

# Суицидология

№ 1 2011

рецензируемый научно-практический журнал  
выходит 4 раза в год

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

И.Н. Габсалиямов (Тюмень)

О.Д. Жевелик  
(Нижевартовск)

К.Ю. Ретюнский  
(Екатеринбург)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

С.М. Уманский (Тюмень)

В.Л. Юлдашев (Уфа)

Журнал зарегистрирован  
в Федеральной службе  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
г. Москва

Свидетельство:

ПИ № ФС 77-44527

от 08 апреля 2011 г.

Учредитель и издатель:  
ООО «М-центр»

Адрес редакции:  
г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А,  
офисы 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 № 201

Тираж 1000 экз.

Подписан в печать 05.05.11 г.

Цена свободная

При перепечатке  
материалов ссылка на журнал  
"Суицидология" обязательна

Редакция не несет ответственности за  
содержание рекламных материалов

Редакция не всегда разделяет мнение  
авторов опубликованных работ

Отпечатан с готового набора  
в издательстве «Вектор Бук»,  
г. Тюмень, Володарского, 45

На 1 странице обложки:  
Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры»,  
1660 г.

## Содержание

- П.Б. Зотов, С.М. Уманский*  
Клинические формы и динамика суицидального поведения . 3
- С.И. Ворошилин*  
Расстройства влечений и права человека ..... 7
- Н.Б. Семенова*  
Кризис самосознания как причина высокой  
суицидальности коренного населения Севера ..... 17
- А.П. Гелда, С.А. Игумнов*  
Повторные непсихотические аутоагрессивные действия и  
особенности методологического подхода к их изучению ..... 23
- С.Д. Левина*  
Вопросы дифференциальной диагностики суицидальной  
и несуйцидальной аутоагрессии у больных шизофренией .... 31
- М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, А.С. Чухров*  
Вероятностная модель суицидального поведения ..... 37
- С.В. Пронин, Т.С. Баданова, Д.А. Карпачев, В.С. Пронин*  
Предикторы аутоагрессивного поведения у лиц  
с наркотической зависимостью ..... 42
- А.В. Сахаров, Н.В. Говорин*  
Смертность по причине самоубийств  
в Забайкальском крае ..... 46
- Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова*  
Смертность от внешних причин и ее связь  
с употреблением алкоголя в Республике Тыва ..... 48
- Краткие сообщения
- Э.В. Эльтекова, Н.Л. Овсянникова,  
С.В. Петрова, Д.Л. Шаповалов*  
Анализ динамики показателей суицидальной активности  
населения Воронежской области за период 1996-2006 гг. ... 51
- А.В. Мартусенко, Е.О. Бойко,  
Ю.А. Мьельникова*  
Вопросы суицидального поведения  
военнослужащих по призыву ..... 52
- Е.А. Кийченко, И.Н. Михайличенко, Е.Г. Пурясова*  
Характер обращений на «Телефон доверия»  
в периоды социальных кризисов (по материалам  
суицидологической службы Омской области) ..... 53

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

<i>Л.Н. Касимова, М.В. Святогор, М.В. Втюрина</i>	Анализ суицидальных попыток путем самоотравления ..... 54	<i>А.Е. Персидская</i>	Педагогическое снижение риска суицидального поведения подростков... 57
<i>П.Б. Зотов, И.Н. Габсалимов</i>	Случай суицидальной попытки путем отравления парами ртути..... 55	<i>А.В. Вершинин</i>	Профилактика суицидальности в среде детей-сирот..... 58
<i>Е.В. Вальздорф</i>	Самопорезы среди способов суицидальной активности уголовно ответственных..... 56	<i>Ч.А. Горбачевский</i>	Ф.М. Достоевский и проблема самоубийства..... 59
			Авторам работ ..... 60

## Contents

<i>P.B. Zotov, S.M. Umansky</i>	Clinical forms and dynamics suicidal behavior ..... 3	<i>E.V. Eltekova, N.L. Ovsyannikov, S.V. Petrova, D.L. Shapovalov</i>	Analysis of indicators suicidal activity population of the Voronezh region for the period 1996-2006..... 51
<i>S.I. Voroshilin</i>	Attraction disorder and human rights ..... 7	<i>A.V. Martusenko, E.O. Boyko, Y.A. Mylnikova</i>	Questions suicide conscripts ..... 52
<i>N.B. Semyonova</i>	Crisis of self-actualization as a reason of high suicidality in the natives of the North ..... 17	<i>E.A. Kiychenko, I.N. Mickle, E.G. Puryasova</i>	Nature of applications for "hotline" in periods of social crisis (materials suicide helth-service Omsk region) ..... 53
<i>A.P. Gelda, S.A. Igumnov</i>	Repeated nonpsychotic autoaggressive operation and features methodological approach to the study od their ..... 23	<i>L.N. Kasimov, M.V. Svyatogor, M.V. Vtyurin</i>	Analysis by suicide attempts self-poisoning ..... 54
<i>S.D. Levine</i>	Problems of differential diagnosis suicide and nonsuicide autoaggression patients with schizophrenia ..... 31	<i>P.B. Zotov, I.N. Gabsalyamov</i>	Case suicide attempts by poisoning by mercury vapor ..... 55
<i>M.G. Chukrova, T.G. Openko, A.S. Chukrov</i>	Probabilistic models of suicidal behavior ..... 37	<i>E.V. Valzdorf</i>	Cut oneself among the methods of suicidal activity criminal liability ..... 56
<i>S.V. Pronin, T.S. Badanova, D.A. Karpachev, V.S. Pronin</i>	Predictors of self-injurious behavior in drug abusers ..... 42	<i>A.E. Persidskaya</i>	Pedagogical risk adolescents suicidal behavior ..... 57
<i>A.V. Sakharov, N.V. Govorin</i>	Deaths due to suicide in the Trans-Baikal Region ..... 46	<i>A.V. Vershinin</i>	In the prevention of suicidal among orphans ..... 58
<i>T.G. Openko, M.G. Chukrova</i>	Mortality from external causes and its connection with alcohol consumption in Tyva Republic ..... 48	<i>Ch.A. Gorbachevsky</i>	F.M. Dostoevsky end proublem of suicide. 59

**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ***П.Б. Зотов, С.М. Уманский*

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Исследования, проведенные в различных регионах мира, свидетельствуют о том, что самоубийства в наши дни стали одной из глобальных проблем мирового сообщества [1, 13]. Ежегодно в мире от самоубийств погибает около 500 тысяч человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, достигает 5 миллионов. В странах Европы, в том числе и России, самоубийства входят в число 10 наиболее распространенных причин смерти. В США суицид является девятой ведущей причиной смерти и составляет 1,4% от всех смертей [10].

Россия в течение многих лет относится к странам с наиболее высокими показателями самоубийств. В нашей стране ежегодно погибает до 55 тысяч человек. Статистические данные свидетельствуют о том, что после небольшого снижения стандартизованного показателя смертности от самоубийств на 100000 населения в 1990 г. (26,4) в дальнейшие 10 лет отмечалось его повышение и некоторая стабилизация: в 1995 г. – 41,4; в 2000 г. – 39,3. Начиная с 2002 г. регистрируется неуклонная обратная динамика: 2002 г. – 38,4; 2003 г. – 36,1; 2004 г. – 34,3; 2005 г. – 32,2; 2006 г. – 30,1; 2007 г. – 29,3 случая [2, 11]. Снижение уровня самоубийств, несомненно, положительный факт. Однако, регистрируемые в настоящее время показатели, значительно превышают уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический. В этих условиях вопросы профилактики самоубийств имеют высокую актуальность и медико-социальную значимость.

Улучшение показателей по суицидальной активности населения возможны лишь на основе комплексного, многоуровневого подхода [5], но перед разработкой приоритетных направлений развития системы суицидальной превенции необходимо четкое понимание самого объекта учета. Это позволит более предметно и четко определить возможные меры и направления профилактики и др. [6].

В отечественной литературе, посвященной суицидальному поведению, приоритет уделяется преимущественно суицидальным действиям (попыткам и завершенным самоубийствам). Когда речь идет о так называемых внутренних формах суицидального поведения, то здесь нет четкого

понимания и разделения самих этих форм. Используемые термины – суицидальные мысли, суицидальные идеи, тенденции и т.д. – чаще используются в работах без их четкого определения и клинического описания. Это вносит трудность в понимание и сравниваемость проводимых исследований. Описания и классификации суицидального поведения, значимые для клинической работы, можно найти в немногих работах – у проф. А.Г. Амбрумовой [1], Ю.Р. Вагина [3] и др.

Многолетний опыт практической работы и научных исследований [3, 7, 12 и др.] позволил нам внести уточнения в клиническую классификацию и описание отдельных форм суицидального поведения, а так же обосновать следующие утверждения:

1. Формирование суицидального поведения крайне редко происходит в короткий промежуток времени. Так называемый «острый суицид» (по проф. А.Г. Амбрумовой, 1996) проявляется в исключительных случаях. Например, суицид у матери, потерявшей ребенка в автокатастрофе; суицид подростков «по типу подражания» в случае самоубийства их кумира и др.

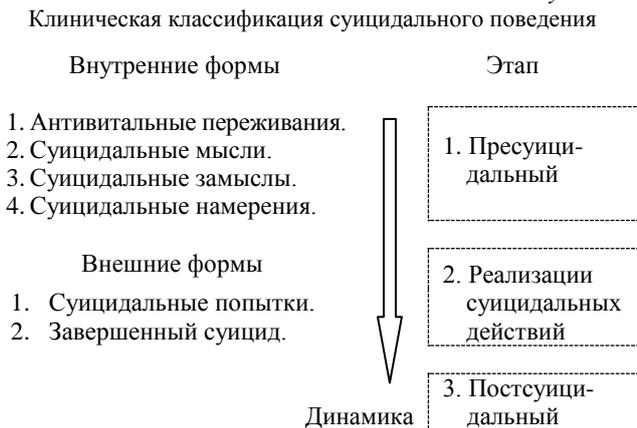
Важными условиями «стремительной» суицидальной динамики является присутствие исключительного по силе, внезапно возникшего психотравмирующего фактора, и индивидуальные преморбидные особенности личности, как правило, существующей в условиях ограниченной социальной (микросоциальной) поддержки.

2. Суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий.

В большинстве случаев развитие суицидального поведения занимает достаточно длительный период, измеряемый не одним месяцем, иногда годами. Знание этапов и особенностей развития суицидального поведения для клинициста дает возможность оценить не только степень суицидального риска, но и определить объем и характер психологической поддержки.

Уточненная нами классификация суицидального поведения отражает не только клинические формы, но и динамику процесса (рис. 1).

Рисунок 1



Иногда к внешним формам относят суицидальный шантаж, угрозы, высказывания. Но рассматривать эти проявления, как отдельную форму, считаем не вполне оправданным. Это лишь варианты предъявления суицидальности окружающим, которые определяются мотивами и целями суицидального поведения, обычно отражая личностные особенности индивида.

Традиционно в динамике суицидального поведения выделяют три основных этапа: пресуицидальный, реализации суицидальных действий и постсуицидальный. В задачи настоящей работы входит более полное клиническое описание пресуицидального периода, включающего так называемые «внутренние формы» суицидальной активности. Именно этот период характеризуется значительной внутренней борьбой, поиском смысла существования в сложившейся ситуации и др. Своевременная диагностика и квалифицированная помощь, оказанная в этот период, могут быть наиболее важными элементами профилактики самоубийства.

Антивитальные переживания представляют собой самый ранний этап суицидальной динамики. Они характеризуются постепенным усилением скрытых и малоосознаваемых авитальных тенденций, ослабляющих стремление поддерживать жизнь. Обычно формирование антивитальных переживаний начинается с *утраты желания жить*. В последующем появляются мотивы *желательности близкой смерти от естественных причин*. В этом случае человек чаще рассматривает смерть как возможный выход из сложившейся ситуации, но еще не задумывается о возможности добровольного ухода из жизни.

Клинически антивитальные переживания не выступают на первый план и, обычно, проявляются в виде высказываний: «устал так жить...», «если б кто знал, как мне надоело мучиться...», «порой хочется уснуть и не проснуться...» и др. Являясь, по сути, жалобами депрессивного характера, эти проявления редко привлекают вни-

мание врачей. Между тем, предъявление подобных жалоб является условием для обязательного более глубокого обследования больного по выявлению суицидальной настроенности. В данной ситуации необходим целенаправленный опрос. Лишь, ограничение только данным кругом жалоб и отсутствие идей добровольного ухода из жизни позволяет специалисту отнести имеющиеся нарушения к антивитальным переживаниям.

Кроме вербальных признаков антивитальная настроенность может проявляться и другими симптомами – нежелание сотрудничества с врачом, игнорирование и невыполнение рекомендаций по лечению и др. Важно отметить, что, несмотря на такой внешне негативный ответ, большинство пациентов нуждаются и ищут психологической поддержки. Имеющиеся сомнения и переживания в трудной жизненной ситуации требуют поиска решений. На этапе антивитальных переживаний суицидальный риск минимален, т.к. характеризуется высокой активностью психологических защит и значимостью факторов антисуицидального барьера.

Продолжение действия стрессовых факторов в определенный момент может привести человека к осознанию личного участия в своей судьбе – в данном случае возможности самостоятельного лишения себя жизни. С этого момента суицидальная динамика вступает в *этап суицидальных мыслей*.

Суицидальные мысли. Этот переход значительно повышает степень витальной угрозы. Поэтому для суицидальных мыслей характерно наличие более выраженной, чем для антивитальных переживаний, внутренней борьбы, между желанием совершить самоубийство и факторами антисуицидального барьера; борьбой «за» и «против». Человек обычно ищет ответы на психологически сложные вопросы: – приемлем ли суицид вообще, – является ли самоубийство выходом из сложившейся ситуации, решит ли оно имеющиеся проблемы? Так же продумываются вопросы возможных социальных последствий для себя и близких. Решаются субъективно значимые экзистенциальные и духовные вопросы и т.д. Рассмотрение конкретного способа, места и времени суицида, на данном этапе динамики суицидальной активности стоит на втором плане и не занимает в мыслях ведущего положения. Суицидальный риск в этот период минимален.

На данном этапе человек активно ищет психологической поддержки, обращается за помощью к врачу, близким, друзьям. Однако в разговоре речь о самоубийстве редко сразу выходит на первую линию обсуждения. Обычно встречаются два варианта. Чаще вначале предъявляются нейтральные, наводящие жалобы, и лишь, при

достаточном внимании и заинтересованности собеседника раскрываются значимые переживания, мысли о добровольном уходе. При втором варианте суицидальные идеи высказываются, как бы, между прочим, но с долей вероятности – «может быть, лучше застрелиться...», «наверно, всем будет легче, если я умру...».

Этап суицидальных мыслей наиболее важен для превенции самоубийства, т.к. человек еще не принял окончательного решения. Психотерапевтическая коррекция возможна, необходима, и, что особенно важно, эффективна. Однако, как показывают наши исследования, проведенные на самом различном контингенте, включающем психически, соматических, неврологических больных [4, 7, 10 и др.], в большинстве случаев помощь оказывает врач. Близкие, родственники и окружающие потенциального суицидента, обычно, не способны найти время и слов для столь сложного и важного разговора. Отсутствие помощи на этом этапе нередко завершается принятием решения о добровольном уходе из жизни. Человек переходит на следующий этап суицидальной динамики – суицидальных замыслов.

Суицидальные замыслы. На данном этапе продумываются вопросы реализации суицидальных действий: о способах и средствах самоубийства, месте и времени его совершения. Тем не менее, несмотря на то, что пик психологической борьбы пройден, совершение попытки суицида обычно не носит случайный / экстренный характер. Запуск программы возможен лишь при возникновении какого-либо внешнего признака, предложенного нами термином – «внешний ключ» [8]. «Внешний ключ» – это психологическое образование. При этом оно представляет собой какое-либо объективное событие, действие, которое индивид, выделил в индивидуальный, субъективно особо значимый фактор, актуализация которого может запустить программу реализации самоубийства. Примерами «внешнего ключа» могут являться: получение результата о ВИЧ-инфицировании; диагноз онкологического или другого тяжелого заболевания; «полный» отказ любимого человека от встреч; получение «достоверных» фактов об измене и др.

Структура вербальных проявлений в этот период чаще соответствуют схеме: «если – КЛЮЧ, то – РЕАЛИЗАЦИЯ». Например, «... если у меня подтвердится ВИЧ, то отравлюсь ...», «если узнаю, что жена изменяет, то ...» и др. Особенно наглядно эти психологические образования озвучиваются в виде угроз, в том числе при шантажных, рентных формах суицидального поведения.

Введение понятия «внешнего ключа» в теорию суицидального поведения, на наш взгляд, позволяет более четко охарактеризовать этап

суицидальных замыслов. Понять, что до момента срабатывания «внешнего ключа» суицидальные действия маловероятны. Поэтому при работе специалиста с этим контингентом обязательным условием суицидальной превенции является активное выявление данного индивидуального субъективно значимого психологического образования. Идентификация «внешнего ключа» требует рассмотрения его врачом как объекта (!) психотерапии.

Дальнейшее развитие суицидального поведения переводит человека на этап намерений.

Суицидальные намерения включают поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни и непосредственную подготовку к суицидальным действиям. Они более трудны в диагностике, так как присущие суицидальным мыслям сомнения, надежды и другие когнитивные компоненты, как правило, нашли свое решение, и уже не требуют внешнего воздействия (помощи). «Внешний ключ» сработал и запустил программу реализации. Нередко этих пациентов находят уже после совершения попытки суицида, а о присутствии суицидальных намерений говорят лишь при ретроспективной оценке случившегося. Тем не менее, практический опыт показывает, что в некоторых ситуациях суицидальные замыслы клинически узнаваемы. Примером могут быть накопленные пациентами медикаментов. В условиях стационара обычно для этих целей они просят у медсестер дополнительно лекарственные средства, ссылаясь на то, что таблетка непригодна («упала на пол», «вышла при рвоте» и др.). Поэтому среди мер повышения эффективности суицидальной превенции важна целенаправленная подготовка среднего и младшего медперсонала: обращение их внимания на запросы пациентов дополнительных лекарственных средств, а так же осмотр мест пребывания больных (особенно тумбочек, кроватей) и общение с соседями по палате (нередко, на накопление лекарств и суицидальные идеи указывают именно эти пациенты). Другими примерами могут быть случаи обнаружения колюще-режущих предметов, подготовленной петли-удавки и др. В случае выявления этих фактов средний и младший персонал должен поставить в известность лечащего / дежурного врача.

Выразительными клиническими примерами суицидальных намерений так же могут служить нередкие случаи «значительного» улучшения самочувствия больных. Так, пациент, пришедший на прием, благодарит врача за оказанную помощь и прощается. При этом внешне не проявляет каких-либо признаков имеющейся ранее, длительно сохранявшейся и трудно корректируемой депрессии и тревоги.

Факторы	Формы суицидального поведения				
	Антивитальные переживания	Суицидальные мысли	Суицидальные замыслы	Суицидальные намерения	Суицидальные попытки
Риск суицида	Минимальный. Суицид возможен в исключительных случаях	Повышен, но суицид маловероятен	Высокий, но суицид маловероятен до срабатывания «внешнего ключа»	Максимальный, идет подготовка к реализации	Реализация
Психологические защиты	Активны	Максимально активны (внутренняя борьба)	Избирательно активны, частично нарушены	Избирательно активны, частично нарушены	Мало активны, значительно нарушены
Доступность контакту	Максимально доступны	Максимально доступны	Доступны	Ограниченно доступны	Ограниченно доступны
Терапия	Возможна и эффективна	Возможна и эффективна	Возможна, но избирательно эффективна	Возможна, но ограничена	Возможна, но ограничена

На следующий день сообщается о совершенном им самоубийстве. Ретроспективная оценка ситуации врачебной комиссией позволит говорить о ларвированной, «смеющейся» депрессии. В данной ситуации внимание специалиста должно было бы привлечь эмоциональное состояние больного, факт «значительного» улучшения, возможно, какие-то вербальные проявления суицидальности.

Следующим этапом прогрессии суицидального поведения являются суицидальные действия: попытка и завершённое самоубийство.

В случае «неудавшейся» попытки наступает постсуицидальный период с целым комплексом психологических, психопатологических, медицинских и, нередко, социальных, последствий.

В заключение, предлагаем сводные данные, представленные в виде таблицы (табл. 1), отражающей суицидальный риск и эффективность мер по снижению суицидальной готовности.

Дадим краткую характеристику приведенных данных. При анализе таблицы можно отметить, что наименьший риск суицида на этапе антивитальных переживаний. В этот период достаточно активны психологические защиты, что не позволяет индивиду рассматривать суицид как средство выхода из сложившейся ситуации. Пациенты контакту доступны, а психотерапия возможна и эффективна. Вместе с тем, исключать суицид полностью нельзя, в случае возникновения сильного психотравмирующего фактора.

По мере развития суицидальной динамики риск суицида повышается, однако, он достаточно низкий на этапе суицидальных мыслей, а так же суицидальных замыслов, до срабатывания «внешнего ключа».

Следует так же отметить, что доступность контакту, хоть и снижется, но редко теряется полностью. Поэтому терапевтическое воздействие возможно даже в период совершения аутоагрес-

сивных действий. Понятно, что эффективность его будет во многом зависеть от опыта специалиста и психологического состояния суицидента.

В целом, предложенные в этой работе подходы к клинической классификации и оценке суицидальной динамики могут быть использованы, как в клинической практике при проведении превентивной и коррекционной работы, так и в теоретической суицидологии для разработки мер профилактики и организации системы превенции суицида [9].

#### Литература:

1. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Балыгин, М.М. Население России и ее регионов в 1998 г. / М.М. Балыгин, Б.П. Бруй // Мир медицины. – 1999. – № 5-6. – С. 39-45.
3. Вагин, Ю.Р. Развитие феноменологической суицидологии / Ю.Р. Вагин // Тюменский медицинский журнал. – 2003. – № 2. – С. 25-27.
4. Зотов, П.Б. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями / П.Б. Зотов, С.М. Уманский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – Том 35, № 1. – С. 99-101.
5. Зотов, П.Б. О создании в Тюменской области регионального суицидологического центра и системы суицидальной превенции / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 8-9.
6. Зотов, П.Б. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 8-9.
7. Зотов, П.Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом и алкоголь / П.Б. Зотов, С.М. Уманский, Н.И. Куценко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – №2. – С. 14-16.
8. Зотов, П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи) / П.Б. Зотов // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 2005. – 46 с.

9. Зотов, П.Б. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский, П.В. Кузнецов // Тюменский медицинский журнал. – 2011. - № 1. – С. 10-11.
10. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США / Л.А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97-105.
11. Статистические данные // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2009. – № 4. – С. 62.
12. Уманский, М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста / М.С. Уманский, П.Б. Зотов // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. - № 5. – С. 56-58.
13. Jianlin, J. Suicidal rates and mental health services in modern China / J. Jianlin // Crisis. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 118-121.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*П.Б. Зотов, С.М. Уманский*

Тюменская ГМА

Авторами предложена уточняющая клиническая классификация суицидального поведения. Особое внимание уделяется подробному клиническому описанию отдельных форм, представляющих последовательные этапы динамики суицидальной активности: антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы и намерения. Оценивается степень суицидального риска каждого этапа.

Обосновывается введение предложенного авторами понятия «внешний ключ» – психологического субъективно значимого образования, способного контролировать на этапе суицидальных замыслов, индукцию поведенческого компонента суицидальной активности и последующей реализации суицида.

По мнению авторов, предложенная клиническая классификация позволит диагностировать суицидальное поведение на более ранних этапах, что будет способствовать повышению эффективности системы суицидальной превенции.

#### CLINICAL FORMS AND DYNAMICS SUICIDAL BEHAVIOR

*P.B. Zotov, S.M. Umansky*

Tyumen State Medical Academy

The authors propose refining the clinical classification of suicidal behavior. Particular attention is paid to detailed clinical description of the individual forms, representing successive stages of the dynamics of suicidal activity: antivital feelings, suicidal thoughts, plans and intentions. Assessed the degree of suicide risk of each phase.

Justifies the introduction of the concept proposed by the authors of "foreign key" – psychological subjective importance of education, capable of controlling the stage of suicidal ideas, and induction of the behavioral component of suicidal activity and subsequent implementation of suicide. According to the authors, the proposed clinical classification of suicidal behavior enables to diagnose at earlier stages, which will enhance the effectiveness of suicide prevention.

## РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

*С.И. Ворошилин*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Расстройства влечений, проявляющиеся поведением, вредным для человека и окружающих, зависимое от непонятных внутренних побуждений, были известны в человеческом обществе с незапамятных времен. В примитивных обществах и в обществах, основу идеологии которых составляла религия, они рассматривались как проявление «греха», как результат воздействия темных, сверхъестественных сил, как влияние колдовства или иных магических воздействий, либо как вселение чужеродных духов, демонов и т.д. Поэтому значительное место в каждой религии в человеческом обществе уделялось «борьбе с грехом», а именно определению и осуждению греха, указанию, какие последствия и кары последуют за его совершением. Предлагались способы борьбы с ним и его преодоления. Подобные представления были в этих обществах основой правовых аспектов обозначенного поведения. На

основе вероучений вырабатывались методы борьбы с грехами, а также с теми, кто, несмотря на запреты, совершал грех. За греховное поведение, которое общество рассматривало в качестве преступного, нарушитель наказывался. При умеренном нарушении – общественным порицанием, церковными наказаниями, или штрафами, но могли быть и более суровые наказания, вплоть до смертной казни.

В настоящее время, в условиях постепенного ограничения и даже вытеснения религии (и национальных традиций) из числа ведущих регуляторов общественной жизни, неприемлемое для общества (в прошлом «греховное») поведение оценивается, прежде всего, как следствие сознательного отказа от выполнения требований общества, как антисоциальное. Возникновение его рассматривается, как следствие неправильного формирования личности, результат неправильно-

го воспитания или неблагоприятных влияний со стороны общества, т.е. как преступное или делинквентное поведение, требующее перевоспитания или наказания.

Современная психиатрия часть видов неправильного поведения человека рассматривает не как преступное, а как болезненное, обусловленное заболеванием или повреждением головного мозга. В рамках психиатрии сформировалось понятие о расстройствах, представляющих собой патологические влечения, т.е. болезненные состояния, лишаящие человека свободы выбора и вынужденной зависимости к совершению определенного поведения.

Наибольшие медицинские и социальные последствия имеют зависимости вследствие злоупотребления психически активными веществами (ПАВ) - раздел F1 классификации болезней МКБ-10 [10]. Кроме того, в МКБ-10 в разделе F6 (Расстройства личности в зрелом возрасте) выделено еще три группы проявлений зависимости: расстройства привычек и влечений (F63), расстройства половой идентификации (F64), сексуального предпочтения (F65) и ориентацией по полу (F66) [10].

Однако, в этой классификации не упомянуто значительное число патологических влечений, которые реально наблюдаются и часто имеют значительное распространение и приводят к серьезным неблагоприятным последствиям, таким как патологический шопинг, компьютерная зависимость, патологическое накопительство, влечение к неприятным в обществе модификациям тела (самоповреждениям), влечение к самоубийствам [1-3, 6].

Признание подобных видов поведения болезненными влияло на их правовую оценку обществом, а также на выбор методов воздействия на лиц с данным поведением. Уменьшалась тяжесть наказания, или наказания были постепенно совсем отменены. В конце же XX века, в связи с ростом либерализации и расширением движений за права человека, некоторые виды поведения, считавшегося в прошлом греховным и недопустимым, стали рассматриваться как приемлемые и даже относящиеся к числу защищаемых законом, что в части случаев входит в противоречие с интересами общества.

Самоубийство. Примером может служить изменение отношения к самоубийству в разных культурах, которое в разных странах и в разные эпохи было и остается различным. Чаще всего отношение к самоубийству было отрицательным. Положительное отношение наблюдалось в отдельных странах к отдельным категориям само-

убийств. Так, например, в Индии, одобрялось самоубийство жены после смерти ее мужа, а в Японии было обязательным самоубийство самурая после поражения в войне. В античном мире, в Греции и Риме отношение чаще было отрицательным.

Основные мировые религии, христианство, иудаизм и ислам, самоубийство рассматривают как недопустимое поведение, оценивая его, как величайший грех, убийство души. В связи с этим в европейских государствах, и в России до XX века, самоубийство расценивали как преступное поведение, за которое человек привлекался к уголовной ответственности. Первой от такого отношения отказалась республиканская Франция после Великой Французской революции 1789 году. В России самоубийство перестало быть уголовным преступлением лишь после 1917 года. Лишь Англия, вплоть до 1961 года, дольше других стран осуждала самоубийц на тюремное заключение.

Самоубийство и в настоящее время не признается допустимым христианской церковью. В России Русская Православная церковь не допускает отпевания тех, кто совершил самоубийство, хотя в настоящее время отпевание признается допустимым по отношению к тем, кто совершил его по причине психического заболевания, например, в состоянии депрессии, что должно быть подтверждено медицинской справкой из психиатрического учреждения. Следует отметить, что до настоящего времени в большинстве стран мира, в том числе в России, не признается законным право на эвтаназию для облегчения страданий умирающих больных.

По современным представлениям, большинство самоубийств совершается психически здоровыми людьми в рамках ситуационной реакции. Значительное число их совершается под влиянием психических расстройств, обусловленных, главным образом, депрессией. Наблюдаются также самоубийства вследствие влечения к самоубийству – суицидомании.

Можно ли считать, что человек имеет право на свободное распоряжение своей жизнью, и общество не должно вмешиваться в его свободный выбор? Во-первых, этот свободный выбор чаще всего ошибочен и обусловлен либо отсутствием необходимой информации, полного понимания ситуации человеком, или отсутствием у него в данный момент достаточного минимума внутренних сил для преодоления критической ситуации. Очевидно, этим обусловлена крайняя легкость совершения суицидальных попыток детьми, подростками и юношами. Нередко суициды

совершаются по образцу, подражанием опыту значимых личностей, в связи с чем, по странам прокатывалась волна суицидов, обусловленных, например, религиозными мотивами (массовые самоожжения русских старообрядцев в XVIII веке или иных сектантов в некоторых странах мира). Эпидемии самоубийств были в СССР после суицидов популярных личностей, например, поэтов В.В. Маяковского и С.А. Есенина.

Во-вторых, человек не вполне свободен в своем выборе при болезненных состояниях, например, при депрессиях, или при определенных общественных установках. Так, в XIX веке естественным было совершить самоубийство при невозможности выплаты карточного долга, угрозы потери чести и т.д., когда отказ от самоубийства мог привести к отторжению человека от его общественного круга, что ему могло казаться непереносимым. Успехи современной суицидологической помощи показывают, что несложная психотерапия, иногда лишь одного только предоставления человеку возможности откровенно высказаться оказывается достаточным для того, чтобы он отказался от своего намерения.

В то же время опыт прошлого показал, что репрессии, угроза уголовного наказания не способно предотвратить самоубийства, хотя, вероятно, репрессии вели к некоторому снижению числа самоубийств. Также недостаточно эффективно воздействие религии, хотя эпидемиологические исследования показывают, что в католических странах суицидов меньше, чем в протестантских, православных странах и атеистических социалистических странах. Наибольшее значение в настоящее время на динамику самоубийств играет социальная устойчивость. Смена социального строя в России после 1991 года в совокупности с массовой безработицей и сменой социальных ориентиров привели к значительному росту самоубийств, который полностью не восстановился до прежнего (периода СССР) уровня.

Влечение к неприкатым в обществе изменения (модификация) собственного тела. Право на собственное тело.

Влечение к изменению (модификации) собственного тела, точнее, влечение к неприкату в обществе изменению тела, включая оперативное вмешательство, привлекло к себе внимание в последнее десятилетие XX века, когда они приобрели значительное распространение в молодежной культуре и все чаще выходили за пределы от принятого в обществе.

Их проявления крайне разнообразны, от изменения прически и татуировки, до таких ради-

кальных проявлений такого влечения, как проведение добровольной ампутации пальцев рук или ног, а в отдельных случаях ампутации части руки или ноги. Для обозначения влечения к осуществлению операции ампутации конечности был предложен предложен Джоном Мани термин апотемнофилия [13]. Тогда же Р. Бруно предложил для таких лиц наименование ваннаби (wannabees), выделив еще два расстройства с близкими к названному анмалией влечений: девоти (devotee) – лица, испытывающие влечение (в части случаев сексуальное, но не всегда) к ампутантам, и претендеры (pretenders) – лица, имитирующие наличие у них ампутации (иногда публично), от чего они получают удовольствие. Претендеры ограничиваются тем, что они имитируют, что у них отсутствует конечность [13]. Например, женщина ходит на публике на костылях, подвязав согнутую в колене ногу под юбкой, испытывая при этом удовлетворение. Иногда два или все три феномена наблюдаются у одного лица.

В 2002 году Smith and Furth предложили для влечения к ампутациям термин Amputee Identity Disorder (AID), который в дальнейшем был вытеснен более широким термином Body Integrity Identity Disorder (BIID), который буквально не переводится на русский язык и который целесообразно переводить, как влечение к изменению тела [13]. При этом предлагается рассматривать данное влечение, как более широкое влечение к модификации, изменению собственного тела, а стремление к ампутации рассматривается как аналогичное стремлению к модификации половых признаков, которое испытывают лица с транссексуализмом, стремящиеся к изменению своего пола на противоположный. Предлагался также термин Body Dysmorphic Disorder (BDD). В настоящее время эти расстройства не включены в Международную классификацию болезней МКБ-10, но практически они используются в клинической практике.

При таком подходе различают следующие варианты модификации тела [2]:

1) изменение прически от немного отличающейся до неприемлемого для большинства населения данной культуры (обритая наголо голова у женщин или прическа прическу типа «ирокез» у мужчин);

2) татуировка, от единичных татуировок на скрытых обычно под одеждой участках тела до покрытия татуировками всей поверхности тела, включая лицо;

3) пирсинг – закрепление на коже, ушах, в носу, на языке, на половых органах различных украшений в виде колец, бусинок, иголок, болтов;

4) шрамирование – нанесение на кожу повреждений, оставляющие рубцы и шрамы с помощью надрезов, химических или термических ожогов;

5) подвешивание своего тела на крючках;

6) продольное разрезание кончика языка, практикующееся у обоих полов, чаще у мужчин, таким образом, что раздвоенный язык при движении напоминает язык змеи;

7) ампутации пальцев рук и ног, от одной фаланги на одном пальце до удаления по нескольку фаланг на нескольких пальцах, или полное удаление одного, нескольких или всех пальцев на стопе, реже на кисти;

8) ампутации ступни или кисти или более высокие ампутации руки или ноги, на уровне голени, предплечья, бедра. Такие операции осуществляют или в странах третьего мира, или зависимые сами повреждали себе конечность (например, бензопилой) так, чтобы ее нельзя было не ампутировать. Однако, в нескольких случаях ампутации конечностей для ваннаби были проведены по рекомендации психотерапевтов, с целью освобождения их от мучительного для них навязчивого желания удалить конечность.

9) добровольные оскотления и кастрации у мужчин, мотивированные не религиозными соображениями, как у членов секты скопцов или иных подобных, а внутренней потребностью изменить себя, удалить «чуждые» для них органы, получения эстетического удовольствия.

На многочисленных сайтах в Интернете, посвященных модификациям тела, обращается внимание на то, что подобные модификации встречались неоднократно в различных культурах в прошлом и в настоящем. Из числа калечащих операций в настоящее время наиболее массово сохранился обряд обрезания у мальчиков – у мусульман и иудеев. Женское обрезание в виде удаления кожных складок вокруг клитора распространено почти во всех арабских странах, в северной и восточной Африке. В Мали, Судане, Сомали, части Эфиопии и Северной Нигерии распространена еще более травмирующая форма женского обрезания – инфибуляция, при которой удаляются клитор, малые половые губы, а большие половые губы сшиваются вместе, чтобы закрыть уретру и вагинальный проход. В Австралии у аборигенов встречается операция «подрезания» фаллоса, при которой распарывается нижняя стенка уретры по всей длине мужского полового члена таким образом, что после операции член становится не трубкой, а желобом, что, как полагают этнографы, символизирует «объединение мужского и женского оплодотворяю-

щих начал». На некоторых островах Океании (на Таити, Малекула) у мужчин вместо обрезания практикуется «надрезание», при котором крайняя плоть не отрезается, а надрезается. Все перечисленные варианты модификации входят в состав обряда инициации.

Почти все упомянутые выше добровольные повреждения тела наблюдались в различное время в различных культурах, и попали в европейские культуры путем прямого заимствования. Ампутации пальцев иногда входили в состав обрядов инициации, а также в обычаи японской мафии (или в порядке наказания, или в знак доказательства верности). Ампутации отдельных фаланг пальцев в знак выражения траура по умершему, практикуются во многих первобытных культурах, в частности у бушменов, на Новой Гвинее и острове Тонга. У манданов в Северной Америки практикуется ампутация мизинца в рамках обряда инициации жертвоприношения. Такие модификации тела именуются «этническими бодимодификациями».

В современных условиях модификации имеют для осуществляющих их в большей степени эстетическое значение, как средство самовыражения и отчасти знак принадлежности к определенной субкультуре, в основном – молодежной. У некоторых лиц стремление к модификации приобретает черты патологического влечения.

В настоящее время численно возрастает еще одно проявление соматических модификаций – проведению косметических операций из соображений эстетики. Число пластических операций неуклонно растет во всем мире. Так, в США в 2000 году самыми популярными пластическими операциями были липосакция, удаление избыточного жира, затем подтяжка век, блефаропластика, делающая лицо моложе. На третьем и четвертом месте были увеличение груди и хирургическая подтяжка лица. Растет число и более сложных и травмирующих операций, такие как исправление формы носа, ног, увеличение роста тела. Нередко после первой операции пациенты повторно обращаются к косметологам с заявками на новые операции, модифицирующие тело, что указывает на формирование у них зависимости.

В связи с увеличением публикаций на эту тему, все чаще ставится вопрос о праве человека самому распоряжаться своим телом. В максимальной степени требование считать вопрос о полной свободе распоряжения своим телом был поставлен идеологами так называемой «морфологической свободы», которую было предложено рассматривать, как одну из основополагающих свобод человека. Под «морфологической свобо-

дой» понимается «право человека сохранять неизменным либо изменять собственное тело так, как он считает нужным. Его желание может быть выражено как в виде обращения за медицинской услугой, так и в виде отказа от таковой». Термин впервые был предложен философом Максом Мором [15], который определил морфологическую свободу как «возможность изменять свое тело по собственному желанию посредством таких технологий как хирургия, генная инженерия, нанотехнология и загрузка сознания». Позже, в 2001 году Андрию Сандбергом термин был определен как «расширение права человека на собственное тело, не только на владение им, но и на его изменение по собственному желанию» [12,17]. Эти идеи были провозглашены Сандбергом и его единомышленниками в манифесте «Mutation manifesto», опубликованном на сайте Сандберга [16]. Политика морфологической свободы подразумевает толерантное отношение к самому широкому разнообразию морфологий тела и образов жизни.

Сторонники права на «морфологическую свободу» рассматривают свое движение как часть «трансгуманистического» движения. Трансгуманизм (transhumanism) представляет собой современное материалистическое философское движение, в основе которого лежит предположение, что человек не является последним звеном эволюции, а значит, может совершенствоваться до бесконечности (совершенства) [18].

Сандберг в своей работе, как показано на рис. 1, следующим образом обосновал право на морфологическую свободу, как вытекающую из основных прав человека (права на счастье и права на жизнь, права на свободу, на собственность и на тело).

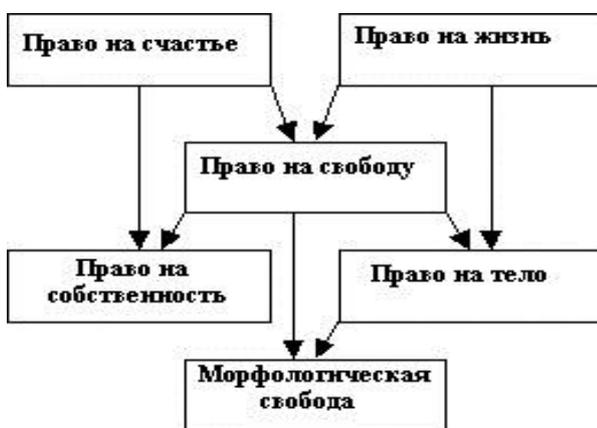


Рис. 1. Связь между «морфологической свободой» и другими основополагающими правами человека (Sandberg A.).

С одной стороны, лица, желающие осуществлять добровольно операции модификации тела, включая ампутации конечностей, настаивают на своем праве распоряжаться своим телом, в ситуации, когда они испытывают неудовлетворенность им и ожидая выраженного наслаждения после осуществления поставленной цели по изменению тела. В то же время в случае проведения желаемой им ампутации человек становится в той или иной степени инвалидом и не может выполнять какие-то виды деятельности, нуждается в медицинской и социальной помощи, становится зависимым от окружающих. Исследования показывают, что люди, перенесшие ампутацию, имеют меньшую продолжительность жизни. В большинстве случаев они испытывают фантомные ощущения или боли, которые иногда устраняются лишь дополнительной реампутацией, т.е. дальнейшим укорочением культы. Кроме того, на часть окружающих сам вид человека с ампутацией производит негативное впечатление. Даже описано такое расстройство как «ампутофобия» – навязчивый страх при виде ампутированного. Тем самым личное желание перенести калечащую операцию на своем теле может иметь нежелательные для общества и для ближайшего окружения его последствия, особенно для семьи. При совершении такой операции в молодом возрасте может возникнуть препятствие к образованию семьи. И, наконец, успешный случай добровольной модификации тела ведет к подражанию и появлению новых подобных случаев и формированию моды на определенную модификацию тела, в том числе на ампутацию. С позиции основных мировых религий такое самоповреждение является нарушением заповеди «не убий» и представляет собой тяжелый грех.

В то же время, как отмечалось, в ряде случаев ампутации конечностей, проведенные по рекомендации психотерапевтов, дали субъективное психологическое облегчение пациентам, подобно тому, как такое облегчение испытывают транссексуалы, настаивающие на смене пола. Встречаются утверждения, что не все лица, перенесшие добровольные ампутации, испытывают счастье от этого. Многие после этого сталкиваются с трудностями в быту, фантомными болями. Но встречаются и утверждения о полной удовлетворенности таких ампутантов. Несомненно, распространение информации о модификациях тела, наличие посвященных им сайтов в Интернете способствует распространению экстремальных вариантов этого феномена.

Представляется, что все случаи, где стремление к модификации тела существенно выходит за

пределы принятого в обществе (ампутации, раздвоение языка, чрезмерные пирсинг и татуировки), должны рассматриваться как психическое и поведенческое расстройство и желательно стремиться к коррекции неправильного влечения медицинскими и психологическими методами. Модификации, которые обществом оказались принятыми (серьги в ушах, единичные татуировки), очевидно, будут существовать до их замены другими предпочтениями.

Но практически возможность использовать право на неограниченное распоряжение своим телом наталкивается на серьезные проблемы.

Отмечалось, в ряде случаев ампутации конечностей, проведенные по рекомендации психотерапевтов, дали субъективное психологическое облегчение пациентам, подобно тому, как такое облегчение испытывают транссексуалы, настаивающие на смене пола. Не все лица, перенесшие добровольные ампутации, испытывают счастье от этого. Многие после этого сталкиваются с трудностями в быту, фантомными болями. Но встречаются и утверждения о полной удовлетворенности таких ампутантов. Несомненно, распространение информации о модификациях тела, наличие посвященных им сайтов в Интернете способствует распространению экстремальных вариантов этого феномена.

Молодежная революция 1960-х как фактор распространения аддикций в обществе.

Распространение в мире многих антисоциальных аддикций в обществе во второй половине XX века, точнее с 1960-х гг., было связано с новыми социальными процессами, которые развивались в обществе того времени. Этому способствовали все большее снижение роли традиционной культуры и религии во всех странах, сдерживавших аддикции, и влияние коммерческой масс-культуры, часто на них опиравшиеся. Ослаблению борьбы с необычными влечениями способствовало распространение идей и практики либеральной демократии, повсеместно ограничивавших репрессивные меры воздействия, признававших допустимыми многие виды поведения, ранее неприемлемые в обществе. Глобализация, расширение международных контактов способствовали росту распространения наркотиков, эротической продукции, оборудования игорных заведений и т.д. [5, 14].

В послевоенные годы во всем мире возросло воздействие на население телевидения, которое во все большей степени стало демонстрировать криминальное, девиантное и аддиктивное поведение, что было коммерчески выгодно, так как

притягивало большее число зрителей. С 1990-х гг. еще большую роль в этом отношении стало играть развитие сети Интернет, обеспечившей беспрецедентное распространение информации о поведенческих отклонениях и практически создавших несколько новых аддикций, включая и саму компьютерную зависимость. Интернет обеспечил доставку в любой дом зрителям любого пола и возраста и порнографическую продукцию, и информацию о неизвестных видах сексуальных перверзий, и информацию о неизвестных наркотиках, и возможность участия в азартных играх, не выходя из дома, и информацию о ранее неведомых формах аддикций, как например, влечение к необщепринятым модификациям тела.

В 1960-е годы во многих странах западной Европы и США произошли массовые молодежные выступления, получившие название «молодежной революции», одним из проявлений которых были возникновение ряда движений молодежной «контркультуры», таких как движения «битников», «хиппи», «панков» и др. Выделяют ряд причин этой «революции».

Прежде всего, имел место обычный конфликт «отцов и детей», но осложненный тем, что в 1960-е годы входило поколение «детей» из послевоенного поколения, которое было более многочисленным, чем поколение «отцов». Их было больше, потому что это было поколение «бэби-бумеров», т.е. детей «бэби-бума», периода роста рождаемости в послевоенные годы в связи с ростом благосостояния в этих странах. Это было поколение молодых людей, выросших в условиях более высокого комфорта и беззаботности, т.к. возросло материальное благосостояние их родителей. На их возросшие потребности откликнулся развлекательный бизнес, что привело к росту числа молодежных клубов, дансингов, молодежных журналов, к усилению роли «молодежной моды» [14]. Увеличилось число студентов в университетах, в том числе из числа выходцев из низших слоев общества.

В то же время бурный рост промышленности в развитых странах привел к переселению в города массы сельских жителей, притоку эмигрантов, скученности населения, безработицы и экстремистских настроений у неудачников. В это же время происходило крушение колониальных режимов в странах Азии и Африки. В США в эти годы на фоне войны во Вьетнаме, возникли массовые движения протеста против войны, а одновременно выступления в защиту гражданских прав негров, вызванных сохранением в США расовой дискриминации. В 18 городах страны дело доходило до уличных боев. Кумирами и

духовными отцами экстремальной молодежи стали такие радикальные мыслители и политики как Сартр, Маркс, Троцкий, Альтюссер, Ленин, Камю, Фромм, Мао Цзэдун, Бакунин, Фидель Кастро и Чи Гевара [14].

Но эти молодежные движения не были хаотичными, не связанными между собой. За ними стояла сформировавшаяся в послевоенные годы молодежная контркультура. Контркультура – это субкультура, являющаяся вызовом господствующей культуре, когда та начинает все меньше соответствовать потребностям нового времени. Молодежные движения 1960-х продемонстрировали последовательную форму контркультуры, в которой на место культа денег и материального благополучия пришел культ простоты [14]. Место буржуазного конформизма («будь как все») заняло стремление быть непохожим на других, жить, не оглядываясь на окружающих. Стали популярно обращение к восточным религиям, бродяжничество. В моду вошла шокирующая западный истеблишмент одежда: рабочие джинсы, иногда демонстративно рваные, шокирующие мини-юбки, повседневное ношение девушками брюк, длинные волосы у мужчин и распущенные волосы у женщин, музыка, резавшая слух старшему поколению. Трезвости как норме жизни противопоставлялось употребление наркотиков. Важным элементом этой контркультуры стала «сексуальная революция», проявлявшаяся ломкой вековых табу в сексуальных отношениях (допущение поцелуев на улице, секса вне брака, признание гомосексуализма, садо-мазохизма и пр.).

Своего пика молодежная революция достигла в 1968 году, когда массовые молодежные, студенческие выступления распространились на 64 странах мира. Наибольшее внимание привлекли молодежные выступления во Франции в мае 1968 года. После завершения в 1962 году войны за независимость *Алжира* во Францию переселилось более 1 миллиона беженцев – французов и арабов, спасавшихся от погромов и резни алжирцев, что создало в стране напряженную социальную ситуацию. В Париже в мае 1968 года студенческие выступления, начавшиеся с демонстраций солидарности с Вьетнамом, переросли в национальную забастовку и сооружение баррикад. Лозунги демонстрантов носили незрелый анархистский характер, типа: «Капитализм – дерьмо!», «Капитализм нельзя лечить – его нужно уничтожить!», «Запрещается запрещать!», «Всё – и немедленно!», «Нет экзаменам!», «Вы устарели, профессора!», «Забудь всё, чему тебя учили – начни мечтать!», «Всё хорошо: дважды два уже не четыре!», «Университеты – студентам,

заводы – рабочим, радио – журналистам, власть – всем!» [14].

На формировании молодежной и студенческой контркультуры, большое влияние оказал профессор Калифорнийского университета - социолог Герберт Маркузе, идейный вождь движения «Новые левые». Из его идей молодые бунтари взяли экстремистские лозунги, такие, как «все, существующее в современном обществе, ложно; все это нужно разрушить». В 1960-70 годы значительной популярностью среди левой интеллигенции на Западе пользовался маоизм, который пропагандировал насилие, опору на политически незрелые слои молодёжи и деклассированные элементы и для «организации» революций, делал ставку на самоорганизованные группы революционной молодежи, на партизанскую войну и на «культурную революцию» против «новой буржуазии». В 1968 году среди лозунгов студенческой бунтующей молодежи был популярен лозунг: «Мао – Маркс – Маркузе!».

Сама «революция» 1968 года во Франции была спланирована и выполнена ситуационистскими коллективами, входившими в «Интернационал ситуационистов» – влиятельную революционную организацию тех лет. Ситуационизм – направление в западном марксизме, отпочковавшееся в 1957 от маоизма. В 1966 году студенты-ситуационисты осуществили захват Страсбургского университета, положив начало студенческим бунтам в Европе. Основной тезис политики ситуационистов – отсутствие различий между рыночной системой западного общества и государственно-капиталистической системой социалистических стран. Ситуационисты разработали стратегию и тактику революции, включавшими анонимность, отказ от интеллектуальной собственности, от любой идеологии, разрушение общественных отношений, создание революционной ситуации [14].

Но помимо политических молодежных выступлений в это время возникло множество различных проявлений молодежной контркультуры, которые выражали просто протест против старших (всех, кто старше 35 лет), против родителей и учителей. Перечисленные выше молодежные движения в ослабленной форме проникали также в СССР и страны народной демократии, но здесь они были вызовом официальной советской культуре и демонстрацией почитания зарубежной моды и стиля жизни [5].

Рядом авторов высказывается альтернативная «конспирологическая» версия генеза молодежной революции, высказанная американским публицистом, бывшим сотрудником британской

спецслужбы МИ-5 и американской АНБ Джоном Колеманом, который в своей книге «Комитет 300 [4] «Тайны мирового правительства» утверждал, что молодежная революция была устроена с целью направить молодежное движение с опасного антивоенного и антикапиталистического социалистического направления в сторону бессмысленного анархического бунта с поисками развлечений и удовлетворения низменных инстинктов. К числу организаций участников этой акции он относил Римский клуб, Тавистокский институт человеческих отношений (Великобритания), династию Ротшильдов и ряд других влиятельных международных структур.

Религиозный подход к пониманию природы аддикций и путей преодоления их.

В обществах с традиционной культурой зафиксированы правила сексуальной жизни, употребления алкогольных, наркотических или иных веществ, влияющих на психику и т.д. Правила поведения определялись обычаями, преданиями, культом. Так как размеры племен таких обществ были невелики, а аборигены были постоянно заняты изнурительной борьбой за существование – охотой, войной, выживанием, время досуга для развлечений было ограничено – люди с зависимостью были немногочисленны. За нарушение принятых правил поведения они наказывались, изгонялись. С появлением государств основным регулятором поведения людей стала религия. Но санкции против нарушителей осуществляло государство.

Христианство относило состояния зависимости к «грехам». В греческом языке, первоначальном языке христианства, грех определялся словом амартема, амартия (αμαρτία, αμαρτία), означающим «промах, погрешность, провинность». В русском языке слово «грех» соответствовало понятию «ошибка» («погрешность», «огрех»). Средством преодоления греха является покаяние – метанойя (μετάνοια), «перемена ума», «перемена мыслей», заключающееся в признании греха и намерении в дальнейшем не грешить. В сочинении Иоанна Лествичника «Лествица» («лестница»), выделяется 30 ступеней добродетели, которые нужно преодолеть на пути совершенствования. Борьба с пороками здесь осуществляется на ступенях 8-17 («кротость и безгневие», «удаление памятозлобия», «несквернословие», «молчание», «правдивость», «отсутствие уныния и лености», «борьба с чревоугодием», «целомудрие», «борьба со сребролюбием», нестяжание»), хотя лишь на 26 ступени достигается «низложение страстей и укрепление добродетелей» [8]. Полная победа над грехами требует практики

аскезы и ухода от мира, что осуществимо только в монастыре.

Христианские учения обычно негативно относились к сексу. Церковь одобряла лишь сексуальность в браке, нужную для продолжения рода, но осуждала все другие формы секса. В списке «грехов против самого» себя указываются следующие: «игра в азартные игры»; «чревоугодие – объедение», «пьянство»; «принятие блудных помыслов», «услаждение и медление в нечистых помыслах»; «осквернение во сне, сопряженное с мечтаниями, блуд (секс вне брака); «рукоблудие»; прелюбодеяние (измена при браке)»; «допущение вольностей до венца и извращения в супружеской жизни»; «скотоложество».

В то же время отношение христианства к употреблению алкоголя было противоречиво. Осуждения его употребления как такового нет, но злоупотребление им осуждалось. Табак и наркотики появились позднее, вследствие чего в исходном учении они не упоминаются.

Иудаизм определяет грех словом «хэт», означающим «непреднамеренный грех», «промах» или «авера», т.е. «переход за грань дозволенного». Под грехом понимается нарушение или неисполнение заповеди. В Талмуде различается 613 грехов, в том числе три разновидности грехов: «извращение (Закона)», «преступление» его и «прегрешение» [9]. Несоблюдение любой заповеди должно быть искуплено исповедью и раскаянием.

Иудаизм проповедует умеренность в употреблении алкогольных напитков, полное воздержание от них во время постов и определенных дней недели и осуждает пьянство. Иудаизм осуждает нарушение супружеской верности, осуждает добравную половую жизнь, кровосмешение, скотоложество и педофилию. Мужские гомосексуальные отношения иудаизм рассматривает как греховные, противоестественные, требующих телесных наказаний или смертной казни [9].

В исламе грех рассматривается, как слабость человека, его неспособность к выдержке перед искушением шайтана (Иблиса, дьявола), а также как действие (или бездействие), противоречащее законам Аллаха, заветам Пророка [11].

«Грехом рук» является игра в азартные игры. В исламе разрешены лишь игры, где элемент шанса отсутствует, в которых участники игры не могут делать ставок. Ислам учит, что «согрешившему» человеку нужно немедленно покаяться во всех грехах, для покаяния необходимы следующие обязательства: сожалеть о том, что совершил, прекратить грешить, иметь намерение никогда больше не совершать грех. Покаяние должно быть моментальное [17].

Неприемлемость права на неограниченную свободу аддикций в обществе.

Таким образом, можно говорить о существовании трех моделей понимания аддикций и отношения к ним: традиционно-религиозной, государственно-регулирующей и либерально-демократической.

Религиозная модель рассматривает зависимости как нарушение свободной воли человека вследствие влияния темных сил, как грех, как нарушение заповедей, что ведет к непоправимым последствиям, как для земной жизни человека, для окружающих его, так и для его души. Человек обязан бороться с этими влечениями, обращаясь за помощью к Богу, иным добрым силам, подавляя эти греховные влечения, для своего спасения. Наблюдения показывают, что среди верующих, среди представителей традиционных культур число подверженных порокам меньше, хотя в настоящее время эти институты играют все меньшую роль, и все большее число представителей традиционных обществ подвергаются вредным влияниям массовой культуры западной культуры и всем ее порокам.

Государственная модель рассматривает аддикции как вредное для государства и общества поведение, часто ведущее к совершению преступления, разрушению семьи, нарушению порядка, которое должно или ограничиваться до пределов, когда оно незаметно, или подавляться репрессивными средствами, как преступное, или подвергаться лечению как болезненное.

Наиболее негативно влияет на распространение аддикций либерально-демократическая модель. В западных странах все большее место занимает точка зрения, рассматривающая аддикции, как личное дело человека, который вправе сам выбирать то, что ему доставляет удовольствие, практически не учитывая интересов других. Наибольшую свободу получило допущение сексуальных отклонений, включая гомосексуализм, садо-мазохизм, пиктофилию, извращенные способы секса, и практически почти все виды расстройств сексуальных предпочтений, кроме педофилии, некрофилии, зоофилии и асасинофилии. Целые философские направления и общественные движения сформировались в целях защиты права на прием наркотиков (психоделическое движение) или на право неограниченной модификации тела (морфологическая свобода, трансгуманизм).

Сторонники либерально-демократического подхода к аддикциям считают, что человек, у которого имеет место выраженное влечение к определенному поведению, которое общество

считает неприемлемым, имеет право на его реализацию, поскольку это дает ему облегчение. Он может употреблять любые вещества в тех количествах, от которых он получает облегчение, он имеет право на удовлетворение любого вида сексуального удовлетворения, которое доставляет ему удовольствие и т.д.

Однако в обществе с незапамятных времен установились ограничения на все виды аддиктивного поведения, которые имеют негативные последствия, как для самих аддиктов, так и для окружающих его людей, членов семьи, и для общества в целом. Наиболее очевидны такие последствия для злоупотребления алкоголем, наркотиками и табаком. Они менее очевидны для азартных игр, шопинга, модификаций тела, сексуального поведения, где сложнее провести границу между допустимыми и болезненными уровнями этих влечений.

Вопрос о признании аддиктивного поведения, причиняющего вред обществу и индивидууму необходимо рассматривать с позиций того, что приносит больший вред – признание права аддикта ущемляет общество или непризнание его права ущемляет аддикта.

Обычно общество вполне справедливо решало этот вопрос. Употребление алкоголя, наркотиков, табака и других психоактивных веществ (ПАВ) не ограничивалось до того уровня злоупотребления, когда негативные последствия превышали удовольствие и иные позитивные следствия его употребления. Сходная ситуация возможно складывается и в наши дни, когда «мало образованные» мусульмане (и отчасти «мало образованные» католики из «отсталых» стран Южной Америки), соблюдающие сексуальную мораль и не ограничивающие деторождение, все больше теснят в собственных странах образованное белое население (в том числе и в Российской Федерации).

Распространение аддикций, вызванное их принятием и легализацией, разрушает культуру и институты общества, приводя тем или иным способом к его крушению, заменяя разложившуюся элиту новой элитой, свободной от пороков предыдущего общества.

Каково должно быть отношение ко всем аддикциям? Оно должно быть таким же, каким оно установилось еще в традиционных обществах, в обществах, опирающихся на религиозную мораль или на научно обоснованную мораль. Патологические влечения должны признаваться «грехом», недопустимым явлением психики, требующим осознания недопустимости и преодоления, с опорой на возможную помощь врачей, психологов,

учителей, медицинских, общественных и религиозных организаций. Для отказывающихся от борьбы с влечениями этим угрожающим благополучию общества и пропагандирующих распространение греха необходимо применение санкций со стороны общества и государства, пропорционально степени от причиненного влечениями вреда.

Права сексуальных и иных аномальных меньшинств не могут быть отнесены к числу неотъемлемых прав человека. Все поведенческие аномалии должны рассматриваться как болезненные, и существование их в обществе может быть допущено лишь в скрытой форме. Необходимы поиски новых средств медицинской компенсации этих аномалий.

Выводы:

1. Помимо целесообразного сознательно управляемого поведения, человек часто оказывается в зависимости от совершения определенных поведенческих актов, имеющих вредное для него и для общества последствия. Такими являются суицидальные действия, влечения к необщепринятым в обществе модификациям тела, а также действия, которые совершаются под влиянием непреодолимых аномалий влечения, таких как нарушения пищевого влечения (включая влечение к алкоголю и наркотикам, и другим ПАВ), аномалии сексуального поведения, и другие.

2. Общество всегда (начиная с первобытного строя) боролось с такими формами нежелательного поведения, используя средства индивидуального, семейного, воспитательного, общественного воздействия, через институты религии и государства, часто не отличая такое поведение от сознательного делинквентного и преступного поведения, вследствие чего за такое поведение назначалось наказание, вплоть до смертной казни.

3. Начиная с XIX века, сформировалось понимание, что часть форм такого поведения представляют собой психические и поведенческие расстройства, болезненные состояния, обусловленные нарушением влечений, которые требуют для лиц, им подверженным не наказания, а лечения.

4. Во второй половине XX века в обществах западных демократических стран появилось множество групп лиц, развернувших борьбу за включение права на удовлетворение многих патологических влечений в число неотъемлемых прав человека и наказание тех, кто их права ущемляет от имени государства и общества.

5. Однако тезис борцов за права меньшинств, утверждающих, что любой «свободный

человек» имеет право на удовлетворение любой своей потребности, не может быть принят, поскольку в большинстве своем патологии влечений, которые имеются у этих лиц, приносят ущерб обществу, семьям, здоровью самих этих лиц. Кроме того они обнаруживают эффект заразительности, вовлекая в ненормальное поведение дополнительные контингенты населения, порождая развитие эпидемий патологии влечений.

6. Поэтому права любых аномальных меньшинств не могут быть отнесены к числу неотъемлемых прав человека. Все поведенческие аномалии должны рассматриваться как болезненные, и существование их в обществе может быть допущено лишь в скрытой форме. Необходимы поиски средств медицинского устранения этих аномалий на основе дальнейших их исследований [1-3, 6, 10].

Литература:

1. Ворошилин, С.И. Психогенетический и этологический подходы к классификации нехимических (поведенческих) зависимостей / С.И. Ворошилин // Психологические проблемы развития и существования человека в современном мире. Сб. научн. тр. УрГПУ. Вып. 2. – Екатеринбург, 2009. – С. 59-76.
2. Ворошилин С.И. Проблемы нехимических (поведенческих) зависимостей / С.И. Ворошилин // Акт. пробл. возрастной наркологии: материалы Региональной научно-практической конференции (Челябинск, 19-20 ноября, 2009 г.). – Челябинск: Изд-во АТОКСО, 2009. – С. 27-29.
3. Егоров, А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – М.: Речь. 2007. – 190 с.
4. Колеман, Дж. Комитет 300. Тайны мирового правительства / Дж. Колеман. – М.: Витязь, 2010. – 320 с.
5. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8-15.
6. Кукк, В.В. Энциклопедия зависимостей / В.В. Кукк. web: <http://www.DrKukk.com>
7. Левикова, С.И. Молодежная субкультура / С.И. Левикова. Издательство: ФАИР-ПРЕСС, 2004. – 608 с
8. Преподобный Иоанн, игумен Синайской горы Лествица М.: Изд. Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2006. – 448 с.
9. Рав Адин Штейнзальц Введение в Талмуд. Серия: Еврейские источники и комментарии. – М.: Издательство: Курчатковский Институт. – 384 с.
10. Чуркин, А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. М.: Триада-Х. – 1999. 232 с
11. Шомали, М.А. Ислам. Основы вероучения, религиозная практика и мораль / М.А. Шомали /. Серия: Знакомство с Исламом. М.: Издательство: Исток, 2008. – 80.
12. Anders Main Page. <http://www.nada.kth.se/~asa/>
13. Berger, B.D. Nonpsychotic, nonparaphilic self-amputation and the internet / B.D. Berger, J.A.

- Lehrmann, G. Larson, L. Alverno // *Comprehensive Psychiatry*. – 2005. – № 46. – P, 380–383.
14. Doggett, P. *There's a Riot Going on: Revolutionaries, Rock Stars, and the Rise and Fall of 60s Counter-culture* / P. Doggett // Edinburgh: Canongate Books Ltd, 2008. – 608 p.
15. More, M. *Technological Self-Transformation: Expanding Personal Extropy* / M. More // *Extropy*. – 1993. – Vol. 4, № 2).
16. Mutation manifesto.  
<http://www.crossroads.wild.net.au/mutate.htm>
17. Sandberg, A. (2001). "Morphological Freedom -- Why We not just Want it, but Need
18. Transhumanist Resources. Anders Trahshuman page.  
<http://www.aleph.se>

## РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

*С.И. Ворошилин*

Уральская ГМА, г. Екатеринбург

Расстройства влечений часто определяют такое поведение человека, которое рассматривается обществом как неприемлемое: влечения к самоубийству, к чрезмерным модификациям тела, к наркотикам, сексуальные парафилии. Обсуждается сосуществование трех несовместимых ва-

риантов отношения к таким аномалиям поведения: (1) осуждение как преступного или аморального с позиций религии или традиционной бытовой культуры населения, (2) признание их болезненными, требующими преодоления или лечения, (3) признание права на такое поведение с позиций «прав человека». Обосновывается точка зрения, что отношение к расстройствам поведения должно учитывать то, в какой степени они ущемляют права других лиц.

## ATTRACTION DISORDER AND HUMAN RIGHTS

*S.I. Voroshilin*

Frustration drives often determine a person's behavior, regarded by society as unacceptable behavior: inclination to suicide, excessive body modification, drug addictions, sexual paraphilias. There is the coexistence of three incompatible options in society related to this behavioral anomalies: (1) condemnation its as criminal or amoral from the standpoint of religion or traditional consumer culture of the population, (2) recognition this behavior as the disorders of adult personality and behavior among the mental and behavioral disorders (ICD-10), which must be overcome or treated, (3) recognition of the right to such behavior in terms of "human rights". Point of view, it is proved that the ratio of behavioral disorder should take into account the extent to which the disorder drives infringe on the rights of others.

## КРИЗИС САМОСОЗНАНИЯ КАК ПРИЧИНА ВЫСОКОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА

*Н.Б. Семенова*

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

Проблема самоубийств является социально значимой для многих стран мира. Для России эта проблема является чрезвычайно актуальной, т.к. уровень суицидов в нашей стране превышает среднемировой показатель более чем в два раза. Особенно неблагоприятная ситуация с самоубийствами отмечается в северных регионах страны, где проживают коренные народы. Так, в Республике Саха (Якутия) показатель самоубийств составляет 48,3 случая на 100000 населения, причем, в арктических районах, где в основном проживает коренное население Севера, он достигает 150-180 на 100 тысяч человек [2]. Среди подростков показатель самоубийств составляет 36-38 случаев в год [1].

Однако, как показывает мировая практика, проблема самоубийств среди аборигенов является типичной для целого ряда высокоиндустриальных стран, с высоким уровнем экономики и хорошо развитой системой здравоохранения. В этом плане для нас особый интерес представляет

такая страна, как Соединенные Штаты Америки, где в северных штатах страны, в частности в штате Аляска, проживают коренные этносы, бывшие переселенцы из Сибири. Северные сибирские племена прошли Берингов пролив около 10-16 тысяч лет назад, эскимосы заселили арктическое побережье, алеуты заселили Алеутский архипелаг. В настоящее время численность коренного населения Аляски составляет около 88 тыс. и представлена эскимосами (инуитами), алеутами и другими «северными индейцами» (атапаски, хайда, тлинкиты, симшиане).

При том, что Соединенные Штаты Америки относятся к странам со средним уровнем самоубийств, и уровень суицидов здесь не превышает 11 на 100000 населения, данный показатель имеет более высокие значения среди коренного населения Америки, или «северных индейцев». Приведенные в литературе результаты популяционных исследований суицидов в штате Аляска показывают, что уровень самоубийств среди ко-

ренного населения составляет 35,1 на 100000, что в 1,7 раза выше показателя суицидов среди всего населения штата и в 3,3 раза выше среднего показателя в США [9]. Результаты других исследований дают нам более печальные цифры. Так, при анализе самоубийств в штате Аляска с 2003 по 2006 гг. было выявлено, что за 36 месяцев совершено 426 самоубийств. Среди коренного населения показатель суицидов был в три раза выше, чем среди пришлого: 106,5 случаев, или 121 на 100000 населения [7].

В качестве причин такого высокого уровня суицидов рассматриваются чрезмерное употребление алкоголя [4], многообразие политических и социальных проблем – бедность, отсутствие работы, низкий уровень образования [6], последствия аккультуризационного стресса и социокультурные изменения традиционного жизненного уклада [11], притеснение коренного населения [11], низкие показатели психического здоровья и ограничения в получении медицинской помощи [3], высокая распространенность расстройств депрессивного спектра [12], высокий уровень физического и сексуального насилия [13], чувство одиночества и разобщенности [16].

В настоящее время в США разработан и внедрен целый ряд мероприятий и государственных программ по профилактике суицидального и деструктивного поведения среди коренного населения северных штатов.

В частности, разработана государственная программа по проведению санитарно - просветительской работы с молодежью о негативном влиянии алкоголя и наркомании. Проводятся программы по ограничению потребления алкоголя среди коренного населения, особенно в возрасте до 50 лет [14]. Применяется подход, «основанный на сообществе», включающий мероприятия, направленные на укрепление родовых и племенных связей, привлечение старейшин для работы с молодежью, возрождение национальных традиций, духовности и культуры [15]. С целью раннего выявления психических отклонений предлагается регулярное проведение скрининга расстройств депрессивного спектра среди сельского населения [12].

Однако ученые считают, что профилактические мероприятия будут более эффективными, если будут основаны на научных доказательствах [5]. При том, что имеются значительные региональные и этнические различия в состоянии психического здоровья, до сих пор до конца не изучены особенности этих различий и последствия влияния социокультурных изменений на психические процессы коренных народов [11].

Целью настоящего исследования явилось изучение самосознания у коренных народов Севера, проживающих на территории Республики Саха (Якутия) (РС (Я), в современных социально-экономических условиях. Исследование проведено в рамках Постановления Правительства РС (Я) от 24 декабря 2009 года № 583 «Об утверждении Межведомственного плана профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних на 2010-2012 годы «Я выбираю жизнь».

Материал и методы.

Обследованы дети и семьи коренного населения (якуты и эвены), проживающие в районах крайнего Севера (поселки Депутатский, Казачье, Усть-Куйга, Усть-Янск, Сайылык). В контрольную группу вошли дети и семьи пришлого населения, проживающие в тех же поселках. Всего обследовано 1027 детей и 266 семей.

Самосознание молодежи изучалось с использованием метода свободного выбора самоидентификаций – тест М. Куна и Т. Макпартленда «Кто я?» (Twenty statements self attitude Test – Kuhn M., McPortland T., 1954). Обработка данных осуществлялась методом контент-анализа. Сначала ответы анализировались с временной позиции: «Я-реальное» (или характеристики образа «Я» в настоящем) и «Я-перспективное» (или представление о себе в будущем). Затем была дана характеристика «Я-концепции»: полученные ответы, представленные в позиции «Я-реальное», были отнесены к социально-ролевым или личностным категориям.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window Version VI. Статистический анализ количественных признаков проводился с подсчетом среднего арифметического значения (М) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Сравнение двух несвязанных групп по количественному признаку проводилось с использованием непараметрического метода U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение.

Республика Саха (Якутия) – самый крупный регион Российской Федерации. Численность коренных и малочисленных народностей Севера (саха, эвенов, эвенков, чукчей, юкагиров, долган) здесь составляет около 465 тысяч человек. К числу древних тунгусско-язычных охотников и оленеводов принадлежат тунгусы (эвенки), заселявшие территорию Якутии с середины I тысячелетия н.э., и юкагиры (огулы). Наименее малочисленные и самые древние обитатели Северо-Востока Сибири – чукчи, их предки сформировались как этнос на рубеже IV-III тыс. до н. э. Са-

мые многочисленные представители северных народов Якутии – саха, потомки древнейших тюркоязычных племен Центральной Азии или Южной Сибири, переселившиеся в Прибайкалье и Забайкалье. Там они вошли в контакты с другими древнетюркскими и тунгусо-маньчжурскими племенами и составили основу курыканского этнического единства. В X-XI вв. курыкане заселили Ленский край и вытеснили тунгусов и юкагиров к западу и востоку от Лены, а также в ее низовья. Часть тунгусских племен расселилась в бассейне рек Колымы и Индигирки, где они смешались с юкагирами и коряками, вследствие чего образовался новый народ – эвены. Долганы, как самостоятельный этнос, сформировались сравнительно недавно, в XVII–XIX вв., на основе смешения разных этнических групп – эвенков (тунгусов), якутов, тюрков, энцев и русских.

Расселение северных народов на территории РС (Я) происходило в разные исторические сроки и в разных географических полосах обширного региона. Это обусловило их различия в области традиционного национального промысла, а также культурно-бытовые и семейно-родовые особенности. Традиционным занятием эвенков были охота, рыболовство и оленеводство, что определяло их полукочевой и кочевой образ жизни. Основным занятием юкагиров были охота на северных оленей и лосей, озерное и речное рыболовство, подсобным занятием было собирательство ягод, дикого лука, кедровых орехов и грибов. Основной промысел чукчей был представлен оленеводством и охотой на морских животных, рыболовство и собирательство носили вспомогательный характер. Традиционным занятием якутов – коневодство и разведение крупного рогатого скота, охота на крупного зверя и пушной промысел, рыболовство и собирательство. Долганы вели кочевой образ жизни в полосе лесотундры и традиционно занимались оленеводством и охотой, в отдельных районах – рыболовством.

При том, что северные этносы имеют разные культурально-бытовые и семейно-родовые традиции, их объединяет общая географическая судьба: все они являются мигрантами, переселенцами, вынужденными много веков назад адаптироваться к новому для них ландшафту. Приспособление к ландшафту у них происходило чрезвычайно медленно, и занимало столетия, однако они успешно освоили все секреты выживания в суровых климатических условиях. В процессе взаимодействия с природой у коренных народов Севера вырабатывалось особое мировоззрение, в основе которого лежала гармония с

окружающим миром, бережное и доверительное отношение к нему. Отсюда и традиционные верования коренных северных народностей – вера в духов, шаманство, промысловые и родовые культы – которые, несмотря на христианизацию, до сих пор играют важную роль в их жизни. Выживание в сложных природно-климатических условиях определяло и самосознание северных народностей, в основе которого лежит чувство коллективизма и взаимозависимости, сплоченность и единство, взаимовыручка и поддержка, высокая степень толерантности и уважительное отношение к другим народам.

Присоединение Якутии к Российскому государству состоялось в XVII веке. Это послужило толчком для появления земледелия, пушного промысла, развития товарно-денежных отношений и имело историческое значение в судьбах северных народов. Дальнейшее политическое и экономическое реформирование в Якутии привело к углублению процессов межэтнических взаимодействий, развитию народного образования, просвещения, здравоохранения и строительства. Негативные последствия ассимиляционного процесса заключались в насильственном переселении коренных жителей Севера в поселки, что приводило к отрыву от традиционного образа жизни, который на протяжении веков складывался их предками.

За время присоединения Якутии к России коренные народности Севера прошли сложный исторический путь социального и духовного развития, что не могло не повлиять на смену мировоззрения и ценностного самосознания современного поколения РС. Следствием ассимиляции западного образа жизни в сознание коренного населения является переориентация на западную систему жизненных ценностей, стремление к высоким достижениям, получение высшего образования, престижной профессии. Так, при анализе самоотчетов старшеклассников получены следующие высказывания: «я-будущий экономист», «хочу быть бизнес-леди», «хочу стать журналистом», «хочу стать программистом», «менеджером», «хочу владеть английским языком» и т.д.

При анализе самосознания молодежи с временной позиции (соотношение «Я-реальное» и «Я-идеальное») выявлено, что коренные старшеклассники актуализируют свое будущее в 2,3 раза чаще, чем пришлые (62,3% и 26,8% соответственно,  $p < 0,001$ ), а описание своего настоящего встречается реже, чем у пришлой молодежи ( $M=18,0$ ,  $ДИ=15,0-20,0$  и  $M=20,0$ ,  $ДИ=19,0-20,0$ , соответственно,  $p < 0,001$ ). Коренные старшеклассники высказываются о своих ближайших и от-

даленных планах, о будущей профессии, мечтают о лучшей жизни, о независимости и самостоятельности: «хочу стать знаменитым», «хочу быть миллионером», «хочу стать богатым», «хочу счастливо жить», «мечтаю путешествовать по всему свету», «хочу учиться в Санкт-Петербурге», «буду добиваться своей цели», «мечтаю стать певицей», «в будущем стану депутатом Российской Федерации или главой Усть-Янского района», «многого добьюсь» и т.д.

В то же время, планы о создании семьи в будущем звучат редко. Всего 9 коренных выпускника (7,4%) высказались о своих планах создать семью: «я – будущий отец и муж», «хочу в будущем быть хорошей матерью», «не хочу стать плохим отцом и неверным мужем», «хочу выйти замуж за хорошего человека», «хочу в будущем хорошую семью». Еще одна девушка высказалась о том, что она «против замужества».

При анализе «Я-концепции» были рассмотрены основные смысловые единицы, традиционно принятые в психологии: «Я - социальное» (или социальная идентичность) и «Я - индивидуальное». Социально-ролевая идентичность представлена с одинаковой частотой как у коренной, так и у пришедшей молодежи (у коренной молодежи  $M=1,7$ ,  $ДИ=1,4-1,9$ ; у пришедшей  $M=1,9$ ,  $ДИ=1,3-2,6$ ,  $p>0,05$ ). При этом чаще всего звучит учебная идентичность, т.е. идентификация себя с ролью учащегося, школьника, выпускника, будущего студента. Такие высказывания присутствуют у 73,8% коренных старшеклассников и у 58,5% пришедших старшеклассников ( $p>0,05$ ).

Высказывания о своей национальной принадлежности встречается в самоотчетах выпускников крайне редко: всего у 4,1% коренных выпускника и у 7,3% пришедших старшеклассника ( $p>0,05$ ). Также довольно редко у коренной молодежи звучит семейная, или родовая идентичность. Всего 8,2% коренных старшеклассника и 24,4% пришедших выпускника высказались о своей родовой принадлежности: «я сын своей матери», «я брат своей сестры», «я младшая в своей семье» и т.д. В настоящее время у многих коренных старшеклассников отмечается желание уехать из родного дома, оторваться от своих корней. Подтверждением этому служат следующие высказывания: «хочу уехать в город», «не хочу жить в Якутии», «хочу поехать в Японию», «хочу уехать в г. Париж», «хочу уехать в Барселону», «люблю Японию», «люблю Францию» и т.д.

Все вышеописанные характеристики отражают лишь внешние проявления социальной стороны жизни. Что же касается внутреннего мира коренных народов, его глубинных сторон

психики, то он свидетельствует о непосредственном восприятии окружающей действительности и непосредственности эмоциональных проявлений. Подтверждением этого служат следующие высказывания: «хочу коробку шоколада», «хочу большой мамин торт», «обожаю плюшевые игрушки», «люблю несквик», «люблю вкусно поесть», «люблю смотреть фильмы», «ездить на охоту», «рыбалку», «стрелять из ружья», «хочу утром выспаться», «люблю спать», «люблю гулять» и т.д. Такие высказывания среди коренных старшеклассников встречаются в 4 раза чаще, чем среди пришедших ( $M=0,8$ ,  $ДИ=0,6-1,0$  и  $M=0,2$ ,  $ДИ=0,02-0,4$  соответственно,  $p=0,001$ ).

Другой глубинной характеристикой самосознания коренной молодежи является выраженная аффилиативная потребность, т.е. потребность в любви и доброжелательных отношениях между близкими людьми. Тема любви в высказываниях старшеклассников звучит довольно часто: «люблю маму», «люблю папу», «хочу, чтобы все любили меня», «скучаю по родным и друзьям», «не для себя живу, я живу ради родных», «очень люблю родных, хочу, чтобы были всегда со мной», «люблю всех, кто меня любит» и т.д.

Система отношений играет ведущую роль в мировосприятии коренной молодежи. В самоотчетах выпускников общеобразовательных школ потребность в любви и уважительном отношении звучит значительно чаще, чем потребность в достижениях или материальном достатке. В своих высказываниях старшеклассники озвучивают собственную морально-нравственную позицию, уважительное отношение к старшим, осуждают безнравственность и грубость, ложь и предательство: «ценю своих родителей», «уважаю и почитаю старших», «буду помогать бабушке», «уважаю своих учителей», «уважаю одноклассников», «ценю в людях честность, справедливость и доброту», «не люблю, когда про меня говорят что-то плохое», «не люблю предательство, вранье», «ненавижу, когда моих друзей обижают», «не люблю, когда со мной грубо разговаривают», «не люблю, когда мною командуют» и т.д. Частота таких высказываний в самоотчетах коренных старшеклассников встречается значительно чаще, чем у пришедших ( $M=2,6$ ,  $ДИ=2,2-3,0$  и  $M=1,4$ ,  $ДИ=0,9-2,0$  соответственно,  $p=0,005$ ).

Таким образом, не смотря на внешне изменившиеся условия жизни и переориентацию на западную систему ценностей, восприятие окружающей действительности у коренных народов Севера до сих пор характеризуется непосредственностью, наивностью и доверчивостью. Если рассматривать формирование самосознания се-

верных народов в культурно-историческом аспекте, с учетом проживания в суровых климатических условиях, где северный ландшафт диктует условия выживания и продолжения рода, становится ясным и непосредственное восприятие мира коренными народами Севера, и обожествление природы, и необходимое чувство коллективизма. Все это на протяжении тысячелетий формировало осознание соподчиненного положения человека в мире, понимание того, что «мир управляет людьми».

Кризис самосознания коренных этносов заключается в социальных требованиях, предъявляемых к коренным народам Севера, которые не соответствуют их внутреннему миру и глубинному пониманию окружающей действительности. Это касается, в частности, системы отношений между людьми. Ценность человеческих отношений для коренных этносов до сих пор остается чрезвычайно важной. Непосредственное отношение к миру, выработанное в течение многих веков, основанное на любви и уважении, порождает у них подобные встречные ожидания. Однако в современном цивилизованном мире кроме любви и поддержки присутствуют также и другая система отношений, основанная на конкуренции и рационализме, расчетливости и социальном неравенстве.

Помимо изменившейся системы отношений, современный цивилизованный мир предъявляет высокие требования и к внутренним качествам человека, требует от него большей независимости и уверенности, более активной позиции, в соответствии с которой человек должен управлять миром. Это противоречит восприятию окружающего мира коренными народами, которое предполагает соподчиненное положение человека в мире. В стрессовых ситуациях у них обостряется глубинное восприятие окружающей действительности, создающее впечатление, что «весь мир против».

Перечисленные особенности восприятия и самосознания являются причиной высокой социальной уязвимости северных этносов в условиях изменившихся социально-экономических отношений. Иными словами, традиционный склад характера еще существует, но прежние личностные черты не соответствуют новым условиям. Поскольку всемирный цивилизационный процесс уже глубоко затронул северные регионы нашей страны, то в настоящее время необходимо рассматривать возможности более успешной адаптации коренных народов к современным условиям проживания. В данном вопросе чрезвычайно важным является процесс воспитания, задачей

которого является подготовка подрастающего поколения к выполнению той роли, которую ему предстоит играть в обществе. Воспитание должно формировать характер таким образом, чтобы он приближался к социальным требованиям современного общества, чтобы его собственные стремления совпадали с требованиями его новой социальной роли. Определенную функцию может выполнять психологическая служба общеобразовательных школ, используя в своей работе различные виды групповых тренингов, направленных на повышение личной и социальной ответственности, принятие решений, формирование собственных внутренних ресурсов, повышение стрессоустойчивости. Данный вид работы следует начинать уже с подросткового возраста, т.е. с возраста 11-12 лет, когда у подростков формируется представление о себе, как о личности.

Поэтому в настоящее время чрезвычайно актуальным является разработка государственной программы по профилактике суицидального поведения среди коренных народов Севера, которая бы включала направления по формированию стрессоустойчивости у молодежи, создание техник и методик групповой психолого-педагогической работы с подростками и подготовку квалифицированных специалистов в области охраны психического здоровья.

#### Литература:

1. Мартынова, Т.Ф. Анализ факторов, способствующих формированию суицидального поведения у подростков / Т.Ф. Мартынова, Л.Е. Павлова // Психология и современное российское образование: IV всероссийский съезд психологов образования России. – Москва, 2008. – С.481-482.
2. Мартынова, Т.Ф. О профилактике суицидального поведения учащихся образовательных учреждений / Т.Ф. Мартынова // Социально - психологические аспекты здоровья подростков и молодежи Республики Саха (Якутия): состояние и перспективы. – Якутск, 2009. – С. 86-90.
3. Aboriginal health / H.L. MacMillan, A.B. MacMillan, D.R. Offord, J.L. Dingle // CMAJ. – 1996. – Vol. 155, № 11. – P. 1569-1578.
4. Alcohol and suicide among racial/ethnic populations – 17 states, 2005-2006 / Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2009. – Vol. 58, № 23. – P. 637-641.
5. Berger, L.R. Injuries and injury prevention among indigenous children and young people / L.R. Berger, L.J. Wallace, N.M. Bill // Pediatr. Clin. North. Am. – 2009. – Vol. 56, № 6. – P. 1519-1537.
6. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990-2001 / L. Wexler, R. Hill, E. Bertone-Johnson, A. Fenaughty // Suicide Life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38, № 3. – P. 311-320.
7. Epidemiological and follow-back study of suicides in Alaska / R. Perkins, T.L. Sanddal, M. Howell, et al. //

- Int. J. Circumpolar Health. – 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 212-223.
8. Gary, F.A. Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: a call for help / F.A. Gary, M. Baker, D.M. Grandbois // Online J. Issues Nurs. – 2005. – Vol. 28, №2. – P. 6.
  9. Hill, R. An analysis of hospital visits during the 12 months preceding suicide death in Northern Alaska / R. Hill, R. Perkins, L. Wexler // Alaska Med. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 16-21.
  10. Kettl, P. Alaska native suicide: lessons for elder suicide / P. Kettl // Int. Psychogeriatr. – 1998. – Vol. 10, № 2. – P. 205-211.
  11. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review / V. Lehti, S. Niemelä, C. Hoven, et al. // Soc. Sci. Med. – 2009. – Vol. 69, № 8. – P. 1194-1203.
  12. Niven, J.A. Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for Use in Alaska's village clinics // J.A. Niven // Am. Indian. Alsk. Native Ment. Health Res. – 2007. – Vol.14, № 2. – P. 16-28.
  13. Segal, B. Responding to victimized Alaska Native women in treatment for substance use / B. Segal // Subst. Use Misuse. – 2001. – Vol. 36, № 6-7. – P. 845-865.
  14. Tobacco, alcohol, and other drug use among high school students in Bureau of Indian Affairs-funded schools – United States, 2001 / Centers for Disease Control and Prevention Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2003. – Vol. 52, № 44. – P. 1070-1072.
  15. Wexler, L. Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention / L.M. Wexler // Soc. Sci. Med. – 2006. – Vol. 63, № 11. – P. 2938-2948.
  16. Wexler, L. Youth and adult community member beliefs about Inupiat youth suicide and its prevention // L. Wexler, B. Goodwin // Int. J. Circumpolar Health. – 2006. – Vol. 65, № 5. – P. 448-458.

---

КРИЗИС САМОСОЗНАНИЯ КАК ПРИЧИНА  
ВЫСОКОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ КОРЕННОГО  
НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА

*Н.Б. Семенова*

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,  
г. Красноярск

В статье представлен анализ особенностей самосознания коренных народов Севера в современных социально-

экономических условиях. Ведущей потребностью коренных этносов является выраженная аффилиативная потребность, чувство коллективизма и соподчиненное положение личности в окружающем мире. Показано несоответствие современных социальных требований внутреннему миру коренных народов, что обуславливает их высокую социальную уязвимость. Для более успешной адаптации коренных этносов к современным социально-экономическим условиям необходимо разработать комплекс психолого-педагогических мероприятий по формированию характера подрастающего поколения с целью приближения его к социальным требованиям современного общества. Поэтому в настоящее время чрезвычайно актуальным является разработка государственной программы, включающей направления по повышению стрессоустойчивости у коренной молодежи, создание техник и методик групповой психолого-педагогической работы с подростками по повышению личной и социальной ответственности, формированию собственных внутренних ресурсов, а также подготовка квалифицированных специалистов в области охраны психического здоровья.

CRISIS OF SELF-ACTUALIZATION AS A REASON  
OF HIGH SUICIDALITY IN THE NATIVES  
OF THE NORTH

*N.B. Semjonova*

State Medical Research Institute for Northern Problems  
(Russian Academy of Medical Sciences,  
Siberian Division)

The article represents the analysis of self-actualization peculiarities in native peoples of the North under modern social economic conditions. The leading needs in native ethnos are: expressed need for affiliation; community spirit; subdominant position of a personality in the environment. It was shown that modern social requirements do not match inner world of native people, which leads to their high social sensitivity. It is vitally important to work out the complex of psychological pedagogical measures in order to make the adaptation of native ethnos to modern social economic conditions more successful. The other goals are to form character in growing generation, to bring it closer to social requirements of modern society. On that reason particularly actual is working out the state program, including such directions as stress-resistance in the native youngsters, creation of technique and methods for group psychological pedagogical classes for juveniles aimed at the increase of personal and private responsibility, formation of own inner resources, teaching qualified specialists in the sphere of psychic health protection.

---

Вторая научно-практическая конференция с международным участием

**«Суицидальное поведение: современный взгляд»**

**21 октября 2011 г., г. Тюмень**

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2011 г., высланные на e-mail оргкомитета: sibir@sibtel.ru

## ПОВТОРНЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ИХ ИЗУЧЕНИЮ

А.П. Гелда, С.А. Игумнов

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

\*Исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор № Г09Р-011 от 15 апреля 2009 г.)

Аутоагрессивное поведение – действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, включающие варианты суицидального аутоагрессивного поведения (осознанного действия, направленного на добровольное лишение себя жизни) и несуйцидального (неосознанные или осознанные действия, целью которых не является добровольное лишение себя жизни) [14]. Но следует учитывать, что несмертельные формы саморазрушительной активности при рецидивировании являются высоко рискованными в контексте потенциально возможного фатального исхода вследствие недоучета реальных обстоятельств [6, 10] и по своей сути фактически эквивалентны суицидальному поведению.

Аутоагрессивное поведение в связи с неуклонным ростом его удельного веса в структуре причин смерти и инвалидности является одной из основных проблем общественного здравоохранения в развитых странах мира, в том числе в Беларуси [2-3, 11, 12, 37, 56, 81-83]. Самоубийство в большинстве стран мира входит в первую десятку ведущих причин смерти и является ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности среди лиц мужского пола [20, 22]. Ежегодно в результате самоубийств в мире погибает более 800 тысяч человек [74]. По подсчетам экспертов ВОЗ, за последние 45 лет XX столетия средний мировой показатель уровня самоубийств возрос на 60%. Учитывая современные тенденции роста количества самоубийств и нефатальных покушений на собственную жизнь, прогностические модели на 2020 г. указывают на абсолютное число в 1,53 миллиона случаев самоубийств (1 самоубийство каждые 20 секунд) и в 10-20 раз превышающих их количество число случаев суицидальных попыток (1 попытка каждые 1-2 секунды) [22, 81]. Причем мировые экономические потери вследствие лечения и госпитализации после попыток самоубийства и вследствие потери дохода на протяжении жизни по причине инвалидности в результате попытки самоубийства и преждевременной смерти от самоубийства возрастут от

1,8% глобального бремени болезней в 1998 г. до 2,4% к 2020 г. [21]. Эти данные отражают масштаб проблемы аутоагрессивного поведения и ее социально-экономическую значимость для общества. [4].

Таким образом, предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий является центральной стратегией в политике психического здоровья во многих странах мира, включая и Беларусь [13, 26, 49, 73, 76, 78, 83].

В настоящее время серьезной проблемой являются повторные (рецидивирующие) аутоагрессивные действия, характеризующиеся достаточно высоким показателем распространенности в структуре аутоагрессивного поведения [79]. Исследования по проблеме повторных аутоагрессивных действий проводились на разных популяциях контингентов суицидентов и нередко являлись промежуточным результатом при изучении других поставленных исследовательских задач, что, соответственно, и определяет разрозненность статистического материала касательно показателей встречаемости повторных аутоагрессивных действий. Так, D. Shaffer с соавт. (1988) указывают на повторность суицидальных аутоагрессивных действий у 20% мужчин и 30% женщин, а N. Kreitman с соавт. (1977) повторные случаи умышленного причинения себе вреда в течение последующего года после предыдущего аутоагрессивного акта отмечали у 15-25% суицидентов. Среди ранее госпитализировавшихся по поводу аутоагрессивных действий рецидивы аутоагрессии в течение года фиксировались у 15-23% пациентов [71, 79]. Отягощенный повторными аутоагрессивными действиями суицидологический анамнез имели 28,1% суицидентов в исследовании S.J. Gibb и соавт., (2005), около 30% в исследовании J. Naukka с соавт. (2004) и 42,2% в исследовании A. Mechri с соавт. (2005). Согласно материалам исследования, проведенного в семи европейских центрах, количество повторных умышленных аутоагрессивных действий составляло от 38% до 66% [18]. В систематическом обзоре D. Owens с соавт. (2002) подсчитали, что в течение 1 года 16% суицидентов повторили суицидальную попытку.

Крайне высокой вероятностью повторения аутоагрессивных действий оценивается в популяции лиц молодого возраста, в особенности среди лиц детского и подросткового возраста. По данным некоторых авторов [28, 34, 45], половина суицидентов детского и подросткового возраста совершали повторный суицид. Согласно данным других исследователей [27], повторяющее суицидальное поведение характерно для каждого третьего случая (около 30%) в выборке суицидентов до 20 лет.

То есть с учетом данных различных авторов относительный риск совершения повторных суицидальных аутоагрессивных действий с временным интервалом до 3 лет в странах Запада составляет от 20% до 60% [15], причем риск рецидива аутоагрессии наиболее высокий в первые 6 месяцев после совершения аутоагрессивных действий, в особенности в ближайшие недели [40].

Повторение индивидуумом аутоагрессивных действий свидетельствует о хронификации суицидальных паттернов реагирования, что является весьма опасным в контексте совершения завершенного суицидального акта [39, 71]. По данным одних авторов, около 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирает в течение года при последующей попытке [41], других – 1-2% [47, 59], третьих – 3,2% [30], а в течение 5-10 лет заканчивают жизнь самоубийством от 3% до 5% [38, 39, 43]. Среди лиц, ранее совершавших самоповреждающие действия, риск самоубийства минимум в 10-12 раз выше, чем в общей популяции населения [30, 54], а для лиц с «суицидальной карьерой» (хроническим рецидивированием аутоагрессии) – в 20-30 раз [40], причем для них же значительно выше вероятность умереть от других (естественных и неестественных) причин [58, 65, 75]. Для психотических форм аутоагрессивного поведения риск смерти от самоубийств при хроническом рецидивировании аутоагрессии, в частности, при хронических расстройствах настроения и при расстройствах шизофренического спектра, на 53-59% выше, чем для пациентов с теми же психическими расстройствами при неотягощенном аутоагрессией анамнезе [17, 19]. Для непсихотических форм аутоагрессии такие расчеты фактически не проводились [72]. В то же время следует отметить, что хотя наличие в прошлом попытки самоповреждения повышает риск самоубийства, большинство из тех, кто его совершает, ранее не проявляли аутоагрессивных действий [68].

Природа аутоагрессивного поведения – полифакторная, и в силу этого нет единой теоретической модели механизмов его формирования и

развития, что обуславливает применять разноплановые и разносторонние методологические подходы к изучению проблемных тематик в суицидологии, включая изучение феномена повторяющегося аутоагрессивного поведения [10].

Акт аутоагрессивного действия у индивидуума представляет собой сложный комплекс взаимодействия в переживаемой кризисной (конфликтной) ситуации и ее личностной переработки многочисленных «базовых» (социальных, демографических, психологических, семейных, биологических и иных) и «триггерных» (пусковых) факторов [1, 6, 16, 69-70].

Факторы риска совершения аутоагрессивных действий достаточно подробно изучены. Среди них выделяют predisposиционные факторы (гендерно-возрастные, образовательного ценза, семейного, общественно-профессионального, социально-бытового и материального положения, индивидуально-психологические, асоциально-поведенческие, суицидально-биографические и др.), позиционные («проигрышные») позиции личности в ситуации конфликта по формальным признакам соответствующие смысловым типам аутоагрессивного поведения – протеста, призыву, избегания, самонаказания и отказу) и статусные (факторы текущего состояния) [6, 7]. Predisposиционные факторы детерминируют специфичный для конкретного индивидуума механизм дезадаптивного реагирования в конфликтной ситуации, позиционные определяют субъективную переработку такой ситуации и ее значимость для него с последующим выбором иррационального поведенческого действия, а статусные характеризуют уровень готовности к аутоагрессии и вероятность ее реализации. Интеграция этих факторов формирует механизм и особенности аутоагрессивного поведения. Переживаемый индивидуумом психологический кризис, в том числе по причине страдания душевным расстройством или тяжелым соматическим заболеванием (физическим уродством), конфликтная ситуация выступают в качестве триггерного фона. Вся сложность такого интегративно составляющего взаимодействия механизма формирования аутоагрессивного поведения, включая дифференциально-диагностическое описание оценок факториального риска и групп населения избыточного риска к аутоагрессии, описана в многочисленных литературных источниках [3, 6, 9, 29, 78, 79 и др.]. В то же время следует отметить, что среди конкретных событий и обстоятельств, коррелирующих с высоким риском аутоагрессивного поведения, ведущее место занимают различные психологические и социальные проблемы: психосоциальные

стрессы, в том числе межличностные конфликты с вне семейным социумом [53], семейная дезинтеграция (внутрисемейные межличностные конфликты, распад семьи и неполная семья) [36, 51, 61, 63, 66] и характер семейного воспитания ребенка [31, 35], определенный социальный статус (безработица, социальная неустроенность, низкий материальный уровень, одиночество) [24, 42, 44, 57, 60, 67, 84] и низкий образовательный уровень [3, 50, 59], расстройства личности [3, 25], зависимость от алкоголя (наркотиков) [5, 52] и, в особенности, страдание хронической депрессией и шизофренией [17, 19, 42].

По мнению ряда исследователей, изученные факторы риска относятся к фенологическим переменным характеристикам (биологическим, социальным, психологическим, клиническим и пр.) первичных аутоагрессивных действий или к аутоагрессивному поведению в целом, а достаточно надежных критериев прогноза повторных аутоагрессивных действий пока не выработано [8, 72]. С точки зрения Г.Я. Пилягиной (2004), систематизированные комплексные исследования по проблеме повторных аутоагрессивных действий как в западных странах, так и на постсоветском пространстве не проводились, и открытыми остаются вопросы: «Являются ли идентичными обстоятельства и условия при первичных и повторных аутоагрессивных действиях? В чём их отличия и есть ли они вообще?» [13]. Частичные ответы были получены на основании проведенных Г.Я. Пилягиной с соавт. (2004-06 гг.) научных изысканий: изучены и систематизированы современные патогенетические закономерности формирования аутоагрессивного поведения и описаны клинко-феноменологические особенности его различных форм. Но материалы исследования в основном имеют отношение к психотическим формам аутоагрессии; научно-практическая проблема непсихотического аутоагрессивного поведения, включая его повторяющиеся действия, сохраняет свою актуальность. Изучения требуют такие аспекты проблемы, как статистическая характеристика лиц с повторяющимися непсихотическими аутоагрессивными действиями, психолого-феноменологические и клинко-феноменологические особенности непсихотических форм повторяющейся аутоагрессии, прогностический профиль лиц с высоким риском повторных непсихотических аутоагрессивных действий и ряд других. Следует также учитывать фактор национальных особенностей аутоагрессивного поведения среди населения Республики Беларусь [7, 12, 79], который может обуславливать и свои особенности механизма возникнове-

ния и формирования повторных непсихотических форм аутоагрессии и их клинко-психологическую типизацию.

Также интересным для исследования представляется и такой аспект проблемы, как стереотипно-автоматизированный характер повторяющихся аутоагрессивных действий, изученный на выборках суицидентов без их дифференцирования по формам непсихотическая / психотическая аутоагрессия. Прослежена закономерность: первое аутоагрессивное действие у индивидуума – высоко личностно значимый переживаемый кризис и крайне выражено патогенное влияние стресс-агента (развод, измена, смерть значимого другого, реакция на дебют тяжелой болезни и пр.), повторяющиеся аутоагрессивные акты – абортивная провокация стресс-агента во внешне и личностно малозначимых конфликтных ситуациях [46, 55, 77]. То есть по мере становления «суицидальной карьеры» роль и место объективных стрессовых событий и обстоятельств в аутоагрессивном поведении снижается. Увеличение числа пережитых кризисных состояний (конфликтных ситуаций) повышает чувствительность индивидуума к действию стресс-факторов и формирует стереотипно-автоматизированную модель аутоагрессивного поведения как ответную реакцию на стрессовое воздействие [48]. Безусловно, механизм формирования такой стереотипно-автоматизированной модели аутоагрессивного поведения в конфликтных ситуациях и ее феноменологические особенности имеют различия при непсихотической и психотической формах аутоагрессии, что и подлежит дальнейшему изучению [62].

Изучение патогенетических механизмов формирования непсихотического аутоагрессивного поведения и разработка диагностического алгоритма критериев риска рецидивирования непсихотических аутоагрессивных действий позволят вычленять лиц с первичным актом аутоагрессии, склонных к хронификации суицидального и самоповреждающего поведения, и своевременно включать их в программы долгосрочных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью превенции аутоагрессивных действий, что и обуславливает актуальность проводимого на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» научного изыскания со следующими поставленными для достижения цели исследовательскими задачами:

а) изучить характерные особенности психолого-феноменологического механизма формирования аутоагрессивного поведения у формально психически здоровых людей, выделить и систе-

материзировать патогенетически значимые психолого-типологические профили аутоагрессивного поведения;

б) изучить характерные особенности клинико-феноменологического механизма формирования аутоагрессивного поведения при его коморбидности с непсихотической психической патологией, выделить и систематизировать патогенетически значимые клинико-типологические профили аутоагрессивного поведения у лиц с непсихотическими психическими расстройствами;

в) изучить характерные особенности психолого-феноменологического механизма защиты в кризисной ситуации у лиц без аутоагрессивных проявлений, выделить и систематизировать защитные от аутоагрессии психологотипологические профили;

г) систематизировать материалы исследования, изучить статистическую, психолого-феноменологическую и клинико-феноменологическую характеристики лиц с повторяющимся непсихотическим аутоагрессивным поведением и разработать прогностический профиль лиц с высоким риском повторных непсихотических аутоагрессивных действий;

д) разработать диагностический алгоритм критериев риска рецидивирования непсихотических аутоагрессивных действий для последующего его применения в практическом здравоохранении.

Выбранный нами методологический подход для проведения научного изыскания базируется на основных принципах социально-демографического и клинико-психологического исследования болезненных состояний с ориентацией на унифицированные международные стандарты проведения исследований в области психиатрии и суицидологии [23, 32, 33, 80].

Объект исследования – психологический кризис, непсихотическое аутоагрессивное поведение и патогенетические механизмы его развития.

Предмет исследования – процесс аутоагрессии как дезадаптивная стратегия выхода из психологического кризиса, психологические и клинические предикторы развития непсихотической аутоагрессивной активности, психолого-феноменологические и клинико-феноменологические особенности формирования повторяющегося саморазрушающего поведения, а также прогностическая модель оценки риска рецидивирования непсихотического аутоагрессивного поведения.

Дизайн исследования – открытое рандомизированное сравнительное проспективное с

параллельными группами (основная выборка исследования – контингент лиц с непсихотическим аутоагрессивным поведением и контрольная – контингент лиц без аутоагрессивных проявлений в кризисные периоды жизни). Обе выборки исследования – рентные по половозрастному составу пациенты суицидологических (основная группа) и пограничных отделений (контрольная группа) ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

Критерии включения контингента лиц в исследование (стратифицированная рандомизация с последующей блочной рандомизацией для каждой страты): возраст старше 14 лет, переживаемый психологический кризис, саморазрушающее поведение (для основной выборки исследования) или отсутствие такового (для контрольной выборки исследования), непсихотические формы психической дезадаптации (стрессо-не стрессозависимые), добровольное согласие на участие в исследовании.

Планируемые выборки исследования:

а) лица с аутоагрессивным поведением, не коморбидным с непсихотической психической патологией (формально психически здоровые лица),

б) лица с аутоагрессивным поведением, коморбидном с непсихотической психической патологией (обнаруживающие специфические личностные расстройства, страдающие зависимостью от психоактивных веществ, непсихотическими органическими психическими расстройствами и др.) и

в) лица без аутоагрессивных проявлений в кризисные периоды жизни (пациенты с невротическими, связанными со стрессом расстройствами).

Объем выборок рассчитывается в соответствии с требованиями решаемых задач исследования.

Контингенты лиц основной и контрольной выборок исследования обследуются однократно в первую неделю поступления в клинику. На всех лиц, включенных в исследование, заполняется однотипный блок батареи исследовательского инструментария, с последующей выкопировкой требуемого набора социально-демографических, наследственных, психологических, клинико-патопсихологических, клинико-соматоневрологических, параклинических и суицидологических характеристик в специально разработанную исследовательскую карту, приспособленную для компьютерной статистической обработки полученных результатов исследования. Зафиксированные требуемые для исследования признаки

градуируются в зависимости от качественных и количественных различий по стандартной 4-х балльной системе. Также проводится аналитическое сопоставление качественных описательных характеристик ряда исследуемых признаков, в основном психологического, клинического и суицидологического регистра.

Методология исследования: стандартное комплексное клиническое (психиатрическое, неврологическое, соматическое), экспериментально-психологическое, клиничко - патопсихологическое, параклиническое и суицидологическое обследование контингента лиц, включенных в исследование.

Верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика) проводится в соответствии с унифицированными стандартными методами клинического, патопсихологического и параклинического исследований с постановкой диагноза по МКБ-10.

Методы исследования:

а) клиничко-патопсихологический для оценки психического состояния пациентов и диагностики психопатологических расстройств – стандартное структурированное клиническое психиатрическое интервью, включая применение опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений;

б) экспериментально-психологический для диагностики индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности – методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла, опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня MMPI) в адаптации Ф.Б. Березина и М.И. Мирошниченко и для лиц подросткового возраста патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), для диагностики состояний адаптации и дезадаптации – опросник социально-психологической адаптации личности К. Роджерса и Р. Даймонда, опросник ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина, методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко и для диагностики доминирующих стратегий психологических защит и особенностей межличностных отношений – индекс жизненного стиля (ИЖС), опросник копинг-механизмов Э. Хайма и методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и в) суицидологический («суицидологическая история») в соответствии с протоколом ВОЗ

/ ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов («Схема интервью Европейского исследования парасуицидов»; EPSIS 5.1) [33].

Суицидологическая история исследуется в дифференциации по блокам: социально - демографический (методика «Sociodemographic information»), биографический (модифицированная нами для целевого исследования методика «Life Events and History, KLEHS» – «События жизни и истории»), медицинский (методика «Physical and Mental health» – «Состояние физического и психического здоровья») как дополнение к клиническому методу исследования, блок изучения обстоятельств и мотивов совершения парасуицида (методики «Circumstances of present parasuicide» – «Обстоятельства парасуицида» и «Motives for present parasuicide» – «Мотивы для совершения парасуицида» и особенностей суицидального мышления за последнюю неделю до совершения парасуицида (методика «Suicide Intent Scale; SIS» – «Шкала суицидального мышления»), блок суицидального поведения посредством модели (методика «Suicidal behavior by models» – «Суицидальное поведение вследствие подражания») и последствия суицидальной попытки (методика «Consequences of last previous parasuicide» – «Последствия последней из предыдущих суицидальных попыток»), блок наличия / отсутствия алкогольных/токсических проблем (методика «Use of alcohol, drugs and medicines» – «Употребление алкоголя, наркотиков и медикаментов»), а также блок изучения межличностных и внутриспсихических аспектов суицидогенной направленности с применением специальных методик: «Beck Depression Inventory, BDI-21» («Шкала депрессии Бека»), «State-Trait Anger Scale; STAS» («Шкала основных черт чувства гнева»), «Social Support Scale; SSS» («Шкала социальной поддержки»), «Rosenberg Self-esteem Scale; SES» («Шкала самооценки Розенберга»).

Все запланированные в исследовании методики валидизированы для применения на постсоветском пространстве, а алгоритм работы по методикам представлен во многих практических руководствах и пособиях.

Для обработки материалов исследования используются общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики.

Достижение поставленной исследовательской цели решаются поэтапно в соответствии с определенными задачами.

Таким образом, проблема повторяющегося непсихотического аутоагрессивного поведения среди населения актуальна во многих странах

мира и является неизученной в Республике Беларусь. Изучение проблемы требует комплексного подхода с учетом национальных особенностей. Выбранная нами методология научного изыскания наиболее удовлетворяет требованиям для получения объективной научной информации, расширяющей теоретические знания в области суицидологии и кризисной психологии, и разработки новой информационной технологии диагностико-прогностической оценки риска совершения повторных непсихотических аутоагрессивных действий среди населения Республики Беларусь.

Литература:

1. Бачериков, Н.Е. Клинические аспекты суицидологии / Н.Е. Бачериков, П.Т. Згонников // Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков [и др.]; под ред. Н.Е. Бачерикова. — Киев: Здоровья, 1989. — С. 456-465.
2. Войцех, В.Ф. Динамика суицидов в регионах России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия — 2008. — № 1. — С. 81-88.
3. Войцех, В.Ф. Суицидология / В.Ф. Войцех. — М.: Миклоша, 2008. — 280 с.
4. Гелда, Т.С. Распространенность самоубийств в Республике Беларусь в 1990-2004 г.: региональные различия / Т.С. Гелда // Медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 47-52.
5. Говорин, Н.В. Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко // Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. — Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. — С. 112-143.
6. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / МЗ РСФСР, [Моск. НИИ психиатрии; Сост. А.Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко]. — М.: Б. и., 1980 (вып. дан. 1981). — 48 с.
7. Диагностика и профилактика суицидального поведения среди населения Беларуси (Инструкция по применению) / Белорусск. ГМУ; Сост. В.Б. Позняк [и др.]. — Минск: БГМУ, 2003. — 17 с.
8. Лапин, И.А. Факторы риска повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И.А. Лапин. — М., 2005. — 28 с.
9. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман, пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.
10. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д.м.н.: 14.01.16 / Г.Я. Пилягина. — Киев, 2004. — 32 с.
11. Положий, Б.С. Региональные особенности распространенности суицидов в России / Б.С. Положий, М.В. Гладышев // Российский психиатрический журнал — 2006. — № 1. — С. 38-41.
12. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2008 / Минстат. Республики Беларусь. — Минск, 2008. — С. 81.
13. Чумак, С.А. Сравнительные характеристики основных социально-демографических показателей у лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями / С.А. Чумак, Г.Я. Пилягина, В.Э. Семенцук // Архів психіатрії. — 2006. — Т. 12, № 1-4. — С. 77-83.
14. Чуприков, А.П. Суицидология. Основные термины и понятия: Методическое пособие / А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина, В.Ф. Войцех. — Киев, 1999. — 60 с.
15. Шейдер, Р. Предотвращение самоубийства // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. — М.: Практика, 1998. — С. 212-221.
16. Шнейдман, Э.С. Душа самоубийцы / пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.
17. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide / Colman I. [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 109. — P. 306-312.
18. A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide / U. Bille-Brahe [et al.] // Crisis. — 1996. — Vol. 17, № 1. — P. 22-31.
19. Beautrais, A.L. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? / A.L. Beautrais // Psychol. Med. — 2001. — Vol. 31. — P. 837-845.
20. Bertolote J.M.F. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // World Psychiatry. — 2002. — Vol. 1, № 3. — P. 181-185.
21. Bertolote, J.M.F. A global perspective in the epidemiology of suicide / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // Suicidology. — 2002. — Vol. 7, № 2. — P. 6-8.
22. Bertolote, J.M.F. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // Am. J. Med. Genet. — 2005. — Vol. 133. — P. 8-12.
23. Bille-Brahe, U. Conduites suicidaires des adolescents: Ia situation en Europe / U. Bille-Brahe, A. Schmidke // Adolescents et suicide. — Paris: Masson, 1995. — P. 18-38.
24. Blakely, T.A. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? / T.A. Blakely, S.C.D. Collings, J. Atkinson // J. Epidemiol. Communit. Health. — 2003. — Vol. 57. — № 8. — P. 594-601.
25. Cheng, A.T.A. Personality disorder and suicide: case — control study / A.T.A. Cheng, A.H. Mann, K.A. Chan // Brit. J. Psychiatr. — 1997. — Vol. 170, № 5. — P. 441-446.
26. Comtois, K.A. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide / K.A. Comtois // Psychiatr. Serv. — 2002. — Vol. 53. — P. 1138-1144.
27. Davidson, F. Epidemiological study of youth suicide: comparison between primary suicidal and repeaters / F. Davidson, M. Choquet // Rev. Epidemiol. Med. Soc. Sante Publique. — 1976. — Vol. 24, № 1. — P. 11-26.
28. Diekstra, R.F. The epidemiology of suicide and parasuicide / R.F. Diekstra // Acta Psychiatr. Scand. — 1993. — Vol. 371. — P. 9-20.
29. De Leo, D. Cultural issues in suicide and old age / D. De Leo // Crisis. — 1999. — Vol. 20. — P. 53-55.
30. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996-2003. (2004) / J. Haukka [et al.]. — [Web of Science][Medline].
31. Deykin, E.Y. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behaviour /

- E.Y. Deykin, J.J. Alpert., J.J. McNamara // *Am. J. Psychiatr.* – 1985. – Vol. 142. – P. 1299-1303.
32. EPSS I Version 5.1 Initial interview / A.J.F.M. Kerkhof [et al.]. – Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1989. – 117 p.
  33. EPSS II Version 3.2 Follow-up interview / A.J.F.M. Kerkhof [et al.]. — Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1990. – 64 p.
  34. Fergusson, D.M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders / D.M. Fergusson, M.T. Lynskey // *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 34. – P. 1308-1317.
  35. Fremouw, W. Adolescent suicidal risk: Psychological, problem solving and environ-mental factors / W. Fremouw, T. Callhan, J. Kashden // *Suicide and Life-Threatening Behaviour.* – 1993. – Vol. 23, № 1. – P. 46-54.
  36. Garfinkel, B. Suicide attempts in children and adolescents / B. Garfinkel, A. Froese, J. Hood // *Am. J. Psychiatr.* – 1982. – V. 139. – P. 1257-1261.
  37. Gaynes, B.N. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force / B.N. Gaynes, S.L. West, C.A.U.S. Ford // *Annals of Internal Medicine.* – 2004. – Vol. 140, № 10. – P. 822-835.
  38. Gibb, S.J. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study / S.J. Gibb, A.L. Beautrais, D.M. Fergusson // *Austral. And. N.Z.J. Psych.* — 2005. – Vol. 39. – № 1-2. – P. 95.
  39. Gilbody, S. The early repetition of deliberate self harm / S. Gilbody, A. House, D. Owens // *J. R. Coll. Physicians Lond.* – 1997. – Vol. 31, № 2. – P. 171-172.
  40. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // *Brit. Med. J.* – 1994. – Vol. 308. – P. 1227-1233.
  41. Hawton, K. Attempted suicide: a practical guide to its nature and management, 2nd ed. Oxford / K. Hawton, J. Catalan. – Oxford University Press, 1987.
  42. Hawton, K. By their own hand / K. Hawton // *Brit. Med. J.* – 1992. – Vol. 304. – P. 1000.
  43. Hawton, K. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records / K. Hawton, K. Houston, R. Shepperd // *Brit. J. Psychiatr.* – 1999. – Vol. 175. – P. 271-276.
  44. Heikkinen, H.M. Recent life events, social support and suicide / H.M. Heikkinen, H. Aro, J. Lonnqvist // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 377, Suppl. – P. 65-72.
  45. Ivarsson, T. A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients / T. Ivarsson, B. Larsson, C. Gillberg // *European Child and Adolescent Psychiatry.* – 1998. – Vol. 7. – P. 96-104.
  46. Joiner, N.E. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events / N.E. Joiner, M.D. Rudd // *J. Consul. Clin. Psychol.* – 2000. – № 68. – P. 909 – 916.
  47. Kreitman, N. Parasuicide / N. Kreitman, J. Wiley; ed. N. Kreitman. – London, 1977.
  48. Lau, M.A. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour / M.A. Lau, Z.V. Segal, J.M.G. Williams // *Behav. Res. Therap.* – 2004. – № 42. – P. 1001-1017.
  49. Leenars, A.A. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the US / A.A. Leenars, B. Yang, D. Lester // *J. Clin. Psychol.* – 1993. – Vol. 49, № 6. – P. 918-921.
  50. Lester, D. Ecological correlates of suicide in the US and Hungary / D. Lester, F. Mok-sony // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 79. – P. 498-499.
  51. Lester, D. Domestic integration and suicide in 21 nations, 1950-1985 / D. Lester // *Int. J. Comparat. Sociol.* – 1994. – Vol. 35, № 1/2. – P. 131-136.
  52. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttilä, S. Sarna // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2001. – P. 1654-1661.
  53. McClure, M. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-1990 / M. McClure // *Brit. J. Psychiatr.* – 1994. – Vol. 165. – P. 510-514.
  54. Neeleman, J. A continuum of premature death. Met-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable / J. Neeleman // *In. J. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 30. – P. 154-162.
  55. Neeleman, J. The suicidal process; prospective comparison between earthy and later stages / J. Neeleman, R. de Graaf, W. Voollebersh // *J. Affect. Disord.* – 2004. – № 82. – P. 43-52.
  56. Neeleman, J. Suicidality, a disorder that crosses boundaries between disciplines / J. Neeleman, M.H. de Groot // *Tijdschrift voor Psychiatry.* – 2006. – Vol. 48, № 7. – P. 533-546.
  57. Neumayer, E. Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation / E. Neumayer // *Cross-Cultural Research.* – 2003. – Vol. 37, № 3. – P. 307-329.
  58. Nordström, P. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide / P. Nordström, M. Samuelsson, M. Asberg // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1995. – Vol. 91. – P. 336-340.
  59. Owens, D., Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review / D. Owens, J. Horrocks, A. House // *Br. J. Psychiatr.* – 2002. – Vol. 181. – P. 193-199.
  60. Predictive patterns of suicidal behavior: the United States armed services versus the civilian population / J. Sentel [et al.] // *Militar. Med.* – 1999. – Vol. 3. – P. 168-171.
  61. Preventing teenage suicide: A clinical review / D. Shaffer [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psych.* – 1988. – Vol. 27, № 6 – P. 675-687.
  62. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation / J.M.G. Williams [et al.] // *I. Abnor. Psychok.* – 2005. – Vol. 114. – P. 421-431.
  63. Psychopathology, family functioning and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts / M. Summerville [et al.] // *J. Abnorm. Child. Psychol.* – 1994. – Vol. 22, № 2. – P. 221-235.
  64. Repeat suicide attempts: characteristics of repeaters versus first-time attempters admitted in the emergency of a Tunisian general hospital / A. Mechri [et al.] // *Encephale.* – 2005. – Vol. 31, № 1, Pt 1. – P. 65-71.
  65. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide: a 5-year follow-up study after deliberate self-harm / K. Suominen [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – № 39. – P. 720-724.
  66. Stanley, E.J. Adolescent suicidal behavior / E.J. Stanley, J.T. Barter // *Am. J. Orthopsychiatr.* – 1970. – Vol. 40. – P. 87-96.

67. Stockard, J. Cohort effects on suicide rates: International variations / J. Stockard J., R.M. O'Brien // *Am. Sociol. Rev.* – 2002. – Vol. 67, № 6. – P. 854-873.
68. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper / A. Graham [et al.] // *Austral. Psychol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 1-28.
69. Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients / eds. S.J. Blumenthal, D. J. Kupfer. – Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1990. – 799 p.
70. Suicide among subjects with personality disorders / E.T. Isometsa [et al.] // *Am. J. Psy-chiatr.* – 1996. – Vol. 153, № 5. – P. 667-673.
71. Suicide. An Unnecessary Death / eds. D. Wasserman. — UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
72. Tanney, B. Suicide prevention in Canada: A national perspective highlighting progress and problems / B. Tanney // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 1995. – Vol. 1. – P. 105-122.
73. Taylor, S.J., How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies / S.J. Taylor, D. Kingdom, R. Jenkins // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 95. – P. 457-463.
74. The world health report 2004. Changing history. – Geneva, World Health Organization, 2004.
75. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study / N. Kapur [et al.] // *J. Clin. Psychiatr.* – 2006. – Vol. 67. – P. 1599-1609.
76. United Kingdom Department of Health. National suicide prevention strategy for Eng-land. – London, United Kingdom: United Kingdom Department of Health, 2002.
77. Van Heeringen K. Pathways to suicide: an integrative approach / K. van Heeringen, K. Hawton, J.M.G. Williams // *The International Hadbook of Suicide and Suicidal Behavior* / eds. K. Hawton, K. van Heeringen. – Chichester: Wiley, 2000.
78. Vastag B. Suicide prevention plan calls for physicians' help / B. Vastag // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285, № 7. – P. 2701-2703.
79. WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Facts and Figures / eds. U. Bille-Brahe. – Denmark: WHO, 1993. – 194 p.
80. WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide. Facts and figures / eds. U. Bille-Brache. – World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999. – 99 p.
81. World Health Organization. Figures and Facts about Suicide // *Doc. WHO / MNH / MBD / 99.1.* – WHO: Geneva, 1999. – 69 p.
82. World Report on Violence and Health / eds. E.G. Krug. – Geneva: World Health Orga-nization, 2002. – 346 p.
83. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new under-standing, new hope. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
84. Yang B. The economy and suicide: A time-series study of the USA / B. Yang // *Am. J. Econ. Sociol.* – 1992. – Vol. 51, № 1. – P. 87-99.

## ПОВТОРНЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ИХ ИЗУЧЕНИЮ

*А.П. Гелда, С.А. Игумнов*

Республиканский НПЦ ПЗ, Минск,  
Республика Беларусь

Несмертельные формы аутоагрессивной активности при рецидивировании являются высоко рискованными в контексте потенциально возможного фатального исхода вследствие недоучета реальных обстоятельств и по своей сути фактически эквивалентны суицидальному поведению. На основе обзора данных литературы авторы обращают внимание на тот факт, что повторность суицидальных аутоагрессивных действий может достигать у мужчин 20%, женщин – 30%. При этом отягощенный повторными аутоагрессивными действиями суицидологический анамнез имеют от 28,1 до 42,2% суицидентов, а количество повторных умышленных аутоагрессивных действий (в Европе) составляет от 38 до 66%.

Высокие показатели суицидальной активности населения в Республике Беларусь явились основой для изучения патогенетических механизмов формирования непсихотического аутоагрессивного поведения и разработки диагностического алгоритма критериев риска рецидивирования непсихотических аутоагрессивных действий. По мнению авторов это позволит вычленять лиц с первичным актом аутоагрессии, склонных к хронификации суицидального и самоповреждающего поведения, и своевременно включать их в программы долгосрочных лечебно-реабилитационных мероприятий с целью превенции аутоагрессивных действий.

## REPEATED NONPSYCHOTIC AUTOAGGRESSIVE OP- ERATION AND FEATURES METHODOLOGICAL AP- PROACH TO THE STUDY OF THEIR

*A.P. Gelda, S.A. Igumnov*

Republican NPC PZ, Minsk, Belarus

Non-lethal forms of autoaggressive activity at relapse are highly risky in the context of a potentially fatal outcome due to a possible undercount the actual circumstances and in its essence is actually equivalent to suicidal behavior. Based on a review of the literature the authors draw attention to the fact that repeated suicidal autoaggressive action may reach 20% of men, women – 30%. At the same time burdened with repetitive actions autoaggressive suicid history are from 28,1 to 42,2% of suicides and the number of repeated intentional autoaggressive action (in Europe) is from 38 to 66%. High rates of suicidal activity in the Republic of Belarus became the basis for studying the pathogenic mechanisms of formation of non-psychotic autoaggressive behavior and development of the diagnostic algorithm of risk criteria recidiv nonpsychotic autoaggressive action. According to the authors this would isolate those with primary act autoaggression prone to chronification suicidal and self-injurious behavior, and in time to include them in the program long-term care and rehabilitation activities to the prevention of autoaggressive action.

## ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЙ АУТОАГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.Д. Левина

Российский государственный медицинский университет, г. Москва

Диагностика и профилактика аутоагрессивного поведения является одним из важнейших аспектов работы психиатрических клиник. Однако до настоящего времени сохраняется тенденция к совместному, недифференцированному изучению суицидальных и несуйцидальных саморазрушающих действий, хотя необходимость разделения этих двух видов аутодеструкции неоднократно подчёркивалась [1, 10, 11, 12]. Многие авторы указывали на различия мотивации, способов выполнения, коморбидности основным психопатологическим синдромам при выполнении суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных актов [2, 3, 5, 8, 15, 16]. Саморазрушающие действия, не имеющие в своей основе цели ухода из жизни, значительно чаще становятся объектом изучения не психиатрии, а других медицинских дисциплин: преимущественно хирургии и судебной медицины [3, 4, 6, 9, 13]. Эти отрасли знания изучают лишь феноменологию вопроса, а не причины, приведшие к аутодеструкции. Даже в международной классификации болезней 10-го пересмотра умышленные самоповреждения включены в разделы X72–X84, рассматривающие внешние причины заболеваемости и смертности. Лишь в некоторых исследованиях последних лет преднамеренные саморазрушающие действия без суицидальной интенции рассматриваются не совместно с суицидами, а как отдельный вид аутоагрессии [6, 7, 10, 17]. Нами не было обнаружено также работ, посвящённых несуйцидальной аутоагрессии при шизофрении.

Сам терминологический аппарат, описывающий феномен самоповреждающего поведения, достаточно противоречив. В литературе встречаются понятия “членовредительства”, “самоувечья”, “патомимии”, “искусственные болезни” [1, 4, 9, 10, 11, 14–16]. Нам представляется оправданным использование термина “неслучайное несуйцидальное самоповреждение”, который отражает и наличие мотива предметной аутоагрессивной деятельности, и отсутствие намерения ухода из жизни.

Настоящая публикация посвящена неслучайным несуйцидальным самоповреждениям у больных шизофренией.

Задачами исследования являлись: выявление отличий несуйцидальных аутоагрессивных актов от суицидальных; выделение основных вариантов самоповреждений и установление их связи с другими расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы исследования.

В выборку включены больные, предпринявшие любые неслучайные аутодеструктивные действия без цели ухода из жизни. Исключались пациенты, совершившие демонстративно - шантажные суицидальные попытки или оперировавшие понятиями ухода из жизни при мотивации своих действий. Аутоагрессивные действия, соответствующие выделенным критериям, изучены у 81 больного шизофренией и у 22 больных с другими нозологическими формами, составившими группу сравнения. В группу больных шизофренией включены 35 мужчин (43,4%) и 46 женщин (56,6%) в возрасте от 18 до 65 лет. Длительность заболевания к моменту нанесения самоповреждений составила от 1 месяца до 28 лет. Основная группа, в соответствии с МКБ-10, была представлена следующими нозологическими формами: шизофреноформное расстройство – 53,8% наблюдений, параноидная шизофрения – 20,9%, шизотипическое расстройство – 12,1%, остаточная шизофрения – 13,2%. В группу сравнения включены больные с психопатиями, психическими нарушениями вследствие органического поражения головного мозга, алкоголизмом, наркоманиями, эпилептической болезнью.

Результаты и их обсуждение.

Несуйцидальные самоповреждения распределены на 3 группы по тяжести. Подобное деление невозможно при рассмотрении суицидальной аутоагрессии, так как лишение себя жизни не может быть менее или более тяжёлым. Выделены аутодеструктивные акты тяжёлой, средней и лёгкой степеней. К группе самоповреждений первой, тяжёлой, степени отнесены действия опасные для жизни, инвалидизирующие, калечащие. В группу самоповреждений средней степени тя-

жести включены акты, приведшие к умеренному анатомо-физиологическому дефекту, малоопасные или неопасные для жизни. Группу лёгких самоповреждений составили действия, не наносящие ущерба здоровью, не приводящие к дефекту органов и не оставляющие последствий.

Тяжёлые самоповреждения составили 20,9% учтённых случаев. В этой группе имели место проникающие ранения грудной и брюшной полостей, трахеи, самоампутации предплечья, языка, ушных раковин, крыльев носа, энукляция, самокастрация. Такие акты аутоагрессии отличались наибольшим разнообразием. Тяжёлые несуицидальные аутодеструктивные действия феноменологически нередко напоминали суицидальные поступки, были малоотличимы от последних. Трое больных из этой группы, хотя и не намеревались уйти из жизни, погибли вследствие болевого или гемодинамического шока, гнойных осложнений.

Самоповреждения средней степени тяжести причинили 53,8% всех обследованных. Эти больные наносили порезы любых участков тела, в том числе и генитальной области, вызывали неглубокие ожоги и отморожения, проглатывали и проталкивали в пищевод неопасные предметы обихода с нанесением осаднений. Такие самоповреждения в отдельных случаях напоминали демонстративно-шантажные суицидальные попытки, но отличались от последних мотивацией, локализацией и способами причинения.

Лёгкие самоповреждения отмечены в 25,3% наблюдений. К таким аутодеструктивным актам отнесены линейные царапины и щипки (экскориаии), поверхностные самопорезы, кровоподтёки, укусы, неглубокие ожоги, выдёргивание волос. Эти действия были достаточно однообразными феноменологически. Подобные самоповреждения нередко напоминали демонстративно-шантажные суицидальные попытки по способам выполнения, но всегда отличались мотивацией. Выделены следующие способы нанесения самоповреждений: воздействие острыми (колющими, рубящими, режущими) предметами – 46,5% наблюдений; воздействие зубами и ногтями (укусы, нанесение линейных царапин, срывание струпов с ранее нанесенных повреждений) – 16,9%; удары тупыми предметами – 11,3%; использование источников высокой и низкой температур (пламя, горячая вода, снег) – 7,0%; проглатывание и введение в анатомические полости предметов обихода – ложек, комков бумаги, клочьев ваты, частей авторучек) – 7,0%; комбинированные самоповреждения с использованием двух или более способов – 11,3%.

Таким образом, способы причинения несуицидальных самоповреждений значительно разнообразнее, а порой изощреннее и вычурнее, чем методы совершения суицида.

В наших наблюдениях аутоагрессия была коморбидна психопатологическим расстройствам шизофренического спектра. Аутодеструктивными действиями сопровождались как продуктивные психопатологические синдромы, так и негативные расстройства. Среди названных расстройств преобладали бредовые и галлюцинаторные расстройства – соответственно 25,3% и 23,1% случаев. Несуицидальная аутоагрессия была коморбидна также кататонии (14,3%), расстройствам мышления (10,9%), личностной патологии (17,6%), носили характер привычных патологических действий (5,5%). Крайне редко (3,3% наблюдений) самоповреждения причинялись на фоне депрессии и должны были облегчить последнюю. Это обстоятельство отличает несуицидальную аутоагрессию от суицидальной, которая нередко коморбидна аффективным расстройствам. При каждом из названных психопатологических расстройств аутодеструктивные поступки отличались способами нанесения, тяжестью, характером взаимодействия с ведущим синдромом. Проводился мотивационный анализ самоповреждений. Изучение мотивов несуицидальной аутоагрессии принципиально отличается от исследования суицидальной мотивации. Самоповреждающие действия без намерения уйти из жизни и не преследующие социальных целей (избегание наказания, военной службы) в наших наблюдениях были основаны на разлаженности психической деятельности, нелогичны в обычной трактовке этого слова, зачастую малопонятны. Само понятие «мотивация» не всегда применимо к действиям, обусловленным психическими расстройствами. При исследовании мотивов несуицидальной аутоагрессии использовались термины и понятия, употребляемые в суицидологической практике [1, 2, 7, 15]. В суицидальной предметной деятельности выделяют следующие типы мотивации [2]:

1. Протест, месть – трансформация гетероагрессии в аутоагрессию.

2. Призыв – попытка привлечь помощь извне с целью изменить ситуацию.

3. Избегание – уход от угрозы методом самоустранения.

4. Самонаказание – проявление внутреннего конфликта между «Я»-судьёй и «Я»-подсудимым.

5. Отказ – от существования. Лишь в этом случае цель и мотив совпадают.

Данные мотивы применимы к несуицидальной аутоагрессии лишь частично. В наших наблюдениях отмечались случаи трансформации гетероагрессии в аутоагрессию, но они не носили протестного характера, а должны были лишь «перевести стрелку» агрессии с окружающих на самого больного. В этих случаях целью аутоагрессии являлось избежание семейного или социального конфликта – «наносил повреждения себе, чтобы не нанести травм близким».

Таким образом, мотив протеста или мести при несуицидальной аутоагрессии обнаружен не был, а трансформация гетероагрессии в аутоагрессию имела иную эмоциональную и логическую окраску, чем при суицидах. Мотив «призыва» обычно приводит к демонстративно-шантажным суицидальным попыткам, которые изначально исключены из нашего исследования. Однако и в наших наблюдениях встречались элементы «призыва»: с помощью самоповреждений больные пытались привлечь помощь окружающих, чтобы избавиться от мнимых преследователей. Эти аутоагрессивные действия совершали лица с бредом преследования. Иными словами, такие больные пытались уйти из тягостной, представляющейся им опасной ситуации.

Как следует из вышеизложенного, все типы мотиваций, внешне похожие на мотивы «протеста» и «призыва», по существу являлись «избеганием», попыткой ухода из непереносимой ситуации. Нами выделен ещё один подвид «избегания» – намерение избавиться от тягостных проявлений психоза. С помощью самоповреждений больные пытались:

- ослабить интенсивность «голосов» (при вербальных галлюцинациях);
- извлечь из тела якобы имеющиеся там посторонние предметы и существа (при висцеральных галлюцинациях и бреде ложной беременности);
- покинуть помещение, где их могут обнаружить мнимые преследователи и возможно «воздействие» (при бреде преследования и воздействия);
- уменьшить интенсивность депрессии.

Мотив самонаказания нами обнаружен не был. Ни в одном из наших наблюдений с помощью самоповреждений больные не пытались ни «судить», ни «наказать себя», как это бывает при суицидах.

Отказ от существования не может привести к несуицидальной аутоагрессии, а только к принципиально отличному от неё истинному суициду, завершённом или незавершённом. Такие случаи изначально исключены из нашего исследова-

ния. В наших наблюдениях целый ряд случаев несуицидальных самоповреждений не поддавались мотивационному анализу. Такие аутодеструктивные акты наблюдались при:

- императивных галлюцинациях;
- автоматизмах в структуре синдрома Кандинского - Клерамбо;
- выраженных расстройствах мышления, «кривой логике»;
- обсессивно-компульсивных расстройствах;
- кататонических расстройствах.

В подобных наблюдениях мотивом фактически являлся психопатологический синдром, и понятия коморбидности и мотивации почти не различались. Наконец, в ряде случаев самоповреждения наносились с целью получить своеобразное удовольствие, что характерно для патологии влечений. При обсессивно-компульсивных, кататонических расстройствах и изменениях влечений имеет место патология волевого акта в целом, а в этих случаях судить о мотивации не представляется возможным. Различия мотивации суицидальной и несуицидальной аутоагрессии не исчерпывались выше изложенным. Внешними причинами суицида могут послужить кризисы религии, философских идей, культуры, экономические катастрофы и перестройки. Среди внутренних причин называют эгоистическое переключение с общих проблем на частные, душевную боль, негативные интерперсональные отношения, «отрицательный баланс» при подведении жизненных итогов, соматическую болезнь, «комплекс неудачника» и другие психологически понятные переживания. При несуицидальной аутоагрессии же, по нашим данным, значимость внешних причин была крайне малой, лишь в небольшом количестве ситуационно-личностных самоповреждений обстоятельства служили толчком, поводом для нанесения травм. Внутренние причины сводились к психопатологическим расстройствам.

Таким образом, при несуицидальной аутоагрессии по сравнению с суицидальной значительно чётче прослеживалась связь предметной деятельности с психозом. Различалась и динамика суицидальной и несуицидальной аутоагрессии. В суицидальном поведении различают следующие этапы [2, 7]:

1. Этап намерения или пресуицид.
2. Этап попытки реализации.
3. Этап реализации.
4. Постсуицидальный период.

Пресуицид имеет определённые диагностические критерии, и весьма значим для профилактики аутоагрессии. Свои намерения больной обнаружи-

вает специфическими высказываниями, подготовкой к покушению на собственную жизнь, изменением аффекта. Лишь в некоторых случаях суицид совершается неожиданно для окружающих, без каких-либо подготовительных действий.

Иначе обстоит дело в случае несуйцидальной аутоагрессии. В подавляющем большинстве наших наблюдений предварительный, подготовительный этап отсутствовал. Более или менее длительная подготовка была обнаружена лишь в следующих случаях:

1. Висцеральные галлюцинации, когда с помощью самоповреждений больные пытались извлечь из тела якобы имеющийся там посторонний предмет - аутоагрессии предшествовали многократные высказывания об инородном теле, посещения врачей различных специальностей, просьбы произвести хирургическую операцию, иногда приготовление «инструментов» (n=3);

2. Бред ложной беременности, при котором больная хотела «уничтожить плод» - рассуждения, о якобы имеющейся беременности, посещение акушера-гинеколога с просьбой о направлении на медицинский аборт (n=1);

3. Дисморфоманический бред, когда имела место попытка исправить мнимый недостаток внешности – в этом случае больной длительное время говорил о мнимом недостатке внешности, многократно обращался за хирургической помощью (n=1).

4. Некоторые варианты расстройств мышления, своеобразной «кривой логики», когда больные сами не могли разъяснить причин своих действий, и мотивационный анализ не представлялся возможным (n=3).

Этап «пресамоповреждений» в данной группе обследованных отличался от пресуйцида: больные не обнаруживали заметного изменения аффекта, предварительные действия совершались спокойно, по-своему рационально. Больные относились к своим действиям как к необходимым, обыденным.

Таким образом, при несуйцидальной аутоагрессии предварительный этап выражен мало и практически не может служить для диагностики и профилактики самоповреждений.

По отношению к ведущим психопатологическим синдромам самоповреждения достаточно чётко разделились на психотические и непсихотические. Психотические самоповреждения наносились на фоне бреда, императивных галлюцинаций, кататонии. Непсихотические аутоагрессивные действия совершались в рамках обсессивно-компульсивных расстройств, патологии личности, расстройств мышления. Нельзя ска-

зать, что психотические самоповреждения во всех случаях напрямую вытекали из фабулы бреда, а непсихотические соответствовали психологически понятным мотивам. Эти соотношения были более сложными. Мотивация некоторых психотических самоповреждений совпала с мотивацией суицидов. Как было показано выше, некоторые больные обнаруживали намерение уйти из тягостной ситуации, призвать помощь извне, однако неблагоприятная, опасная ситуация существовала в рамках бреда. В ряде непсихотических самоповреждений анализ мотивов не представлялся возможным.

Таким образом, мотивация несуйцидальной аутоагрессии принципиально отличается от мотивации суицидов. Причины самоповреждений далеко не всегда психологически понятны, как правило, связаны с ведущим психопатологическим синдромом. При несуйцидальной аутоагрессии, в отличие от суицидов, мало выражен подготовительный этап, что значительно осложняет диагностику.

Всё вышеизложенное применимо к несуйцидальной аутоагрессии лишь до определённой степени. Невозможно говорить о мотивации как о проявлении волевой деятельности, если рассматриваемое действие коморбидно психозу. Поэтому при изучении несуйцидальной аутоагрессии понятие мотива нередко подменялось понятием коморбидности.

В наших наблюдениях несуйцидальная аутоагрессия была коморбидна следующим синдромам: бреду (25,3% случаев), галлюцинациям (23,1%), личностным расстройствам (17,6%), кататонии (14,3%), расстройствам мышления (10,9%), привычным патологическим действиям (5,5%), депрессии (3,3% случаев).

Бред был наиболее частой причиной самоповреждений. Аутодеструктивные поступки в рамках бреда отличались наибольшим разнообразием, изошрённостью, непредсказуемостью. Именно в этой группе наблюдались наиболее тяжёлые, жизнеопасные самоповреждения. Имела место даже гибель больных, хотя те не ставили перед собой цели уйти из жизни. Фабула бреда и «логика» самоповреждений находились в следующих взаимоотношениях: аутодеструктивные действия либо напрямую вытекали из фабулы бреда, являлись её продолжением (например, «преследователи заставили» прибегнуть к саморазрушению), либо с помощью самоповреждений больные пытались противостоять бредовым проявлениям, спасти себя и других, в некоторых случаях даже весь мир. Несуйцидальная аутоагрессия была коморбидна следующим бредовым

фабулам: бред воздействия (21,7% случаев бреда), бред одержимости (21,7%), парафренный бред (17,5%), персекуторный бред (17,5%), ипохондрический бред (17,5%), дисморфоманический бред (8,6%).

Самоповреждения, коморбидные бреду, были наиболее тяжёлыми, травматичными. Способы выполнения таких аутоагрессивных актов были разнообразными. Аутодеструкция предпринималась неожиданно и в большинстве случаев не могла быть предупреждена.

Галлюцинации также нередко становились источником самоповреждений (23,1%). Аутоагрессивные действия при галлюцинациях были более однотипными, однообразными по способам нанесения, чем при бреде. Преобладали кровоподтёки, ссадины и самопорезы. Имели место самоповреждения всех выделенных степеней тяжести. Несуицидальная аутоагрессия, коморбидная галлюцинациям, совершалась по двум причинам:

1. Под влиянием императивных галлюцинаций («голоса приказали»), то есть самоповреждения напрямую вытекали из ведущего психопатологического синдрома, являлись его продолжением.

2. С целью ослабить интенсивность галлюцинаций (после нанесения самоповреждений «голоса» якобы становились тише или исчезали), являясь своеобразным способом борьбы с болезненными проявлениями. Наблюдалась и трансформация этих целей, их своеобразная динамика. В нескольких наблюдениях один и тот же больной несколько раз наносил самоповреждения под влиянием «голосов», затем чувствовал ослабление их интенсивности и в последующем прибегал к аутоагрессии уже с целью уменьшить интенсивность болезненных переживаний. Как и при бреде преследования, больные вступали с «голосами» в своеобразные взаимоотношения, полемизировали с теми, доказывали собственное интеллектуальное и моральное превосходство. Были обнаружены ситуационно-личностные самоповреждения (17,6% обследованных). Такие действия совершают и лица с непроцессуальными психическими расстройствами, но несуйцидальная аутоагрессия больных шизофренией отличалась значительно большим разнообразием способов выполнения, сложностью, нетривиальностью мотивировок, малопонятностью разъяснений, которые пациенты давали своим действиям.

Ситуационно-личностные самоповреждения выполнялись в конфликтной ситуации больными с процессуальными психопатоподобными состояниями истеро-возбудимого круга. Эти действия

были однотипными, преобладали повреждения лёгкой и средней степеней тяжести – самопорезы, кровоподтёки, ожоги. Больные с психопатоподобными расстройствами пытались с помощью самоповреждающих действий облегчить чувство внутреннего напряжения, ослабить аффект злобы, гетероагрессивные тенденции. Агрессию к окружающим проявляло подавляющее большинство пациентов, причинивших ситуационно-личностные самоповреждения. Многие из обследованных этой группы объясняли самоповреждающие действия желанием «выпустить злость» и тем самым избежать причинения вреда окружающим. 14,3% включённых в выборку больных причинили самоповреждения вследствие кататонии. В рамках кататонического синдрома выделено два варианта аутодеструктивных действий:

- импульсивные самоповреждающие действия;
- стереотипные самоповреждающие действия.

Импульсивные кататонические действия были более тяжёлыми и предпринимались, как правило, однократно. Стереотипные самоповреждающие действия предпринимались многократно, преобладали повреждения лёгкой степени. Хотя все обследованные в той или иной степени обнаруживали расстройства мышления, удалось выделить группу самоповреждений, напрямую связанных именно с «кривой логикой» (10,9% наблюдений). Среди обоснований аутоагрессии встречались следующие: «много размышляла о смерти и решила вырезать слово «смерть» на собственном предплечье»; «порезала себе голени, затем поместила кровь в стеклянную банку и наблюдала, как кровь ведёт себя вне тела»; «нанесла себе ожоги с целью доказать, что она здравомыслящий человек и способна на обдуманные поступки». Подобные высказывания отличались от бредовых суждений отсутствием фабулы, нечёткостью формулировок, что позволило выделить данную группу.

Обсессивно-компульсивные и привычные (автоматизированные) самоповреждающие действия имели место в 5,5% наблюдений. Эти аутодеструктивные акты не причиняли значительного ущерба здоровью. Больные регулярно наносили себе ссадины, кровоподтёки, линейные царапины, неглубокие порезы. При этом сами больные либо понимали неуместность своих действий и хотели бы прекратить их (обсессивно - компульсивные самоповреждения), либо относились к нанесению самоповреждений равнодушно, без заметной эмоциональной реакции, выполняли их как бы механически (привычные, автоматизиро-

ванные аутодеструктивные действия). И лишь в отдельных случаях больные, хоть и причиняли травмы помимо воли, автоматизированно, но испытывали своеобразное удовольствие от ощущения боли. Привычная патологическая аутоагрессия отличалась от кататонических стереотипов тем, что больные во всех случаях помнили собственные действия.

В данном исследовании, посвящённом несуйцидальной аутоагрессии, не удалось выявить отчётливых корреляций между самоповреждениями и депрессией, характерных для суицидальных попыток. Самоповреждения были коморбидны депрессии лишь в 3,3% наблюдений. Часто сопутствовавшая галлюцинаторно-бредовым и другим психопатологическим проявлениям депрессия, по-видимому, способствовала нанесению самоповреждений, но не являлась их основным источником. В данной группе самоповреждения наносились с целью ослабить тяжесть депрессивных переживаний, то есть являлись, по существу, попыткой ухода из тягостной, непереносимой ситуации. Имели место лёгкие травмы - ожоги, порезы острыми предметами, кровоподтёки. Таким образом, несуйцидальная аутоагрессия при депрессии встречалась редко и принципиально отличалась от депрессивных суицидальных действий.

Таким образом, во всех включённых в выборку наблюдениях, несуйцидальные аутоагрессивные действия были коморбидны одному из психопатологических синдромов. Подобная связь не всегда прослеживается при суицидальных действиях. Понятие мотивации оказалось применимым к самоповреждениям лишь до определённой степени, чем несуйцидальная аутодеструкция принципиально отличается от суицидальной.

Феноменология и динамика изученных проявлений несуйцидальной аутоагрессии отражали также и специфический синдромокинез, характерный для шизофренического процесса. Самоповреждения носили различный характер в зависимости от давности начала заболевания, ведущего психопатологического синдрома, особенностей и частоты обострений, выраженности личностного дефекта.

Для выявления соотношений несуйцидальной аутоагрессии с формами шизофрении самоповреждения разделены на психотические и непсихотические. Психотические самоповреждения были коморбидны параноидной шизофрении и шизофреноформному расстройству, непсихотические – шизотипическому расстройству и остаточной шизофрении. На фоне всех означенных форм наносились как лёгкие, так и тяжёлые са-

моповреждения. И те, и другие самоповреждения в большинстве случаев невозможно было предотвратить. Но факторы, делающие непредсказуемыми психотические и непсихотические самоповреждения, были различными. Психотические самоповреждения наносились вследствие неожиданного изменения психического состояния больных, а непсихотические – в силу «кривой логики», расстройств волевой сферы, личностной патологии, когда больные не могли разрешить некий конфликт социально приемлемым способом.

Выводы:

1. Неслучайные самоповреждения без цели лишения себя жизни принципиально отличаются от суицидальной аутоагрессии. В отличие от суицидов, самоповреждения чаще всего носят вторичный характер по отношению к продуктивной психотической (галлюцинаторно-параноидной, кататонической) или непсихотической (психопатоподобной, обсессивно-компульсивной) симптоматике.

2. Несуйцидальная аутоагрессия представляется менее прогнозируемой, чем суицидальная. Для предупреждения самоповреждающих действий без цели ухода из жизни следует руководствоваться иными диагностическими критериями, чем для профилактики суицидов.

3. Ведущая роль в предупреждении повторных самоповреждений должна отводиться психофармакологической терапии эндогенно - процессуальных расстройств.

4. Для устранения или ослабления аутодеструктивных тенденций показана и психотерапия, преимущественно когнитивно - поведенческого типа.

Литература:

1. Агазаде, Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней / Н.В. Агазаде // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1989. – 43 с.
2. Амбрумова, А.Г. Диагностика суицидального поведения / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.
3. Бойко, И.Б. Виды самоповреждений у осужденных в местах лишения свободы / И.Б. Бойко // Журн. Судебно-медицинская экспертиза. – 1992. – №4. – С. 20-22.
4. Завальнюк, А.Х. Краткий словарь судебно-медицинских терминов / А.Х. Завальнюк. - Киев, 1982. - С. 129.
5. Личко, А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко / Сб. статей под ред. А. Е. Личко, Ю. В. Попова. – Сборник научных трудов Ленинградского научно-исследовательского психоневролого-

- гического института им. Бехтерева. – 1991. – Т. 128. – С. 121-124.
6. Макеев, А.А. Аутоагрессия как фактор дезадаптации среди несовершеннолетних при отбывании наказания / А.А. Макеев // Социальное и душевное здоровье ребёнка и семьи. – М., 1998 – 128 с.
  7. Никаноров, А.И. Характеристика мотивационного спектра у суицидентов в современных условиях / А.И. Никаноров // Актуальные вопросы современной медицины. – Новосибирск, 1998. – 224 с.
  8. Прозоровский, В.И. Классификация случаев умышленного изменения состояния здоровья / В.И. Прозоровский // Труды НИИ судебной психиатрии. – М., 1949. – С. 73-77.
  9. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская – М., Медицина, 1986. - С. 276-282.
  10. Шустов, Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм / Д.И. Шустов: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 51 с.
  11. Cantor, C. Suicide risk for parasuicidal repeaters / C. Cantor, P. Burnett // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 159. – P. 440.
  12. Chatterton, R. Parasuicide in people with schizophrenia / R. Chatterton // Aust. N-Z. J. Health-Nurs. – 1995. – Vol. 4, № 2. – P. 83-86.
  13. Dallam, S.J. The identification and management of self-mutilating patients in primary care / S.J. Dallam // Nurse Pract. – 1997. – Vol. 22, № 5. – P. 151-153.
  14. Fenerlein, W. Attempt Suicide or Parasuicidal Act? / W. Fenerlein // Foreign Psychiatry. – 1974. – Vol. 3, № 1. – P. 19-27.
  15. Lester, D. A classification of acts of attempt suicide / D. Lester // Perceptual and Motor Skills. – 1984. – Vol. 70, № 3. – P. 1245-1246.
  16. Stengel, E. Attempted suicide / E. Stengel // Br. J. Psychiatry. – 1970. – Vol. 116. – P. 237-238.
  17. Simeon, D. Depersonalization disorder and self-injurious behavior / D. Simeon, D.J. Stein, E. Hollander // J. Clin. Psychiatry. – 1995. – Suppl. 4. – P. 36-39.
  18. Suomen, K. Mental disorders and comorbidity in attempt suicide / K. Suomen, K. Henriksson // Acta Psychiatr. Scand. – 1996. – Vol. 94, № 4. – P. 234-240.

## ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЙ АУТОАГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*С.Д. Левина*

Российский ГМУ, г. Москва

Рассматриваются отличия несуицидальных аутоагрессивных актов от суицидальных у больных шизофренией. В исследование включены больные, предпринявшие любые неслучайные аутоагрессивные действия без цели ухода из жизни (81 больной шизофренией и 22 – с другими нозологическими формами, составившими группу сравнения). В ходе исследования было показано, что неслучайные самоповреждения без цели лишения себя жизни отличаются от суицидальной аутоагрессии. В отличие от суицидов, самоповреждения чаще носят вторичный характер по отношению к продуктивной симптоматике, менее прогнозируемые. По мнению автора в предупреждении повторных самоповреждений ведущая роль должна отводиться психофармакологической терапии эндогенно - процессуальных расстройств.

## PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS SUICIDE AND NONSUICIDE AUTOAGGRESSION PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

*S.D. Levine*

Russian State Medical University, Moscow

Considered differences non suicide autoaggressive acts of suicide in schizophrenic patients. The study included patients who take any nonrandom autoaggressive action without a purpose of life care (81 patients with schizophrenia and 22 - with other nosological forms, up the comparison group). The study showed that non-random self-injury without intent to deprivation of a life different from suicide autoaggression. In contrast to suicide, self-harm often are secondary in relation to the productive symptoms, less predictable. According to the author in the prevention of repeated self-harm should be given the leading role of psychopharmacological treatment of endogenously-procedural disorders.

## ВЕРОЯТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, А.С. Чухров*

Педагогический университет, г. Новосибирск

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

Сибирский государственный университет телекоммуникаций и информатики, г. Новосибирск

E-mail авторов: mba3@sibmail.ru, nsk217@rambler.ru

С точки зрения синергетики или теории диссипативных систем И.Р. Пригожина, живой организм можно рассматривать как саморегулирующуюся систему, деятельность которой направлена на сохранение гомеостаза и усиление адаптации [13]. Его состояние определяется динамиче-

скими переменными, среди которых условно различают консервативные и диссипативные (от англ. dissipation – диссипация, рассеяние, потеря, исчезновение) [10]. Диссипативная система – это открытая, нелинейная, самоорганизующаяся система, существующая в определенных времен-

ных интервалах и стремящаяся к трансформации в новые диссипативные структуры через стадию динамического хаоса. Диссипативные структуры образуются и присутствуют везде - и в социуме, и в биосфере, и в химических превращениях, и в космических, и в земных системах. Природные, климатические, экономические и популяционные катаклизмы также развиваются по этим механизмам [5, 11]. В организме человека совокупность динамически сменяющих друг друга диссипативных состояний определяют его здоровье [3, 4].

Существуют некоторые признаки диссипативной системы. Это отсутствие пропорциональности между импульсом и результатом, когда малые раздражители могут вызвать большие последствия. Выявление этих переменных, которые определяют поведение системы, или аттракторов, представляет определенную сложность ввиду их множественности. Аттракторы могут способствовать усилению адаптации или дезадаптации (патологическому состоянию). Сложные многокомпонентные системы, какими являются живые организмы, характеризуются невозможностью прогнозирования их поведения, даже при детальном изучении каждой их составляющей. Они отличаются способностью к автоматической организации, независимо от внешних воздействий [15, 16]. Главным теоретическим результатом применения теории хаоса в физиологии и медицине явились представления о важной положительной роли нелинейности и хаоса в поддержании гомеостаза и обеспечении выживания [6].

Суицидальное поведение человека – чрезвычайно сложный вариант дезадаптивного поведения, развивающийся под влиянием комплекса условий окружающей среды и внутреннего мира. Для анализа суицидального поведения применимы методы синергетики, которые позволяют адекватно оценить многофакторный процесс и прогнозировать его исход. С этой точки зрения, организм является диссипативной системой не с детерминированными, а с вероятностными динамическими состояниями. Наблюдения показывают, что риск суицидов увеличивается в периоды изменений, кризисов, или при маргинальных жизненных ситуациях. Суицидальное поведение характерно для кризисных возрастных периодов – юношеского и старческого возрастов [1]. Большое значение для развития суицидального поведения имеет способность индивида давать разумную оценку происходящему, адекватно эмоционально переживать жизненные события, а также наличие религиозных установок на запрет самоубийства. Для развития психоэмоциональной дезадаптации играют важную роль такие

качества как интровертность, тревожность, склонность к депрессии [7, 9]. Состояние дезадаптации, с точки зрения синергетики, является точкой бифуркации, в которой резко возрастает роль случайных, слабых внешних или внутренних импульсов, которые могут сыграть решающую роль в принятии решения о самоубийстве.

Изменение настроения или переключение с одной эмоции на другую не могут быть адекватно описаны с помощью линейных моделей. В детерминистической системе хаос определяется как непредсказуемое поведение, внешне лишенное законов, не контролируемое рациональными правилами. Однако, как показали современные исследования, непредсказуемость жизнедеятельности улучшает адаптивность [2]. Применение теории хаоса для описания механизмов насильственной смертности приведет к более глубокому пониманию проблемы суицида, чем традиционные взгляды.

Определяющим аспектом в функционировании хаотических систем является их склонность к бифуркациям, то есть к быстрым изменениям динамики системы. Такие же быстрые изменения состояния являются важной характеристикой деятельности коры головного мозга, например, переход от сна к бодрствованию, от одной эмоции к другой, или внезапная смена маниакального состояния на депрессивное и обратно – в случае биполярных аффективных расстройств [6]. Незначительное событие может включить развернутые переживания в доли секунды, мгновенно приведя к большим изменениям в мозге и в поведении, например, к потере контроля над происходящими событиями.

Другой принципиальной характеристикой хаотических систем является критическая зависимость от минимального изменения начальных условий, в результате чего малые различия в исходных условиях приводят к большим изменениям финального состояния. Эта важная фундаментальная характеристика хаотической системы приводит к выводу о невозможности длительных прогнозов сложных нелинейных систем. Такие слабые воздействия, как гелиогеометеофакторы, могут приводить к изменению динамики всей системы и к фатальным последствиям. Однако даже если удастся создать уравнение такой системы, то ничтожная погрешность определения текущих условий сведет на нет точность предсказаний.

Потенциальный суицидент особенно чувствителен к слабым воздействиям, он почти всегда находится в точке бифуркации. Особенно это касается стрессофильных личностей, например,

ветеранов войн, больных алкоголизмом. Они чаще других пребывают в кризисных (бифуркационных) состояниях и имеют выраженный аутодеструктивный драйв, который проявляется в злоупотреблении алкоголем. То же самое можно сказать о личности, склонной к несчастным случаям, травмам, неприятностям. Такие типы людей описаны психологами. Вероятно, есть генетически детерминированные свойства психики, сочетание которых в определенных социальных условиях способствует развитию авитальной активности и аутодеструктивного драйва. При анализе конституционально-личностных факторов парасуицидентов нами выявлено, что им часто свойственна интровертированность, которая определяется особенностями взаимодействия активирующей (восходящей) ретикулярной формации с лобной корой. Интроверты отличаются особой силой влияния эмоций. Назначение эмоций – трансформация потребностей по пути наименьшего сопротивления [12]. Эмоции автоматически указывают на все наиболее доступное в данной ситуации, применительно к существующим в данный момент потребностям субъекта. Эмоция является непосредственным откликом на воздействующий фактор, а процесс переработки информации мозгом происходит подсознательно. При этом на уровне подсознания могут формироваться суицидальные намерения, которые поэтому наиболее опасны.

Согласно потребностно-вероятностной теории эмоций П.В. Симонова (1984), в период совершения суицидального действия происходит взаимодействие нейрофизиологических процессов: помимо эмоционального реагирования включаются механизмы прогнозирования вероятности удовлетворения потребности. При этом результат на основании прошлого опыта становится предсказуемым. Функциональные системы организма в новых условиях жизнедеятельности позволяют из хаоса выбрать необходимые элементы и направить свою деятельность к нужной цели [14]. В случае суицида наблюдается ограничение числа степеней свободы выбора, а конечный результат – свобода от проблем – достигается кратчайшим путем.

Теоретически наиболее вероятно, что после разрушения субструктуры суицидальной доминанты, организм с сохраненной самоорганизацией возвратится в онтогенетически запрограммированное состояние относительного здоровья, на нормальную траекторию развития. Синергетический подход позволяет предположить, что спонтанный переход или трансформация из нормального состояния в состояние пресуицида может

происходить только через случайные или направленные воздействия на систему в точках бифуркации, инициирующих перевод системы в стадию «динамического хаоса» [10]. И, если перепада энергии достаточно, система скачкообразно переходит в другое энергетическое состояние, что оптимизирует траектории дальнейшего развития целостной диссипативной системы организма человека и способствует ее переходу из бифуркационной ветви «относительное здоровье» на траекторию «декомпенсация» и суицид.

Синергетическая парадигма при изучении суицидальной активности человека позволяет понять и даже предвидеть неожиданные на первый взгляд аутодеструктивные тенденции. Бифуркационные траектории эволюции суицидальной активности как динамического заболевания, у отдельного пациента находятся в зависимости от времени, силы и качества воздействия на него различных внешних и внутренних факторов. Суицидальный импульс может пойти в сторону уменьшения или усугубления и превратиться в действие; по пути компенсации или декомпенсации, в зависимости от случайных синхронизирующих (регулирующих, гармонизирующих) или десинхронизирующих воздействий.

Психологический механизм попыток самоубийства близок к механизму короткого замыкания. Незавершенный суицид способствует отреагированию, приносит временное облегчение и приводит к переоценке психотравмирующих обстоятельств. Речь идет о возможности проявления какой-либо активности (в субъективно безвыходной ситуации), необходимой для стеничной личности с напряженным аффектом. Иной аспект психологического смысла суицидных попыток заключается в эмоциональной зависимости пациентов от сверхзначимых любовных или социальных отношений при отсутствии иных удовлетворяющих связей. Суициденты не видели для себя возможности существования вне этих отношений, даже если ситуация складывалась неприемлемым для них образом. Тому, что поиск выхода из конфликтной ситуации заканчивался для пациентов суицидными действиями, способствовала также пониженная способность суицидентов к защите собственной личности путем формирования компенсаторных защитных механизмов.

Например, «эпидемия» суицидальной активности в одном из поселков Республики Саха Якутия показала, как совокупность гелиогеофизических воздействий в наблюдаемый период совпала с социально-психологическими факторами, усугубив кризисное состояние и спровоцировав трагические последствия. Такие же эпизоды наблю-

дались в Республике Тыва в 1994 году [14]. В период высокой солнечной активности, весной, при повышенных показателях приливных сил тяжести и принадлежности к «группе риска» (отсутствие занятости и неопределенные жизненные перспективы) наблюдалась необычайно высокая частота самоубийств.

Несмотря на то, что достигнут определенный прогресс в идентификации временно-зависимых стрессовых адаптационных изменений в специфических нейронных структурах головного мозга, для изучения патогенеза самоубийств или несчастных случаев с летальным исходом эти знания малоприменимы по понятным причинам. Временная зависимость здесь обозначает, что для того, чтобы такие патологические изменения возникли и летальный исход совершился, необходимы определенные условия. Воздействие стрессоров должно достигнуть критической величины в точке бифуркации, то есть речь идет о критической экспозиции [13]. Индивиды с различными конституционально-личностными факторами различаются по величине этой критической экспозиции, причем для подавляющего большинства суицидальная патологическая доминанта никогда не сформируется и контроль над своей жизнью никогда не ослабнет.

Абстрагируясь от вопроса о том, почему у части индивидов необходима большая критическая экспозиция стрессоров, а у других меньшая, берем на себя смелость утверждать, что основными условиями смертности от самоубийства можно считать именно достижение индивидуального уровня критической экспозиции определенных факторов (гелиогеофизических, метеорологических, социальных, индивидуально-личностных и других), необходимых и достаточных для патологических изменений на нейронном уровне, формирующих суицидальную доминанту или критически снижающих контроль, что обуславливает развитие комплекса специфических психических и поведенческих феноменов, провоцирующих суицид.

В качестве факторов, провоцирующих самоубийство или несчастный случай, могут выступать природные влияния, которые накладываются на патологический фон: острое алкогольное опьянение, хроническая алкогольная интоксикация, характерологические особенности личности, предрасполагающие к импульсивным, демонстративным или хорошо продуманным суицидальным актам, кризис личности. Наши статистические исследования показали наличие таких слабых однонаправленных корреляций между природными факторами и суицидами в разных

возрастных группах у лиц обоего пола, что свидетельствует о существовании связи между ними [8].

Природные флуктуации влияют на психику – это доказано нами на примере несчастных случаев. Положительные корреляции между суицидами и несчастными случаями подтверждают предположение о том, что агрессивность, аутоагрессия и потеря контроля над собственной жизнью, которые предшествуют насильственной смерти, имеют общую природу и представляют собой неустойчивые динамические состояния организма в целом [8].

Ретроспективный анализ суицидов (психологическая аутопсия), изучение некоторых личностных особенностей парасуицидентов, злоупотребляющих алкоголем, показал, что суициду всегда предшествует кризисная ситуация, состояние неравновесия, в котором есть варианты для выбора способа реагирования, или точка бифуркации. В этой точке незначительное внешнее или внутреннее воздействие может вывести систему из равновесия и способствовать выбору смерти, послужив толчком для реализации суицидального замысла.

Несчастному случаю предшествует снижение внимания, контроля, имеет место подверженность психосоциальной дезадаптации, обусловленная нейрофизиологическими и другими особенностями, а в критические моменты усиливается чувствительность к гелиогеометеофакторам, что увеличивает риск смерти от внешних причин.

Суммируя полученные результаты, можно заключить, что первым, общим компонентом совокупности условий, необходимых для достижения критической экспозиции, является наличие у индивида специфических психофизиологических и нейрофизиологических особенностей, облегчающих формирование суицидальной доминанты или склонности к потере контроля. Второй компонент совокупности условий – эмоционально-психологический конфликт, формирующий конкретное результирующее побуждение. Большую роль в этом случае играет алкоголь. И, наконец, гелиогеофизические и метеорологические факторы могут играть роль последней капли, усиливающей действие компонентов до критической величины.

Таким образом, согласно современной естественнонаучной методологии, опирающейся на теоретические положения эволюционно – синергетической парадигмы, суицидогенное или неосторожное поведение является следствием влияния комплекса физических, социальных и личностных факторов и проявляется закономерно в результате их взаимодействия.

Если рассматривать самоубийство или несчастный случай с летальным исходом как событие, поддающееся вероятностному прогнозированию, то можно представить следующую математическую модель этого события.

Полная вероятность самоубийства (несчастного случая)  $P(C)$  определяется наличием кризисного состояния  $K$ . Вероятность этого кризисного состояния  $P(K)$ , в свою очередь, зависит от появления следующих событий:

$A_1$  – комплекс показателей, объединяющий конституционально–личностные факторы, например, выявленная в процессе исследования характерная для парасуицидентов интроверсия или повышенная тревожность, особенно ее импрессионный компонент;

$A_2$  – комплекс показателей, объединяющий аффективные ситуационные переживания;

$A_3$  – комплекс показателей, характеризующий отдельные компоненты социальной адаптации;

$A_4$  – комплекс показателей состояния соматического здоровья;

$A_5$  – комплекс показателей, включающий внешние природные влияния и их сочетания.

В соответствии с правилом сложения вероятностей для определения априорной вероятности появления кризисного состояния можно записать:

$$P(K) = \sum_{n=1}^5 A_n,$$

где обозначение  $\bigcup_{n=1}^5 A_n$  – объединение событий  $A_n$ , то есть такое событие, которое зависит от появления хотя бы одного из событий  $A_{1-n}$ . Теперь по формуле полной вероятности можно определить вероятность самоубийства (несчастного случая):

$$P(C) = P(K) \cdot P(C/K),$$

где запись  $P(C/K)$  обозначает апостериорную вероятность события  $C$  при условии, что наличествует событие  $K$ .



Рис. 1. Вероятностная модель смертности от внешних причин.

В виде рисунка эту математическую модель можно представить следующим образом (рис. 1).

Отдельные факторы могут либо способствовать углублению кризисного состояния, либо способствовать адаптации. Исход в виде самоубийства или несчастного случая носит вероятностный характер, поэтому стрелка проведена пунктирной линией.

Изменения параметров внешней среды в сочетании с социальными и психологическими факторами могут выступать в роли провоцирующих факторов немотивированных поступков, что проявляется на уровне популяции в виде повышения показателя частоты самоубийств и несчастных случаев. При определенных условиях на внешние раздражители организм отвечает не адаптивно-приспособительными реакциями, а аутодеструктивными аффектами. Сочетание внешних влияний может накладываться на патологический психоэмоциональный фон, острое алкогольное опьянение, хроническую алкогольную интоксикацию, характерологические особенности личности, предрасполагающие к импульсивным, демонстративным или хорошо продуманным суицидальным актам, и становится пусковым моментом суицидального действия, что и является причиной некоторых немотивированных (с точки зрения здравого смысла) самоубийств и пусковым моментом для самоубийств, имеющих внешнюю причину.

Литература:

1. Амбрумова, А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А.Г. Амбрумова // Психологический журнал. – 1985. – Том 6, № 6. – С. 107-115.
2. Афтанас, Л.И. Эмоциональное пространство человека: психофизиологический анализ / Л.И. Афтанас. – Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 2000. – 126 с.
3. Кершенгольц, Б.М. Алкоголь, экология и здоровье человека: физиологические и биохимические реакции организма на экотоксиканты, пути их оптимизации / Б.М. Кершенгольц, Т.В. Чернобровкина, О.Н. Колосова и др. // Наркология. – 2004. – № 7. – С. 45-54.
4. Небрат, В.В. Технология управления диссипативными состояниями человека / В.В. Небрат, Е.В. Рабинович // Наука и будущее человечества; идеи, которые изменят мир / Мат. 7-ой Международной конференции. 14-16 апреля 2004. – Москва. – С.113-117.
5. Несмянович, Э.И. Непериодические быстропротекающие явления в окружающей среде / Э.И. Несмянович. – Томск, 1988. – 93 с.14
6. Николис, Дж.Г. От нейрона к мозгу / Дж.Г. Николис, А.Р. Мартин, Б.Дж. Валлас и др. / Пер. с англ. П.М. Балабана, А.В. Галкина, Р.А. Гиниатуллина и др.– М.: Едиториал УРСС, 2003. – 672 с.
7. Опенко, Т.Г. Психологические аспекты демонстративного суицидального поведения у пожилых людей

- / Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова, В.И. Хаснулин, В.М. Аврукин // Социокультурные проблемы современного человека. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. – Ч. 2. – С. 116–119.
8. Опенко, Т.Г. Системный анализ феномена самоубийства / Т.Г. Опенко // Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2009. – 116 с.
  9. Опенко, Т.Г. Суициды, парасуициды и алкоголь / Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова, В.М. Аврукин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2007. – № 1. – С. 17–20.
  10. Пригожин, И. Время, хаос, квант / И. Пригожин, И. Стенгерс. – М., 1994. – 264 с.
  11. Судаков К.В. Теория функциональных систем / К.В. Судаков. – М.: Медицинский музей, 1996. – 95 с.
  12. Фресс, П. Эмоции. Экспериментальная психология / П. Фресс. – М., 1975. – Вып. 5.
  13. Хакен, Г. Тайны природы. Синергетика: учение о взаимодействии / Г. Хакен. – Москва-Ижевск: Институт компьютерных исследований, 2003.
  14. Чухрова, М.Г. Патологические и психосоматические аспекты потребления алкоголя в Туве / М.Г. Чухрова, С.А. Курилович, В.П. Леутин. – Новосибирск-Кызыл: Изд-во СО РАМН, 1999. – 148 с.
  15. Elbert, T. Chaos and Physiology: deterministic chaos in excitable cell assemblies / T. Elbert, W. Ray, Z. Kowalik et al. // Physiol. Rev. 74. – 1994. – Vol. 74, № 1. – P. 47.
  16. Musso, C. Histological glomerular patterns as chaotic attractors / C. Musso, J. Bezic, S. Christiansen, L. Algranati // Electron. J. Biomed. – 2007. – № 1. – P. 21.

## ВЕРОЯТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, А.С. Чухров

Педагогический университет, г. Новосибирск  
НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск  
Сибирский ГУТИ, г. Новосибирск

Проанализирована роль совокупности социальных, личностных и природных факторов в развитии суицидального поведения, показано взаимодействие комплекса факторов окружающей среды и внутренних переживаний и разработана математическая модель суицидального поведения с точки зрения теории диссипативных систем И.Р. Пригожина.

## PROBABILISTIC MODELS OF SUICIDAL BEHAVIOR

M.G. Chukrova, T.G. Openko, A.S. Chukrov

Pedagogical University, Novosibirsk, Russia  
IIM SB of Russian Academy of Medical Science, Novosibirsk, Russia  
The Siberian State UTI, Novosibirsk, Russia

We analyzed the role of totality of social, personal and environmental factors in the development of suicidal behavior, and showed a complex interaction of environmental factors and internal experiences, and developed a mathematical model of suicidal behavior in I. Prigogine dissipative systems theory terms.

## ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С.В. Пронин, Т.С. Баданова, Д.А. Карпачев, В.С. Пронин

Наркологическая больница «Витар», г. Новосибирск

E-mail авторов: svpronin@rambler.ru

Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, самоубийства, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, а также различные болезни внутренних органов [1]. Так по данным литературы отмечается, что непреднамеренные, несмертельные передозировки опиоидов более распространены, чем попытки самоубийства (58% против 32%) среди опиоманов. Играла роль и история психических расстройств (депрессия, наличие тревожных расстройств). Пограничные расстройства личности были чаще связаны с попытками самоубийства. Кроме того, те, кто имел такую историю поведения, имели более тяжелый клинический профиль, который включал чрезмерное употребление наркотиков, психологические расстройства и травмы в детском возрасте. Делается заключение, что несмер-

тельные передозировки опиоидов в сравнении с теми лицами, кто пытался покончить с собой, имеют различные клинически значимые проблемы, требующие различного подхода к профилактике [2].

В рамках многопрофильной модели мониторинга тенденций распространенности наркоманий в Сибири и тяжести социальных последствий употребления наркотиков и вызванных им последствий [5], представляется важным рассмотрение социо- и хронобиологических аспектов летальных передозировок, т.е. самоагрессивного поведения. Это позволяет глубже понять механизмы возникновения и развития патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ), оценить риск передозировок и определить наиболее целесообразные временные схемы терапевтических и профилактических

мероприятий. Так, например, одна из особенностей возрастного интервала 12-18 лет – развитие кризиса идентичности, или ролевого смещения, которое проявляется в трех основных сферах поведения подростков: проблема выбора карьеры; выбора референтной группы и членство в ней (реакция группирования со сверстниками по А.Е. Личко); употребление алкоголя и наркотиков, которое может временно ослабить эмоциональные стрессы и позволяет испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности [3]. Достаточно известно и о сезонности некоторых психотических нарушений, агрессивного поведения [4]. Отмечено, что максимум депрессивных состояний приходится на раннюю весну [6]. Существует определенная методология ритмологических и экономических исследований при психических заболеваниях [7].

Цель исследования: выявление факторов влияющих на аутоагрессивное поведение (наркотические передозировки) у немедицинских потребителей опиатов.

Методология исследования.

Критерии включения в исследование:

1) диагноз, зависимость от ПАВ и абстинентные проявления, установленные в соответствии с критериями DSM-IV (1994) & DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Association American Psychiatric Association, 2000) и ICD-X;

2) у пациентов на момент госпитализации по критериям ICD-X верифицирована вторая стадия зависимости (F11.xx2), т.е. сформирована клиническая картина последствий приема опиатов (немедицинское применение), включавшая психическую зависимость, абстинентный синдром, высокую толерантность, соматические и социальные последствия, связанные с употреблением наркотика;

3) письменное согласие больного после получения информации о предлагаемой системе медицинской помощи;

4) первичное обращение (D0) – консультирование перед госпитализацией;

5) наличие клинко-психопатологического обследования, с обязательным отражением в анкете структуры потребления ПАВ.

К критериям исключения относились: 1) острые инфекционные заболевания; 2) наличие эндогенных психических расстройств.

Общая характеристика пациентов: 567 пациентов – немедицинских потребителей опиатов, обратившихся в клинику с 2003 по 2008 гг. в возрасте  $27,9 \pm 7,1$  лет, среди них 84% мужчин.

Средний балл депрессивных проявлений у исследуемых по шкале Бека на момент госпитализации составил  $21,4 \pm 9,4$  балла. Гендерных отличий по самооценкам не выявлено ( $P=0,013$ ).

Исследование патопсихологических изменений проводилось на основе оценки депрессивных реакций (Beck's Depression Inventory, 1961). Опросник включал 20 тестовых шкал, позволяющих после их количественной обработки показать уровень депрессии и близких к ней состояний. Анализировались шкалы: настроение; пессимизм, чувство несостоятельности, неудовлетворенность, чувство вины, ощущение наказания, отвращение к самому себе, идеи самообвинения, суицидальные мысли, слезливость, раздражительность, нарушение социальных связей, нерешительность, образ тела, утрата работоспособности, нарушение сна, утомляемость, утрата аппетита, потеря веса, охваченность телесными ощущениями, утрата либидо.

Исследование структуры потребления ПАВ. Опросник включал интервальные шкалы по интенсивности потребления за последний месяц: алкоголя, анаши, галлюциногенов, героина, кокаина, кустарных опиатов, трамала, психостимуляторов, снотворных, барбитуратов, седативных, насвая и прочих веществ (вписывались в отдельную строку).

Результаты исследования.

При анализе данных (рис. 1) можно отметить, что у наркотических аддиктов теряется временная чувствительность и связанная с этим актуальность акцента (проявление инстинкта самосохранения) на опасные последствия приема наркотиков.

Выделяются три временных отрезка, где самый высокий риск летальных передозировок проявляется на первом-втором году развития наркотической зависимости.

Далее был проведен сравнительный анализ шкал самооценочного опросника Бека, которые вероятнее всего могли ассоциироваться с агрессивностью.

Это чувство вины (шкала «Д»)  $1,48 \pm 0,90$  баллов (различия по полу – ANOVA тест  $P=0,01$ ;  $F=6,74$ ). Появляется ощущение, что будут наказаны «Е»  $1,32 \pm 1,17$  ( $P=0,393$ ;  $F=0,733$ ). Возрастает отвращение к самому себе «Ж»  $0,80 \pm 0,76$  ( $P=0,343$ ;  $F=0,901$ ). Выявляются идеи самообвинения «З»  $1,08 \pm 0,96$  ( $P=0,873$ ;  $F=0,025$ ). Наплывают суицидальные мысли «И»  $0,53 \pm 0,78$  ( $P=0,046$ ;  $F=4,005$ ). При этом с увеличением возраста пациентов заметны половые отличия в самооценках по всем этим шкалам и наоборот длительность заболевания сглаживала такие отличия.

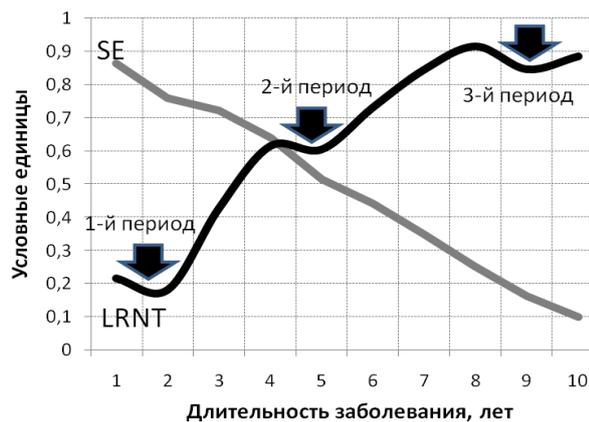


Рис. 1. Пример временного континуума наркотической зависимости (n=567). Гетерогенная цикличность риска передозировок у немедицинских потребителей опиоидов в зависимости от длительности наркотизации. Условные обозначения на трендах: SE – чувствительность; LRNT (Likelihood Ratio Neg. Test) – отношение правдоподобия для отрицательных результатов связанных с передозировками.

Оказалось, что выбранные нами шкалы этого теста между собой значимо взаимосвязаны (P=0,0001) и вопрос о наличии у пациента суицидных мыслей может ассоциироваться с чувством вины (r=0,160), идеями самообвинения (r=0,291) и отвращения к самому себе (r=0,383).

Одновременно мы пытались выяснить, может ли структура потребления ПАВ влиять на приведенные выше самооценки опийных аддиктов.

Таблица 1

Факторная нагрузка основных компонентов связанных со структурой потребления ПАВ, которые могут влиять на аутоагрессивное поведение наркотических аддиктов (n=567)

Тип психоактивного вещества	Компонент	
	первый	второй
Алкоголь	0,072	0,757
Каннабиоиды (анаша)	0,028	0,804
Героин	-0,599	0,345
Снотворные (донормил, имован и т.п.)	0,775	0,165
Седативные (седуксен, феназепам и др.)	0,769	0,139

Можно отметить разнонаправленность воздействия сочетания алкоголя, анаши, снотворных и седативных препаратов (немедицинское применение) с героином. Выделено два значимых фактора, где в первом случае ведущее влияние оказывали снотворные и седативные препараты. Во втором случае наоборот потенцировали формирование суицидных мыслей одновременный с героином прием алкоголя и

анаша (табл. 1). Здесь факторные нагрузки следует понимать как корреляционные коэффициенты между переменными – типом ПАВ и факторами (компонентами), где, чем меньше числовое значение показателя, тем слабее его влияние (макс. = 1).

Полученные нами результаты по диазепамам (седуксен и т.п.) – способность потенцировать самоагрессивное поведение, были отмечены и рядом других исследователей [9]. Также отмечается увеличение агрессивности при одновременном приеме ПАВ стимулирующей направленности (амфетамины и т.п.), седативных средств, алкоголя [11], и здесь сказывается влияние пола пациентов. По наблюдениям G. Gerra [12] агрессивность не характерна для наркотических аддиктов, в том случае если она не отягощена экзогенно органическим фоном, патохарактерологическими особенностями развития личности.

В абстинентный период у героинового аддикта имеющих зависимость и от снотворных препаратов риск появления суицидальных мыслей увеличивается в несколько раз OR=2,05 (ДИ 1,03÷4,09; P=0,034). Возможно, сказывалась наследственность. Так в случаях, когда отмечалась алкогольная или наркотическая зависимость у родителей, вероятность самоназначения снотворных средств и риск аутоагрессивности увеличивался OR=2,18 (ДИ 0,79÷6,01; P=0,104). Необходимо отметить и влияние конституции пациентов. Снижение веса тела и одновременно появление в «химическом» репертуаре аддикта снотворных препаратов должны нацелить врача на уточнение и конечно профилактику возможного аутоагрессивного поведения, где риск может составить OR=2,11 (ДИ 1,85÷2,42; P=0,0001). Обращает внимание, что подавление абстинентных симптомов самостоятельным приемом опийными аддиктами снотворных препаратов оказывает негативное влияние. Одна из причин приема снотворных может быть связана с попыткой ухода от реальности, так у таких лиц ощущение ожидания наказания возрастает OR=2,68 (ДИ 1,23÷5,86; P=0,007). Выясняя влияние на формирование суицидных мыслей различных типов ПАВ можно утверждать, что у наркотических аддиктов (P=0,0001) – курильщиков анаши подавлено восприятие чувства вины (r= -0,123), нет отвержения самих себя (r= -0,059), они не фиксируются на идеях самообвинения (r=-0,078), т.е. на самом деле все это свидетельствует о подавляемом чувстве агрессивности. Хотя по наблюдениям E.M.Koufi [8] при абстинентных проявлениях связанных с прекращением приема анаши, замечено усиление агрессивности на 3-7 день воздержания.

Нами также была проанализирована связь общего уровня депрессивных самооценок с наличием или отсутствием суицидальных мыслей. Условно оценки по депрессии ранжированы на две группы – первая с низким значением  $9,3 \pm 5,3$  и высоким  $24,2 \pm 2,6$  балла, где риск был высоким  $OR=13,66$  (ДИ  $8,95 \div 20,80$ ;  $P=0,0001$ ). Особого внимания требуют пациенты, которые одновременно в самооценочных тестах отмечают появление отвращения к себе –  $OR=13,12$  (ДИ  $3,34 \div 51,55$ ;  $P=0,0001$ ). Эндогенные заболевания (МДП) надо исключать при оценках по тесту Бека более 30 баллов.

#### Обсуждение результатов.

Выяснилось, что проекция агрессивного реагирования «на себя» или на окружающих, меняется в зависимости от того, сочетается ли употребление, например, героина с алкоголем, анашой. Также приемом без медицинского назначения седативных и снотворных препаратов. Обращает внимание, что подавление абстинентных симптомов самостоятельным приемом опиоидными аддиктами снотворных препаратов оказывает негативное влияние. Одна из причин приема снотворных может быть связана с попыткой ухода от реальности. Может быть, поэтому таких людей привлекают всякого рода общины с жестким регламентом пребывания и наказаниями по всякому поводу? Можно согласиться с утверждением Ф. Александера (1995), что враждебные, агрессивные, отчужденные импульсы вызывают чувство вины. Оно, в свою очередь, подавляет возможность человека утвердиться в соревновании с другими. Невозможность самоутвердиться тормозит успешное соревнование с другими, парализует агрессивность и враждебность, которыми впоследствии будут также подавлены чувством вины. Таким путем создается замкнутый круг и это способствует поддержанию аддикции. В общем контексте у наркотических аддиктов предикторами аутоагрессивного поведения будут: длительность заболевания, снижение самооценки, сочетанный прием героина, каннабиоидов, алкоголя, снотворных и седативных средств. Имеет значение и наследственная предрасположенность – алкогольная история их родителей.

В заключении необходимо еще раз подчеркнуть, что у наркотических аддиктов теряется временная чувствительность ответственности за свое здоровье и связанная с этим актуальность акцента (проявление инстинкта самосохранения) на опасные последствия приема любых психоактивных веществ. Выделяются три временных отрезка, где самый высокий риск летальных пе-

редозировок и аутоагрессивного поведения, которое особенно заметно проявляется на первом - втором году развития наркотической зависимости. В последующем на формирование болезни, аутоагрессивности в большей степени будут влиять не только персонологические, личностные особенности, но и психосоматические последствия, вызванные приемом психоактивных веществ.

#### Литература:

1. Чирко, В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза) / В.В. Чирко // Автореф. дисс... док. мед. наук. – Москва, 2001. – 33 с.
2. Are non-fatal opioid overdoses misclassified suicide attempts? Comparing the associated correlates / Maloney E. [et al.] // Addictive Behaviors. – 2009. – Vol. 34, № 9. – P. 723-729.
3. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. Прогресс", 1996. 344с.
4. Чижевский, А.Л. Фактор, способствующий возникновению и распространению психозов / А.Л. Чижевский // Рус.-нем. Журнал. – 1928. – № 9. – С. 479-518.
5. Бохан, Н.А. Научные основы первичной профилактики наркоманий / Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель // Актуальные вопросы пограничных и аффективных состояний. Томск-Барнаул, 1998. – С. 33-35.
6. Corbera, X. Seasonal variations in hemispheric dominance / X. Corbera // J. Interdiscip. Cycle Res. – 1993. – Vol. 24, № 4. – P. 260-263.
7. Корнетов, А.Н. Ритмологические и экономические исследования при психических заболеваниях / А.Н. Корнетов, В.П. Самохвалов, Н.А. Корнетов // - Киев: Здоровья, 1988. – 208 с.
8. Kouri, E.M. Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use / E.M. Kouri, H.G. Jr. Pope, S.E. Lukas // Psychopharmacology (Berl). – 1999. – Vol. 143, № 3. – P. 302-308.
9. Berman, M.E. The effects of diazepam on human self-aggressive behavior / M.E. Berman, G.D. Jones, M.S. McCloskey // Psychopharmacology (Berl). – 2005. – Vol. 178, № 1. – P. 100-106.
10. Ben-Porath, D.D. The effects of diazepam (valium) and aggressive disposition on human aggression: an experimental investigation / Ben- D.D. Porath, S.P. Taylor // Addict Behav. – 2002. – Vol. 27, № 2. – P. 167-177.
11. Giancola, P.R. Differential effects of past-year stimulant and sedative drug use on alcohol-related aggression / P.R. Giancola, D.J. Parrott // Addict. Behav. – 2005. – Vol. 30, № 8. – P. 1535-1554.
12. Gerra, G. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome / Gerra G. [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2004. – Vol. 75, № 1. – P. 37-45.

ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ

*С.В. Пронин, Т.С. Баданова, Д.А. Карпачев, В.С. Пронин*

Наркологическая больница «Витар», г. Новосибирск

Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, самоубийства, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, а также различные болезни внутренних органов. В основе проведенного анализа данные обсервационного исследования, где было 567 пациента – немедицинских потребителей опиатов в возрасте  $27,9 \pm 7,1$  лет, среди них 84% мужчин. Средний балл депрессивных проявлений по шкале Бека на момент госпитализации составил  $21,4 \pm 9,4$  балла. В абстинентный период у героиновых аддиктов имеющих зависимость и от снотворных препаратов риск появления суицидальных мыслей увеличивается в несколько раз  $OR=2,05$  (ДИ  $1,03 \div 4,09$ ;  $P=0,034$ ). Отмечено, что у наркотических аддиктов предикторами аутоагрессивного поведения являются: длительность заболевания, снижение самооценки, алкогольная зависимость, курение анаши и прием седативных препаратов бензодиазепинового ряда. Установлена корреляционная взаимосвязь между аутоагрессивным поведением и с

некоторыми наследственными факторами (алкоголизм родителей).

PREDICTORS OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR  
IN DRUG ABUSERS

*S.V. Pronin, T.S. Badanova, D.A. Karpachev, V.S. Pronin*

Hospital for the treatment of addiction "Vitar",  
Novosibirsk

The most frequent causes of death of druggies are accidents, suicides, poisonings as a result of overdose, violence, injury, and also different diseases of internal organs. At the basis of the carried out data analysis of the observational of the study of 567 patients - nonmedical users of the opiates at the age of  $27,9 \pm 7,1$  years (84% men). The average mark of depressive manifestations according to Beck's scale at the moment of hospitalization composed  $21,4 \pm 9,4$  marks. In the abstinence period in heroine addiction of those having dependence also on the soporific preparations the risk of the appearance of suicidal thoughts increases several times  $OR=2,05$  (CI  $1,03 \div 4,09$ ;  $P=0,034$ ). It is noted, that the predictors of self-injurious behavior - duration of disease, low self-esteem, polydrug use, drinking, benzodiazepines and cannabis. The correlation between the self-injurious behavior and the some hereditary factors (alcoholism of parents) is established.

---

**СМЕРТНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ САМОУБИЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

*А.В. Сахаров, Н.В. Говорин*

Читинская государственная медицинская академия

E-mail авторов: sakharov-chita@yandex.ru

Россия в течение многих лет является страной с высоким уровнем смертности по причине самоубийств, при этом суициды по числу уносимых жизней стоят на первом месте в структуре насильственной смертности. В тоже время региональные различия по распространенности суицидов в настоящее время достигают 100 раз. Это определяет необходимость изучения дополнительных факторов, влияющих на величину суицидов в конкретных регионах.

Целью исследования: изучение эпидемиологических характеристик суицидов у жителей Забайкальского края.

Методы и материалы.

Первая часть работы основана на анализе данных, полученных при работе с архивными документами, хранящимися в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края, ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю.

Вторая часть исследования осуществлялась в ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-

медицинской экспертизы». Были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших по причине самоубийств за 2010 год из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края. Всего в исследование было включено 354 случая.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение.

Забайкальский край входит в группу регионов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, в 2010 году показатель составил 64,8 на 100000 населения, что на 9,8% ниже, чем в 2009 году (71,8 на 100000 населения). В связи с этим, наш регион по распространенности суицидов стал занимать четвертое место в РФ, хотя в 2009 году занимал вторую позицию, после Чукотского автономного округа.

Такая напряженная ситуация в Забайкальском крае сохраняется начиная с 1993 года, когда

показатель летальности от самоубийств стал превышать 60 на 100000 человек населения, максимальным он был в 2002 году – 93,4 на 100000 населения. Распространенность завершённых суицидов в нашем регионе в 2,5-3 раза выше среднероссийской (23,5 на 100000 человек населения в 2010 году) и в 1,5-2 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе (34,3 на 100000 населения в 2010 году).

Не менее печальным фактом является существенная разница (в 1,5-2 раза) между показателями смертности по причине самоубийств среди населения городских поселений и сельской местности Забайкалья.

Частота суицидов среди сельских жителей еще более высокая, чем в среднем по Краю: 94,9 на 100000 населения в 2009 году. В городских поселениях Забайкальского края регистрируются более низкие показатели самоубийств – 58,7 на 100000 населения в 2009 году.

Среди суицидентов при завершённых суицидах преобладают мужчины, так в 2009 году в Забайкальском крае «мужских» самоубийств было 82,2%, «женских» – 17,8% (соотношение 4,6 : 1). Показатель смертности по причине самоубийств в мужской популяции региона в пять раз выше, чем в женской (123,5 и 24,5 на 100000 населения соответствующего пола в 2009 году). При этом смертность от суицидов среди сельских мужчин и женщин (160,0 и 32,1 на 100 тыс. человек соответственно в 2009 году) в 1,5-1,8 раза выше, чем среди городских (101,8 и 20,4 на 100000 человек соответственно в 2009 году).

Анализ возрастной структуры завершённых суицидов в Забайкальском крае демонстрирует, что среди суицидентов преобладают лица молодого, трудоспособного возраста. Так в 2009 году среди умерших по причине самоубийства детей было 0,9%, лиц в возрасте 15-19 лет – 7,4%, 20-29 лет – 30,7%, 30-39 лет – 21,7%, 40-49 лет – 15,0%, 50-59 лет – 13,1%, 60-69 лет – 3,9%, 70 лет и старше – 6,4%, возраст неизвестен был у 0,9%.

Самая высокая смертность от самоубийств регистрируется в трудоспособном возрасте – 98,1 на 100000 населения в 2009 году, особенно среди мужчин.

При анализе 354 случаев самоубийств в 2010 году установлено следующее. Мужчин среди них было 81,1%, женщин – 18,9%. Суициденты были в возрасте от 11 до 97 лет, средний возраст составил  $39,3 \pm 0,93$  лет.

Проживали с семьей на момент смерти 31,2%, разведенными были 5,9%, вдовыми – 1,6%, холостыми – 36,5%, данных не было у 24,8%. Не работали 63,0%, работающими были

23,8%, учащимися – 2,6%, пенсионерами – 10,6%.

Преобладающим способом совершения завершённых суицидов мужчинами являлось самоповешение (83,7%), далее идут самострелы (7,8%) и самопорезы (2,7%). У женщин-суицидентов самоповешения также стоят на первом месте, но распространенность их ниже, чем среди мужского контингента (72,8%), на втором месте – отравления медикаментами (13,6%), на третьем – отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями (10,2%).

Алкоголь в крови у умерших по причине самоубийства обнаруживался в 59,6%. Средняя концентрация этанола в крови составила  $1,35 \pm 0,08\%$ .

Таким образом, в Забайкальском крае сложилась неблагоприятная ситуация со смертностью населения по причине самоубийств. Показатели смертности от суицидов в регионе, начиная с 1993 года, являются сверхвысокими (более 60 на 100000 человек) и кратно превышают показатели по России и Сибирскому федеральному округу.

Наиболее высокая распространенность завершённых суицидов зарегистрирована среди населения сельской местности (более 90 на 100000), особенно среди мужчин трудоспособного возраста (более 160 на 100000). Поэтому неблагоприятная ситуация с суицидами в Забайкалье, вероятно, как и в других территориях, требует проведения комплексной программы профилактики.

#### СМЕРТНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ САМОУБИЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

*А.В. Сахаров, Н.В. Говорин*

Читинская ГМА

На основе эпидемиологических исследований показано, что начиная с 1993 г. в Забайкальский край входит в группу регионов РФ со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, превышающий 60 случаев суицидов на 100000 населения. Максимальный уровень самоубийств регистрировался в 2002 году – 93,4 на 100000 населения. В течение последних лет наметилась положительная динамика – уровень самоубийств снижается: в 2009 г. – 71,8; в 2010 году – 64,8 на 100000 населения.

Среди зарегистрированных в 2010 году 354 случаев суицидов мужчины составляли – 81,1%, женщины – 18,9%; средний возраст –  $39,3 \pm 0,93$  лет. При этом на момент совершения самоубийства проживали с семьей – 31,2%, работали – 23,8%. Среди способов суицида, как у мужчин (83,7%), так и у женщин (72,8%) преобладало самоповешение. Алкоголь в крови при аутопсии обнаруживался в 59,6%, средняя концентрация этанола –  $1,35 \pm 0,08\%$ .

Учитывая общую неблагоприятную ситуацию в регионе, авторы указывают на необходимость проведения комплексной программы профилактики суицидов.

DEATHS DUE TO SUICIDE  
IN THE TRANS-BAIKAL REGION

*A.V. Sakharov, N.V. Govorin*

Chita State Medical Academy

On the basis of epidemiological studies have shown that since 1993 the Trans-Baikal region belongs to a group of Russian regions with ultra-high mortality rate due to suicide, exceeding the 60 cases of suicides per 100000 population. The maximum rate of suicide was recorded in 2002 – 93,4 per 100000 population. In recent years there has been a positive trend -

the suicide rate is reduced: in 2009 - 71,8; in 2010 – 64,8 per 100000 population.

Among those registered in 2010, 354 cases of suicides were men – 81,1%, women – 18,9%, average age – 39,3±0,93 years. In this case, at the time of suicide were living with the family – 31,2%, worked – 23,8%. Among the methods of suicide in both men (83,7%) and women (72,8%) predominated self-hanging. Alcohol in the blood at autopsy was found in 59,6%, the average concentration of ethanol – 1,35±0,08‰.

Given the overall unfavorable situation in the region, the authors point to the need for a comprehensive suicide prevention program.

**СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН И ЕЕ СВЯЗЬ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ  
В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА**

*Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова*

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск  
Педагогический университет, г. Новосибирск

E-mail авторов: mba3@sibmail.ru, nsk217@rambler.ru

Анализ показателей общественного здоровья в отдельных регионах представляет большой интерес с точки зрения прогнозирования популяционного развития на территории Российской Федерации. По интегральному показателю индекса общественного здоровья, который находится в пределах от 0 до 1, Республика Тыва в РФ занимает 80-е место. В городской популяции Тывы индекс общественного здоровья составляет 0,211, в сельской – 0,194 [8]. На общую продолжительность жизни большое влияние оказывает широкое распространение пьянства и алкоголизма в популяции. По употреблению алкоголя Сибирский Федеральный округ занимает второе место в стране, а в самом округе лидирует республика Тыва и Чукотский АО, в которых смерти, связанные с алкоголем суммарно составляют более 40% [7, 8, 11]. Имеется прямая связь между уровнем употребления алкоголя и частотой суицидов в популяции: алкоголизация облегчает и провоцирует суицид благодаря своему растормаживающему эффекту и усилению депрессивных переживаний. В состоянии алкогольного опьянения пытаются покончить с собой половина суицидентов [1, 6]. Кроме того, алкогольное опьянение увеличивает риск травм и несчастных случаев с летальным исходом.

Несчастные случаи, травмы, самоубийства в МКБ-10 классифицируются как смерти от внешних причин и являются важной проблемой современного общества. Смертности от внешних причин часто предшествует психоэмоциональная дезадаптация личности, которая нередко сопровождается авитальными тенденциями. В настоя-

щее время в отношении этих состояний не существует достаточно действенных и своевременных мер профилактики. Самоубийство рассматривается как патология поведения конкретного индивидуума и как непрогнозируемое общественное явление [3, 5, 12], несчастный случай – чаще всего как трагическая случайность.

Цель исследования: изучить вклад смертности от внешних причин в общую смертность в Республике Тыва и проанализировать роль алкогольного потребления как возможной причины смертности от внешних причин.

Материалы и методы.

В исследовании были использованы статистические данные регионального органа Государственной статистики по Республике Тыва: показатели численности населения по полу и возрасту на 1 января 2006 г., данные о смертности от всех причин за 2006 г., а также данные Государственного Комитета статистики Российской Федерации: таблицы смертности 1959-2005 гг. По этим данным был рассчитан вклад смертности от внешних причин в общую смертность в Республике Тыва в 2006 г.

Статистическая обработка данных проводилась в статистической программе SPSS, версия 11.5.

Результаты исследования.

Общая смертность в 2006 г. в Республике Тыва составила 3931 человек (57,6% мужчин и 42,4% женщин) или 12,7/1000 (15,5/1000 у мужчин и 10,3/1000 у женщин). Из них было городских жителей 1725 человек или 10,8/1000 жителей, сельских – 2206 человек, 14,7/1000.

Таблица 1

Структура смертности от всех причин, Республика Тыва, 2006 г.

Код по МКБ-10	Название класса	Мужчины		Женщины		Р
		п	%	п	%	
A00-B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	143	6,3	108	6,5	>0,05
C00-D48	Новообразования	191	8,4	171	10,3	>0,05
I00-I99	Болезни системы кровообращения	666	29,4	695	41,7	0,000
J00-J99	Болезни органов дыхания	116	5,1	80	4,8	>0,05
K00-K93	Болезни органов пищеварения	120	5,3	109	6,5	>0,05
V01-Y98	Внешние причины заболеваемости и смертности	888	39,2	359	21,5	0,000
	Прочие причины	139	6,1	146	8,8	0,001
A00-Z99	Все причины	2263	100	1668	100	--

Средняя продолжительность жизни составила у мужчин 48,1 лет, у женщин – 55,2 лет. Была проанализирована структура смертности по причинам смерти (табл. 1).

Было найдено, что у мужчин внешние причины преобладали в структуре смертности и составили около 40%, болезни системы кровообращения занимали второе ранговое место, новообразования – третье. У женщин на первом месте были болезни системы кровообращения, однако их доля была невелика, зато была высокой доля умерших от внешних причин. Высокую долю в структуре смертности имели инфекционные и паразитарные заболевания.

Сравнение между городскими и сельскими жителями по структуре смертности показало, что у городских женщин была выше доля новообразований, чем у сельских (соответственно 12,8% и 8,4%,  $p=0,004$ ) и ниже доля смертей от болезней органов дыхания (3,6% и 5,8%,  $p=0,037$ ). У мужчин не было найдено значимых различий в структуре смертности между городским и сельским населением.

По таблицам смертности (дожития) для населения Российской Федерации в 1959-2005 гг. (данные Государственного Комитета статистики), было рассчитано среднее количество потерянных лет жизни, которое составило в среднем у мужчин 24,2 года на 1 человека и у женщин 25,4 года на 1 человека, а общее количество составило 98444 потерянных лет. Их распределение по причинам смерти показано в таблице 2.

Таблица 2

Потерянные годы жизни в Республике Тыва, 2006 г.

МКБ-10	Мужчины		Женщины	
	Лет	%	Лет	%
A00-B99	4394	7,8	4275	10,1
C00-D48	2980	5,3	3796	9,0
I00-I99	9976	17,8	10744	25,4
J00-J99	2767	4,9	2413	5,7
K00-K93	2777	4,9	2887	6,8
V01-Y98	28259	50,4	12766	30,2
Прочие	4956	8,8	5453	12,9
A00-Z99	56110	100,0	42334	100,0

Вклад смертности от внешних причин в структуру общей смертности, рассчитанный в виде потерянных лет предстоящей жизни составил у мужчин половину, а у женщин – около 1/3 от их общего количества.

Был проанализирован вклад смертности от самоубийств, убийств, транспортных несчастных случаев и отравлений этиловым алкоголем в общую смертность и смертность от внешних причин (табл. 3).

Смертность от внешних причин в Республике Тыва тесно связана с алкогольным потреблением. Скрининговые исследования по выявлению алкогольного потребления в Республике Тыва показали, что в г. Кызыле до 75% мужчин и до 60% женщин тувинской национальности систематически употребляют алкоголь. Это в 2,5 раза больше, чем среди русских, проживающих на той же территории.

Таблица 3

Вклад социально-значимых причин в структуру общей смертности, мужчины

Код по МКБ-10	Название	п	Доля в структуре в %	Потерянных лет жизни	Потерянных лет на 1 человека
V01-V99	Транспортные несчастные случаи	104	11,7	3564	34,3
X85-Y09	Нападения (убийства)	265	29,8	9084	34,3
X60-X84	Самоубийства	164	18,5	5535	33,7
X45	Случайные отравления алкоголем	106	11,9	2564	24,2
	Прочие несчастные случаи	249	28,0	7512	30,2
V01-Y98	Всего	888	100,0	28259	31,8

Вклад социально-значимых причин в структуру общей смертности, женщины

Код по МКБ-10	Название	n	Доля в структуре в %	Потерянных лет жизни	Потерянных лет на 1 человека
V01-V99	Транспортные несчастные случаи	55	15,3	2028,6	36,9
X85-Y09	Нападения (убийства)	60	16,7	2345,4	39,1
X60-X84	Самоубийства	36	10,0	1608,3	44,7
X45	Случайные отравления алкоголем	58	16,2	1664,9	28,7
	Прочие несчастные случаи	150	41,8	5118,6	34,1
V01-Y98	Всего	359	100,0	12765,8	35,6

В сельской местности уровень систематического потребления алкоголя достигает 85-92%, почти половина подростков до 15 лет имеют опыт тяжелого опьянения. Алкоголизм у тувинцев отличается высокой прогрессивностью и злокачественностью [2]. Эти факты позволяют считать алкоголь одним из значимых факторов высокой смертности от внешних причин в Туве, и именно алкогольное потребление играет роль депопуляционного фактора.

По данным многочисленных исследований, значительная доля больных алкоголизмом и пьяниц заканчивает жизнь самоубийством [2, 4, 7]; для молодых мужчин – тяжелых пьяниц риск самоубийства в 5,1 раза выше в сравнении с трезвенниками, а для алкоголиков – в 9 раз по сравнению с населением [12]. У пьющих людей при сравнении различных социальных и медицинских факторов риска самоубийства очень велика роль алкоголя [10]. То же самое касается смертности в результате транспортных и прочих несчастных случаев, нападений, убийств и других тяжких и фатальных для жизни событий. В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25% по сравнению с 7,4% у лиц из общей популяции, а суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете колеблется в пределах 7-15% [9]. По мнению некоторых авторов, влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидогенно для соматически ослабленных, для подростков и женщин, для лиц, пребывающих в стрессовой ситуации, при социально-психологической дезадаптации [13].

По данным зарубежных авторов, частота страдающих алкоголизмом среди суицидентов составляет от 6 до 30%, а риск суицидальной смерти у больных алкоголизмом сравним лишь с группой больных депрессиями и составляет от 11 до 15% [14]. Н. Henriksson et al. (2003) обнаружили алкогольную зависимость и злоупотребление в 43% случаев самоубийств. А.Г. Амбрумова и соавт. еще в 1980 г. справедливо отмечали несовершенство принятого учета больных алкоголиз-

мом. Авторы определили, что 60% умерших от самоубийств и почти 40% покушавшихся на него постоянно злоупотребляли алкоголем в течение, по крайней мере, последнего года, предшествовавшего суициду [1].

Выводы:

1. Вклад смертности от внешних причин в структуру общей смертности населения в Республике Тыва составляет до 40%.

2. Не доживают своего возраста при смерти от внешних причин до 25 лет жизни, как мужчины, так и женщины.

3. Смертность от внешних причин тесно связана с алкогольным потреблением.

Литература:

1. Амбрумова, А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / А.Г. Амбрумова // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. – М.: Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7-25.
2. Бойко, И.Б. Введение в суицидологию (Пенитенциарный аспект). Ч. 1. И.Б. Бойко. Рязань: Стиль, 1995.
3. Вагин, Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков) / Ю.Р. Вагин. – Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
4. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Э. Гроллман. М.: Когито-центр, 2001. – С. 270-353.
5. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд / Э. Дюркгейм. М., 1994.
6. Немцов, А.В. Потребление алкоголя и насильственные смерти / А.В. Немцов, А.К. Нечаев // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34-36.
7. Немцов, А.В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946-1996 гг. / А.В. Немцов // Алкоголь и здоровье населения России в 1900-2000 гг. / Под ред. А.К. Демина. М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. – С. 98-107.
8. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2009 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 9. – Новосибирск: «Манускрипт», 2010. – 396 с.

9. Пелипас, В.Е. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) / В.Е. Пелипас, Л.Д. Мирошниченко, Б.П. Калачев, В.М. Чернявский // Мат. 12 съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 804-805.
10. Семке, В.Я. Душевные кризисы и их преодоление / В.Я. Семке, Е.М. Епачинцева. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. – 212 с.
11. Чухрова, М.Г. Патологические и психосоматические аспекты потребления алкоголя в Туве / М.Г. Чухрова, С.А. Курилович, В.П. Леутин. Новосибирск-Кызыл: Изд-во СО РАМН, 1999. – 148 с.
12. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 214 с.
13. Юрьева, Л.Н. Кризисные состояния / Л.Н. Юрьева. Днепропетровск, 1998. 164 с.
14. Henriksson, H. Epidemiology of attempted suicide / H. Henriksson et al. // Z. Gesamte Inn. Med. – 2003. – Vol. 46, № 17. – P. 654-656.

#### СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН И ЕЕ СВЯЗЬ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

*Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова*

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск  
Педагогический университет, г. Новосибирск

Изучен вклад смертности от внешних причин в общую смертность в Республике Тыва и проведен анализ роли алкогольного потребления как возможной причины смертности от внешних причин. Использованы статистические данные регионального органа Государственной статистики по Республике Тыва. Показано, что вклад смертности от внешних причин в структуру общей смертности в Республике Тыва составляет до 40%. Количество потерянных лет жизни составляет в среднем 25 лет у лиц обоего пола при смерти от внешних причин. Смертность от внешних причин тесно связана с алкогольным потреблением

#### MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES AND ITS CONNECTION WITH ALCOHOL CONSUMPTION IN TYVA REPUBLIC

*T.G. Openko, M.G. Chukrova*

ИМ, SB of Medicine Science, Russia, Novosibirsk  
Pedagogical University, Novosibirsk, Russia

The authors studied the mortality from external causes and alcohol consumption in Tyva Republic, as a possible cause of mortality. They used the regional statistical data in the Republic of Tyva and shown that the contribution of mortality from external causes in the structure of total mortality up to 40%. Number of lost life-years an average of 25 years in both sexes at the death from external causes. Mortality from external causes closely linked to alcohol consumption

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

### АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1996-2006 гг.

*Э.В. Эльтекова, Н.А. Овсянникова,  
С.В. Петрова, Д.Л. Шаповалов*

Воронежский ОКПНД

С начала 1990-х годов Россия занимает второе место в мире по суицидам после Литвы. Ежегодно в России погибают около 45 тыс. человек. Только в 1995-2003 гг. в России совершили суициды более 500 тыс. человек. Высокая распространенность суицидов ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств для его предупреждения.

Психологи и психиатры, изучавшие феномен суицидального поведения, установили, что основную часть завершенных суицидов и суицидальных попыток дают не пациенты с манифестными формами психической патологии, а лица с пограничными состояниями нервно-психической дезадаптации. Суицидальное поведение этих последних может быть понято как крайняя степень выраженности состояния, описанного в DSM-4 под наименованием «социальное стрессовое расстройство». Основным фактором формирования социального стрессового расстройства является нарушение социальной адаптации на микроуровне, что совпадает со сложившимся в отечественной клинической психологии пониманием суицида как крайней степени социально - психологической дезадаптации личности.

В начале XX века австрийский психиатр Зигмунд Фрейд создал первую психологическую теорию суицида. В ней он подчеркнул роль агрессии, направленной на самого себя. Американский психиатр Karl Menninger детально разработал идеи Фрейда. Он предположил, что все суициды имеют в своей основе три бессознательных взаимосвязанных причины: месть - ненависть (желание убить), депрессия-безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым). Американский психолог Edwin Schneidman, описал несколько наиболее серьезных характеристик суицида. Сюда включается чувство невыносимой душевной боли, чувство

изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также мнение, что только смерть является единственным способом решить все проблемы. Множество суицидов символизируют крик о помощи, а также являются усилиями с целью привлечь внимание к своим проблемам.

Материал и методы исследования.

Нами был проведен анализ динамики экстенсивных (абсолютное число) и интенсивных (количество на 100000 населения) показателей завершенных суицидов в Воронежской области за 11 лет – с 1995 по 2006 г. Суицидоопасные контингенты выделялись по 3 параметрам: пол, возраст, место жительства по административно-территориальному признаку (сельские или городские жители). К суицидоопасным мы относили те контингенты населения, где число суицидов на 100000 составляло 20 и более, что, по данным ВОЗ, является критическим для благополучия данной группы уровнем суицидальной активности.

Результаты и их обсуждение.

Количество завершенных суицидов в 1995 году составило 315, в 2002 году – 618 (максимальный показатель за анализируемый период), в 2006 г. – 511. Всего за анализируемый период покончили жизнь самоубийством 5002 воронежца. Таким образом, за период 1995-2002 гг. отмечался рост суицидальной активности населения в 1,8 раза, который в течение 2002-2006 гг. сменился ее спадом в 1,2 раза. Такую динамику можно связать, прежде всего, с динамикой общей экономической ситуации в стране, с частичным преодолением социально-экономического кризиса 90-х годов XX века. В 1996 г. распространенность завершенных суицидов в Воронежской области составила 12,25 на 100000 населения. В 2002 г. значение данного показателя впервые за анализируемый интервал превысило «порог» ВОЗ и составило 25,59. В интервале 2002-06 гг. наблюдается тенденция к снижению распространенности суицидов, которая в 2006 г. составила 22,08. Однако в течение всего интервала 2002-06 гг. распространенность суицидов Воронежской области превышает пороговый норматив ВОЗ.

Необходимо отметить, что в сравнении со средними данными по Российской Федерации распространенность суицидов в Воронежской области является средней: число самоубийств на 100000 россиян в 2002 г. составило 39,1, а в 2004 году – 34,3. Динамика распространенности суицидов в Воронежской области и в России в целом за период 2002-06 гг. аналогична (тенденция к снижению), что позволяет связать наблюдаемые

изменения с улучшением общей социально-экономической ситуации в стране.

Выводы.

1. Воронежская область относится к числу регионов с умеренным, более низким, чем средний по РФ, уровнем суицидальной активности населения. Общий показатель распространенности суицидов превышает установленный ВОЗ критический порог, что требует укрепления организационной и кадровой базы суицидологической службы.

2. Наиболее выраженный рост распространенности суицидов отмечался в период с 1996 по 2002 гг. После 2002 г. отмечается тенденция к стабилизации суицидальной активности, что можно связать с общим улучшением социально-экономической ситуации.

ANALYSIS OF INDICATORS SUICIDAL ACTIVITY POPULATION OF THE VORONEZH REGION FOR THE PERIOD 1996-2006

*E.V. Eltekova, N.L. Ovsyannikov,  
S.V. Petrova, D.L. Shapovalov*

## ВОПРОСЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

*А.В. Мартусенко, Е.О. Бойко,  
Ю.А. Мьльникова*

Кубанский ГМУ, г. Краснодар

Е-mail авторов: [almart-0@rambler.ru](mailto:almart-0@rambler.ru)

Самоубийства среди военнослужащих в 2000-2002 гг. составили более 25 случаев на 100000 человек, что в 2-3 раза превышает аналогичный показатель в армиях экономически развитых стран мира.

Суицидальные попытки и членовредительство являются одной из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое обследование (Литвинцев С.В. с соавт., 2003; Зиньковский А.К. с соавт., 2004; Фастовцов Г.А., 2004; Вольнов Н.М. и соавт., 2004 и др.).

Актуальность настоящего исследования обусловлена реформированием Вооруженных сил Российской Федерации с переходом на одностороннее несение службы.

Цель исследования: изучение характера, нозологической принадлежности и времени совершения аутоагрессивных действий военнослужащими по призыву.

## Материалы и методы.

Данные основываются на клинико - психопатологическом методе и изучении медицинской документации отделения № 5 ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Департамента здравоохранения Краснодарского края.

Обследовано 80 военнослужащих, признанных в 2009 году негодными и ограниченно годными к военной службе по психическому заболеванию.

## Результаты и обсуждение:

Среди обследуемых 72 человека совершили аутоагрессивные действия. Из них 65 с целью суицида, 7 – без суицидальных намерений. Самым частым способом было нанесение самопорезов (n=64). Значительно реже (n=8) – огнестрельные ранения, попытки повешения и отравления.

В первом полугодии службы было совершено 54 суицидальные попытки, во втором – 11.

Нозологическая принадлежность суицидентов была таковой: расстройства личности и транзиторные расстройства личности – 35,38% (n=23), невротические расстройства – 41,54% (n=27), органические заболевания мозга – 13,85% (n=9), другие – 9,23% (n=6). Обращает на себя внимание преобладание суицидентов из группы невротического регистра. Так для лиц с расстройством личности критическими являются первые 3 месяца, когда совершается более половины суицидов. В группе невротических расстройств их число распределяется довольно равномерно со второго по шестой месяц службы. Страдающие органическим заболеванием головного мозга пытаются чаще всего покончить с собой со второго по седьмой месяц службы. Повторные попытки суицидов совершили 5 человек (8,33%). В последние два месяца службы суицидов не отмечено.

## Выводы:

1. Чаще всего суицидальные попытки совершаются в период адаптации, наиболее трудный период военной службы, что связано с резким изменением жизненного стереотипа, что в целом согласуется с теоретической концепцией суицидов, разработанной А.Г. Амбрумовой.

2. Необходимо проведение работы по актуализации в сознании военнослужащих понимания суицидальной направленности их поведения, по разрушению аутоагрессивных шаблонов реагирования, выработке новых стилей поведения и формированию конструктивных способов достижения удовлетворительного функционирования в обществе и микросоциуме.

Совокупность представленных в исследовании данных может служить основой для дальнейших научных разработок в этом направлении.

## QUESTIONS SUICIDE CONSCRIPTS

*A.V. Martusenko, E.O. Boyko, Y.A. Mylnikova*

### **ХАРАКТЕР ОБРАЩЕНИЙ НА «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» В ПЕРИОДЫ СОЦИАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)**

*Е.А. Кийченко, И.Н. Михайличенко,  
Е.Г. Пурысова*

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

Суицидологическая служба с «Телефоном доверия» была организована для оказания медико - психологической помощи психически здоровым людям, переживающим психологический кризис и лицам с пограничными расстройствами на базе Омской областной клинической психиатрической больницы в 1991 году. «Телефон доверия» (ТД) как дистантный метод экстренной психологической помощи при кризисных состояниях, занял прочные позиции в Омской области, о чём свидетельствует ежегодный рост количества звонков. Основной моделью помощи является краткосрочная кризисная психотерапия. Каждый абонент может получить информацию о получении квалифицированной помощи психотерапевта, психиатра, нарколога и психолога в процессе очного консультирования с соблюдением принципов анонимности и конфиденциальности. До 2010 г. ТД работал как круглосуточный одноканальный, с февраля 2010 г. дополнительно введён ещё один бесплатный дневной ТД. При поддержке Министерства здравоохранения Омской области операторы сотовой связи предоставили возможность получать такую помощь своим абонентам в пределах Омской области бесплатно и круглосуточно, что, безусловно, повысило её доступность для жителей Омской области.

Целью настоящей работы явился статистический анализ проблемных звонков в периоды социальных кризисов в России – 1992 г., 1997-98 г., 2008-09 г. В представленные нами периоды число проблемных обращений? как в абсолютных цифрах, так и в процентном выражении имеет тенденцию к росту: 1992 г. – 5348 (62,9%); 1997 г. – 6782 (70,5%); 1998 г. – 6832 (76,2%),

2008 г. – 7239 (82%); 2009 г. – 7288 (88%). Выявленный тренд свидетельствует о востребованности телефонной психологической помощи среди населения. Всего было проанализировано 30712 звонков.

Среди абонентов было 76,5% (n=23341) женщин и 23,5% (n=7371) мужчин. Как у женщин, так и у мужчин преобладали лица в возрасте 36-50 лет, что составило 10134 (33%) от всего числа проблемных звонков. Полученные данные позволяют считать, что уровень социального стресса выше у людей старших возрастных групп (36-50 лет), у женщин выше, чем у мужчин.

Обращает на себя внимание большая частота звонков, связанных с переживаниями по поводу здоровья, как психического, так и соматического: 1997-98 гг. – 21% (n=2861); 2008-09 гг. – 36,6% (n=5325); зависимостей (алкоголь, наркотики и др.): 1997-98 гг. – 13,9% (n=1896); 2008-09 гг. – 15,4% (n=2239). Кроме того, много обращений по поводу семейных и супружеских проблем: 1997-98 гг. – 18,1% (n=2471); 2008-09 гг. – 11,6% (n=16871); детско-родительских отношений: 1997-98 гг. – 11,8% (n=1604); 2008-09 гг. – 10% (n=1434); проблемы принятия себя, одиночества и смысла жизни: 1997-98 гг. – 4,5% (n=620); 2008-09 гг. – 9% (n=1311).

Мы не отмечаем в «кризисные годы» роста обращений по поводу потери работы, материальных трудностей, социально-экономических проблем; в основном это общечеловеческие проблемы, связанные с внешними и внутриличностными конфликтами. Это подтверждается и отсутствием «всплеска» количества суицидальных абонентов – в рассматриваемые периоды количество «суицидальных» обращений в пределах 3% (n=163) в 1992 г. и 3,6% (n=520) в 2008-09 гг., за исключением 1997-98 гг. – 9,7% (n=1324). В последние годы отмечается устойчивое снижение числа обращений с суицидальными тенденциями. Возможно, это связано с адаптацией людей к социально-экономическим изменениям.

Анализ полученных данных позволяет считать, что большой объем обращений на ТД, в том числе и в кризисные периоды, возможно, связан с существующими в обществе предубеждениями по отношению к пациентам, обратившимся к психиатрам или психотерапевтам. Личности, находящейся в сложной социально-психологической ситуации, зачастую, намного проще получить необходимую помощь в ситуациях анонимной и дистантной коммуникации.

Полученные данные свидетельствуют, что актуальность и содержание причин обращения за специализированной дистантной помощью сохра-

няются во все годы в т.ч. и кризисные периоды. Растущее число обращений показывает востребованность данного вида помощи, что свидетельствует о необходимости её расширения и внедрения инновационных технологий для её проведения.

#### NATURE OF APPLICATIONS FOR "HOTLINE" IN PERIODS OF SOCIAL CRISIS (MATERIALS SUICIDE HEALTH-SERVICE OMSK REGION)

*E.A. Kiychenko, I.N. Mickle, E.G. Puryasova*

### АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ПУТЕМ САМООТРАВЛЕНИЯ

*Л.Н. Касимова, М.В. Святогор, М.В. Втюрина*

Нижегородская ГМА, г. Нижний Новгород

По данным многих исследователей суицидальные попытки характеризуются высокой частотой самоотравлений (Войцех В.Ф., 2008; Dieserud G. et al., 2000). По уровню смертности суициды при самоотравлениях занимают второе-третье место, уступая самоповешениям.

Цель исследования изучение структуры преднамеренных самоповреждений путем отравления согласно классификации МКБ-10.

Результаты исследования.

Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации 348 пациентов, совершивших суицидальную попытку и проходивших лечение в токсикологическом отделении МЛПУ «Городская больница №33» в 2009 г.

Среди изученной популяции было 28,7% мужчин (n=100) и 71,3% женщин (n=248) в возрасте от 15 лет до 87 лет (средний возраст 35,8±16,0).

Доля пациентов 15-59 лет составила 90,5% (n=315), из них в возрасте 20-29 лет – 35,6% (n=124). Отмечается превалирование в обследованной группе женщин, что во многом объясняется способом совершения суицида – самоотравление. Под наблюдением в психиатрическом диспансере состояло 12,1% обследуемых (n=42). Инвалидность по психическому заболеванию имели 8,6% человек (n=30).

После суицидальной попытки в психиатрический стационар было направлено 52 пациента (14,9%). Инвалидность по соматической патологии была выявлена в 5,5% случаев. Пациенты с

хроническим алкоголизмом второй стадии составили – 4,6%, злоупотребляющие алкоголем – 33,0%. Лица с наркотической зависимостью – 3,2%. Более одной трети, совершивших суицидальную попытку, были лица в состоянии алкогольного опьянения (39,4%).

Суицидальные попытки, представлявшие опасность для жизни, но не закончившиеся летальным исходом составили большинство – 83,9%; попытки, не представлявшие опасности для жизни – 12,6%; завершённый суицид – 3,4%.

При попытках самоотравления один препарат использовали 192 человека (55,2%), 156 человек использовали более 1 препарата (44,8%).

Большинство суицидентов (21,0%; n=73) использовали транквилизаторы. Наиболее часто применялся феназепам - 18,1% (n=63). На втором месте по частоте употребления с суицидальной целью находятся препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему – 12,6% (n=44), чаще эналаприл, кордафлекс, нитроглицерин.

Количество суицидальных попыток с применением ядовитых химических веществ составило 11,5% (n=40), при этом, по-прежнему, широко используется уксусная кислота - 8,9% (n=31). Антидепрессанты и нейролептики с целью совершения самоубийства применялись с одинаковой частотой – по 10,9% (n=38). Среди антидепрессантов преобладал amitриптилин – 9,8% (n=34), из нейролептиков – азалептин 3,2% (n=11). Симпатолитические средства использовали 37 человек – 10,6% (метапролол – n=20, клофелин – n=9). Иные препараты (не классифицированные согласно МКБ-10) – 71 человек (20,4%): преобладает донормил - 5,5% (n=19).

Таким образом, можно сделать вывод о широком применении с целью самоубийства препаратов, отпускающихся в аптеке строго по рецепту врача (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему и симпатолитические средства). Доля использования при суицидах бытовых ядов и препаратов безрецептурного отпуска статистически значимо меньше (p=0,001).

С учетом того, что инвалиды среди суицидентов составляют лишь 14,1%, можно говорить о проблеме бесконтрольного отпуска лекарственных препаратов аптеками и небрежности хранения медикаментов в домашних условиях. Однако данный вопрос остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения.

ANALYSIS BY SUICIDE ATTEMPTS  
SELF-POISONING

## СЛУЧАЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ ПУТЕМ ОТРАВЛЕНИЯ ПАРАМИ РТУТИ

П.Б. Зотов, И.Н. Габсалимов

Тюменская ГМА, Тюмень

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Суицидальные действия с использованием ртути в настоящее время встречаются достаточно редко, хотя традиционные представления о ней, как о смертельном яде достаточно распространены в популяции. В тех немногих случаях, когда выбор людей останавливается на ртути, добытый из градусников металл обычно применяется для самоотравления путем принятия его per os, реже вводится внутривенно. В первом случае ртуть, не причинив вреда, проходит транзитом через кишечник. Во втором, удаляется через встречную венепункцию, либо хирургическим путем. Достижение ожидаемого летального результата в этих ситуациях маловероятно, т.к. токсический эффект ртути максимален лишь при вдыхании ее паров.

Редкость ингаляционных отравлений ртутью, вероятно, обусловлена малой распространенностью знаний в популяции о наиболее токсичных путях введения ртути в организм, а, не шантажным характером аутоагрессивной активности, как следовало бы расценивать эти ситуации. Напротив, «правильный», с точки зрения токсикологического воздействия, выбор способа введения ртути, может свидетельствовать, во-первых, о целенаправленной подготовке суицидента или обладании им специальными знаниями (например, профессия химика, преподавателя и др.), во-вторых, об истинности суицидальных намерений, т.к. человек в этом случае обычно знает о крайней опасности данного вида отравления и малой эффективности современных методов детоксикации.

В нашей клинической практике имел место следующий клинический случай, достаточно ярко подтверждающий эти обобщения: в оперативную службу ССП поступил вызов от женщины с жалобами на боли в животе. При осмотре врачом бригады скорой помощи, женщина, 37 лет, предъявляла жалобы на выраженные периодические боли в животе, тошноту. При сборе анамнеза признаков хронической патологии не выявлено. При пальпации определялось незначительное вздутие живота, диффузная,

слабо выраженная болезненность, на общем фоне соматического благополучия. Со слов больной нарушений стула и отхождения газов не было. Данное состояние было объяснено нарушением пищевого поведения, выполнена инъекция спазмолитика. Отмечен положительный эффект.

Спустя 2 часа поступает повторный звонок в ССП. Осмотр этой пациентки врачом другой бригады, в целом, подтвердил заключение первого доктора.

Третий вызов через 1,5 часа с теми же жалобами завершился госпитализацией больной в дежурную больницу. При осмотре в приемном отделении обращало внимание появление общих симптомов интоксикации, признаков набухания и кровоточивости десен, одышки, нарушений эмоционального статуса. Заподозрена попытка самоотравлением неизвестным ядом. Приглашен психиатр: выявлены выраженные депрессивные нарушения с суицидальным поведением у личности с параноидной формой шизофрении, а так же психопатологические симптомы, обусловленные непосредственно ртутной интоксикацией. В беседе больная призналась в совершении суицидальной попытки. В дальнейшем выяснилось, что выбор способа суицида был определен случайно прочтенной статьёй в научно-популярном журнале о смертельном действии паров ртути. На высоте депрессивных переживаний пациентка, получив ртуть из 10 специально приобретенных градусников, опустила ее в кастрюлю с теплой водой и, ночью, накрывшись покрывалом, вдыхала пары. Спустя несколько часов появились признаки интоксикации – боли в животе. «Скорую помощь» вызвала не для получения помощи, а с целью «проверить» диагностические возможности и опытность врачей. О содеянном не сожалела, т.к. «устала от такой жизни...».

Катамнез: в стационаре проводился весь возможный объем детоксикационной терапии. Однако пациентка погибла спустя 2 суток с признаками прогрессирующей дыхательной недостаточности и токсического поражения кишечника.

CASE SUICIDE ATTEMPTS BY POISONING BY MERCURY VAPOR

*P.B. Zotov, I.N. Gabsalyamov*

## САМОПОРЕЗЫ СРЕДИ СПОСОБОВ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ УГОЛОВНО ОТВЕТСТВЕННЫХ

*Е.В. Вальздорф*

Иркутский ОПНД, г. Иркутск

E-mail автора: Marisabel100@yandex.ru

Иркутская область входит в группу Российских регионов с высокой частотой самоубийств. За период 1991 по 2009 гг. частота законченных суицидов в Иркутской области колебалась от 37,3 в 1991 году до 44,6 на 100000 населения в 2009 г., с периодом максимального подъема этого показателя до 65,2 в 2002 году [1, 2].

В меньшей степени изучена распространенность покушений на самоубийство, в том числе парасуицида, поскольку официальные органы статистики сбором такой информации не занимаются. Бесспорным является лишь тот факт, что количество суицидальных попыток в несколько раз превышает количество самоубийств [5].

Попытки парасуицида осуществляются разными способами, из которых наиболее частыми являются порезы в области кисти и локтевых сгибов, прием лекарств, имитация самоповешанья. Основным мотивом этого вида поведения обычно является потребность в сочувствии и привязанности. Встречаются и другие мотивы, такие как демонстрация своего мужества и презрения к боли, силы своей воли, принадлежности к группе, вымогательство, жалость к себе самому, желание досадить кому-то, стремление причинить себе боль и тем самым «разрядиться, выпустить пар, отвлечься». Иногда имитация суицида является ритуалом «братания», клятвы в верности. Бывают случаи, когда парасуицид завершается трагически в силу случайных обстоятельств [3, 4].

В настоящее время наиболее распространенным способом парасуицида лицами, привлекаемыми к уголовной ответственности за различные уголовно-наказуемые деяния, является самопорез в область левого предплечья, живота [1].

Цель исследования: анализ случаев самопорезов, совершенных с суицидальной целью, лицами привлеченных к уголовной ответственности и находящихся в судебно-следственной ситуации.

Материал и методы исследования: за период с января 2009 по сентябрь 2010 гг. клинико-психопатологическим методом обследовано 240 суицидентов, находящихся в условиях амбу-

латорного и стационарного отделения судебно-психиатрической экспертизы. Из них 188 мужчин и 52 женщины в возрасте от 14 до 62 лет (преобладал возраст от 15 до 42 лет).

Результаты исследования: в ходе исследования нами были выявлены разные варианты суицидального поведения: суицид, парасуицид или демонстративно-шантажный суицид и аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением. Из них демонстративно – шантажный суицид (парасуицид): нанесение самопорезов на переднемедиальную поверхность левого и правого предплечья, живота, нижних конечностей острым предметом (лезвие бритвы, кухонный нож, проволока, заточенная монетка) отмечен в 47,5% случаев (n=114), демонстративное самоповешение – в 4,58% (n=11), прыжок с высоты двухэтажного дома – в 1,25% случаях (n=3).

Действия, имеющие цель намеренного прекращения собственной жизни: отравление психотропными препаратами отмечены в 12,92% случаев (n=31), нанесение глубоких самопорезов в область левого предплечья – 5,42% (n=13), самоповешение – 3,33% (n=8), прыжки с высоты 4-х этажного дома – 2,5% (n=6), выстрел в себя из огнестрельного оружия – 1,25% (n=3) случаев.

Аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением (находились в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения) отмечены у 51 (21,25%) подэкспертного с самоповешением и нанесением самопорезов на переднемедиальную поверхность левого и правого предплечья.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в качестве варианта суицидального поведения доминирующее положение занимает демонстративно-шантажный суицид, а среди способов – самопорезы острым предметом кожи и мягких тканей по переднемедиальной поверхности левого и правого предплечья, живота и нижних конечностей.

Литература:

1. Вальздорф, Е.В. Вид меры пресечения как причина суицидального поведения / Е.В. Вальздорф // Суицидология. – 2010. – №1. – С. 14-15.
2. Ворсина, О.П. Этнокультуральные аспекты суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа / О.П. Ворсина // Методические рекомендации. – Иркутск, 2010. – 18 с.
3. Ефремов, В.С. Основы суицидологии / В.С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
4. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии / В.А. Жмуров. – Элита: ЗАОр НПШ «Джангар», 2010. – 864 с.
5. Положий, Б.С. Суицидальное поведение / Б.С. Положий. – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.

## CUT ONESELF AMONG THE METHODS OF SUICIDAL ACTIVITY CRIMINAL LIABILITY

*E.V. Valzdorf*

### ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

*А.Е. Персидская*

Забайкальский ГГПУ им. Н.Г.Чернышевского, г. Чита

E-mail автора: Sbabina@mail.ru

В стремительно меняющейся социокультурной ситуации развития российского общества провоцируются кризисные, аутодеструктивные состояния личности, следствием которых нередко является суицид. Подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения, так как в возрасте 12-16 лет проявляются трудности переходного периода, начиная с психогормональных процессов и заканчивая перестройкой Я-концепции под влиянием пограничности и неопределённости социального статуса и противоречий, обусловленных неумением подростка найти позитивный смысл собственной жизни, отсутствием культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальной ценности жизни.

Анализ состояния теории и практики предупреждения суицидального поведения показывает искаженность, фрагментарность и неполноту содержания и организации педагогической работы с несовершеннолетними, находящимися в кризисной ситуации, засилье предубеждений о феномене суицида. Между тем, педагог – один из первых специалистов, который наблюдает внешние проявления риска суицидального поведения подростков, но в силу недостатка необходимых знаний и под влиянием предубеждений – «суицидальных мифов» оказывается неспособным создать условия для педагогического предупреждения саморазрушения личности.

В Письмах Минобразования России от 26.01.2000 г. № 22-06-86 «О мерах профилактики суицида среди детей и подростков» и от 29.04.2003 г. № 03-51-102 ин / 22-03 «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков», говорится о необходимости организации педагогических мер по предупреждению и оказанию психолого-педагогической помощи детям-суицидентам, отмечаются явления школьной жизни, отражающие неготовность школы и педагогов к решению данной проблемы средствами воспитательной практики, провоцирующие под-

ростковые суициды: черствость, безразличие и бестактность педагогов, проявление неуважения к человеческому достоинству несовершеннолетних, применение методов физического и психического насилия, конфликты с одноклассниками.

Существует несоответствие теоретической разработанности педагогически целесообразного воспитательного взаимодействия, способствующего снижению риска суицидального поведения, некомпетентностью педагогов в этой области и отсутствием практики педагогического мониторинга риска суицидального поведения и необходимостью реализации условий педагогического предупреждения (Кий Н.М., Кибрик Н.Д., Куигнарев В.М., Мугурмудов Л.Г., Скородумов А.А.).

Педагогическое предупреждение риска суицидального поведения подростков понимается как научно-обоснованное и своевременное специально организованное воспитательное взаимодействие педагога и подростка, направленное на устранение недостатков воспитания, проявляющихся в обесценивании жизни, антивитаальных переживаниях и нарушении жизненных перспектив, способных привести к суициду. Необходимыми условиями, позволяющими снизить риск, являются:

- повышение специальной компетентности педагогов в области педагогического предупреждения суицидального поведения подростков;

- осуществление педагогического мониторинга с опорой на критерии и показатели риска суицидального поведения;

- устранение недостатков воспитания подростков, результатом которых возможен суицид, посредством утверждения представлений об абсолютной ценности жизни, обучения целеполаганию и расширению жизненной перспективы.

PEDAGOGICAL RISK ADOLESCENTS SUICIDAL BEHAVIOR

A.E. Persidskaya

## ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ В СРЕДЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ

А.В. Вершинин

Челябинский государственный педуниверситет  
Детский дом № 14, г. Челябинск

Современная психолого-педагогическая наука демонстрирует выделение отдельной отрасли теории и практики – формирование психологии детей-сирот или психологии сиротства. Признается, что данная социальная группа отличается от обычной группы детей по психофизиологическим, интеллектуальным, эмоционально-волевым и личностным параметрам.

Вследствие особенностей анамнеза развития и актуальных полусегрегационных условий жизни ребенок-сирота входит в группу риска по суицидальности.

Нами разработана, практически апробирована и показывает положительный результат система деятельности по снижению выраженности факторов суицидов. Данная система основывается на выполнении стратегических направлений:

- формирование компетентности педагогов в сфере профилактики суицидов (теоретико - практические аспекты отслеживания состояния воспитанников через динамические наблюдения, интервью; признаков возможного суицида; алгоритмов поведения при демонстрации предсуицидального поведения; блокировании демосуицидальных форм через индивидуальные и групповые консультации);

- формирование значимых качеств воспитанников (безоговорочной ценности жизни, стрессовладающие формы поведения, навыков саморегуляции поведения, снижение ситуативной тревожности, навыки анализа и решения жизненных проблем через групповые тренинговые формы работы, индивидуальные консультации и реализацию деятельностного подхода);

- проектирование и реализация благоприятных для ребенка условий жизни и социально позитивного развития (системы социализации в условиях образовательного учреждения через проектирование и реализацию группового и индивидуального маршрутов).

Практика работы показывает, что профилактика суицидальности в среде детей-сирот перекликается с другими направлениями психолого-педагогического сопровождения, должна реализовываться по возможности всеми педагогическими работниками учреждения.

Условием, повышающим функциональность системы профилактики суицидальности, а также, на наш взгляд, являющимся обязательным условием этой деятельности, является скрытость от детей прямой цели реализуемых мер. Это необходимо для предотвращения возможных демосуицидов и актуализацию шантажных форм поведения воспитанников.

Достаточно жестокие и девиантные правила функционирования референтных групп детей-сирот нуждаются в педагогической коррекции коллективных норм, постепенной их гуманизации и формирования признаков толерантного поведения. Ведущей основой реализации данного направления должно выступать сфера общения и ролевого поведения. Известно, что чем большим социально желательным и социально приемлемым ролевым репертуаром владеет и может воздействовать на окружающих ребенок, используя вербальную, а не физическую основу, тем в

большей степени возможно воздействие на воспитанников культуры социума. Рефлексивность, эмпатийность, толерантность, субъектность, активность педагогического общения являются необходимыми элементами эффективного гуманного способа взаимодействия с микросоциумом детей-сирот.

В связи с тем, что, по статистическим данным, выпускники детских домов и школ-интернатов также попадают в группу возможных суицидентов, для них необходимо реализовывать подготовку к самостоятельной жизни в социуме. Формировать не только профессиональные предпочтения и того, что обозначено выше, но и навыки взаимодействия с социальными институтами в отстаивании своих прав действенными способами.

#### IN THE PREVENTION OF SUICIDAL AMONG ORPHANS

*A.V. Vershinin*

### Ф.М. ДОСТОЕВСКИЙ И ПРОБЛЕМА САМОУБИЙСТВА

*Ч.А. Горбачевский*

Южно-Уральский ГУ, г. Челябинск

Достоевский один из первых русских писателей-мыслителей стал рассматривать самоубийство как важнейшую религиозно-нравственную и этическую проблему отдельного человека и человечества в целом. Что доводит человека до последней черты, какие страдания заставляют его принимать крайние решения? На этот вопрос можно найти обширный материал в художественных текстах писателя.

Одни подготовительные материалы к роману «Подросток» ставят самоубийство в ряд основных проблем этого произведения. Причины, ведущие к самоубийству, этому «фатуму русской жизни» [1], очевидно могут быть разными. Так, в тех же подготовительных материалах Лиза сводит счеты с жизнью, «потому что разорвала с матерью», считает, что «обидела мать» (16, 22). Здесь же можно найти и другие причины самоубийства – из-за неосуществленных планов (16, 56) и ревности (16, 85), от идеи, что «Россия – второстепенный народ и служит лишь материалом» (16, 44).

На страницах художественных и публицистических текстов писателя и подготовительных материалов к ним встречаются заметки о самоубийствах «от тщеславия» (16, 68); самоубийство мальчика от своевольного самодурства барина (13, 318); «стыдятся – застреливаются» (15, 250). Можно привести множество других примеров: само-

убийство гимназиста, «что тяжело учиться»; атеиста; от скуки; от материальной причины; самоубийства не грубых натур от отрицания жизни; негодования на «глупость» появления человека на земле, на прямолинейность жизни (23, 144–146); от тоски; неверия в бессмертие и Бога (24, 52–54); легкомысленное самоубийство («от собственных капризов») (14, 8); самоубийство оттого, что «никто не любит, что <...> презирают» (25, 32).

По мнению Достоевского, разлад в семье, брошенность и обречённость «юного поколения», вынужденного самому искать идеалы и высший смысл жизни, отъединение и отчуждение, «оставление на собственные силы», является самым ужасным «в теперешний момент» (24, 52). Подросток говорит о самоубийстве как общей черте «нашего времени», о явлении, особенно появившемся после гласности из-за потери всеобщего порядка, а, следовательно, с появлением большей свободы, которая предполагает, в свою очередь, большой груз нравственной ответственности: «То был дурной порядок, но <...> всё-таки порядок. А теперь и хорошо, да беспорядок» (16, 68).

В самых общих чертах эволюция персонажей Достоевского в пагубном своеволии, ведущем к самоубийству, выглядит так: становление на путь зла, крайнее своеволие → преступление → не раскаяние → новые преступления → отказ от общих этических норм, от религии Христа → угасание в небытии, или самоубийство.

Отметим, что Достоевский, не просто показал и описал во всех без исключения своих романах глубинную психологию персонажей - самоубийц, но и сделал попытку найти решение этой вечной проблемы. Так одним из самых действенных средств против самоубийства для Достоевского становится осуществление не безудержного своеволия, свободы не уединенной и изолированной от людей и Бога, но свободы в любви и братстве со всеми (мысли старца Зосимы и других персонажей). Кроме того, в этом отношении показательна мысль Достоевского в набросках к тому же «Подростку». Писатель так формулирует итоговую мысль романа: «Спасет себя только тот, кто смолоду выработал себе то сильное нравственное ощущение (чувство), которое называется убеждением. Формула убеждения может измениться с жизнью, но нравственное ощущение этого чувства неизменно всю жизнь. В ком есть это, тот уцелеет» (16, 54).

Литература:

1. Достоевский Ф.М. Полное собрание сочинений: В 30 т. Л.: Наука, 1984. Том 26. С. 46 (в дальнейшем ссылки на это издание даются в тексте с указанием тома и страниц).

F.M. DOSTOEVSKY END PROUBLEM OF SUICIDE

*Ch.A. Gorbachevsky*