать, что изучаемая группа является носителем более существенного аутоагрессивного потенциала. Это имеет принципиальное значение как для теории суицидологии, так и для проведения дифференцированной превентивной работы, вероятностной оценки возможности аутоагрессивных реакций в среде подростков.

*Ключевые слова:* аутоагрессия, суицидология, неполные семьи.

Семья играет очень важную роль в жизни каждого человека. Отсутствие полноценного образца для внутрисемейной социализации почти всегда ведет к разнообразным нарушениям в психическом и личностном развитии человека. Количество неполных семей, воспитывающих хотя бы одного ребенка, в России за последние годы возросло почти до 40%. И, к сожалению, продолжает увеличиваться. В плане суицидологической практики данный факт является весьма настораживающим, так как количество детей, подростков и лиц юношеского возраста, покончивших с собой и воспитанных одним родителем, составляет порядка 60 и более процентов [1, 2]. Не лишним будет напомнить и о значительном росте самоубийств лиц данной возрастной группы в нашей стране за последнее время [3], что все вместе делает вопрос изучения предиспози-

рующих суицидальному поведению факторов крайне актуальным, имеющим серьезное медико-профилактическое значение [4]. Безусловно, мы полностью согласны с мнением, что семейный фактор может относиться к значимым антисуицидальным барьерам только в случае, если мы говорим о здоровой и гармоничной семейной атмосфере. К сожалению, в противном случае, семейный институт может полноценно не выполнять своих функций и даже выступать в роли главного просуицидального катализатора [5, 6].

Нас заинтересовал следующий вопрос: как влияет на суицидологические и личностно-психологические характеристики факт воспитания ребенка в неполной семье? Особенно, учитывая тот факт, что отсутствие одного из родителей большинством людей априори считается «ненормальным» и неправильным.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач были обследованы 40 девушек (студенток ВУЗа), воспитанных одним родителем (матерью). Возраст обследуемых составил  $21,2 \pm 1,45$  года. В качестве контрольной группы использованы 153 студентки, воспитанные, соответственно, в полных семьях. Возраст респонденток составил  $20,8 \pm 1,12$  года. Обе группы были сопоставимы по основным социально - демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник, направленный на выявление суицидальных и несуйцидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем, а также «Шкала родительских предписаний» [7], широко используемая в рамках транзакционного анализа.

Статистический анализ произведен посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на

базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критерия Стьюдента и хи-квадрат).

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде  $M \pm m$  (средней  $\pm$  стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение.

Рассмотрим представленность и тропизм аутоагрессивных паттернов, их предикторов, а также родительских посланий в исследуемых группах, что отражено в таблице 1.

Из представленных данных следует, что между изученными группами имеется значительное количество отличий. Любопытно, что классические суицидальные паттерны, а именно – суицидальные мысли, чаще обнаруживались у студенток, выросших в семьях с обоими родителями. Однако несуйцидальный спектр аутоагрессивных паттернов в значительно большей степени как качественно, так и количественно характеризовал девушек из неполных семей.

Таблица 1

Достоверные отличия в группах по изучаемым признакам ( $p < 0,05$ )

Признак	Респонденты, воспитанные ...		Значение $p \leq$
	в полных семьях	в неполных семьях	
Классические суицидальные паттерны			
Суицидальные мысли в анамнезе	30,72%	20,0%	0,05
Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны			
Наличие опасных для жизни увлечений	7,84%	25,0%	0,05
Физическое или сексуальное насилие в анамнезе	0	10,0%	--
Склонность к неоправданному риску	14,38%	37,5%	0,05
Наличие обморожений	1,97%	7,5%	0,05
Наличие ожогов	11,11%	17,5%	0,05
Предикторы аутоагрессивного поведения			
Частые переживания чувства стыда	29,41%	17,5%	0,05
Периоды безысходности	26,14%	35,0%	0,05
Чувство безысходности в последние два года	33,33%	42,5%	0,05
Трагические смерти в семье	24,84%	32,5%	0,05
Комплекс неполноценности	42,48%	32,5%	0,05
Наличие смысла жизни	62,75%	32,5%	0,05
Потеря смысла жизни в последние два года	13,07%	5,0%	0,05
Частые угрызания совести	32,68%	25,0%	0,05
Специфика родительских посланий			
Родительское послание «Не существуй»	$14,08 \pm 3,31$	$18,6 \pm 5,5$	0,01
Родительское послание «Не будь ребёнком»	$18,55 \pm 1,8$	$22,03 \pm 3,26$	0,03

В отношении предикторов аутоагрессивного поведения мы также не видим «однозначной» картины, позволившей бы вынести лаконичный вердикт о неблагополучности той или иной группы. Однако все становится более понятным, если обратить внимание на «нагруженность» родительскими посланиями или проклятиями [8].

Дадим комплексную оценку обнаруженных нами данных. Итак, суицидальные идеи преобладают у девушек, воспитанных полными семьями, что на первый взгляд может показаться странным и противоречит общепринятому «народному» мнению или мифу, что полная семья – безусловное благо. Обратим внимание и на то, что по количеству суицидальных попыток в анамнезе группы не имеют отличий (в обоих случаях их количество не превышало 3%, что укладывается в популяционные «границы» данной гендерно - возрастной группы).

Кроме того, учитывая возрастные особенности суицидального поведения, а именно традиционно высокие уровни идеаторной аутоагрессивной активности девочек-подростков и девушек, мы обнаружили, что суицидальные мысли в группе девушек из полных семей, наиболее часто возникали на фоне «несерьезных» причин реактивно-личностного характера, чаще всего без обдумывания конкретных способов реализации суицидальной попытки. Девушки в этой группе были более склонны к шантажному поведению и «девичьим» эмоциональным колебаниям – капризам – «когда хотелось привлечь к себе внимание», даже посредством парасуицида. В свою очередь, в группе девушек, воспитанных в семьях с одним родителем, суицидальные мысли наиболее часто возникали на фоне чувства безнадежности, нередко сопровождались обдумыванием реализации суицида и его последствий, с ощущением утраты смысла существования.

Учитывая то, что количество подростков, совершивших завершённый суицид и выросших в неполных семьях, весьма значительно [1, 2], можно предположить, что существует некий перекося в «реализуемости» суицидальных мыслей в попытку в исследуемой группе, к сожалению, зачастую в фатальную. Безусловно, может иметь место и смещение в пропорции отношения попыток к завершённым суицидам [9] в сторону последних.

С другой стороны, обращает на себя внимание явное преобладание несуицидальных аутоагрессивных паттернов в экспериментальной группе, что почти всегда демонстрирует нам интенсивность «непрямого», менее одиозного, и, в ряде случаев, социально приемлемого пути реализации антивитаальных импульсов. Респондентки данной группы в основном характеризуются рискованно-виктимными паттернами поведения: склонностью к опасным хобби, неоправданному риску, большому количеству ожогов и обморожений. Отдельно отметим высокую частоту физического и сексуального насилия, которые у обследуемых из полных семей отсутствуют вообще.

Что касается предикторов аутоагрессивного поведения, то они распределились весьма любопытно, но в целом, предсказуемо. Наиболее «легкие» из них, преимущественно гендерно-реактивно-эмоционального характера, чаще обнаруживаются у девушек из полных семей (частые угрызения совести и переживания стыда). Но, если абстрагироваться от того факта, что получены они в результате сбора аутоагрессивного анамнеза, и рассмотреть их совокупность с переживанием «комплекса неполноценности», то скорее всего увидим типичный эмоциональный срез девушек данной возрастной группы. Более того, мы не обнаружили выраженной корреляционной связи между этими факторами и присутствием у респонденток суицидальных мыслей.

Более того, большинство из девушек, воспитанных в полных семьях, имели чёткое понимание смысла собственной жизни, что в значительной степени отличает их от девушек первой группы.

Те же предикторы аутоагрессивного поведения, которые характеризуют девушек из неполных семей, являются одними из самых прогностически неблагоприятных в суицидологической практике.

При оценке шкалы предписаний обнаружены весьма специфические профили родительских посланий. Группы достоверно отличались в отношении посланий «Не существуй» и «Не будь ребёнком».

Первое послание наиболее токсично в суицидологическом плане, поскольку прямо определяет аутоагрессивный потенциал личности [8]. Оно в значительно большей степени характеризует именно девушек из неполных семей. Не берёмся на данном этапе исследования су-

дять о точных механизмах его трансляции и акцепции, однако количественные характеристики, описывающие данный психический конструкт, говорят о наличии в их прошлом некоего неблагоприятного фона, не способствующего формированию здоровой, не склонной к радикальному эскапизму, личности. Наиболее часто основной причиной этого исследователи называют атмосферу физической и/или психологической брошенности ребенка, формирующей, осознаваемое или нет, чувство собственной ненужности и не любви [8].

Высокая активность послания «Не будь ребёнком» объясняется частым ранним психологическим «взрослением» детей в неполных семьях, возлагаемой на них ответственности за отсутствующего родителя, с чем, в контексте суицидологии, наиболее вероятно связана редкость шантажно-капризных парасуицидальных паттернов в группе и частота завершённых суицидов. Девиз группы можно передать словами: «Все по-взрослому, в том числе и возможная суицидальная траектория...» или «Большие девочки не плачут... большие девочки делают».

Выводы:

Девушки, воспитанные одним родителем, являются группой с более высоким аутоагрессивным потенциалом. Это касается как несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, что продемонстрировано нашим исследованием, так и суицидальных, подтверждаемых многочисленными данными литературы [1, 2].

Группа также характеризуется целым рядом важнейших предикторов аутодеструкции. Все эти факты в совокупности существенно расширяют наше теоретическое представление о роли родительско-семейного фактора в фор-

мировании возможной «суицидальной карьеры» потомства.

Обнаруженные клинико - суицидологические особенности значимо коррелируют с высоким уровнем родительского послания «Не живи», которое в исследуемой группе значительно превышает аналогичные показатели контрольной группы и среднепопуляционные показатели.

Таким образом, девушки, воспитанные в семьях с одним родителем, являются группой, требующей дальнейшего более пристального изучения в контексте суицидологии.

Факт воспитания в неполной семье в ряде ситуаций может рассматриваться как прогностически просуйцидальный. В условиях кризисной и посткризисной терапии парасуйцидального поведения семейный анамнез и его особенности могут являться ключевым аспектом реконструктивной провитальной терапии.

Значительное количество суицидальных идей в относительно благополучной группе девушек из полных семей является весьмастораживающим фактором, требующим дальнейшего изучения. За кажущейся «легкостью» и шантажностью суицидальных тенденций, тем не менее, скрывается явная возможность необратимого решения конфликтной ситуации. Этот факт подтверждает мнение, что далеко не каждая полная семья является комфортной средой для здорового и гармоничного развития личности ребенка [5, 6], и простая констатация полноты родительской семьи не служит условием, гарантирующим отсутствие суицидального риска. Нам думается, что изучение вариантов «больной» просуйцидальной родительской семьи является крайне актуальным и перспективным.

Литература:

1. Конева О.Б. Социально-психологическая дезадаптация личности // Вестник ВАК ГОУ ВПО ЧелГУ. Сер. «Философия. Социология. Культурология». – 2012. – № 19 (273). – Вып. 26. – С. 75-79.
2. Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Особенности психической патологии и поведения у подростков мужского пола, экстренно госпитализированных в связи с суицидальным поведением // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014. – № 3. – С. 20-23.
3. Зотов П.Б. Динамика уровня самоубийств на юге Тюменской области (Западная Сибирь) в 2001-2013 гг. // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 2. – С. 95-96.
4. Koneva O.B. Social'no-psihologicheskaya dezadaptatsiya lichnosti // Vestnik VAK GOU VPO CHelGU. Ser. «Filosofiya. Sociologiya. Kul'torologiya». – 2012. – № 19 (273). – Vyp. 26. – S. 75-79. (In Russ)
5. Kravchenko N.E., Zikeev S.A. Osobennosti psihicheskoy patologii i povedeniya u podrostkov muzhskogo pola, ehkstretnno gospitalizirovannyh v svyazi s suicidal'nym povedeniem // Sovremennaya terapiya v psihiatrii i nevrologii. – 2014. – № 3. – S. 20-23. (In Russ)
6. Zotov P.B. Dinamika urovnya samoubijstv na yuge Tyumenskoj oblasti (Zapadnaya Sibir') v 2001-2013 gg. // Academic journal of West Siberia. – 2014. – Tom 10, № 2. – S. 95-96. (In Russ)

4. Зотов П.Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 42-44.
  5. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико - суицидологическая и экспериментально - психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
  6. Лукашук А.В., Меринов А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 20-21.
  7. Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
  8. Стюард Я., Джонс В. (Steward I., Joines V.) Современный транзактный анализ. – М.: Социально-психологический центр, 1996. – 332 с.
  9. Grollman E.A. Suicide prevention, intervention, postvention. – 2<sup>nd</sup> ed. – N.Y.: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.
- Zotov P.B. «Vneshnij klyuch» – kak ehlement suicidal'noj dinamiki i ob"ekt psihologicheskogo vozdejstviya u podrostkov // Tyumen medical journal. – 2013. – Tom 15, № 3. – S. 42-44. (In Russ)
- Lukashuk A.V., Merinov A.V. Kliniko - suicidologicheskaya i ehksperimental'no-psihologicheskaya harakteristiki molodyh lyudej, vospitannyh v «alkogol'nyh» sem'yah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – S. 82-87. (In Russ)
- Lukashuk A.V., Merinov A.V. Aktual'nost' issledovaniya kliniko-psihologicheskoy harakteristiki roditelej podrostkov, sovershivshih suicidal'nuyu popytku // Tyumen medical journal. – 2014. – Tom 16, № 3. – S. 20-21. (In Russ)
- Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
- Styuard YA., Dzhons V. (Steward I., Joines V.) Sovremennyy transaktnyj ana-liz. – M.: Social'no - psihologicheskij centr, 1996. – 332 s. (In Russ)
- Grollman E.A. Suicide prevention, intervention, postvention. – 2<sup>nd</sup> ed. – N.Y.: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.

#### SUICIDAL CHARACTERISTIC OF GIRLS BROUGHT UP IN SINGLE-PARENT FAMILIES

A.V. Merinov, T.A. Vychkova, A.V. Lucashuk, O.Y. Somkina, N.L. Merinov

Ryazan State Medical University, Russia

In this paper we studied suicidal and personal-psychological characteristics of girls brought up in single-parent families. It is shown that their suicidal profile has significant differences from the control group respondents raised in two-parent families. In general, it can be argued that the study group is the bearer of a more substantial autoaggressive potential. It is of fundamental importance for the theory of suicidology and for differentiated preventive work probabilistic assessment opportunities autoaggressive reactions among teenagers.

*Keywords:* autoaggression, suicidology, single-parent families.

УДК: 159.923

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ

В.И. Каневский

Черноморский государственный университет им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина

Контактная информация:

Каневский Виктор Ионович – кандидат психологических наук. Место работы и должность: доцент кафедры психологии Черноморского государственного университета им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина. Телефон: (0512) 56-81-47, e-mail: 2528kan@gmail.com

Рассматривается психологическая структура респондентов, не имевших и имевших в прошлом суицидальные мысли. Проведен факторный анализ и сравнение средних значений, показавшие различия в группах респондентов. Выяснено, что группа испытуемых с суицидальными мыслями в анамнезе отличается повышенным нейротизмом и подверженностью стрессам.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, суицидальные мысли, NEO PI-R, факторы, нейротизм, стрессовые события жизни.

Рассматривать суицид в динамическом аспекте, как суицидальное поведение, было предложено G. Dechais в 1947 г. А. Pokorny использовал это понятие, включив в него суицидальные мысли, попытки и самоубийство. Под суицидальным поведением принято понимать любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. В свою очередь, они включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания и суицидальные тенденции, которые разделяются на замыслы и намерения [1].

Существуют разные формы суицидальных мыслей, наиболее распространенной является классификация А. Веck, где он различает *пассивные суицидальные мысли*, носящие недифференцированный характер и не связанные с формированием суицидального плана, и *активные суицидальные мысли*, связанные с активным намерением убить себя [2].

Суицидальные мысли проходят в своем развитии определенные ступени, вплоть до этапа суицидальных намерений, характеризующихся присоединением к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешние формы суицидального поведения. Все это атрибуты периода, известного в суицидологии как пре-суицид. В.С. Ефремов предлагал также выделить досуицидальный (предсуицидальный) период, предшествующий этапу суицидальных феноменов, во время которого происходит сдвиг психофизиологического функционирования и изменение содержания психической жизни. Они выступают как фон для возникновения и антивитальных переживаний, суицидальной идеации; этот фон как своеобразный радикал в характере переживаний, может быть расценен как ангедония [3].

Модель стресс-диатеза (Mann J.J., Wasserman D.) показывает, что существует предрасположенность, склонность к суицидальному поведению, а также обстоятельства, уменьшающие уязвимость (защитные факторы) и способствующие самоубийству или суицидальной попытке (факторы риска) [4].

Мы, в свою очередь, предлагаем рассмотреть психологическую структуру индивида с наличием суицидальных мыслей в анамнезе, определив, возможны ли некоторые паттерны в ней, вне зависимости от того, переходили или нет мысли в намерения и далее во внешние формы (суицид и парасуицид).

Материал и методы исследования.

Группа испытуемых насчитывала 160 человек, в основном студенты Николаевского университета им. Сухомлинского и Черноморского государственного университета им. Петра Могилы. Исследование проводилось с 2008 по 2012 гг. Испытуемым предлагалось ответить на вопрос анкеты: «Было когда-либо Вам настолько тяжело, что Вы помышляли о совершении самоубийства?». Результаты распределились следующим образом: «Нет» (группа А) – n=95 (59,4%), «Да» (группа В) – n=65 (40,6%). В группе респондентов с суицидальными мыслями (группа В) мы выделили подгруппу (n=11) с суицидальной попыткой в анамнезе.

Внутри групп возрастная структура такова: средний возраст группы респондентов без суицидальных мыслей – 21,11 лет, средний возраст группы с суицидальными мыслями – 22,26 года,  $t=1,17$  ( $p=0,245$ ), что свидетельствует об отсутствии достоверных статистических различий.

Нами применялся психодиагностический инструментарий для оценки характеристик личности, эмоционального состояния и жизненного тонуса на момент исследования, а именно:

а) личностный опросник NEO-PI-R, разработанный американскими психологами Р.Т. Costa и R.R. McCrae [5], в его русскоязычной сертифицированной версии [6];

б) шкала депрессии Бека;

в) показатель благополучия ВОЗ (*WHO Well-Being Index*, в дальнейшем – WHO);

г) шкала безнадежности;

е) шкала оценки насильственных действий Плутчика;

ф) шкала характеристик гнева TAS, состоящая из двух субшкал – *temperament* (темперамент) (Т) и – *reaction* (R).

Для оценки роли тех или иных факторов, которые могут быть стрессогенными, и степени этих стрессоров использовали опросник «События жизни», показавший свою практическую ценность [7, 8]. Он включает 28 позиций, охватывающих травматические события в окружающей среде. Для возможности адекватного сравнения веса каждой позиции, в том числе и между группами обследованных, была разработана система коэффициентов, предполагающая «взвешивание» событий и вычисление интегрального коэффициента (SUMLE) с

его логарифмом (LNS), что отражает степень нагрузки внешними стрессорами.

Ценностно-мотивационная сфера участников исследования определялась методикой «Целевая направленность личности». Продуктируемые респондентами цели по удаленности могут быть близкими, решающими адаптивные вопросы, средними – касающимися проблем учебной и профессиональной сфер, и дальними – высокие, альтруистические цели. Кроме того, определялся уровень саморазвития личности, включающий процессы самореализации, самоопределения, самосовершенствования и самоактуализации [9].

Сравнение результатов ответов показало расхождение между группами на статистически значимом уровне по ряду критериев, в частности по факторам Нейротизма и Открытости опыту опросника NEO-PI-R, показателю опросника депрессии А. Бека и интегрального индекса стрессогенности жизненных событий (табл. 1).

Показатели по фактору Нейротизма у респондентов с суицидальными мыслями выше, чем у представителей противоположной группы. Сущностью этого фактора является общая тенденция испытывать негативные аффективные состояния. Люди с высокими показателя-

ми хуже, чем другие, контролируют свои импульсы и справляются со стрессами. Дальнейший анализ по критерию Стьюдента подтверждает преобладание у представителей группы В, в сравнении с представителями группы А, тревожности ( $p < 0,01$ ) и ранимости ( $p < 0,01$ ). Те, в свою очередь, более общительны ( $p < 0,01$ ) и нацелены на достижения ( $p < 0,05$ ). Что же касается более высоких показателей домена «Открытость опыту», то, возможно, это говорит о том, что подобные индивиды гораздо интенсивнее переживают негативные эмоции. Это подтверждает и более высокий индекс накопления жизненных событий. Они менее резистентны к травматическим событиям жизни ( $p < 0,001$ ), в частности, к несчастным случаям, угрожавшим жизни ( $p < 0,05$ ), переживанию одиночества ( $p < 0,001$ ), недовольству своим физическим обликом ( $p < 0,001$ ), случаи суицида были более часты в их ближайшем окружении ( $p < 0,01$ ). Кроме того, подгруппа респондентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, отличается от других респондентов группы В более высоким уровнем безнадежности ( $p < 0,05$ ) и поиском возбуждения ( $p < 0,02$ ), что свидетельствует о поведении, связанном с риском, а также влиянием стрессоров ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

Сравнительная таблица показателей NEO, эмоционального состояния и интегрального индекса стрессогенных событий двух групп

Показатели	Группа с суицидальными мыслями (В)		Группа без суицидальных мыслей (А)		t-критерий Стьюдента (p=)
	M0,	Std	M	Std	
Нейротизм (N)	52,18	8,49	47,43	7,38	3,59 (p=0,001)
Экстраверсия (E)	51,98	9,83	54,33	9,86	1,458 (p=0,148)
Открытость опыту(O)	54,34	9,78	51,05	8,12	2,193 (p=0,030)
Сотрудничество (A)	46,32	9,19	47,55	8,79	0,833 (p=0,407)
Сознательность (C)	47,98	9,48	49,79	8,83	1,291 (p=0,232)
WHO	12,77	3,86	13,86	3,84	1,724 (p=0,087)
HS	0,87	1,19	0,79	1,12	0,44 (p=0,661)
BDI	12,03	6,42	8,09	5,55	3,95 (p=0,001)
PFAV	5,32	2,85	5,19	2,08	0,306 (p=0,760)
TAS	21,81	5,43	20,4	4,82	1,649 (p=0,102)
T	8,31	3,29	7,57	2,49	1,493 (p=0,139)
R	13,66	3,49	12,62	3,46	1,834 (p=0,690)
SUMLE	8,31	3,29	7,57	2,49	4,027 (p=0,001)
LNS	13,66	3,49	12,62	3,46	2,808 (p=0,006)

В постановке целей и в процессах саморазвития личности значимых различий между представителями групп А и В нами не обнаружено (табл. 2).

В целях выявления латентной структуры личностного пространства респондентов нами был проведен факторный анализ результатов вышеупомянутых методик. Число главных компонент (5) определялось по графику собственных значений. В качестве значимой принималась факторная нагрузка 0,40 по модулю. Результаты распределения признаков между выделенными факторами упорядочены в соответствии с нагрузками, с которыми они входят в соответствующий фактор. Факторный анализ проводился отдельно для групп А и В.

Анализ связей показателей по результатам обследования позволяет выделить следующие факторы. В первом факторе группы А (11,69% объясненной дисперсии) сцеплены шкала Е NEO-PI-R и ее субшкалы, выражающие сферу активности: экстраверсия (весовая нагрузка 0,918), уверенность (0,778), положительные эмоции (0,747), сердечность (0,709), деятельность (0,707), общительность (0,667). В целом параметры фактора отражают внутреннюю позитивность личности, оптимизм.

Второй фактор в группе А (9,05% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как внутреннюю организованность. В него входят фактор Добросовестности (С) NEO-PI-R и его субшкалы, выражающие меру целенаправленности субъекта и сознательного контроля им своего поведения и деятельности

и управления импульсами. Интегральный фактор С с нагрузкой 0,919, самодисциплина (0,821), порядок (0,764), компетентность (0,675), обдумывание поступков (0,66), сознательность (0,642)

Третий фактор в группе А (7,42% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как эмоциональность, поскольку переменные, связанные этим явлением, имеют самые высокие нагрузки: шкала гневливости TAS (0,788), темперамент (0,685), реактивность (0,635), враждебность (0,662), нейротизм (0,48). В этот фактор входит также переменная «близкие цели» (0,45), решающая адаптивные проблемы, поэтому можно считать, что фактор отражает поведение в определенной ситуации.

Четвертый фактор в группе А (6,4% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как приязнь, поскольку переменные, связанные с ним, имеют самые высокие нагрузки: фактор NEO-PI-R А (Сотрудничество): 0,843, доверие (0,682), чуткость (0,661), скромность (0,616), альтруизм (0,57), согласие (0,528).

Пятый фактор в группе А (6,23% объясненной дисперсии) определен нами как внешние условия ситуации, поскольку переменные, связанные с ним, имеют самые высокие нагрузки: интегральный показатель негативных жизненных событий SUMLE (0,875), попытки сексуальных домогательств (0,605), переживание одиночества (0,567), социальные и физические проблемы близких людей (0,556), экономические проблемы (0,508), конфликты (0,493).

Таблица 2

Сравнение показателей целевой направленности личности и процессов саморазвития двух групп

Показатели	Группа с суицидальными мыслями (В)		Группа без суицидальных мыслей (А)		t-критерий Стьюдента (р)
	М	Std	М	Std	
Близкие цели	6,98	4,48	7,72	4,37	0,868 (р=0,388)
Средние цели	9,03	3,4	7,95	3,71	1,575 (р=0,119)
Дальние цели	5,2	3,16	4,18	2,68	1,736 (р=0,087)
Сумма целей	21,13	4,08	19,88	4,24	1,543 (р=0,127)
Самореализация	1,12	0,82	1,14	1,28	0,091 (р=0,928)
Самоопределение	0,48	0,64	0,55	0,59	0,578 (р=0,565)
Самоусовершенствование	0,95	1,08	0,79	1,14	0,733 (р=0,465)
Самоактуализация	0,78	1,14	0,51	0,95	1,273 (р=0,207)
Саморазвитие личности (интегральный показатель)	3,32	2,21	2,92	1,84	0,989 (р=0,326)

В группе В первый фактор (10,04% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как негативное влияние внешней среды, поскольку ведущим здесь является интегральный показатель негативных жизненных событий SUMLE и логарифм его, LNS, соответственно 0,921 и 0,763. Фактор объединяет негативные события и переживания, оказывающие дисфункциональное влияние на личность: материальная неустроенность (0,603), случаи физического насилия (0,601), угрожающие жизни несчастные случаи (0,555), суицидальные попытки в анамнезе (0,551), склонность переживать агрессивные чувства (0,505), случаи суицида в близком окружении (0,492), что может быть предпосылкой для возникновения суицидальных идеаций. Следует отметить, что в исследованной нами ранее группе парасуицидентов суицидальный опыт выделился в самостоятельный фактор, что свидетельствовало о значительном влиянии предыдущих суицидальных ситуаций [10]. В то же время обращает на себя внимание представленность в данном факторе процесса самосовершенствования (0,527), что можно рассматривать как попытки осмысления состояния и компенсацию.

Второй фактор (9,45% объясненной дисперсии) в группе В можно интерпретировать как внутреннюю депрессивную позицию, так как переменные, связанные с этим явлением, имеют самые высокие нагрузки: беспокойство (0,847), депрессия (0,758), нейротизм (0,635), застенчивость (0,58), трудности с выполнением социальных обязанностей (0,567), психологический дискомфорт (индекс WHO: -0,554). Сюда же входит переменная А (сотрудничество) опросника NEO-PI-R, определяющая качество отношений с другими. Это можно расценивать как поиск поддержки от окружающих и отказ от собственных интересов; переменная коррелирует с беспокойством ( $r = 0,452$ ) и депрессией ( $r = 0,403$ ) и отрицательно – с экстраверсией ( $r = -0,33$ ) и поиском возбуждающего ( $r = -0,512$ ).

Третий фактор в группе В (9,38% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как рефлексию, так как переменные, связанные с этим явлением, имеют самые высокие нагрузки. В него входят фактор Добросовестности (С) NEO-PI-R (0,919) и его субшкалы: компетентность (0,786), сознательность

(0,785), обдумывание поступков (0,777), самодисциплина (0,77), порядок (0,667).

Четвертый фактор в группе В (8,61% объясненной дисперсии) можно интерпретировать как активность, поскольку переменные, связанные с этим явлением, имеют самые высокие нагрузки: активность (0,782), экстраверсия (0,773), уверенность (0,656), сердечность (0,627), чувствительность (0,62), стремление к достижениям (0,568), доверие (0,51). В этот же фактор входит процесс самоактуализации, так как подобные цели связаны с активностью и самостоятельностью личности (0,489), что способствует позитивным эмоциям (0,437).

Пятый фактор в группе В мы расцениваем как негативную эмоциональность. Сюда относятся переменные интегрального показателя TAS и его субшкал t (темперамент) и r (реактивность), соответственно: 0,81; 0,697; 0,565, враждебность (0,556) и тип целевой направленности, названный «упорствующим»: личность отличается ригидной установкой и не изменяет свое отношение к целям даже после осознания их значимости (0,463). Возможно, это свидетельство нереализованного, подавленного гнева. Сюда же относится суммарный показатель выдвигаемых целей (0,451), что, возможно, характеризует эмоциональный фон процесса целеполагания.

Таким образом, можно отметить, что факторная структура двух групп инвертирована: факторы, которые у группы А находятся на последнем месте, у представителей группы В являются ведущими и, наоборот; в частности, подверженность негативному влиянию внешней среды у респондентов с суицидальными мыслями являются ведущими, так же как и слагаемые нейротизма. Следует отметить, что показатели NEO-PI-R основаны на модели «Большой пятерки», параметры которой (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество и добросовестность) в значительной мере детерминированы генетически [11]. Можно также предположить, что в суицидальные мысли облакаются у представителей группы возможности решения жизненных ситуаций.

Таким образом, следует отметить наличие у респондентов с суицидальными мыслями в анамнезе устойчивых паттернов, потенцирующих парасуицидальное поведение. Методика,

разрабатываемая нами, может нести диагностирующую, прогностическую функции, и ис-

следования в этом направлении нам представляются перспективными.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
2. Beck A.T., Kovacs M., Weissman M. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation // Journal of consulting and clinical psychology. – 1979. – № 47. – P. 343-352.
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 479 с.
4. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 28-46.
5. Costa P.T., McCrae R.R. Manual for the NEO Personality Inventory. – Odessa, Fla.: Psychological Assessment resources Inc., 1985.
6. Орел В.Е., Руквишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук // Деп. В ИНИОН № 52220 9.10.97.
7. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Бирон Б.В. Оценка степени выраженности жизненного стресса в половозрастном аспекте и его связи с суицидальными тенденциями // Мед. Психология. – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.
8. Розанов В.А., Емяшева Ж.В., Бирон Б.В. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни // Український медичний часопис. – 2011. – № 6 (86). – XI-XII.
9. Васильев Я. В. Футурреальная психология личности. – Николаев: Илион, 2007. – 518 с.
10. Каневський В.І. Психологічні особливості парасуїцидальної поведінки особистості: Автореф. ... дис. канд. психол. наук: 19.00.01. – Київ, 2011. – 20 с.
11. Копець Л.В. Психологія особистості. – Київ: Видавничий дім «Кієво-Могилянська академія», 2008. – 458 с.
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)
- Beck A.T., Kovacs M., Weissman M. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation // Journal of consulting and clinical psychology. – 1979. – № 47. – P. 343-352.
- Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: Dialekt, 2004. – 479 s. (In Russ)
- Vasserman D. Model' stress-uyazvimosti i razvitie suicidal'nogo processa // Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 28-46. (In Russ)
- Costa P.T., McCrae R.R. Manual for the NEO Personality Inventory. – Odessa, Fla.: Psychological Assessment resources Inc., 1985.
- Orel V.E., Rukavishnikov A.A., Senin I.G. Razrabotka russkoyazychnoj versii lichnostnogo testa NEO PI-R. Ruk // Dep. V INION № 52220 9.10.97. (In Russ)
- Emyasheva ZH.V., Rozanov V.A., Biron B.V. Ocenka stepeni vyrazhennosti zhiznennogo stressa v polovozrastnom aspekte i ego svyazi s suicidal'nymi tendenciyami // Med. Psihologiya. – 2009. – Tom 4, № 1. – S. 39-44. (In Russ)
- Rozanov V.A., Emyasheva ZH.V., Biron B.V. Vliyanie travmy detskogo vozrasta na nakoplenie stressovyh sobytij i formirovanie suicidal'nyh tendencij v techenie zhizni // Ukrain'skij medichnij chasopis. – 2011. – № 6 (86). – XI-XII. (In Russ)
- Vasil'ev YA. V. Futurreal'naya psihologiya lichnosti. – Nikolaev: Ilion, 2007. – 518 s. (In Russ)
- Kanevs'kij V.I. Psihologichni osoblivosti parasuicidal'noi povedinki osobistosti: Avtoref. ... dis. kand. psihol. nauk: 19.00.01. – Kiïv, 2011. – 20 s.
- Kopec' L.V. Psihologiya osobistosti. – Kiïv: Vidavnichij dim «Kievo-Mogilyans'ka akademiya», 2008. – 458 s.

PSYCHOLOGICAL CORRELATES IN YOUNG PEOPLE EXPERIENCING SUICIDAL THOUGHTS

V.I. Kanevsky

Black Sea State Pyotr Mogyla University, Ukraine

Psychological structure of respondents who did not have in the past and had suicidal thoughts is studied. Factor analysis and comparison of average showed the differences in the groups of respondents. It was found that the group of subjects with a history of suicidal thoughts had higher neuroticism and susceptibility to stress.

*Keywords:* suicidal behavior, suicidal thoughts, NEO PI-R, factors, neuroticism, stressful life events.

## ПОМОЩЬ ДОБРОВОЛЬЦЕВ СЕМЬЕ ПОКОНЧИВШЕГО С СОБОЙ: ЛИЧНЫЙ ОПЫТ, ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ

А.А. Алавердова

Американское Общество по предотвращению самоубийств, г. Нью-Йорк, США

Контактная информация:

Алавердова Лиана Леонидовна – доброволец Американского общества по предупреждению самоубийств (AFSP), магистр библиотековедения, заведующая библиотекой Кингс Бей, г. Нью-Йорк, США; Адрес: Kings Bay Library, 3650 Nostrand Avenue, Brooklyn, NY 11229. Телефон: 718-368-1709 x 44116, e-mail: lalaverdova@gmail.com

Пережившая суицид брата и доброволец общественной организации предупреждения суицид сообщает о возможностях индивидуальной и групповой неформальной поддержки близких суицидента.

*Ключевые слова:* суицид, пережившие суицид, добровольцы, группы поддержки.

*«Вслед «Прощай» любимого вы долго и пристально смотрите на закрытую дверь и не видите открытых Господом перед вами»*

*Шеннон Л. Алдер*

Третьего декабря 2004 г. покончил с собой единственный брат, и это навсегда изменило меня и мою жизнь. Как выброшенная на берег жертва кораблекрушения пытается осмыслить происшедшее, сохранив рассудок в хаосе страданий, мне было не до помощи кому-либо. Я сама тянулась к сочувствию. Но и в тяжкое время не оставляла мысль, что не смею замолчать личную трагедию, должна сделать нечто памятное для несчастного брата. Если страшный поступок не вызовет отклика сонного общества – все безнадежно. Позже убедилась, что немало, как и брат, страдали от депрессии, узнала о массе общественных организаций США, помогающих жертвам суицида и стремящихся предотвратить новые трагедии. Присутствовала на заседаниях групп поддержки в Нью-Йорке, получала брошюры с информацией и личными историями утрат, разбираясь в судьбе брата и оставшейся семьи. Рассказы о трагедиях суицида прорвали барьер одиночества. Распространяла материалы по предупреждению суицида. С первых дней стала опорой престарелых родителей, делилась знаниями.

Но это недостаточно. Писать, делиться опытом. Ради памяти умершего и личного исцеления, помощи другим, вновь и вновь признавая необратимость свершившегося. Чтобы лучше осмыслить происшедшее, поделиться с друзьями по беде, взялась за свою книгу (первый вариант «Мальчик с мечом деревянным» в интернет-журнале «Популярная психология», «Самоубийство: до и после» Insignificant Books, Chicago, 2013), упорядочившей, как

психотерапия, хаотичные мысли о брате, выжившей жгуче болезненное. Незнакомые писали, что книга помогла. С некоторыми переписываюсь до сих пор. Российские издательства не заинтересовала книга: «мрачная и непривычная» тема, брат не был публичной фигурой. И лишь Общероссийская общественная организация самопомощи «Новые возможности» решила на ее переработанное издание.

Можно стать добровольцем, переписываться на интернет-форумах с находящимися на грани самоубийства или с потерявшими близких. Несколько лет после трагедии основала онлайн-форум [www.poslesuicida.net](http://www.poslesuicida.net) для «выживших», полезной информации. Работа над популяризацией форума требует дополнительных усилий, а у меня три дочери, руковожу библиотекой, внештатный корреспондент газет в Чикаго и Нью-Йорке. «Если есть желание, способ найдется», – гласит старая английская пословица и (нашла в интернете): «Не ждите совершенного момента. Сделайте момент совершенным».

Общественные организации США заявляют о себе на ярмарках, конференциях, рассылкой писем, листовок. Целями крупнейшего Американского Общества Предупреждения Самоубийств (American Foundation for Suicide Prevention, AFSP, [www.afsp.org](http://www.afsp.org)) служат и поддержка исследований самоубийств и депрессии, изменение законодательства, неформальная помощь пережившим самоубийство близких. Под патронатом AFSP проводят ночные и дневные «походы против суицида» по всей стране. Неоднократно принимала участие в походах из Бруклина в Манхэттен. Их цель многозначна: сбор пожертвований для AFSP, привлечение внимания к самоубийству и депрессии. Слезы на глазах и ком в горле, но ты

не один в мире со своей бедой. Можно возглавить команду, назвав в память погибшего любимого, пригласив друзей и родственников. Добровольцы ставят палатки, раздают майки, воду, брошюры. Чувствуешь приобщение к Делу, помогаешь в малом, улучшаешь мир.

Вариант помощи – круглосуточная кризисная телефонная линия; и там заняты обученные добровольцы Общества самаритян. Четыреста центров в 42 странах мира. Есть и бесплатная общенациональная «линия жизни» (<http://www.suicidepreventionlifeline.org>). И там нужны волонтеры. Поддерживаю жертв суицида на дому, обучившись на сайте AFSP. Мудрое условие для добровольца: не менее двух лет после личной утраты. И это краткий срок для испытания встречами с разбитыми горем. А держаться необходимо, показав пример стойкости. Встреча, только по просьбе пострадавших, однократно и не более двух часов, разрушает одиночество, самостигматизацию жертв катастрофы, оказавшихся тоже в зоне суицидального риска. Предстоит слушать, лишь коротко представившись, эмоционально поддержать, сообщить о дополнительных ресурсах помощи. Никаких возлияний и трапез. Настоятельная рекомендация – встречи только в доме пострадавших. Однажды брат погибшего сказал, что жене в тягость его горе и попросил встретиться в кафе. Сновавшие люди, шум отвлекали. Встречались с потерявшей сына на ее работе, и это мешало свободному самовыражению несчастной. Часовой обеденный перерыв был недостаточен. Еще встреча: с братом погибшей у меня дома в воскресное утро. Встреча затянулась. Домашние давно проснулись, трудно было их отключить от происходящего. Главное в помощи – терпение и такт, сострадание, но без слез. Работаю над собой постоянно, сдерживая слова, критически переоценивая свое поведение. Моя напарница как-то посетовала, что после гибели брата родители не упоминают его. Невольно вырвалось: «Нехорошо, надо вспоминать умершего». Та строго на меня посмотрела: «Никогда не говори потерявшему близкого от суицида, что надо и, что не надо делать». Я умолкла, осознав свою бестактность. Рановато возомнила себя экспертом в деликатном деле. Побывав в группе самопомощи «Безопасное место» самаритян при церкви, задумалась об организации сходной в своей библиотеке, но опасалась недоумения сотрудников, расспросов... Искала соцработника, психиатра или психотерапевта как ведущего, но тщетно. Решала, что 10-летний опыт восполнит отсутствие профессионала. В AFSP получила диск с учебным

фильмом и руководство к действию, ознакомилась с рекомендациями ВОЗ «Профилактика самоубийств: как организовать группу самопомощи для лиц, переживших утрату близкого в результате самоубийства» (на русском языке: [whqlibdoc.who.int/hq/russian/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.6\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/russian/WHO_MNH_MBD_00.6_rus.pdf)). Информацию о моей группе разместили на сайте AFSP, что сыграло решающую роль. Встречи каждый первый четверг каждого месяца с 6 до 7:30 вечера в моей библиотеке. Родители погибших, сыновья, дочь, потерявшая отца и ее муж, потерявший дядю, вдова – рассказывают свои истории. Приношу бумажные платки для слез. Комнату открываю до формального начала встречи, чтобы дать пообщаться. Начинаем всегда вовремя, зачитываю и раздаю правила поведения. *Пожалуйста, не опаздывайте. Личные истории не подлежат приглашению вне группы. Мы учимся лучше на опыте других, а не благодаря советам. Хотите больше узнать – спросите. Пожалуйста, не осуждайте других, и не указываете их ошибки в мыслях и поведении. Уважайте мнение участников. То, что не помогло вам, может помочь кому-то. Делитесь и неудачным опытом. Вы можете помочь кому-то избежать ваших ошибок. Уважайте горе другого. Не перебивайте. Дайте всем высказаться, старайтесь не главенствовать в беседе. Не ожидайте, что другие решат ваши проблемы или дадут совет. Будьте открыты к идеям других. Дайте себе шанс. Если кажется, что встреча не помогла, пожалуйста, придите несколько раз до решения, что группа не для вас.* Садимся в кружок, порой зажигаем свечу, читаем стихи. Несколько вводных слов: я – не эксперт и лишь помогаю, чтобы собравшиеся слушали, и поддерживали, учились друг у друга. Каждый кратко о себе, переходим к подробному разговору. Трудно держа паузы, пытаюсь побудить желающих. «Пусть каждый скажет, что ждет от группы», «Что самое трудное после смерти любимого». Встречи «эмоционально высушивают» до изнеможения, но помогают. Сообщим о нас родственным общественным организациям, имеющих дело с психическим недугом. Добровольных помощников пока нет. Любая поддержка хороша, особо прошедших испытание, как я. Задумала команду из нашей группы для очередного Бруклинского похода против самоубийства. Но не все сразу. Позволю себе завершить заметки, как и начав – мудрыми словами о долгом пути, начатого с первого шага: *«Есть две ошибки, которые вы можете сделать по дороге, ведущей к правде: не пройти всего пути и не начать его»* (Лао Цзы).

VOLUNTEER HELP FOR THOSE WHO LOST LOVED ONES TO SUICIDE: PERSONAL EXPERIENCE, CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

L.L. Alaverdova, AFSP Volunteer, Brooklyn, NY, USA

The author as a suicide survivor and a volunteer of public organization of suicide prevention reports about the possibilities of informal individual care and group support to help families who lost their loved ones to suicide.

*Keywords:* suicide, suicide survivors, self-help groups, volunteer activity.

УДК: 616.89–008.44

**ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ (комментарий к статье и книге Л. Алавердовой)**

Е.Б. Любов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

В комментарии подчеркнута роль добровольцев в облегчении бремени семьи суицидента с привлечением их уникального опыта преодоления горя при выборе адекватных стратегий совладания.

*Ключевые слова:* суицид, бремя семьи, стратегии совладания, третичная профилактика.

Междисциплинарный и межведомственный подходы суицидологической службы [1, 2] важны в деле последовательной профилактики суицидального поведения (включая смягчение бремени семьи суицидента). Развитие и роль негосударственных организаций – показатель зрелости общества. Лиана Алавердова [3] как эксперт на основе выстраданного опыта повествуя о себе, знакомит нас с мало востребованным в России ресурсом обученных добровольцев, среди них и «выжившие» после суицида. Добровольческое движение в сфере охраны психического здоровья у нас пока делает первые шаги [4, 5]. Кружки и группы психобразования Общероссийской организации «Новые возможности» ведут выздоровевшие после психического расстройства и их близкие вкпе с профессионалами [6].

Путь совладания с последствиями трагедии Лианы уникален (как любой личный рассказ) и типичен [7-9]. Путешествием с возможными отступлениями и поражениями называют процесс восстановления от психотравмы душевного расстройства и герои сборника «Преодоление» [10]. Острое горе Лианы проявилось поглощенностью образом брата; чувством вины и ощущением краха привычного мира. Начальное замешательство сменилось смиренением с непоправимостью случившегося. Лиана поддерживает близких, подавляет деморализующие уязвимость, безнадежность, гнев, тос-

ку, самообвинения, сохраняя социальную самость. Пробуждается неистребимая надежда: увы, не приходится ждать «исправление» однозначной ситуации, но предстояло изменить видение, отношение (по Марку Аврелию). Магистр библиотковедения обращается к книгам, интернету (антисуицидальные возможности электронных СМИ недооценены в России [11, 12]); привлекают нарративы как виртуальная беседа «равного с равным». Своя же книга неустанно переписывается, развивается вместе с автором, служит творческому человеку средством самовыражения, катарсиса [13]. Лиана ищет неформальную эмоциональную поддержку, как большинство землян, особо – женщины [14], благо – альтернативы помощи доступны. Сердцевиной преодоления психосоциального дистресса стало принятие ответственности за решения, план поддержки товарищей по несчастью. Самоконтроль эмоционального состояния и поведения (иногда дает сбой) воспитывает терпимость, сопереживание, столь необходимые «раненому целителю». Лиана подчеркивает ограниченность своих функций, не узурпируя место профессионала. Выбор эффективных (адаптивных) стратегий совладания, обращенных к оценке и практическому решению проблемы, определен альтруистичной личностью Лианы (жизнестойкостью, природным оптимизмом, «наученной находчивостью» школы эмиграции) [4]. Лиана «атакует» и меняет свой

мир, открыта людям и знанию, ищет помощь и предлагает свою. Действительно, по Ф. Бэкону,

бедствия раскрывает наши добродетели. И хороших людей – делает лучше.

Литература:

1. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5. – № 3 (16). – С. 3–17.
2. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3–10.
3. Алавердова Л. Брат мой, брат... – М.: Новые возможности, 2014. – 156 с.
4. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. К вопросу о значении понятия жизнестойкости в психиатрии // Социальная клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20. – Вып. 3. – С. 81–85.
5. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. Время и место добровольцев в деле психосоциальной реабилитации / Добровольцы в психиатрии – направление психосоциальной помощи душевнобольным (Оренбургский опыт). Пособие для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения. – Оренбург, 2012. – С. 4–7.
6. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической помощи с опорой на сообщество / Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. – Медпрактика-М. – М., 2007. – С. 318–322.
7. Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes // J. Pers. Soc. Psychology. – 1986. – Vol. 50. – P. 992–1003.
8. Lindermann E. Symptomatology and management of acute grief // Am. J. Psychiatry. – 1944. – Vol. 101. – P. 141–148.
9. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping // J. Health Soc. Behav. – 1978. – Vol. 19. – P. 2–21.
10. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное / Под ред. И.Я. Гуровича. / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов. – М.: «Новые возможности», 2009. – 129 с.
11. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 10–22.
12. Харитонов С.В., Цупрун В.Е., Паршин А.Н. Программа включения родственников в превенцию суицидов у больных с личностными расстройствами [Электронный ресурс] / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
13. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Признание в любви (О книге Лианы Алавердовой «Брат мой, брат мой...») // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 53–58.
14. Oliver M.I., Pearson N., Coe N., Gunnell D. Help-seeking behavior in men and women with common mental health problems: cross-sectional study // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 297–301.

- Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Cuprun V.E., Chubina S.A. Territorial'nye suicidologicheskie sluzhby Rossii: struktura i funkciya // Suicidology. – 2014. – Tom 5. – № 3 (16). – S. 3–17. (In Russ)
- Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Ekonomicheskoe bremya suicidov v Rossijskoj Federacii // Suicidology. – 2012. – № 3. – S. 3–10. (In Russ)
- Alaverdova L. Brat moj, brat... – M.: Novye vozmozhnosti, 2014. – 156 s. (In Russ)
- Gurovich I.YA., Storozhakova YA.A. K voprosu o znachenii ponyatiya zhiznestojkosti v psixiatrii // Social'naya kliniches-skaya psixiatriya. – 2010. – Tom 20. – Vyp. 3. – S. 81–85. (In Russ)
- Lyubov E.B., Antohin E.YU., Budza V.G., Gorbunova M.V. Vremya i mesto dobrovol'cev v dele psihosocial'noj reabili-tacii / Dobrovol'cy v psixiatrii – napravlenie psihosocial'noj pomoshchi dushevnobol'nym (Orenburgskij opyt). Posobie dlya vrachej-psixiatrov, vrachej-psihoterapevtov, klinicheskikh psihologov, social'nyh rabotnikov, organizatorov zdavoohraneniya. – Orenburg, 2012. – S. 4–7. (In Russ)
- Lyubov E.B., Levina N.B. Organizaciya samopomoshchi v sisteme reformiruemoj psixiatricheskoj pomoshchi s oporoy na soobshchestvo / Sovremennye tendencii razvitiya i novye formy psixiatricheskoj pomoshchi. Pod red. I.YA. Gurovicha, O.G. N'yufel'dta. – Medpraktika-M. – M., 2007. – S. 318–322. (In Russ)
- Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes // J. Pers. Soc. Psychology. – 1986. – Vol. 50. – P. 992–1003.
- Lindermann E. Symptomatology and management of acute grief // Am. J. Psychiatry. – 1944. – Vol. 101. – P. 141–148.
- Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping // J. Health Soc. Behav. – 1978. – Vol. 19. – P. 2–21.
- Preodolenie: Lyudi s psixiatricheskim opytom i ih blizkie o sebe otkrovennoe i sokrovennoe / Pod red. I.YA. Gurovicha. / Sost. N.B. Levina, E.B. Lyubov. – M.: «Novye vozmozhnosti», 2009. – 129 s. (In Russ)
- Lyubov E.B. SMI i podrazhatel'noe suicidal'noe povedenie. CHast' II. Preduprezhdenie samoubijstv: resursy pro-fessionalov SMI // Suicidology. – 2012. – № 4. – S. 10–22. (In Russ)
- Haritonov S.V., Cuprun V.E., Parshin A.N. Programma vklucheniya rodstvennikov v prevenciyu suicidov u bol'nyh s lichnostnymi rasstrojstvami [EHlektronnyj resurs] / Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. науч. zhurn. – 2013. – № 2 (19). (In Russ)
- Lyubov E.B., Levina N.B. Priznanie v lyubvi (O knige Liany Alaverdovoj «Brat moj, brat moj...») // Suicidologiya. – 2015. – Tom 6, № 1 (18). – S. 53–58. (In Russ)
- Oliver M.I., Pearson N., Coe N., Gunnell D. Help-seeking behavior in men and women with common mental health problems: cross-sectional study // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 297–301.

... AND WITH ITS FEET CUTS THROUGH THE PATH IT FOLLOWS (comment on the article and the book by L. Alaverdova)

E.B. Lyubov Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

The comments highlighted the role of volunteers in the relief of family suicide burden involving their unique experience of overcoming grief by empirical choice appropriate coping strategies.

Keywords: suicide, family burden, coping strategies, tertiary prevention.

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](http://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 даётся 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.

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. 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](mailto:sibir@sibtel.ru)