

Суицидология

№ 1 2010

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

И.Н. Габсалямов (Тюмень)
И.Б. Очирова (Улан-Удэ)
Е.В. Родяшин (Тюмень)
С.М. Уманский (Тюмень)
В.Л. Юлдашев (Уфа)

Журнал зарегистрирован
в Западно-Сибирском
управлении Федеральной
службы по надзору за
соблюдением законодательства
в сфере массовых
коммуникаций и охране
культурного наследия

Свидетельство:
ПИ № ТУ72-00195
от 5 августа 2010 г.

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
г. Тюмень, Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А -201
Адрес для переписки: 625041,
Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru

Заказ № 436 Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 15.10.10 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. Каньячи «Смерть Клеопатры»,
1660 г.

Тюменская государственная медицинская академия
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС
Департамент здравоохранения Тюменской области
Тюменская областная клиническая психиатрическая больница

Материалы научно-практической конференции с международным участием «Суицидальное поведение: современный взгляд»

22 октября 2010 года

г. Тюмень

Под редакцией
профессора П.Б. Зотова

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

<i>С.И. Ворошилин</i>	
Социально-психологические факторы роста числа самоубийств в странах бывшего СССР и Социалистического лагеря в конце XX – начале XXI веков..	5
<i>А.П. Гелда, С.А. Игумнов</i>	
Повторные непсихотические аутоагрессивные действия	7
<i>П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский</i>	
Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции	8
<i>Т.П. Злова, В.В. Ахметова, А.Н. Ишимбаева</i>	
Суицидная смертность у детей в Забайкальском крае: структура, динамика за 15-летний период (по материалам бюро СМЭ)	9
<i>А.В. Иелева</i>	
Эпидемиология суицидальных попыток в условиях Крайнего Севера ...	10
<i>Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова</i>	
Анализ влияния внешних природных факторов на смертность от внешних причин	11
<i>М.А. Шевцова, Е.А. Кириченко, А.А. Лопатин, Н.П. Кокорина</i>	
Распространенность суицидов и их профилактика в Кузбассе (обобщенные данные и основные тенденции за 20 лет)	13

ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА

<i>Е.В. Вальздорф</i>	
Вид меры пресечения как причина суицидального поведения	14
<i>П.Б. Зотов, С.М. Уманский</i>	
Алкоголь среди факторов суицидальной активности онкологических больных ...	15
<i>П.Б. Зотов, С.М. Уманский, Н.В. Михайловская</i>	
Суицидальное поведение среди причин гибели наркозависимых ..	16

<i>С.А. Игумнов, А.П. Гелда</i>	
Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи в современном мегаполисе (на примере г. Минска)	18

<i>С.О. Кузнецова</i>	
Взаимосвязь проявлений агрессивности с типом социализации в подростковом возрасте	19

<i>Н.И. Куценко, П.Б. Зотов</i>	
Больные рассеянным склерозом: роль алкоголя в суицидальном поведении ...	20

<i>Е.В. Родяшин, П.Б. Зотов, И.Н. Габсалимов, М.С. Уманский</i>	
Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин	21

<i>Н.Б. Семенова</i>	
Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва	23

<i>М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, В.М. Аврукин</i>	
Анализ влияния потребления алкоголя на суицидальную активность	24

<i>М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко</i>	
Анализ условий смертности от внешних причин	26

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

<i>Х.А. Аминов, Ш.А. Имамов, А. Дусов, А.Х. Имамов С.Х. Аминова, Г.Д. Шамиль</i>	
Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий ...	27

<i>Х.А. Аминов, Ш.А. Имамов, С.Х. Аминова, А.Х. Имамов, Ф.Х. Игамов, Г.Д. Шамиль</i>	
Значение социально-биологических факторов в совершении суицидов у больных алкоголизмом	28

<i>В.В. Ахметова, Н.В. Говорин, Т.П. Злова, А.Н. Ишимбаева</i>	
Факторы суицидального риска у подростков, воспитывающихся в условиях детских домов (г. Чита, Забайкальский край)	29

<i>М.К. Бардышевская, К.В. Макарова</i>	
Развитие и социализация агрессивного поведения у детей, воспитывающихся в различных социальных условиях	30

*Е.О. Бойко, Ю.Ш. Васянина,
Ю.А. Мьельникова*
Клинико-динамическая характеристика
суицидального поведения детей и
подростков в Краснодарском крае **31**

Е.В. Вальздорф
Сравнительная оценка вариантов
суицидального поведения
подэкспертных с выявленными
соматоформными расстройствами **32**

С.И. Ворошилин
Генетико-биологические и
физиологические факторы в генезе
суицидального поведения **33**

*О.Г. Зайцева, Е.О. Бойко, М.И. Агеев,
Л.Е. Ложникова, В.А. Стрижев,
Ю.А. Мьельникова*
Клинико-психологические аспекты
суицидогенеза в молодом возрасте **35**

Ю.А. Ковалева, Е.А. Тараканова
Особенности суицидального
поведения больных шизофренией **36**

Н.А. Косенко, Е.О. Бойко
Клинико-социальные особенности
ассоциального и агрессивного
поведения психически больных
детей и подростков **37**

Р.М. Логутенко
Влияние религиозного бреда
на суицидальное поведение
при шизофрении **38**

*С.С. Найданов, А.С. Михеев,
Л.Б. Сансанова*
Изучение личностной характеристики
суицидального риска у больных
с алкогольной зависимостью **39**

*Г.Н. Носачев, И.Г. Дальнова,
О.А. Дальнов*
Диссимуляция незавершенных
суицидов у больными параноидной
шизофренией **40**

*С.В. Пронин, Т.С. Баданова,
Д.А. Карпачев, В.С. Пронин*
Особенности аутоагрессивного
поведения у опийных аддиктов **41**

Н.И. Распопова
Суицидальное поведение больных
с психическими расстройствами **42**

*А.М. Селедцов, Н.П. Кокорина,
Я.В. Москвина*
Депрессивные состояния
и суицидальные тенденции в клинике
алкоголизма **44**

*М.С. Уманский, С.М. Уманский,
П.Б. Зотов*
Клинические характеристики
суицидального поведения
при алкоголизме позднего
возраста у мужчин **45**

В.В. Чертов, Е.С. Некрасова
Исследование незавершенных
суицидов у пациентов
наркологического стационара г. Сургута **46**

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

*Е.О. Бойко, Т.А. Чебуракова,
В.А. Стрижев*
Психологические особенности
агрессивных тенденций преступников,
больных шизофренией **47**

Ю.Р. Вагин
Тифоаналитическая концепция
авитальной активности **48**

С.И. Ворошилин
Исторические и культуральные истоки
формирования в обществе различных
представлений на право совершения
самоубийства **49**

О.А. Гильбурд
Эволюционные аспекты
аутоагрессивного поведения **52**

Н.П. Долганова
Особенности суицидального дискурса
подростков – посетителей с
ответствующих сайтов **53**

Г.А. Иванищук
Когнитивно-аффективные факторы
нарушений общения у лиц,
совершивших попытку суицида **54**

*О.Э. Калашникова, Д.А. Леонтьев,
Е.И. Рассказова, М.А. Черняева*
Личностные ресурсы и суицидальная
идеация в опосредствовании
суицидального поведения **55**

А.А. Маслова
Психологические факторы
самоповреждающего поведения
в субкультурных группах 57

Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова
Модель влияния некоторых факторов
на смертность от внешних причин 58

В.Г. Рагозинская
Особенности межцентральных
взаимодействий у лиц со сниженным
контролем агрессии 59

А.А. Рыжов
Суицидальные попытки подростков
в контексте развития 60

О.Я. Сахрауи
Взаимосвязь риска суицидального
поведения с системой ценностей
подростков: постановка проблемы 61

Н.А. Стрелков
Тифоаналитический взгляд на агрессию 62

КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

*Н.А. Галинова, А.Е. Гришина,
Т.Ю. Жулдыбина, Н.Д. Узлов*
Оценка риска подросткового суицида
и превентивные мероприятия 63

Б.В. Панасенко
Агрессия, как основная
психотерапевтическая мишень
краткосрочной семейной психотерапии
при расстройствах поведения
и эмоций у детей и подростков 65

Д.Г. Трунов
Оптимистический и эмпатический
подходы к суициду 66

Е.Б. Фанталова
Песнопения Иеромонаха Романа как
источник психологической помощи
в условиях преодоления критических
жизненных ситуаций 67

*А.И. Чеперин, И.Н. Михайличенко,
Л.А. Сазонова, И.Н. Мурина*
Инновационные решения
в телефонном консультировании 68

ПРОФИЛАКТИКА

Т.А. Кожевникова, В.Н. Кожевников
Методы оптимизации профилактики
суицидального поведения 69

Т.Ф. Мартынова
Основные направления
профилактики деструктивного
поведения в детско-подростковой
и молодежной среде Республики
Саха (Якутия) 71

Н.И. Распопова, Е.А. Панов
Профилактика рецидивов
суицидального поведения у больных
с психическими расстройствами 73

С.А. Смердов, В.В. Чертов
Суицидальное поведение
в г. Сургуте и Сургутском районе:
опыт мониторинга и профилактики 74

Н.Д. Узлов, А.Н. Узлов
Модель превенции суицида
в условиях учебного заведения 75

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в научно-практической конференции
«Инновационные технологии в медицине»
12-21 декабря 2010 г., Египет

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 10 ноября 2010 г., высланные на e-mail оргкомитета: sibir@sibtel.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РОСТА ЧИСЛА САМОУБИЙСТВ В СТРАНАХ БЫВШЕГО СССР И СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ЛАГЕРЯ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКОВ

С.И. Ворошилин

Уральская ГМА, Екатеринбург

Последнее десятилетие 20 века продемонстрировало необыкновенный феномен стремительного роста самоубийств в большой группе стран, образовавшихся на территории бывшего СССР. В результате этого роста уровень самоубийств в этих странах уже почти в течение 20 лет остается самым высоким в мире. Из 13 государств, частота самоубийств которых в середине первого десятилетия 21 века была выше 20 случаев на 100000 населения, 7 стран являлись странами, возникшими на постсоветском пространстве - Литва, Белоруссия, Россия, Казахстан, Латвия, Украина, Эстония, а кроме того 2 страны бывшего социалистического лагеря – Венгрия и Словения, входившая ранее в состав Югославии. При этом самый высокий уровень, выше 30 случаев (на 100000), наблюдается в Литве, Белоруссии и России. При этом в некоторых районах России (Волго-Вятском, Западно-Сибирском, Восточно-Сибирском, Дальневосточном, Уральском) этот показатель достигает 65-80, в Корьякии - 133, Коми - 110, на Алтае - 102, в Удмуртии — 101 на 100000 населения. Из числа развитых стран такой высокий рост самоубийств наблюдается только в Японии и Южной Корее, а также в стране третьего мира – Гайане. При этом в большинстве развитых стран Европы и Северной Америке, равно как и множества стран Азии, Африки и Латинской Америке, относимые к третьему миру, обнаруживают уровень от 10 и даже меньше 10 (на 100000). Например, частота суицидов в таких значимых странах, как КНР, ФРГ, США и Великобритания, составляют, соответственно, 13,9 (КНР), 13 (ФРГ), 11,3 (США) и 7,0 в Великобритании. Особенно низкий уровень суицидов наблюдается в некоторых мусульманских и южных католических странах.

Упомянутые постсоветские и постсоциалистические страны по многим характеристикам обнаруживали и обнаруживают большие отличия,

различаясь по языковым группам, историческим судьбам, уровню экономического и культурного развития, по традиционной религии, по традиционной семейной и общественной культуре, менталитету. Однако, во всех них произошел значительный рост самоубийств, хотя и неодинаковый в различных государствах.

Казалось бы, единственным объединяющим их событием является то, что эти государства с более или менее социалистическим и государственным строем и нерыночной экономикой, совершили возврат к рыночной экономике и буржуазно-демократическому строю. Учитывая, что смена социального и общественного строя в этих странах привела к многочисленным социальным и экономическим последствиям, в первую очередь к снижению жизненного уровня и безработице, наиболее естественным представляется связать рост числа самоубийств именно с этими социальными факторами.

Однако рост числа самоубийств во всех этих странах происходил и до распада СССР. При этом отмечались корреляции этого роста с некоторыми иными процессами. В советский период частота самоубийств по СССР с 1965 г. до 1984 г. медленно росла с 17,1 до 29,7 (в РСФСР эта величина в 1984 г. составила 38,7). В 1985 г. эти цифры несколько снизились, до 24,6 по СССР и до 31,1 по РСФСР и достигли максимального снижения в 1986 – до 18,9 в СССР и до 33,3 в РСФСР, после чего вновь начали плавно расти, достигнув в 1990 г 21,1 в СССР и 23,1 в РСФСР. После распада СССР частота суицидов в РФ (прежней РСФСР) начала стремительно расти, достигнув в 1994 г максимума в 41,8, после чего эта цифра стала медленно снижаться, достигнув в 2005 г. величины 32,2 населения, что составляет величину, примерно равную той, которая была отмечена в 1985 году. Внимательное сопоставление этих цифр с событиями, происходившими в стране, показывают совершенно определенно выраженную корреляцию с уровнем потребления алкоголя противонаркологической кампании.

В 1984 году, накануне антиалкогольной кампании, самоубийства составляли 23,7% общего числа смертей от внешних причин. Их жертвами стали 43123 мужчин и 10983 женщины (всего 54106 человек).

Корреляция динамики самоубийств мужчин и женщин с динамикой потребления алкоголя в России существовала уже в 1965-1984 годах (Trem1, 1997). Эта связь выступила как более очевидное явление с началом антиалкогольной кампании, когда произошло резкое снижение количества самоубийств: с 37,9 на 100000 насе-

ления в 1984 до 23,1 в 1986 году. При этом снижение числа самоубийств даже "обгоняло" снижение потребления алкоголя: за полтора года, с 1984 по 1986, оно снизилось на 39,1%, тогда как потребление - на 26,1%. До 1985 года число самоубийств не только не снижалось, но даже довольно быстро росло.

После 1986-1987 годов начался медленный рост числа самоубийств с отставанием по отношению к росту потребления алкоголя. Максимум потребления алкоголя и числа самоубийств был достигнут в 1994 году (14,6 литров на человека в год и 41,8 самоубийств на 100000 населения). В этом году по уровню самоубийств Россия вышла на второе место в Европе после Литвы. С 1995 года началось снижение уровня самоубийств, которое продолжалось до 1998 года.

Изменение распределения самоубийств по возрасту в 1984-1986 и 1991-1994 годах имеет много общего с аналогичным распределением смертей при отравлении алкоголем.

Применив уже использованный выше метод расчета числа сохраненных во время антиалкогольной кампании жизней, можно показать, что в 1986-1991 годах, в случае отсутствия антиалкогольной кампании, можно было ожидать 333,4 тысячи завершенных самоубийств, а в действительности их было на 111,2 тысячи меньше. Это значит, что 33,3 % людей (28,7 % мужчин и 4,6 % женщин), которые могли закончить жизнь самоубийством, сохранили себе жизнь во время антиалкогольной кампании.

Динамика самоубийств довольно точно соответствует динамике таких связанных с алкоголем явлений, как алкогольные психозы и смертельные отравления алкоголем. Это наблюдалось и во время антиалкогольной кампании, когда показатели снижались, и после нее, когда показатели росли, с той только разницей, что их рост для самоубийств в 1992-1994 годах был не столь стремительным, как для двух других зависимых от алкоголя явлений. По-видимому, самоубийства оказались нечувствительными или менее чувствительными к дополнительной токсичности спиртных напитков в это время.

Бюро судебно-медицинской экспертизы 8 областей России с общим населением 17,5-18,2 миллиона человек (Амурская область, Башкирия, Кемеровская, Новгородская, Орловская, Саратовская и Сахалинская области, а также Санкт-Петербург; всего было проанализировано 52471 случай самоубийств). Эти данные содержали сведения о присутствии или отсутствии алкоголя в крови или других биологических средах умерших, что позволило исследовать дина-

мику самоубийств отдельно в зависимости от содержания алкоголя в организме умерших.

До начала кампании (в 1981-1984 годах) у 60,2% самоубийц в крови был обнаружен алкоголь. С началом кампании количество самоубийц с алкоголем в крови изменялось почти синхронно с изменением потребления алкоголя и существенно снизилось - с 22,0 на 100000 в 1984 до 9,9 в 1986 году (на 55,0% для абсолютных чисел). В это время потребление алкоголя в исследованных регионах снизилось с 15,4 до 10,4 литров на человека в год (на 32,5 %). Зависимость числа самоубийц с алкоголем в крови от уровня потребления алкоголя была линейной. Между тем, уровень самоубийств трезвых во время антиалкогольной кампании практически не изменился.

Высокий уровень потребления алкоголя, естественно, был не единственным фактором, определившим аномально высокую частоту самоубийств в России и других государствах на постсоветском пространстве. Естественно, свой вклад внесли и безработица, незнакомя бывшим советским людям, снижение жизненного уровня для большинства населения на периферии и в глубинке, потеря социальных ориентиров для жителей более благополучных городов и профессий. Но все эти факторы наблюдаются и в обеспеченных странах Западной Европы, переживших за эти годы вместе с Россией 2 экономических кризиса. А жизненный уровень ниже в странах третьего мира и в постсоветских государствах Закавказья и Средней Азии. Однако, в этих странах, как и в мусульманских странах и зарубежных странах третьего мира значительный вклад вносят сохранение традиционного уклада и роль религии.

К большому сожалению, для России и других братских по уровню потребления алкоголя стран, корректировать оба эти фактора (потребление алкоголя и роль традиций и религии) в современных условиях почти не поддаются коррекции и эта коррекция требует длительного времени, которого нет. При этом следует отметить, что как показали недавние исследования, неблагоприятно для состояния здоровья отсутствие веры, но и смена веры. Возможно, что для части постсоветских людей смена идеологических ориентиров эквивалентна смене веры. Кроме того, в настоящее время скорее приходится говорить не о смене, а о потере таких ориентиров, так как понятной и убедительной новой идеологии, способной объединить народ, новое руководство страны практически пока не смогло разработать.

ПОВТОРНЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

А.П. Гелда, С.А. Игумнов

Республиканский НПЦ психического здоровья,
г. Минск, Республика Беларусь

E-mail авторов: sergey_igumnov@tut.by

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. 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. По подсчетам экспертов ВОЗ, за последние 45 лет XX века средний мировой показатель самоубийств возрос на 60%. Учитывая современные тенденции роста самоубийств и 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), (Bertolote J., 2005). Причем мировые экономические потери вследствие лечения и госпитализации после попыток самоубийства и вследствие утери 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 году до 2,4% к 2020 году (Bertolote J., 2002). Эти данные отражают масштаб проблемы аутоагрессивного поведения и ее социально-экономическую значимость для общества. Ежегодно только в Республике Беларусь гибнет вследствие суицидов более 2,5 тысяч человек.

Таким образом, предотвращение самоубийств и незавершенных суицидальных действий является центральной стратегией в политике психического здоровья во многих странах мира, включая Беларусь.

В настоящее время серьезной проблемой являются повторные (рецидивирующие) аутоагрессивные действия, характеризующиеся достаточно высоким показателем распространенности в структуре аутоагрессивного поведения. Исследования по проблеме повторных аутоагрессивных действий проводились на разных

популяциях 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 лиц, ранее госпитализировавшихся по поводу аутоагрессивных действий, рецидивы аутоагрессии в течение года фиксировались у 15-23% пациентов. Отягощенный повторными аутоагрессивными действиями суицидологический анамнез имели 28,1% суицидентов в исследовании S.J. Gibb с 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%. В систематическом обзоре D. Owens с соавт. (2002) подсчитали, что в течение 1 года 16% суицидентов повторяли суицидальную попытку.

Крайне высока вероятность повторения аутоагрессивных действий в популяции лиц молодого возраста, в особенности среди лиц детского и подросткового возраста. По данным R.F. Dijkstra (1993), половина парасуицидентов детского и подросткового возраста совершали повторную суицидальную попытку. 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%, причем риск рецидива аутоагрессии наиболее высок в первые 6 месяцев после совершения аутоагрессивных действий, в особенности в ближайшие недели.

Повторение индивидуумом аутоагрессивных действий свидетельствует о хронификации суицидальных паттернов реагирования, что является весьма опасным в контексте совершения завершенного суицидального акта. Среди лиц, ранее совершавших самоповреждающие действия, риск самоубийства минимум в 10-12 раз выше, чем в общей популяции населения (Neeleman J. 2001), а для лиц с «суицидальной карьерой» (хроническим рецидивированием аутоагрессии) — в 20-30 раз (Gunnell D., 1994),

причем для них же значительно выше вероятность умереть от других (естественных и неестественных) причин. Если для психотических форм аутоагрессивного поведения риск смерти от самоубийств при хроническом рецидивировании аутоагрессии оценен, в частности, при хронических расстройствах настроения и при расстройствах шизофренического спектра как на 53-59% более высокий, чем среди пациентов с теми же психическими расстройствами при неотягощенном аутоагрессией анамнезе (Beautrais A.L., 2001), то для непсихотических форм аутоагрессии такие расчеты фактически не проводились.

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, с целью разработки технологии диагностико-прогностической оценки риска совершения повторных непсихотических аутоагрессивных действий среди различных групп населения.

*Настоящее исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор № Г09Р-011 от « 15 » апреля 2009 г.).

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР – ВАЖНЫЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, С.М. Уманский

Тюменская ГМА
Тюменская ОКПБ

Е-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Число самоубийств в популяции является важным показателем, отражающим социальные, экономические и культурально-психологические особенности, как отдельного региона, так и страны в целом. Российская Федерация в течение многих лет по количеству регистрируемых случаев суицида занимает одно из ведущих мест в мире после Венгрии, Скандинавских стран и Прибалтики. Ежегодно в нашей стране добровольно уходят из жизни более 50000 человек.

В Тюменской области с населением 3,2 млн человек ежегодно регистрируется 1100-1200 случаев завершённых суицидов (Зотов П.Б. и соавт., 2009, 2010). При этом стандартизованные показатели обычно на 1-2 пункта ниже общероссийских с незначительными превышениями в отдельные годы: 2004 г. – 32,1; 2005 г. – 34,3;

2006 г. – 28,4 г. – 2007 г. – 27,6 на 100000 населения (в Российской Федерации - в 2004 г. – 34,3; 2005 г. – 32,2; 2006 г. – 30,1; 2007 г. – 29,3 случая).

Распределение случаев самоубийств между Югом и северными территориями Тюменской области (Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа) примерно одинаково. Так при среднем количестве суицидов в 1100-1200 случаев год, на Юге Тюменской области абсолютные показатели составляли: 2005 год – 587 суицидов, 2006 год – 496, 2007 год – 532, 2008 год – 529 случаев.

Оценивая приведенные выше данные, можно обоснованно отметить важность организации системы превенции, охватывающей все уровни медико-социальной, психологической поддержки. Однако объем и направления такой помощи должны определяться более точными представлениями об этом контингенте. Существующая сегодня система статистического учета, ограничиваясь лишь регистрацией общего числа завершённых случаев суицида, не может дать практически никаких данных о личности, совершившей самоубийство, психопатологическую картину душевных расстройств, ключевые моменты, характеризующие суицидальное поведение и т.д. Практически мы не можем сказать на уровне целого региона, какие категории населения относятся к группам риска. Отсутствие таких знаний исключает возможность определения организации более адресной, индивидуально ориентированной, системы превенции суицида. Важность этих вопросов так же подтверждает тот факт, что смертность от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель.

Представленные выше вопросы не являются особенностями Тюменской области. Они актуальны в целом по стране, так как данная система учета принята на федеральном уровне.

В этой связи актуален пересмотр традиционных подходов к учету только отдельного показателя числа самоубийств. В настоящее время необходимо решение вопроса об организации специализированной системы регистрации и учета случаев суицидальной активности в регионе - суицидологический регистр.

Создание регистра позволит персонифицировать данные, включающие основные социальные категории каждого суицидента, характеристики совершённых ими суицидальных действий и др. Персонифицированные данные при сопоставлении их с существующими сегодня регистрами различных нозологических форм (рассеянный склероз, рак, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и др.), а так же отдельных контингентов (сотрудники милиции, военные, лица, содержащиеся под стражей и др.) позволят оценить их суицидальную активность и

определить возможные направления профилактики и лечебной помощи.

Другой, не менее важной проблемой действующей системы учета, является факт регистрации только завершенных суицидов. Хотя известно, что количество суицидальных попыток может превышать показатель самоубийств в 10-15 раз и выше. То есть применительно к Тюменской области эта цифра может составлять от 11000 до 18000 случаев в год. И не менее половины без соответствующей и своевременной помощи повторяют суицидальную попытку в течение года.

Отсутствие регистрации и учета данного контингента не позволяет проводить более адресную коррекционную и профилактическую работу и, соответственно, предупредить суицид. Практическим выходом из этой ситуации является формирование дополнительного направления учета суицидальных попыток. Источником информации должны являться служба «скорой помощи», приемные отделения стационаров (в ситуациях самовольного обращения или доставки суицидентов близкими, милицией или др. службами), стационары, в том числе психиатрические, а так же другие источники (милиция, социальные службы, школы, ВУЗы, дома престарелых и др.). Направление профилактических мероприятий только на эту категорию лиц, повышенного суицидального риска, должно способствовать заметному снижению числа завершенных самоубийств, а значит сохранению жизни людей.

В настоящее время на базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы проводится большая организационная работа по созданию регионального регистра. Выполняются отдельные вопросы согласования с медицинскими, социальными и другими службами региона, отдельными территориями Тюменской области. Организация и практическое внедрение системы суицидологического регистра в целом должно способствовать улучшению суицидогенной ситуации в Тюменской области.

СУИЦИДНАЯ СМЕРТНОСТЬ У ДЕТЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ: СТРУКТУРА, ДИНАМИКА ЗА 15-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД (ПО МАТЕРИАЛАМ БЮРО СМЭ)

Т.П. Злова, В.В. Ахметова, А.Н. Ишимбаева

Читинская ГМА

Е-mail авторов: tat-zlova@yandex.ru

Проблема детских суицидов в последние годы является одной из наиболее актуальных в

отечественной психиатрии. Несмотря на большое количество научных и популярных работ, посвященной указанной тематике, статистические показатели детской суицидной смертности в нашей стране остаются высокими. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков РФ занимает первое место в мире (Бруг А.В., 2007; Куликов А.В., 2007).

Забайкальский край является одним из девяти регионов РФ, где показатели смертности от суицидов являются сверхвысокими как в популяции в целом, так и среди детского населения (Гладышев М.В., 2006). Последний, согласно официальным данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики Забайкальского края, на 2008 год составил 24,98 на 100000 детского населения (от 0 до 17 лет) – это около 10% в общей структуре суицидов (за 2008 год).

Цель исследования: изучение структуры подростковой суицидной смертности в краевом центре Забайкалья в динамике за последние 15 лет.

Материалы и методы.

Сплошным было проведено изучение актов вскрытия детей и подростков (от 0 до 17 лет) на базе бюро СМЭ Забайкальского края с использованием специально разработанных статистических карт. Последние включали персональные сведения (пол, возраст, место проживания) и данные о суициде (время, способ, наличие алкогольного опьянения на момент совершения).

Результаты и обсуждение.

В результате проведенного исследования выявлено, что за период с 1995 по 2009 гг. было отмечено 74 случая суицида среди детей и подростков, при этом ежегодные показатели являются нестабильными, а максимальное количество суицидов в исследуемой возрастной группе отмечено в 2006-2007 гг.

Большую часть суицидентов составили подростки 15-17 лет (n=57, 77%) и лишь незначительную – дети до 15 лет. Соотношение детей младшей (до 15) и старшей (15-17 лет) возрастных групп за исследуемый период практически всегда преобладало в сторону последних и составляло от 1:2 до 1:7 (указанное максимальное различие выявлено в 2006-2007 гг.). Исключение составили 1996-1997 гг., когда соотношение составило 1:1.

Выявлено, что среди несовершеннолетних суицидентов преобладали лица мужского пола (79%). При этом соотношение мальчиков-девочек суицидентов до 1998 года отчетливо преобладало в сторону первых, составляя от 3:1 до 7:1. Полученные данные в целом соответствуют статистике суицидов у лиц молодого

возраста: преобладание истинных суицидов у мальчиков, а попыток (парасуицидов) – у девочек (Говорин Н.В. и др., 2009). Начиная же с 1999 года гендерное соотношение нестабильно, вследствие увеличения количества девочек-суициденток.

Анализ зависимости количества детских суицидов с летальным исходом от места проживания показал, что в среднем за исследуемый период несколько преобладали жители города Читы (58%), меньшую часть составили дети, проживающие в Читинско-сельском районе (34%) и подростки без регистрации (8%). В динамике, особенно за последние 5 лет, можно проследить значительное увеличение числа суицидов среди подростков без регистрации (в эту группу, согласно данным СМЭ, относят воспитанников интернатных учреждений).

Существенных возрастных и гендерных различий у суицидентов, проживающих в городской и сельской местности выявлено не было.

Изучение деталей суицидальных попыток с летальным исходом показало, что наиболее часто они совершались в дневные часы (с 12 до 18 часов дня), а наиболее распространенным способом суицида среди детей и подростков является самоповешение (20,74%). У детей младше 15 лет зарегистрирован лишь этот способ суицида. Реже встречались суициды путем падения с высоты (11%), а также самосожжения, отравления таблетированными препаратами, использования электроприборов и огнестрельного оружия (по 4% в указанных группах). При этом в динамике за последние 5 лет характерно расширение способов суицидов среди детей (в частности, указанные редкие случаи приходятся именно на период с 2005 по 2009 гг.).

Кроме того, за исследуемый период более чем у трети суицидентов (n=28, 38%) зарегистрировано наличие алкоголя в крови на момент совершения суицида. Среди них в одинаковом количестве жители городской и сельской местности, и большая часть – старшие подростки мужского пола. В последние годы, однако, отмечено увеличение девочек-подростков, совершивших попытки с летальным исходом в состоянии алкогольного опьянения.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты позволяют выделить следующие основные тенденции детской суицидной смертности в Забайкальском крае. За последние 15 лет количество завершенных суицидов среди детского населения края остается стабильно высоким. Среди суицидентов отчетливо преобладают старшие подростки, по гендерному составу –

мальчики (в последние годы, однако, соотношение мальчиков-девочек уменьшилось). Увеличилось количество суицидентов среди воспитанников интернатных учреждений. Более трети завершенных суицидов подростки Забайкальского края совершают в состоянии алкогольного опьянения. При этом за последние годы в указанной группе увеличилось количество девочек-подростков.

Полученные сведения убедительно свидетельствуют о необходимости продолжения изучения клинико-эпидемиологических аспектов детских суицидов в Забайкальском крае (в частности, факторной обусловленности, коморбидности, «суицидального риска» и возможности прогнозирования суицидальных действий). Необходима разработка программы медико-психолого-педагогических мероприятий по превенции и коррекции аутоагрессивного поведения у детей и подростков.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Л.В. Извлева

Психоневрологический диспансер, г. Ноябрьск

За последние десятилетия проблема риска самоубийства приобрела особую актуальность в связи с количественным ростом депрессивных расстройств и существенным увеличением их удельного веса в структуре психической заболеваемости (Амбрумова А.Г., 1981). В России в 2004 г. показатель смертности от самоубийств на 100 тыс. населения составил 34,3, что является, по мнению некоторых исследователей (Куликов А.В., 2007), очень высоким показателем, в то же время число незавершенных суицидальных попыток в 10 раз больше, чем самоубийства с фатальным исходом (Корнетов Н.А., 1998; Крыжановская Л.А., 2000; Kaplan Н.И., 1998).

Нами рассмотрено 108 случаев незавершенных суицидальных попыток по г. Ноябрьску в 2007-2008 гг. Из них в 2007 г. – 50 человек (45,3 на 100 тыс. населения), в 2008 г. – 58 человек (52,5 на 100 тыс. населения). Показатель суицидальных попыток по России достигает 221 на 100 тыс. населения (Лапицкий М.А., 2001).

Таким образом, число незавершенных суицидальных попыток на 100000 населения в нашем регионе ниже среднероссийских показателей, что может быть связано с особенностями формирования населения северных городов.

Из общего числа суицидов 50 человек - мужчины (46,6% от общего числа), 58 чел. - женщины (53,7% от общего числа). Т.е. практически одинаково, что не противоречит среднероссийским показателям (Положий Б.С., 2008).

Истинные суицидальные попытки наблюдались в 39% случаев, демонстративные суицидальные попытки - в 61%; соотношение 1:1,57. Эти данные не отражают реального соотношения истинных и псевдосуицидальных попыток, т.к. большинство их выпадают из поля зрения, как врачей-психиатров, так и врачей общей медицинской сети. Только 1 из 4-х совершивших попытку суицида и остался жив, соприкасается с профессиональной системой здравоохранения.

При анализе способов покушения на самоубийство установлено следующее: основным способом самоубийства является отравление медикаментами - 54,6%; с выявленным способом покушения на самоубийство конкурируют лишь самопорезы - 22,2%; в 10 случаях зафиксировано повешение (9,3%), в 5 случаях имели место сочетанные способы самоубийства (4,6%), в 3-х случаях (2,8%) зафиксировано отравление немедикаментозными средствами; прочее (выпрыгивание из окна, утопление) - в 7 случаях (6,5%). Эти данные согласуются с результатами других исследователей (Смулевич А.Б., 2000, 2001; Конончук Н.В., 1990; Корнетов А.Н. 1998.)

По частоте суицидальных попыток в общей медицинской сети получено следующее: число поступлений по поводу суицидальной попытки составило 47 человек, из них 6 человек переведены в специализированное психиатрическое отделение в связи с наличием психического расстройства (12,8%), что несколько ниже в среднем по России (19%), (Смулевич А.Б., 2007).

Из общего числа суицидентов ранее наблюдались у психиатра 24 человека (22,2%), что несколько выше в среднем по России (15%), (Смулевич А.Б., 2007), у нарколога наблюдалось 9 человек. Ещё 9 человек имели сочетанную патологию и наблюдались как у психиатра, так и у нарколога. 75 человек (69,4%) ранее не обращались за психиатрической помощью; после совершенного суицида под наблюдение не взяты 53 человек (49,1%).

Еще в 1825 г. Ясперс установил: алкоголизм по отношению к самоубийству расценивается как особенный фактор риска. Наши собственные исследования также подтверждают вышеизложенные взгляды: в состоянии алкогольного опьянения совершено 50 суицидальных попыток (46,3%), при отсутствии клинически алкогольного опьянения суицидальные попытки предпринимались в 58 случаях (53,7%).

Такой хронобиологический признак суицидального поведения, как сезонные «пики» в Ноябрьске существенно отличается от среднестатистических данных. Так, в среднем по России, увеличение числа суицидов приходится на весну и начало лета (апрель, май, июнь) (Корнетов А.Н., 1999; Schulsinger F. et al. , 1979). Именно в этот период мы получили наименьшее количество суицидальных попыток в Ноябрьске. В целом кривая сезонности не дает пикообразного профиля: в летний период совершено 22 попытки суицида, осенью 28, зимой 30, весной 28.

При анализе возрастных категорий суицидентов наибольшее число получено в группе от 19 до 30 лет включительно (46 случаев, 45,6%), что не противоречит среднероссийским данным (средний возраст $28,7 \pm 0,67$ года) (Смулевич А.Б., 2007). Особое внимание заслуживает категория «подростки» (от 15 до 18 лет включительно), в которой зафиксировано 5 случаев суицида (4,63%), что составляет 61,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Средний показатель по России составляет 23,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, а средний показатель в мире 7,4 (Куликов А.В., 2007).

Таким образом, показатель суицидальных попыток среди подростков в Ноябрьске в 2,6 раз превышает среднероссийский показатель и в 8,4 раза общемировой. Здесь следует отметить, что суицидальные попытки среди подростков по разным данным встречаются в 10 - 100 раз чаще, чем фиксируются и точные данные о подобных аутоагрессивных действиях отсутствуют (Куликов А.В., 2007). Приведенные данные свидетельствуют о том, что население г. Ноябрьска нуждается в специализированной суицидологической службе, по меньшей мере, в организации специализированной скорой медицинской психиатрической помощи.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВНЕШНИХ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

E-mail авторов: nsk217@rambler.ru

В мировой научной литературе есть большое количество работ, посвященных теме влияния различных внешних природных факторов на смертность от разных причин в популяции. Сейчас можно считать доказанным, что такая связь

существует. Доказано также, что головной мозг человека обладает свойством магниточувствительности, и его функционирование, работа центральных регуляторных систем зависит от состояния космофизической среды (Казначеев В.П., Трофимов А.В., 2004; Хаснулин В.И., 2000-2009). Пусковые моменты суицида могут лежать в каких-то внешних влияниях или их сочетаниях, которые вступают в сложные отношения с мозгом индивида.

Цель исследования: применение синергетической парадигмы при изучении связи смертности от самоубийств и несчастных случаев и гелиогеофизических, метеорологических, социальных и личностных факторов, и для объяснения этих сложных форм поведения человека.

Материалы и методы. Были использованы данные Федерального бюро государственного комитета статистики по Новосибирской области о смертности от внешних причин (код причины смерти по XX классу МКБ-10, 25202 случая, 2001-2004 гг.), данные Новосибирского городского гидрометеорологического центра о ежедневном метеорологическом и геомагнитном состоянии (солнечная активность – число Вольфа, космическое излучение, магнитные Ар- и К-индексы, температура и влажность воздуха, атмосферное давление, скорость ветра, приливная сила, 2001-2004 гг.), сведения Новосибирской городской станции скорой медицинской помощи (СМП) о незавершенных самоубийствах (2371 попытка, 2001-2004 гг.), данные Новосибирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), (1763 самоубийства, 2001-2004 гг.), было проведено обследование пациентов Новосибирской областной психиатрической больницы № 2 (188 человек, 2002-2004 гг.).

Результаты и обсуждение.

Из погибших от внешних причин в Новосибирске было 77,1% мужчин и 22,9% женщин всех возрастных групп. Среди них самоубийства составили 17,7% у мужчин и 12,5% у женщин от общего количества. Частота суицидов была у мужчин $68,6 \pm 3,6$ на 100 000 жителей в год и несчастных случаев $318,3 \pm 8,8$ на 100 000 жителей, а среди женщин $12,5 \pm 0,6$ и $87,2 \pm 4,7$ соответственно («грубый» показатель). Частота суицидов среди мужчин была в 5,5, а несчастных случаев в 3,6 раза выше, чем среди женщин. В некоторых возрастных группах эта разница еще больше. Мужской пол и определенные возрастные периоды можно считать факторами риска суицидов и несчастных случаев.

Был проведен расчет корреляции по Пирсону между количеством суицидов и несчастных

случаев в день и гелиогео- и метеосостоянием среды. Наибольшее количество корреляций в разных возрастных группах наблюдалось между суицидами, несчастными случаями и числами Вольфа, средней суточной температурой воздуха, средним атмосферным давлением. Знаки коэффициентов корреляции были как положительными, так и отрицательными, но всегда одними и теми же для одной переменной. Проведено сравнение средних показателей частоты смертей в день (t-тест для независимых выборок). Между количествами суицидов и космическим радиоизлучением на длине 10,7 см статистически достоверной связи не найдено, однако она найдена для несчастных случаев. Корреляция между суицидами и К-индексами у мужчин была найдена только в возрастной группе 50-54 лет, она составила (-)0,30, у женщин – не найдена. Для несчастных случаев найдены очень слабые корреляции с К-индексом в только некоторых возрастных группах, однако это не может служить основанием для утверждения, что нет связи между этими явлениями.

Между показателями температуры воздуха (максимальной, минимальной температурой, амплитудами ее изменения в течение суток и между сутками) и суицидами найдены статистически значимые связи. Сравнение средних количеств суицидов в крайних квартилях показателей атмосферного давления (максимального, минимального, амплитуды в течение суток и между сутками) показало то же самое. Статистически достоверных корреляций между скоростью ветра и самоубийствами и несчастными случаями нами не было получено. У женщин статистически достоверных корреляций между метеоусловиями и количеством суицидов было выявлено не так много, как у мужчин; вероятно, из-за недостаточной статистической мощности базы данных. У них прослеживается те же тенденции, что и у мужчин.

Положительная корреляция между суицидами и несчастными случаями подтверждает предположение о том, что аутоагрессия, агрессивность и потеря контроля за собственной жизнью имеют одинаковую природу и подвержены общим влияниям. Проведено сравнение средних для сочетания пар природных факторов и частоты суицидов и несчастных случаев. Выявлена статистически значимая разница между средними в крайних квартилях пар факторов.

Таким образом, обнаружены слабые положительные связи между Ар-индексом, средней температурой воздуха и приливными силами тяжести и количеством суицидов и несчастных

случаев. Слабые отрицательные связи найдены между солнечной активностью, средней суточной влажностью и атмосферным давлением и количеством суицидов в популяции. Можно ли рассматривать эти природные факторы в качестве этиологических факторов самоубийств? Разумеется, нет. Однако влияние некоторых гелиогеофизических и метеорологических переменных на частоту суицидов и несчастных случаев в популяции игнорировать тоже нельзя.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУИЦИДОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В КУЗБАССЕ (ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗА 20 ЛЕТ)

*М.А. Шевцова, Е.А. Кириченко,
А.А. Лопатин, Н.П. Кокорина*

Кемеровская ГМА
Кемеровский ОКНД

Е-mail авторов: koknd_apt@mail.ru

Основными составляющими повышенной смертности в России являются, в первую очередь, высокие показатели летальности от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств. В связи с целым рядом особенностей региона вышеуказанные тенденции в Кузбассе имеют более выраженный характер. В частности, это касается значительного роста завершённых суицидов, превышающего общероссийский показатель более чем в 1,5 раза.

Изучение динамики количества завершённых самоубийств по Кузбассу свидетельствовало об их росте с 47,2 на 100 тысяч населения в 1980 г. до 61,6 на 100 тысяч населения в 1994 г. В дальнейшем на протяжении 90-х годов интенсивные показатели завершённых суицидов в регионе составляли 52,3 на 100000 населения в 1997 г., в 1999 г. - 48,7. Начиная с 2000 г. и по 2002 год эти показатели не опускались ниже 46 случаев на 100000 населения.

Анализ динамики суицидов в возрастных группах за 20 лет позволил говорить о том, что стабильно наиболее высокая суицидальная активность отмечалась в возрастной группе 50-59 лет. Высокую суицидальную активность в этой группе можно было объяснить возрастными личностными особенностями: тревожностью, колебаниями настроения с преобладанием депрессивного фона, а в последние годы - социальной неустроенностью, опасениями безработицы, ожиданием пенсионного возраста и выхо-

дом на пенсию без достаточного материального обеспечения.

Выраженные колебания в распространённости завершённых суицидов наблюдались в возрастной группе 40-49 лет. В период 1980-1985 гг. эти показатели составляли 66,8-59,8 на 100000 населения этого возраста; в 1986-89 гг. они снижались соответственно до 35,5-34,6; затем постепенно увеличивались до 83,5 на 100000 населения.

Такие же тенденции в динамике завершённых суицидов прослеживались и в возрастной группе 30-39 лет. Более благоприятной в плане уменьшения суицидального риска оказалась группа лиц в возрасте 20-29 лет. Такую динамику распространённости суицидов в данной возрастной группе можно было объяснить наибольшей приспособляемостью молодых людей, возросшей возможностью в последние годы попробовать свои силы в области предпринимательской деятельности, надеждой на высокий уровень материальной обеспеченности в ближайшем будущем.

В Кузбассе количество суицидов в 1994 году среди мужчин значительно превышало эти показатели у женщин (соответственно 101,7 и 22,3 на 100000 жителей каждого пола), причем такая тенденция прослеживалась на протяжении 20 рассматриваемых лет.

Анализ возрастного состава всех умерших в результате самоубийств показал, что в регионе среди умерших преобладали лица трудоспособного возраста (женщины 16-54 и мужчины 16-59 лет). Они составили 75,2%. Значительно чаще суициды в трудоспособном возрасте совершали мужчины. Так в 1993-94 гг. эти показатели у мужчин составляли соответственно 81,2% и 80%, у женщин - 54,1% и 59,7%. Среди лиц, совершивших завершённые суициды в трудоспособном возрасте в 1994 году, оказалось больше жителей сел, чем города (соответственно 80,7% и 75,2%), причем также преобладали мужчины.

Подростки и молодые люди до 20 лет составили 6,1%, от 20-29 лет - 12,7%. Значительную группу составили суициденты в возрасте 30-49 лет (36,1%) и лица 50-59 лет (21,5%). Лица, старше 60 лет составляли 23,6% всех умерших в результате суицидов.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что Кемеровская область является регионом с повышенным суицидальным риском.

Неблагоприятным является тот факт, что в Кемеровской области наиболее высокие пока-

затели завершённых самоубийств отмечаются в группах лиц молодого и среднего возраста. В структуре умерших вследствие завершённых суцидов преобладают лица трудоспособного возраста. Настораживает динамика суцидов. В большинстве возрастных групп за последние 20 лет отмечается значительный рост интенсивных показателей. Неблагополучна в этом плане возрастная группа подростков и молодых людей до 20 лет.

Неуклонный рост общего числа самоубийств в Кузбассе за последние 20 лет, доминирование среди суцидентов наиболее работоспособной части населения, устойчивая тенденция к их "омоложению" определяет проблему изучения суцидального поведения и разработку действенных мер его профилактики как одну из наиболее актуальных медико-социальных проблем в Кузбассе, и, в частности, обуславливает необходимость развития подразделений суцидологической службы в Кемеровской области.

Успешный опыт работы такой службы в нашем регионе имеется. Вот уже более 17 лет в г. Кемерово функционирует специализированная суцидологическая служба. При этом сравнительный анализ динамики завершённых суцидов среди населения двух крупных городов Кемеровской области в целом схожих как по половозрастному составу населения, так и по социально-экономической инфраструктуре – гг. Кемерово и Новокузнецк, свидетельствует о достоверном снижении уровня распространенности завершённых суцидов в г. Кемерово ($p < 0,01$), где существует городская суцидологическая служба, в то время как в г. Новокузнецке, где служба психического здоровья представлена лишь традиционной формой – городской психиатрической больницей, изменения интенсивных показателей за последние годы не достоверны ($p > 0,05$).

Приведенные результаты показывают целесообразность создания самостоятельных суцидологических служб, не связанных с традиционной психиатрической системой. Создание таких единых суцидологических служб в составе целого ряда специализированных структурных подразделений (телефон «Доверия», кабинеты социально-психологической помощи, кризисный стационар), и их активная деятельность позволяет не только эффективно купировать кризисные состояния, в том числе и с суцидальным поведением, но и добиваться прекращения их роста и последующего снижения их уровня, а также уровня завершённых суцидов среди всех контингентов населения региона.

ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА

ВИД МЕРЫ ПРЕСЕЧЕНИЯ КАК ПРИЧИНА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.В. Вальсдорф

Иркутский ОПНД

E-mail авторов: Marisabel100@yandex.ru

Самоубийства нашего времени составляют наследие прошлого; современное общество не может не давать известного процента самоубийств, потому что является продуктом прежних поколений, культуры, нравов, жизненных условий. Самоубийства, становясь объектом медицины, требовали соответствующих оценок со стороны окончательно выделившейся в самостоятельную область медицинских знаний и практики психиатрии. В первую очередь каждый из исследователей пытался определить, при каких формах психических расстройств чаще всего наблюдаются самоубийства. Несмотря на расхождение статистических показателей у различных авторов, все исследователи прошлого и настоящего в качестве наиболее частой формы психической патологии у лиц, покончивших с собой или совершивших суцидальную попытку, отмечали различные виды сниженного настроения. Суцидальное или суцидное поведение [1] – суцидальная попытка в случае, не закончившемся летальным исходом, включает:

1. Суцид – действия человека непосредственно имеют целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни.

2. Парасуцид – действия, которые могут привести к смертельному исходу, но или не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни, или их мотивы не могут быть четко верифицированы. И в том и в другом случае своеобразии мотивационной составляющей определяется в первую очередь особенностями психического состояния человека во время совершения аутоагрессивных действий; – действия человека, связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии (так называемый демонстративно – шантажный суцид).

3. Аутоагрессивные действия, не связанные с суцидальным поведением. Здесь может присут-

ствовать самая различная мотивация: снятие эмоционального напряжения, абстиненции, вплоть до экспериментов с собственной жизнью [2].

Цель исследования: изучить и оценить виды суицидального поведения лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, в отношении которых избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении, заключения под стражу.

Материал и методы исследования: за последний год обследованию подверглись 200 суицидентов. Из них 155 мужчин и 45 женщин в возрасте от 10 до 62 лет. При этом 112 суицидентам была избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, а 88 – мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении. Использован клинично - психопатологический метод исследования в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных экспериментально – психологического исследования («Пиктограмма», тест Эббингауза, субтест Векслера, тесты Розенцвейга, ММРП).

Результаты исследования: нами были выделены различные варианты суицидального поведения: суицид, парасуицид, аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением. Из них демонстративно – шантажный суицид (парасуицид): нанесение самопорезов в область левого и правого предплечья, живота острым режущим предметом или лезвием бритвы отмечен у 69 человек, демонстративное самоповешение – у 5 человек, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу [3]. Те же суицидальные действия наблюдались у 37 человек, в отношении которых избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении. Действия, имеющие цель намеренного прекращения жизни отмечены: у 15 человек (отравление психотропными средствами – 5 человек, самоповешение – 2 человека, выстрел в себя из огнестрельного оружия – 3 человека, прыжки с высоты двухэтажного и четырехэтажного дома – 5 человек), в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу; у 25 человек (отравление психотропными средствами – 8 человек, самоповешение – 4 человека, нанесение самопорезов в область предплечья – 13 человек), в отношении которых избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении. Все остальные подэкспертные (n=49), которые не вошли в вышеперечисленный список, совершили аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением (находились в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения).

Таким образом, проведенное исследование показало, что суицидальное поведение среди суицидентов, обследуемых в условиях амбулаторного отделения судебно – психиатрической экспертизы наиболее характерно для лиц мужского пола преимущественно в возрасте от 21 до 30 лет. При этом демонстративно – шантажная форма суицидального поведения характерна для суицидентов, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, а форма суицидального поведения в виде действий, имеющих целью намеренное прекращение жизни более характерна для лиц, в отношении которых избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении.

Литература:

1. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии. – Элита: ЗАОр НПП «Джангар», 2010. – 864 с.
2. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
3. Вальддорф Е.В. Разновидности суицидального поведения лиц, привлекаемых к уголовной ответственности в рамках различных статей Уголовного Кодекса РФ // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. - № 6. – С. 20.
4. Вальддорф Е.В. Зависимость характера совершаемых преступлений у лиц, являющихся суицидентами с выявленными психическими расстройствами в условиях амбулаторного отделения судебной психиатрической экспертизы // Там же. – 2009. - № 6. – С. 20-21.
5. Вальддорф Е.В. Взаимосвязь выявленных психических расстройств с совершением суицида и частотой преступлений уголовной направленности // Там же. – 2010. - № 1. – С. 26-27.

АЛКОГОЛЬ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

П.Б. Зотов, С.М. Уманский

Тюменская ГМА

Е-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Больные злокачественными новообразованиями относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий. Считается, что риск самоубийства среди онкобольных в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста [4, 8].

Острые суицидальные реакции, как правило, формируются на этапе диагностики заболевания. Реже такой характер поведения встречается перед оперативным вмешательством и в период выявления рецидива опухоли. Одним из наиболее суицидоопасных, считается период прогрессирования онкологического заболевания [5-7]. Чаще суицидальные действия совершаются достаточно спонтанно (для окружающих). В большинстве случаев суицидальные идеи, возникшие

однажды, сохраняются длительный период, актуализируясь под воздействием суицидогенных факторов [1]. Традиционно к ним относят и алкоголь. Показано, что в общей популяции частота выявления алкогольного опьянения у лиц, совершивших суицидальные действия, достигает 50% [3]. При раке этот показатель, вероятно, имеет меньшее значение.

Так, проведенный нами факторный анализ 49 случаев суицидальных действий больных злокачественными новообразованиями, показал, что употребление алкоголя было отмечено лишь у двух человек (4,1%). В одном случае больная приняла коньяк для облегчения совершения самоубийства (женщина ушла зимой в мороз в лесополосу и замерзла). Во втором случае, больной раком легкого избрал алкоголь в качестве средства самоубийства. Пациент выпил более полутора литров водки, и был обнаружен родственниками в бессознательном состоянии. При поступлении в токсикологическое отделение у него была диагностирована алкогольная кома II. После прихода в себя он сообщил, что хотел умереть, ничего не чувствуя, и отрицательно относился к проведенным реанимационным мероприятиям. Эти данные подтверждают минимальное влияние алкоголя на суицидальную активность данной категории пациентов, среди которых, ведущее значение соматические детерминанты основного заболевания: плохо контролируемый болевой синдром, снижение способности к самообслуживанию и др. [2, 6].

Литература:

1. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенными формами злокачественных новообразований // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Уфа, 1998. - 22 С.
2. Зотов П.Б., Уманский С.М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных // Тез. V конференции «Паллиативная помощь в онкологии», 22-29 апреля 2001, Средиземноморье // в журнале «Паллиативная медицина и реабилитация», 2001, № 2-3. - С. 20.
3. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К., Бедильбаева Г.А. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - Т.90, № 2. - С. 55-58.
4. Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients // Psychol. Med.. - 1991, Nov. - Vol. 21, № 4. - P. 979-84.
5. Bellini M., Capannini D. Increased suicide risk in cancer patients // Minerva. Psichiatri. - 1994, Sept. - Vol. 35, № 3. - P. 175-186.
6. Foley K.M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // Oncology overview. - 1993. - Vol. 1. - P. 89.
7. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide // Ann. Oncol. - 1991; Jan. - Vol. 2, № 1. - P. 8.
8. Stenager E.N., Bille-Brache U., Jensen K. // Cancer and suicide. Review of the literature // Ugeskr. Laeger. - 1991; Mar. 11. - Vol. 153, № 11. - P. 764-768.
9. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978-1994 // Jap. J. Cancer Res. - 1999. - Vol. 90, № 8. - P. 812-817.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ПРИЧИН ГИБЕЛИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

П.Б. Зотов, С.М. Уманский, Н.В. Михайловская

Тюменская ГМА

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Высокая распространенность наркоманий оказывает значительное влияние на смертность в отдельных возрастных группах. По данным G.Hulse и соавт. (1999) в Австралии показатель смертности среди лиц, употребляющих запрещенные опиаты, в 13 раз выше, чем аналогичный показатель общего населения. Значительное количество лет потерянной жизни свойственно группе лиц относительно молодого возраста (15-39 лет), в которой наблюдаются случаи смерти, связанной с употреблением опиатов (при определении чистоты репрезентативной группы исследователи исключали из выборки все случаи заражения СПИДом).

В США в 1979 году опиаты были причиной 9,5% от всех неумышленных смертей, а в 1996 году этот показатель составил уже 23%. Смертность от опиатов за указанный период повысилась на 329%. При этом наиболее высокие показатели смертности приходились на возрастные группы от 25 до 34 лет и от 35 до 44 лет (Martin, 1999). В лонгитюдных исследованиях, проведенных с 1962 по 1997 г. в Лос-Анджелесе (США), было показано, что показатель смертности в исследуемой группе наркоманов превышал в 50-100 раз средний показатель в общей популяции (Zicker, 2001).

Сведения, приводимые в доступной литературе, о структуре причин гибели наркоманов ограничены и нередко противоречивы. В ряде исследований отмечается, что смерть наркозависимых связана непосредственно с наркотиком, с медицинскими заболеваниями, с травмами и самоубийством (Wahren C., 1997; Zador D., 2000).

Принято считать, что основной причиной смерти этого контингента является отравление наркотиками (Vieira, 1998; Winstock, 2000). По данным различных авторов частота летальных случаев от неумышленной передозировки составляет от 4,1% (Солохин, 2002) до 21,6% случаев (Zicker, 2001). Однако с достаточной долей уверенности можно предположить, что реальные цифры значительно выше. Сложности могут быть обусловлены, во-первых, с достоверной

посмертной диагностикой наркомании, а, во-вторых, с самим фактом передозировки наркотика. Быстрая биотрансформация алкалоидов снижает вероятность их выявления в крови и тканях умерших от отравления наркоманов, а выраженная множественная сопутствующая патология ограничивает диагностические возможности результатов секционного и гистологического исследования органов и тканей (Кригер, 2001). Актуальность верификации наркотической смерти высока, так как отравления опиатами могут быть обусловлены целым рядом причин: случайной или преднамеренной передозировкой, приемом фальсифицированного наркотического вещества, действием высокотоксичных примесей, возможным бинарным эффектом, непредсказуемой реакцией организма на введение нового химического вещества (White, 1999).

Риск передозировки героина увеличивается при употреблении обычных доз после длительного воздержания от него или при значительном колебании концентрации диацетилморфина в кустарно-производимом наркотике (Heroin, 2000).

Прием фальсифицированных опиатов не менее распространенная причина отравлений. В виде примесей к героину могут использоваться тальк (детская присыпка), мел (каолин), питьевая сода, димедрол, сульфат магния, сульфат бария, крахмал, сибазон, стиральный порошок и др. Внутривенное введение этих веществ в организм может вызывать развитие тяжелых реакций (Солодун, 2001).

Риск передозировки героина значительно увеличивается при одновременном употреблении других наркотических, психотропных средств или алкоголя, выявляемых в большом проценте случаев при судебно-медицинском исследовании трупов наркоманов (Галактионов, 2001; Кригер, 2001; Солохин, 2002; Gock, 1999; Wahren-smith, 2001). Бинарный эффект этих веществ, преимущественно обусловлен прямым или опосредованным отрицательным влиянием на активность дыхательного центра. Известно, что под воздействием этанола в крови усиливается эффект подавления дыхания, производимыми метаболитами героина (6-моноацетилморфином, морфином и его 6-глюкуронидом), (Мелентьев, 2002). Важную роль в летальном исходе играет нарушение функции легких и печени (Smyth, 2000). Смерть может наступить от аспирации содержимого желудка при смертельной концентрации наркотика в организме и других причин (Кригер, 2001).

В пользу высокой частоты отравлений с летальным исходом, вероятно, могут служить данные о количестве передозировок наркотиков,

выявленных в анамнезе. В ряде зарубежных исследований было показано, что частота угрожающих жизни передозировок наркотика составляет от 30 (Bennet, 1999) до 56% (Barry, 2001; Powis, 1999; Strang, 1999; Cunnigham K., 2000), при этом более одного случая передозировки в течение заболевания переносят не менее, чем от 18 до 45,5% наркоманов (Heroin, 2000; Ingeborg, 1999; Best, 1999), а 3 и более случаев - 19,8% (Best D., 1999). Свидетелями случайной передозировки по разным данным являются от 58% (Bennet, 1999) до 93% (Strang, 1999) больных, однако, не более трети из них знают об эффекте налоксона и возможностях оказания экстренной помощи в этих ситуациях (Strang, 1999; Winstock, 2000).

Особую сложность вызывает дифференциация случайных и преднамеренных причин смерти, среди которых наибольшую важность имеет посмертная диагностика самоубийств. Данные о частоте суицидальных действий наркоманов противоречивы, хотя многими отечественными (Галактионов, 2001; Кирдяпкина, 2001) и зарубежными (Bovasso, 2001; Levy, 1989; Wahren-smith, 2001; Zicker, 2001) авторами отмечается повышенная суицидальная готовность этого контингента больных, что может быть обусловлено целым рядом объективных причин. Как правило, регистрируются только случаи гибели пациентов, применивших с суицидальной целью огнестрельное оружие, совершивших самоповешение, падение с высоты или другие, так называемые, «жесткие» способы самоубийства. Случаи самоубийств, совершенные путем самоотравления, и, соответственно, не повлекшие внешние нарушения целостности организма суицидента, регистрируются значительно реже, что связано как с трудностью посмертной диагностики наркомании, так и установки факта преднамеренного отравления (Баринов, 1996; Кригер, 2001; Солодун, 2001). Для подтверждения факта самоотравления больного большое значение имеют посмертные записки, заявления близких и родственников суицидента, а так же анализ имеющейся медицинской документации и учет ранее зарегистрированных случаев суицидальных попыток у данного индивида. Наглядно это подтверждают исследования А.В. Кирдяпкиной (2001), проведенные в Приморском крае. При анализе смертности наркоманов период с 1991 по 2000 год было выявлено 70 самоубийств – 14% от всех 494 случаев насильственной смерти больных наркоманией за этот период. Среди причин смерти суицидентов ведущее место занимала механическая асфиксия,

вследствие сдавления шеи петлей при повешении (77%), на втором месте - падение с высоты (17%), на третьем - резаные раны предплечий (6%). В то же время из 277 наблюдений острых отравлений при судебно-медицинской экспертизе ни в одном случае не было выявлено объективных данных самоубийства. При этом автор справедливо отмечает, что, несмотря на отсутствие признаков самоотравления, нельзя не предполагать в некоторых случаях преднамеренной передозировки психоактивных веществ в целях суицида.

Несмотря на редкость патологоанатомически подтвержденных случаев самоотравлений и трудность их диагностики, случаи преднамеренного повышения дозы с суицидальной целью и случайные отравления, по данным клинических исследований, тесно взаимосвязаны. Так, в наблюдениях R.Ingeborg и соавт. (1999) среди 2051 больного наркоманией, поступавших на стационарное лечение 45,5% перенесли более одной угрожающих жизни передозировок, а 32,7% сообщали о пережитой более одной суицидальной попытке. То есть каждый третий из этих пациентов совершил не менее двух попыток самоубийства. J.Neale (2000) при обследовании 77 больных наркоманией после несмертельной передозировки запрещенных наркотиков выявила суицидальные намерения в 49% случаев. Соизмеримые цифры приводятся и в исследованиях С.Wahren и соавт. (1997): при анализе случаев смерти от неестественных причин больных наркоманией, находившихся под долгосрочным наблюдением в Стокгольме, доля самоубийств составила 31%, а несчастных случаев 39%.

По данным, приводимых другими авторами, частота суицидальных действий варьирует в достаточно широком диапазоне. Так, среди 300 погибших больных героиновой наркоманией, наблюдаемых P.Zicker (2001), частота самоубийств, убийств и несчастных случаев составила 19,5%. В наблюдениях B.Smyth и соавт. (2000) из 149 стационарных больных суицидальные попытки в течение года были зарегистрированы в 12% случаев. В исследования, проведенных в Новом Южном Уэльсе (Австралия), среди причин смерти доля самоубийств наркоманов составила 8,8% (Zador, 2000). Среди отечественных авторов частота смертей от самоубийств и травм, как правило, значительно ниже. Например, по данным Ю.В. Солодун и соавт. (2001) при исследованиях 168 случаев смерти в отделе судебно-медицинской экспертизы Иркутска доля погибших наркоманов в 1998 – 2000 гг. от самоубийств и травм составила лишь 7%.

Известно, что, помимо регистрации попыток и завершенных самоубийств, о повышенной суицидальной готовности могут свидетельствовать данные о частоте, так называемых, внутренних форм суицидального поведения. Сведения, приводимые в литературе, указывают на присутствие суицидальных идей лишь у 6,7-15% больных наркоманией, обычно ассоциированных с состоянием абстиненции (Ракицкий, 2002; B.Smyth, 2000). Так же считается, что в сравнении с общей популяцией суицидальные мысли при злоупотреблении наркотиками встречаются в 2,1-3,7 раза чаще (Levy J., 1989). Однако, учитывая сведения о частоте суицидальных действий, приведенные выше, можно предположить более высокую распространенность суицидального поведения среди этих больных. В пользу этого говорят и данные о мотивах самоубийства наркозависимых. Исследования ряда авторов показывают, что суицидальные действия наркоманов мотивируются преимущественно психосоциальными факторами (депрессия (Levy J., 1989; Bovasso G., 2001), ВИЧ-инфекция [Беляева, 1996], семейные неурядицы, социальная изоляция, безработица), (Neale J., 2000). Наличие этих факторов может с одной стороны способствовать активному выявлению суицидальных идей и разработке индивидуальной программы реабилитации, а с другой – установлению истинной причины гибели пациента.

Таким образом, данные обзора литературы свидетельствуют о важности и малой изученности рассматриваемых вопросов.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ МЕГАПОЛИСЕ (НА ПРИМЕРЕ Г. МИНСКА)

С.А. Игумнов, А.П. Гелда

РНПЦ психического здоровья, Минск, Беларусь

Е-mail авторов: sergey_igumnov@tut.by

Объект исследования – психологический кризис, суицидальное аутоагрессивное поведение и патогенетические механизмы его развития среди лиц молодого возраста в современном мегаполисе.

Основной целью исследования является разработка концептуальных основ эффективной программы превенции суицидов и социально-психологической помощи контингенту лиц 15-24 летних жителей г. Минска.

В процессе работы проводились социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические и клиничко - психопатологические исследования. Изучены предикторные факторы формирования высокого риска суицидального поведения в когорте 15-24-летнего населения г. Минска. В исследование включены для проведения ретроспективного суицидологического анализа: 1051 парасуицидент и 99 суицидентов, для проведения проспективного суицидологического исследования – 114 парасуицидентов.

Доказано (уровень достоверности $P < 0,05-0,001$), что относительными факторами риска совершения суицидальных действий в когорте 15-24-летних жителей г. Минска являются: гендерные различия (1,3-кратный риск совершения женщинами суицидальных попыток и 4,8-кратный совершения мужчинами самоубийств); возраст 21-24 лет (43-63% суицидальных актов); алкогольное опьянение (модератор 60% суицидальных актов у мужчин, 37% суицидальных попыток и 53% самоубийств у женщин); уровень образования (1,7-кратный риск для женщин с неполным и 1,2-кратный для мужчин с полным средним образованием). Существенную роль в суицидогенезе играли также социальный статус (1,4-кратный риск для женщин, учащихся средних и высших учебных заведений, 1,5-кратный для работающих и 1,6-кратный для безработных мужчин) и семейное положение (для женщин в возрасте до 18 лет – 2,6-кратный риск; для разведенных и вдовых – 3,4-кратный, для сожительствующих без оформления гражданского брака – 1,8-кратный и для холостых мужчин брачного возраста – 1,8-кратный).

По результатам проведенного исследования определены клинические, психологические, социальные и демографические критерии суицидоопасного состояния среди населения г. Минска в возрасте 15-24 лет.

По результатам проведенного исследования внесены следующие предложения и дополнения с целью совершенствованию Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009-2012 годы и организации суицидологической службы:

1. Продолжить изучение взаимосвязи между половозрастными характеристиками суицидентов и алкогольным/наркотическим опьянением.

2. Оценить в динамике относительный и добавочный риски самоубийств в состоянии алкогольного/наркотического опьянения с учетом гендерных и возрастных различий.

3. Разработать четкие судебно - медицинские патоморфологические и психиатрические (в

том числе опирающиеся на концепцию «психолого-психиатрической аутопсии Э. Шнейдмана) критерии суицидального поведения.

4. Произвести верификацию в масштабах г. Минска и регионов количества случаев насильственной смерти, трактуемых как результат суицидального поведения, что, возможно, позволит избежать искусственного «завышения» показателей суицидальной статистики.

5. Использовать полученные данные при проведении профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и оказании специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние.

6. Разработать комплексную программу специализированной психолого - психотерапевтической помощи лицам, совершившим парасуициды, и родственникам лиц, погибших в результате суицида, и оценить ее клиническую эффективность и социально-экономический эффект.

*Настоящее исследование поддержано грантом Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор № Г09Р-011 от « 15 » апреля 2009 г.)

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ С ТИПОМ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

С.О. Кузнецова

НЦ психического здоровья РАМН, г. Москва

E-mail автора: kash-kuznezova@yandex.ru

На сегодняшний день проблема агрессивности, враждебности и их проявлений в поведении у подростков особенно актуальна, что подтверждается большим количеством исследований в различных областях науки и практики. Агрессивность, с точки зрения современных исследователей, рассматривается как свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии, а также в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого человека как враждебное. Как известно, в подростковом возрасте естественным является стремление к проявлению взрослости, развитие самосознание и самооценки, интерес к своей личности, к своим возможностям и способностям. При отсутствии условий для реализации своего потенциала процесс самоутверждения может проявляться в искаженных формах, приводить к неблагоприятным реакциям и последствиям, к различным девиациям, возникает опасность выбора агрессивной линии поведения.

Проведенное нами исследование, направленное на изучение проблемы взаимосвязи проявлений агрессивности и враждебности с типом социализации у подростков, на материале учащихся (125 человек в возрасте 13-14 лет) общеобразовательной школы №1218 и кадетского корпуса №2 города Москвы, показало, что средние показатели агрессивности и враждебности подростков общеобразовательных школ ниже, по сравнению с аналогичными показателями кадетов. Так, подростки-кадеты в большей степени склонны приписывать нейтральным объектам и ситуациям негативные качества. При этом повышенная враждебность индивидов выступает в качестве психологического маркера их индивидуальной уязвимости к стрессогенным ситуациям.

Агрессивность же подростков-кадетов имеет деструктивную тенденцию, которая сопровождается личностной враждебностью и мешает социальной адаптации, а агрессивность подростков-школьников характеризуется как конструктивно направленная. При сопоставлении форм агрессивности и враждебности подростков-кадетов и школьников нами были получены статистически значимые различия ($p < 0,01$). Так, у подростков-кадетов преобладает физическая агрессия, а также отмечаются достаточно высокие показатели по шкалам: раздражение, вербальная агрессия и подозрительность. То есть, в ситуациях межличностного взаимодействия для них характерно применение физической силы и использование словесных угроз. При этом у подростков-школьников доминируют показатели вербальной и косвенной агрессии, тогда как значения физической агрессии значительно ниже, чем у кадетов. По шкале демонстративности средние показатели у кадетов выше, чем у школьников, что объясняется спецификой кадетского воспитания в атмосфере доблести и уважения к своей родине, участием в показательных выступлениях и парадах. Желание подростков-кадетов показать себя с лучшей стороны позволяет им завоевать авторитет в своей референтной группе. Кроме этого, однородный по полу состав коллектива усиливает конкуренцию и требует постоянных доказательств своих притязаний на право лидерства. В группе подростков-кадетов отмечаются также высокие показатели безличной активности, по сравнению со школьниками, причиной тому служат особенности воспитания, так как у кадетов сфера проявления активности ограничена и определяется заданными, заранее оговоренными рамками и внутренними порядками кадетского корпуса. Вследствие этого активность, которая должна

направляться на людей, выражается в деятельности и совместных занятиях, то есть в безличной форме. Следует отметить, что у подростков-кадетов также преобладают реакции с фиксацией на самозащите (защита себя, своего «Я») и резкое агрессивное порицание кого-то другого. При этом у подростков-школьников отмечаются реакции с «фиксацией на удовлетворении потребности», они не склонны к резким, обобщенно-агрессивным ответам деструктивного характера, у них значительно менее выражены самозащитные личностные реакции. Полученные нами результаты совпадают с данными исследования А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, которые показали, что дети, воспитывающиеся в учреждениях «закрытого» типа, менее успешны в решении конфликтов со взрослыми и сверстниками, для них характерна большая агрессивность, стремление обвинить окружающих, неумение и нежелание признать свою вину и неспособность к продуктивному, конструктивному решению конфликта.

В качестве причин полученных нами особенностей агрессивности и враждебности у подростков-кадетов можно рассматривать узость, ограниченность их контактов со взрослыми (и в первую очередь, с родителями), высокую интенсивность контактов со сверстниками. Кроме этого, в кадетском корпусе ребенок постоянно общается с одной и той же (достаточно узкой) группой сверстников, причем он сам не может предпочесть ей какую-либо другую группу, как это может сделать ученик обычной школы. Таким образом, нами была установлена корреляционная связь между особенностями проявления враждебности и агрессивности у подростков и той социальной средой, в которой они воспитываются. Следует отметить, что проблема выявления факторов и причин формирования девиантной линии поведения в подростковом возрасте остается актуальной и требует дополнительных исследований.

БОЛЬНЫЕ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Н.И. Куценко, П.Б. Зотов

Тюменская ТОКПБ
Тюменская ГМА

Различные аспекты профилактики и ранней диагностики суицидального поведения являются актуальными в связи с высокой частотой само-

убийств в нашей стране. Необходимым условием разработки программ помощи является выделение групп риска и факторов, потенцирующих суицидальную активность (соматическое заболевание, алкоголь и др.).

В специальной литературе, посвященной проблемам суицидологии, алкоголю уделяется достаточно большое внимание. Показана тесная связь приема алкоголя и алкогольного опьянения с суицидальной активностью.

Цель исследования: оценить суицидальное поведение больных рассеянным склерозом и его возможную связь с алкоголем.

Материал исследования составили 154 больных рассеянным склерозом с суицидальным поведением, направленных или первично самостоятельно обратившихся в ГЛПУ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница» в период с 2001 по 2008 годы.

Среди обследуемых мужчины составляли – 35,1%; женщины – 64,9%. Возраст пациентов был от 16 до 65 лет, средний – 38,2±4,9 лет. Длительность заболевания рассеянным склерозом составляла от 4 до 27 лет.

Метод исследования: клинико - психопатологический.

Результаты исследования и обсуждение. Целенаправленный сбор анамнеза показал, что в условиях заболевания рассеянным склерозом большинство обследуемых указывали на редкое потребление алкоголя (81,8%) или полный отказ от его приема (11,7%). Лишь у отдельных больных (5,8%) регистрировались единичные случаи злоупотребления. Признаки алкоголизма присутствовали только у одной женщины (0,7%).

Несмотря на отмеченное достаточно сдержанное отношение к алкогольным напиткам, 44,2% больных отметили четкую связь между приемом алкоголя и возникновением суицидальных идей. При более глубоком анализе было установлено, что частота инициации суицидальных тенденций алкоголем имеет высокую положительную корреляционную зависимость ($p=0,9549$) с формой суицидального поведения. Так, если антивитаальные идеи актуализировались на фоне алкоголизации у 35,1% больных, то у лиц с суицидальными мыслями эта доля составила 52,3%, увеличиваясь до 56,3% при суицидальных замыслах, и 66,7% – при суицидальных намерениях. Различия между мужчинами и женщинами по частоте этих проявлений были минимальны и достоверно не различались.

Дальнейшие исследования показали, что у больных рассеянным склерозом влияние алко-

голя проявляется преимущественно в иницирующем действии на суицидальную активность, а не ее реализацию. Последний вывод согласуется с отсутствием фактов принятия алкоголя больными, в период совершения ими попыток самоубийства. При возможности более подробного опроса некоторые пациенты ($n=5$) отмечали, что намеренно отказывались от принятия алкоголя перед суицидальной попыткой, так как в условиях значительного ограничения физических возможностей боялись утратить последние силы для реализации самоубийства. Учет этих заявлений и оценка условий, в которых были совершены попытки, подтверждают истинность намерений этих людей погибнуть, а так же свидетельствуют об ограниченной роли алкоголя в реализации самоубийства этих больных.

В целом, обобщая результаты исследования, можно сделать вывод о том что, несмотря на редкое потребление алкоголя больными рассеянным склерозом, почти в половине случаев первичная инициация суицидального поведения происходит при алкогольном опьянении. Актуализация депрессивных переживаний алкоголем может потенцировать динамику суицидальной активности. Однако в условиях прогрессирования заболевания и значительного снижения физических возможностей большинство пациентов осознанно исключают прием алкоголя в случаях реализации ими суицидальных действий.

АЛКОГОЛЬ СРЕДИ ФАКТОРОВ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

*Е.В. Родяшин, П.Б. Зотов,
И.Н. Габсалямов, М.С. Уманский*

Тюменская ОКПБ
Тюменская ГМА
Тюменский ОНД

Е-mail авторов: tokpb@mail.ru

Алкоголь является одним из существенных факторов, влияющих на многие социальные показатели, в том числе показатели смертности населения. По данным некоторых исследований [8] в России в начале 80-х годов смертность, прямо или опосредованно связанная с употреблением алкоголя, была более 500000 случаев в год, что составляло более 32% от общей смертности. После начала антиалкогольной кампании в 1985 г. потребление алкоголя на душу населения снизилось с 14,2 л до 10,5 л в год. При этом смертность уменьшилась с 1161,1 до 1054,0 на

100000 населения. В период рыночных реформ наблюдался рост потребления алкоголя и смертности. Общая смертность, связанная с алкоголем в 1994 г. составила 751000 или 33% от общей смертности. С 1995 г. потребление алкоголя начало снижаться. При этом снижалась и смертность, несмотря на общее ухудшение качества жизни в стране. В 1999-2000 гг. начался новый рост общей смертности, летальных алкогольных отравлений, числа алкогольных психозов.

Причины гибели лиц, употребляющих алкоголь, различны, но ведущее место занимают травмы и несчастные случаи, самоповреждения и самоубийства, неумышленные отравления этанолом и его суррогатами. Меньший процент составляют негативные соматические и психические последствия хронического приема алкоголя.

Травматизм на фоне алкогольной интоксикации широко распространен во многих странах. Только в США регистрируется более 500000 случаев травматизма в год, связанных с приемом алкоголя [7], причем большинство составляют случаи вождения автомобиля в нетрезвом состоянии. Статистические данные свидетельствуют, что с потреблением алкоголя связано от 42 до 66% убийств, от 13 до 50% случаев побоев и проявлений сексуальной агрессии и более 85% домашнего насилия [6].

Алкоголь оказывает негативное влияние и на аутоагрессию, являясь важным фактором риска суицида. Установлено, что повышение общего уровня потребления этанола в популяции сопровождается увеличением количества самоубийств [3]. Вместе с тем роль алкоголя в реализации суицидальных действий неоднозначна. В одних случаях он может служить основой формирования суицидальных идей, в других - принимается суицидентом с целью облегчения реализации суицидальных действий. По данным К. Conner [5] суицидальные мысли присутствуют у 15,5% женщин и 9,9% мужчин больных алкоголизмом. При этом у женщин мысли о самоубийстве коррелируют с частотой употребления алкоголя, а у мужчин с интенсивностью алкоголизаций. В общей популяции частота выявления алкогольного опьянения у лиц, совершивших суицидальные действия, достигает 50%, причем чаще алкоголь употребляют мужчины [4, 9].

Средний показатель смертей от отравлений алкоголем в России составляет 2,8% от всех смертей, что в 65 раз выше среднеевропейских показателей [2]. В некоторых регионах нашей страны смертность от отравлений этанолом достигает 5-9% (Чукотский автономный округ,

Магаданская и Камчатская области), а в Удмуртской республике - 18,9% (2002) от всех смертей. При этом отмечается ежегодный рост смертельных отравлений этанолом в последние годы. Вместе с тем считается, что реальная смертность от алкоголя в России, по крайней мере, в 1,65 раза выше официальных данных [2]. Негативные тенденции отмечены и в бывших Советских республиках. Так, например, в Киргизской Республике в 1997-1999 гг. по данным Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы было выявлено 273 случая смерти от алкогольной интоксикации. При этом большинство погибших составляли мужчины (78%) [1]. Для сравнения в Америке в 1996-1998 гг. годовая смертность от непреднамеренных отравлений алкоголем как основной причины составляла 317, как дополнительной причины - 1076 случаев (в сумме - 1393 или 0,49 на 100000 населения). На мужчин пришлось более 80% летальных исходов [10].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что алкоголь оказывает значительное влияние на смертность населения. Между тем, действующие в настоящее время формы отчетности не позволяют провести адекватный анализ и характер целого ряда взаимосвязей. Так, например, приведенные выше данные научных исследований указывают, что количество случаев потребления алкоголя при завершенных самоубийствах мужчин может достигать 50% [4]. Данные региональных статистических отчетов, в частности по Тюменской области, дают цифры менее 1 процента. При этом практически невозможно проследить характер принимаемых напитков (крепкие / слабо алкогольные напитки, пиво или суррогаты), более четкий социальный уровень погибших и т.д. Подобные тенденции можно отметить и по ряду других показателей. Практическим выводом подобных затруднений является, с одной стороны, необходимость совершенствования и повышения эффективности системы учета, а с другой, улучшения мер профилактики злоупотребления алкоголем.

Литература:

1. Бакеева, А.М. Алкоголь как экзозеологический фактор при насильственной смерти / А.М. Бакеева, М.М. Мукашев // Морфология и хирургия. - Новосибирск, 2000. - С. 19-20.
2. Немцов, А.В. Качество статистических показателей смертности при отравлении алкоголем в России / А.В. Немцов // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. - № 2. - С. 19-28.
3. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. / Ю.Е. Разводовский // Ж. Неврол. и психиатрии. - 2002. - Том 102, № 10. - С. 58-63.
4. Столяров, А.В. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий / А.В. Столяров, А.Д. Борохов, Е.К. Жаманбаев, Г.А. Бедильбаева // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - Том 90, № 2. - С. 55-58.

5. Conner, K. The role of drinking in suicidal ideation: Analyses of project MATCH data / K. Conner, Y. Li, S. Meldrum et al. // J. Stud. Alcohol. – 2003. – Vol. 64, № 3. – P. 402-408.
6. De Lucio-Brock, A. Alcohol and violence: A public health approach / A. De Lucio-Brock // *Globe*. – 2000. – Spec. ed. – P. 25-28.
7. Hingson R., Heer T., Zakocs R. et al. Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24 / R. Hingson, T. Heer, R. Zakocs et al. // J. Stud. Alcohol. – 2002. – Vol. 63, № 2. – P. 136-144.
8. Nemtsov, A.V. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s / A.V. Nemtsov // *Addiction*. – 2002. – Vol. 97, № 11. – P. 1413-1425.
9. Wielosz, M. Rola czynnikow psychologicznych i klinicznych w Samobojstwach usilowanych (w materiale osroka ostrich zatruc) / M. Wielosz // *Psychiatr. Pol.* – 1988. – Vol. 22, № 1. – P. 14-20.
10. Yoon, Y-H. Accident alcohol poisoning mortality in the United States, 1996-1998 / Y-H. Yoon, F. Stinson, H. Yi, M. Dufour // *Res. And Health*. – 2003. – Vol. 27, №1. – P. 110-118.

ПРЕДПОСЫЛКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

Н.Б. Семенова

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
г. Красноярск

Е-mail авторов: nadya_semuonova@mail.ru

Республика Тыва (РТ) относится к неблагоприятным регионам страны, где регистрируются высокие показатели смертности населения от самоубийств. Частота завершённых суицидов здесь в 1,6 раза превышает российский показатель, в 2007 г. показатель суицидов в РТ был равен 53,2 на 100 тысяч. Среди детей и подростков в РТ смертность от суицидов составляет 14,6% от всего количества самоубийств.

Цель исследования: изучение причин и факторов риска суицидального и саморазрушающего поведения коренного населения РТ.

Материал и методы. Обследованы выпускники общеобразовательных школ тувинской национальности, проживающие в сельской и городской местности (206 человек), дети младшего школьного возраста (416 человек) и семьи коренного населения, проживающие в сельской и городской местности (286 семей). В контрольную группу вошли выпускники общеобразовательных школ русской национальности (274 человека).

Применялись психологические методики (исследование когнитивных функций с применением методик невербального плана, методика «Самооценка психических состояний»; метод свободного выбора самоидентификаций «Twenty statements self attitude Test» Kuhn M., McPortland T.); социологический опрос (анкетирование и интервьюирование старшеклассников и семей коренного населения) и метод статистического анализа

(ранговая корреляция по Спирмену, U-критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера). В качестве предпосылок суицидального поведения рассматривались следующие факторы: 1) культуральные, этно-политические и социально-экономические факторы риска; 2) этнические особенности эмоциональной сферы тувинцев.

Результаты и обсуждение. РТ – самое молодое административное образование в составе РФ. Тувинская автономная область (ТАО) была образована в 1944 году, а в 1961 году преобразована в Тувинскую АССР. Важнейшим этнополитическим и социально-экономическим преобразованием в истории тувинского народа явилось осуществление седентеризации (перевод на оседлость) аратских хозяйств. Это привело к утрате традиционного национального промысла и переориентировало коренное население на западный образ жизни. Последовавший в начале 90-х годов социально-экономический кризис привел к снижению производства и массовой безработице населения. В результате двукратной смены социально-экономической формации за столь короткий исторический срок произошло разрушение привычного образа жизни тувинцев, национальной культуры и родовых традиций коренного населения.

При анализе ценностного самосознания тувинской молодежи в современных социально-экономических условиях выявлено, что в настоящее время молодежь ориентирована на западную систему жизненных ценностей (учебу и получение образования – 1 позиция в иерархии жизненных ценностей), в то время как создание собственной семьи занимает одну из последних позиций в ценностном мировоззрении. Помимо снижения ценности семейных отношений у тувинцев отмечается утрата религиозной идентичности и снижение этнической принадлежности. На этническую принадлежность указывают всего 17,9% сельских и 7,7% городских старшеклассников, на религиозную принадлежность указали всего два тувинских старшеклассника («хочу увидеть бога Иегову» и «верю в бога»).

Не смотря на внешние признаки ориентации на западную систему жизненных ценностей, внутренний мир тувинцев остается прежним: самосознание тувинцев является продуктом коллективистской культуры, для тувинского этноса основной потребностью является аффилиативная потребность. Анализ самоотчетов тувинских старшеклассников (Kuhn M., McPortland test) подтверждает, что тувинцы больше привязаны к своей семье, по сравнению с русскими ($p < 0,001$). Часто звучат такие высказывания: «люблю маму

и папу», «очень люблю свою семью», «уважаю своих близких, родных, друзей», «не хочу ни с кем ссориться», «хочу, чтобы меня любили и уважали», «хочу быть любимым для всех» и т.д.

Вместе с тем, в настоящее время аффилиативная потребность у тувинского этноса представляется неудовлетворенной. Это объясняется разрушением родовых традиций и снижением ответственности за сохранение семейных отношений. Так, численность неполных семей в сельской местности составляет 22%, в городской – 30%, высок уровень бытового пьянства (в сельской местности алкоголь употребляют свыше 20% матерей и свыше 60% отцов), в каждой второй сельской семье и более чем в 30% городских семей присутствуют конфликты.

Кризис самосознания тувинцев заключается в том, что аффилиативная потребность, т.е. потребность в интеграции и групповой сплоченности, в современных социально-экономических условиях фрустрирована. Известно, что основная потребность может фрустрироваться и подавляться, но такое подавление приводит к новым реакциям, в частности, к появлению разрушительных тенденций (Фромм Э., 1990).

Следствием смены образа жизни тувинцев является и то, что большинство тувинских старшеклассников (87,1% сельских и 93,8% городских) имеют большие надежды на будущее и идеализированные представления о собственной социальной роли. Подтверждением этому является анализ самоотчетов выпускников с временной позиции («Я-реальное» и «Я-идеальное»), где тувинцы актуализируют свое будущее в пять-десять раз чаще, чем русские ($p < 0,001$): «хочу быть главным врачом», «уважаемым врачом-хирургом», «хочу быть кинозвездой», «топ-моделью», «актрисой», «президентом РФ» и т.д. Фактический же анализ уровня жизни тувинцев показывает, что большинство тувинских семей проживает за пределами бедности, практически в нищете (свыше 84% сельских семей и около 70% городских семей), крайне высок уровень безработицы, особенно в сельской местности (среди мужчин уровень безработицы доходит до 43%, а среди женщин – свыше 30%). Соотношение «Я-реального» и «Я-идеального» лежит в основе самооценки личности. Эти основные звенья самосознания обычно не совпадают, однако большие расхождения между ними считаются тревожным симптомом, так как ведут к депрессивным переживаниям.

Анализ эмоционального состояния тувинской молодежи с позиции этнических различий показал, что тувинцы более тревожны и менее

стрессоустойчивы, по сравнению с русскими ($p < 0,01$). Тувинцы менее уверены в себе ($p = 0,01$), чаще чувствуют себя беззащитными ($p < 0,001$), у них часто отмечается склонность к меланхолии и унынию ($p = 0,01$), они более чувствительны к неприятностям ($p = 0,002$), более чувствительны к стрессам и испытывают страх перед трудностями ($p = 0,004$). В ситуации стресса у тувинцев чаще, чем у русских, появляется чувство растерянности, блокирование активности, неумение найти выход ($p = 0,01$). Способность к анализу и конструктивным выводам у тувинцев, по сравнению с русскими, снижена ($p = 0,03$), а в состоянии гнева они менее сдержаны ($p = 0,002$). Нестабильность эмоционального состояния в большей степени выражена у сельской молодежи. Известно, что тревога изменяет характер поведения личности, ведет к усилению поведенческой активности. Однако в случае интенсивности и длительности тревоги возникают нарушения поведенческой интеграции, что препятствует формированию адаптивного поведения, переводя его в разряд дезадаптивных.

Выводы. Таким образом, предпосылками суицидального поведения у коренного населения Республики Тыва, помимо социально - экономических факторов, являются этнические особенности самосознания и эмоциональной сферы тувинцев.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА СУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ

М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко, В.М. Аврукин

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

E-mail авторов: mba3@sibmail.ru

Не вызывает сомнения тот факт, что злоупотребление психоактивными веществами, в частности, алкоголем, увеличивает риск суицида, поскольку способствует социально - психологической дезадаптации личности и активации аутодеструктивного драйва, усилению депрессивных переживаний и растормаживающему эффекту. В состоянии алкогольного опьянения пытаются покончить с собой половина суицидентов (Шустов, 2003). Алкогольное опьянение увеличивает риск травм и несчастных случаев с летальным исходом. Психофизиологические особенности человека, такие как стиль переживания тревоги, особенности аффективной реактивности и переработки эмоциогенной инфор-

мации, при определенных условиях приводят к потере контроля над событиями собственной жизни, результатом чего может стать несчастный случай.

Цель исследования: изучение связи между самоубийствами в Новосибирске в 2001-2004 годах и предсмертным употреблением алкоголя.

Материал и методы. Были проанализированы данные Городской станции скорой помощи и результаты судебно-медицинской экспертизы трупов самоубийц, сведения о них из наркологического диспансера (если они состояли на учете по причине алкоголизма при жизни), обследованы выжившие после незавершенного суицида. Проведено клиничко-психологическое тестирование больных алкоголизмом (наркологический анамнез и психологическое интервью, личностные методики Айзенка, Тейлор, Зунге, ассоциативный тест, включающий эмоционально-значимые слова по тематике смерти). В контрольную группу вошли пациенты-алкоголики без суицидальных эпизодов в анамнезе.

Результаты и обсуждение. В Новосибирске в 2001-2004 годах произошло 1763 самоубийства, из них мужчин – 1378 (78,2%), женщин – 385 (21,8%). Наибольшее число суицидентов приходилось на активный, трудоспособный возраст от 20 до 60 лет. Алкоголь в крови суицидентов был обнаружен в 931 случае (769 мужчин и 162 женщины), что составило 52,8% от общего количества самоубийц. В 832 случаях алкоголя не было обнаружено (47,2%). Половые различия: алкоголь в крови у мужчин в среднем в 55,7%, у женщин в 42,0%.

Динамика алкоголизации самоубийц по годам неравномерная, но замечено, что мужчины чаще бывают в состоянии алкогольного опьянения в момент совершения суицида, чем женщины. Алкоголь в трупах мужчин-самоубийц определяется в 4,5-5 раз чаще, чем у женщин. По данным Городской станции скорой помощи, в Новосибирске за 2004 г. была зарегистрирована 2371 суицидальная попытка, из них мужчин – 689, женщин – 1682. Женщины в 2,44 раза чаще не завершают самоубийство. Соотношение завершённые / незавершённые самоубийства в Новосибирске в 2004 г. составляет 1:4,6.

Самыми распространенными диагнозами при незавершенных самоубийствах, по данным скорой помощи, были следующие: суицидальная попытка в состоянии алкогольного опьянения – около 50%; депрессия (соматогенная, эндогенная, реактивная) – около 20%; демонстративные суицидальные попытки – 10%; ситуационные

реакции с аффективными суицидальными попытками – 20%.

Если пациент оказывался в состоянии алкогольного опьянения, то, как правило, другие причины в медицинских документах не фиксировались. Хотя, как показывает детальный анализ, алкоголь в ряде случаев играл вспомогательную роль растормаживающего агента, облегчающего реализацию принятого решения. При сравнении завершённых и незавершённых попыток различались способы самоубийств, что позволило считать, что «завершённость» суицидной попытки в большей степени зависит от способа самоубийства, нежели от алкогольного потребления. Проведено психологическое тестирование лиц, страдающих алкоголизмом (всего 188 человек), с целью выявления личностных особенностей, предрасполагающих к самоубийству. Индивидуально-личностные качества лиц без суицидных попыток в анамнезе (всего 122 человека), достоверно отличались от таковых у парасуицидентов (66 человек). Если у пациентов без суицидов в анамнезе уровень депрессии лишь немного превышал нормальный уровень (50 баллов), то у парасуицидентов чаще всего выявлялось субдепрессивное состояние, или маскированная депрессия, или истинное депрессивное состояние. Положительные значения по ассоциативному тесту, включающего в себя эмоциональные слова, связанные с тематикой смерти, также достоверно преобладают у парасуицидентов, и подтверждают наличие у них депрессивного состояния и скрытой желательности смерти. Уровень невротической тревожности достоверно выше у парасуицидентов, уровень нейротизма (эмоциональной лабильности) по Айзенку различается несущественно. Уровень экстраинтроверсии различается более чем в два раза. Очевидно, интроверсия в сочетании с высокой тревожностью и депрессивным фоном настроения благоприятствует суицидальным тенденциям. По данным интервью парасуицидентов, имел место демонстративный характер попытки самоубийства (33,0%); проблемы в сфере межличностных отношений (84,8%); вынужденное отчуждение от той социальной среды, к которой ранее принадлежал индивид (68,2%); интерперсональные кризисы, ощущение одиночества (34,8%); ситуация нависшей тревоги (50,0%); жизненный кризис, маргинальная ситуация (23,1%); чувство «реализованности жизни», ощущение отсутствия перспектив (27,3%).

По данным психологической аутопсии, 72% суицидентов имели при жизни алкогольные проблемы. Несомненно, злоупотребление

алкоголем накладывало отпечаток не только на уровень социальной адаптированности, но и на характерологические свойства личности, ухудшая психологическую адаптацию. На вопрос, можно ли считать алкоголь причиной самоубийства, в 72% можно ответить утвердительно.

АНАЛИЗ УСЛОВИЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

E-mail авторов: mba3@sibmail.ru

В настоящее время достигнут определенный прогресс в идентификации временно-зависимых стрессорных адаптационных изменений в специфических нейронных структурах головного мозга. Однако для изучения патогенеза самоубийств или несчастных случаев с летальным исходом эти знания мало применимы по понятным причинам. Временная зависимость обозначает, что для того, чтобы патологические изменения возникли и привели к летальному исходу, необходимы определенные условия. Воздействие стрессоров должно достигнуть определенной критической величины в точке бифуркации. Индивиды с различными конституционально-личностными факторами различаются по величине критической экспозиции, причем для подавляющего большинства суицидальная патологическая доминанта никогда не сформируется и контроль над своей жизнью никогда не ослабнет. Поэтому достижение индивидуального уровня критической экспозиции определенных факторов (космогелиогеофизических, социальных, индивидуально-личностных, алкоголизации), необходимо для развития патологических изменений на нейрональном уровне, далее формируется суицидальная доминанта или критически снижается контроль, развивается комплекс специфических психических и поведенческих феноменов, провоцирующих попадание в критические ситуации с фатальным исходом.

То, что природные факторы влияют на психику, доказано на примере несчастных случаев (Опенко Т.Г., 2009). Положительные корреляции между суицидами и несчастными случаями подтверждают, что агрессивность и аутоагрессия, потеря контроля над собственной жизнью имеют общую природу и представляют собой неустойчивые динамические состояния организма, сопровождающиеся повышенной чувствительно-

стью к внешним воздействиям. Все факторы (природные, конституционально-личностные и социальные) могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на мироощущение человека в разные периоды его жизни. Вероятно, несчастному случаю тоже предшествует снижение психосоциальной адаптации.

Психологический ретроспективный анализ завершенных суицидов (беседы с родственниками и ближайшим окружением) и обследование парасуицидентов показали, что самоубийству всегда предшествует кризис, в котором есть альтернативные варианты дальнейшего развития, или состояние (точка) бифуркации. Состояние бифуркации характеризуется стремлением к упорядочиванию. Влечение к смерти – это, по сути, стремление к покою, порядку самым коротким и энергетически малозатратным путем. В этой точке незначительное внешнее или внутреннее воздействие может вывести систему из равновесия и способствовать выбору суицида, послужить толчком для реализации суицидального замысла. Смерть в данном случае будет олицетворять собой определенный «порядок», как ни странно это звучит, а диссипативная система «человек» будет наиболее коротким путем двигаться к «порядку».

Таким образом, одним важным условием суицида является наличие у индивида специфических психофизиологических и нейрофизиологических особенностей, другим - достижение критической экспозиции внутренних и внешних влияний. Обязательно присутствует эмоционально-психологический конфликт, формирующий мотивацию, или суицидальную доминанту. Важную роль играет алкоголь. Гелиогеофизические факторы в этом ансамбле могут усиливать доминанту до критической величины, когда намерение переходит в действие. Человек, находящийся в каком-либо определенном психоэмоциональном состоянии, постоянно подвергается воздействию внешних (гелиогеофизических, метеорологических или каких-либо других), внутренних (психологические особенности и др.) и социальных факторов, которые приводят к возникновению состояния неравновесия, так называемой точки бифуркации. Внешним проявлением этого становится психоэмоциональное напряжение. Ситуация развивается по бифуркационному типу, и в зависимости от интенсивности и направленности факторов и их сочетания происходит выбор пути развития. В ответ на раздражение механизмы адаптации активизируются. Если они адекватны ситуации, наблюдается развитие сценария дальнейшего упорядочивания системы (полной адаптации, компенсации

повреждения, получения нового опыта, развития иммунитета и т.д.). Если адаптивные усилия организма недостаточны, развивается сценарий декомпенсации. Воздействующие извне и изнутри факторы при этом не остаются неизменными: меняется их интенсивность и направленность. Например, прием алкоголя может как спровоцировать реализацию агрессии или аутоагрессии, так и выступить в качестве агента, способствующего усилению адаптации. Результатом полной декомпенсации адаптации может стать самоубийство, несчастный случай или развитие соматических нарушений.

Незначительные воздействия, например, космофизические факторы могут усилить суицидальную доминанту до критической величины. Сочетание различных гелиогеофизических и метеорологических влияний может накладываться на патологический психоэмоциональный фон человека в период кризисной ситуации, приводить к усилению или ослаблению воздействия кризиса и формировать комплекс условий для суицидального действия или несчастного случая. Несмотря на то, что существует статистически достоверная связь смертности от несчастных случаев и самоубийств и природными космофизическими факторами, конституционально - личностными особенностями и алкоголизацией, для реализации суицидального импульса эти условия должны войти в зону аттрактора, которым и будет суицид. Определяющим условием для увеличения вероятности смерти от внешних причин является достижение критической экспозиции определенных факторов, формирующих суицидальную доминанту или критическое снижение контроля над собственной жизнью.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ХАРАКТЕРОМ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Х.А. Аминов, Ш.А. Имамов, А. Дусов,
А.Х. Имамов С.Х. Аминова, Г.Д. Шамиль*

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

E-mail авторов: shgulnar@rambler.ru

Изучение факторов, приводящих больных алкоголизмом к суицидальным действиям является актуальной проблемой наркологии. Пере-

плетение социальных и биологических факторов особенно отчетливо выражено в суицидальном поведении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. В связи с этим большая роль в возникновении суицидальных переживаний у больных алкоголизмом принадлежит психопатизации личности.

Целью настоящего исследования было изучение у больных хроническим алкоголизмом характерологические особенности личности и их значение в совершении суицидальных действий различной степени тяжести.

Материалы и методы. Клиническим методом обследован 41 больной хроническим алкоголизмом в возрасте от 26 до 60 лет, у которых наблюдались суицидальные действия.

По характеру суицидальных действий больные разделены на две группы. Сопоставление двух групп больных хроническим алкоголизмом показало, что преморбидные особенности личности играют существенную роль в формировании легких (n=25) и тяжелых (n=16) суицидальных действий.

Результаты исследования. В первой группе больных хроническим алкоголизмом, совершивших легкие суицидальные действия, неблагоприятные влияния микросоциальной среды приобретают минимальное психотравмирующее значение. Легкие суицидальные попытки совершаются под влиянием обыденных повседневных ситуаций, т.е. привычных факторов. В этой группе аутоагрессивные действия совершались, в основном, у больных не длительным течением хронического алкоголизма и относительной социальной компенсацией. Легкие суицидальные действия характерны для больных алкоголизмом с истерическими чертами характера.

В первой группе речь идет об определенных по содержанию психических травмах (развод, безработица, отказ родственников от общения), которые свидетельствует об относительной социальной сохранности личности больных хроническим алкоголизмом. Эти больные характеризуются чувствительностью, лабильностью эмоций и склонности к аффективным реакциям.

Во второй группе речь идет о длительных психотравмирующих ситуациях у больных хроническим алкоголизмом, которые приводили к совершению тяжелых суицидальных действий. В этой группе больных в клинической картине алкогольной деградации личности доминируют выраженные морально-этические изменения. Поэтому больные в момент опьянения вдруг начинают осознавать тяжесть сложившейся ситуации и совершают тяжелые суицидальные действия.

Так, во второй группе больных алкоголизмом с тяжелыми суицидальными действиями обычно имеют место очерченные во времени определенные по содержанию психические травмы. В этой группе особая роль в совершении суицидов принадлежит депрессивным включениям в картине алкогольного опьянения. Больные хроническим алкоголизмом, склонные к тяжелым суицидам, представляют медико-социальное значение и должны быть выделены в «группу риска».

Следует отметить, что у больных алкоголизмом не только заостряются преморбидные характерологические особенности, но и происходит деградация личности, которая утяжеляет общее психическое состояние. Это приводит к возникновению патологических форм реагирования на различные социально-психологические ситуации. Поэтому больные хроническим алкоголизмом окружающую обстановку воспринимают в измененном виде, серых тонах, которые не радуют и напоминают о безысходности их положения. Употребление алкоголя еще более усиливает остроту переживаний и способствует формированию различных патологических реакций, в том числе и суицидов.

Таким образом, в изученных нами случаях суицидальные попытки совершаются больными хроническим алкоголизмом под влиянием различных социально-психологических факторов, а провоцирующими – являются преморбидные характерологические особенности личности и состояние алкогольного опьянения.

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В СОВЕРШЕНИИ СУИЦИДОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Х.А. Аминов, Ш.А. Имамов, С.Х. Аминова,
А.Х. Имамов, Ф.Х. Игамов, Г.Д. Шамиль*

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан

Е-mail авторов: samdoctor@list.ru

Лица, страдающие хроническим алкоголизмом, нередко совершают попытки к самоубийству. По данным некоторых авторов, более чем в 50% всех случаев суициды совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Начавшаяся дискуссия о значении биологических и социальных факторов в проблеме суицида не может считаться законченной. Поэтому изучение значения социальных и биологических факторов в суицидальных тенденциях больных хроническим алкоголизмом приобретает особую актуальность.

Целью исследования является изучение влияния социально-биологических факторов на суицидальное поведение у больных хроническим алкоголизмом.

Материал и методы. Мы клиническим методом изучили факторы, способствующие к суициду у 50 больных хроническим алкоголизмом в возрасте от 25 до 50 лет и обнаружили следующие особенности. Больных с социальными факторами было 23 (46%) и биологическими – 27 (54%) случаев.

Результаты исследования. Самоубийству при алкоголизме обычно предшествуют состояния, которые можно обозначить как предсуицид. В одних случаях в предсуицидальном периоде нередко может отметить формирование мыслей о самоубийстве, в других – они возникают спонтанно на высоте аффективных переживаний. Последние чаще встречаются у лиц с истерическими чертами личности. В связи с этим большая роль в возникновении суицидальных переживаний у больных хроническим алкоголизмом принадлежит астенизирующему влиянию алкоголя. Как правило, у этих лиц не только заостряются, но и выявляются ранее скрытые патологические черты психического инфантилизма, что также может служить причиной совершения суицидального акта.

Суицидальные действия пьяниц обычно совершаются ими в нетрезвом виде. Во время опьянения критика резко снижается, а восприятие окружающей обстановки упрощается, аффективные реакции приобретают доминирующий характер и мгновенно жизненные позиции теряют свою ценность. Именно в этот момент больные преимущественно с истерическими чертами характера и совершают попытки к самоубийству, которые часто носят демонстративный характер. Нанесение себе телесных повреждений с демонстративной целью часто встречается в различных психотравмирующих ситуациях, трудноразрешимых с точки зрения больных алкоголизмом.

Еще одной причиной, способствующей к суицидальным действиям у больных хроническим алкоголизмом, являются перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, воспалительные заболевания головного мозга и остаточные поражения центрально нервной системы. На органически измененном фоне отмечаются в различной степени выраженности психопатические черты, и алкоголь еще более усиливает их, создавая возможность для формирования суицидальных тенденций. Нередко между запоями больные алкоголизмом впадают в своеобразное депрессивное состояние. Оно свойственно тем

лицам, которые с особой остротой переживают свое неадекватное поведение, крах служебного положения, распад семьи и другие отрицательные психические переживания, которые гипертрофируются в состоянии алкогольного опьянения.

Перечисленные переживания достигают у больных хроническим алкоголизмом трагической силы и приводят к принятию скоропалительных решений о суицидах.

Выводы. Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, наблюдается высокий процент суицидов и в этих тенденциях отчетливо проявляется взаимосвязь социальных и биологических факторов. Профилактика суицидов должна быть направлена на борьбу с пьянством, активную пропаганду здорового образа жизни и минимизацию влияния социально-биологических факторов на психическое здоровье больных хроническим алкоголизмом.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ ДОМОВ (г. ЧИТА, ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЙ)

*В.В. Ахметова, Н.В. Говорин,
Т.П. Злова, А.Н. Ишимбаева*

Читинская ГМА, г. Чита

Е-mail авторов: tat-zlova@yandex.ru

В последние годы в литературе и средствах массовой информации все чаще обсуждается проблема девиантного поведения среди подростков. Доказано, что группу риска по наличию нарушений поведения составляют дети, лишенные родительского попечительства. У последних чаще, по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в семьях, возникают аффективные нарушения: тревога, страхи, депрессия, ауто- и гетероагрессивное поведение и др. (Лангмейер И., Матейчек З., 1984, 1989; Проселкова М.Е., 1994 Данилова Л.Ю., 2005, Девятова О.Е., 2005 и др.); отмечено снижение социальной и личностной адаптации (Палиева Н.А., Горовая В.И., 2006; Кононенко Н.В., 2006; Ящук А.В., 2006, Пантелеева Н.А., 2007 и др.).

В 2009 году нами было проведено клинико-эпидемиологическое исследование суицидальных тенденций у подростков г. Читы и выявлено, что основным фактором риска является неправильное воспитание (Злова Т.П. и соавт., 2009). При этом наибольшая выраженность аутоагрессивных тенденций отмечена у подростков, воспитывающихся в условиях авторитарно-

го контроля, либо эмоциональной депривации, а также при воспитании в интернатных учреждениях (где сочетаются оба вышеперечисленных фактора).

Целью исследования стало изучение суицидального риска у подростков - воспитанников детских домов г. Читы.

Материалы и методы. Сплошным методом были обследованы 110 подростков (12-18 лет), 58 из которых – воспитанники ГОУ для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей г. Читы (основная группа) и 52 – дети из социально благополучных гармоничных семей (контрольная группа). Все дети основной группы поступили в детский дом в возрасте 4-6 лет, а до момента поступления проживали в социально неблагополучных семьях (родители были лишены прав).

Для выявления суицидального риска и актуальных проблем подростков использовали опросник А.А. Кучер, В.П. Костюкевич (2001). Статистическую обработку проводили при помощи пакетов программ «Microsoft Excel-2007» и «Statistica 6.0» с оценкой достоверности результатов по критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проводили сравнительный анализ психометрических показателей основной и контрольной групп. Выявлено, что одинаково актуальными для всех обследуемых являются проблемы взаимоотношений с окружающими (как сверстниками, так и взрослыми) и чувство собственной неполноценности, что в целом укладывается в описание психологического портрета подростка (т.н. «подростковый комплекс»). Помимо указанных особенностей, достоверно более значимыми для подростков основной группы оказались проблемы межличностных отношений (неразделенная любовь, конфликты с близкими друзьями), зависимости от психоактивных веществ и противоправные (в т.ч. криминальные) действия. Последнее, по существу, отражает «социальный портрет» родительской семьи детей-сирот – злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, правонарушения. Доказано, что адаптационные возможности и фрустрационная толерантность у девочек выше по сравнению с мальчиками. Кроме того, у воспитанников детских домов отмечен высокий показатель по шкале «Потеря смысла жизни» (почти у 30% детей, что в 2,5 раза выше по сравнению с таковым в контрольной группе; $p < 0,001$), что, согласно данным литературы, является одним из ведущих факторов нарушения адаптации в условиях материнской депривации (Кононенко Н.В., 2006).

Анализ собственно суицидального риска показал, что выраженные аутоагрессивные тенденции (суицидальные замыслы и намерения) имеются у 7,0% подростков-сирот (это в 6,5 раз выше показателя контрольной группы, $p < 0,001$), а еще у 11,4% – антивитальные переживания и пассивные суицидальные мысли без нарушения адаптации (в 2,5 раза выше такого в контроле, $p < 0,02$). Выявлено, что интегральный показатель суицидального риска выше у мальчиков основной группы по сравнению с девочками ($p < 0,02$).

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о необходимости разработки комплексной программы медико-психолого-педагогического сопровождения воспитанников детских домов, ориентированную, в первую очередь, на превенцию (недопущение) дезадаптации и суицидального поведения.

РАЗВИТИЕ И СОЦИАЛИЗАЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

М.К. Бардышевская, К.В. Макарова

МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

E-mail авторов: marinabard@yandex.ru

Цель работы: сравнительный анализ ситуативной и возрастной динамики поведения открытой агрессии у ребенка по отношению к другим детям в зависимости от социальной ситуации развития и типа обратной связи от воспитателей и сверстников.

Характеристика испытуемых.

В исследовании принимали участие 50 детей от 1 года до 5 лет, из них 25 детей (13 мальчиков и 12 девочек) были исследованы в детском саду, другие 25 детей (14 мальчиков и 11 девочек) – в доме ребенка. Оба детских учреждения находятся в одном и том же районе Москвы (детский сад №798, дом ребенка №21). В экспериментальную группу детей из детского сада отбирались дети из полных гармоничных семей (по данным опроса воспитателей). В экспериментальную группу детей из дома ребенка отбирались дети без повреждений центральной нервной системы.

Процедура исследования. При исследовании была использована оригинальная авторская схема этологического наблюдения (Бардышевская М.К., Макарова К.В.), состоящая из пяти частей.

В первой части схемы фиксировались проявления открытой агрессии ребенка: ударяет рукой; ударяет предметом; производит слабые смягченные удары; дергает за волосы; царапает; толкает; кидает предмет; залезает верхом; ударяет ногой, а также проявления аутоагрессии.

Во второй части схемы фиксировались реакции воспитателей на агрессивное поведение ребенка: намеренное игнорирование; инструктирование (замечание, что так делать нельзя без повышения тона голоса); жесткий запрет (замечание, что так делать нельзя с повышением тона голоса); наказание путем удаления ребенка из группы; отсутствие реакции из-за невнимания и пропуска факта агрессивного поведения ребенка.

В третьей части схемы отмечались реакции сверстников на агрессию ребенка: отвечает агрессией; отходит; плачет; кричит; ищет помощи.

В четвертой части схемы фиксировались реакции ребенка на реакцию воспитателя на его агрессию: прекращает агрессивное поведение; прекращает агрессивное поведение на непродолжительное время, потом ведет себя агрессивно; не реагирует на замечание и продолжает вести себя агрессивно.

В пятой части схемы отмечалась обратная реакция ребенка на реакцию сверстника на его агрессию: прекращение агрессии либо ее продолжение. Наблюдения проводились с 9.00 до 11.00 с понедельника по пятницу. Наблюдение за каждым ребенком велось 5 раз по 2 часа.

Результаты получены путем статистической обработки сырых данных программой SPSS 15,0 for Windows Evaluation Version.

Результаты исследования:

1. Для детей из обеих групп в возрасте от 1 года до 5 лет характерны высокая частота «толкания» и «слабого смягченного удара», то есть не жестоких проявлений агрессии. Реже всего использовались паттерны «царапает» (более инфантильный) и «ударяет ногой» (жесткий). Чем старше ребенок, тем с большей вероятностью он прекращает агрессивное поведение в ответ на запрет воспитателей, которые значимо чаще используют жесткие интонации, делая замечание детям 3-5 лет.

2. В экспериментальной группе детей из дома ребенка дети 3-5 лет чаще используют агрессию с использованием предмета. Воспитатели чаще «инструктируют» детей 3-5 лет, чем младших детей. Дети 3-5 лет чаще используют поведение «избегания», ухода от агрессии сверстника. У детей 1-5 лет количество используемых паттернов аутоагрессии значительно выше, чем у детей из детского сада

3. В экспериментальной группе из детского сада дети 3-5 лет используют более жестокие паттерны агрессии: «ударяет рукой», «бросает предмет», «дергает за волосы», чем дети 1-2 лет. Воспитатели чаще игнорируют агрессивное поведение детей от 3 до 5 лет либо «повышают голос». Дети от 3 до 5 лет чаще отвечают агрессией на агрессивное поведение другого ребенка. У детей 1-5 лет отмечается больший репертуар паттернов агрессивного поведения, больший их индивидуальный разброс, а также выше частота в поведении паттернов агрессии, чем у детей из дома ребенка.

Обсуждение. Полученные различия в репертуаре и частоте агрессивного поведения могут быть связаны с задержкой развития агрессивного поведения у детей из дома ребенка в условиях ее систематического подавления и контроля воспитателями. Следует отметить, что в доме ребенка за воспитателями ведется постоянное видеонаблюдение, в детском саду такая форма контроля за персоналом отсутствует.

Высокая частота аутоагрессии у детей из дома ребенка по сравнению с детьми из детского сада, вероятно, связана с сильным подавлением открытой агрессии по отношению к другому ребенку, а также с подавлением самим ребенком собственных агрессивных импульсов, направленных на другого ребенка, из-за особой компенсаторной привязанности эмоционально депривированных детей друг к другу. Во всех возрастных группах у детей из дома ребенка регуляция агрессии путем воздействия со стороны сверстника является более эффективной, чем у детей из детского сада.

Выводы. Описаны два основных способа социализации агрессии в современных российских детских дошкольных учреждениях (доме ребенка и детском саду).

Первый способ – это подавление, запрет и жесткий контроль со стороны воспитателей, характерный для домов ребенка, который приводит к повышению частоты аутоагрессии у детей.

Второй способ – более мягкий стиль воспитания с высокой долей игнорирования агрессии детей (попустительства), который характерен для детских садов. Предполагается, что чувствительный период развития открытой агрессии у детей из дома ребенка по отношению к другим детям смещен в более старшие возрастные периоды, что может приводить к трудностям социализации агрессии у эмоционально депривированных школьников и подростков.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Е.О. Бойко, Ю.Ш. Васянина, Ю.А. Мыльникова

Кубанский ГМУ, г. Краснодар
Специализированная психиатрическая больница №1,
г. Краснодар

E-mail авторов: dusha-kgmu@mail.ru

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно около 400000 человек погибают в добровольном порядке. Актуальность данной проблемы характерна, как для Российской Федерации в целом, так и для Краснодарского края. Социальные связи носят всё более сложный характер, а ответственность всё более персонифицирована. Нередко психологический кризис порождает мысли о самоубийстве. Социологи рассматривают самоубийство как барометр социального напряжения. Психологи интерпретируют его как реакцию давления на личность. Однако и те, и другие согласны, что самоубийство возникает, если у человека появляется чувство отсутствия приемлемого пути к достойному существованию.

Целью исследования явилось изучение распространенности, причин суицидального поведения детей и подростков с усовершенствованием методов профилактики.

По данным детской психиатрической службы Краснодарского края с 2005 по 2009 гг. зарегистрирована 931 суицидальная попытка, из них 771 незавершенная и 160 завершенная. Благодаря проводимой работе, отмечается значимое уменьшение числа смертей детей и подростков края от суицидов (в 2005 г. – 33 случая, в 2009 г. – 22 случая). Число незавершенных суицидальных попыток в течение последних 3 лет относительно стабильно, однако также наметилась тенденция к их уменьшению. За период мониторинга остаются неизменными основные тенденции: значительное преобладание по возрасту подростков 15–17 лет (более 70%); преобладание по полу мальчиков в случаях завершенных суицидов, и девочек при незавершенных (также более чем в 70% случаев); выбор различных способов самоубийства: при завершенном суициде чаще повешение, а при незавершенном – медикаментозные отравления; по территориальному принципу большинство незавершенных суицидальных попыток регистрируется в крупных городах края, что связано и с

количеством населения и с оказанием специализированной помощи в условиях стационаров, где налажены преемственные связи между районными психиатрами и врачами ЦРБ; четкой сезонности суицидов не наблюдается, однако большая их часть приходится на зимние и осенние месяцы, что соответствует сезонности депрессий.

Важно отметить, что большинство семей, дети из которых совершали попытки самоубийства – формально не являлись асоциальными. Родители имели достаточный образовательный уровень и социальный статус, не состояли на учёте у психиатра, не злоупотребляли алкоголем и наркотиками, не были замечены в криминальных действиях. Очевидно, что внутрисемейные отношения в данных семьях были равнодушными, отвергающими.

Среди причин, приведших к суициду, сами пациенты называли конфликтные отношения в семье в сочетании с конфликтами в образовательных учреждениях и в компаниях сверстников. Объективно суициду предшествовали семейные конфликты (авторитарные методы воспитания с гиперопекой, физическим и психологическим насилием, либо, отвержение родителями с избеганием эмоциональной близости, а порой и прямой отказ от выполнения родительских обязанностей по обеспечению базовых потребностей ребенка), а также авторитарная педагогика с неоправданной интенсификацией учебного процесса и усложнением школьных программ; и, конечно, отвержение сверстниками. При объективном обследовании у большинства пациентов выявлялись повышенный уровень тревожности и субдепрессивная симптоматика, иногда с фобическими включениями, нарушениями поведения в рамках посттравматического стрессового расстройства и нарушений адаптации. Всем детям и подросткам была оказана специализированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь, разработан индивидуальный план психолого-психотерапевтической коррекции по месту жительства. Вместе с детьми намечены адекватные копинг-стратегии для адаптации к стрессовым ситуациям и повышения толерантности к психотравмирующим факторам.

Исходя из вышеизложенного, для успешной профилактики суицидов необходимы межведомственные усилия по выявлению и пресечению жестокого обращения и всех видов насилия над детьми и подростками совместно с органами МВД и юстиции; совершенствование службы психологической помощи семье с разъяснением родителям необходимости своевременного обращения к психиатрам; оптимизация педагогиче-

ского процесса с учетом индивидуальных личностных черт детей всех возрастных групп совместно с органами образования; развитие детско-подростковой психотерапевтической службы края для своевременного оказания специализированной психотерапевтической помощи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДЭКСПЕРТНЫХ С ВЫЯВЛЕННЫМИ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.В. Вальддорф

Иркутский ОПНД

Е-mail автора: Marisabel1100@yandex.ru

Цель исследования: изучить и оценить разновидности суицидального поведения лиц, привлекаемых к уголовной ответственности с учетом пола, возраста, выявленного соматоформного расстройства.

Материал и методы исследования: обследованию подверглись 110 подэкспертных, проходящих амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу с марта 2009 по июнь 2010 гг., в ходе которого у 55 подэкспертных (1-я группа) была выявлена различная психическая патология в коморбиде с соматоформными расстройствами психогенного характера и у 55 подэкспертных (2-я группа) – различная психическая патология без сочетания с соматоформными расстройствами. Из них 90 мужчин и 20 женщин в возрасте от 14 до 62 лет (преобладал возраст от 21 до 50 лет). Использован клинко-психопатологический, статистический методы, метод сравнения в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных экспериментально-психологического исследования («Пиктограмма», ММРП, рисуночные тесты, тест Эббингауза, субтест Векслера, тесты Розенцвейга, «незаконченные предложения»).

Результаты: в ходе исследования было установлено, что 11 подэкспертных 1-й группы во время прохождения соответствующей экспертизы выявляли черты эмоционально-волевой неустойчивости в рамках личностных особенностей, 9 – эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничного типа, 7 подэкспертных – легкую умственную отсталость, 7 – органическое расстройство личности на фоне перенесенных закрытых черепно-мозговых травм (сотрясение и ушиб головного мозга), эпилепсии и нейроинфекции, 6 подэкспертных – органическое расстройство личности (первичное) с нару-

шениями поведения, 15 подэкспертных не выявляли никакой психической патологии. У подэкспертных этой же группы был выявлен коморбид с соматоформными расстройствами психогенного характера: у 36 подэкспертных выявлялась соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, 15 – другие соматоформные расстройства, в том числе неуточненные, у 3 подэкспертных – устойчивое соматоформное болевое расстройство, 1 – ипохондрическое расстройство. 18 подэкспертных 2-й группы во время прохождения соответствующей экспертизы выявляли эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничного типа, 10 – легкую умственную отсталость, 8 подэкспертных – органическое расстройство личности на фоне перенесенных закрытых черепно-мозговых травм (сотрясение и ушиб головного мозга), эпилепсии и нейроинфекции, 3 – черты эмоционально-волевой неустойчивости в рамках личностных особенностей, 13 подэкспертных не выявляли никакой психической патологии. Также было выделено 2 варианта суицидального поведения: суицид (действия, имеющие цель намеренного прекращения жизни) и парасуицид (демонстративно-шантажный вариант суицидального поведения). Из 55 подэкспертных 1-й группы демонстративно-шантажный вариант суицидального поведения отмечен у 10 (нанесение самопорезов в область предплечья, живота острым предметом или лезвием бритвы), а вариант суицидального поведения в виде действий, имеющих цель намеренного прекращения жизни – у 2 подэкспертных (самоповешение, прыжки с высоты двухэтажного дома). Из 55 подэкспертных 2-й группы демонстративно-шантажный вариант суицидального поведения отмечен у 21 (демонстративное самоповешение, нанесение самопорезов в область предплечья, живота острым предметом или лезвием бритвы), а вариант суицидального поведения в виде действий, имеющих цель намеренного прекращения жизни – у 2 подэкспертных (выстрел в себя из огнестрельного оружия, прыжки с высоты двухэтажного дома).

Таким образом, проведенное исследование показало, что у 110 подэкспертных, привлекаемых к уголовной ответственности в рамках различных статей Уголовного Кодекса РФ, чаще возникал демонстративно-шантажный вариант суицидального поведения, но он же наблюдался в 2 раза реже у тех подэкспертных, у которых была выявлена различная психическая патология в коморбиде с соматоформными расстройствами психогенного характера, а именно с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

ГЕНЕТИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

С.И. Ворошилин

Уральская ГМА, Екатеринбург

Вопрос о природе самоубийств всегда волновал людей, поскольку факт каждого случая самоубийства всегда оставался не до конца понятным и допускал различные объяснения его причины. Возможно, некоторым исключением могут быть случаи самоубийств, совершавшихся в некоторых обществах с санкции общества, основанной на законе или на общественном признании. Таковы были, например, самосожжения вдов в индо-арийских культурах (в культуре скифов и славян в период предистории Руси – 5-9 века или в Индии 19 века) или самоубийства стариков в культурах северных народов, живущих в условиях выраженного дефицита пищевых ресурсов (алеуты, чукчи и т.д.). Однако, и в этих культурах происходили случаи самоубийств, возникавших по другим причинам, и тогда они также были непонятны.

В наибольшей степени непонятность самоубийств вида в культурах народов, традиционные и религиозные представления которых осуждают самоубийство, а общество и государство наказывает за его совершение (наказание выжившего после попытки или надругательство над трупом успешно завершившего суицид). Но и в этих культурах нарушались заповеди, несмотря на угрозу репрессивных санкций, а обществу приходилось применять эти санкции.

В традиционных культурах суицидальное поведение оценивалось, как греховное, совершенное под влиянием враждебных человеку сверхъестественных сил или вселением в него чуждых сущностей (одержимостью), в государствах он все чаще оценивалось, как преступное поведение, как сознательный отказ от требования выполнять закон.

В современном мире, требующем научного обоснования любого феномена, самоубийство рассматривается либо как результат неблагоприятного воздействия на человека социальных условий, либо как его недостаточную устойчивость к таким воздействиям. При этом в настоящее время суицидальное поведение рассматривается, как преимущественно психологическое явление, воздействие на которое должно осуществляться психологическими методами, мето-

дам педагогического и воспитательного воздействия. Но практический опыт показывает недостаточность таких воздействий. В то же время практические наблюдения показывают, что многие случаи суицидального поведения носят характер биологически обусловленного, что позволяет привлекать для профилактики проявления такого поведения медицинские методы воздействия.

Наиболее очевидна давно известная связь суицидального поведения с психическими расстройствами. Наиболее распространенной причиной развития суицидального поведения вследствие психических расстройств является депрессивное состояние любого генеза. При этом наиболее распространенным заболеванием, проявляющимся депрессией, является депрессивное рекуррентное расстройство, распространенность которого составляет 7-10% в населении, причем две третьих страдающих составляют женщины. Появляется все больше данных за то, что возможно, доля мужчин с этим расстройством не меньше, но появления депрессии у мужчин маскируются злоупотреблением алкоголя, вследствие чего такие мужчины рассматриваются не как депрессивные, но страдающие хроническим алкоголизмом. Меньшее значение играют в генезе суицидов другие психические заболевания.

При анализе распространенности суицидов среди представителей различных национальностей обращает на себя внимание то, что частота самоубийств заметно выше в группе народов угро-финской группы, к которой относятся финны, карелы, эстонцы, венгры, мордва, марийцы, удмурты, коми, манси, ненцы, селькупы, нганасаны. Кроме того, многие этнографы и историки считают, что потомками угро-финнов (по крови, а не по языку) являются казанские татары, башкиры и часть русских. В Восточной Европе, где уровень суицидов был невелик, частота суицидов у венгров была заметно выше, чем у проживавших рядом с ними румын (романская группа языков) и славян (болгар, поляков, народов Югославии и Чехословакии). После распада социалистического лагеря во всех бывших социалистических странах частота суицидов выросла почти вдвое, но в Венгрии она тоже выросла и оказалась самой высокой среди европейских государств. Точно так же в государствах, образовавшихся на территории бывшего СССР, наиболее высокая частота всегда наблюдалась в республиках Прибалтики, а после распада СССР частота самоубийств достигла самого высокого в мире уровня. Всегда в СССР высокая частота отмечалась в РСФСР в целом, но наиболее вы-

сока она была также среди населения автономных республик, основное население которых составляли представители угро-финской группы: удмурты, марийцы, мордва. После распада СССР, когда частота суицидов в РФ выросла более чем вдвое, рост суицидов в этих республиках также вырос, обгоняя все другие территории. При обсуждении причины аномально высокой частоты самоубийств в Удмуртии высказывалось мнение, что в основе этого лежат особенности менталитета, основанного на национальных традициях. Но представители угро-финских народов проживают в настолько разных географических регионах и усвоили настолько разнообразные культуры, что едва ли возможно говорить о сохранении каких-то древних традиций у всех у них, когда венгры живут в Восточной Европе и многие столетия были католиками, финны составляют часть европейской протестантской Скандинавии, а народы Поволжья живут в глубине России, едва усвоив в недалеком прошлом азы православия, но в значительной степени сохранившие дохристианские представления. Собственно, говорить о сохранении каких-то особенностей менталитета можно было бы говорить только о них, но не о венграх и финнах с эстонцами.

Однако имеются и более доказательные факты, показывающие на значение биологических, генетических факторов в определении склонности к самоубийству, что существенно уже не столько для определения предрасположенности на уровне целых народов, сколько на уровне отдельных семей. Проводились близнецовые исследования склонности к самоубийству, к изучению частоты самоубийств в семьях, которые показали, что отмечается достоверно более высокая конкордантность по совершению самоубийств и попыток к самоубийству у монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными близнецами. Близнецовый метод является в настоящее время наиболее доступным и доказательным методом для установления роли генетического фактора для психических процессов.

Близнецовый метод позволил также показать и роль генетических факторов в определении аффективных расстройств настроения, в определении склонности к развитию депрессивных состояний, в определении особенностей личности, повышающих склонность к самоубийству вследствие повышенной сензитивности, сниженной переносимости психологических конфликтов.

Факт биологической предрасположенности к развитию суицидального поведения в принципе открывает пути для профилактики и лечения

лиц, относящихся к группе лиц повышенного риска к проявлению суицидального поведения, поскольку установление биохимических механизмов патогенезе позволяет применять психофармакологические методы терапии.

Следует выделить еще один биологический аспект самоубийств – это неблагоприятное воздействие на человека изменяющихся условий окружающей его социальной среды, к которой он эволюционно не приспособлен, поскольку изменения происходят слишком быстро. Таким изменением среды является урбанизация, состоящая в массовом переселении людей в крупные города, в которых человек в лучшем случае является принадлежащим лишь к своей семье, причем чаще всего к «нуклеарной семье», т.е. семье, состоящей только из родителей и детей, а нередко и проживающим одиноко, без семьи. В то же время, значительную часть своей истории представители *Homo sapiens* (до 200000 лет), как и их эволюционные предшественники Австралопитеки и все прочие более примитивные приматы, жили в стае, состоящей из многопоколенной семьи, или даже группе близкородственных семей, в которой каждый имел определенное место в иерархии. В условиях города человек оказывается членом различных иерархий, принадлежащих различным очень крупным социальным структурам, в которых ему отводится незначительное место на низших этажах иерархии, что определяет его положение в них в состоянии униженного или даже «опущенного». В Западной Европе, а позднее и в России

На значение биологических механизмов в предрасположенности к суицидальному поведению указывает еще один неоднократно отмеченный факт. Частота самоубийств всегда значительно ниже в странах южных и нарастает в странах, расположенных севернее. Можно отметить, что в странах постсоветского пространства рост самоубийств был отмечен только в бывших северных республиках СССР – России, Белоруссии, Украине, Прибалтике, Казахстане (значительную часть населения которого составляет русское население). Но он не был отмечен в бывших республиках Закавказья и Средней Азии. Возможно, это можно связать с тем, что естественной средой обитания человека были первоначально Экваториальная Африка, к которым впоследствии добавились районы Экваториальной Азии и субтропические районы Старого Света. Заселение высоких широт Европы и Азии произошло значительно позднее, для наших предков кроманьонцев в пределах 50000 лет, а для популяции индоевропейцев этот срок

сокращается до нескольких тысяч лет. Поэтому можно полагать, что адаптированность современного населения северных регионов Европы и Азии недостаточна, что в числе прочего проявляется и в повышенной склонности к самоубийствам у населения этих регионов.

К этому в современных условиях присоединяется стремительное изменение жизни, с появлением новых правил жизни, которые он не успевает понять и принять. Причиной изменений ее является влияние иных культур в связи с ростом всевозможных миграций, появление новых продуктов и изобретений. В связи с влиянием нового описывается новый феномен травмы, получившей название «футурошок». В современных условиях это не только смена общественной структуры общества, быстро переведенного из системы социалистического общества с социальными гарантиями в общество рыночной экономики, которое таких гарантий и не обещает. Это и пропагандируемая в настоящее время «модернизация», при которой все население оказывается обязанным освоить работу с персональным компьютером и использовать его для обыденной жизни для покупок в интернет-магазинах, всех видов платежей и связи с администрацией. В прошлом сходные проблемы имели, вероятно, место при внедрении в жизнь письменности, всеобщего образования и пр., но скорость изменений в обществе была меньше.

Учет всех выше перечисленных факторов необходим для понимания происходящих процессов, поисков мер компенсации, а может быть даже для профилактики неблагоприятных процессов.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОГЕНЕЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

О.Г. Зайцева, Е.О. Бойко, М.И. Агеев, Л.Е. Ложникова, В.А. Стрижев, Ю.А. Мьельникова

Кубанский ГМУ, г. Краснодар

E-mail авторов: dusha-kgmu@mail.ru

Одним из основных механизмов развития суицидального поведения является процесс патологического приспособления как способа формирования аутодеструктивных форм поведения личности в условиях психотравмирующей ситуации.

Целью исследования являлось изучение клинико-биологических и клинико-психологических факторов, способствующих суицидаль-

ному поведению. С помощью клинико - психологического метода с использованием опросника УСК (уровень субъективного контроля Роттера), а также разработанной анкеты - опросника были обследованы 58 человек в возрасте от 18 до 23 лет.

Основными факторами, облегчающими дезадаптационные механизмы суицидального поведения явились: отягощенная наследственность – 15,80%, патология беременности – 14,98%, дисгармоничные семьи – 15,03%, аномалии воспитания – 18,27%. Кроме того, значимыми были экзогенные влияния: алкоголизация – 13,64%, органические поражения головного мозга – 9,91%, акцентуации личности – 12,36%. Триггером процесса патологического приспособления на ранних этапах развития суицидогенеза являются различные формы девиантных детско-родительских отношений. Биологические факторы, как правило, способствуют формированию дезадаптации, а клинико-психологические факторы участвуют на фоне конфликта в развитии суицидального поведения. В условиях психотравмирующей ситуации диспропорциональное психологическое развитие личности трансформируется в экстернальный (аутоагрессивные действия) – 11 человек (18,96%) или интернальный (суицидальные фантазии, мысли, тенденции без реализации аутоагрессивных действий) варианты суицидального поведения – 47 человек (81,04%).

В основе социально-психологической дезадаптации, приводящей к суицидальному поведению находятся межличностные или внутриличностные конфликты, которые, прежде всего, определяются ценностными установками личности и связаны с неприятием сложившейся жизненной ситуации.

Таким образом, выявленные особенности суицидогенеза необходимо учитывать при проведении профилактических и психокоррекционных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ю.А. Ковалева, Е.А. Тараканова

Волгоградский ГМУ

E-mail авторов: yolka20@yandex.ru

По данным Всемирной организации здравоохранения (2008), ежегодно в мире от самоубийств погибает 1 миллион человек. Согласно

эпидемиологическим данным, вместе с неуклонным ростом уровня суицидов продолжает расти количество людей, страдающих психическими заболеваниями. Клинические аспекты суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами в отечественной и зарубежной литературе рассматриваются преимущественно в рамках отдельных нозологических форм психических расстройств. При сопоставлении данных различных исследователей, от 40 до 60% суицидов, совершенных психически больными, составляют больные шизофренией. Суицидальный риск у этих больных в 32 раза выше, чем в общей популяции населения. На один завершённый суицид при шизофрении приходится 8-10 суицидальных попыток, а частота самоубийств заметно увеличивается среди больных шизофренией, имевших в анамнезе суицидальную попытку. По различным данным, суицидальные феномены гораздо чаще встречаются на начальных этапах шизофрении и других расстройств шизофренического спектра. Наиболее суицидоопасными являются первые 3 года с момента начала болезни (Попова П.М., Самсонова И.В., 1979). Косвенным подтверждением большей «суицидогенности» начальных этапов болезни является тот факт, что среди амбулаторного контингента больных шизофренией суицидальный риск в 3,5 раза выше среди поставленных на учет в текущем году, нежели ранее состоящих на учете (Амбрумова А.Г., 1980). По данным американских исследователей, у больных шизофренией суицидальный риск выражен в наибольшей степени на протяжении года после первой госпитализации. Суицидальный риск при шизофрении обусловлен, как правило, тремя группами факторов, которые определяют три типа суицидального поведения этих больных (Амбрумова А.Г. и соавт., 1977–1996):

1 тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах созревания ремиссии, особенно после 2–3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспективы.

2 тип определяется своеобразным мировосприятием, тенденциями к нетрадиционным миро-

воззренческим установкам и личностными особенностями. Как правило, такой тип суицидального поведения чаще всего отмечается у больных простой формой шизофрении с признаками метафизической интоксикации, с преобладающими представлениями о бессмысленности бытия, об утрате смысла жизни, с суицидоманией.

3 тип определяется психопатологическими расстройствами. Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, галлюцинаторно-параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации, атипичные депрессии.

Нами проводилось комплексное клинико-психологическое исследование качества жизни 345 больных шизофренией. Выявлено, что у 16,52% больных были отмечены суицидальные попытки (в связи с наличием в клинической картине расстройства острой психотической симптоматики либо признаков аффективной патологии), причем для женщин данный показатель был несколько выше такового у мужчин – соответственно, 19,7% и 12,24% случаев. Этот признак являлся информативным ($B=2,2$ балла) при формировании качества жизни больных. Отмечена четкая корреляционная связь между наличием суицида в анамнезе и формированием очень плохого качества жизни ($P=0,25$ при $P_0=0,24$).

Таким образом, одним из важнейших факторов риска, как суицидов, так и незавершенных суицидальных попыток, является наличие эндогенного заболевания. Врачами психиатрических служб должно учитываться, что самоубийства чаще совершаются в инициальном периоде эндогенных заболеваний, а суицидальные попытки – после их манифестации. Также необходимо принять во внимание, что вследствие недостаточности диспансерного и семейно-бытового наблюдения, незавершенные суицидальные попытки часто нигде не фиксируются, в связи с чем, недооценивается суицидальный риск больных шизофренией в пожилом возрасте.

Следовательно, необходимость изучения проблемы взаимоотношений суицидального поведения и шизофрении, роль совершенного пациентом суицида как фактора выявления ранее скрытно протекавшего заболевания, своевременное определение суицидальных тенденций и активное лечение с применением психологических, социальных, и фармакологических методов является важными аспектами деятельности врача.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АСОЦИАЛЬНОГО И АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н.А. Косенко, Е.О. Бойко

Специализированная КПБ №1, г. Краснодар
Кубанский ГМУ, г. Краснодар

E-mail авторов: dusha-kgmu@mail.ru

Социальная значимость и актуальность проблемы асоциального поведения несовершеннолетних определяется широкой распространенностью этого явления, жестокостью деяний, всё ещё достаточно высокой статистикой преступности среди детей и подростков в нынешнее время.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязи клинических и социальных факторов, влияющих на формирование склонности к асоциальному поведению детей и подростков с психическими расстройствами.

Материал и методы. На базе ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» г. Краснодара обследовано 370 детей и подростков, страдающих психическими расстройствами и обнаруживающих проявления асоциального и агрессивного поведения.

Результаты и обсуждение. На асоциальное поведение душевнобольных детей и подростков оказывает влияние взаимосвязь множества медицинских, биологических, средовых и медико-социальных признаков. Формированию противоправных форм поведения несовершеннолетних с душевной патологией, способствуют следующие характеристики: наследственная отягощенность – 16,2%; патология беременности и постнатального периода – 31,4%; факт воспитания в неполной семье – 48,7%; конфликтные отношения среди родителей – 55,6%; дефицит родительской эмпатии (чаще по типу безнадзорности) – 41,1%, отсутствие постоянной работы у родителей – 33,0%, злоупотребление родителями спиртными напитками – 66,1%. Несоциализированные и социализированные расстройства поведения являются достоверным отражением определенных видов нарушения поведения среди несовершеннолетних. Негативное влияние «алкогольной семьи» имеет прямую зависимость с алкоголизацией их детьми, как вида асоциального поведения. Так, среди несовершеннолетних злоупотребляют алкоголем 93,0%. Частота асоциального поведения среди детей и подростков с диагнозами эмоциональных расстройств и расстройств поведения достоверно

выше, чем в общей популяции. У несовершеннолетних душевнобольных с асоциальным поведением наиболее часто диагностируются: умственная отсталость – 42,2%; поведенческие расстройства в детском возрасте – 34,3% и органические расстройства личности вследствие ЧМТ – 13,8%. Увеличению вероятности роста асоциального поведения способствуют такие формы досуга как «улица» и «свободное времяпрепровождение».

Раннее и своевременное внимание к проявлениям асоциального поведения среди душевнобольных несовершеннолетних способствует своевременному и комплексному оказанию целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий, воспитательной, социальной и правовой помощи. Необходимо сохранение такого несовершеннолетнего в привычной для него среде (детское дошкольное, школьные и другие учебно-воспитательные учреждения, кружки, курсы) с дифференцированным подходом заинтересованных специалистов служб по искоренению противоправного поведения и индивидуально подходить к изысканию подростку возможностей установления социально-устойчивых связей в социопатических семьях, с одним из членов семьи, либо ближайшего родственного окружения.

ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИОЗНОГО БРЕДА НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Р.М. Логутенко

Тюменская ОКПБ

E-mail автора: logutenko78@mail.ru

Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Рассматривая данную проблему, следует отметить,

взаимосвязь суицида и социальных причин впервые была высказана “отцом суицидологии”, профессором социологии Э. Дюркгеймом (1912), который отмечал, что “число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции религиозного, семейного и политического общества”. В настоящее время эти три позиции являются определяющими в суицидальном поведении больных, и не утратили своей актуальности и по сей день.

Больные, страдающие шизофренией, могут находиться в состоянии ажитации и в острой стадии заболевания иногда совершают импульсивные поступки. Часть импульсивных поступ-

ков, включая попытки суицида, совершается в ответ на императивные галлюцинации, заставляющие больного действовать соответственно им. Примерно 50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки и 10% из них оказываются завершёнными (Каплан Г.И., 1994). Склонность к Совершению суицидов усиливается при наличии ощущения абсолютной пустоты, депрессии, желания избежать невыносимых душевных переживаний или слуховых галлюцинаций, приказывающих больному убить самого себя.

Суицидальный риск при шизофрении обусловлен, как правило, тремя группами факторов, которые определяют три типа суицидального поведения этих больных (А.Г. Амбрумова и соавт., 1977–1996).

1 тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах dozревания ремиссии, особенно после 2–3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и сохранённым ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспективы.

2 тип определяется своеобразным мировосприятием, тенденциями к нетрадиционным мировоззренческим установкам и личностными особенностями. Как правило, такой тип суицидального поведения чаще всего отмечается у больных простой формой шизофрении с признаками метафизической интоксикации, с преобладающими представлениями о бессмысленности бытия, об утрате смысла жизни.

3 тип определяется психопатологическими расстройствами.

Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, галлюцинаторно-параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации, атипичные депрессии.

Менее суицидоопасны: острый синдром Кандинского-Клерамбо, психопато- и невротоподобные состояния, острые паранойяльные и парафренические синдромы.

Не суицидоопасными считаются: онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства, апатобулический.

Многие суицидологи отмечают, что при шизофрении часты импульсивные, немотивированные суицидальные попытки. Следует отметить мотивы суицидального поведения, которые входят в структуру религиозного бреда: наказание себя. Провоцируется гипертрофированным чувством вины. Неадаптивный способ «облегчения» чувства вины – самонаказание, в том числе с помощью суицидальных актов. Жертвоприношение - провоцируется потребностью «искупить вину» за реальные или фантазийные действия. Принести себя в жертву Богу, таким образом, избавившись от постоянно нагнетающего чувства вины. Воссоединение – мотив, исходящий из бредового понимания о воссоединении с Богом.

Среди социально-демографических факторов суицидального риска, таких как пол, возраст, семейное положение, профессиональный статус, религия является основным сдерживающим фактором. Уровни суицидов выше среди атеистов, по сравнению с верующими. Среди основных конфессий, максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные – в иудаизме и у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение. В любой из мировых религиозных конфессий (иудаизм, буддизм, христианство и ислам) существует запрет на суицид. Аналогичным образом в любой культуре присутствует моральная табуированность самоубийства. И для того, чтобы нарушить этот запрет, сознание человека проходит ряд психических деформаций личности, что зачастую приводит к психиатрическому заболеванию. Однако структура и особенности развития суицида с бредом религиозно-мистического содержания изучены недостаточно и требуют более детального изучения. Со смертью каждого человека гибнет Вселенная — неповторимый мир идей и чувств, уникальный опыт и мировоззрение. Общество не может и не должно оставаться по отношению к этому спокойным и безучастным.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С.С. Найданов, А.С. Михеев, Л. Б. Сансанова

Республиканский наркодиспансер, г. Улан-Удэ

Е-mail авторов: profotdel@inbox.ru

Ситуация с суицидами, сложившаяся в последние десятилетия в Республике Бурятия, при-

обрела масштабы национального бедствия. Распространенность самоубийств в республике находится в пределах 68-73 случаев на 100000 населения, тогда как показатель Российской Федерации 27-32 на 100000 населения (Очирова И.Б., 2008). Актуальность изучения данной проблемы обусловлена высоким процентом суицида среди лиц трудоспособного и, особенно подросткового возраста (Разводский Ю.Е., 2004). Необходимо отметить, что 44% самоубийств в большей или меньшей степени связаны с употреблением алкоголя (Немцов А.В., 2003). Несмотря на столь неблагоприятную ситуацию, по-прежнему остается недостаточно изученной связь между суицидами, алкоголизацией населения и социальной ситуацией в стране и ее регионах (Нечаев А.К., 1992; Гладышев М. В., 2006).

Цель исследования: изучить личностные характеристики суицидального риска у больных с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Оценивалось суицидальные тенденции у больных с алкогольной зависимостью, а также изменения личностных свойств по методике самооценки характера. Исследование проводилось в наркологическом отделении № 1 Республиканского наркологического диспансера г. Улан-Удэ. Исследовались клинико-анамнестические, клинико - катamnестические данные и анкетирование пациентов с диагнозом «Синдром зависимости от спиртных напитков средней стадии» на 3-4 день стационарного лечения после купирования абстинентного синдрома. Всего обследовано 178 пациентов, мужчин 133 (71%), женщин 45 (29%). Средний возраст 32-42 года. На каждого пациента заполнялась специальная разработанная карта, включающая 15 пунктов о наследственной отягощенности и суицидальном анамнезе, а также анкета - опросник для установления алкогольных проблем. В зависимости от суицидологического анамнеза, больные были условно разделены на 3 группы: 1 - имевшие суицидальные попытки (11%); 2 - отмечавшие мысли о суициде (26%); 3 - отсутствие суицида в анамнезе (63%). Разделение по полу, национальному признаку не проводилось.

Результаты и обсуждение.

Абсолютное большинство суицидальных попыток у больных с алкогольной зависимостью предпринималось в состоянии алкогольного опьянения (77,5%), помимо этого, наследственность по алкогольной зависимости была отягощена в 39% случаев. Высокая суицидальная активность при алкогольной зависимости обусловлена нарастанием дезадаптивных и снижением

адаптивных личностных свойств, выявляемых по специальной методике самооценки характера. Анализ самооценки характера показал, что сдвиг общего адаптивного потенциала личности (СО-АП) у больных составил - 128,8±8,4%. Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил - 57,3±5,1%, дезадаптивных (СДС) - 55,1±6,1%, то есть выраженность адаптивных свойств личности со временем уменьшалась, а дезадаптивных - росла. У пациентов с алкогольной зависимостью и парасуицидами в анамнезе уровень дезадаптивных свойств составил 113,6±17,4% при одновременном уменьшении адаптивных качеств до 82,9±12,6%, тогда как больные с алкогольной зависимостью без суицидальных тенденций имели уровень дезадаптивных свойств 46±5,2% ($p<0,001$), адаптивных 57,8±6,9% ($p<0,05$). Это объясняет высокую суицидальную готовность данного контингента.

Выводы. Высокая суицидальная активность при алкогольной зависимости обусловлена нарастанием дезадаптивных и снижением адаптивных личностных свойств, выявляемых по специальной методике самооценки характера. Метод самооценки характера может широко использоваться для выявления суицидальных тенденций у больных с алкогольной зависимостью.

ДИССИМУЛЯЦИЯ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ У БОЛЬНЫМИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Г.Н. Носачев, И.Г. Дальнова, О.А. Дальнов

Самарский ГМУ
Самарский ГПНД

Клинические проявления диссимуляции суицидальных намерений у больных параноидной шизофренией (МКБ-10 F20.0), (125 больных в возрасте от 20 до 40 лет) отличались большой вариабельностью и полиморфизмом. Несмотря на индивидуальные особенности суицидальных намерений и способов их реализации они, тем не менее, могут быть сведены к нескольким вариантам.

1. При острых манифестациях и декомпенсациях процесса активно высказывались суицидальные мысли, интимно связанные с переживаемыми галлюцинаторно-бредовыми переживаниями в рамках основных бредовых синдромов. Изложение бредовых построений и обусловленных с ними суицидальных высказываниям было скупым, отрывочным, лаконичным, без детали-

зации, с одной стороны; аргументация отличалась вычурностью, нелепостью, искаженностью и нереалистичностью, - с другой. Попытки установить подробности наталкивались на сопротивление в одних случаях, в других, на отгороженность, подозрительность, настороженность. Отсутствие критики к галлюцинаторным и бредовым переживаниям при убеждении угрозы жизни самому больному и близким позволяет пациентам говорить о суициде как решении проблемы. По мере ослабления остроты психопатологической симптоматики некоторые пациенты продолжали сообщать о наличии галлюцинаций и переставали говорить о суициде, даже отрицать прежние высказывания. В последующем течении заболевания большинство больных начинало диссимулировать не только суицидальные мысли, но и наличие галлюцинаторно-бредовых переживаний и не признавало у себя психического заболевания.

2. В начале развития галлюцинаторно-бредовой симптоматики параноидной шизофрении с суицидальными переживаниями переплетались паранойяльные и параноидные симптомы и можно было отметить диссимуляцию всей симптоматики болезни по типу «рационализации», «психологически понятных объяснений», реже - «регресса». Попытки «объективизировать» симптоматику на основании сведений, полученных от родственников и медицинского персонала, приводили к нелепым, беспомощным, примитивным по форме и скупым по аргументации объяснениям.

3. В ряде наблюдений, включая суицидальные мысли и попытки, пациенты целиком подменяли, маскировали психическое заболевание соматическим или неврологическим. При этом пациенты выдвигали ведущими жалобами головные боли, бессонницу, головокружение, физическую усталость и слабость. Выдвигая их как основание для лечения и госпитализации, пациенты пассивно соглашались, что мысли о суициде возникали в связи с усталостью и длительностью болезни, от которых они хотели быстрее избавиться. Принимая и продолжая лечение психотропными средствами, пациенты не видели ни противоречия, ни парадоксальности между терапией, местом госпитализации и предъявляемой симптоматикой и высказываемыми ранее суицидальными мыслями.

4. Отрицание психопатологической симптоматики и суицидальных высказываний и попыток. В данном варианте можно выделить следующие подварианты.

4а. Полное отрицание, как самого психического заболевания, так и галлюцинаторно-бредовых переживаний, включая суицидальные эксцессы. Больные заявляли, что родные «наговаривают» на них небывшие, хотя поместить их в психиатрический стационар, преследуют корыстные цели. Суицидальная попытка - результат ошибки, «путаницы» с лекарством и т.п.

4б. Частичное отрицание выражается в сообщении внешних форм поведения, но утаивании психопатологической симптоматики, включая суицидальные мысли и объяснение «ошибкой» суицидальные действия.

4в. Отнесение к прошлому возникает при повторных госпитализациях или обращении к врачу, когда пациенты объясняют психопатологическую симптоматику и подтверждают её прошлыми переживаниями. При этом упорно диссимилируют текущую симптоматику, но соглашаются продолжить терапию. Данный подвариант чаще всего встречается при наступлении неполной ремиссии.

4г. Перенос симптоматики на другого человека, которому приписывается не только психопатологическая симптоматика, суицидальные мысли и действия, но иногда даже терапия.

5. Ряд больных пытается доказать свое полное психическое здоровье. Суицидальные высказывания и угрозы представляются как протест против «общественно-политического режима», против «карательной психиатрии», волюнтаризма врачей-психиатров и даже случайных ошибок в документации, «путаницы» однофамильцев. Часто пациенты утверждали, что пытались симулировать психическое заболевание с целью «откосить от армии», избежать уголовного наказания, выиграть пари с друзьями, получить инвалидность, спрятаться от бандитов и даже от невесты (или преследующего жениха).

В целом, у больных параноидной формой шизофрении диссимуляция суицидальных мыслей и незавершенных суицидальных действий напрямую связана с галлюцинаторно - параноидной симптоматикой, структурой и особенностью расстройства мышления, в первую очередь с парадоксальностью, соскальзыванием, нарушением критической составляющей мышления и степенью выраженности аффективных расстройств (страха, тревоги, депрессии).

Таким образом, диссимуляция болезни и её основных симптомов приводит как к реализации суицида, так и к отказу от терапии, что также увеличивает риск суицида.

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОПИЙНЫХ АДДИКТОВ

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

Наркологическая больница «Витар», г. Новосибирск

Е-mail авторов: svpronin@gambler.ru

В рамках многопрофильной модели мониторинга тенденций распространенности наркоманий в Сибири и тяжести социальных последствий употребления наркотиков и вызванных им последствий, предложенной Н.А. Боханом [1], представляется важным рассмотрение социо - и хронобиологических аспектов риска наркотических передозировок, т.е. само - агрессивного 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.

Критерии включения в исследование: диагноз, зависимость от ПАВ и абстинентные проявления, установленные в соответствии с критериями DSM-IV (1994) & DSM-IV-TR (2000) и ICD-X. 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. К критериям исключения относились: 1) острые инфекционные заболевания; 2) наличие эндогенных психических расстройств.

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

Материал и методы. В основе проведенного анализа данные наблюдательного исследования, где было 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 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. Проводилась на основе оценки депрес-

сивных реакций (Beck's Depression Inventory, 1961) опросник включает в себя 20 тестовых шкал, позволяющих после их количественной обработки показать уровень депрессии и близких к ней состояний.

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.

Проведенный статистический анализ шкал самооценочного опросника Бека, которые вероятнее всего могли ассоциироваться с агрессивностью. Это чувство вины (шкала «Д») $1,48 \pm 0,90$ баллов (различие 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» $1,08 \pm 0,96$ ($P=0,873$; $F=0,025$). Наплаывают 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. 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.

В абстинентный период у героиновых аддиктов имеющих зависимость и от снотворных препаратов риск появления суицидальных мыслей увеличивается в несколько раз $OR=2,05$ (ДИ $1,03 \div 4,09$; $P=0,034$). 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 $0,79 \div 6,01$; $P=0,104$). 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 $1,85 \div 2,42$;

$P=0,0001$). 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 Е.М. Kouri [1] при абстинентных проявлениях связанных с прекращением приема анаши, замечено усиление агрессивности на 3-7 день воздержания.

В заключении необходимо подчеркнуть, что на формирование болезни, аутоагрессивности у опийных аддиктов в большей степени будут влиять не только персонологические, личностные особенности, но и психосоматические последствия вызванные приемом психоактивных веществ.

Литература:

1. 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.
2. 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. – № 3. – P. 302-308.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.И. Распопова

РНПЦ психиатрии, психотерапии и наркологии
МЗ Республики Казахстан

E-mail авторов: pea83@list.ru

Неослабевающий интерес исследователей всего мира направлен на изучение факторов, определяющих риск суицидального поведения. Многие авторы в своих исследованиях отмечают, что в значительной мере суицидальный риск связан с состоянием психического здоровья, а частота выявляемости психических расстройств у суицидентов составляет до 90% (Emborg С., 1999; Appleby L. et al., 2000; Runeson B.S. et al., 2003; Hoyer E.H. et al., 2004). Для разработки дифференцированных подходов к диагностике, терапии и профилактике суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами необходимо углубленное изучение механизмов формирования их суицидальной мотивации, что определяет актуальность проведенного исследования.

Целью исследования явилось изучение механизмов суицидального поведения у больных с психическими расстройствами и разработка их клинической типологии.

Материалом исследования послужили 550 больных с психическими расстройствами, госпитализированных в «Центр психического здоровья» города Алматы в связи с различными формами суицидального поведения. Для выполнения исследования применялись следующие методы: клинико-эпидемиологический; клинико-психопатологический; клинико-динамический; клинико-катамнестический; экспериментально-психологический; математико-статистический.

В клинической структуре психических расстройств у пациентов с суицидальным поведением более половины всех случаев составили шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройства - 58,2%. Значительно ниже оказались доли органических психических расстройств - 23,5%; еще реже встречались расстройства, связанные со стрессом - 8,7%, расстройства личности - 4,5%, аффективные расстройства - 2,7% и умственная отсталость - 2,4%.

В рамках разработанного Ф.В. Кондратьевым (1984) системного анализа факторов «синдром - личность - ситуация», нами было выделено понятие механизма суицидального поведения, под которым подразумевается ведущее системообразующее звено в сложном взаимодействии психопатологических, личностных и ситуационных факторов, детерминирующих суицидальное поведение больного с психическим расстройством.

Анализ и систематизация данных о факторах риска суицидального поведения позволили разработать типологию механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами, включающую в себя три основные группы:

1. Продуктивно-психопатологические механизмы суицидального поведения (57,8% всех случаев) характеризуются мотивацией, непосредственно связанной с психотическими переживаниями больного. Среди них выделяются:

а) механизмы с бредовой мотивацией - «бредовое избегание преследования», «бредовое избегание постороннего воздействия», «бредовое избегание страданий от мнимого заболевания», «бредовое самоуничтожение», «бредовая вина», «бредовая демонстрация», «бредовая месть» и «бредовая миссия»;

б) механизмы без бредовой мотивации - «галлюцинаторные императивы», аффективные

нарушения по типам «витальной тоски», «дисфорической аутоагрессии» и «суицидальных нозофобий», а также «импульсивные действия» и «дезорганизация поведения в результате помрачения сознания».

2. Негативно-психопатологические механизмы суицидального поведения (20,4% случаев) характеризуются мотивацией, обусловленной негативно-психопатологической симптоматикой, проявляющейся ослаблением, выпадением или деформацией отдельных психических функций в результате основного психического заболевания. Среди них выделяются:

а) ситуационные негативно - психопатологические механизмы, формирующиеся вследствие психопатоподобных изменений личности и проявляющиеся в форме «демонстративного протеста», «демонстративного призыва» и «демонстративного избегания»;

б) дезадаптационные негативно - психопатологические механизмы, связанные с редукцией энергетического потенциала или интеллектуально-мнестическим снижением и формирующиеся по типам «утраты смысла жизни» и «отсутствия способности к прогнозированию последствий своих действий».

3. Личностно-психологические механизмы суицидального поведения (21,8% случаев) связаны с преморбидно сформировавшимися неблагоприятными характерологическими особенностями. Среди них выделяются 2 группы:

а) личностно-ситуационные механизмы, формирующиеся на фоне острых реакций на стрессовые ситуации и квалифицирующиеся как «суицидальный шантаж», либо «потеря значимого»;

б) личностно-дезадаптационные механизмы, формирующиеся в результате внутренней переработки переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим психическим или физическим состоянием, а также с тяжелыми материально-бытовыми условиями жизни («страх перед будущим» и «отказ от жизни»).

Таким образом, разработанная в исследовании типология механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами дает возможность дифференцированного подхода к проведению профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении лиц с суицидоопасными состояниями, а, следовательно, позволяет сделать их более целенаправленными и эффективными.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

А.М. Селедцов, Н.П. Кокорина, Я.В. Москвина

Кемеровский ОКНД, суицидологическое отделение

E-mail авторов: koknd_apt@mail.ru

Депрессивные состояния широко представлены в структуре хронического алкоголизма. Депрессия наблюдается в структуре абстинентного синдрома, где она сочетается с дисфорией. Однако часто суициды у больных алкоголизмом наблюдаются в структуре абстинентного синдрома, синдрома отмены алкоголя и запойного пьянства. Нередко многие проявления депрессии при алкоголизме протекают незамеченными (Leenars A. et al., 1993; Cantor C.H. et al., 1995; Rihmen Z., 2007).

Целью исследования являлось изучение типологии депрессивных расстройств, которые наблюдаются у больных алкоголизмом после купирования острых проявлений синдрома воздержания от алкоголя.

Материалы и методы исследования: нами обследованы 88 (100%) больных алкоголизмом мужчин, поступивших на противоалкогольное лечение в суицидологическое отделение «Кемеровского областного клинического наркологического диспансера». Из исследования исключались больные психозами, лица с тяжелыми соматическими заболеваниями, а так же в преморбиде которых были черепно-мозговые травмы, эпилептические припадки, психозы алкогольные, аффективные колебания неясной этиологии, отягощенную психическими заболеваниями наследственность, а так же больные пожилого возраста. Среди обследованных преобладали лица в возрасте 35,8- 42,4. Из 88 больных среднее образование имели 45 (51%) человек, среднее специальное – 24 (27%), высшее – 19 (21%). При этом I стадия алкоголизма установлена у 22 (25%) человек, II – у 66 (75%). Длительность алкоголизма до 5 лет отмечена у 11 (12,5%) обследованных, до 10 лет – у 23 (26%), до 15 лет – у 29 (33%), свыше 15 – у 25 (28,5%). Основным методом исследования – клинический анализ и психологические методики, включающее тест MMPI.

Результаты и обсуждения: проведенное нами исследование доказывает, что у всех больных алкоголизмом имеется депрессивная симп-

томатика, которая обладает многообразием проявлений, хотя клинически она не всегда «яркая» и обладает рядом особенностей.

В I стадии алкоголизма (n=22) – больные разделились на группы: астенические проявления (9 чел); депрессивные проявления (n=13). При длительном расспросе и психологическом тестировании больных удавалось выявить раздражительность, грубость, в последующем проявление в виде недовольства, плохого самочувствия, слабости, грусти. Все больные, после лечения отмечали положительную динамику, однако резко ухудшали самочувствие повторные приемы алкоголя. В этот период совершали демонстративно-шантажного характера суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, («напугать жену», «пусть задумаются как мне плохо»).

Во II стадии (n=66) – отмечалась высокая толерантность к алкоголю, утрата контроля над количеством выпитого, патологическое влечение к нему. Длительность алкоголизма от 5 до 14 лет. Депрессивные расстройства вне острого периода абстиненции можно было разделить на 4 группы.

Астеновегетативные субдепрессии (n=24). Преморбидно больные этой группы (16 чел) не имели акцентуаций характера. У остальных (n=8) можно было отметить явления эмоциональной лабильности и склонность к реактивным колебаниям настроения. У всех лиц сниженное настроение сопровождалось раздражительностью, волнением, падением жизненного тонуса, снижением работоспособности, физическим дискомфортом. При этом спиртное рассматривалось как средство чтобы «успокоиться, облегчить засыпание».

Дисфорические субдепрессии (n=17). У 9 больных в преморбидном периоде наблюдались психопатические проявления. У больных этой группы преобладали качества характера, свойственные возбудимым (n=3), неустойчивым (n=11), истерическим (n=3) типам личности. Нервный фон настроения, зависимость его от ситуаций сочеталась с неспособностью взвешивать ситуацию, судить о ней объективно.

Тоскливые субдепрессии (n=11). В преморбиде у больных преобладали черты характера, свойственные синтонному (n=8), гипертимному (n=2), депрессивному (n=1) типам личности. Мотив алкоголизации – «поднять настроение». Легкие аффективные фазы в рамках акцентуации или психопатических проявлений у больных этой группы наблюдались отчетливо с 15-17 летнего возраста. Субдепрессивные состояния часто предшествовали запою, но влечение к ал-

коголю не всегда ясно осознавалось больными в эти периоды.

Диссоциированные субдепрессии (n=14). Лишь у 5 больных в преморбиде не отмечалось каких-либо личностных аномалий. Характерной особенностью большинства были диссоциированность, мозаичность личностного склада. В пубертатном возрасте отмечались акцентуации и психопатические проявления, чаще из круга возбудимых, неустойчивых, истерических, шизоидных. В 6 случаях наблюдались стертые, продолжительностью до 2-5 месяцев субдепрессии, которые отличались монотонностью и стойкостью. Депрессивные расстройства переплетаются с раздражительностью, вспыльчивостью, неожиданной обидчивостью.

Мысли или намерения суицида во II стадии алкоголизма возникали на фоне абстиненции (31чел), парасуициды совершались чаще в алкогольном опьянении (n=35). Способы суицидальных попыток в анамнезе распределились: самоповешения – 39, отравления – 14, самопорезы – 9, падения с высоты – 4. Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости выявлена – 47, по суицидам – 19.

Выводы: Мотивы суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, отличаются значительной сложностью. Большое значение имеют особенности преморбидной личности, реакции и способы реагирования на те или иные психотравмирующие ситуации, перенесенные заболевания, личностные изменения под влиянием злоупотребления алкоголем. Алкоголизм является существенным фактором суицидального поведения. Наличие алкогольного опьянения у больных алкогольной зависимостью существенно повышает суицидальный риск.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА У МУЖЧИН

М.С. Уманский, С.М. Уманский, П.Б. Зотов

Тюменский областной наркологический диспансер
Тюменская ГМА

E-mail авторов: sibir@sibtel.ru

Роль алкоголя в реализации суицидальных тенденций подчеркивается многими исследователями (Амбрумова А.Г., 1996 и др.; Зотов П.Б., 2008 и др.), что указывает на необходимость всестороннего исследования данной проблемы.

Цель исследования: комплексный анализ суицидального поведения мужчин, больных алкоголизмом позднего возраста.

Материал и методы: обследовано 224 мужчин больных алкоголизмом позднего возраста, у которых при первичном обращении Тюменский областной наркологический диспансер в период с 2000 по 2006 годы с явлениями отмены алкоголя в структуре психопатологических нарушений выявлялись различные формы суицидального поведения.

Возраст обследуемых был от 50 до 76 лет (средний - $57,5 \pm 3,9$ лет). Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 5 до 36 лет, в среднем $18,6 \pm 3,9$ лет.

Результаты и обсуждение. Все пациенты поступали на лечение в наркологический стационар после многодневного периода злоупотребления алкоголем с выраженными соматовегетативными, психопатологическими и неврологическими признаками абстинентного синдрома. Среди госпитализированных преобладали лица со средней степенью тяжести состояния (71,4%). У всех больных при первичном осмотре выявлялись отдельные формы суицидального поведения, среди которых ведущее место занимали антивитальные переживания (48,2%) и суицидальные мысли (44,2%). Суицидальные замыслы регистрировались у 5,4% человек. Суицидальные намерения были выявлены у 2,2% мужчин. При этом среди предполагаемых способов суицидальных действий: 53,4% больных останавливали свой выбор на самоповешении. Вместе с тем, частота возможных самопорезов была отмечена лишь в 17,3% случаев. На самострел указали 15,5% человек; на самоотравление – 10,4%; падения с высоких коммуникаций – 1,7%.

Было установлено, что суицидальные идеи у большинства больных (78,1%) впервые возникли в последние годы, сохраняясь и периодически привлекая внимание в периоды ухудшения здоровья или под воздействием неблагоприятных социальных факторов. Только 16,1% обследуемых отмечали появление аутоагрессивных тенденций в молодом возрасте. На формирование подобных идей в условиях настоящей госпитализации указали лишь 5,8% больных. Чаще мужчины указывали на суицидогенное влияние различных неблагоприятных социальных факторов (42,0%), среди которых ведущее место занимали выход на пенсию, снижение уровня материальной обеспеченности, потеря социального статуса и др. Реже назывались конфликты в семье (18,7%), запой (14,3%) и ухудшение здоровья (12,9%).

У большинства пациентов ведущие мотивы суицидального поведения определялись депрессивными переживаниями. Преобладали представления о бесцельности дальнейшего существования (38,4%), чувство одиночества и ненужности (18,8%), утрата надежды на изменение к лучшему (13,9%).

Немаловажное значение на развитие суицидальной активности оказывали и характерологические особенности: у 46,4% человек выявлялись акцентуации характера, у каждого четвертого признаки психопатизации личности на фоне органического поражения ЦНС, вследствие перенесенных травм, хронической сосудистой патологии, хронического алкоголизма и др. Психопатии диагностировались у 9,9% человек.

Выводы:

1. У мужчин, больных алкоголизмом позднего возраста в структуре суицидального поведения преобладают антивитальные переживания (48,2%) и суицидальные мысли.

2. В подавляющем большинстве случаев (91,2%) суицидальное поведение определяется депрессивными переживаниями. У больных преобладают представления о бесцельности дальнейшего существования (38,4%), чувства одиночества и ненужности (18,8%), утрата надежды на позитивные изменения (13,9%).

3. С учетом этих данных основным принципом комплексной реабилитации больных алкоголизмом позднего возраста с суицидальным поведением является ее направленность на клинические проявления, как алкогольной зависимости, так и нарушения в эмоциональной сфере.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА г. СУРГУТА

В.В. Чертов, Е.С. Некрасова

Сургутский КПНД

Е-mail авторов: servskpnd@mail.ru

В нашей стране уровень распространенности завершенных суицидов и уровень распространенности алкоголизма остаются стабильно высокими и составляют соответственно 27,1 и 1566,3 на 100000 населения. Вклад алкоголя в общую смертность в России по мнению А.В. Немцова составляет 25,7-37,1% [1]. Учитывая высокую степень коморбидности этих рас-

стройств изучение аутоагрессивности больных алкоголизмом по прежнему высоко актуально.

По данным ряда исследований 49% завершенных суицидов и от 32 до 40% незавершенных суицидов совершаются в состоянии алкогольного опьянения [2, 3]. Общими предикторами алкоголизма и суицидального поведения можно считать состояния фрустрации, интра- и трансперсональные конфликты. Кроме того, само по себе аддиктивное поведение рассматривается как вариант аутоагрессии. В целом, взаимосвязь алкоголизма и суицидального поведения имеет многогранный двусторонний характер, требующий изучения.

Материалом нашего исследования послужили данные суицидологического мониторинга, осуществляемого Сургутским психоневрологическим диспансером и больные алкоголизмом, поступившие в наркологическое отделение №1 в течение первого полугодия 2010г. Применялись статистический и клинический методы исследования.

За первое полугодие текущего года на территории г. Сургута было зарегистрировано 241 суицидов, из них 17 завершенных (7%). За тот же период времени в наше отделение поступило 10 больных алкоголизмом, непосредственной причиной госпитализации у которых послужила суицидальная попытка. Из них 8 мужчин и 2 женщины. Средний возраст составил 38±2,3 лет. В целом, 4,1% зарегистрированных на территории суицидов пришлось на пациентов, поступивших в наше отделение.

Одна из пациенток привлекла к себе внимание как модельный случай сочетания суицидального поведения и алкоголизма. Этот случай стал отправной точкой, с которой мы приступили к разработке плана клинических исследований суицидального поведения у больных алкоголизмом в г. Сургуте.

Большая К., 35 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Семья полная, есть старшая сестра. Росла и развивалась нормально, посещала ДДУ, закончила 11 классов средней школы, училась удовлетворительно. В 16 лет вышла замуж, родился ребенок. В 22 года брак распался, ребенок остался с больной. С 24 лет не работает, проживает с ребенком у родителей, живет за их счет. Спиртные напитки начала употреблять с 14 лет, к 24 годам сформировался абстинентный синдром, появились запои по 2-4 дня, толерантность составила 0,5 л 40% алкоголя. К 30-ти годам запои до 1 мес, толерантность до 1 л водки.

Первая госпитализация в наркологический стационар в 2008 г., в возрасте 33 лет. За прошедшие 2 года находилась на стационарном лечении 17 раз, в том числе один раз по поводу алкогольного психотического расстройства и однократно по поводу алкогольного судорожного синдрома. Стойких терапевтических ремиссий не было, максимальная спонтанная ремиссия 2 мес.

Суицидальные мысли впервые появились в 24 года, на фоне сформировавшейся алкогольной зависимости. В 34 года впервые совершила суицидальную попытку: вскрыла себе вены в состоянии алкогольного опьянения. Мотивом выступило чувство одиночества, непонимания, невозможности создать семью, усталость «от собственного пьянства». После лечения сохранялось чувство тревоги, тоски, «ночные страхи». Эти переживания подавляла алкоголем. В январе 2010 г. на фоне алкогольного опьянения повторно совершила суицидальную попытку путем вскрытия вен. После лечения состояние субъективно улучшилось, но через 2 недели. Возобновила алкоголизацию и в апреле текущего года вновь на фоне алкогольного опьянения попыталась покончить с собой. В процессе лечения критики к своему заболеванию сформировать не удалось, к собственному суицидальному поведению склонна относиться как к естественной реакции на сложившуюся жизненную ситуацию. С тех пор еще дважды лечилась в наркологическом отделении, ремиссии достичь не удается, социальный статус остается прежним.

Таким образом, в данном случае мы имеем дело с клинической ситуацией, когда имеющиеся в арсенале практической наркологии методы лечения аддиктивных больных не приводят к приемлемому результату. На фоне полной анозогнозии психотерапевтическая коррекция невозможна. Душевный кризис здесь плотно смыкается с духовным. Именно подобные сочетания характерны для клинической аддиктологии, и в случаях присоединения суицидального поведения в особенности. В настоящее время нами предпринимаются активные действия по привлечению к работе с зависимыми больными, находящимися в нашем отделении, представителей духовенства. Проведено несколько первых групповых бесед с пациентами. Мы ищем и другие пути позитивного воздействия на их эмоционально-личностную сферу. Однако требуются новые научно обоснованные лечебно-реабилитационные подходы в области аддиктологии и суицидологии, поскольку сложившаяся традиция преимущественно психофармакологической коррекции этих состояний себя совершенно не оправдывает. Это является

основным содержанием и целью наших дальнейших исследований.

Литература:

1. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980-2005 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. - № 2. – С. 52-60.
2. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Роль алкогольного фактора в суицидогенезе // Социальные преобразования и психическое здоровье: Второй национальный конгресс по социальной психиатрии: Научные материалы. – М., 2006. – С. 131-132.
3. Положий Б.С., Панченко Е.А. Психическое состояние лиц, совершивших покушение на самоубийство // Охрана психического здоровья в демографической политике страны: тезисы докладов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы / под ред. В.Я. Семке. – Томск: изд-во «Иван Федоров», 2008. – С. 273-274.

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ПРЕСТУПНИКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.О. Бойко, Т.А. Чебуракова, В.А. Стрижева

Кубанский ГМУ, г. Краснодар
Специализированная клиническая психиатрическая больница №1, г. Краснодар

Е-mail авторов: dusha-kgmu@mail.ru

Проблема агрессии, истоков и причин агрессивного поведения, его деструктивности или конструктивности, проявлений и механизмов, влияния на развитие общества в целом и конкретного индивида является общей для ряда наук: философии, криминологии, социологии, психологии, психиатрии. Как показал анализ литературных источников, несмотря на многочисленность подходов и концепций, теоретические основы понятия агрессии разработаны недостаточно, отсутствуют единый понятийный аппарат и система категорий.

В нашем исследовании рассматриваются проблемы проявления индивидуальной агрессии, в частности, особенности осознанной саморегуляции агрессивного поведения. Наиболее часто такие работы касаются соотношения специфики психических расстройств и асоциальности как устойчивой психологической черты преступников. В то же время характерные психологические особенности лиц, осужденных за совершение убийства, отличающие их от здоровых и психиче-

ски больных, в частности, особенности агрессивности, остаются не вполне раскрытыми в экспериментально-психологических исследованиях.

Целью работы было изучение особенностей агрессивности как устойчивой личностной черты преступников, совершивших гомицид.

Материал и методы исследования.

В качестве объекта исследования были выбраны пациенты психиатрической больницы специального типа, находящиеся на принудительном лечении. Было обследовано 50 человек, мужчин в возрасте от 18 до 61 года (средний возраст $36,12 \pm 1,47$) с клиническим диагнозом «шизофрения».

В работе использовался метод двойного контроля: группами сравнения служили лица молодого возраста (45 мужчин от 19 до 39 лет; средний возраст $22,80 \pm 0,47$ года), не страдающих психическим расстройством и группа больных шизофренией в возрасте от 18 до 49 лет (49 мужчин, средний возраст $27,27 \pm 1,13$ лет).

В обследовании использовались: Миннесотский многофакторный личностный опросник в модификации Л.Н. Собчик, позволяющий оценить относительно стабильные личностные диспозиции; «Я – структурный тест» Г. Аммона (ISTA), выявляющий преимущественные способы реализации агрессивности и тест 8 влечений Леопольда Сонди, раскрывающий эмоциональное отношение обследуемого к окружающим.

Результаты исследования и обсуждение. При анализе полученных в исследовании результатов было показано, что группа психически больных преступников по ряду факторов существенно отличается как от группы больных шизофренией, так и от группы здоровых. Выявлены достоверные различия по данным ММРП, касающиеся как основных, так и контрольных шкал. Профиль личности преступников достоверно отличался от здоровых по шкале лжи ($p \leq 0,01$), и от больных шизофренией по шкале достоверности ($p \leq 0,01$). Изучаемая группа обнаруживала такую же неискренность, как и больные шизофренией, и такое же отсутствие психического дискомфорта, как и лица контрольной группы здоровых. По данным методики ISTA значения показателя конструктивной агрессии были наиболее высокими в группе здоровых, значения деструктивной агрессии – в группе больных шизофренией ($p \leq 0,01$), значения дефицитарной агрессии – группе преступников, совершивших гомицид ($p \leq 0,01$). Значения шкалы дефицитарной тревоги, наиболее высокие в группе преступников, также достоверно отличали этот контингент обследуемых лиц ($p \leq 0,01$).

Таким образом, изучаемую группу характеризовали высокие значения всех дефицитарных функций личностной структуры, что показывает недостаточную сформированность навыков реализации переживаний с соответствующими им когнитивными феноменами в поведении. По данным теста Сонди, наиболее эмоционально значимыми для изучаемой группы были лица с выраженными агрессивными тенденциями, что достоверно отличало преступников и от здоровых, и от больных шизофренией.

Таким образом, по данным исследования, психически больные, совершившие убийство, по ряду параметров показали результаты, сходные с больными шизофренией. Как и больные шизофренией, они обнаруживали неискренность, субъективность, асоциальность с недоучетом требований реальности и невысоким уровнем социализации, а также тревожность, предпочтение эмоционально сдержанных и отвержение целеустремленных и оптимистически настроенных партнеров по общению.

Также психически больные преступники обнаруживали некоторые черты сходства со здоровыми: отсутствие душевного дискомфорта и невротических признаков в психоэмоциональном состоянии; необходимый уровень эмоционально соучастия, «включенности» в текущие события.

Наряду с этим, выявлялся ряд признаков, свойственных, в отличие от здоровых и больных шизофренией, только преступникам: высокая эмоциональная чувствительность, сенситивность, ранимость, подозрительность, мстительность и злопамятность с тенденцией «застревать» на эмоционально насыщенных негативных впечатлениях; недостаточная сформированность поведенческих навыков реализации психических состояний и реакций; высокая чувствительность к агрессивным склонностям партнеров по общению.

ТИФОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ АВИТАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Ю.Р. Вагин

Пермское тифоаналитическое общество
глубинной психологии

E-mail авторов: pcdv@perm.ru

Тифоаналитическая концепция (от нем. *tief* — глубокий, глубинный) — психодинамическая концепция, развивающая тифопсихологическую теорию влечений Фрейда и предполагающая, что в основе жизнедеятельности человека лежит

детензионное влечение (влечение к смерти) и *система хронификации жизни с механизмами агрессии и элиминации*.

С нашей точки зрения индивидуальная жизнь существует не за счет влечения к жизни (как это традиционно считается), а за счет влечения к смерти, которое движет нас в одном направлении и лишь *система хронификации жизни* (так называемый инстинкт самосохранения) замедляет (*хронифицирует*) этот процесс.

Как известно, инстинкт самосохранения не сохраняет и не сохранил еще ни одно живое существо. Замена конструкта *инстинкт самосохранения* конструктом *система хронификации жизни* — важный момент тифоаналитической концепции. Система хронификации жизни продляет (хронифицирует) жизнь, не позволяя живому организму максимально быстро приблизиться к конечному состоянию — смерти, и заставляет каждый живой организм проделать свой собственный путь к ней. Такое понимание системы хронификации жизни близко к позиции Фрейда, когда он рассматривал влечение к самосохранению как фактор, обеспечивающий «окольный путь» каждого организма к смерти.

Система хронификации жизни продляет жизненный процесс с помощью двух механизмов: *агрессии*, понимаемой нами как *включение в себя и элиминации*, понимаемой нами как *исключения из себя*. Понимание агрессии как процесса включения в себя устраняет те ужасающие (с нашей точки зрения) нелепости, которые образуются вокруг этого понятия, когда оно переносится из областей биологии, этологии, психологии и психоанализа в область этики. Агрессия и элиминация составляют суть *основного обмена* (в рамках физиологического гомеостаза) и *объектного обмена* (установления и разрыва социальных связей в рамках социального гомеостаза). Качественное функционирование этих механизмов (получение всего, что нужно и отказ от всего, что не нужно) равноценно понятию качественной жизни.

Нарушение качества жизни (качества хронического умирания) приводит к усилению напряжения и усилению влечения к смерти, что в свою очередь приводит к возникновению патологической *авитальной активности* — активности, направленной на сокращение и прекращение естественного умирания. Мы видим теоретический и практический смысл введения нового термина *авитальная активность* в том, что (1) существует практическая проблема обозначения единым термином всех форм активности, направленных на сокращение и прекращение

собственной жизни и (2) существует важная теоретическая необходимость подчеркнуть *активность* происходящих при этом процессов.

При нормальной витальной активности живое существо получает из окружающей среды все необходимое для своего существования и удаляет все, что ему мешает, снимая тем самым напряжение и получая удовольствие от жизни. Нарушение физиологического и психологического гомеостаза вызывает рост напряжения и порождает психическое страдание. При невозможности его устранения запускается когнитивная и поведенческая активность, направленная на сокращение и прекращение страдания путем сокращения и прекращения жизни. Именно такую внутреннюю саморазрушительную активность мы называем авитальной и считаем, что она как общий корень лежит в основе таких форм саморазрушающего поведения как суицидальное поведение, хроническое самоотравление психоактивными веществами и психосоматические заболевания.

Тифоаналитическая концепция авитальной активности является новой в науке, поскольку традиционно принято выводить суицидальное поведение из наследственных факторов, ослабления витальной активности в результате воздействия внешних факторов риска, а не из усиления авитальной активности в результате нарушения деятельности системы хронификации жизни. Мы достаточно хорошо отдаем себе отчет в необычности тифоаналитической концепции авитальной активности, и уверены, что опираясь на теорию влечения к смерти, качество жизни человека можно восстановить. Повышение качества жизни, профилактика и лечение авитальной активности заключается в нормализации функций системы хронификации жизни (агрессии и элиминации) и восстановлении гомеостаза. Человек, который хорошо дышит, — не хочет дышать, человек, который хорошо ест, — не хочет есть, человек, который хорошо пьет, — не хочет пить, человек, который хорошо умирает, — не хочет умереть.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ИСТОКИ ФОРМИРОВАНИЯ В ОБЩЕСТВЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ НА ПРАВО СОВЕРШЕНИЯ САМОУБИЙСТВА

С.И. Ворошилин

Уральская ГМА, г. Екатеринбург

Последние десятилетия во многих странах мира происходит рост числа попыток самоубийств и рост смертности от успешно свершен-

ных суицидов. В некоторые исторические периоды в отдельных странах и даже целых группах стран происходил рост числа самоубийств, принимавших характер эпидемий, как это происходило в первое десятилетие после распада СССР в новых суверенных государствах, образовавшихся на территории постсоветского пространства. На динамику самоубийств оказывают влияние различные факторы, включая социальные, экономические, психологические. В условиях роста числа самоубийств в обществе происходит изменение отношения к ним, в том числе происходит изменение отношения к самому праву на их совершение.

В целом, в обществе всегда имело место более или менее негативное отношение к самоубийствам, поскольку самоубийство само по себе, как смерть или болезнь (при неудачной попытке) являлось для семьи и общины несчастьем и несло экономический ущерб. Исключение могли составлять самоубийства, представлявшие собой ритуальные действия, как, например, самоубийства вдов в культурах, требовавших совершения такового. Но и они являются несчастьем, хотя и разрешенным. В странах европейской, исходно христианской культуры, являющейся основой современной цивилизации, отношение к самоубийствам всегда было негативным. Негативным оно было и в странах ислама. При этом обоснование запрета на самоубийства принималось без логических обоснований, как табу, основанное на священном писании.

Однако на протяжении последних 200 лет, начиная с эпохи Просвещения и Великой Французской революции, в европейских странах, в которых наиболее заметно происходила утрата позиций христианской религии, являвшейся основой идеологии и права европейского общества, отношение к самоубийству стало заметно изменяться. В элитарных слоях европейского общества, являвшихся создателями и носителями новой независимой от религии культуры, основу которой составляли наука, литература и искусство, все чаще стало высказываться мнение, что человек вправе сам решать вопрос о своей жизни и смерти. Уже во время Великой Французской революции, в 1790 году во Франции самоубийство было вычеркнуто из числа преступлений и были отменены все наказания, направленные против самоубийц (по предложению депутата Жозефа Гильотена).

В XIX веке в Европе после прекращения наполеоновских войн во многих странах наблюдался стремительный рост самоубийств. В Пруссии с 1826 г. по 1890 г. число их увеличилось

более, чем в 4 (411%); во Франции с 1826 г. по 1888 г. — почти в четыре раза (385%); в Австрии с 1841 по 1874 г. - в три с лишним раза (319%); в Саксонии с 1841 по 1875 г. почти в два с половиной раза (238%); в Бельгии с 1841 по 1889 г. — в два раза (212%). В России с 1870 по 1908 г. число самоубийств увеличилось в 5 раз. Однако, в России рост их числа наблюдался и в первую половину XIX века. Газеты в России начали печатать сообщения о самоубийствах в конце 1830-х годов и неоднократно оценивали это явление, как "эпидемию самоубийств". Причину роста самоубийств видели в росте «безбожия», «индивидуализма», в «нигилизме», в вредном влиянии классического образования, в иных значимых событиях нового времени, например, в связи с «освобождением крестьян от крепостной зависимости». К проблеме самоубийства проявляли интерес Ф.М. Достоевский и, Л.Н. Толстой, у которого самоубийство героини стало важнейшим эпизодом романа «Анна Каренина».

В условиях роста числа самоубийств, в целом остававшимся для современников не вполне понятным, постоянного обсуждения в обществе этой проблемы не только с религиозной точки зрения, в странах Европы постепенно происходило смягчение репрессивного законодательства против самоубийц и постепенно принимались законы, отменяющие уголовную ответственность против них. В России такая ответственность была отменена только после революций 1917 г. Последней в Европе уголовное наказание за самоубийство было отменено в 1961 г. в Великобритании, хотя практически оно не применялось до того уже в течение длительного времени. Однако, уголовная ответственность за самоубийство все еще сохраняется в некоторых странах, например, в Индии и Сингапуре (до 1 года тюрьмы).

Однако проблема права на отказ от продолжения жизни постоянно встает в разных странах мира в связи с проблемой эвтаназии, т.е. сознательного прекращения жизни больного с целью прекращения его мучений. С одной стороны, законодательства всех стран оставляют за любым больным, в том числе за больным, страдающим мучительно-тяжелым или неизлечимым заболеванием, право на отказ от лечения. Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст. 32). Гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства, либо потребовать его прекращения, за исключением отдель-

ных случаев, (ст. 33, 34 основ законодательства РФ об охране здоровья). В то же время отношение к эвтаназии почти повсеместно негативное.

Различают четыре варианта эвтаназии: добровольную и активную; добровольную и пассивную; недобровольную и активную; недобровольную и пассивную. Абсолютно запрещены все виды недобровольной эвтаназии, обсуждают возможность применения добровольной активной и в некоторых странах допускается добровольная пассивная эвтаназия, при тщательном оформлении при этом определенных документов.

Проблема эвтаназии неоднократно в различных международно-правовых актах. В материалах Европейской комиссии по правам человека отмечается, что «ни в Конвенции, ни в прецедентном праве относительно применения указанной статьи не рассматривается вопрос о допустимости самоубийства с юридической точки зрения, и остаются открытыми такие вопросы, как охватывает ли право на жизнь обязанность жить и соответственно может ли индивид отказаться от этого права».

В соответствии с Венецианской декларацией о терминальном состоянии, принятой 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (ВМА) в октябре 1983 г., в процессе лечения врач обязан, по возможности, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь интересами последнего. При этом считается, что врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания - по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца. В то же время отказ от лечения, согласно Декларации 1983 г., не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив ему лекарства, облегчающие страдания.

В октябре 1987 г. 39-я ВМА в Мадриде приняла Декларацию об эвтаназии, в которой заявляется: «Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».

Таким образом, Венецианская и Мадридская декларации ВМА допускают пассивную форму эвтаназии: врач ничего не предпринимает для продления жизни больного, а применяет лишь обезболивающие средства.

В Российской Федерации эвтаназия, в какой бы форме она не осуществлялась, запрещена

законом. В ст. 45 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан говорится о том, что медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Названная статья предусматривает, что лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, «несёт уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации». «Статьи об эвтаназии впервые в национальные УК были включены законодателями Азербайджана и Грузии. Помощь другому лицу в самоубийстве наказывается в Австрии (§ 78 УК Австрии) и в Дании (§ 240 УК Дании). В УК Швейцарии установлена уголовная ответственность за пособничество самоубийству, совершённое из корыстных побуждений (ст. 115). Согласно УК Польши, тот, кто путём уговоров или оказания помощи доводит человека до покушения на свою жизнь, подлежит наказанию лишением свободы на срок от трёх месяцев до пяти лет (ст. 151)».

С появлением Интернета появилось несколько новых явлений, способствующих росту самоубийств. Появились информационные web-ресурсы аутоагрессивной направленности, которые создают повышенную суицидальную опасность для несовершеннолетних, а также для людей с неустойчивой психикой. В Сети существует множество веб-сайтов, предлагающих подробный, нередко хорошо иллюстрированный материал о множествах суицидальных способов, а также обеспечивающих потенциальных суицидентов «теоретической базой». Такие сайты содержат материалы, оправдывающие самоубийство, утверждающие право человека самому определять свое право на жизнь и на смерть. Онлайн-клубы самоубийц появились еще в конце 90-х годов и получили распространение практически по всему миру.

Появилось такое новое явление, как киберсуицид – новая разновидность группового или индивидуального самоубийства, которое совершается по договору во Всемирной паутине. С помощью Интернета желающие покончить с собой договариваются о месте, времени и способе проведения совместного самоубийства, заключающие между собой «договор о самоубийстве», т.е. соглашение о суициде в запланированном месте в конкретное время. В отличие от традиционных соглашений между людьми, хорошо знакомыми друг с другом в реальности,

основной особенностью киберсуицидальных договоров является то, что заключаются они между людьми, ранее не знавшими друг друга. Заключаются договора через специальные веб-сайты. По статистике такие суициды по договору составляют до 1% от всех совершенных суицидов. «Поддержка» по Интернету способна подтолкнуть к суициду людей, которые боялись умирать в одиночестве. На такое сведение счетов с жизнью может решиться и тот, кто изначально не собирався идти на столь радикальные меры. Особой проблемой онлайн-сайтов суицидальной направленности является правовая и практическая невозможность бороться с ними. Несмотря на то, что такие сайты систематически выявляются и закрываются, на их месте возникают новые.

ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.А. Гильбурд

Сургутский государственный университет

E-mail автора: ogilbur@gmail.com

Более 20 лет мы изучаем эволюционные основы поведения человека (Гильбурд О.А., 2007) с позиций социобиологической концепции «эволюционно стабильных стратегий поведения» (ЭСС) (Wilson E.O., 1975; Parker G.A., 1984). В реальном средовом окружении любое изменение экологической ситуации при достаточном уровне пластичности адаптационных механизмов должно сопровождаться соответствующей сменой ЭСС, репертуар которых представлен двумя бинарными оппозициями: «агональность-кооперация» и «эгоизм-альтруизм» (Самохвалов В.П., 2002). Стратегия интерпретируется как смешанная, когда она содержит признаки двух или более стратегий. Сюда относится в т.ч. и аутоагрессия, включая суицидальное поведение.

Ранее мы изучили 297 случаев так называемых безмотивных и слабо мотивированных парасуицидальных попыток, суммарно совершённых за 7 лет северными мигрантами (Гильбурд О.А., 1993). Оказалось, что флуктуации числа парасуицидов синхронизированы с общеизвестным макроритмом антропоэкологической адаптации к местным экстремальным условиям: максимумы попыток отмечались в когортах с северным стажем до 3 лет (45,1%) и 7-10 лет (34%). У абригенов, оптимально адаптированных к Северу, за тот же период не было зарегистрировано ни одного парасуицида. Так возникла гипотеза

экологической обусловленности парасуицидов у плохо приспособленных мигрантов, позволяющая трактовать их поведение и как тактику агонального избегания «продолженного мультифакториального северного стресса» (Казначеев В.П., 1983), но и как альтруистический сигнал, предупреждающий референтную группу об опасности окружающей среды.

Особую форму суицида как смешанной стратегии демонстрируют террористы - смертники. В американско-канадском исследовании (Ginges J., Hansen I., Norenzayan A., 2009), проведённом среди представителей шести различных конфессий, было показано, что регулярное совместное отправление религиозных обрядов потенцирует проявления религиозного фанатизма вплоть до одобрения террористов-самоубийц. Всем конфессиям свойственен феномен парохизма, когда у постоянного истового прихожанина формируется убеждённость, что его церковь – единственно правильная. Это является мощным фактором укрепления так называемая «парохизального альтруизма», то есть преданности «своим» в сочетании с ненавистью к «чужакам». Поведение террористов-самоубийц предлагается считать экстремальной формой проявления парохизального альтруизма: люди жертвуют собой во имя того, что они считают благом для «своих», причем «благая цель» достигается путем уничтожения чужаков (агрессивная агональность).

Наиболее полный эволюционно - биологический анализ аутоагрессии содержится в исследованиях О.В. Хренникова (1997), который подчёркивает: «суицид, самоповреждения, самокалечение встречаются у многих представителей животного мира». Биологическими аналогами самоповреждений у человека является защитная аутономия у кольчатых червей, морских звёзд, крабов, ящериц, пауков. В онтогенезе у младенцев в возрасте до года, с одной стороны, наблюдается тенденция избегать самоповреждений, потирая лицо тыльной стороной ладони (Eibl-Eibesfeldt I., 1989), однако ещё раньше, с момента рождения до 6 месяцев, они часто стремятся расцарапать лицо, глаза и части тела (Егоров В.И., Вербенко Н.В., 1990) – это неосторожное поведение вызывает плач и является мотивом пеленания и использования распашонок с зашитыми или длинными рукавами. Расцарапывание ранок, кручение волос являются лишь частью огромного числа привычных действий, которые снижают уровень тревоги при любой минимальной фрустрации у детей, остаются они и у взрослых (Шевченко Ю., 1994).

Есть общая типология сходства поведения между кошкой, которая, заболев, уходит от сво-

их хозяев умирать, и Л.Н. Толстым, который уходит от жены, – и хотя мотивы у них разные, конструкт поведения одинаков. Если мы признаем, что в основе суицидальности лежит инстинкт самоуничтожения в связи с истощением «голо-са» генов, тогда все встаёт на свои места, но в этом случае классификацию суицидов следует строить от животных к человеку, а не наоборот.

Отчётливое осознание глубинных «первичных позывов смерти» (Freud S., 1991), приводящее к активному желанию умереть, выглядит совершенно естественным у человека, уставшего от жизни, не приносящей более удовлетворения в силу её безнадёжности, – прежде всего, из-за мучительного телесного или душевного недуга. Здесь мы вплотную сталкиваемся с проблемой эвтаназии («милосердного убийства»). В Швейцарии, где эвтаназия была легализована в 2006 году, уже год спустя Федеральный трибунал разрешил людям, страдающим тяжёлыми психическими расстройствами, добиваться права на эвтаназию, уравнивая их в правах с тяжело соматически больными гражданами (<http://jesuschrist.ru/news/2007/2/5/12304>). В 2008 году профессиональный юрист Людвиг Минелли основал в Швейцарии клинику Dignitas, специализирующуюся на эвтаназии, а уже в 2009 году он начал кампанию за легализацию эвтаназии практически здоровых людей – в ответ на обращение супружеской пары, в которой здоровая жена хочет умереть вместе со смертельно больным мужем (<http://glavred.info/archive/2009/04/02/214537-0.html>).

С точки зрения социобиологии, в акте эвтаназии образуют взаимовыгодный альянс пациент, совершающий пассивный суицид, врач-эвтаназолог, совершающий активный гомицид, и заинтересованные лица, способствующие осуществлению процедуры умерщвления. В этой коллективной смешанной стратегии просматривается комплементарное сочетание альтруизма, кооперации, агональности и, конечно, эгоизма.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ДИСКУРСА ПОДРОСТКОВ – ПОСЕТИТЕЛЕЙ СООТВЕТСТВУЮЩИХ САЙТОВ

Н.П. Долганова

Российский ГПУ им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург

E-mail автора: natylnkin@yandex.ru

По последним данным ВОЗ, в 2009 году Россия вышла на первое место в мире по количеству подростковых самоубийств.

В подростковом возрасте самосознание, интроспекция и обеспокоенность собственным образом резко возрастают, а самооценка становится менее устойчивой. Этот возрастной период, являясь критическим, сопряжен с повышенным риском развития и манифестации психических расстройств, в частности аффективного спектра. Но даже при отсутствии клинически значимых нарушений подростки склонны к мучительным переживаниям, связанным с осмыслением действительности (и необходимостью примирения с нею), самопознанием, разочарованиями в межличностных отношениях. Недостаточность психологических средств для преодоления психотравмирующих ситуаций может приводить к суицидальным идеям, парасуицидальному поведению, истинным суицидальным попыткам. Они выступают как попытка справиться с тревожащими, угнетающими идеями и образами, аффектами депрессивного комплекса, мучительным переживанием одиночества (Хартер, 1997). Нередко, не получив понимания со стороны близких, поддержку, подросток ищет их в сети Интернет. В связи с этим количество форумов, Интернет-сообществ, посвященных теме самоубийства постоянно растёт.

Существует множество представлений, пытающихся пролить свет на этиологию такой проблемы, как суицид. Однако общей точки зрения на причину суицидального поведения пока не выработано. Ряд исследователей рассматривает парасуицидальное поведение, сопряженное с переживанием безнадёжности, как следствие формирующегося с детства определенного стереотипа поведения и реагирования, глубинных установок и отношений (Майер и Селигмен, 1976). В этом контексте склонность к парасуицидальному поведению выступает как поведенческий аспект личностных отношений, в системе которых в подростковом возрасте все большее значение приобретают отношения к себе в связи с базовыми отношениями к жизни и смерти. Представляется важным выяснить особенности суицидального дискурса у подростков, что могло бы помочь в определении мишеней психотерапевтической интервенции.

Целью данного исследования является обоснование направления психологической коррекции суицидального поведения в подростковой среде. Основную группу составили 28 подростков 14-17 лет, являющихся активными участниками форумов и Интернет-сообществ суицидальной направленности. Все подростки по данным самоотчетов имеют в анамнезе суицидальные попытки и актуальные навязчивые

мысли о самоубийстве. Контрольную группу составили 29 учащихся 10-11 классов средней общеобразовательной школы, не демонстрирующие интерес к теме суицида и никогда не посещавшие сайты суицидальной направленности.

В данном исследовании были использованы следующие методы: структурированное интервью, направленное на выявление парасуицидальных тенденций у подростков; контент-анализ системы экзистенциальных отношений посредством изучения: эссе на тему жизни, смерти, самоубийства; патохарактерологический диагностический опросник для подростков (Личко А.Е.) для исследования характерологических особенностей; метод семантического дифференциала для определения особенностей системы отношений к жизни, смерти, будущему, себе и окружающим подросткам.

В исследовании были получены следующие результаты. Значительная часть подростков, представляющих экспериментальную группу, имеют сенситивный склад характера (32,2 %). Следует отметить, что среди подростков контрольной группы представителей с данной акцентуацией характера не выявлено. Согласно данным опросника ПДО, склонность к суицидальным попыткам выявляется у всех подростков экспериментальной группы, в то время как у контрольной группы подобные тенденции отмечаются меньше, чем у половины. Статистически достоверные различия ($p \leq 0,01$) обнаруживаются также по шкале «Склонность к депрессии». У подростков экспериментальной группы этот показатель значительно выше.

Исследование также показало, что подростки экспериментальной группы относятся к жизни более негативно ($p \leq 0,01$) и более позитивно к смерти ($p \leq 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Себя такие подростки видят более слабыми, нежели обычные школьники ($p \leq 0,05$).

Анализ эссе на тему «Жизнь» показало, что подростки экспериментальной группы представляют жизнь, прежде всего, как «наказание», в то время как для большинства подростков - школьников «жизнь» - это «удовольствие».

Анализ эссе на тему «Смерть» показал, что смерть подростки обеих групп представляют как «конец», завершение. Однако если подростки контрольной группы понимают смерть в большинстве случаев как «неизбежность», «утрату близких», то в высказываниях основной группы встречается понимание смерти как «освобождения», «нечто прекрасного».

Обращает на себя внимание то, что больше половины подростков исследуемой группы

представляют самоубийство как «выход». В то время как школьники видят в самоубийстве, прежде всего, «глупость».

В связи с полученными результатами можно дать следующие рекомендации:

1. Учитывая рост суицидов в подростковой среде и особенности патохарактерологического формирования личности подростков, представляется важной организация специальных психопрофилактических занятий с подростками, привлекающих их к активному обсуждению тем жизни, смерти и самоубийства под руководством опытных психологов. Результатом этих занятий должно быть формирование устойчиво позитивного взгляда на жизнь, будущее и самого себя.

2. Особое внимание следует уделять так называемой «группе риска», то есть подросткам, характерологические особенности которых могут predispose к суицидальному поведению.

КОГНИТИВНО-АФФЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ОБЩЕНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ СУИЦИДА

Г.А. Иванцук

МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

E-mail автора: lushka-galushka@mail.ru

Парасуицид возможно рассматривать в ряду нарушений общения, поскольку он имеет адаптивные коммуникативные функции: снижение чувства одиночества и налаживание эмоциональной связи с другими [4-6, 8]. В исследованиях, посвященных проблеме манипуляции и метакommunikации, было показано, что это вынужденные стратегии поведения в условиях фрустрации базовых потребностей Я в уважении, самоконтроле и симпатии со стороны значимого другого [5]. Наличие суицидальной попытки позволяет предполагать использование и другого рода манипуляций в общении.

Одним из видов манипуляции является макиавеллизм, который В.В. Знаков определяет как черту, установку, выражающуюся в использовании психологической манипуляции в качестве основного средства достижения своих целей, часто в ущерб интересам других субъектов [2, 3]. Таким образом, это поведение, имеющее характерные паттерны, стратегии, цели и прагматические эффекты, реализуемое в рамках особого способа познания (макиавеллианский интеллект) [1, 9].

Нами было проведено исследование, цель которого: выявление и исследование специфических манипулятивных стратегий и когнитивных особенностей лиц с различным уровнем макиавеллизма, совершивших суицидальную попытку, с помощью специально апробированного комплекса методик и шкал. Для анализа способности понимания чувств и мыслей других людей и своих собственных, их причин и возможных последствий, было использовано понятие ментализации, введенное Бэйтманом и Фонаги [7].

Испытуемые: пациенты кризисного отделения городской больницы №20, совершившие одну или множественные попытки самоубийства (21 человек: 17 женщин и 4 мужчины). Возраст испытуемых: от 17 до 51 года (средний 32 года).

Методики с разной степенью структурированности: полуструктурированное интервью Кернберга, модификация фрустрационного теста Розенцвейга (расширение инструкции по типу ТАТ), опросник Томаса на поведение в конфликтных ситуациях, шкала эмоционального отклика Бойко и шкала уровня ментализации по Фонаги.

Результаты. Во-первых, уровень эмпатических способностей, измеренный по методике Бойко, оказался значимо ниже среднего значения в выборке стандартизации.

Во-вторых, были обнаружены все три разновидности нарушений ментализации: низкий уровень, конкретное понимание и псевдоментализация. При этом виды нарушения различались в зависимости от уровня макиавеллизма. Для низкого уровня характерна псевдоментализация (активная эмоциональная включенность в ситуацию, искажение реальных чувств и мыслей и подмена их выдуманными конструкциями и в содержании, и в стиле рассказа при уверенности в понимании чувств другого). Для высокого уровня макиавеллизма характерен низкий уровень ментализации и, реже, конкретное понимание: невнимание к мыслям и чувствам других, игнорирование эмоций, эмоционально отстраненное отношение, стратегия принятия и разрешения конфликта, только если он затрагивает личные интересы, сосредоточенность на возможности получить выигрыш. Уровень макиавеллизма также связан со способом поведения в конфликте: высокий уровень предполагает преобладание соперничества, несклонность к избеганию, выбор обвиняющей, экспансивной позиции. Для низкого уровня характерно избегание.

Таким образом, у лиц, совершивших суицидальную попытку, существуют особенности в области понимания и регуляции чувств и мыслей

(как чужих, так и собственных), связанные с уровнем макиавеллизма, проявляющиеся в общении и по-разному реализуемые в конфликтных ситуациях.

Представляет интерес дальнейшее изучение когнитивно-аффективных факторов макиавеллизма у пациентов, совершивших попытку суицида, а также в контексте детско-родительских отношений, в психотерапии и психологическом консультировании. Понимание стратегий поведения таких пациентов и опора на знания о защитном смысле манипуляций способствуют налаживанию контакта и установлению отношений сотрудничества, проработке сопротивления и повышению эффективности психотерапевтических действий.

Литература:

1. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. СПб., 2000.
2. Зенцова Н.И. Особенности макиавеллизма и макиавеллианского интеллекта у лиц, зависимых от алкоголя и героина // Вопросы наркологии. – 2009. - № 3. – С. 21-36.
3. Знаков В.В. Методика исследования макиавеллизма личности. – М.: Смысл, 2001. – 20 с.
4. Соколова Е.Т., Николаева Н.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
5. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. - № 4. – С. 103-115.
6. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. О метакоммуникации в процессе проективного исследования пациентов с пограничными личностными расстройствами. //Московский психотерапевтический журнал. – 1997. - № 3. – С. 15-38.
7. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford University Press, 2004.
8. Blatt S.J. and Blass R.B. Interpersonal Relatedness and Self-Definition: Two Basic Dimensions in Personality Development and Psychopathology // Development and Vulnerabilities in Close Relationships, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1996.
9. Byrne W. The ape legacy: the evolution of Machiavellian intelligence and anticipatory interactive planning // Social intelligence and interaction: expressions and implications of the social bias in human intelligence Esther N. Goody. Cambridge University Press, 1995.

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ И СУИЦИДАЛЬНАЯ ИДЕАЦИЯ В ОПОСРЕДСТВОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.Э. Калашикова, Д.А. Леонтьев,
Е.И. Рассказова, М.А. Черняева

МГУ им. М.В.Ломоносова, г. Москва
Московский НИИ Психиатрии МЗ РФ

E-mail авторов: dleon@smysl.ru

Данное сообщение представляет предварительные результаты проводящегося в настоящее время исследования ресурсов личности суицидентов в рамках программы исследований лич-

ностного потенциала под общим руководством д. психол. н. Д.А. Леонтьева. Мы опираемся на предположение о том, что в динамике суицидального поведения важную роль играют не только и не столько факторы, толкающие человека на путь попытки суицида, сколько личностные ресурсы, служащие опорой в противодействии суицидальным импульсам (Тихоненко, Сафуанов, 2004; Леонтьев, 2008). Исходя из этого, мы считаем, в частности, необходимым пересмотреть оценку суицидальной идеации, в которой мы видим индикатор не столько риска суицидального поведения, сколько, напротив, рефлексивного отношения к возможности лишения себя жизни (Сартр Ж.-П., Камю А.), происходящей внутренней «работы суицида» (Фарбер Л.), итогом которой становится занятие личностной позиции по отношению к ней, как правило, ее сознательное отвержение. В данном исследовании мы попытались выявить связь суицидальной идеации и суицидального поведения с ресурсами личности.

В исследовании приняло участие 40 человек (26 женщин и 14 мужчин, средний возраст $38,5 \pm 12,9$ лет) пациентов Кризисного стационара на базе 20-й ГКБ города Москвы. Мы разделили эту выборку на три подгруппы: (1) без признаков суицидальных мыслей и поведения ($n=19$), (2) с суицидальными мыслями, но без суицидальных попыток ($n=9$), (3) с суицидальными действиями или суицидальными попытками ($n=12$). Из выборки исключались больные в психотических состояниях, больные с органической патологией. Полученные данные сопоставлялись с нормативными, полученными на выборке взрослых работающих испытуемых (более 200 человек) в предшествующих исследованиях. Для оценки компонентов личностного потенциала использовались следующие методики: тест смысложизненных ориентаций (Леонтьев, 2000), тест жизнестойкости (Леонтьев, Рассказова, 2006), шкала когнитивной гибкости (Beck et al., 2007 в адаптации Е.И. Рассказовой), шкала толерантности к неопределенности (Луковицкая, 1988), опросник отчуждения (Maddi et al., 1979, Осин, 2007), опросник контроля за действием Ю.Куля (Васильев и соавт., 2010), опросник способов совладания со стрессом (Folkman, Lazarus, 1988, Крюкова, 2010). Для контроля уровня депрессивности и тревожности использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond, Snaith, 1983). Субъективное благополучие оценивалось при помощи шкал диспозиционной и ситуативной витальности (Ryan, Frederick, 1997, в адаптации Л.А. Александровой, Д.А. Леонтьева),

шкалы удовлетворенности жизнью (Diener et al, 1985 в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина). При обработке данных использовались критерии Манна-Уитни, Краскала-Уоллиса, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Во всех трех группах больных удовлетворенность жизнью и витальность ниже, а тревожность и депрессивность выше, чем в контрольной выборке ($p < 0,05$). Также снижены осмысленность жизни, жизнестойкость (кроме компонента принятия риска), толерантность к неопределенности, повышены все компоненты отчуждения ($p < 0,05$). Больные всех групп при совладании с трудными ситуациями чаще используют конфронтацию, социальную поддержку, принятие ответственности, причем частота использования этих стратегий нарастает (хотя и не достигает значимости) от группы больных без суицидальных мыслей к группе больных с суицидальными действиями.

Тревожность и депрессивность значимо коррелируют ($p < 0,05$) только с ситуативной витальностью, но не с диспозиционной витальностью и удовлетворенностью жизнью. Уровень депрессивности отрицательно связан с выраженностью жизнестойкости, толерантности к неопределенности, отчуждением ($p < 0,05$). Напротив, удовлетворенность жизнью и диспозиционная витальность связаны с толерантностью к неопределенности, некоторыми компонентами жизнестойкости и отчуждения. Иными словами, связь личностных ресурсов с удовлетворенностью жизнью не определяется напрямую уровнем депрессии больных. Уровень депрессивности и тревожности не различался значимо у трех подгрупп, т.е. депрессивность и тревожность являются неспецифическими показателями и не позволяют различить пациентов с наличием суицидальных мыслей и действий.

При сопоставлении трех подгрупп по характеристикам личностного потенциала прежде всего обращает на себя внимание то, что у суицидентов по сравнению с обеими другими подгруппами снижена жизнестойкость, в первую очередь, компоненты вовлеченности и контроля ($p < 0,05$), снижена склонность к позитивной переоценке и ориентации на действие при планировании. Эти данные вполне ожидаемы. Почти отсутствуют значимые различия. Значимые различия подгруппы без каких-либо суицидальных признаков и подгруппы с суицидальными мыслями, но без действий, минимальны и обнаруживаются только по двум переменным: субшкале саморефлексивности шкалы когнитивной гибкости А. Бека (способности критично отно-

ситься к собственным мыслям и действиям) и толерантности к неопределенности, причем по обеим шкалам показатели больных с суицидальными мыслями выше, чем больных без таких мыслей. Это говорит в пользу гипотезы о конструктивной роли суицидальных мыслей и их связи с уровнем личностного развития. В этой подгруппе, характеризующейся внутренней «работой суицида», толерантность к неопределенности и рефлексивность оказываются повышены без повышения суицидального риска, о чем свидетельствуют высокие показатели жизнестойкости и позитивных копинг-стратегий, превышающие эти показатели не только у суицидентов, но и (на уровне статистической тенденции) в подгруппе не задумывавшихся о самоубийстве. Их личностные ресурсы, видимо, препятствуют переходу от мыслей к действиям, и в этом случае суицидальная идеация может выступать скорее как прививка от суицидальных действий, чем их катализатор. Дальнейшей задачей исследования мы видим расширение выборки и проверку предположения о статистическом взаимодействии личностного потенциала и суицидальной идеации как предикторе снижения суицидального риска, а также рассмотрение влияния личностного потенциала на динамику состояния больных трех групп в процессе лечения.

Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект № 09-06-00410а «Личностные ресурсы совладания в условиях хронического стресса»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СУБКУЛЬТУРНЫХ ГРУППАХ

А.А. Маслова

Саратовский ГУ им. Н.Г. Чернышевского

E-mail авторов: maslowaal@rambler.ru

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №10-06-00511а).

В современной науке феномен самоповреждающего поведения исследуется в широком междисциплинарном контексте психиатрии, психологии, социологии и культурной антропологии. Интерес к данной проблеме вызван как культурно – исторической устойчивостью и универсальностью модели самоповреждающего поведения, фиксируемой в разные исторические периоды, независимо от уровня развития общества, так и своеобразием современных практик самоповреждений.

Теоретической основой исследования послужили работы К. Меннингера, А. Фаваззы, А. Реана, Ю. Попова, К. Саемото, М. Макдонольда, Н.Польской. В работах этих исследователей самоповреждающее поведение рассматривается как сложный поведенческий феномен, который, с одной стороны, вписывается в структуру аутоагрессивного симптомокомплекса, а с другой стороны, выступает как особая форма социального поведения, связанная с взаимодействием между людьми и установлением межличностных связей.

В рамках модели аутоагрессии самоповреждение рассматривается в качестве способа избегания самоубийства, или, говоря словами Карла Меннингера: «попыткой самоисцеления, когда локальное саморазрушение, будучи формой частичного суицида предотвращает тотальный суицид». Фавазза и Розенталь подразумевают под самоповреждающим поведением «определенный синдром, благодаря которому акты самоповреждения становятся повторяющимися ответами на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира». Самоповреждающее поведение поддерживается целым рядом психологических условий, к которым относятся низкий уровень самооценки, высокий уровень тревожности и депрессивности, аутодеструктивные переживания социального неблагополучия и др.

В нашем исследовании мы попытались выявить интенсивность практик самоповреждений в неформальных молодежных группах и рассмотреть психологические и социальные факторы, которые, на наш взгляд, поддерживают модель самоповреждающего поведения как устойчивую и привычную для личности.

Для эмпирического исследования были использованы методы тестирования и анкетирования, включающие: многомерную шкалу восприятия социальной поддержки Зимета, шкалу самооценки Хетертона (данная шкала была применена в рамках ее адаптации к русскоязычной выборке) и три анкеты, направленные на выявление фактов самоповреждения, девиантной социализации и психической травматизации Польской.

Исследование проводилось в январе 2009 г. – апреле 2010 г. Приняли участие 84 респондента. Из них: 42 представителя субкультурных сообществ («эмо» и «готы») в возрасте от 14 до 23 лет, и 42 респондента, не идентифицирующих себя с неформальными субкультурами, в возрасте от 15 до 23 лет.

Данные исследования позволили нам сделать следующие выводы:

1. Самооценка в субкультурных группах характеризуется большей нестабильностью и более низкими показателями по факторам оценка действий, социальная самооценка и оценка внешности. Минимальные показатели выявлены в группе эмо.

2. Низкие показатели по шкале социальная поддержка, полученные в группах «эмо» и «готы», указывают, по нашему мнению, на специфические черты развития субкультур: самоизоляция и субъективное отчуждение от ценностей традиционной культуры (семья) и принятие ценности субкультурных групп;

3. Результаты анкетного опроса демонстрируют существенно высокие показатели самоповреждений в субкультурных сообществах, что позволяет нам предположить, во-первых, специфические поведенческие особенности подростков и молодых людей, объединенных в исследуемые субкультурные сообщества; во-вторых, возможное влияние групповых ценностей и стиля жизни на закрепление определенных поведенческих стратегий (в том числе и самоповреждающего характера).

4. Большинство респондентов субкультурных групп не ограничиваются каким-либо одним действием, а используют комплекс приемов самоповреждения, что позволяет говорить о сформированной модели самоповреждающего поведения.

5. Полученные результаты доказывают взаимосвязь и взаимовлияния факторов насилия, травмы, семейного неблагополучия, девиаций и самоповреждающего поведения в субкультурных сообществах.

6. Выявленные взаимосвязи доказывают различия между субкультурными группами «эмо» и «готы»: страх боли более выражен у представителей субкультуры «эмо», чем у представителей готической субкультуры; риск девиантной социализации более выражен в субкультуре «готы»; присутствие психотравмирующих ситуаций в прошлом у представителей готической субкультуры оказывают влияние на развитие личности и поведенческие особенности.

7. Выявленные взаимосвязи показывают различия по гендерным особенностям в субкультурах: девушки и молодые люди используют различные акты самоповреждений (девушки предпочитают самопорезы, молодые люди – самоудары), у девушек чаще наблюдаются проблемы в пищевом поведении, у молодых людей

выражен риск девиантной социализации, психотравмирующие ситуации девушки переносят тяжелее в отличие от молодых людей.

МОДЕЛЬ ВЛИЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

E-mail авторов: nsk217@rambler.ru

Проблема самоубийств является предметом интереса многих современных дисциплин, однако попытки ее решения в рамках какой-либо одной (психиатрии, психологии, социологии, нейрофизиологии, генетики или других) не дали пока весомых результатов. Суицид является одним из вариантов сложного и непредсказуемого поведения человека. Если человека считать открытой диссипативной системой (Хакен Г. 1980; Котельников Г.А., 2000; Руденко А.П., 2000), обладающей свойством самоорганизации, то для объяснения его поведения требуется универсальный синергетический подход. Синергетика изучает закономерности и механизмы самоорганизации в открытых нелинейных системах сложной конфигурации, которые иначе называются диссипативными системами. Под самоорганизацией подразумевается возможность перехода от хаоса к порядку и обратно, или способность сложных систем к упорядочиванию своей внутренней структуры. Открытость системы – это возможность постоянного обмена с окружающей средой веществом, энергией или информацией, а нелинейность – непрерывный выбор альтернатив развития системы. В норме в биологических и социальных системах наблюдается определенное состояние хаотичности, соответствующее состоянию здорового организма, а в ответ на стресс происходит отклонение от исходного уровня хаотичности в ту или иную сторону. В эволюции открытых нелинейных систем существуют специфические состояния, которые называются «точками бифуркации». Это – состояния системы в моменты выбора возможного варианта дальнейшего развития. Незначительные флуктуации, индифферентные в другое время, в точке бифуркации могут радикально изменить дальнейшее развитие системы, т.к. состояние ее в этот момент является неустойчивым.

В экспериментах на животных показано, что мотивации к удовлетворению физиологических

потребностей формируются в гипоталамусе и в виде активирующих сигналов поступают в другие структуры мозга (Судаков К.В., 1996). А социальные мотивации у человека формируются уже не в гипоталамусе, а в коре больших полушарий в виде пейсмекеров и строятся целиком на информационных механизмах деятельности мозга. Доминирующая в настоящий момент мотивация существенно изменяет общие свойства мозга. В такие моменты структуры мозга могут быть очень чувствительны к внешним воздействиям.

Определяющим признаком любой системы является наличие в ней системообразующего фактора. Человек, в отличие от других биологических объектов, обладает собственным сознанием, и в качестве системообразующего фактора на уровне поведенческого кластера у человека должна рассматриваться категория, качественно отличающая человека от других биологических объектов, относящаяся к сфере сознания. Можно считать, что мироощущение, эта базовая и относительно примитивная составляющая часть мировоззрения человека, чувственное, не поддающееся логике, восприятие мира через эмоции является системообразующим фактором системы «личность». Анализ суицидального поведения с точки зрения мироощущения человека как системообразующего фактора кажется нам перспективным. Для потенциального суицидента не имеют значения объективные факты и обстоятельства. Для него важной является информация, полученная через его субъективное мироощущение, которое не поддается объективной оценке, особенно ретроспективно.

Человек постоянно сталкивается с множеством внешних влияний, информация значимость которых может существенно меняться в зависимости от исходной потребности организма. Далеко не все представители одной популяции одинаково реагируют на какое-либо внешнее воздействие – степень реакции может изменяться от нулевой до высокой. Внутри системы «личность», «индивидуум» периодически возникают точки бифуркации, в которых необходим выбор дальнейшего пути развития. «Провоцировать» возникновение точек бифуркации могут социальные факторы – изменение образа жизни, состава семьи, потеря работы, социального положения, алкоголизация, достижение значимых жизненных целей. В эти моменты диссипативная система делается чрезвычайно чувствительной к слабым воздействиям. Поступающая информация оценивается с точки зрения существующей в данный момент мотивации, возможности удовлетворения или неудовлетворения данной по-

требности и, преломляясь через мироощущение, приводит к определенному состоянию, например, чувству счастья или страдания, которое порождает следующую мотивацию и следующий поступок.

Результаты проведенных исследований представлены в виде модели влияния некоторых факторов на смертность от внешних причин. Изменения параметров внешней среды в сочетании с социальными и психологическими факторами могут выступать в роли аттракторов и провоцировать необъяснимые поступки, что проявляется на уровне популяции в виде повышения частоты самоубийств и несчастных случаев. На внешние раздражители организм не всегда отвечает адаптивно-приспособительными реакциями, а в ряде случаев – аутодеструктивными эффектами. 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. Такое комплексное воздействие нарушает равновесие системы и побуждает ее к изменению своего состояния, что становится пусковым моментом суицидного действия, что и было причиной некоторых немотивированных самоубийств и пусковым моментом для самоубийств, имеющих объяснимую внешнюю причину.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ЛИЦ СО СНИЖЕННЫМ КОНТРОЛЕМ АГРЕССИИ

В.Г. Рагозинская

Челябинский ГУ

Е-mail авторов: sunny_song@mail.ru

Современные исследователи отмечают неуклонный рост числа различных проявлений агрессивных тенденций в социуме. Как известно, проявления гетеро- и аутоагрессии в виде привычных реакций на фрустрацию лежат в основе социально-опасных форм поведения и психосоматических расстройств. Важную роль в генезе агрессивных импульсов играют подкорковые структуры (миндалины, ядра таламуса и др.), тогда как коре отводится функция их преобразования в социально-приемлемые формы. Между тем, центральные механизмы регуляции агрессивного поведения изучены недостаточно.

С целью изучения нейрофизиологического обеспечения функции контроля агрессии

нами был проведен когерентный анализ ЭЭГ покоя 200 праворуких добровольцев 18-60 лет с разными уровнями контроля агрессии (средний возраст испытуемых 37,5 лет). Уровень контроля агрессии оценивался с помощью соответствующей шкалы Опросника агрессивности Ч. Спилбергера. Регистрация ЭЭГ производилась в первой половине дня в звуко- и светоизолированной камере на 19-канальном цифровом электроэнцефалографе «Мицар». Electroды располагались по международной схеме «10x20» с использованием усредненного монополярного монтажа, при полосе пропускания от 1,5 (0.1 с) до 30 Гц. Референтными служили ушные электроды.

Предварительный этап обработки полученных данных включал удаление артефактов, после чего производилась математическая обработка ЭЭГ. Для анализа когерентности устанавливались парные внутри- и межполушарные отношения для каждой пары электродов (всего 171 пара). Когерентный анализ проводился для следующих диапазонов: дельта- (1-4Гц), тета- (4-8 Гц), альфа- (8-12 Гц), бета-1- (12-18 Гц), бета-2- (18-25 Гц), гамма-диапазон (25-40 Гц). Для двух групп испытуемых (1 – испытуемые с нормальным контролем агрессии; 2 – со сниженным контролем агрессии) были рассчитаны усредненные по частоте показатели когерентности ЭЭГ, которые затем сравнивались с помощью дисперсионного анализа ANOVA для повторных измерений с применением поправки Гринхауза-Гейссера на сферичность.

Результаты статистического анализа выявили значимое влияние уровня контроля агрессии на показатели когерентности во всех исследуемых частотных диапазонах ЭЭГ: в дельта- ($p \leq 0,05$), тета- ($Fp \leq 0,04$), альфа- ($p \leq 0,01$), бета-1- ($p \leq 0,01$), бета-2- ($p \leq 0,01$) и гамма-диапазоне ($p \leq 0,02$). Также установлено статистически значимое взаимодействие факторов «локализация пары электродов» и «группа испытуемых» по показателям контроля агрессии для дельта- ($p \leq 0,05$), тета- ($p \leq 0,03$), альфа- ($p \leq 0,02$), бета-1- ($p \leq 0,01$), бета-2- ($p \leq 0,02$) и гамма-диапазона ($p \leq 0,01$).

Таким образом, снижению контроля агрессии сопутствует снижение числа когерентных связей во всех частотных диапазонах ЭЭГ и отклонение в их распределении. Поскольку показатель когерентности между двумя отведениями отражает число и мощность аксональных взаимосвязей между соответствующими областями мозга, то, соответственно, снижение синхронизации биопотенциалов в различных областях коры у испытуемых со сниженным контролем агрессии можно рассматривать как свидетель-

ство ослабления вероятности их функциональной интеграции и недостаточности межцентральных взаимодействий, обеспечивающих функциональные возможности мозга и организма в целом. Полученные данные могут быть использованы при разработке клинико-психологических и нейрофизиологических методов оценки эмоциональных состояний, объективизирующих традиционно используемые методы психодиагностики, для прогнозирования хронификации эмоциональных состояний, что является важным в решении задач профилактики развития нервно-психических расстройств.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ПОДРОСТКОВ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ

А.А. Рыжков

МГУ им. М.В.Ломоносова, г. Москва

E-mail авторов: andrey.ryzhov@gmail.com

Подростковый возраст представляет собой один из пиков распространенности суицидов. Резкое увеличение числа суицидов среди подростков по сравнению с низким их числом среди детей не может объясняться лишь за счет расширения возможностей совершения суицидального акта. Понимание связи суицидального поведения с механизмами нормального развития может быть полезным для разработки профилактических программ и уточнения методов диагностики. Однако, если для целого ряда типичных для подросткового возраста нарушений поведения признание их связи с механизмами нормального развития является довольно распространенным взглядом (например, Silbereisen, Noak, 1988), то суицидальное поведение часто рассматривается исключительно как проявление психопатологии, даже если она не очевидна. Не останавливаясь подробно на критике подобной точки зрения, рассмотрим некоторые аспекты развития подростка, которые могут иметь связь с суицидальными попытками.

Первый касается отношений с другими людьми. Развитие экстрасемейных интересов приводит к «объектному голоду» (Блос П.) и сопровождающим его чувствам брошенности, одиночества, потерянности. У суицидальных подростков интенсивность этих переживаний представляется особо высокой. Известно, что разрывы, неудачи, разочарования в любовных отношениях становятся частым поводом для суицидальных попыток. Однако, ряд исследова-

ний показывает, что распространенность этих событий в жизни суицидальных подростков не отличается значительно от их распространенности в группе нормы. Действительные различия видны при исследовании отношений суицидальных подростков с родителями, характеризующиеся, с их точки зрения, отсутствием взаимопонимания, поддержки, конфликтностью и холодностью. Это позволяет сделать предположение, что у данных подростков трудности оказываются связанными с недостаточной эффективностью поддерживающей функции селф-объектов (Когут), то есть с невозможностью адекватного развития системы регуляции самоотношения. Легкость и сила разочарований в романтических привязанностях может объясняться тем, что данные подростки неспособны строить новые аффективные взаимоотношения, а пытаются поспешно заместить детско - родительские отношения любовными. Вероятным механизмом здесь может являться нарушение гетерохронности развития, когда происходит поспешная сексуализация отношений при условиях несформированности более зрелой регуляции самоотношения. Это делает суицидальных подростков особо уязвимыми.

Другой аспект связан с развитием образа Я, и, в первую очередь, образа тела. Отношение к собственному телу претерпевает в ходе подросткового развития существенные изменения. Конфликты, связанные с принятием половой идентичности, консолидируются в формировании образа тела. Феноменология и значение этого процесса подробно прописаны в работах супругов Лауферов, введших понятие «сбоя в развитии» (developmental breakdown). Авторами выделено два варианта срыва развития: характерный для более ранних этапов подросткового развития срыв в виде ситуации «тупика» (deadlock) и, знаменующий окончательную неудачу подросткового развития, срыв в виде «отказа» (foreclosure). Как первый, характеризующийся острой тревогой по поводу неприемлемых переживаний, так и второй, характеризующийся отказом от взрослого тела, как источника удовлетворения, могут вести к суицидальным попыткам, понимающимся авторами, как атаки на тело, стремление освободиться от него. Один из возможных механизмов здесь может заключаться в особенностях формирования идеального образа тела. В то время как у большинства подростков образ тела формируется в соотношении с социальным идеалом, у ранимых подростков этот конфликт подменяется фиксацией более раннего противопоставления взрослого и инфантильного тела.

Наконец, отметим еще один аспект – это само содержание суицидальных фантазий. Фантазии о собственной смерти встречаются в норме, что позволяет предположить, что и они могут нести определенную функцию в развитии подростка. Ограничимся обсуждением двух моментов. Наиболее часто упоминается связь фантазий о собственной смерти с проблематикой сепарации. Трактовка права на собственную смерть, как атрибута свободы воли, часто встречается во взглядах философов. Обряды инициации подростков часто разыгрывали смерть и возрождение. Ассоциация сепарации и смерти у суицидальных является особо устойчивой, что отсылает нас к проблеме агрессии. Один из вариантов рассмотрения агрессии подчеркивает ее конструктивный аспект, связанный с укреплением чувства автономии, отделенности. Представляется, что у суицидальных подростков агрессия по тем или иным причинам не может играть этой конструктивной роли. С другой стороны, что может быть специфическим механизмом для подросткового возраста, суицидальные фантазии и действия можно рассматривать и как выражение неприемлемых эротических фантазий с садо - мазохистическим окрасом. Это может пониматься как регрессия к фантазиям о контроле, истязании объекта в ситуации фрустрации, с дальнейшим их обращением на самого себя. В этом аспекте также могут изучаться гендерные различия в выборе способа покончить с собой. Относительное значение описанных факторов может стать предметом исследования. Главным тезисом, который мы хотели проиллюстрировать, является то, что суицидальное поведение может рассматриваться с точки зрения отклонений нормального хода подросткового развития, в том числе и как принимающее на себя определенные функции, в нормальном развитии выполняемые другими формами поведения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С СИСТЕМОЙ ЦЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

О.Я. Сахрауи

Санкт-Петербургский ГУ

E-mail автора: stupo@land.ru

Большое число исследований в суицидологии было посвящено проблеме выявления факторов суицидального риска, указывающих прямо или косвенно на высокую вероятность совершения

самоубийства конкретным человеком. Первичная и вторичная профилактика самоубийств невозможна без констатации этих факторов, ранжирования их по значимости и соотнесения с конкретной личностью, постоянно находящейся в динамическом движении, обладающей индивидуальной психофизиологической структурой, находящейся в определенной социально - средовой ситуации с учетом уникального жизненного пути, пройденного этой личностью к данному моменту.

Широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биологические (наличие суицидов среди близких родственников; аномалии серотонинергической системы мозга), психолого-психиатрические (наличие психических заболеваний; индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению; суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом) и социально-средовые (стрессовые ситуации; определенные социальные характеристики; доступность средств суицида) факторы суицидального риска.

Взаимосвязь системы ценностей подростка с суицидальным поведением в настоящее время изучена достаточно слабо. Подростковый период является наиболее противоречивым и дисгармоничным по сравнению с другими возрастными фазами жизненного пути человека, недаром его иногда называют затянувшимся кризисом, который может стать как периодом психологических потерь, так и точкой роста. Его важность трудно переоценить - именно в этот период индивид превращается в личность.

Психологические исследования детей и подростков показывают, что факторы, влияющие на становление детской психики, противоречивы: в одном случае они способствуют, в другом - препятствуют оптимальному развитию личности ребенка.

Роль семьи в процессе социализации человека трудно недооценить. Именно семья вводит ребенка в общество, знакомит с его устоями. Ребенок же, под воздействием всей совокупности окружающих стимулов, воспринимая их и перерабатывая поступающую информацию, формирует свою точку зрения, свое видение и свое отношение к миру.

Взаимоотношения в семье, отношение к ребенку со стороны родителей, могут сформировать эффективную потребительно - мотивационную систему ребенка, позитивный взгляд на мир и самого себя в этом мире; те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием, могут приводить к ущербному развитию по-

требностей и мотивов, низкому самоуважению, недоверию к окружающим, дефицитарности в общении со сверстниками.

Какова взаимосвязь между стилями родительского воспитания принятого в отдельных семьях и системой ценностей, формирующейся у подростков? Что является основным мотивом поведения подростка в стрессовой ситуации - внутренний закон или внешние обстоятельства?

Необходимо изучить и исследовать эти вопросы достаточно широко и всесторонне, чтобы можно было с уверенностью заявить об определенных особенностях системы ценностей конкретного подростка, как о факторе суицидального риска, либо как о поддерживающем факторе.

ТИФОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АГРЕССИЮ

Н.А. Стрелков

Психологический центр доктора Вагина, г. Пермь

E-mail автора: StrelkopfN@yandex.ru

Агрессия - термин, широко используемый как в быденном языке, так и в науке. В первом случае, субъективность и эмоциональность, вкладываемая в его смысл, рассматривается как обычное и естественное явление.

Но агрессия, как мы уже сказали выше, научный термин, претендующий на объективность, широко используемый в классической психологии, психоанализе, педагогике, социологии, этологии и психиатрии. С помощью этого термина изучаются и описываются множество явлений, как и у человека, так и у животных. Мы знаем, что современной науке, как определяющей ее критерий, приписывается известная доля верифицируемости, вытекающая из объективности используемых ею понятий. Так что же понимает под «агрессией» современная наука?

В качестве примеров можно привести определения классиков по исследованию агрессии: Леонарда Берковица - это любая форма поведения, которая нацелена на то, чтобы причинить кому-то физический или психологический ущерб; и Роберта Бэрона - это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. Или определение Ребера из «Большого толкового психологического словаря»: агрессия - термин, используемый для обозначения разнообразных действий, включающих нападение, враждебность и т.д... [которые мотивированы] страхом или фрустрацией; желанием вы-

звать страх у других или обратить их в бегство; или стремлением добиться признания собственных идей или осуществления собственных интересов. В этих определениях мы не обнаруживаем искомую безэмоциональность и объективность – агрессия определяется в контексте нападения, враждебности, вреда и ущерба, оцениваясь как нежелательная и социально мало допустимая форма поведения.

Это лишь частные случаи сложившегося понимания агрессии. По результатам проведенного нами исследования работ по психиатрии и различных направлений психологии, мы, за редким исключением, вынуждены отметить отсутствие существенной разницы между обыденным и научным пониманием термина «агрессия». Но если это так, то вышеприведенные замечания в эмоциональности и, как следствие, субъективности и культурологической зависимости, применимы в полной мере и к существующему научному пониманию агрессии. Не требует доказательств тот факт, что эмоции способны значительно исказить воспринимаемую картину мира – но что тогда мы можем сказать по поводу всех работ написанных в указанном контексте восприятия агрессии?

Мы вынуждены признать, что термин «агрессия» в современном толковании не может претендовать на статус научного – он слишком субъективен и эмоционален. Если мы желаем продолжить его научное использование, то нам необходимо либо в корне изменить представление о нем, либо, учитывая эмоциональную засоренность старого, вводить новое понятие. Мы предлагаем пойти первым путем и первоначально разобраться с этимологией слова «агрессия».

Термин агрессия происходит от латинского *aggradior* (приступать, подступать, подходить, приближаться, нападать), которое, в свою очередь, является производным сочетания двух слов – *ad+gradior*. *Ad* – переводится как предлог – к, до, на; или как приставка, обозначающая приближение к чему-либо; *gradior* – шагать, ступать, идти (синонимом *gradior* является и слово *gressus* – ходьба, хождение). Таким образом, мы видим, что сочетание этих двух слов *ad+gradior* (или *ad+gressus*) обозначает стремление сближения с объектом, вплоть до своеобразного территориального совмещения с ним (на+ступать). В психологическом контексте такой процесс совмещения может быть приравнен к процессу интроекции, когда объект становится частью субъекта.

Исходя из неудовлетворительности современного научного понимания агрессии и анализа латинского происхождения этого термина, мы, в рамках тифоаналитической концепции предлагаем понимать под агрессией процесс активного

приближения (физического или психологического) к объекту, способному удовлетворить ту или иную фрустрированную потребность, с последующим «включением» (физическим или психологическим) его (объекта) в себя. В физическом смысле «включение» в себя сравнимо с поглощением пищи, в психологическом – с указанным выше процессом интроекции. Агрессию (включение в себя), наряду с элиминацией (исключением из себя), мы рассматриваем как основные механизмы хронификации жизни, осуществляющие физический (и психологический) обмен живого организма с окружающей средой.

Указанное определение агрессии (1) дает совершенно равнозначное понимание агрессии у человека вне зависимости от эпохи, культуры и степени цивилизованности; (2) в нем исключается культурологический и эмоциональный резонанс, что делает это определение адекватным и удобным в приложении, как и к человеку, так и к любому другому живому существу; (3) в поле зрения равноправно оказываются как социальнопозитивные, так и социальнегативные проявления агрессии; (4) оно более соответствует этимологии слова. Возможно, в данной ситуации было бы проще ввести новый термин, оставив прежний культуре, уголовному праву и массовым периодическим изданиям, но мы придерживаемся иной точки зрения. Мы предполагаем возможность перестройки ставшего непригодным для жизни здания, оставив прежний этимологический фундамент и полностью снеся неверно спроектированный теоретический корпус. Мы не хотим возводить рядом новое здание, оставив старое на волю времени, пока оно само не рухнет под тяжестью собственных противоречий.

КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОЦЕНКА РИСКА ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА И ПРЕВЕНТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

*Н.А. Галинова, А.Е. Гришина,
Т.Ю. Жулдыбина, Н.Д. Узлов*

Центр психологической помощи, г. Березники
Березниковский ф-л Пермского ГУ, г. Березники,
Пермский край

Е-mail авторов: grishina111@rambler.ru

В 2009 году в Пермском крае было зафиксировано 1223 случаев самоубийств. По инфор-

мации Пермского отделения Госкомстата, за шесть месяцев 2010 года число людей с завершёнными суицидами достигло 554 человек. Самоубийства в Прикамье составляют самую большую долю среди погибших от неестественных причин (насилие, ДТП, несчастные случаи). В среднем ежедневно кончают с собой 3 человека. Среди городов края в конце 2009 года г. Березники лидировал по числу суицидальных попыток взрослых, когда примерно раз в неделю кто-то пытался расстаться с жизнью.

Согласно информации Уполномоченного по правам ребенка в Пермском крае П.В.Микова, предоставленной на пресс-конференции в «Комсомольской правде» 27 мая 2010 года, крайне напряженной продолжает оставаться ситуация с детскими и подростковыми суицидами: в 2007 году зарегистрировано 33, в 2008 – 40, в 2009 году – 44 завершённых суицида у несовершеннолетних. Здесь лидируют город Пермь (2008 год – 3 детских суицида; 2009 год – 7) и Коми-Пермяцкий округ (2008 год – 9 детских самоубийств; 2009 год – 10 случаев), а в Кунгурском, Куединском, Нытвенском, Пермском районах зарегистрировано по 2 детских самоубийства. В городе Березники ситуация с подростковыми суицидами стоит не менее остро, очередной такой случай зарегистрирован 4 октября 2010 года, когда 14-летний подросток повесился на дверях собственной квартиры.

Сказанное выше делает еще более значимой проблему предупреждения детско-подростковых суицидов и включенности в эту работу не только всех заинтересованных служб, но и выработки определенной политики и стратегии образовательных учреждений в данном направлении.

В феврале-апреле 2009 года Центром психологической помощи при участии студентов-психологов, обучающихся в Березниковском филиале ПГУ, по заказу Комитета по вопросам образования администрации г. Березники проведено широкомасштабное исследование с целью выявления потенциально угрожаемых по суициду учащихся 7-9 классов из 15 школ города, всего – 1453 человека. В работе использовалась методика «Выявление суицидального риска у детей» (Кучер А.А., Костюкевич В.П., 2001), которая хорошо зарекомендовала себя при работе с подростками в возрасте 11-17 лет (Сердюкова Ю.А., Вазиева А.Р., 2005; Бровчук О.В., 2006; Зибзеева Н.А., Узлов Н.Д., 2007 и др.). Данный опросник позволяет выявить 10 тем мотивов поведения подростков, которые, так или иначе, могут выступать провоцирующими суицид поводами; а также выявить группы «требующих внимания» (ТВ) и

«требующих формирования антисуицидальных факторов» (ТФАСФ) респондентов.

В соответствии с проведенной методикой в группу риска попали 475 учащихся (32,7%) категории ТВ и 371 (25,5%) категории ТФАСФ. Таким образом, на момент обследования 846 подростков (58,2%) имели трудно разрешимые проблемы, способные толкнуть их к суициду. В рейтинге проблем первую позицию занимали «отношения с окружающими» (16,6%), вторую – «алкоголь и наркотики» (13,3%), третью – «проблемы с деньгами» (11,9%). Четвертое место было связано с переживаниями «чувства неполноценности, ущербности, уродливости» (9,3%). Указанные переживания – одна из особенностей подросткового возраста, определяющая схожесть внешнего облика и поведения несовершеннолетних с их эталонами и кумирами; обостренное, часто до гротеска, социальное сравнение; источник различного рода претензий к своему физическому телу, внешности, полоролевой идентичности и т.п. 7,0-7,2% (6-8 места) приходилось на долю «школьных проблем», «поисков смысла жизни» и «несчастной любви». Замыкала рейтинг шкала «противоправные действия» (6,5%).

Наиболее интересующая нас позиция «добровольный уход из жизни» занимала пятое место (7,6%). В абсолютных цифрах она составляла достаточно большую группу – 111 человек, причем 39 из них (2,7% от общей массы респондентов), по-видимому, уже требовалась определенная помощь (ТФАСФ-группа).

Полученные результаты были озвучены на совещании директоров образовательных учреждений, посвященном данной проблеме; аналитическая записка была предоставлена заместителю главы администрации города по социальным вопросам. Все это послужило отправной точкой для разработки системы мероприятий по профилактике отклоняющегося (в т.ч. и суицидального) поведения детей и подростков и их финансированию. В г. Березники в течение ряда лет успешно реализуется городская целевая комплексная программа профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании в детской, подростковой и молодежной среде «Рывок из Зазеркалья» (значимость данной проблемы подтвердило и наше исследование). Специалистами Центра психологической помощи проведено обучение школьных психологов и социальных педагогов специфике работы с подростками группы риска – потенциальными суицидентами. В 2009 году был открыт, а в 2010 году заработал на постоянной основе телефон экстренной психологической помощи для несовершеннолетних, их роди-

телей и законных представителей, систематически оказывается консультативно - психотерапевтическая помощь детям и подросткам с нарушениями в поведении и социальной адаптации.

Сказанное выше звучит как «отчет о проделанной работе», вместе с тем нельзя не признать важность осуществляемых инициатив и «рутинной деятельности» рядовых специалистов – педагогов, психологов, медиков, социальных работников и др. по профилактике такой серьезной социальной болезни, какой является самоубийство. В этой работе порой не хватает системности, последовательности, технологичности, научного руководства, финансовых вливаний, тем не менее, осуществлять ее необходимо, и не только ради «рывка из Зазеркалья», а ради прорыва в Будущее.

АГРЕССИЯ, КАК ОСНОВНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ КРАТКОСРОЧНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Б.В. Панасенко

Санкт-Петербургская МАПО
ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина»,
г. Санкт-Петербург

E-mail автора: vitia-bella@yandex.ru

Расстройство поведения у детей и подростков становится все более актуальной проблемой и ее значимость определяется не только частотой, но и социальными факторами. Необходимо отметить, что за последние пять лет в структуре заболеваемости детского и подросткового населения г. Санкт-Петербурга стабильно растет удельный вес непсихотических психических расстройств к которым относится рассматриваемая патология: количество расстройств поведения различной этиологии увеличилось на 9,7%.

Расстройство поведения и эмоций – это группа непсихотических расстройств, которая находится в фокусе внимания специалистов не только медицинского, но и педагогического, психологического и социального направления. При этом достаточно четкого описания данной патологии, как самостоятельной нозологической единицы найти трудно. Многие авторы рассматривают расстройства поведения и эмоций только в составе психопатологических синдромов различной этиологии.

Под научным руководством проф. Э.Г. Эйдемиллера было проведено исследование на тему

«Клинико – психологические особенности семей с детьми, страдающими расстройствами поведения и эмоций (в связи с задачами краткосрочной семейной психотерапии)». По результатам исследования предполагается описать диагностические критерии нарушений, выявить клинико - психологические особенности данных семей, а так же непосредственную связь внутрисемейной дисфункции с возникающей патологией у детей.

Данные клинико-анамнестических наблюдений указывают, что на первый план выходят такие симптомы как чрезмерная драчливость, хулиганство, жестокость, разрушительные действия, поджоги, воровство, лживость и грубость, прогулы в школе, уходы из дома, необычно частые и бурные вспышки гнева, вызывающее провокационное поведение, откровенное непослушание. Так же характерны критерии, которые выделял В.В. Ковалев при рассмотрении данной нозологии как самостоятельного феномена: несмотря на полиморфизм проявления для расстройств поведения характерна большая избирательность в зависимости от микросреды и ситуации, изменчивость, переключаемость поведения в разных условиях и при выполнении разных социальных ролей. В подавляющем большинстве нарушаются социальные взаимосвязи в школе, семье и коллективе сверстников.

По предварительным данным исследования можно сказать, что у большинства членов семей определяется высокий уровень алекситимии и низкий образовательный уровень (при нормальном интеллекте), что значительно затруднило проведение обследования по методике «Вербальный фрустрационный тест Л.Н. Собчик (детский и взрослый вариант)». В итоге были получены результаты, говорящие о том, что у большей части взрослых наиболее фрустрированными ценностями являются благополучие и социальный статус, и, при достаточно высоком уровне экстрапунитивной агрессии, эмоции усиленно контролируются рассудком. У детей так же в большем проценте фрустрированными ценностями являются благополучие и социальный статус. А вот направленность агрессии несколько различается: у детей с социализированным расстройством поведения и вызывающим оппозиционным расстройством отмечается доминирование экстрапунитивной агрессии, и агрессивность носит гиперкомпенсаторный характер. У детей с несоциализированным расстройством поведения и со смешанными расстройствами поведения и эмоций преобладает интропунитивные агрессивные реакции и эмоции, усиленно контролируемые рассудком. При проведении

исследования копинг-поведения, было установлено, что более 84% обследованных использует неконструктивные копинг-стратегии: бегство, дистанцирование, избегание, конфронтация. В 100% семей присутствует патологизирующие стили воспитания - потворствующая и доминирующая гиперпротекция с повышенной моральной ответственностью или гипопротекция с наличием эмоционального отвержения.

Учитывая это, проводимая краткосрочная семейная психотерапия направляется на оптимизацию внутрисемейных коммуникаций, расширение словаря чувств, выработку конструктивных способов совладающего поведения, научение адекватным способам проявления агрессии, восстановление и укрепление родительской позиции, а так же предоставления детям большей сферы ответственности внутри семьи.

ОПТИМИСТИЧЕСКИЙ И ЭМПАТИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К СУИЦИДУ

Д.Г. Трунов

Пермский государственный университет

E-mail автора: trunoff@hotmail.ru

Отношение кризисных служб к суициду различно: на одном полюсе находятся службы, в задачу которых входит активное медицинское и психологическое вмешательство, на другом полюсе — службы, предоставляющие право человеку выбирать между жизнью и смертью. Первые в основу своей работы кладут мнение, что предоставлять человеку право на суицидальный выбор неправильно (они всегда «за жизнь»). Другие же работают на основании принципа самоопределения клиента до такой степени, что могут подтвердить право абонента избрать смерть. Таким образом, мы имеем две различные (но не взаимоисключающие) стратегии: оптимистическую и эмпатическую.

При оптимистическом подходе суицидальная активность — это проблема, которую надо решить любыми путями, «симптом», от которого надо избавить человека. При эмпатическом подходе в центре внимания консультанта и клиента находится кризисное состояние, а суицидальная активность — это лишь одна из тем, которые консультант обсуждает с человеком в связи с его кризисной ситуацией.

Выбор того или иного подхода консультантом и его эффективность зависят от следующих

факторов: профессиональные установки консультанта, психологическая готовность к разговору о суициде, этап суицидальной активности клиента, характер кризисной ситуации, индивидуальные особенности клиента.

Примером «чисто» оптимистического подхода является стратегия житейской психологической помощи, которая может быть эффективной лишь в ситуациях слабо выраженной суицидальной активности. Однако если кризисное состояние зашло достаточно глубоко, то эмпатический подход в чистом виде может, напротив, способствовать формированию суицидальных тенденций. Неправильная тактика родственников или друзей, настойчиво убеждающих человека «проявить волю», «взять себя в руки», «не обращать внимания на мелочи и настроение», обвинение в лени, симуляции, в отсутствии чувства долга, использование наказания (например, по отношению к детям), — все это убеждает человека в его неполноценности, вызывает отчаяние из-за невозможности справиться с жизненными проблемами и, в конечном счете, подталкивает к самоубийству.

Оптимизирующая позиция врачей, курирующих суицидальные случаи, также иногда может способствовать усилению суицидальной активности. Например, после проведенного лечения из «психотерапевтических» соображений больному говорится, что заболевание больше не повторится, что он может спокойно и уверенно жить так же как до болезни, что надо «взять себя в руки», «проявить волю». Однако повторный приступ убеждает больного, что врач ошибся в оценке его заболевания, что болезнь становится хронической, неизлечимой. Эти мысли в большой мере способствуют суициду. Точно также можно привести примеры неудачного использования «чистого» эмпатического подхода: психологическая помощь детям и подросткам не может ограничиваться только эмпатическим подходом, поскольку они больше, чем другие клиенты нуждаются в активном психологическом вмешательстве оптимизирующего характера.

Ниже представлены основные отличия оптимистического и эмпатического подходов (в их «чистом виде») по ряду критериев.

Оптимистический подход:

Парадигма — когнитивно-поведенческая. Цель — изменение мыслей и поведения человека. Задачи — избавление человека от суицидальных мыслей, любыми способами. Замена негативных установок позитивными. Средства — переориентация, переубеждение, манипулирование, отвлечение от неприятных мыслей, развлечение, подбадривание.

Ответственность — консультант берет на себя ответственность за выбор клиента между жизнью и смертью, а значит и за результаты беседы с клиентом. Использование — может использоваться во всех антисуицидальных стратегиях: превенции, интервенции и поственции. Ограничения — в тяжелой кризисной ситуации и/или при наличии отягощающих «фоновых» факторов — эффективен только в сочетании с эмпатическим подходом.

Эмпатический подход:

Парадигма — экзистенциально-гуманистическая. Цель — понимание внутреннего мира человека. Задачи — найти с человеком контакт; помочь ему рассказать о своих мыслях; принять и понять его отношение к себе и к миру; быть рядом с ним в трудный и ответственный момент его жизни. Средства — рефлексивное слушание, эмпатические высказывания, обсуждение запретных тем с негативным содержанием. Ответственность — консультант предоставляет клиенту право выбора между жизнью и смертью, однако он берет ответственность за процесс беседы и установление контакта. Использование — как самостоятельный подход используется в превенции и поственции. В интервенции используется в сочетании с оптимистическим подходом. Ограничения — помощь детям и подросткам едва ли может обойтись без сопутствующего оптимистического подхода.

Некоторые кризисные службы положили в основание своей деятельности исключительно эмпатический подход, например, служба телефонной помощи «Самаритяне» (Samaritans) в Великобритании и организация Befrienders International (ее международный аналог). Другие кризисные службы считают необходимым сочетать эмпатический и оптимистический подходы, этот синтез можно назвать комплексным подходом.

ПЕСНОПЕНИЯ ИЕРОМОНАХА РОМАНА КАК ИСТОЧНИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ

Е.Б. Фанталова

Московский ГППУ

E-mail автора: elenafantal@yandex.ru

В развитии истории и культуры человечества, уже начиная с Древности, стало известным, что наиболее мощным источником воздействия на душу человека, его внутренний мир и

эмоции, оказывает музыка в ее вокальном или инструментальном жанре. Особо близкой и проникновенной для понимания и принятия является жанр духовных песнопений, где непосредственно идет гармоничное слияние музыкального, поэтического и духовного начал. В наше нелегкое, насыщенное социально-психологическим стрессом и общим психическим напряжением время, как «палочка-выручалочка» появилась одна, ныне уже известная священнослужителям и мирянам, душевно-духовная песнопевческая заводь. Речь идет о поэзии и песнопениях Иеромонаха Романа (в миру А. Матюшина) [1]. Его имя на сегодняшний день уже достаточно хорошо известно как в православных кругах, так и в далеких от церкви светских сообществах. Диски его песнопений и книги стихов сегодня можно достать в православных магазинах Москвы и Питера, разошлись они и по всей России, стали известны за рубежом, попали теперь в Интернет. При всей разности толкования его творчества современниками, от людей гуманитарного склада и различных творческих и сложных профессий до рабочих и медсестер, и даже детей, мало кто не заметит присутствие редкого, необычного поэтического и духовного дара, который своей силой, неискусной прямоотой и пронзительностью столь быстро притягивает к себе любого, кто услышит его песнопения, откроет книгу стихов. Это известно по тем многочисленным откликам и письмам, которые были опубликованы в разных отечественных православных и светских журналах, и, в частности, в приводимом ниже сборнике статей и писем, адресованных Отцу Роману [3]. В духовном православном мире известен случай с одной женщиной, когда она решила покончить жизнь самоубийством, но неожиданно включенная кем-то кассета с песнопениями Отца Романа остановила в ней это намерение. Почему остановила? Видимо потому, что она получила эмоциональную и не всегда внятно осознаваемую поддержку с другой стороны, а именно, поддержку *Свыше*, которую не поимела в миру и потому не находила выхода своим переживаниям.

...Напрашивается один вопрос: «За счет каких психологических реалий песнопения Отца Романа воспринимаются нами тоже как посланный *Свыше* духовный источник? Из чего состоит этот источник?» Частично ответ на этот вопрос уже был дан — духовная искренность, прозрачность при непосредственном обращении к Богу. Возможность внутреннего вхождения в песнопения и обретение с их помощью духовной устойчивости, целостности помогают укрепиться «духовному Я», не ломая при этом суетное

«наличное Я». Возникает новое ощущение спокойствия и неожиданной внутренней силы и красоты, соединяющее человека с Богом, благодаря удивительно редкому художественному «сплаву» духовной поэзии и музыки.

Даже если не ставить отдельной психологической задачи профессионального объяснения того, как песнопения Иеромонаха Романа помогают психотерапевтически, достаточно было бы сказать: «Они входят в душу, очищая, просветляя, утверждая и успокаивая ее». Какие именно песнопения? – Их много и они разные по содержанию и настроению, но перечислим лишь те, которые многим представляются наиболее близкими и потому наиболее запомнились: «В келии лампаду затеплю», «Канон преподобного Андрея Критского» («Пост с молитвой сердце отогреет»), «Пел соловей, ах как он пел», «Птах» («Исполнился мой дом нечистоты и мрака»), «Придет зима (она всегда приходит)», «Страх Господень – Авва воздержания», «Пожалей дорогой, пожалей», «Отойди, отойди, грусть-печаль», «В эту ночь, в эту ночь не уснуть, не уснуть», «Ах как я долго плыл...», «Белый храм над рекою», «Заночую в стогу», «Радость моя, наступает пора покаяния», «Белая ночь приготовила ложе на Псковщине», «Мой старый друг, когда на склоне дня...», «Родник», «Уже вечер друзья, уже вечер...»... [2].

Особым по силе, глубине и удивительной внутренней согласованности, отлаженности представляется «Канон преподобного Андрея Критского», созданный Отцом Романом еще в марте 1987 года в Печорах под впечатлением прочтения текста этого канона в первые дни Великого поста. Тихо идущая откуда-то издали, и постепенно наполняющая душу своей выстраданностью струя песнопения, негромкий, ровный голос Отца Романа на какое-то время так захватывает сознание, что хочется только слышать эту саму по себе духовную мелодию и голос и не вникать поначалу в содержание песнопения, в его текст... Последнее происходит спустя несколько мгновений и вызывает самые покаянные чувства... [4].

Заканчивая эту статью, приведем конкретный пример оказания психологической помощи на душевно-духовном уровне с помощью песнопения Отца Романа.

Ольга К, референт-редактор: Искусство, искусственность, искус, искушение... - слова однокоренные. Искусство, как одно из понятий этого ряда, душа страдающая, душа, истекающая болью, не примет. Мне открылась эта истина в минуты горя, казалось бы, безутешного, граничащего с отчаянием. Горя, в котором личность растворена без остатка, утратила все и всяческие опоры, собственно, лично-

стью-то перестала быть. Горя, в котором душа каменным извятием застыла в безысходности, в шаге от самоуничтожения.

Смерть сына, тринадцатилетнего мальчика, талантливого художника... Земля буквально ушла из-под ног. Чувствовала себя, как рыба, выброшенная на берег: хватала ртом воздух, а он, вместо насыщения, только усугублял удушье. Ни классическая музыка, ни признанные шедевры поэзии не принесли облегчения: все это не про то, все это неуместно, не нужно, напрасно, не для меня и не про меня... Но вдруг, о чудо! Звучат песнопения иеромонаха Романа. И жесточайшая боль стала утихать. Отступила, отпустила судорога души, этот внутренний спазм. Ослабило хватку отчаянное желание умереть ("Ведь что мне теперь на этой земле делать?!"). Возвращалось чувство жизни и, если не осознание ее смысла, как дара Божьего, то, по крайней мере, императив: необходимость, долг, крест... Нет, этому невозможно дать словесное определение, оно в любом случае будет неточным. Но болеутоляющим может быть только подлинное слово, то, что Свыше. То, что было в начале начал... То, что не от человека и не от искусства. А потом слезы, слезы, слезы... и тихая надежда на то, что я не покинута в земной жизни, не оставлена, не забыта Богом...

Душа, подстреленную птицей,
Как жизнь, впивает словеса,
И воском от свечи струится
В ладонь горячая слеза.

Литература:

1. Иеромонах Роман (Матюшин) Песни русского воскресенья. <http://pesni.voskres.ru/music/roman.htm>
2. Иеромонах Роман. Внимая Божьему велению. Стихи. Духовные песнопения. Минск: Белорусский Экзархат, 2008.- 544 с.
3. Совесть России. Иеромонах Роман (Матюшин) // Приложение № 6 к Журналу «Православный летописец Санкт-Петербурга» /Сб.статей к 50-летию Иеромонаха Романа. Сост.Л.А.Ильюнина.- СПб, 2005.-236 с.
4. Фанталова Е.Б. Психологические этюды о творчестве Иеромонаха Романа // Совесть России. Иеромонах Роман (Матюшин)/ Сб.статей к 50-летию Иеромонаха Романа. Сост.Л.А.Ильюнина.- СПб, 2005. С.187-196.

ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ В ТЕЛЕФОННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

*А.И. Чеперин, И.Н. Михайличенко,
Л.А. Сазонова, И.Н. Мурина*

Клиническая психиатрическая больница
им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

E-mail авторов: okpb.buzoo@gmail.com

Изменения в общественно-политической и экономической жизни страны, нарастание агрессивных тенденций в обществе, а так же рост

насилия в межличностных отношениях, отсутствие ближайшей перспективы стабильности в государстве неизбежно сопровождаются серьезными переменами в жизни каждого человека и действуют разрушительно на физическое и психическое здоровье, приводя к дезадаптации, смене социальных позиций, а нередко и к потере смысла существования. Многие испытывают чувство безысходности, вызванное нестабильностью, незащищенностью и неуверенностью в завтрашнем дне. В связи с этим значительно возрастает риск социально-стрессовых расстройств и суицидальных тенденций и, как следствие, необходимость в оказании экстренной медико-психологической помощи, в осуществлении которой ведущее место принадлежит телефонному консультированию.

Особенностью медико-психологической помощи по телефону является то, что она оказывается анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально. При этом эффективность воздействия зависит от незамедлительности предоставления психологической помощи, что значительно снижает остроту кризисного состояния и предупреждает возможность дальнейшего развития стрессового расстройства.

На территории Омской области уже в течение 18 лет в структуре Областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодниковой работает суицидологическая служба с круглосуточным телефоном экстренной медико-психологической помощи. Консультирование осуществляется бригадой специалистов, состоящей из врача-психиатра, психотерапевта или психиатра-нарколога, в дневное время на 1 ставку работает медицинский психолог.

В целях обеспечения доступности экстренной медико-психологической помощи жителям Омской области при Министерстве здравоохранения Омской области создана межведомственная рабочая группа по предупреждению социально-стрессовых расстройств, кризисных состояний и суицидального поведения среди населения Омской области. При поддержке Губернатора и Правительства Омской области выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами для «Телефона доверия», благодаря чему с февраля 2010 года жители самых отдаленных уголков Омской области имеют возможность получать бесплатную квалифицированную антикризисную помощь в любое время суток.

Уже в первый месяц работы сотовой линии «Телефона доверия» воспользовались данной возможностью 298 абонентов сотовой связи, что составило 38,3% от всех обращений. Появились обращения из 17 районов области, в том числе из отдаленных сел. Проводились различные виды

рекламной поддержки: выступления по радио и телевидению, в лечебных учреждениях и учебных заведениях, публикации в СМИ, распространялись информационные листы и бюллетени.

За 7 месяцев 2010 г (февраль-август) совместной работы сотовой и городской линии «Телефона доверия» количество всех обращений увеличилось в 1,5 раза по сравнению с аналогичным периодом 2009 года и составило 7115 обращений (в 2009 году – 4804 обращения). При этом обращения, полученные по мобильной связи, составили 41% (2966 обращений) от всех обратившихся на «Телефон доверия». Количество проблемных обращений, по-прежнему, остается высоким, в среднем 75% от общего количества звонков, как по городской, так и по сотовой линии.

Абонентов, обратившихся на «Телефон доверия» в кризисном состоянии чаще всего беспокоят проблемы здоровья. На втором месте по количеству обращений находятся проблемы зависимостей и созависимостей. Обращения по поводу взаимоотношений детей и родителей, семейных и любовных взаимоотношений, учебных и профессиональных проблем, проблемы одиночества также занимают значительное место в структуре проблемных звонков. Обращает на себя внимание увеличение количества обращений лиц в кризисных состояниях и с суицидальными тенденциями.

Таким образом, выделение бесплатных трафиков основными сотовыми операторами для «Телефона доверия» обеспечивает новое качество экстренной антикризисной помощи и имеет огромный потенциал, используя его, можно оказывать помощь людям, которые не могут получить ее иным способом по каким-либо причинам. Особенно важным это является для жителей отдаленных районов Омской области.

ПРОФИЛАКТИКА

МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Т.А. Кожевникова, В.Н. Кожевников

Красноярский ГПУ им. В.П. Астафьева

E-mail авторов: kogechnikova52@bk.ru

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что часть населения практически до сих пор находится в социальной коме, то

есть не видит ни возможностей, ни перспектив улучшения своего жизненного уровня. Отсюда и пьянство, и по-прежнему очень высокий уровень самоубийств. В связи с этим создание региональных программ по предупреждению самоубийств и организация новой, отвечающей современным требованиям, системы суицидологической помощи в стране и регионах, является на сегодняшний день чрезвычайно актуальным. В основе создания программ по предупреждению самоубийств должны лежать теоретические и практические знания в области профилактики суицидов. Многочисленными исследованиями показано, что в профилактике самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека, который собирается покончить с собой, его психическое отношение к предстоящему суициду. Поскольку самоубийство - деяние умышленное, то, прежде чем говорить об его предупреждении, необходимо рассмотреть мотивы и причины самоубийств.

В основе мотивов и поводов самоубийств наиболее часто встречаются следующие причины: лично-семейные конфликты, в том числе семейные конфликты, развод; болезнь, смерть близких; одиночество; неудачная любовь; оскорбления со стороны окружающих; половая несостоятельность; состояние здоровья, в том числе психические заболевания; соматические заболевания; уродства; конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе опасение уголовной ответственности; боязнь иного наказания или позора; материально-бытовые трудности; конфликты, связанные с работой или учебой, в том числе конфликты на работе; неуспехи в учебе.

Существует ряд факторов, способствующих развитию суицидального поведения: ослабление семьи и разрушение ее внутренней гармонии, общественно-политическая обстановка, борьба за существование, угрызания совести из-за какого-либо проступка или преступления и так далее.

Основными факторами риска суицида является ощущение человеком безнадежности. Лица с ощущением безнадежности могут рассматривать суицид как единственный способ решения своих проблем. Люди с душевными болезнями, расстройствами личности, а также лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют высокий риск суицида. В действительности, люди, страдающие не диагностированными психическими болезнями, совершают около 90% всех суицидов. Соматические болезни также увеличивают риск суицида, особенно когда они сопутствуют депрессии. Около 1/3 взрослых,

совершивших суицид, страдали от соматических болезней во время своей смерти.

Другой фактор риска суицида заключается в наличии предыдущих суицидальных попыток, а также в наличии случаев суицида среди родственников. Важную роль играет социальная изоляция индивида. Люди, живущие одиноко или имеющие мало близких друзей, не получают эмоциональной поддержки, которая предупредила бы появление чувства безнадежности и иррациональных мыслей во время трудного периода их жизни.

Признаки суицидальных намерений (по Шнейдемману):

- Общей целью суицида является нахождение решения, а общая задача суицида состоит в прекращении сознания.
- Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.
- Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.
- Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
- Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- Общим действием при суициде является бегство.
- Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
- Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

Одним из ведущих факторов профилактики суицида является установление новых форм социального взаимодействия или социальных отношений - профессиональных групп, так как старые формы социальной организации - семья, цех, церковь - не выполняют функций социального контроля. И тогда коллективное сознание обретает в обществе новое содержание и форму, воплощаясь в "религии человечности". Уважение человеческой личности становится как бы общественной догмой.

Таким образом, возрастание или уменьшение числа самоубийств варьируется в соответствии с уровнем интеграции социальных групп.

В настоящее время существует Международная ассоциация по предотвращению самоубийств, по рекомендации которой во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической

помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения и, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными.

Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получают огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями, - подразделение служб не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет.

Службы могут быть укомплектованы, как добровольцами, так и специалистами - психотерапевтами. Главное преимущество службы состоит в том, что ее основные звенья действуют не автономно, а объединены в систему. Структурные подразделения - "телефон доверия", кабинеты социально-психологической помощи, кризисные стационары - имеют преемственную связь и координируются центром.

Основным звеном в деле предотвращения самоубийств является анонимная телефонная служба ("телефон доверия"). Цель телефонной службы - стремление предложить любому человеку, находящемуся в кризисной ситуации и размышляющему о самоубийстве, телефонный контакт с сотрудником, готовым выслушать его как друг, способным помочь абоненту преодолеть кризисную ситуацию, с которой он столкнулся. Среди принципов службы особое место занимает доверительность, абсолютная секретность, запрет требовать вознаграждения за услуги и запрет оказания любого давления. Принципы работников служб - "не судить, не критиковать и даже не удивляться", а помочь абоненту самостоятельно прийти к правильному решению. Население широко информируется о наличии "телефонов доверия", но самоубийства при этом не упоминаются, сообщается только, что оказывается "помощь в беде, безнадежности и депрессии".

Тем не менее, острые медико-социальные проблемы не решаются сам собой. Многолетний опыт суицидологической работы свидетельствует о том, что оснований для самоуспокоения в этом вопросе чрезвычайно мало. Поэтому необ-

ходимо продолжать работу в этом направлении, как научную, так и практическую.

В основе психологических особенностей пациентов, склонным к суицидам, ведущая роль принадлежит проявлениям агрессивности, направленной на самого себя. Суициды имеют в своей основе три взаимосвязанных бессознательных причины: месть/ненависть (желание убить), депрессия/безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Современная психология рассматривает 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. Психотерапевты когнитивной школы, которые изучают процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления ("жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть"), которое ведет к невозможности выработки решений своих проблем. Согласно психологам, много суицидов символизируют крик о помощи, а также являются усилиями с целью привлечь внимание к своим проблемам.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Т.Ф. Мартынова

РЦ психолого-медикосоциального сопровождения
МО Республики Саха, Якутия

E-mail автора: rubicon_2002@mail.ru

Анализ проявлений аутоагрессивного поведения несовершеннолетних обучающихся в республике наглядно демонстрирует необходимость незамедлительного принятия превентивных мер, которые должны носить комплексный, межведомственный характер и учитывать природно-климатические, территориальные условия республики и менталитет населения. В республике разработан и принят постановлением Правительства республики Межведомственный план профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних «Я выбираю жизнь!» на 2010-12 гг.

Комплексный подход к профилактике деструктивного поведения, оперативное управление реализацией Плана и координацию деятель-

ности исполнителей осуществляет межведомственный Координационный совет.

С целью создания системы мониторинга аутоагрессивного поведения несовершеннолетних, формирования максимально достоверных статистических данных планируется создание единой базы данных, что подразумевает также разработку согласованной системы терминологии, стандартизованных кодов, документации, форм протоколов. Все это позволит обеспечить создание системы информирования всех служб и ведомств о фактах суицидального поведения с целью оказания действенной помощи со стороны всех специалистов. Предстоит разработать и утвердить Порядок взаимодействия психолого-педагогических, медицинских, правоохранительных и социальных служб по сопровождению лиц, склонных к суицидальному поведению, что будет способствовать созданию алгоритма взаимодействия по ранней профилактике суицидов среди населения.

В основном суицидальное поведение обусловлено отсутствием социальной сплоченности в обществе, нарастающим чувством отчуждения и одиночества. Становится актуальным использование ресурса общественных инициатив. Учитывая природно-климатические условия республики, сложную территориальную инфраструктуру, недостаток специалистов, особенно в отдаленных поселениях, необходимо адаптировать опыт других стран в подготовке волонтеров (парапрофессионалов) по оказанию помощи лицам и семьям в кризисной ситуации, из числа людей, пользующихся авторитетом и уважением в своем социуме. С этой целью планируется обучение волонтеров навыкам в оценивании риска суицида, интервенции в кризис и помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, а также постоянное методическое сопровождение и супервизия их деятельности.

В самом обществе отношение к суицидам должно основываться на убеждении, что сложившаяся ситуация разрешима, контролируема и поддается позитивным изменениям. В этом направлении придается большое значение роли СМИ в профилактике суицидов, когда наряду с обучением журналистов адекватной подаче материалов по проблемам психического здоровья и суицидов, планируется разработка материалов по формированию духовно-нравственных ценностей у молодежи на основе традиционных учений и верований народов республики, которые направлены на неприятие суицида.

Приоритетным в Плате следует считать разработку программы по охране психического

здоровья населения республики. Создание республиканской суицидологической службы в целях снижения суицидальной активности среди взрослого населения – необходимое условие профилактики аутоагрессивного поведения несовершеннолетних. Создание единого реабилитационного пространства на территории республики подразумевает развитие сети социально-психологических центров, кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисной помощи, социальных гостиниц.

Будет расширен спектр услуг социально-психологической направленности с применением современных инновационных технологий, методов, приемов. Помимо Телефона доверия, который во всем мире признан эффективным защитным фактором в профилактике суицидов, целесообразно использовать возможности сети интернет по формированию установок позитивной социализации у несовершеннолетних и молодежи. Республиканским Центром ПМСС организовано психологическое он-лайн консультирование подростков в кризисных ситуациях, что обеспечивает конфиденциальность, доступность и оперативность помощи.

Кадровое обеспечение Плате включает в себя проведение различных форм повышения компетентности для разных целевых групп профилактической работы (медицинского персонала, социальных работников, работников образования, правоохранительных органов и др.). Данным специалистам необходимо овладеть навыками по раннему выявлению состояния суицидального риска, оказания эффективной экстренной помощи в кризисной ситуации и организации комплексной реабилитационной помощи как необходимого условия профилактики повторных суицидов. С целью профилактики повторных случаев по подражанию и организации комплексной реабилитации ближайшего окружения суицидента в каждом муниципальном образовании республики созданы группы полипрофессионального сопровождения.

Для обеспечения грамотного, научно выверенного подхода к построению системы предотвращения суицидов среди подростков и молодежи необходимо развивать научные исследования. В апреле 2010 г. проведен первый этап экспедиционного комплексного изучения закономерностей формирования психического здоровья детей коренных и малочисленных народов республики под руководством ведущего научного сотрудника отделения соматического и психического здоровья детей НИИ медицинских проблем Севера Сибирского отделения РАМН,

д.м.н. Н.Б. Семеновой. Цель исследования: последующая разработка мероприятий по укреплению параметров психического здоровья и профилактике деструктивного поведения несовершеннолетних.

В заключение хотелось бы отметить, что суициды детей – это своеобразная «лакмусовая бумага» неблагополучия в обществе. Назрела необходимость в разработке общей стратегии превенции суицидальной активности населения с учетом мер социально-экономического характера.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.И. Распопова, Е.А. Панов

РНПЦ психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ Республики Казахстан

Е-mail авторов: pea83@list.ru

Суицидальное поведение является фактором, негативно влияющим на демографические показатели и социально-психологический климат в обществе, поэтому изучение причин и разработка эффективных программ профилактики самоубийств представляет собой одну из наиболее важных проблем современности. В широком круге вопросов, связанных с проблемами суицида, особое место занимает суицидальное поведение больных с психическими расстройствами, что обуславливает необходимость разработки дифференцированных программ его профилактики и определяет актуальность проведенного исследования.

Целью исследования явилось создание дифференцированных программ профилактики рецидивов суицидального поведения у больных с психическими расстройствами на основе изучения механизмов его формирования.

Материалом исследования послужили 550 больных с психическими расстройствами, госпитализированных в «Центр психического здоровья» города Алматы в связи с различными формами суицидального поведения. Для выполнения исследования применялись следующие методы: клинико-психопатологический; клинико-динамический; клинико-катамнестический; экспериментально-психологический; математико-статистический.

Результаты и обсуждение.

Проведенными исследованиями установлено, что риск формирования стойких суицидаль-

ных тенденций при отдельных типах механизмов суицидального поведения различен. Среди группы пациентов с продуктивно - психопатологическими механизмами, обусловленными наличием психотических переживаний, рецидивы суицидального поведения отмечались только у 1/3 больных (33,3%), а стойкость суицидальных тенденций с многократными (более 2-х раз) эпизодами суицидального поведения – у 13,8%. В группе пациентов с негативно - психопатологическими механизмами суицидального поведения, связанными с наличием негативной психопатологической симптоматики, почти у двух третей от их общего количества (66,3%) имели место неоднократные эпизоды суицидального поведения, при этом почти в половине таких случаев (44,6%) суицидальные тенденции носили стойкий характер, что приводило к многократным рецидивам суицидального поведения. Таким образом, наибольшую опасность в плане рецидивов суицидального поведения обнаруживают пациенты с негативно - психопатологическими механизмами, у которых риск рецидивов почти в два раза выше ($p < 0,05$), чем у больных с продуктивно - психопатологическими механизмами.

Определение механизма формирования мотивации суицидального поведения является основой не только для прогнозирования риска его рецидивирования, но и для прогнозирования наиболее вероятного механизма формирования суицидальных мотивов в будущем. Это обусловлено тем, что механизм суицидального поведения является стойкой индивидуальной особенностью и повторяется в его последующих эпизодах по типу «клише». Так, если у пациентов с продуктивно - психопатологическими механизмами суицидального поведения при повторных его эпизодах повторность механизмов по типу «клише» встречается в 67,7% случаев, то при многократных эпизодах их частота возрастает до 86,4% ($p < 0,05$). Подобная тенденция прослеживается и при негативно-психопатологических механизмах суицидального поведения: при повторных эпизодах – 81,8%, при многократных – 90%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что с возрастанием кратности эпизодов суицидального поведения увеличивается и вероятность повторения механизма его формирования по аналогичному варианту. Данная закономерность явилась основой для разработки дифференцированных лечебно - реабилитационных программ, направленных на профилактику повторных суицидальных действий у больных с психическими расстройствами.

В основу вторичной профилактики суицидального поведения у больных с психическими

расстройствами (предупреждение рецидивов суицидального поведения) нами положен социально-психиатрический подход с выделением многоосевого функционального диагноза, определяющего механизм формирования мотивации суицидального поведения:

1-я ось – клиническая характеристика ведущего психопатологического синдрома;

2-я ось – личностно-психологические особенности пациента;

3-я ось – наличие личностно значимой психотравмирующей ситуации в пресуицидальном периоде;

4-я ось – социально-средовые факторы, влияющие на качество жизни пациента.

Разработанные в рамках этого подхода лечебно-реабилитационные мероприятия подразделяются на специфические (направленные на основной механизм суицидального поведения) и неспецифические (направленные на коррекцию личностных особенностей, среды и ситуации, участвующих в формировании суицидальных мотивов, но не имеющих для данного механизма приоритетного значения).

При формировании мотивации суицидального поведения по продуктивно - психопатологическим механизмам специфические лечебно-реабилитационные мероприятия должны быть направлены на купирование психопатологических расстройств (1-я ось), а неспецифические меры профилактики на оси 2, 3, 4.

При формировании мотивов суицидального поведения по негативно-психопатологическим механизмам специфические лечебно - реабилитационные мероприятия при ситуационных вариантах должны быть направлены на оси 1 и 3, а при дезадаптационных - на оси 1 и 4.

Внедрение в клиническую практику данных программ позволило уменьшить число госпитализаций психически больных в связи с рецидивами суицидального поведения в среднем на 24%.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В г. СУРГУТЕ И СУРГУТСКОМ РАЙОНЕ: ОПЫТ МОНИТОРИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ

С.А. Смердов, В.В. Чертов

Сургутский психоневрологический диспансер

E-mail авторов: servskpnd@mail.ru

Уровень суицидов в нашей стране традиционно является одной из негативных характери-

стик состояния психического здоровья населения. В 2006 г. этот показатель составил 30,1 на 100000 населения, в 2008 г. – 27,1. Поэтому вполне обоснован интерес к данной теме, как психиатрического сообщества, так и общества в целом.

Суицидологическая обстановка на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, расположенного на севере Тюменской области, на фоне среднероссийских показателей может быть охарактеризована как относительно благополучная, уровень суицидов в 2009 г. составил 17,1 на 100000 населения, что на 58% ниже чем по Российской Федерации в целом. Показатель Юга Тюменской области на 46% выше среднероссийского – 39,8 на 100000 населения.

Распространенность суицидов среди населения г. Сургута и Сургутского района является самой низкой среди перечисленных выше территорий и составляет 9,3 на 100000 населения. Однако необходимо учитывать, что далеко не все случаи самоубийств распознаются и регистрируются как суициды.

Исходя из этого, мы считаем, что мониторинг распространенности суицидального поведения, анализ его истоков и профилактика суицидов являются одной из важнейших задач современной психиатрии.

В рамках этой работы с января 2009 г. нами проводится мониторинг завершенных и незавершенных суицидов на территории г. Сургута и Сургутского района. Эта работа осуществляется в тесном сотрудничестве с Департаментом здравоохранения ХМАО-Югры и всеми ЛПУ территории. Данные нами обобщаются, анализируются и передаются в Департамент здравоохранения ХМАО-Югры.

За период с января 2009 г. по июнь 2010 г. нами зарегистрировано 617 завершенных и незавершенных суицидов. Из них завершенные суициды составили 10% (61 случай).

Из всего количества суицидов 50% совершены женщинами и 50% мужчинами. Однако у мужчин доля завершенных суицидов составила 14,8%, у женщин 4,2% соответственно. Это согласуется с мнением, что женщины в большей степени склонны к демонстративным суицидальным попыткам, а у мужчин суицидальные намерения имеют более серьезный характер. У мужчин наиболее частым методом суицида являлись самоповреждения, у женщин отравления.

Доля несовершеннолетних среди всех зарегистрированных суицидов составила 8,8% (54 случая). Из них было 4 завершенных суицида, или 7,4% (у взрослых 10%). Лиц женского пола, среди совершавших суициды, оказалось вдвое

больше, чем мужского (38 и 16 соответственно), доля завершенных суицидов у мальчиков составила 18,8%, у девочек 2,6%. Девочки оказались еще более склонными к демонстративным суицидам, чем взрослые женщины. В пересчете на 1000 населения с учетом возраста это составило 1,72 и 3,78 соответственно. Уровень суицидальной активности у подростков превысил уровень взрослых более чем в 2 раза.

Известно, что подростки (наряду с лицами старческого возраста) являются наиболее уязвимой возрастной группой с точки зрения угрозы суицида. Однако это дополнительная иллюстрация необходимости усиленной антисуицидальной профилактики именно в подростковой среде.

Еще одним настораживающим феноменом, проявившимся в ходе нашей полуторалетней работы, стало неуклонное увеличение числа регистрируемых суицидов на нашей территории обслуживания. Так если за первое полугодие 2009 г. было зарегистрировано 157 суицидов (включая незавершенные), за второе полугодие 219 случаев, то за первое полугодие 2010 г. их было уже 241.

Основные направления нашей деятельности по профилактике суицидов представлены работой антикризисного кабинета, круглосуточного телефона доверия, работой с педагогическими и родительскими коллективами, с детьми и подростками. В 2009 г. нами был организован антикризисный кабинет на базе амбулаторного психотерапевтического отделения Сургутского психоневрологического диспансера. За 2009 г. зарегистрировано 202 посещения кабинета. 66 из них (32,7%) было связано с увольнениями или со страхом потери работы, т.е. социальная нестабильность является частой причиной психологического кризиса (более 1/3 случаев), который в свою очередь ведет к высокому риску суицида. Обратившиеся за помощью в антикризисный кабинет получают не только психотерапевтическую и психологическую помощь, но и подробную информацию о возможностях трудоустройства, профессионального обучения или переподготовки, о работе различных социальных служб.

Круглосуточный телефон доверия также был организован в 2009 г. За первый год работы было зарегистрировано 82 звонка, большая часть из них совершалась в период с 19 до 23 часов в будние дни и в дневное время выходных и праздничных дней. Длительность консультаций составила от 10 до 60 мин. Чаще звонили работающие женщины в возрасте от 30 до 50 лет. Основными причинами звонков оказались семейные проблемы.

Работа с педагогическими и родительскими коллективами проводится в формате тренингов и обучающих семинаров. За первое полугодие 2010 г. в них приняло участие 105 педагогов города и района. Основная цель семинаров – обучить педагогов распознавать признаки аутоагрессивного поведения и способствовать повышению стрессоустойчивости у учащихся. Наши психологи разработали и применяют программу тренингов по предупреждению рискованного поведения у детей и подростков. Опыт тренинговой работы регулярно передается школьным психологам.

В целом, нами активно проводится работа по профилактике суицидов во всех возрастных группах населения. Разрабатываются новые профилактические программы. Проводится научная работа по изучению причин суицидального поведения, в том числе у аддиктивных больных.

МОДЕЛЬ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДА В УСЛОВИЯХ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Н.Д. Узлов, А.Н. Узлов

Березниковский филиал Пермского ГУ, г. Березники

E-mail авторов: knots51@mail.ru

В Концепции демографической политики РФ предусматривается снижение смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с группами, особенно детей и подростков. Соответственно, одной из важнейших целей современной суицидологии является выявление потенциальных самоубийц. Для ее достижения необходимо решить, как минимум, три вида задач. Во-первых, осуществить поиск общих «маркеров» суицидальной опасности, которые в теоретическом плане хорошо прописаны и известны (личностные особенности, ситуативные факторы, параметры поведенческой активности и др.). Все эти факторы способны проявлять себя как явно, так и латентно, они могут быть наблюдаемы или психодиагностированы. Вторая значимая задача – выбор и оценка существующих методик по определению суицидального риска. В настоящее время их арсенал достаточно широк. Однако все они отличаются одной особенностью – так или иначе акцентируют суицидальные намерения, что недопустимо при исследовании контингента потенциально здоровых лиц. Третья задача – выявление индивидуальных диагностических признаков скрытой суицидальной активности и по-

строение на их основе программ антисуицидальной психокоррекции.

В 2007 году на кафедре психологии Березниковского филиала ПГУ была предпринята попытка разработать модель превенции суицида в условиях учебного заведения (2005-2007), которая затем была успешно реализована в работе со студентами 1-2 курсов Соликамского технологического техникума (Зебзеева Н.А., Узлов Н.Д., 2007), и продолжает использоваться в ряде учебных заведений г. Березники. Она также рассматривается в курсе суицидологии, который читается для студентов данного вуза (Узлов А.Н., 2007-2010).

Метафорой данной модели выступает идея «фильтра», «просеивания». Первому отборочному этапу отвечают педагогические методы – знакомство с семьей и оценка ее с точки зрения социального благополучия, педагогическое наблюдение, исследование состояния здоровья и др., позволяющие составить общее представление о личности учащегося. Другая сторона – психологическая. Концепция акцентуаций характера, на наш взгляд, представляет хорошую модель для оценки личностных качеств подростка. Акцентуация может быть явной или скрытой, имеет внутреннее ядро, «ахиллесову пятую», называемую «местом наименьшего сопротивления», подходящее к ситуации «как ключ к замку» (Личко А.Е., 1999). Кроме того, существующий инструментарий (ПДО) позволяет диагностировать определенные типы акцентуаций, угрожаемых по суициду. Второй отборочной методикой может выступать опросник «Выявление суицидального риска у детей» (Кучер А.А., Костюкевич В.П., 2001), представляющий собой набор высказываний (поговорок, пословиц, метафор), позволяющий выявить нежелательные (в т.ч. суицидальные) тенденции (НТ) у испытуемых. Методика хорошо зарекомендовала себя при работе, как с младшими, так и старшими подростками в возрасте 11-17 лет (Сердюкова Ю.А., 2005; Бровчук О.В., 2006 и др.).

В соответствии с первичным «просеиванием» из числа 120 студентов техникума было выявлено 46 явных акцентуантов и 10 учащихся с доминирующей НТ «добровольный уход из жизни». Выявленная на основе психодиагностики «группа риска» была подвергнута тщательному анализу с точки зрения угрожаемых суицидом факторов. В частности, был более детально собран анамнез (использовалась диагностическая карта А.Адлера), выявлены значимые жизненные события и проблемы, и «зоны суицидального риска», которые сопоставлены с личностно-

диспозиционными характеристиками испытуемых. Так, у одного из подростков с эпилептоидной акцентуацией значимыми событиями были смерть бабушки – единственного близкого ему человека, эмоциональное отвержение со стороны родителей, сочетающееся с рискованным поведением, алкоголизацией, склонностью к мести, бурным реакциям протеста. Другой учащийся, перенесший родовую травму, страдал постоянными головными болями, был неуклюж вследствие избыточного веса, подвергался насмешкам и моббингу. Для оценки степени выраженности скрытых суицидальных тенденций использовался ММРІ, имеющий в своем составе ряд «подвижных эмоциональных шкал», в частности, депрессии, с помощью которых можно оценивать и динамику психоэмоционального состояния в процессе проводимой терапии (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976). Соответственно, все потенциальные суициденты были подвергнуты данной процедуре. Завершающим этапом было включение подростков в краткосрочную психотерапевтическую программу. Из числа студентов техникума было сформировано несколько групп по 8-12 человек, куда были включены «проблемные» учащиеся. Никто из испытуемых не знал об истинной цели программы. Занятия проводились три дня в форме 8-10 часового интенсива. В основу была взята программа краткосрочной групповой интегративной психотерапии Е.Ю. Пурло (2005, 2006). Результативность антисуицидального психотренинга оценивалась на основе повторного наблюдения, внешних (экспертных) оценок и ретестирования (через 2 месяца) с помощью ММРІ. У 9 из 10 испытуемых была отмечена положительная динамика в их психоэмоциональных и поведенческих реакциях, взаимоотношениях со сверстниками и родителями. Как показали дальнейшие наблюдения, включение «проблемных» подростков в такого рода группы развивает у них способность к рефлексии, взаимодействию с другими людьми, повышает их самооценку, формирует позитивное самоотношение и самопринятие. Разумеется, никакой тренинг не может служить 100% гарантией несовершения в последующем суицидальных поступков, тем не менее, групповая работа в известной мере формируют иммунитет к такого рода деяниям.

Предложенная нами модель превенции суицидов не претендует на оригинальность, она лишь подчеркивает значимость грамотного взаимодействия администрации и психологической службы образовательного учреждения по предупреждению детско-подростковых самоубийств.