

# Суицидология №2 2012

**Suicidology**

рецензируемый научно-практический журнал  
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ  
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

Ю.В. Ковалев, д.м.н.  
(Ижевск)

И.А. Кудрявцев, д.м.н., профессор  
(Москва)

Б.С. Положий, д.м.н., профессор  
(Москва)

К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор  
(Екатеринбург)

Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.  
(Красноярск)

В.А. Солдаткин, д.м.н.  
(Ростов-на-Дону)

С.М. Уманский, д.м.н., профессор  
(Тюмень)

В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор  
(Уфа)

РЕДАКЦИОННЫЙ  
СОВЕТ

С.И. Ворошилин, к.м.н., доцент  
(Екатеринбург)

И.Н. Габсалямов (Тюмень)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

\* \* \*

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

Свидетельство:  
ПИ № ФС 77-44527  
от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986  
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

Адрес для переписки:  
625041, г. Тюмень, а/я 4600

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

Интернет-ресурсы:  
www.elibrary.ru  
www.tyumsma.ru

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

## Содержание

- И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало*  
Психологические факторы и механизмы  
суицидогенеза как критерии суицидального  
риска и направленной профилактики ..... 3
- В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов,  
А.С. Бобков*  
К вопросу о механизмах аутоагрессивных  
действий больных шизофренией и их связи  
с механизмами агрессивного поведения  
(обзор литературы) ..... 11
- А.В. Меринов*  
К вопросу диагностики суицидального  
поведения при алкогольной зависимости  
у мужчин ..... 21
- С.И. Ворошилин*  
Алкогольный фактор среди причин роста  
самоубийств в СССР и в постсоветских  
государствах ..... 24
- В.А. Розанов, А.А. Мидько*  
Метафакторы Big Five и феномен безнадёжности  
в предикции суицидальности ..... 34
- Р.М. Масагутов, М.Ю. Пронина,  
Ю.М. Николаев*  
Распространенность и факторы риска  
суицидального поведения осужденных мужчин .. 43
- Ю.Р. Вагин, Н.А. Стрелков*  
Авитальная активность у лиц,  
страдающих бронхиальной астмой ..... 50
- Авторам работ ..... 56

**Журнал «Суицидология» издается с 2010 года**

**Vertae!**

## Contents

<i>Joseph A. Kudryavtsev, E.E. Dekalo</i> Psychological factors and mechanisms of suicide genesis as criteria for suicide risk and directed prevention..... 3	<i>S.I. Voroshilin</i> Alcohol as a factor in growth causes of suicides in the Soviet Union and in former Soviet countries .....24
<i>V.A. Soldatkin, A. Perekhov, A.S. Bobcov</i> To the question of mechanisms of autoaggressive actions in patients with schizophrenia and their relationship with the mechanisms of aggressive behavior ..... 11	<i>V.A. Rozanov, A.A. Mid'ko</i> Metafactors of Big Five and Hopelessness in prediction of suicidality ..... 34
<i>A.V. Merinov</i> To the issue of the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependent patients ..... 21	<i>R.M. Masagutov, M.Y. Pronina, Y.M. Nicolaev</i> Prevalence and risk factors of suicidal behavior in convicted males ..... 43
	<i>Y.R. Vagin, N.A. Strelkov</i> Avital activity of patients suffering from bronchial asthma ..... 50

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на второе полугодие 2012 года.  
Индекс подписки: 57986  
Каталог научно-технической информации ОАО «Роспечать»  
Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

---

Третья научно-практическая конференция с международным участием

### **«Суицидальное поведение: современный взгляд»**

**19 октября 2012 г., г. Тюмень**

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2012 г., высланные в адрес оргкомитета  
на e-mail sibir@sibtel.ru

Публикация тезисов - бесплатно

---

Учредитель и издатель: ООО «М-центр», г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74  
Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202  
Заказ № 115. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 22.06.12 г. Распространяется по подписке.  
Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, Володарского, 45, телефон: (3452) 46-90-03  
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

УДК 616.89-008.441.44

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДОГЕНЕЗА КАК КРИТЕРИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И НАПРАВЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г. Москва  
Пензенская областная психиатрическая больница, г. Пенза

Контактная информация:

Кудрявцев Иосиф Абакарович, д.м.н., д.п.н., профессор, руководитель лаборатории психологии Отдела экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. Телефон: (495) 637-50-77; e-mail: psytab.kja@serbsky.ru  
Декало Екатерина Эдуардовна, медицинский психолог 3-го отделения ГБУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница, e-mail: dekaloe@mail.ru

На основании комплексного психодиагностического изучения батарей методик 31 лица с состояниями пре-суицида, потребовавшего недобровольной госпитализации, и постсуицида после незавершённых попыток самоубийства, проведён системный сопоставительный анализ полученных данных. Исходя из приоритета разработки эффективных мер превенции, раскрыты как внешние социально-психологические причины, так и внутренние факторы и закономерности суицидогенеза. Показано, что они должны рассматриваться как значимые маркёры риска и механизмы самодвижения (развития, поддержания и эскалации) суицидального процесса. Своевременная диагностика этих ключевых психологических образований и механизмов позволяет целенаправленно и эффективно проводить психофармакологическое лечение, психотерапию и психологическую коррекцию суицидоопасных состояний пациентов, направленно осуществлять адекватные меры их реадaptации и социальной реабилитации.

*Ключевые слова:* самоубийство, суицидогенез, суицидокинез, психологические педикторы угрожающего самоубийства, риск суицида.

Проблема своевременной диагностики и профилактики суицидального поведения является чрезвычайно актуальной. Последние десятилетия были отмечены ростом самоубийств и суицидальных попыток во многих странах мира. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2020 году количество самоубийств может возрасти на 50%, а количество людей, совершающих суицидальные попытки, увеличится в 10–20 раз [3], составив около 1,5 миллионов [8].

В России смертность от суицидов стоит на 5-м месте среди всех причин смертности, а смертность в результате суицидов в возрасте от 15 до 34 лет занимает первое место [5]. Оценивая показатели в нашей стране, ВОЗ признала, что Россия находится в состоянии чрезвычайной ситуации [5], а сама проблема самоубийства есть «...одна из самых важных проблем общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи, общества».

Одним из аспектов медицинского решения этой проблемы является совершенствование превентивных мер, включающих раннюю

надежную диагностику состояний, угрожающих суицидом [6].

Приоритетное значение в этом направлении имеет оценка внутренних смысловых факторов суицидального риска, которая до настоящего времени разрабатывалась преимущественно в клинко-психологическом, сугубо поведенческом аспекте [1, 2].

Особую важность в этом плане имеет мониторинг лиц, помещённых в кризисный стационар в порядке недобровольной госпитализации по поводу суицидальных намерений (навязчивых мыслей, замыслов) или / и незавершённых попыток самоубийства. Это определяется тем, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем [7]. Особенно уязвимым является период ближайшего года. Вследствие этого такие лица должны быть отнесены к группе наиболее высокого риска, требующего эффективного профессионального наблюдения и направленной профилактики суицидальных рецидивов, опирающихся на индивидуальный прогноз кризисного эпизода. Между тем, результаты специальных психодиагностических исследований такого

рода в отечественной литературе практически отсутствуют. Восполнение этого пробела предпринято в настоящей работе.

Цель исследования: определение и оценка внутриличностных факторов и закономерностей суицидального поведения по данным психодиагностических исследований для разработки психологических предикторов суицидального риска и мер профилактики.

Для достижения этой цели ставились следующие задачи:

1) практическая апробация и отбор наиболее эффективных методов психодиагностики, раскрывающих механизмы суицидального поведения и ведущие звенья его профилактики;

2) раскрытие прогностического значения результатов тестирования, выделение критериев повышенного суицидального риска и механизмов его реализации у исследованных лиц.

Методические средства.

В качестве основных психодиагностических способов выявления личностных маркеров суицидального поведения были применены:

1. Данные специального мотивационного интервьюирования, выявляющие основные мотивы суицидального поведения и уровень осознанности компонентов мотива.

2. Метод портретных выборов Сонди.

3. Методика определения уровня мотивационно-личностного конфликта.

4. Шкала депрессии А. Бека, шкала тревоги А. Бека, «шкала суицидальных мыслей» А. Векс, шкала HADS.

5. Для статистической обработки наблюдений были применены методики пакета прикладных программ «R-system», а в отдельных случаях – расчёт t-критерия.

Методы психологической диагностики были направлены на получение данных об особенностях эмоциональной, мотивационно-потребностной, коммуникативной сфер личности, наличие которых могло иметь значение для формирования суицидального поведения респондентов

Материал исследования.

Были исследованы пациенты (31 человек)<sup>1</sup> двух кризисных стационаров Пензенской областной психиатрической больницы (ПОПБ), направленных на недобровольную госпитализацию в связи незавершёнными суицидальными

попытками (14 человек: 5 женщин и 9 мужчин) или навязчивыми суицидальными мыслями (17 человек: 14 женщин и 3 мужчин). Асимметрия частот полового состава групп отражает гендерный фактор, выражающийся в известном преобладании более радикальной экспрессивной суицидальной активности у мужчин. Выявленная зависимость косвенно подтверждает репрезентативность изученной выборки.

При стационарном исследовании были установлены следующие клинические диагнозы:

F06.3 – Органические расстройства настроения (аффективные) – 9,7%;

F60 – Специфические расстройства личности – 12,9%;

F32.2 – Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов – 3,2%;

F41.2 – Смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 12,9%;

F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство – 9,7%;

F43.2 – Расстройство приспособительных реакций – 16,1%;

F44.7 – Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства – 22,6%;

F45.0 – Соматизированное расстройство – 12,9%.

Обращает на себя внимание преобладание смешанных тревожных, депрессивных и конверсионных расстройств (в целом 44,5%), значительный вес «расстройств приспособительных реакций» (16,1%) в стрессовой ситуации и после её минования («посттравматическое стрессовое расстройство – 9,7%), существенная доля пациентов с расстройствами личности (12,9%).

В качестве ведущих синдромов определялись: депрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, истерический, истеро-неврастенический, ипохондрический, тревожно-депрессивно-ипохондрический, слезливая депрессия, синдром панических атак.

С учётом характера суицидокинеза и его этапа полученные данные анализировались в рамках двух типов (моделей) суицидальной активности: пресуицидной (суицидальные мысли, потребовавшие госпитализации) и постсуицидной (незавершённые суицидальные попытки).

Результаты исследования и обсуждение.

Сравнение выделенных групп по возрасту показало, что, наряду с гендерным фактором,

<sup>1</sup>Сплошное невыборочное исследование поступивших в период с 01.01.2011 г. по 01.08.2011 года.

важной компонентой суицидального поведения является возрастная. Суицидальная активность женщин и мужчин в виде суицидальных переживаний (мыслей) чаще отмечалась у лиц 45-55 лет, т.е. у женщин находящихся в пременопаузальном и климактерическом периоде. В группе же постсуицида преобладали лица молодого возраста (женщины 30-32 лет и мужчины 18-29 лет). Данный факт может свидетельствовать о более высоком антивитальном потенциале исследованных в период кризиса среднего возраста с ростом депривации социальных ожиданий и углублением фрустрации сущностных потребностей, причём у мужчин пик антивитальной суицидальной активности в виде попыток самоубийства смещён на более молодой возраст. Это, по-видимому, отражает более высокий уровень дополнительного смыслового травмирования их психики (личности) в результате неоправданных внутренних и внешних карьерных экспектаций, статусных неудач именно в период поиска и освоения своей социальной ниши. Такой эффект отчасти имеет культуральную природу, связанную с более высокой мотивацией достижения у мужчин в обществе свободной конкуренции.

Таблица 1

Группа пресуицида		
Показатель	Средние	Ошибки
Возраст	38,0	11,4
Депрессия	28,76	12,81
Тревога	25,23	11,33

Таблица 2

Группа постсуицида		
Показатель	Средние	Ошибки
Возраст	31,21	9,94
Депрессия г	29,28	13,13
Тревога	20,35	9,07

Отмеченная тенденция заметна и при сравнении усреднённых показателей. Как видно из таблиц 1 и 2, средний возраст у лиц в группе угрожаемого суицида заметно выше, чем у пациентов в группе постсуицида, совершивших суицидальные попытки. Показательно, что средние показатели депрессии в группах практически одинаковы, но тревожные аффективные расстройства ниже в группе постсуицида, что усиливает влияние возрастного фактора в этой группе лиц.

Результаты интервьюирования для выявления основных мотивов суицидального

поведения и определения уровня осознанности их компонентов.

При интервьюировании респондентов обеих групп данные, пригодные для содержательного анализа психотравмирующего фактора, были получены в 30 случаях. Сравнение частоты встречаемости психических травм, преципитирующих суицидальное поведение, статистически значимых отличий в группах не обнаружено (табл. 3).

Вместе с тем, представляет теоретическую и особенно практическую терапевтическую важность решение вопроса о степени общей внутренней зависимости, патогенетического родства исследованных групп. Проверка гипотезы осуществлялась с помощью целостной оценки дисперсии выборок методами *t*-критерия для анализа связанных и несвязанных выборок<sup>1</sup>.

Проведённые расчёты показывают, что с вероятностью близкой к 90% ( $t=1,7$ )<sup>2</sup> подтверждается гипотеза о довольно выраженной однородности выборок. Это позволяет рассматривать пресуицид и постсуицид как патогенетические звенья или этапы целостного суицидального процесса.

В свою очередь, это предполагает разработку единого внутренне согласованного психокоррекционного и терапевтического подходов и базовых мер профилактики при осуществлении программы предупреждения самоубийств на различных стадиях антивитального процесса. В первую очередь, это имеет значение для диагностики и реабилитации лиц с высоким суицидальным риском на наиболее трудных для диагностики – начальных этапах антивитальной деформации (антивитального развития) личности.

Вместе с тем, обращает внимание превалирование некоторых типов психогений: потеря близких лиц в группе клинического пресуицида, тяжёлые личностно непереносимые и субъективно недоступные для совладения финансовые проблемы и одиночество – в группе постсуицида. Как показал направленный экзистенциальный семантический анализ, переживания этих типовых психических травм были различны.

<sup>1</sup> <http://chemstat.com.ru/node/17>

<sup>2</sup> Критические значения *t*-критерия для различной доверительной вероятности *p* и числа степеней свободы *f*: (<http://chemstat.com.ru/node/17>)

Содержание суицидальных мотивов

Мотив	Группа пресуицид	Группа постсуицид	Всего
Потеря близких лиц	7=12,73%	2=4,76%	9=9,3%
Репродуктивные проблемы	6=10,91%	3=7,14%	9=9,3%
Потеря смысла эмоционально значимых отношений	9=16,36%	7=16,66%	16=16,5%
Тяжёлые финансовые затруднения	8=14,55%	10=23,8%	18=18,56%
Семейные проблемы (разрыв, развод, отношения с детьми, родителями)	9=16,36%	5=11,9%	14=14,43%
Алкоголизм, наркомании супруга, супруги	6=10,91%	4=9,52%	10=10,31%
Одиночество	7=12,73%	10=23,8%	17=17,53%
Иное содержание	3=5,45%	1=2,38%	4=4,12%
Итого:	55=100%	42=100%	97=100%

Потеря близких в группе пресуицида носила длительный, порой многолетний характер глубокого личного горя, всё большего осознания невозможности утраты с постепенным изменением (утратой) отношения к ценности своей жизни, нарастанием антивитальных депрессивных переживаний бессмысленности дальнейшего существования.

Переживание тяжёлых финансовых затруднений возникало в состоянии усиления личностной дезадаптации, ответственности за судьбу близких, протекало на фоне нарастающей тревоги и страха за своё и их будущее, нередко перемежалось состояниями катастрофического раптоидного характера на фоне острого ощущения социальной изоляции, недоступности социальной поддержки. Суицидальная попытка отражала в этих случаях «реакцию призыва», апелляцию к социуму о неотложной помощи, попытку выйти из коммуникативного вакуума, привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, разделить ответственность с лицами, оказывающими эмоциональную поддержку и помощь.

Таким образом, несмотря на типологическую эквивалентность психотравмирующего эффекта в группах, и данные за почти 90% вероятность принадлежности их членов к семантически связанным выборкам, смысловые переживания и механизмы поведения субъектов в группах *пре-* и *пост-суицидов* существенно различаются, являются личностно индивидуализированными. Это необходимо учитывать при организации психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий для достижения успеха реадaptации и социальной реабилитации пациентов. Здесь уместно сослаться на

психотерапевтическую концепцию В.Д. Вида [4], писавшего о патогенетических мишенях выбора вида лечебного воздействия (психофармакология, психотерапия, психокоррекция, социальная реабилитация), адекватным ведущим психопатологическим, патоперсоналогическим, компенсаторно-личностным или / и социогенным механизмам в динамике терапевтического процесса.

Привлечение для научного рассмотрения *экзистенциального анализа* содержания психической травмы позволило также выявить уровень нарушений неосознаваемых механизмов восприятия и осознаваемых механизмов её переработки. Это, в свою очередь, дало возможность раскрыть систему взаимодействия защитно-поисковых антистрессовых механизмов, знание которых в дальнейшем определяло содержание программ психологической коррекции и мер вторичной психологической профилактики суицидов.

Результаты анализа показали, что степень рефлексии, глубина осознания взаимосвязи психотравмирующего события и последующих мыслительных и поведенческих актов – важнейший критерий суицидального риска психологического уровня. Разработка данной «темы» интервьюирования было положено в основу программ психологической коррекции. Основным механизмом её терапевтического воздействия был направлен на усиление рефлексии причин и механизмов актуальной суицидальной активности. Это выразилось в сопряжённых коррекционных воздействиях как на уменьшение «удельного веса» защитных механизмов, которые полностью или частично были направлены на неосознаваемое вытеснение истинного экзи-

стенциального смысла ведущей суицидогенной психотравмы, так и на укрепление терапевтически эффективных осознаваемых рациональных защит. Было установлено, что защитные механизмы в выделенных группах работают по смещённому смысловому принципу. Лицо в состоянии пресуицида не может самостоятельно осуществить рациональный анализ ситуации, понять истинный смысловой контекст, причины и корни нарастающего тягостного психоэмоционального состояния, оценить его развитие как болезненный процесс. Доминирующим смысловым содержанием сознания пресуицидента становится крепнущее убеждение, что в его жизни «совершается не то, что, в ней должно совершаться. Следовательно, такая жизнь не имеет смысла». Такой деструктивный защитный механизм переводит ситуативное напряжение в личностное, постоянное. Он не позволяет вычленивать ситуативный принцип «сейчас», осознать свою душевную боль как результат «временного стрессового влияния», не подлежащего оценке как главного единственного условия, определяющего всё будущее. Уровень осознания и степень адекватности понимания такой взаимосвязи, согласно К. Ясперсу, даёт возможность составить представление об экзистенциальной позиции человека.

Значимые различия между группами были установлены по показателю «отсроченность психотравмирующего события» ( $U=56,0000$ ). Испытуемые группы пресуицида отмечают сохранение напряжения на протяжении всего времени. Средняя продолжительность отсроченного действия психотравмирующего события 1,2 года. По результатам интервьюирования респондентов группы постсуицида суицидальные намерения совершаются чаще не импульсивно, а «подготовлено» «после неотступного мучительного мыслительного размышления», носящего характер навязчивой реминисценции («умственной жвачки»). Триггерным событием является внезапная «неподготовленная» реакция на осознание какого-либо особенно индивидуально непереносимого аспекта влияния психической травмы. Перевод в осознаваемую сферу чаще ограничивается только первичным признанием необходимости фатальных решений, переживанием «безальтернативности» для личности суицидального намерения.

Таким образом, рефлексия актуальных переживаний смысла существования личности

носит односторонний, редуцированный, а, главное, искажённый характер. *Формирующаяся в результате этого «защитная база» субъекта включает в себя непонимание и отсутствие своевременного анализа суицидальных мыслей.* Такое когнитивное нарушение влечёт за собой серию деструктивных поведенческих актов, усугубляющих социальную дезадаптацию с усилением подпороговой сензитивности и расширением болезненной реактивности. Круг «неправильных», с субъективной точки зрения поступков, расширяется и теряет способность к управлению, направленной корректирующей саморегуляции. Переживания «неправильности и бессмысленности» жизни приобретает характер необратимой и неотвратимой непроизвольной личностной катастрофы. Эту внутреннюю деструктивную работу сознания, отражающую нарушенный механизм психологической защиты, обуславливающую формирование аутоагрессивного намерения, развития суицидальных замыслов, «подготовку суицидального поступка» с попыткой его реализации при усугублении «порочного круга деструктивных антивитальных переживаний» мы расцениваем как стадию интринсивной аутоагрессии суицидального антивитального процесса.

Как уже отмечалось выше, важнейшей темой диагностического интервьюирования было выяснение возможности осознания респондентом иной, более конструктивной (не аутоагрессивной деструктивной) реакции на психотравмирующее событие. Степень и качество доступности такой рефлексии расцениваются нами как критерий суицидального риска.

Анализ в этом направлении показал, что 67% лиц в группах *пресуицида* не видят иной возможности продолжать жизнь также на момент интервьюирования. Связывают «решение о самоубийстве» со своим «заболеванием» – 30%; боятся потерять контроль – 74%. Смысловой аспект «изменения» ситуации во всех вариантах переживаний отличался высоким уровнем «внешнего вообще», декларациями виртуальной необходимости непродуктивной, неадекватной, не направленной на решение проблемы активности. Такой механизм лежит в основе развития стадии «экстринсивной аутоагрессии» суицидогенеза.

В группе *постсуицида* «попытки» самоубийства вновь предприняли бы 38% респондентов, сожалеют о предпринятой попытке – 58%, ссылаются, что не помнят суицидальный

акт (вытесняют его) – 4% помещённых в больницу.

В качестве внутренних смысловых барьеров, препятствующих реализации суицидальных замыслов, в 44% случаев назывались родители (в том числе их материальные затраты на похороны или лечение); в 33% – дети; в 11% – указывалось на «невозможность» нанести себе вред. Иные причины упоминались в 10% случаев.

Изложенные особенности смыслового осознания собственной суицидальной активности имеют значимые непараметрические статистические различия по группам ( $U=62,0000$ ). В совокупности с содержательными смысловыми отличиями это убедительно подтверждает возможность выделить названные варианты *интринсивной аутоагрессии* и *экстринсивной аутоагрессии* в рамках динамики антивитальной трансформации смыслового ядра личности (суицидогенеза).

Для понимания источников и механизмов суицидальной активности исследуемых лиц существенное значение имеет рассмотрение уровня и источников психоэмоционального напряжения, анализ характерологические особенности респондентов групп пресуицида и постсуицида.

Общие показатели психоэмоционального напряжения. Как отмечалось выше, значимых различий показателей депрессии по группам не было обнаружено. Однако заметное преобладание тревожного компонента психоэмоционального напряжения наблюдалось в группе пресуицида (см. табл. 2 и 3). Показатели тревоги и депрессии высоко коррелируют между собой ( $r=0,93$ ). Более высокие показатели тревоги с преобладанием соматического компонента обнаруживаются в группе респондентов женского пола. При этом чаще предъявлялись жалобы на соматические нелокализованные ощущения, чем на неприятные мысли как источник психоэмоционального напряжения.

Характерологические особенности респондентов группы пресуицида (по данным анализа результатов интервью и психодиагностических тестов)

Для суицидальных переживаний исследованных лиц наиболее типично было следующее:

Глубокое влияние психотравмирующего события; длительное сохранение желания вос-

становления утраченной (часто безвозвратно) стабильности. Неспособность эффективного действия, пассивность позиции переживаются мучительно; сопровождаются чувством вины утраченной стабильности, запускающих саморазрушительный механизм генерализации ожидания наказания.

Пароксизмально усиливающаяся, скрываемая неосознаваемая повышенная агрессивность блокирует нормативную активность и содержательно наполняется садистическим (по Сонди) смыслом.

Стремление к постоянству в сфере контактов, желание вернуть утраченные отношения. При этом нормативный способ достижения этой цели не входит в зону осознания. Первично превалирует чувство вины за невозможность изменить ситуацию, порождающее основное смысловое наполнение аутоагрессии на когнитивном и поведенческом уровне. Когнитивное искажение – «комфортно только в отношениях, которые утрачены». Ригидное стремление к постоянству субъективно ограничивает пластичность переработки информации, а блокировка возможности решения ведёт к максимизации чувства вины.

Нарушения в сфере «Я», которые проявляются как глобальная фрустрация «Я» во всех сферах жизни; хронический внутриличностный конфликт, функциональные нарушения во всех сферах. Имеет место выраженное когнитивное искажение – «все, что происходит – результат моих неправильных действий, я заслуживаю наказания». При этом в зону осознания не попадает позитивная когнитивная переработка: «это – ситуационное *временное внешнее* влияние». Выступает неспособность к эмоциональному контакту, социальная изоляция, эгоцентрическая фиксация на себе с отнесением всего негативного к себе лично, порождающие тревоги, страхи, стереотипные защитные отказы, избегания попыток решения проблем.

При этом обнаруживается снижение способности справиться с напряжением, обусловленной оценкой по отношению к собственным потребностям в *дихотомических системах* (плохо – хорошо, можно – нельзя, должен – не должен); эта тенденция возрастает с возрастом респондентов ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ );

Выступает преобладание смыслового значения аутоагрессии как реакции призыва ( $U=65,5000$ ); повышается потребности в самозащите с помощью поведенческой и мыслительной аутоагрессии. При этом любая ситуа-

ция воспринимается как опасная или потенциально опасная, требующая защиты. Данная тенденция снижается с возрастом ( $r=0,54$ )

В качестве психологических защит выступают компенсаторные механизмы в форме фантазирования, и/или ухода.

Психологическими маркерами повышенного суицидального риска в группе пресуицида являются следующие качества: не развитость системы самомотивации, ригидность системы реагирования, неспособность разрешения проблем, грубые нарушения саморегуляции со склонностью к фиксации на единственном способе реагирования.

К когнитивно-поведенческим маркерам повышенного суицидального риска в группе пресуицида также относятся избегание удовлетворения потребностей (в тяжёлых случаях не развитость системы формирования потребностей), копинг-стратегии ухода, что особенно типично для стратегии поведения в конфликте. Не развитость и/или истощённость ресурсов флексибильной системы реализации потребностей. В основе аутоагрессии ригидная система «блокировки и замирания» в ситуациях фрустрации. Ведущая фрустрационная потребность – внутреннее желание комфортных отношений, не проявляется активно; содержание внутриличностного конфликта – неспособность повлиять на изменение неудовлетворяющих отношений.

В феноменологическом плане нарушения психической деятельности у исследованных лиц могли быть представлены в виде типизированных пресуицидных патопсихологических симптомокомплексов разной степени тяжести.

Психогенно-невротический (*дезадаптационный*) симптомокомплекс включал в себя эмоциональные расстройства; психосоматические «фиксации»; явления нарушения умственной работоспособности; наличие внутриличностного конфликта, неадаптивных реакций на психотравмирующую ситуацию; фиксации на психотравме; когнитивными нарушениями в виде мыслей о никчёмности и бесперспективности жизни, антиципационными компенсаторными расстройствами и проявлениями дизрегуляции поведения в виде нарушения планирования, оценки, иррациональными убеждениями единственности социальной причины психологических нарушений, их постоянности и неизменности.

Психогенно–психотический (*глубокий дезадаптационный*) симптомокомплекс включал в себя эмоциональные расстройства, психосоматические «фиксации», явления истощения психической деятельности, наличие внутриличностного конфликта, неадаптивные и неадекватные реакции на психотравмирующую ситуацию, тяжёлые нарушения личностной системы отношений, неадекватность когнитивной и поведенческой систем.

#### Характерологические особенности респондентов группы постсуицида

Более высокий субклинический уровень депрессии у респондентов женского пола ( $r=0,64$ ). Преобладание импульсивных форм аутоагрессивного поведения, снижение склонности к анализу, самоанализу: характер длительно сохраняющихся суицидальных мыслей редко относится к самому себе, а лишь к внешним условиям фрустрирующей ситуации ( $U=59,0000$ ).

Значимое преобладание ( $U=73,5000$ ) по показателю «разряженного напряжения как следствие влияния психотравмы»: респонденты данной группы выбирают аутоагрессивное поведение с ведущей атарактической неосознанной мотивацией снятия напряжения.

Нарушение ценностно-потребностной сферы с повышением тенденции скрывать и отрицать свои желания (выраженная Я-деструкция), ( $r=0,52$ ).

Инфантильная реакция адаптации как ориентации на поведение других людей. Данная тенденция сопровождается повышенной зависимостью от мнения значимого лица ( $r=0,68$ ). Ведущий защитный механизм – вытеснение.

Тенденция блокировки собственных потребностей сопровождается болезненными формами мазохизма ( $r=0,34$ ). Новые потребности не формируются благодаря активному механизму торможения тех влечений личности, которые базируются на эмоциях интереса и развития ( $r=0,70$ ).

Деструкция коммуникативных качеств. Ведущая фрустрированная потребность – так называемая потребность «быть среди людей, быть, как все люди». Расстроена способность контролировать свои действия в отношении других людей. Нарушение коммуникативных навыков – чувства дистанции в общении, излишняя навязчивость, нетерпимость по отношению к людям.

В качестве ядерных психологических расстройств, свойственных всем исследованным лицам с различными видами суицидальной активности, были выделены следующие патопсихологические свойства: болезненное переживание одиночества; взаимосвязи агрессивных и аутоагрессивных форм реакций; взаимосвязи мыслительных и поведенческих компонентов аутоагрессии.

Сравнение наиболее типичных психологических качеств лиц в группах пресуицида и постсуицида позволило наметить свойственные им признаки повышенного суицидального риска, выделив критерии истинных суицидальных актов в отличие от шантажно - демонстративных.

Отличительными признаками истинных суицидальных попыток были следующие:

- значительно сниженный контроль над проявлением агрессии;
- невозможность (неумение) выразить уход от внешнего и внутреннего одиночества, социальной изоляции неагрессивным или/и аутоагрессивным способом;
- более высокое чувство вины, ярко выражена потребность в защите сферы контактов посредством единственной коммуникативной реакции в виде агрессии, наличие механизмов её накопления.

Наряду с отмеченными дифференцирующими критериями, для группы истинных суицидальных попыток были типичны нарушения сексуальных влечений в тесте Сонди, обнаруживающие значимые различия с шантажно-демонстративными попытками.

Заключение.

Таким образом, обнаруженное при статистическом анализе сродство выборок пресуицида и постсуицида было подтверждено результатами анализа совокупности полученных психодиагностических данных, раскрывающих личность на разных уровнях функционирования, со стороны различных структур и механизмов.

Исходя из приоритета разработки эффективных мер превенции, раскрытые закономерности, как и факторы социально - психологической природы, вызывающие неадекватные фатальные реакции на психические травмы, должны рассматриваться как наиболее значимые маркеры риска и механизмы самодвижения (развития, поддержания и эскалации) суицидального процесса по закономерностям «порочного круга». Своевременная диагности-

ка этих ключевых психологических образований и механизмов суицидогенеза позволяет не только вовремя принять профилактические меры, предупредить развитие фатальных суицидных состояний, но и ориентирует в выборе «терапевтических мишеней», учитывающих патогенетические механизмы (смысловую основу) актуальных этапов развивающейся антивитаальной трансформации (деструкции) личности. Такое знание позволяет целенаправленно и эффективно проводить психофармакологическую, психотерапевтическую и психокоррекционную курацию угрожаемых состояний пациентов, направленно осуществлять адекватные меры их реадaptации и социальной реабилитации.

На основе выявленных критериев и закономерностей должен быть организован и регулярно проводиться после выписки из кризисного стационара систематический амбулаторный мониторинг уровня суицидального риска у лиц, переживших состояния угрожаемого самоубийства и / или совершивших незавершённые суицидальные попытки.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1991.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
3. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. – СПб: Питер, 2008. – 512 с.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: М, 2007. – 195 с.
6. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18-20.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005.
8. Wasserman D. Suicide-an unnecessary death. London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group. – 2001. – P. 1-305.

PSYCHOLOGICAL FACTORS AND MECHANISMS  
OF SUICIDE GENESIS AS CRITERIA FOR  
SUICIDE RISK AND DIRECTED PREVENTION

*Joseph A. Kudryavtsev, E.E. Dekalo*

Serbsky National Research Centre for Social and  
Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

The systematic comparative analysis of the data based on a comprehensive psychodiagnostic study by bank of methods of 31 individuals with the presuicide states, which required civil commitment and with postsuicide after incomplete suicide attempts was carried out. On the assumption of the development priority of effective prevention measures the external social and psychological reasons and

the internal factors and patterns of suicide genesis are discussed in the article. It is shown that they should be considered as a significant risk markers and self-motion mechanisms (development, maintenance and escalation) of the suicidal process. The early diagnosis of these key psychological appearances and mechanisms allows purposefully and effectively providing psychopharmacological treatment, psychotherapy and psychological intervention of the patients with suicidal states. Also it allows pointedly taking adequate measures of their readaptation and social rehabilitation.

*Key words:* suicide, suicide genesis, suicide kinesis, psychological predictors of expected suicide, risk of the suicide.

УДК: 616.895.8-008.447

**К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ СВЯЗИ С МЕХАНИЗМАМИ  
АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ (обзор литературы)**

*В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов, А.С. Бобков*

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Контактная информация:

Солдаткин Виктор Александрович, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: +7 (918) 56-37-888, e-mail: sva-rostov@mail.ru

Перехов Алексей Яковлевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: (863) 248-42-65

Бобков Алексей Семенович, аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: (863) 248-42-65

В обзоре литературы представлены сведения о высокой частоте суицидального поведения больных шизофренией. Авторами анализируются возможные механизмы аутоагрессии больных, в сопоставлении с известными механизмами агрессивного поведения. Установлено сущностное сходство этих механизмов, что подтверждает постулат, согласно которому самоубийство – это крайняя форма агрессивного поведения, направленного индивидом непосредственно на себя». Авторы приходят к выводу о том, что суицидальное поведение больных шизофренией, не обладая нозоспецифичностью, связано с патогенезом расстройства, определяется психопатологическими механизмами, а риск их реализации коррелирует с выраженностью продуктивной или негативно-личностной симптоматики. Профилактика суицидального поведения у больных шизофренией должна строиться на основе динамического и комплексного подхода, с опорой на понимание клинико-психопатологических механизмов.

*Ключевые слова:* шизофрения, аутоагрессия, агрессия, суицид, механизмы.

«...Саул взял свой собственный меч и,  
укрепив его рукояткой в земле,  
бросился на него»

*Иосиф Флавий*  
Иудейские древности

Если относительно здоровый человек совершает самоубийство, то обычно общественная реакция эмоциональна: положительна или отрицательна, к примеру, как у жителей Иависа, похоронивших царя Саула, который закон-

чил свою жизнь греховным для иудейского общества образом, после того, как потерпел поражение в битве с филистимлянами [26]. Если же суицид совершает больной шизофренией, данный факт воспринимается скорее как «логичный», вытекающий из сути психического страдания и полностью им объясняемый.

В психиатрии традиционно изучалась связь проявлений агрессии с клинической картиной различных психических расстройств и внутрисиндромальной структурой. Несмотря

на различия в понимании механизмов формирования суицидального поведения и терминологии, авторы сходятся в одном: истоки суицида лежат в плоскости агрессии [1, 3, 7, 8, 10, 19, 22, 26].

До недавнего времени большой удельный вес среди самоубийц с психической патологией составляли больные шизофренией [2], уступая «первое место» аффективным расстройствам, в первую очередь, депрессиям. В настоящее время в публикациях встречается разброс процентных показателей от 1 до 60. Так по данным О.Ю. Ширяева с соавт. [28], 5% больных психическими расстройствами, совершивших незавершенные суициды, страдали шизофренией [28], Ваулина С.В. (2012) [6] – 22%. Б.С. Положий и Н.И. Распопова [22] приводят значительно больший процент, утверждая, что 58,2% суицидентов с психической патологией страдали шизофренией и шизотипическим расстройством. Результаты исследования М. Birchwood и соавт. [32] показывают, что 4% больных шизофренией с постпсихотической депрессией принимали серьезную попытку к самоубийству, а по данным Р. Mazguk и соавт. [34], около 10% больных шизофренией завершают жизнь самоубийством. Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок [12] в американском национальном руководстве по психиатрии (1994) указывают, что 50% больных шизофренией за 20 летний период совершили суицидальные попытки. Бесспорно одно: суицид, по-прежнему, остается наиболее частой причиной неестественной смерти при шизофрении.

В связи с большей распространенностью самоубийств больных шизофренией по сравнению с популяцией, было проведено множество исследований ассоциаций между структурами генов и склонностью к самоубийству. Данные работы выполнялись в разных странах и на разных этнических контингентах. Рассматривать их по отдельности, видимо, было бы неправильно, так как в данном случае выводы делаются эмпирически, и необходимо накопление большего объема данных с проведением мета-анализа. На сегодняшний день известно, что повышенный риск суицидальных действий человека ассоциирован с особенностями как минимум двух генов, имеющих отношение к серотониновой и дофаминовой системам [25]:

1. SLC6F4, продуктом которого является транспортер серотонина (ассоциирует S-вариант промотора).

2. COMT, кодирующим катехол-О-метилтрансферазу.

Данный факт, если он будет подтвержден по мере накопления статистики, может сильно изменить наши представления о сути суицида и агрессивного поведения в целом. Становится понятной высокая «родственность» суицидов и шизофрении, а также эндогенных депрессий, ведь именно при этих двух основных душевных (эндогенных) заболеваниях и нарушается обмен и дофамина, и серотонина.

Логично предположить, что генетические аномалии и нарушения метаболизма должны отражаться и на макроскопическом уровне различными функционально-анатомическими особенностями. Подобные исследования проводились психофизиологами применительно к агрессивному поведению. Американские ученые Брайэн, Скотт, Голден и Тори сообщают, что заключенные, у которых диагностировались повреждения мозга, были более склонны к совершению преступлений с применением насилия, нежели те, у кого таких повреждений не было [4]. Обследование группы «немотивированных убийц», проведенное в Англии Д. Уайльдом и Д. Пондом [4], показало, что большинство из них имели аномальную электроэнцефалограмму.

Некоторые авторы выделяют физиологические механизмы агрессивности, связанные с межполушарными взаимодействиями, указывая на смену доминирования различных зон неокортекса в процессе поведенческого акта, обращая внимание на разную латерализацию нейрофизиологических процессов при изначально высокой и низкой личностной агрессии [9].

Крайне актуальным остается вопрос о классификации суицидального поведения. В.С. Ефремов в монографии «Основы суицидологии» [11] выделяет пять основных регистров суицидогенных детерминант: синдромальный, соматический, личностный, ситуационный, адаптационный. Л.Н. Юрьева [30, 31] предлагает выделять три типа суицидального поведения психически больных:

Первый тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах «дозревания» ремиссии, особенно после 2-3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, т.к. у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически по-

нятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и близких людей, одиночество, потеря перспективы.

Второй 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 и утратой смысла жизни, с суицидоманией.

Третий тип определяется психопатологическими расстройствами.

Некоторые авторы [1, 7] роль основы типологии суицидального поведения придают критериям: 1) актуальности суицидального конфликта; 2) степени фиксированности суицидальных тенденций; 3) особенностей отношения к совершенной попытке. При этом выделяются четыре вида постсуицидального поведения: критический, манипулятивный, аналитический и суицидально-фиксированный [7]. Стоит заметить, что при данном подходе иногда достаточно сложно определить тип реакции на суицид применительно к больным шизофренией, например, в случае неоднократно совершенных суицидальных попытках в состояниях психоза. Указанный подход рассматривает суицидальное поведение в динамике, выделяя этапы его развития. В частности, для больных шизофренией характерен аффективно-редуцированный вариант пресуицида. В

50% случаев у них наблюдается суицидально-фиксированный постсуицид [6], что дает ценные прогностические сведения.

Рассмотрение суицидального поведения больных шизофренией через призму агрессии, направленной внутрь, становится более прицельным с опорой на концепцию «синдром-личность-ситуация» [14, 15, 29], которая в той или иной мере прослеживается в вышеназванных классификациях. Личностные, ситуационные и психопатологические факторы образуют пересечения, формируя тем самым следующие возможные механизмы [22, 23]:

1. Личностно-психологические:

1.1 Ситуационные личностно - психологические механизмы.

1.2 Деадаптационные личностно - психологические механизмы.

2. Негативно-личностные:

2.1 Ситуационные негативно - личностные механизмы.

2.2 Деадаптационные негативно - личностные механизмы.

3. Продуктивно-психопатологические.

Данная классификация представляется не только наиболее обоснованной, но и удачной с позиции обозначения дефиниций. Уже при типировании суицида становится понятна тактика и прогноз для больного.

В таблице 1 приведены мотивы суицидального поведения больных шизофренией в зависимости от механизма. Заметно, что влияние ситуационно-личностных факторов на механизм суицидогенеза нарастает по диагонали: снизу-вверх и слева-направо. Рассмотрим данную концепцию подробнее.

Таблица 1

Мотивы суицидального поведения в зависимости от механизма (механизмы указаны в порядке убывания частоты встречаемости)

	Продуктивно-психопатологические	Негативно-личностные	Личностно-психологические
Ситуационные		Демонстративно-шантажные	Демонстративно-шантажные «Потеря значимого»
Деадаптационные		«Утрата смысла жизни» «Неспособность прогнозирования последствий своих действий»	«Страх перед будущим» «Отказ от жизни»
	Аффективные расстройства Бредовая мотивация Галлюцинаторные императивы Импульсивные действия Дезорганизация поведения в результате помрачения сознания		

1. Суицидальное поведение больных шизофренией с неглубоким дефектом реализуется личностно-психологическими механизмами, формирующимися на фоне острых или пролонгированных психотравмирующих ситуаций [7, 17, 22]. Соответственно остроте психотравмы выделяются ситуационный и дезадапционный типы.

Суициды совершаются по механизмам, аналогичным таковым у здоровых лиц и больных пограничной патологией [13, 22, 30, 31].

1.1. Личностно-ситуационный механизм «потери значимого» наиболее близок к психологически понятным и распространенным среди здоровых людей, так как определяется мотивами невосполнимой утраты близкого человека, отвергнутой любви, распада семьи, утраты работы, крупных финансовых потерь [17, 22]. В подобных ситуациях больные, за счет увеличенной ригидности психических процессов и интроверсии [5], не могут вовремя «диверсифицировать» свою психическую деятельность. В результате исчезновение объекта, определяющего жизнь, исчезает и необходимость в ней самой. Обычно, если и удастся выявить дефект личности, он выражается в истощаемости психической деятельности, что затрудняет использование социальных ролей и масок, и не позволяет конструктивно решать конфликтные ситуации [5]. Такие ситуации чаще возникают в семейной среде, среди близких родственников и могут мотивироваться целями призыва, протеста или избегания ситуации. Надо отметить, что у 75% больных подобное поведение может наблюдаться в анамнезе [19]. Можно заключить, что в данных случаях аутоагрессивное поведение изначально входит в структуру личности, а патологический процесс является санкционирующим, облегчает реализацию агрессивного поведения за счет ослабления твердости характерологических черт.

1.2. Если дефект доходит до уровня субъективно и объективно определяемого изменения собственного «Я» [5], возникает возможность реализации личностно - дезадапционных механизмов, мотивами которых могут быть: страх перед будущим и отказ от будущего [6, 22].

*Клинический пример:* Пациент А. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился старшим из троих детей. Раннее развитие протекало без особенностей. Непродолжительное время посещал детский сад, затем

воспитывался бабушкой, так как часто болел. Перенес ряд детских инфекций, болел простудными заболеваниями. По характеру формировался тихим, спокойным, малообщительным. Обучение в школе начал в 7 лет, успевал удовлетворительно, классов не дублировал, занимался футболом. С 9 класса успеваемость снизилась, стал пропускать занятия, употреблял пиво. Окончил 11 классов общеобразовательной школы. Обучение продолжил в техникуме по специальности юрист-правовед. Проходил службу в армии во внутренних войсках. После увольнения в запас работал разнорабочим, водителем. В 23 года обращался в поликлинику в связи с жалобами на головную боль, головокружения, быструю утомляемость, слабость, неприятные ощущения в сердце. Данные жалобы связывал с переутомлением. Находился под наблюдением врача-терапевта с диагнозом: «Пароксизм мерцательной аритмии». В 26 лет женился, от брака есть сын. Сын наблюдался у невролога с 4 лет с диагнозом: «Раннее органическое поражение ЦНС. Синдром раннего детского аутизма. Задержка психоречевого развития. Дизартрия тяжелой степени».

Со слов жены, больной неумоимо с аффектацией ревновал ее к окружающим, не имея на то повода. Перед совершением преступления участились конфликты с женой, в т.ч. из-за нехватки денег, стал раздражительным, вспыльчивым, сильно переживал по этому поводу. Жена отмечала появление взрывчатости, нетерпимости к недостаткам, желании контролировать каждый ее шаг. Сам же больной утверждал, что «подобных изменений он не наблюдал», но чувствовал постоянную раздражительность, нетерпимость, спокойно чувствовал себя только на работе, где требовалась исполнительность и точность при оформлении бумаг (работал экспедитором). Возникли нарушения сна, долго не спал ночью, жаловался на головные боли. После очередной ссоры с женой ушел из дома ближе к полуночи, был сильно расстроен. По дороге встретил незнакомого человека, который предложил ему выпить вместе с ним. Пошел к нему на квартиру, где уже находился другой человек. В результате наступившего резко эпизода наплыва зрительно-слуховых галлюцинаций и бредового восприятия, пытался совершить убийство собутыльника. Прошел комплексную стационарную судебную психолого-психиатрическую экспертизу с диагнозом: «Острое полиморфное шизофреноподобное расстройство». Постанов-

лением суда признан невменяемым. От ответственности освобожден, направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар.

В отделении спокоен, общителен с медперсоналом, контакт с больными старается ограничить. В беседах с врачом монотонен, заметны парамимии, отмечаются структурные нарушения мышления в виде резонерства и разноплановости. Острой психопатологической продукции не выявляется. Заключение психолога: шизофренический патопсихологический симптомокомплекс. Получил письмо от жены, в котором последняя пишет, что «им, скорее всего, следует расстаться, так как она самостоятельно содержать семью не сможет, хочет найти нового мужа». В этот день больной стал подавлен, с медперсоналом не общался, большую часть времени проводил в постели. Вечером того же дня пытался удушить себя наволочкой. Сообщает, что «для меня все потеряно, я теперь не смогу нормально работать, управлять автомобилем, у меня не будет семьи, клеймо на всю жизнь. Что мне делать, у меня ничего не осталось». После проведенного лечения и работы с психологом отделения, состояние больного улучшилось, стал высказывать социально-приемлемые установки на будущее, поддерживает социальные связи с родителями»■

2. Вторая группа механизмов имеет мотивацию, в основе которой лежат выраженные негативно-личностные расстройства [7, 22], т.е. признаки изменения личности, выпадения отдельных психических функций в результате психического заболевания.

В данной группе становится очевидным нарастание удельного веса в механизмах аутоагрессии такого фактора, как личностные особенности, которые сформировались под действием болезненного процесса и/или были присущи человеку в преморбиде, а жизненные трудности вне зависимости от их силы вызывают дезадаптацию [11, 22, 30, 31].

2.1. Для ситуационной подгруппы негативно-личностных механизмов характерны признаки психопатоподобного изменения личности [22], ее дисгармония. Такая выраженность шизофренического дефекта определяется диспропорцией между характером, потребностями и мотивами действий [5], что и рождает демонстративно-шантажный механизм в условиях психотравмирующей ситуации, когда су-

ицид становится единственным путем решения конфликта. А вот в случае гетероагрессивного поведения, данный механизм уже рассматривается в рамках не ситуационно-спровоцированных, а – «инициативных» (представляющих большую опасность в плане реализации и повторения) [16].

2.2. В случае, если шизофренический дефект достигает снижения энергетического потенциала, отличающийся выраженной редукцией психической активности, а стало быть, неспособностью к компенсации личностных черт [5], то ситуационное воздействие играет все меньшую роль в механизмах агрессии [22]. Следующий этап развития дефекта характеризуется снижением уровня личности, что клинически выражается в так называемом шизофреническом слабоумии [5], при этом формируется последний негативно-личностный механизм – неспособность прогнозирования последствий своих действий. Последние два мотива затрагивают мировоззренческие аспекты личности, и многими авторами определяются как аутистически-мировоззренческий тип суицидов [11]. При этом известно, что данные суициды чаще встречаются при шизотипических расстройствах (психопатоподобной, неврозоподобной «вялотекущей» шизофрении) и простом типе шизофрении. В то же время подчеркивается возможность данных механизмов при других видах шизофрении [11, 17]. Примером негативно-личностного механизма суицидального поведения может служить следующий *клинический случай*:

Пациент Д. Наследственность психопатологически отягощена – отец страдает шизофренией. Беременность протекала с токсикозом, роды в срок. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. С детства рос подвижным, активным, капризным и своенравным. В школу пошел с 7 лет. В школьные годы часто болел простудными заболеваниями. Много читал, увлекался изучением энциклопедий, охотно общался со взрослыми, много рисовал, увлекался коллекционированием. Несмотря на общую развитость, учился весьма посредственно. С 6 лет стал меняться по характеру, родные стали замечать отстраненность, холодность в общении, «потребительское» отношение к себе. В 12 лет переведен на домашнее обучение (после перенесенной с осложнениями ОРВИ), когда появился сильный тремор в руках, нарушилась способность писать. Ин-

терес к учебе перестал проявлять вовсе. Вскоре перестал следить за своим внешним видом, стал убегать из дома, бродяжничал. В 16 лет был впервые госпитализирован в психиатрическое отделение – в связи с подобным поведением, с диагнозом: «Шизофрения, течение заболевания непрерывное». В 17 лет предпринял попытку убить родную бабушку ножом, но был остановлен матерью. Объяснить свое поведение не мог, говорил, что желание возникло внезапно, и противиться ему не мог. После этого неоднократно находился на стационарном лечении в психиатрических больницах. В 22 года совершил первую суицидальную попытку, пытался вскрыть себе вены. Был госпитализирован с тем же диагнозом. После выхода из психотического состояния объяснял: «Не знаю, почему так произошло, это как мыться или спать, просто я больной человек и мне надо лечиться»...

Наблюдения в отделении: больной суетлив, подвижен по палате, с больными не общается, к контакту с персоналом не стремится, в течение дня время проводит бесцельно. В трудовые процессы не включается, «мне работать нельзя, я должен лежать и думать о прекрасном или о болезни, да я и не могу, у меня сил нет». К родным равнодушен. На свидания выходит после уговоров. С врачом также избегает общения, «а о чем нам говорить». В своих переживаниях до конца не раскрывается, старается поскорее закончить разговор. К внешнему виду равнодушен, не моется неделями, объясняет, что это его сильно изматывает. «За мной нужно постоянно ухаживать: давать таблетки и кормить, больше ничего не надо, я так всю жизнь буду болеть». Изредка не поднимается с постели в туалет, испражняясь в ней. После свидания с матерью внезапно становится расторможен, просит срочно сделать укол успокоительного. После чего падает на кровать и начинает биться головой о спинку кровати. После инъекции и наступления седации засыпает. Проснувшись рассказывает: «Ну что об этом говорить. Я уже много раз говорил, что мне надо все время в больнице лежать, чтобы за мной ухаживали, у меня ведь шизофрения. Это болезнь такая, когда я ничего не могу делать, а поведение... ну, это как любовь. Вы же знаете, что это такое. Вы все равно не поймете. Вот и у меня такое чувство возникает, мне надо было так сделать, чтобы вы со мной не мучились. Я все равно никогда не выпишусь, чего тогда койку занимать»■

Аутистически-мировоззренческий (дезадаптационный негативно-личностный) механизм превалирует в последней попытке самоубийства, и обусловлен особой «шизофренической» логикой, мотивы которой могут быть не всегда доступны и понятны.

3. Продуктивно - психопатологические механизмы отличаются наибольшим вкладом продуктивной симптоматики в формирование суицидального поведения. При аффективных расстройствах в рамках шизофрении ведущими механизмами являются [22, 23]: витальная тоска (по-видимому, к этому механизму очень близки самоубийства при болезненном бесчувствии), на высоте которой возникают невыносимые по тяжести психопатологические переживания, дисфорическая аутоагрессивность, характерная для больных с органическим predisпозиционным фоном [13], и механизм суицидальных нозофобий, связанный с сенестоипохондрическими расстройствами при маскированных депрессиях [10, 31]. Наиболее опасным в плане непредсказуемости среди перечисленных механизмов является дисфорическая аутоагрессивность. Некоторые авторы большое внимание при анализе самоубийств при аффективных расстройствах уделяют клиническим типам депрессивных расстройств [28, 31], отдельно выделяют даже суициды при «постшизофренической» депрессии [32]. Целесообразность этого сомнительна, так как при одном и том же синдромальном состоянии могут выявляться разные механизмы суицидогенеза. Для данной группы механизмов особенно характерен суицидально-фиксированный постсуицид, т.е. стойкие суицидальные тенденции в поведении, причем выраженность суицидальных мотивов коррелирует с выраженностью аффективных расстройств [6, 7].

Механизмы с бредовой мотивацией непосредственно обуславливают мотив суицидального поведения, который вытекает из фабулы бредовых переживаний. Это может быть избегание преследования, постороннего воздействия, мучительной смерти от неизлечимой болезни; идеи самонаказания или искупления мнимой вины [23]. Реже встречаются мотивы бредовой миссии и бредовой мести [11, 23, 31], первый характерен для больных на этапе паранофии. Следует отметить, что на отдаленных этапах течения заболевания суицидальное поведение не имеет четко прослеживаемой связи с психотическими переживаниями, и чаще но-

сит «аутистически-атактический» характер [11], то есть определяется даже не столько мировоззренческими аспектами, сколько расщеплением психической деятельности в целом (разорванностью мышления). В случае бредовой интерпретации ситуации формируются продуктивно-психопатологические механизмы, сходные с демонстративно-шантажным поведением, они могут выражаться в двух видах: бредового протеста и бредового призыва, имеющих целью привлечь внимание окружающих к бредовым проблемам больного [23]. Данные мотивы интересны тем, что, несмотря на бредовые механизмы суицидального поведения, прослеживается ситуационный компонент, желание личности привлечь внимание окружающих к своим переживаниям. Прогноз суицидального поведения по данному механизму различен и зависит от динамики процессуального заболевания и эффективности купирования бредаобразования. Приведем пример бредового продуктивно - психопатологического механизма в следующем *клиническом наблюдении*:

Пациент Е. Данных о наследственности, беременности, родах и раннем развитии получить не удастся. В документации также нет таких сведений. Говорит, что окончил 8 классов общеобразовательной школы, после этого нигде не учился. Со слов больного, является радистом, иногда называет себя «генералом спецслужб», по информации из военного билета, с воинского учета снят, ВУС не указана. Военный билет исписан почерком больного: «присвоить пенсию в 100000 рублей», «генерал-лейтенант», «179.4376-10», «высший допуск». Данных о семье предоставить не может, предположительно холост. Ранее был неоднократно судим: преступления были связаны с кражами, а самое первое с незаконным сбытом холодного оружия. По информации из психоневрологического диспансера, под наблюдением врача-психиатра ранее не находился, в поле зрения психиатров попал в связи с настоящим социально-опасным деянием. Проживал в г. П., злоупотреблял спиртными напитками, работал или нет сообщить не может, «я служил, я спец». Из характеристики с места жительства известно, что часто конфликтовал с соседями, на улице был навязчив к детям и женщинам, последним предлагал женитьбу и совместное проживание, интим. Рассказывал, что у него дома строится Диснейленд, бассейн и стеколь-

ный завод, приглашал на экскурсию. Госпитализирован впервые в возрасте 32 лет с диагнозом: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии, F20.006». Наблюдение в отделении: больной чрезмерно подвижен по палате, навязчив к больным и медперсоналу с рассказами о спецслужбах. На беседе с врачом требует предоставить ему отдельную палату, так как он «не такой, как все, я на спецслужбы работал, если они узнают, как вы меня содержите, вам несдобровать». Написал несколько приказов на свое «освобождение». В один из банных дней разобрал бритвенный станок и пытался проглотить лезвие, был остановлен медперсоналом. Утверждал после этого, что необходимо было нанести себе увечья, чтобы все поняли, кто здесь главный, «теперь-то за мной придут, они от вас ничего не оставят, вы не знаете, что такое спецслужбы». Разъяснение больному, что его нахождение в больнице определяется строго судебными Постановлениями, успокоило его, повторных попыток не предпринимал■

Наибольшую, по сравнению со всеми продуктивно-психопатологическими механизмами, опасность в плане реализации суицидальных намерений представляют «галлюцинаторные императивы». Даже при отсутствии бредовых переживаний, подобные галлюцинации содержат непререкаемый приказ на совершение самоубийства [11, 23].

Наиболее редкие продуктивно - психопатологические механизмы встречаются в состояниях исхода болезни, а именно импульсивные действия при кататоническом возбуждении и дезорганизация поведения в результате помрачения сознания [22]. Здесь нет влияния в момент аутоагрессии ни ситуационных, ни личностных факторов, состояния носят аутохтонный, непредсказуемый характер [6, 11, 30]. Чаще всего сознание сужено, либо помрачено, преобладает аффект ярости [5]. Подобные больные в исходных состояниях чаще всего находятся в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах, в связи с утратой социальных связей, беспомощностью и повышенной социальной опасностью, так как им требуется постоянное наблюдение.

*Клинический случай:*

Пациент Т. Наследственность психопатологически отягощена - родная сестра страдает психическим расстройством, лечилась в ПБ. В раннем развитии без особенностей. Окончил

9 классов общеобразовательной школы. После этого поступил в техникум, но обучение не завершил. Отслужил в армии положенный срок, демобилизовался по приказу. Около месяца проработал на заводе силикатных продуктов. В возрасте 20 лет окружающие стали замечать странности в поведении: увлекся религией, часто посещал церковь, приносил домой много книг религиозного содержания, призвал всех молиться и каяться в грехах, стал проявлять агрессию по отношению к сестре, из-за того, что «она не крещенная». Заявлял, что у него «были рога и хвост, летал по небу», рассказывал о переселении душ. Стал уходить из дома, бродяжничал, за внешним видом не следил. Начиная с 20 лет неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу с диагнозом: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии, F20.006». Госпитализации носили длительный характер, сначала по 3-9 месяцев, а потом по 2-3 года. В амбулаторных условиях не удерживался, проявлял агрессивные действия по отношению к сестре, матери, поддерживающую терапию не принимал. Вскоре продуктивная симптоматика потеряла былую окраску, сформировался выраженный эмоционально-волевой дефект. Периодами больной становился озлобленным, раздражительным, агрессивным, отказывался разговаривать, отвечать на вопросы. В отделении наблюдались эпизоды ярко выраженной дисфорично-злойной агрессии, мог схватить кровать и нестись с ней на санитарку.

Свои действия никак не объяснял, и не стремился о них рассказывать, на вопросы отвечал не в плане заданного. Большую часть времени в отделении проводит бесцельно, много спит, на обходах отворачивается от врача. Периодами приветлив и весел, признается в любви санитаркам, говорит, что ему пора жениться, при этом не многословен: «Люба, я тебя люблю, давай жениться. Нет? Ладно, тогда я курить пойду, дай сигарету». Большую же часть времени спокоен, не общителен, лежит в кровати, спит, или сидит в коридоре на корточках. Послушно подходит на прием медикаментов, пьет их, при этом на вопрос, будет ли он пить лекарства, отвечает: «Нет», - и выпивает. На свидание к матери выходит только, что бы она его покормила. В один из дней, сразу после отбоя, внезапно подскочил с кровати и с разбегу врезался в противоположную стену. Сознание не терял. На вопросы отвечал не по теме, говорил: «Да, все хорошо, чего вы ко мне пристали, лучше паспорт дайте, он коричневый такой, доктор посмотри у себя». Причины поступка выяснить не удалось, объективно выявить обманы восприятия и бредовые идеи также не удалось. Во время беседы стремился скорее уединиться■

Возвращаясь к концепции общности агрессивных и аутоагрессивных тенденций, можно провести сравнение психопатологических механизмов на примере подобных действий при шизофрении (таб. 2).

Таблица 2

Сравнение психопатологических механизмов агрессивного и суицидального поведения больных шизофренией

	Продуктивно-психопатологические	Негативно-личностные	Личностно-психологические
Агрессивное поведение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронические непрерывнотекущие бредовые психозы.</li> <li>2. Приступообразно протекающие психозы (галлюцинаторно-бредовые и аффективные).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эмоциональная бесконтрольность, повышенная внушаемость.</li> <li>2. Психопатоподобные расстройства и изменения личности.</li> </ol>	?
Аутоагрессивное поведение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бредовая мотивация.</li> <li>2. Галлюцинаторные императивы.</li> <li>3. Аффективные расстройства.</li> <li>4. Импульсивные действия.</li> <li>5. Дезорганизация поведения в результате помрачения сознания.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Демонстративношантажные.</li> <li>2. Утрата смысла жизни.</li> <li>3. Неспособность прогнозирования последствий своих действий.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Демонстративношантажные.</li> <li>2. Потеря значимого.</li> <li>3. Страх перед будущим.</li> <li>4. Отказ от жизни.</li> </ol>

Как видно из таблицы, психопатологические механизмы агрессивного и аутоагрессивного поведения совпадают не по названию, но по сути, что отражает единые механизмы формирования агрессивного поведения, при этом аутоагрессивные и гетероагрессивные тенденции нередко сочетаются у одного и того же больного в различной последовательности, что отмечают Н.М. Вольнов (2003) и С.Д. Левина [21].

При продуктивно-психопатологических механизмах агрессивного поведения за основу взята классификация по типам течения процесса [16], а при аутоагрессивном [23] – по типу ведущего синдрома или даже отдельного симптома. Первая воспринимается более соответствующей концепции динамического подхода в психиатрии, и может дать более полную информацию по развитию агрессивного поведения с течением болезни. С другой стороны, отвлекаясь от синдромального типирования, не привязанная к отдельным типам шизофрении, классификация четче отражает мотивы и внутренние механизмы аутоагрессии.

Стоит предположить, что личностно - психологические механизмы есть и при гетероагрессивном поведении, они не многочисленны, как и аутоагрессивные, по встречаемости, имеют другие юридические последствия (ограниченная вменяемость, вменяемость). Этот механизм наиболее тесно переплетен с понятием асоциального поведения, которое больше интересует психологов и социологов, как проявление мотивационной агрессии [20]. Можно заметить, что и для психиатрии асоциальное поведение имеет не меньшее клиническое значение: оно является одним из индикаторов в преморбиде общественно-опасного поведения после дебюта процессуального расстройства [33].

Итак, близость механизмов агрессивного и аутоагрессивного поведения при шизофрении становится еще одним доводом в пользу следующего утверждения: «Самоубийство – это крайняя форма агрессивного поведения, направленного индивидом непосредственно на себя» [25]. Оно подтверждается другими авторами, которые рассматривали клинко - психологические механизмы разнонаправленной гетеро- и ауто- агрессии, сосуществующих у одного больного [21]. Так, С.В. Ваулин в своем исследовании [6] пишет, что уточнение у суицидентов структуры агрессивности по методике ISTA выявило высокие показатели дефицитарной и деструктивной агрессии, то есть сме-

щение «Я-структуры» личности способствовало аутоагрессивной дезадаптации.

Подводя итоги представленным выше данным, можно говорить о следующем:

1. Агрессивное и аутоагрессивное поведение больных шизофренией, не являясь нозоспецифичным признаком, имеет патогенетическую связь с присущим расстройству нарушением нейромедиаторных систем и патофизиологических процессов.

2. Суицидальное поведение больных шизофренией определяется психопатологическими механизмами, а риск их реализации коррелирует с выраженностью продуктивной или негативно-личностной симптоматики.

3. Профилактика суицидального поведения у больных шизофренией должна строиться на основе динамического и комплексного подхода, с опорой на понимание клинко - психопатологических механизмов. Помощь больным должна быть направлена по трем векторам: лечение основного процесса, психокоррекционная помощь, социально - психологическая помощь.

#### Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Антохин Г.А. Сравнительный анализ суицидального поведения больных шизофренией // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 115-123.
3. Бисалиев Р.В., Кальной В.С. Аутоагрессивное поведение при психических и наркологических расстройствах // Психическое здоровье. – 2009. – № 1. – С. 58-65.
4. Богдан С.С. Биопсихические основания человеческой деструктивности // Вестник Челябинского государственного университета. – 2010. – № 1 (182). – С. 50-53.
5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей – 2-е издание перераб. и доп. – Р-н-Д: изд. ЛРНЦ «Феникс», 1998. – 416 с.
6. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Автореф. дис... док. мед. н. – М. – 2012. – 46 с.
7. Ваулин С.В., Алексеева М.В. Дифференцированный подход к диагностике и терапии суицидального поведения // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI, № 2. – С. 57-60.
8. Войцех В.Ф. с соавт. Соотношение суицидальности и криминальной агрессии в амбулаторной психиатрической практике // Социальная и кли-

- ническая психиатрия. – 2008. – Том 18, № 3. – С. 13-21.
9. Григорян В.Г. и соавт. Гендерные особенности межполушарных взаимодействий при моделировании агрессогенной среды // Журнал «Асимметрия». – 2008. – Том 2, № 3. – С. 5-19.
  10. Двирский А.Е., Лучко О.Н., Михайлов В.В. Гетероагрессивные и аутоагрессивные действия при шизофрении, коморбидной с бронхиальной астмой // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии, Москва 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – С. 44-45.
  11. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб, 2004. – 480 с.
  12. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – М.: М, 1994 – Том 2. – С. 18-30.
  13. Киселев Д.Н. Аутоагрессивный потенциал пациентов с сочетанной с алкогольной зависимостью психической патологией, совершивших общественно опасные действия // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2011. – № 2. – С. 16-16.
  14. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их реализации) // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 351-357.
  15. Кондратьев Ф.В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 33-42.
  16. Котов В.П. Принудительное лечение психически больных (лечебно-реабилитационные программы). Пособие для врачей. – М., 2002. – 28 с.
  17. Ласый Е.В., Евсегнеев Р.А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2003. – Том 9, № 2. – С. 14-17.
  18. Ласый Е.В. Клинико-психопатологические факторы риска суицидального поведения больных шизофренией и близкими к ней расстройствами // Медицинские новости. – Минск, 1999. – № 3 (47). – С. 53-55.
  19. Осолкова С.Н., Печенкина О.И. К вопросу о суицидальном поведении больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 10-15.
  20. Первова И.Л. Асоциальное поведение несовершеннолетних: социально-типологический анализ: Дис... докт. социол. н. – СПб, 2000. – С. 97.
  21. Печенкина О.И. Судебно-психиатрическое значение суицидального поведения больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно опасные деяния: Автореф. дис... канд. мед. н. – М., 2009. – С. 26.
  22. Положий Б.С., Распопова Н.И. Психопатологические, личностные и ситуационные факторы в структуре механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 6. – С. 46-50.
  23. Распопова Н.И. Патологические императивы в мотивации суицидального поведения больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 29-32.
  24. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия «Аутоагрессивное поведение» // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – № 32. – С. 20-24.
  25. Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству // Экологическая генетика. – 2007. – Том V, № 4. – С. 22-43.
  26. Флавий Иосиф. Иудейские древности. В 2 т., Минск: Беларусь, 1994. – Том 2. – С. 322.
  27. Хобрачев А.П., Юрченко Л.Н. Личностные основы аутоагрессии больных алкогольной зависимостью // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии, Москва 2-3 декабря 2004 г. – М.: ГЕОС, 2004. – С. 128-129.
  28. Ширияев О.Ю., Железняков М.А., Петрова С.В. Сравнительный анализ незавершенных суицидальных попыток населения Воронежской области за период 2009-2010 г. при различных психических заболеваниях // Научно - медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 44. – С. 33-34.
  29. Шостакович Б.В., Литвинцева М.С., Гульдман В.В. Клинические и психологические особенности мотивации поведения больных шизофренией // Вопросы психологии. – 1977. – № 1. – С. 143-146.
  30. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
  31. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. – Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. – 164 с.
  32. Birchwood M. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of post-psychotic depression // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 1, № 177. – P. 516-528.
  33. Hodgins S., Muller-Isbemer R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services // The British J. of Psychiatry. – 2004. – № 185. – P. 245-250.
  34. Mazruk P., Tardiff K., Hirsch C. The epidemiology of murder-suicide // JAMA. – 1992. – № 267. – P. 3179-3183.

TO THE QUESTION OF MECHANISMS  
OF AUTOAGGRESSIVE ACTIONS IN PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA AND THEIR RELATIONSHIP WITH  
THE MECHANISMS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR

V.A. Soldatkin, A. Perekhov, A.S. Bobcov

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

In the literature review the information about high frequency of suicidal behavior in patients with schizophrenia is provided. The possible mechanisms of autoaggression in patients are analyzed by the authors in comparison with the known mechanisms of aggressive behavior. It is established that there is an essential similarity of these mechanisms that confirms the postulate according to which "Suicide is an extreme form of aggressive behavior, aimed by the individual directly at himself". The authors conclude that suicidal behavior in patients with schizophrenia, not having any nosological specificity, is associated with the pathogenesis of disorder, is defined by psychopathological mechanisms, and the risk of their implementation is correlated with the severity of productive or negative-personality symptomatology. Prevention of suicidal behavior in patients with schizophrenia should be based on a dynamic and integrated approach, with an understanding of clinical and psychopathological mechanisms.

suicide is an extreme form of aggressive behavior, aimed by the individual directly at himself". The authors conclude that suicidal behavior in patients with schizophrenia, not having any nosological specificity, is associated with the pathogenesis of disorder, is defined by psychopathological mechanisms, and the risk of their implementation is correlated with the severity of productive or negative-personality symptomatology. Prevention of suicidal behavior in patients with schizophrenia should be based on a dynamic and integrated approach, with an understanding of clinical and psychopathological mechanisms.

*Key words:* schizophrenia, autoaggression, aggression, suicide, mechanisms.

УДК 616.89-008.441.44:613.816

**К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН**

А.В. Меринов

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России. Телефон: 8 (491) 275-43-73, e-mail: alex\_mer@inbox.ru

Работа посвящена значению субъективного и объективного анамнезов для суицидологической работы в наркологической практике. Данные, отражающие наличие суицидальных попыток у больных алкогольной зависимостью, полученные непосредственно от пациентов, являются в определенной степени заниженными, по нашим данным, до 25%. Информация, получаемая из объективных источников, в значительной степени способна дополнить суицидологический анамнез, что позволит более дифференцировано строить терапевтическую программу.

*Ключевые слова:* суицид, семья больного алкогольной зависимостью.

В наше время суицидальное поведение наркологических больных является важной медико-социальной проблемой, поскольку очень велик вклад данной клинической группы в общие показатели суицидальной активности в современном российском обществе [1, 2, 3]. Безусловно, одной из главных задач суицидологической работы в наркологической практике является превентивные мероприятия у выявленного контингента «повышенного» суицидального риска. Хорошо известно, что риск повторения суицидальной попытки у больного алкоголизмом существенно возрастает при наличии таковой в анамнезе [5]. То есть вопрос диагностики прошлой парасуицидальной активности имеет принципиальное значение.

В работе нарколога информация о парасуициде в анамнезе чаще всего получается путем

целенаправленного расспроса пациента. В этом случае пациенту прямо задаются вопросы, касающиеся наличия у него суицидальных феноменов, то есть собирается субъективный анамнез. К сожалению, мнестическая сфера больных алкогольной зависимостью имеет свои особенности, в частности, сокрытие ряда фактов из своего прошлого, например, суицидальных попыток, имевших место в анамнезе.

В своей работе мы периодически сталкивались с феноменом «сокрытия» суицидальных попыток и нас заинтересовал приблизительный размах данного феномена в алкогольной популяции. Во время проведения исследования зависимого и созависимого поведения при алкогольной зависимости у нас появилась возможность получение данной информации от ближайших родственников больного, а именно его

супруги (с его согласия), и мы получили доступ к объективной части анамнестических сведений, касающихся аутоагрессивных паттернов.

Полученные данные имеют, на наш взгляд, важное значение для наркологической практики и должны учитываться при построении работы с больными алкогольной зависимостью.

**Материалы и методы исследования.**

Нами были обследованы 125 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), и их жен. Возраст обследованных пациентов составил –  $41,2 \pm 4,2$  года; их жен МСАЗ –  $40,52 \pm 4,7$  года. Все обследованные мужчины клинически находились во второй стадии заболевания и имели псевдозапойный тип употребления алкоголя. Обследование проводилось с помощью модифицированного полуструктурированного опросника для выявления аутоагрессивных паттернов поведения в прошлом и настоящем [4], включающего в себя помимо вопросов, касающихся выявления собственных саморазрушающих паттернов и предрасполагающих психологических конструкторов, в частности вопрос: «Имел ли Ваш супруг в прошлом суицидальную попытку; высказывал открыто мысли покончить с собой?». Данный вопрос был использован не с целью конфронтации респондентов, а по причине встретившихся в нашей практике спорадических случаев амнезии суицидальных попыток в связи с гипоксией (после самоповешения), когда родственники по каким-либо причинам решили сохранить от больного этот факт в тайне. При пилотной обработке данных, полученных объективным путем, выяснилось, что эта информация вносит существенную поправку в наше представление о распространенности классических аутоагрессивных феноменов у зависимых от алкоголя мужчин.

**Результаты и их обсуждение.**

У десяти мужчин (8%), страдающих алкогольной зависимостью, (из 125) парасуициды в анамнезе были обнаружены только со слов супруги, сами больные на вопрос о наличии у них подобных феноменов ответили отрицательно. Эта цифра приобретает иное значение, если учесть тот факт, что вообще попытка суицида в анамнезе со слов самих респондентов была выявлена у 30 МСАЗ (24% от общего количества обследованных), а с учетом МСАЗ, скрывших попытку самоубийства – у 40 (32%), что проиллюстрировано на рисунке 1.

Иными словами, 25% суицидальных попыток в анамнезе у зависимых от алкоголя мужчин обнаружались только с использованием информации, полученной от ближайших родственников (в нашем случае, супруги). Или, говоря иначе, с использованием «объективных» сведений о пациенте в традициях и рамках классической психиатрии.

Отметим так же и тот факт, что подобной закономерности в отношении жен МСАЗ обнаружено не было (при значительном количестве суицидальных попыток в группе – 16%). То есть обо всех них информация была получена непосредственно от респонденток. Факт наличия суицидальной попытки в анамнезе у жены смогли подтвердить лишь восемь из 20 МСАЗ (40%), проживающих в браке с супругой, имевшей ранее попытку самоубийства. Это, вероятно, связано с большей «скрытностью» суицидального поведения у женщин.

При этом лишь одна супруга МСАЗ (3,33%) из всех жен «парасуицидальной» подгруппы мужчин, страдающих алкоголизмом, не имела информации о попытке самоубийства у мужа в прошлом.

Любопытным оказался факт, что только трое (7,5%) МСАЗ из 40, имевших парасуицид в анамнезе, были помещены в «кризисный» стационар (БСМП) и попали в поле зрения соответствующего специалиста (в нашем случае, приходящего психиатра), пополнив, таким образом, объективную официальную статистику параалкогольного суицидального поведения.



Рис. 1. Соотношение объективно и субъективно выявленных парасуицидов в группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в %.

Отметим так же, что из всех обследованных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, только 14 (11,2%) формально нахо-

дились на учете у участкового нарколога (все, по причине перенесенного алкогольного психоза). У семи из них (50%) нами при целенаправленном расспросе были выявлены суицидальные попытки в прошлом (у двух – 14,28%, со слов супруги). Однако из пяти, лично предоставивших данные нам сведения, четверо скрыли их при предыдущих беседах с наркологом стационара или участковым наркологом. Причиной указывалось: отсутствие прямого вопроса или возможная расплывчатая формулировка (три наблюдения), то есть вопрос, возможно, не задавался. Либо страх каких-либо дополнительных медицинских мероприятий (одно наблюдение), то есть вопрос формально задан был. Беседа с супругами, затрагивающая эту тему, в условиях стационара не проводилась.

Таким образом, поскольку получение достоверной информации о предшествующих суицидальных попытках пациентов имеет принципиальный характер и диктуется правилом «суицидальной» настороженности в наркологической практике, в ряде случаев показано использование анамнестических данных со слов родственников для объективизации информации. Безусловно, данные полученные от супруги (даже с добровольного согласия мужа), по ряду причин (этических и терапевтических) не должна использоваться для прямой конфронтации пациента («А вот ваша супруга сказала»), но уже просто располагая такой информацией, врач будет иметь возможность, при необходимости, варьировать терапевтический процесс и более селективно использовать те или иные психотерапевтические интервенции. Более того, в арсенале психотерапевта всегда имеются самые разнообразные методы «мягких» вариантов работы с процессами вытеснения и отрицания.

В большинстве случаев оправдано использование терапии, применяемой к МСАЗ с нескрываемыми аутоагрессивными паттернами поведения, просто расценивая антивитальные типы реакций пациента как весьма вероятные (вариант контролируемой терапевтической ятрогении). В ряде случаев возможно использование «парного» сбора анамнестических сведений, касающихся аутоагрессивных форм поведения, поскольку конфронтационные реакции второго супруга позволяют исключить обесценивающее поведение носителя суицидальных типов реакции.

#### Заключение.

Данные, отражающие наличие суицидальных попыток у больных алкогольной зависимостью, являются в определенной степени заниженными, по нашим данным до 25%.

Таким образом, значительное число мужчин, страдающих алкогольной зависимостью и имевших в прошлом суицидальную попытку, не попадают при первом и последующих обращениях к наркологу в суицидальную «группу риска». И никакая специфическая и неспецифическая работа по этому поводу не проводится.

В наркологической практике в ряде случаев информация, получаемая из объективных источников, в значительной степени способна дополнить те субъективные данные, которые мы получаем от самого пациента. В амбулаторной практике сбор объективного анамнеза в некоторых ситуациях затруднен. Это связано с необходимостью формального согласия со стороны пациента, что обычно достигается при длительных терапевтических программах с привлечением родственников (например, супружеская терапия).

В условиях стационара, поскольку нам зачастую приходится иметь дело с психотическими пациентами, необходимо пользоваться легитимной возможностью сбора объективного анамнеза от родственников, в частности по поводу наличия суицидальных попыток в прошлом. Достоверная информация о парасуицидальном поведении в прошлом имеет принципиальное значение для выбора способа специфической профилактики повторения попытки самоубийства.

#### Литература:

1. Брюн Е.А., Шустов Д.И., Бузик О.Ж. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии // Психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 278-279.
2. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. – М.: NALEX, 2003. – 136 с.
3. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – Москва: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
4. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.
5. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47, № 1. – P. 78-81.

TO THE ISSUE OF THE DIAGNOSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The article studies subjective and objective suicidal anamnesis in narcological practice. The data showing the presence of suicidal attempts in patients suffering from alcohol

dependence, which were collected directly from patients, are undervalued to some extent, according to our information up to 25%. Information collected from objective sources can complement this subjective data greatly, so it will allow to make therapeutic program of correction of dependent relations more flexible taking into account suicidalological data.

*Key words:* suicide, alcohol dependent patient's family.

УДК 613.816:616.89-008441.44

**АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР СРЕДИ ПРИЧИН РОСТА САМОУБИЙСТВ В СССР И В ПОСТСОВЕТСКИХ ГОСУДАРСТВАХ**

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Контактная информация:

Ворошилин Сергей Иванович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург, e-mail: voros04@gmail.com

В 1986-1994 годы в СССР, а после 1991 г. во многих постсоветских государствах произошел чрезвычайный рост частоты самоубийств, наиболее выраженный в странах Прибалтики, России, Украине, Белоруссии, Казахстане и Молдавии, но менее значительный в государствах Средней Азии и Закавказья. Обычно этот рост самоубийств объясняют социальными и экономическими изменениями в этих странах после 1991 года. В работе показано, что наибольшую корреляцию с частотой самоубийств обнаруживает динамика потребления крепких спиртных напитков. Снижение самоубийств после 1991 года происходит на фоне сохраняющегося высокого уровня потребления алкоголя, но снижения потребления крепких спиртных напитков при значительном росте потребления пива. Снижение самоубийств отмечено также в других странах, где произошло снижение потребления крепких спиртных напитков с ростом потребления пива. Представляется, что важным фактором снижения самоубийств (и отравлений алкоголем) является изменение структуры потребления алкоголя, а именно снижение потребления крепких спиртных напитков, в первую очередь, водки, с увеличением потребления пива.

*Ключевые слова:* суицид, потребление алкоголя

Последние десятилетия XX века и первое десятилетие XXI века продемонстрировали необыкновенный феномен стремительного изменения частоты самоубийств в СССР – РСФСР – Российской Федерации и в части других постсоветских государств, возникших после 1991 года.

В СССР наблюдался постепенный рост частоты самоубийств с 17 на 100 тыс. населения в 1965 г. (когда было разрешено изучать суициды в стране) до 27 – в 1980 г. и 30 случаев на 100 тысяч населения в 1984 году. В 1985 году этот рост внезапно сменился стремительным снижением данных показателей – в 1986 г. до 19 случаев на 100 тыс., и на таком уровне он сохранялся до 1991 г., т.е. до распада СССР.

В собственно России частота суицидов была всегда несколько выше общесоюзной,

тогда как в республиках Средней Азии и Закавказья частота их была значительно ниже. Как видно на рис. 1, в 1990-1991 гг. частота самоубийств в РСФСР в 1984 г. достигала 40 случаев на 100 тыс., затем в 1986-1989 она снизилась до 23 на 100 тыс. населения. В 1991-1992 гг. кривая самоубийств вновь выросла до 40 случаев, а к 1994 достигла сверхрекордного уровня – 62 случая на 100 тыс. населения. К 1998 году наблюдалось очередное снижение до 52, после чего – новый подъем. Этот второй подъем совпадал с экономическим кризисом 1998 г., который затронул многих людей. И лишь с 2001 г. началось постепенное снижение частоты суицидов, частота которых к 2009 г. достигла уровня 1991 года. В 2011 году относительный показатель самоубийств составил 21

случай на 100 тыс. населения, т.е. достиг уровня 1984 или даже 1970 гг.

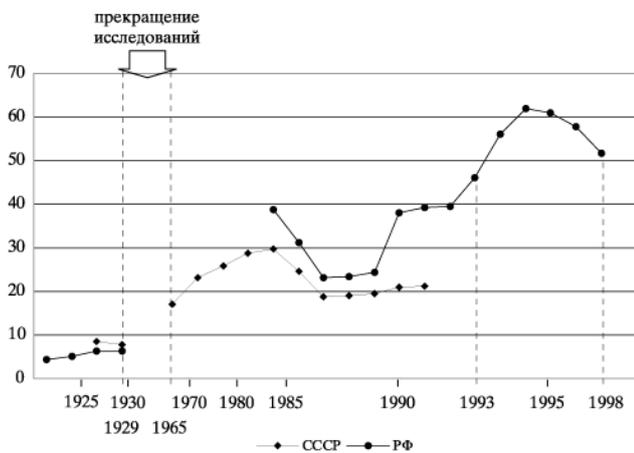


Рис. 1. Число умерших от самоубийств в России в расчете на 100000 населения [11].

Такие стремительные изменения частоты самоубийств в отдельных странах представляют собой необычное явление. Согласно данным Я.И. Гилянского [1] в большинстве стран Европы с 1866 по 1925 год частота суицидов удерживалась примерно на одном уровне, демонстрируя лишь незначительный их рост: в Англии и Уэльсе (рост с 7,0 до 9,9), Ирландии (с 1,4 до 3,5), Франции (с 13,5 до 19,5), Германии (с 21,1 до 23,3), Швейцарии (с 20,5 до 23,5), США (с 10,0 до 11,6), Австралии (с 10,2 до 11,6) [1]. Более выраженное повышение этого показателя наблюдалось в Австрии (с 10,3 до 27,3), Венгрии (с 8,4 до 27,9), Бельгии (с 6,6 до 18,0), Голландии (с 3,6 до 6,2), Италии (с 3,0 до 8,4), Финляндии (с 2,0 до 9,0), Швеции (с 8,5 до 20,2) и Японии (с 11,0 до 19,6) [1].

Были и положительные примеры. Так, небольшое снижение наблюдалось в Дании (с 27,7 до 14,9) и в Норвегии (с 7,6 до 5,8).

Дальнейшее наблюдение показало, во всех перечисленных странах имел место рост самоубийств в 1931-1932 гг., во время мирового финансового кризиса, и последующее снижение к 1940 г. В годы Второй мировой войны, как и в годы Первой мировой, отмечался небольшой обратный тренд.

В послевоенные годы, с 1956 по 1995 гг., небольшой рост частоты самоубийств наблюдался в большинстве стран Западной Европы – в Бельгии (14,0 – 18,8), Франции (15,9 – 20,8), Испании (5,5 – 8,1), Италии (6,7 – 8,2), Финляндии (22,4 – 27,2), Польше (5,6 – 14,2), Болгарии (8,0 – 17,4), а также в США (10,0 – 12,1),

Канаде (7,6 – 13,4), Австралии (10,8 – 12,8) [3]. Наиболее значительный рост был отмечен в восточно-европейской социалистической Венгрии (19,6 – 33,0).

Снижение частоты самоубийств имело место в эти годы в Англии с Уэльсом (11,8 – 7,4), в Западной Германии (18,8 – 15,8), Австрии (22,9 – 21,3), Греции (3,8 – 3,5), Дании (22,5 – 18,7), Швеции (20,1 – 15,3), в восточно-европейской Чехословакии (24,9 – 16,8), в Израиле (9,6 – 6,5) и в Японии (24,5 – 16,9) [1].

В Российской Империи в период с 1834 по 1913 гг. частота самоубийств постепенно увеличивалась, существенно не отличаясь от других европейских стран в этот период. В 1914 – 1917 гг., т.е. в годы первой мировой войны, произошло, как и в других воюющих странах, снижение их частоты до 6-10 случаев на 100 тыс. населения. Затем к 1925-1928 гг. она выросла до 23-34 случаев, после чего данные о суицидах перестали публиковаться до 1965 г.

В годы Великой Отечественной войны, также как и в других воюющих странах, наблюдалось снижение числа самоубийств, а также отмечался их подъем в первые послевоенные годы (1947-1948 гг.).

С 1965 по 1984 г. наблюдался упомянутый постепенный рост их частоты, с 15 до 30 случаев на 100 тыс. населения, который в 1994 превзошел уровень всех европейских стран.

Произошедшее в 1985-1986 гг. снижение частоты суицидов обычно, естественно, связывали с ограничениями в потреблении алкоголя в связи с развернувшейся в эти годы борьбой с пьянством и алкоголизмом, также как и произошедшее одновременно снижение смертности населения почти от всех заболеваний, сокращение уровня преступности и убийств и т.д.

Следует отметить, что в это же время в стране возникли многочисленные политические и экономические кризисные явления, завершившиеся распадом СССР и возникновением на его территории новых суверенных государств, которые сразу оказались в сложном экономическом положении, что привело к ухудшению уровня жизни всего населения во всех вновь образовавшихся государствах. Множество людей лишились работы, потеряли свой социальный статус, а многие просто обеднели, обнищали, лишились жилья, втянулись в преступность. В этих условиях естественным было связать последующий рост числа суицидов с этими явлениями.

На этом фоне уровень самоубийств в некоторых из постсоветских стран вырос, достигнув в ряде из них самого высокого уровня в мире. Из 13 государств, частота самоубийств в которых в середине первого десятилетия XXI века была выше 20 случаев на 100 тыс. населения, семь – были странами, возникшими на постсоветском пространстве – Литва, Белоруссия, Россия, Казахстан, Латвия, Украина, Эстония. Кроме того, две страны бывшего социалистического лагеря – Венгрия и Словения, входившая ранее в состав Югославии. При этом самый высокий уровень (выше 30 / 100 тыс.), наблюдался в Литве, Белоруссии и России. В России в 1991 году частота самоубийств по сравнению с 1990 годом увеличилась в 1,5 раза и достигла 40,1 на 100 тысяч населения [2]. А в некоторых районах России (Волго-Вятском, Западно-Сибирском, Восточно-Сибирском, Дальневосточном, Уральском) частота суицидов достигала еще более высокого уровня, до 130/100 тыс. Так, в Удмуртии этот показатель достиг 101/100 тыс., на Алтае – 102/100 тыс., в Коми – 110/100 тыс., в Корякском округе на Камчатке – 133/100 тыс. [2].

За период с 1988 до 1993 г. частота суицидов возросла в постсоветских странах до следующего уровня: в Казахстане с 17,0 до 23,5/100 тыс.; на Украине с 19,0 до 24,0/100 тыс.; в Белоруссии с 21,7 до 28,0/100 тыс.; в Латвии с 23,1 до 42,3/100 тыс.; в Литве с 26,6 до 42,1/100 тыс.; в Эстонии с 24,3 до 38,1/100 тыс.

В результате этого в 1993 году некоторые республики бывшего СССР и социалистического лагеря стали «лидерами» в мировом рейтинге суицидов: первое место заняла Латвия – 42,3; второе – Литва – 42,1; третье место – Венгрия – 39,8; 4-5-е места Россия и Эстония – 38,1 на 100 тыс. населения.

В числе стран с высоким уровнем суицидов наиболее крупной из постсоветских стран была Украина, где их частота повысилась с 18,94 в 1988 г. до 29,43 в 1996 году, причем уровень завершенных суицидов возрос в 1,6 раза. В 2008 году общий уровень смертности от суицидов в Украине составил 20,4/100 тыс. [13]. Наибольшего значения этот показатель достиг в Черниговской (31,9), Сумской (31,4), Кировоградской (30,3) областях Украины. Невысокий уровень суицидов, не превышающий средний уровень частоты самоубийств в европейских странах, наблюдался в таких областях, как Львовская (7,6), Черновиц-

кая (9,9), Тернопольская (9,1), Ивано-Франковская (10,1), Ровненская и Закарпатская области, т.е. области, относящиеся к Западной Украине [13].

Необходимо заметить, что рост числа самоубийств произошел не во всех постсоветских государствах. Незначительный рост или его отсутствие вообще регистрировались в республиках Средней Азии – в Узбекистане, Таджикистане, Киргизии и Туркмении, а также в странах Закавказья – в Грузии, Армении и Азербайджане (табл. 1). Но в этих республиках и в советский период уровень суицидов был минимален, особенно в Закавказье.

Таблица 1

Статистика самоубийств в странах бывшего СССР и странах Восточной Европы [14]

Страна	Год	Всего	Мужчины	Женщины
Страны бывшего СССР				
Литва	2009	34,1	61,3	10,4
Казахстан	2008	25,6	43,0	9,4
Белоруссия	2010	25,3	н/д	н/д
Латвия	2009	22,9	40,0	8,2
Россия	2011	21,4	н/д	н/д
Украина	2009	21,2	37,0	7,0
Эстония	2008	18,1	20,6	7,3
Молдавия	2008	17,4	30,1	5,6
Киргизия	2009	8,8	14,1	3,6
Туркмения	1998	8,6	13,8	3,5
Узбекистан	2005	4,7	7,0	2,3
Грузия	2009	4,3	7,1	1,7
Таджикистан	2001	2,6	2,9	2,3
Армения	2008	1,9	2,8	1,1
Азербайджан	2007	0,6	1,0	0,3
Страны Восточной Европы				
Венгрия	2009	24,6	40,0	10,9
Польша	2008	14,9	26,4	4,1
Чехия	2009	14,0	23,9	4,4
Болгария	2008	12,3	18,8	6,2
Румыния	2009	12,0	21,0	3,5
Словакия	2009	10,3	19,8	1,9
Албания	2003	4,0	4,7	3,3

Обычно это связывалось с лучшим сохранением традиционного уклада жизни, с большим значением семейной жизни, более высоким уровнем религиозности населения. С другой стороны, уровень жизни во всех этих южных республиках невысок. Более того, он значительно снизился, что не позволяет ожидать

здесь выраженной адаптации к изменившимся условиям жизни. Это показывает, что объяснение роста самоубийств исключительно с политическими и экономическими событиями, связанными с распадом СССР и снижением жизненного уровня, не вполне объясняет происходящий процесс. Высокая частота самоубийств наблюдалась также в Молдавии и Казахстане, хотя Молдавия по своему укладу жизни явно принадлежит к числу южных республик, таким как республики Закавказья, а Казахстан должен был бы быть более сходным со странами Средней Азии. Но в этих республиках отмечается большой процент русского и украинского населения, которое, к тому же, оказывало значительное влияние и на бытовую культуру коренного населения этих республик.

Исследование суицидального поведения на территории бывшего СССР показывает, что бывшие республики Советского Союза можно условно разделить на две группы [10].

Первая группа – это республики Европейской части бывшего СССР, Россия, Грузия, в которых уровень самоубийств среди городского населения ниже, чем среди сельского, и составляет около 70%.

Вторая группа – республики Средней Азии, Закавказья (кроме Грузии), Казахстан, где уровень городских самоубийств выше, чем в сельской местности, в среднем в 2 раза.

Первое соотношение предложено [10] назвать европейским, а второе – азиатским типом распространения самоубийств. Азиатский тип объясняют национально-религиозными традициями, особенностями межличностных отношений, большим количеством многодетных семей, влиянием урбанизации. Европейский тип объясняют неблагоприятной социально-экономической обстановкой на селе, стагнацией деревенской жизни, оттоком наиболее работоспособных жителей села в города, старением сельских жителей. По этим же причинам среди городов лидируют по числу самоубийств малые и средние города [10].

Но сравнение ситуации, сложившейся в СССР с ситуацией в восточно-европейских (бывших странах народной демократии), показывает отсутствие заметного параллелизма между социальными событиями и динамикой самоубийств в этих странах, что можно видеть в табл. 2.

В то время как в России, так и в других странах, выделившихся из СССР, происходил

рост числа самоубийств, причем особенно выраженный как раз в странах, которые стали суверенными. В это же время в «освободившихся» от «советской опеки» странах Восточной Европы роста суицидов не произошло, хотя и в этих странах тоже происходил переход к рыночному несоциалистическому государству, который породил те же проблемы, что и в СССР, т.е. закрытие предприятий, безработица, рост цен и т.д. Точно так же рост самоубийств не наблюдался в областях Западной Украины, уклад жизни в которых близок к таковому в странах Восточной Европы, наиболее поздно вошедших в состав СССР, одновременно с республиками Прибалтики. При этом рост самоубийств происходил на всей остальной территории Украины и во всех Прибалтийских постсоветских республиках.

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 этих странах 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. Поэтому обычно указанный рост самоубийств связывают с историческими процессами, которые развернулись в СССР, а затем и в других восточно-европейских странах народной демократии, начиная с 1985 года, известные под названием «перестройки». «Перестройка» привела сначала к отказу от монопартийной системы и диктатуры коммунистической партии, а затем и к изменению самого социального строя – к переходу от социалистического государства с плановой экономикой к капиталистическому госу-

дарству с рыночной экономикой. Это сделало невозможным для государства поддерживать прежние социальные программы, привело к массовому закрытию предприятий, безработице. Однако эти процессы проявились драматическими последствиями в части постсоветских республик, но почти не проявились в среднеазиатских и закавказских постсоветских государствах и в странах народной демократии восточной Европы.

Таким образом, сопоставление динамики изменения частоты самоубийств с конкретными историческими политическими и экономическими событиями не показывают полного параллелизма между ними. Внимательное сопоставление этих цифр с иными процессами, происходившими в рассматриваемых странах, показывают заметную корреляцию частоты самоубийств с уровнем потребления населением алкоголя. Особенно демонстративно она проявилась в период проведения противоалкогольной кампании 1984-1988 гг.

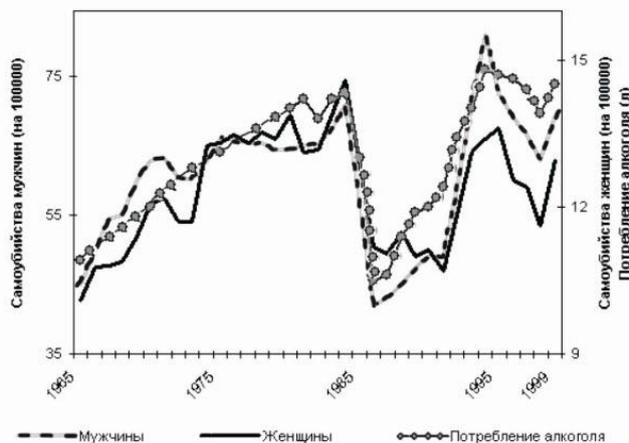


Рис. 2. Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств мужчин и женщин и среднедушевое потребление алкоголя в литрах за год. Россия, 1965-1999 [3].

На рис. 2 можно отметить, что в России наблюдалось практически точное совпадение между частотой самоубийств и уровнем потребления алкоголя.

Рассмотрение динамики уровня потребления алкоголя и частоты самоубийств показывает, что такой параллелизм можно видеть также на Украине, в Белоруссии, во всех республиках Прибалтики, а также в Казахстане и Молдавии. Сопоставление таблиц 1 и 3 показывает, что в странах с наибольшим числом самоубийств

(табл. 1) наблюдается и наиболее высокий уровень потребления алкоголя (табл. 3).

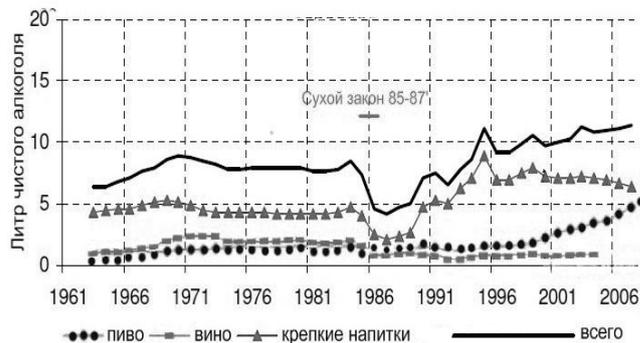


Рис. 3. Потребление алкоголя в России на душу населения старше 15 лет [4, 7].

Рассмотрение кривой самоубийств в России, а до 1991 года – в РСФСР и СССР, в целом показывает, что эта кривая до 2000 года шла параллельно кривой потребления алкоголя в СССР и РСФСР. После 2000 года эти кривые разошлись. В то время как валовое потребление алкоголя не снизилось, но даже продолжало расти, кривая суицидов стала снижаться.

Однако, если рассмотреть динамику дифференцированного потребления населением различных видов алкогольных напитков, а не только динамику потребления усредненного алкоголя (рис. 3), то можно заметить, что единственный вид алкогольных напитков, динамика потребления которого коррелирует с частотой самоубийств – это крепкие спиртные напитки, составляющие в таблице 3 группу «водка и ЛВИ (ликеро-водочные изделия)». Только их потребление стало снижаться после 2001 года параллельно со снижением самоубийств. После 2001 года общий рост потребления алкоголя обеспечивался в наибольшей степени ростом потребления пива, который, как видно из сопоставления имеющихся данных, не коррелирует с частотой суицидов. Это хорошо видно на рис. 3, представляющем потребление алкоголя в России на душу населения старше 15 лет в период между 1961 и 2006 гг.

На рис. 3 видно, что форма кривой суммарного потребления алкоголя в России до 2000 года почти полностью определялась кривой потребления крепких напитков. Кривые потребления вина и пива практически с ней не совпадали. Но с 2001 года ситуация стала заметно изменяться. Кривая потребления крепких спиртных напитков стала снижаться, но

заметно пошла вверх кривая потребления пива. После 2001 года общая кривая потребления алкоголя стала определяться преимущественно пивом, и наблюдаемый с этого времени уровень потребления алкоголя перестал соответствовать кривой самоубийств. В то время как потребление алкоголя в это время продолжает расти, кривая суицидов снижается.

То же самое можно видеть при рассмотрении среднедушевого производства в СССР и России различных видов алкогольных напитков в период между 1970 и 2005 гг., представленное в табл. 2.

Таблица показывает, что на протяжении всего этого времени практически потреблялось три вида алкогольных напитков: 1 – крепкие спиртные напитки (водка и ЛВИ), 2 – пиво и 3 – «вино тихое» (не шампанизированное). Практически почти никакого значения не играли «шампанское и игристые вина» и коньяк, доля которых занимала не более 0,5-5% от объема всех потреблявшихся напитков.

С 1970 до 1984 года, т.е. до начала кампании по борьбе с пьянством, крепкие напитки, пиво и вино производились на протяжении всего периода примерно в одном соотношении по объему. Водка составляла 25%, пиво – 40%, вино – 33% от общего объема. В годы наибольшего размаха противоалкогольных мероприятий (1986-1987 гг.), общее производство алкогольных напитков сократилось с 1980 г. на 40-50%, с 59,8 л до 34,7-29,8 л. При этом производство водки сократилось в 2-3 раза, и составило 20% от всех напитков. Доля вина составила 21-23%, а доля производства пива, при сокращении объема его производства, достигла 53-60%.

Необходимо так же отметить, что сокращение общего производства алкоголя спровоцировало рост самогонарения и торговлю различными неучтенными суррогатными напитками. Это вызвало прямо противоположные последствия, а именно стремительный рост потребления алкоголя, в первую очередь, в форме крепких алкогольных напитков, и прочие нежелательные последствия в виде роста самоубийств, иной смертности, преступности и т.д.

К настоящему времени производство водки и вина остается сокращенным, но производство пива выросло почти в три раза (табл. 2). Благодаря этому доля потребляемой водки по объему сократилась до 12,5%, вина до 6,1%, а

доля пива составила почти 80%, что практически соответствует пивному типу потребления алкоголя (табл. 3).

И при такой структуре потребления алкоголя наблюдается сокращение числа самоубийств.

Таблица 2  
Среднедушевое производство алкоголя  
в СССР – России [12]

Годы	Водка и ЛВИ	Пиво	Вино тихое	Шампанское и игристые вина	Коньяк
1970	12,1	17,3	14,8	0,3	0,1
1971	12,2	18,7	15,7	0,3	0,3
1972	12,0	19,6	17,1	0,3	0,2
1973	13,5	20,8	14,2	0,4	0,3
1974	13,7	22,9	17,6	0,4	0,3
1975	14,0	23,0	19,2	0,4	0,2
1976	14,0	24,1	19,3	0,4	0,3
1977	14,2	25,0	20,7	0,5	0,3
1978	15,2	25,5	19,4	0,5	0,3
1979	15,3	24,8	19,3	0,5	0,4
1980	14,9	24,1	19,8	0,5	0,4
1981	14,2	24,6	19,7	0,6	0,3
1982	13,8	25,1	20,1	0,7	0,3
1983	13,8	25,4	20,7	0,8	0,4
1984	13,9	24,9	16,6	0,8	0,4
1985	11,8	24,8	16,9	0,8	0,3
1986	7,1	18,4	8,0	0,8	0,4
1987	5,5	17,9	6,4	0,8	0,5
1988	6,0	19,9	7,7	0,8	0,6
1989	7,8	21,7	8,1	0,9	0,7
1990	9,2	22,8	6,2	0,8	0,6
1991	10,5	21,7	4,7	0,5	0,4
1992	19,4	18,4	3,2	0,3	0,3
1993	12,3	17,3	2,9	0,6	0,3
1994	13,7	18,1	3,5	1,0	0,4
1995	12,6	17,5	4,6	1,4	0,4
1996	7,4				
1997	7,0				
1998	7,0	23,2		0,65	
1999	8,8	30,7		0,52	
2000	8,6	35,6		0,48	
2001	9,2	44,0	4,4	0,55	
2002	9,7	48,5	3,6	0,6	0,37
2003	9,5	50,4	4,25	0,7	0,51
2004	9,7	58,6	4,75	0,92	0,52
2005	9,7	61,5	4,75	0,96	0,54

Эпизодически в печати появляются статьи, в которых делаются попытки обосновать особую вредность пивного алкоголизма, что, возможно, представляет собой попытку водочного лобби получить возможность увеличить до былых объемов производство крепких спиртных напитков.

В Европе выделяют три типа потребления алкоголя – «спиртовой тип» или «северно-европейский», наиболее распространённый в странах Скандинавии, для которого характерно преимущественное потребление крепких спиртных напитков, в том числе водки [7].

Таблица 3

Структура потребления алкоголя в странах Западной Европы в 1953-55 и 1993-95 годах [8]

Страна	1953–1955			1993–1995		
	пиво	водка	вино	пиво	водка	вино
Финляндия*	37	50	12	56	27	17
Норвегия*	42	49	9	58	21	21
Швеция*	29	64	7	46	27	27
Нидерланды*	36	58	6	53	22	25
Германия	56	26	18	57	24	20
Англия	77	15	6	55	19	22
Франция	5	13	82	15	21	64
Италия	1	9	90	15	7	78
Испания	3	-	97	30	25	45

Примечание: \* - спиртовой тип потребления алкоголя.

Для северной части собственно Европы (к северу от Альп и Карпат) характерен «пивной тип» потребления алкоголя. Иногда его тоже именуют «северно-европейским». Поэтому его, возможно, было бы удобнее назвать «средне-европейским».

Для южной Европы характерен «винный тип» потребления алкоголя, именуемый южно-европейским.

В Европе в последние годы происходит процесс изменения типа потребления алкоголя в Скандинавии, где наблюдается переход на средне-европейский тип потребления.

На территории СССР распространены северно-европейский (спиртовой), включающий восточно-славянские республики, прибалтийские республики, Казахстан и отчасти Молдавию. Южно-европейский тип потребления распространен в республиках Закавказья и Средней Азии.

Рассмотрение частоты самоубийств в постсоветских странах с преимущественным вин-

ным потреблением алкогольных напитков (Армения и Азербайджан) показывает, что хотя уровень суммарного потребления алкоголя там достаточно высок (почти такой же, как в неблагополучных по частоте суицидов Украине или Молдавии), но частота суицидов в Закавказских странах низка. Потребление крепких напитков в этих странах в 4-8 раз ниже (0,65-0,97 л), чем на Украине, в Казахстане или Молдавии, где крепкие напитки потребляются в количестве 4-5 л в год.

В странах с наиболее высокой частотой суицидов крепкие напитки потребляются в количествах более 6 л и даже 9 л в год. При этом во всех странах с высоким уровнем суицидов отмечается преобладающее потребление спиртных крепких напитков, практически исключительно в виде водки.

На распространение этих типов потребления повлияли как биологические, так и социально-экономические факторы. Одной из причин драматического роста алкоголизма и суицидов оказался угро-финский фактор, которому уделяют все больше внимания. По неизученным до конца причинам народы угро-финской языковой группы обнаруживают повышенную склонность к самоубийствам [2]. Частота суицидов всегда была в восточной Европе наиболее высока у венгров, в Скандинавии у финнов, в Прибалтике у эстонцев, чуть меньше у литовцев и латышей, у Волжских народов – у удмуртов, марийцев и т.д. Но следует иметь в виду, что в России многие народы, относящиеся к другим языковым группам, по своему происхождению являются угро-финнами. К числу таких народов относятся волжские татары, башкиры и некоторая часть русских.

В то же время для угро-финнов характерна сниженная переносимость алкогольных напитков, более быстрое развитие у них хронического алкоголизма. Это объясняется тем, что большинство угро-финских народов столкнулись с алкогольными напитками лишь в недавнем прошлом, и у них не накопились гены, обеспечивающие хорошую переносимость алкоголя.

Русские, белоруссы, украинцы характеризуются как люди, лучше переносящие алкогольные напитки, но исторически они в отличие от южно-европейцев первоначально употребляли менее концентрированный алкоголь в форме пива. Исторической особенностью пьянства в России в XX веке является абсолютное доминирование потребления крепких спиртных напитков.

Таблица 4

Потребление алкоголя в постсоветских государствах и странах Восточной Европы, 2011 [15]

Страна	Учтенное потребление	Общее потребление	Пиво	Вино	Крепкие напитки
Страны бывшего СССР					
Эстония*	13,77	15,57	5,53	1,09	9,19
Литва*	12,03	15,03	5,60	1,80	4,50
Белоруссия*	11,22	15,13	1,84	0,80	4,08
Россия*	11,03	15,76	3,65	0,10	6,88
Латвия*	9,50	12,50	3,61	1,10	6,24
Молдавия*	8,22	18,22	4,57	4,67	4,42
Украина*	8,10	15,60	2,69	0,58	5,21
Казахстан*	6,06	10,96	1,69	0,30	4,19
Армения	10,05	11,35	1,05	0,39	0,65
Азербайджан	7,30	10,60	7,00	0,03	0,97
Грузия	3,90	6,40	0,76	0,83	2,56
Киргизия	3,19	5,09	0,45	0,10	2,26
Туркмения	2,33	4,63	0,21	0,90	1,22
Узбекистан	1,64	3,54	0,28	0,19	1,30
Таджикистан	0,39	3,39	0,08	0,02	0,29
Страны Восточной Европы					
Чехия	14,97	16,45	8,51	2,33	3,59
Венгрия	12,27	16,27	4,42	4,94	3,02
Румыния	11,30	15,30	4,07	2,33	4,14
Болгария	11,24	12,44	3,53	2,44	4,88
Словакия	10,33	13,33	3,90	1,70	5,40
Польша	9,55	13,25	4,72	3,26	1,56
Албания	4,58	6,68	1,61	0,94	2,30

Примечание: \* - спиртовой тип потребления алкоголя.

Распространение производства и употребления крепких алкогольных напитков, получаемых путем дистилляции зернового сырья, началось в Московском государстве и в Великом Княжестве Литовском (современные Литва, Белоруссия Северная Украина) с XV – XVI вв.

В России их производство практически стало монополией государства, что привело к вытеснению, а часто и к запрету производства пива, что привело к установлению северного (спиртового) типа потребления алкоголя.

Производимое «хлебное вино» («горючее вино», «полугар») представляло собой раствор спирта, получаемого из зерна методом повторной перегонки с последующей очисткой углем и рядом других веществ, что отличало традиционное русское хлебное вино от других аналогичных напитков, производимых в запад-

ной Европе из зерна, которые очищались многолетним выдерживанием в дубовых бочках (виски, джин и т.д.), но которые также представляли собой исходно по технологии изготовления «самогон» [9].

В конце XIX века по инициативе министра финансов Российской Империи С.Ю. Витте для укрепления финансовой системы была установлена государственная монополия на производство хлебного вина под предлогом того, что государство этим гарантирует обеспечение населения менее токсичным напитком. Последнее обеспечивалось использованием полученного на казенных заводах ректифицированного спирта, освобожденного от сивушного масла, вместо более токсичного дистиллята-самогона, получаемого на частных заводах методом перегонки (дистилляции). Этот напиток лишь с 1936 года окончательно полу-

чил современное наименование «водка». До 1924 года его названием было «хлебное вино», а с 1924 до 1936 г. – «хлебное вино (водка)» [9].

Исследованиями, проведенными в последние годы, были получены подтверждения, что токсическое действие ректифицированного спирта и его растворов, полностью освобожденных от сивушного масла, всегда присутствующего в коньяке, виски, джине и самогоне-полугаре, превосходит уровень всех иных крепких напитков, включая перечисленные виски, джин, коньяк или хорошо очищенный самогон-«полугар» [5, 6]. Высказывается предположение, что сивушное масло замедляет всасывание алкоголя, чем смягчается неблагоприятное действие спирта. Но производство такого самогона, который, по утверждению исследователя истории русской водки Б. Родионова, в прошлом назывался «полугаром», существенно дороже производства напитков на основе промышленного ректифицированного спирта, вследствие чего стоимость его соответствует стоимости виски. Вследствие этого такой напиток был бы недоступен по своей цене значительной части населения [9].

Исторический опыт многих стран, включая США и СССР, показал, что всякая попытка государства быстро сократить производство современной водки при дефиците любого иного алкоголя немедленно приводит к возрождению «самогонварения», т.е. производству неочищенного самогона, который является высоко токсичным, и требует не менее двух ступеней дистилляции и дополнительной очистки, чем население обычно пренебрегает. Одновременно развивается подпольная промышленность по производству прочих суррогатных напитков на основе непищевых или плохо очищенных спиртов.

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, незнакомая 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 более обеспеченных странах

Западной Европы, переживших за эти годы вместе с Россией два экономических кризиса.

Как показывает опыт стран Европы наибольший эффект в изменении алкогольного поведения населения можно ожидать от постепенного изменения структуры потребления в сторону вытеснения с рынка крепких спиртных напитков, особенно на основе ректифицированного спирта, и расширения потребления напитков с низким содержанием алкоголя. Во-вторых, необходимо повышение жизненного уровня и покупательной способности населения для изменения структуры потребления. В-третьих, необходимо повышение культуры населения и формирование системы идеалов, противодействующих стремлению получать гедонистическое удовлетворение любым путем.

Исходя из выше изложенного можно высказать следующие предположения о мерах по предупреждению самоубийств, связанных с общей противоалкогольной политикой государства.

1. В рамках последовательной профилактики суицидов, необходимо проведение политики вытеснения из употребления и сокращения доли среди потребляемого алкоголя крепких спиртных напитков и, в первую очередь, напитков на основе ректифицированного спирта (водки, ЛВИ) с заменой их, в первую очередь, пивом, а лишь затем, вином.

2. Последовательное недопущение употребления всех алкогольных напитков ранее установленного допустимого возраста; противодействие формированию в молодом возрасте негативных алкогольных традиций.

3. Вести решительную борьбу с производством суррогатов любого происхождения, но, в первую очередь, с напитками на основе суррогатных непищевых ректифицированных спиртов.

4. Не допускать проведения в рамках борьбы с пьянством мероприятий, провоцирующих население на самостоятельное производство алкогольных напитков недостаточной степени очищенности и на приобретение незаконно производимых суррогатных напитков, что всегда наблюдается при чрезмерно быстро осуществляемых ограничениях на торговлю всеми алкогольными напитками.

5. Необходимо содействовать при проведении противоалкогольной пропаганды психологической дискредитации образа «водки» как

«национального», «безопасного», «хорошо очищенного» напитка. Необходимо признать распространенное в быту, в СМИ, на сцене восхваление «русских», как особо крепких и выносливых в употреблении водки, как рекламу этого напитка и распространить на выступления с такой информацией соответствующие ограничения. Следовало бы формировать образ этого напитка, как напитка «для бедных», «для ущербных».

6. Пропагандировать в населении необходимость обращения к специалистам для получения необходимой психологической, психиатрической или социальной помощи в ситуации психологического кризиса, без обращения к алкоголю для решения психологических проблем.

#### Литература:

1. Гишинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других отклонений. СПб.: "Юридический центр Пресс", 2004. – 528 с.
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Психическое здоровье россиян // Человек. – 2002. – № 6. – С. 23-27.
3. Кладов С.Ю., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С. Роль алкогольного фактора в формировании суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 31-34.
4. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. – М.: NALEX, 2003. – 136 с.
5. Нужный В.П., Забирова И.Г. и др. Сравнительное экспериментальное исследование острого и подострого токсического действия коньяка и виски // Наркология. – 2010. – №10. – С. 12-14.
6. Нужный В.П., Львова Ю.А. и др. Сравнительное экспериментальное исследование фетотоксического воздействия коньяка, виски и раствора ректифицированного пищевого спирта // Наркология. – 2011. – № 8. – С. 24-16.
7. Потребление алкоголя на душу населения в Европе и РФ. <http://timblog.ru/science/669-potreblenie-alkogolya-na-dushu-naseleniya-v-evrope.html>
8. Разводовский Ю.Е. Ретроспектива алкогольной проблемы в Европе // Медицинские новости. – 2005. – № 11. – С. 34-35.
9. Родионов Б. Полугар. Водка, которую мы потеряли. – М.: Зебра Е, 2009. – 304 с.
10. Санжаревский И.И., Титаренко В.А. История, методология и техника исследования проблем общества и личности в социологии. – Тамбов: «Пролетарский светоч», 2002. – 432 с.
11. Самоубийство, суицид // Энциклопедия Кругосвет. [http://www.krugosvet.ru/enc/gumanitarnye\\_nauki/sociologiya/samoubistvo\\_suitsid.html?page=0,3](http://www.krugosvet.ru/enc/gumanitarnye_nauki/sociologiya/samoubistvo_suitsid.html?page=0,3)
12. Статистика потребления алкогольной продукции в России в 1970–2005 годах // Профессиональный информационно-аналитический портал. Профессиональное отраслевое объединение. Союз виноградарей и виноделов России. [http://www.svvr.ru/statistica\\_potrebleniya\\_alkogolya\\_v\\_Rossii](http://www.svvr.ru/statistica_potrebleniya_alkogolya_v_Rossii)
13. Статистика смертности и травматизма в Украине в 2007-08 гг. (для учета в страховых тарифах). <http://forinsurer.com/public/09/07/07/3823/>
14. List of countries by suicide rates // Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table)". World Health Organization. 2011. Retrieved 2012-01-26. [http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_countries\\_by\\_suicide\\_rate](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate)
15. List of countries by alcohol consumption // Global status report on alcohol and health. World Health Organization 2011. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

#### ALCOHOL AS A FACTOR IN GROWTH CAUSES OF SUICIDES IN THE SOVIET UNION AND IN FORMER SOVIET COUNTRIES

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekateriburg, Russia

An extraordinary increase in the suicide rates observed in 1986 - 1994 years in the USSR, and after 1991 in many post-Soviet states. It was most pronounced in the Baltic States, Russia, Ukraine, Belarus, Kazakhstan and Moldova, but it was less significant in the states of Central Asia and Transcaucasia. Typically, this increase of suicides account for social and economic changes in these countries after 1991. It is shown in the article that the dynamics of consumption of alcoholic beverages reveals the greatest correlation with the frequency of suicide. Reducing the suicide rate since 1991 occurred at a high level of total alcohol consumption. However, while there has been a decrease in consumption of alcoholic beverages with a significant increase in beer consumption.

Reducing suicides were also observed in other countries, where there was a decrease of consumption of liquor with an increase in beer consumption. It seems that an important factor in reducing suicide rates (and alcohol poisoning) is a change in the structure of alcohol consumption, namely the reduction in consumption of spirits, especially vodka, produced of rectified spirit, with an increase in beer consumption.

*Key words:* suicide, alcohol consumption

## МЕТАФАКТОРЫ Big Five И ФЕНОМЕН БЕЗНАДЕЖНОСТИ В ПРЕДИКЦИИ СУИЦИДАЛЬНОСТИ

В.А. Розанов, А.А. Мидько

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина  
Институт последипломного инновационного образования, г. Одесса, Украина  
Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1, г. Одесса, Украина

### Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич, д.м.н., профессор. Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua  
Мидько Андрей Анатольевич, врач-психиатр. Место работы: коммунальное предприятие "Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1". Телефон: +380-63-735-00-53, e-mail: midko@ukr.net

Статья посвящена изучению особенностей факторной структуры личности (ФСЛ) у лиц, совершивших суицидальные попытки с учётом наличия/отсутствия феномена безнадёжности (ФБ). ФСЛ (в рамках модели Big Five) анализировалась с точки зрения взаимодействия двух метафакторов (Устойчивости и Пластичности) с возрастными и гендерными характеристиками суицидентов. Нелинейный анализ главных компонент показал существенные отличия в ФСЛ лиц, совершивших суицидальную попытку, в сравнении с контрольной группой, так и при сравнении суицидентов с ФБ с лицами, совершившими попытку, но не переживающими этот феномен. Полученные результаты обсуждаются с точки зрения понимания природы предиктивной силы ФБ, а также с позиций гендерных различий в суицидальном поведении.

*Ключевые слова:* «пятифакторная» модель личности, метафакторы, феномен безнадёжности, суицидальная попытка, завершённый суицид

Суицидальная превенция и оценка суицидального риска являются актуальными социальными и междисциплинарными проблемами. Исследования в области оценки суицидального риска показали, что одним из важных предикторов суицидальности может служить такое проявление пессимизма как феномен безнадёжности (ФБ) [21, 28], психологическая сущность которого состоит в переживании мрачного и бесперспективного взгляда на своё будущее [31]. Ряд работ свидетельствуют, что ФБ является индикатором специфической структуры личности и темперамента, что продемонстрировано как на выборках из общей популяции [36], так и на клиническом материале [8, 9]. Работы в рамках факторно-аналитической модели Big Five («Большая Пятерка») показали связь между ФБ, чертами личности и темперамента, на уровне «факторов» и «субфакторов», или «фасеток» [16, 37]. В то же время работы J.M. Dignan [19] показали возможность выделения факторов более высокого порядка в рамках «пятифакторной» модели личности, а именно метафакторов Alfa и Beta (или Устойчивость и Пластичность) [18]. Каждый из метафакторов обнаруживает связи с определёнными факторами Big5, в частности Пластич-

ность ассоциируется с ростом Экстраверсии [17] и Открытости опыту, а Стабильность – с ростом Уживчивости и Сознательности и редуцией Нейротизма [18].

Предполагается наличие генетических предпосылок этих суперфакторов [24, 35] и их связь с нейробиологическими системами регуляции поведения и мотивации [20]. Показано, что указанные психологические образования противоположным образом связаны с вовлечением человека в широкий круг поведенческих реакций [23]. Так, метафактор Пластичность связывают с активацией «экстернализованного» поведения [15], которое включает в себя агрессию, импульсивность, антисоциальные проявления, гиперактивность и склонность к «химической» зависимости [26, 27], т.е. особенности поведения и черты личности, традиционно ассоциирующиеся с суицидальностью. В свою очередь, метафактор Стабильность связывают с редуцией экстернализованного поведения [30, 38]. Метафакторы предлагают рассматривать как комплементарные, а не оппозиционные структуры: достижение стабильности в новых ситуациях требует определённой пластичности, стабильные отношения и эмоции позволяют сохранить нужный уровень

безопасности в качестве предпосылки требуемой гибкости в новых ситуациях. В частности, принято считать, что когнитивная и поведенческая пластичность являются важными предпосылками сохранения чувства удовлетворённости жизнью, самоуважения, подконтрольности своей жизни и счастья в аспекте возрастных изменений [22].

Несмотря на то, что нельзя выявить черту или комплекс черт, однозначно предрасполагающих к суицидальности, на значимость личностных predispositions в суицидальном поведении указывала А.Г. Амбрумова [2, 3]. Показано, что наиболее гибким личностным образованием, динамика которого значима в ситуациях «жизненных перемен» является образ «Я» [5], а интрапсихическая динамика в процессе адаптации определяется системными аспектами организации личности как единого целого, а не отдельными её характеристиками [1, 12, 14]. Эти работы переносят акцент на наиболее общие свойства личности в противоположность её «дроблению» на специфические черты, что связывает их с концепцией метафакторов и обосновывает актуальность исследований на данном направлении.

Мы обратили внимание на то, что работ, анализирующих связи суицидальности с метафакторами Big Five с учетом ФБ, в литературе практически нет. В связи с этим цель данной работы – проанализировать связи между метафакторами Big Five и ФБ и выявить половозрастные особенности этих связей.

Основной гипотезой было предположение о том, что структуры Big Five (метафакторы и факторы), по-разному, связаны с возрастными и гендерными особенностями в группах суицидентов, различающихся наличием / отсутствием переживания ФБ, а также в группах лиц, различающихся наличием/отсутствием суицидального опыта. С целью эмпирической проверки данных предположений нами проводилось сравнение лиц, совершивших суицидальные попытки (СП) определенной степени тяжести и представителей контрольной группы, никогда не совершавших попыток, а также внутригрупповое сравнение – подгрупп суицидентов с ФБ и без такового.

Материал и методы исследования.

Из базы данных лиц, совершивших суицидальные попытки, была отобрана группа суицидентов в возрасте от 18-29 лет и 30-39 лет численностью 626 человек (данная группа со-

стояла из пациентов стационаров и амбулаторных учреждений г. Одессы и других городов Украины – участников Шведско-Украинского генетического проекта по изучению суицидального поведения).

Критерием исключения было наличие сопутствующего психотического расстройства или интеллектуального снижения различного происхождения. В группу вошли 319 мужчин (51,0%) и 307 женщин (49,0%). Средний возраст мужчин составил  $22,23 \pm 3,40$  и  $32,93 \pm 2,45$  лет; женщин  $22,76 \pm 3,41$  и  $33,27 \pm 3,07$ , соответственно.

Обследование лиц, совершивших попытку, проводилось в стационаре с учётом соматического и психологического состояния, обычно на 3-5 день после попытки, иногда в домашних условиях или в ситуации психологического консультирования непосредственно после выписки из стационара. Основными инструментами были личностный опросник NEO-PR [10], позволяющий получить переменные, отражающие факторный уровень организации личности и темперамента (факторы *Нейротизм*, *Экстраверсия*, *Открытость опыту*, *Уживчивость* и *Сознательность*) и Шкала безнадёжности Бека (ШББ), в модифицированном А.М. Aish и D. Wasserman варианте [11], позволяющем дихотомически установить наличие / отсутствие ФБ.

В группу лиц, обнаруживающих ФБ, вошли 214 человек, из них 116 мужчин (53,9%) и 98 женщин (46,1%). Средний возраст мужчин и женщин в этой группе соответственно  $23,40 \pm 5,03$  и  $25,10 \pm 5,04$  года. Во вторую группу, не обнаруживающих ФБ, вошли 413 человека, распределение по половому признаку в этой группе оказалось следующим: 204 мужчины (средний возраст  $23,88 \pm 4,89$  лет) и 209 женщин (средний возраст  $24,13 \pm 5,13$  лет).

Степень тяжести (летальности) СП (СТСП) оценивалась в соответствии с 8-балльной «Медицинской шкалой самоповреждений» (0 баллов без последствий, 8 баллов – летальный исход). В исследование включались лица, совершившие попытки, оцениваемые в 2 балла и более (2 балла подразумевают наличие лёгких, но клинически отчётливых медицинских последствий). Средняя СТСП в выборке составила  $3,31 \pm 1,09$ , при наличии ФБ у испытуемых –  $3,26 \pm 1,03$ , при его отсутствии –  $3,34 \pm 1,12$ , у мужчин с ФБ –  $3,30 \pm 1,08$ , и без ФБ –  $3,23 \pm 1,13$ ; у женщин с ФБ –  $3,23 \pm 0,98$  и без ФБ –

3,44±1,10 соответственно. Таким образом, какой-либо связи между наличием ФБ и тяжестью попытки выявлено не было.

В качестве контрольной группы использовали группу здоровых добровольцев (ЗД), отобранных среди различных социальных и возрастных групп населения различных областей Украины, в соответствии с демографической структурой лиц, совершивших суицидальные попытки [11] и состоящую из 368 человек в возрасте от 18 до 39 лет. Из них 159 мужчин (43,21%), средний возраст 26,47±6,11, и 209 женщин (56,79%), средний возраст – 26,61±5,93 лет.

Критерием исключения в этой группе было наличие в анамнезе суицидальных попыток и психических расстройств. Некоторые различия в гендерном составе сравниваемых групп обусловлены «отбраковкой» невалидных результатов NEO, согласно нормативам методики [10].

Основным статистическим подходом, использованным в исследовании, был нелинейный анализ главных компонент (НЛАГК). НЛАГК позволяет рассматривать объекты, сгруппированные по каким-либо параметрам (в данном исследовании – по полу, возрасту, наличию / отсутствию суицидальных попыток и наличию / отсутствию ФБ), в двумерном пространстве условных признаков, сформированном путём преобразования (2+n)-мерного пространства исходных признаков (в данном исследовании – пять базовыми шкалами опросника NEO-PI-R). Подход не делает предположений относительно характера распределения переменных и дает возможность осуществить нелинейное преобразование данных, соответствующее конкретному факторному решению [29].

В работе проводился НЛАГК для групп, сформированных по разным основаниям. Первое – отсутствие / наличие СП, т.е. фактически проводилось сравнение групп суицидентов и ЗД с учётом гендерных и возрастных различий (группы мужчин и женщин 18-29 и 30-39 лет); второе – наличие / отсутствие ФБ у лиц, совершивших суицидальную попытку, т.е. сравнение групп суицидентов с учётом аналогичных гендерно-возрастных параметров. Таким образом, в исследовании принимали участие 16 групп (8 выделенных по первому основанию и 8 – по второму).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета SPSS 13.0.

## Результаты и обсуждение.

На рис. 1 и 4 группы испытуемых представлены в виде центроидов – точек в центре облаков соответствующих объектов в двумерном пространстве (сами облака объектов для упрощения не показаны). Следует отметить, что полученные структуры являются нелинейными и не всегда соответствуют линейным взаимоотношениям между параметрами, выявляемыми, например, критерием Фишера или Стьюдента.

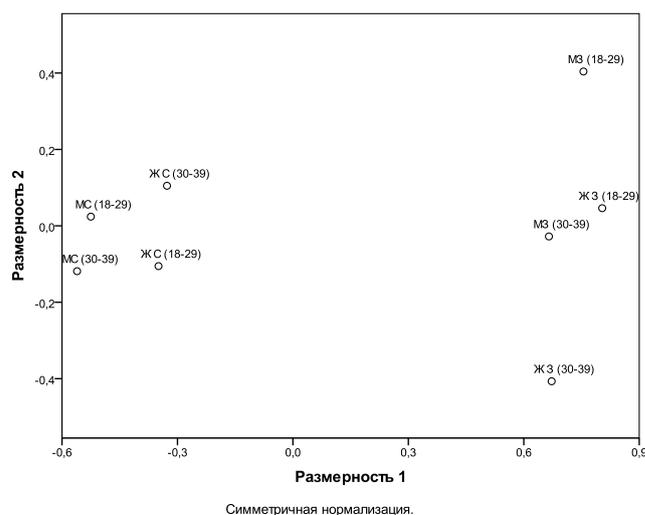


Рис. 1. Расположение центроидов групп объектов в двумерном пространстве базовых шкал опросника NEO-PI-R (группирующее основание - «суицидальность», здесь и далее – обозначения в тексте).

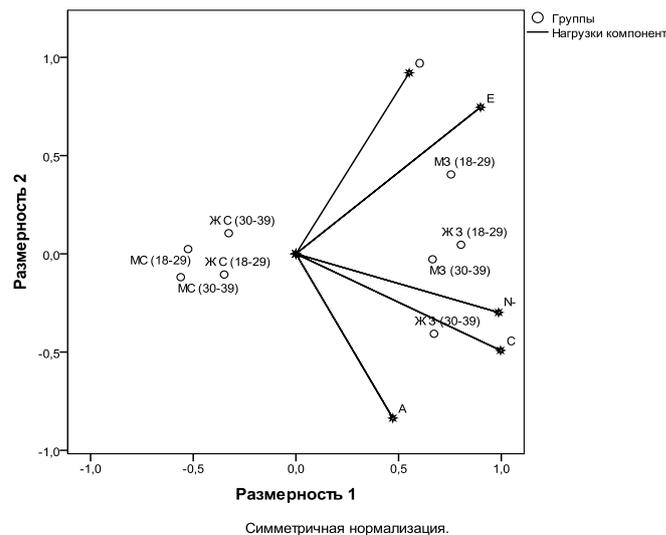


Рис. 2. Центроиды и компонентные нагрузки в двумерном пространстве базовых шкал опросника NEO-PI-R (группирующее основание - «суицидальность»)

На рисунке 1 изображены центроиды четырёх половозрастных групп суицидентов: МС (18-29) – мужчины-суициденты в возрасте 18-29 лет (n=254), МС (30-39) – мужчины - суициденты в возрасте 30-39 лет (n=59), ЖС (18-29) – женщины-суицидентки в возрасте 18-29 лет (n=258), ЖС (30-39) – женщины - суицидентки в возрасте 30-39 лет (n=49), а также четырёх аналогичных по полу и возрасту групп ЗД (n=109, n=50, n=139, n=70 соответственно).

Первое измерение объясняет 43,6% матрицы исходных данных, второе – 23,7%.

Таблица 1 представляет компонентные нагрузки шкал опросника NEO-PR. Следует обратить внимание, что шкала *Нейротизм* представлена в ревертированном виде (N-), в соответствии с исходным пониманием связи фактора N с метафактором *Устойчивость* (см. выше).

Рисунок 2 отображает компонентные нагрузки шкал опросника в графическом виде (в двумерном пространстве базовых шкал NEO-PR).

Таблица 1

Компонентные нагрузки показателей опросника NEO-PI-R (группирующее основание – «суицидальность»)

Фактор	Размерность	
	1	2
N-	0,987	-0,298
C	0,997	-0,492
A	0,472	-0,836
E	0,899	0,746
O	0,552	0,921

Таблица 2

Центроиды, спроецированные на векторы, соответствующие базовым шкалам опросника NEO-PI-R (группирующее основание - «суицидальность»)

Группы	Центроиды, спроецированные на:				
	N-	C	A	E	O
МС (18-29)	-0,510	-0,482	-0,279	-0,389	-0,249
МС (30-39)	-0,503	-0,450	-0,172	-0,507	-0,390
ЖС (18-29)	-0,304	-0,267	-0,080	-0,336	-0,270
ЖС (30-39)	-0,344	-0,340	-0,252	-0,185	-0,078
МЗ (18-29)	0,606	0,498	0,019	0,839	0,735
МЗ (30-39)	0,645	0,609	0,351	0,494	0,318
ЖЗ (18-29)	0,756	0,700	0,355	0,648	0,453
ЖЗ (30-39)	0,761	0,783	0,685	0,257	-0,004

Таблица 2 содержит координаты центроидов, спроецированных на векторы, соответствующие каждой из базовых шкал опросника, а рисунок 3 показывает графически соотношения спроецированных центроидов.

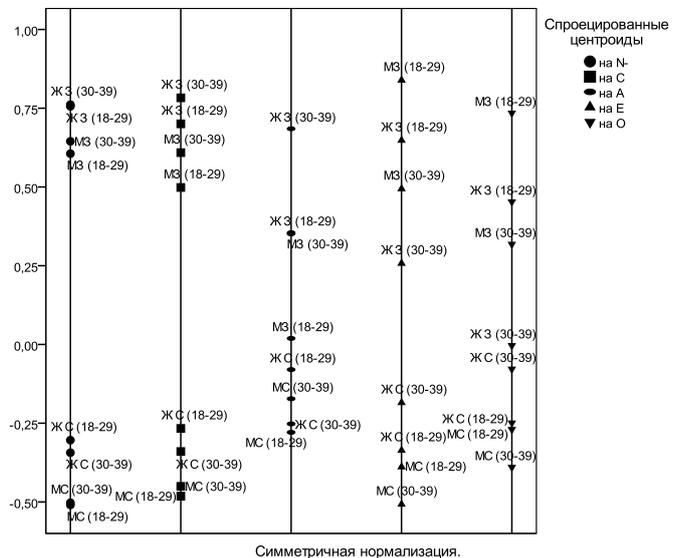


Рис. 3. Соотношение спроецированных центроидов (группирующее основание - «суицидальность»).

Рисунки 4, 5 и 6, а также таблицы 3 и 4 аналогичны по смыслу и содержанию рис. 1, 2, 3 и таблицам 1 и 2, однако группирующей переменной в данном случае выступила переменная ФБ.

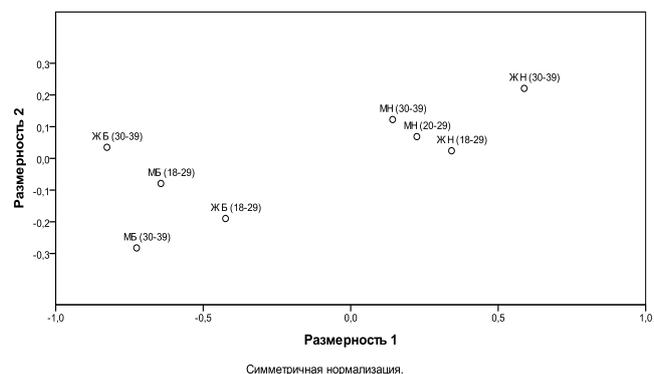


Рис. 4. Расположение центроидов групп объектов в двумерном пространстве базовых шкал опросника NEO-PI-R (группирующее основание - «ФБ»).

Рисунок 4 отображает взаимное расположение центроидов:

а) четырёх половозрастных групп лиц совершивших СПи обнаруживающих ФБ: МБ (18-29) – мужчины-суициденты в возрасте 18-29 лет (n=79), МБ(30-39) – мужчины - суици-

денты в возрасте 30-39 лет (n=15), ЖБ (18-29) – женщины - суицидентки в возрасте 18-29 лет (n=82), ЖБ (30-39) – женщины - суицидентки в возрасте 30-39 лет (n=16);

б) четырёх аналогичных по половозрастным параметрам групп суицидентов, не обнаруживающих ФБ (МН (18-29), n=175, МН (30-39), n=44, ЖН (18-29), n=176, ЖН (18-29), n=33). В этой модели первое измерение объясняло 40,1% матрицы исходных данных, второе – 24,3%.

Таблица 3

Компонентные нагрузки показателей опросника NEO-PI-R (группирующее основание - «ФБ»)

Фактор	Размерность	
	1	2
N-	0,967	-0,199
C	0,966	-0,557
A	0,402	-0,983
E	0,877	0,865
O	0,614	0,599

Таблица 4

Центроиды, спроецированные на векторы, соответствующие базовым шкалам опросника NEO-PI-R (группирующее основание «ФБ»)

Группы	Центроиды, спроецированные на:				
	N-	C	A	E	O
МН (20-29)	0,206	0,160	0,021	0,208	0,208
ЖН (18-29)	0,330	0,284	0,107	0,260	0,262
МБ (18-29)	-0,614	-0,518	-0,170	-0,514	-0,516
ЖБ (18-29)	-0,377	-0,273	0,015	-0,435	-0,436
МН (30-39)	0,115	0,062	-0,060	0,187	0,187
ЖН (30-39)	0,532	0,399	0,018	0,574	0,575
МБ (30-39)	-0,654	-0,488	-0,013	-0,715	-0,717
ЖБ (30-39)	-0,816	-0,733	-0,345	-0,564	-0,567

Сравнение групп, выделенных по основанию «суицидальность».

Центроиды на рисунке 1 образуют две отчетливых «группировки»: более компактную «суицидальную» группу и группу ЗД (имеющую больший «разброс» составляющих её элементов). На рис. 2 видно, что векторы компонентных нагрузок шкал NEO-PI-R имеют тенденцию к взаимному расположению в соответствии с допущением о составе метафакторов *Пластичность* и *Устойчивость*: векторы O и E значительно ближе друг к другу, чем векторы N-, C и A.

Рис. 3 даёт возможность проанализировать относительные различия между группами более детально. Как видно из этого рисунка, центроиды групп суицидентов и ЗД, спроецированные на оси N- и C, полярны друг другу, причём заметно, что увеличение значений N- и C в этих группах позитивно связано с возрастом и с женским полом. Фактически взаимное расположение центроидов группы суицидентов повторяет таковое для группы ЗД, только на более низком уровне значений факторов N- и C. Расположение центроидов на оси A до некоторой степени также отражает эту тенденцию, главным образом, для групп ЗД: наибольшие значения фактора A обнаруживают группы ЗД и в особенности женщины в возрастном промежутке 30-39 лет. Мужчины обнаруживают большую «близость» к группам суицидентов, особенно возрастная группа 18-29 лет по метафактору *Стабильность* (максимальная близость центроида по осям N-, C и особенно по оси A (см. рис. 3). Таким образом, оси, формирующие метафактор *Стабильность*, достаточно чётко дифференцируют группы суицидентов и ЗД, однако в меньшей степени это заметно для оси A (интуитивно понятно, что молодые люди такого возраста обнаруживают наименьшую склонность к сотрудничеству и доброжелательности относительно других поло-возрастных групп). Для групп ЗД по осям E и O заметна тенденция к возрастной динамике: центроиды групп более молодого возраста (18-29 лет) соответствуют большим уровням факторов E и O, в то время как при сравнении центроидов групп в равном возрастном диапазоне большие значения имеют центроиды групп мужчин (см. рис. 3).

Центроиды групп суицидентов расположились в несколько ином порядке: максимально низкие значения координат по этим осям имеют центроиды групп мужчин. Причём возраст связан с этой тенденцией позитивно (минимально «пластичной» оказалась группа мужчин в возрастном промежутке 30-39 лет); женщины в целом имеют большие значения по этим осям. При этом возраст связан с этой тенденцией позитивно (максимально «пластичными» оказываются суицидентки в возрасте 30-39 лет). Таким образом, можно заметить что метафакторы *Пластичность* и *Устойчивость* (точнее, их факторные компоненты) в группе ЗД и в группе суицидентов связаны с различными характеристиками: в группе суицидентов заметна связь обеих метафакторов с полом –

женщины почти по всем осям (исключение – центроид по оси А для группы МС (30-39)) более «стабильны» и «пластичны», чем мужчины. В группе ЗД рост *Пластичности*, вероятно, связан с возрастом обратным образом (молодые несуйцидальные мужчины и женщины – более «пластичны»), в то время как компоненты метафактора *Устойчивость* более зависимы от гендерной принадлежности: женщины (особенно старшего возраста) оказываются более «устойчивыми».

Таким образом, можно предположить наличие для каждого пола различных паттернов суицидальной уязвимости в терминах двухфакторной модели: для молодых мужчин относительно меньшая «стабильность» и большая «пластичность» (вероятно, ассоциирующиеся с повышением вероятности т.н. экстернализованного поведения (см. выше)), для более старших мужчин – обратное соотношение метафакторов, более значительное снижение «пластичности» и в меньшей степени – рост «стабильности». Женщинам – суициденткам свойственна другая динамика: большая «стабильность» и меньшая «пластичность» в группе 18-29 лет и обратная ситуация в более старшей группе. Однако, в целом (рис. 3) женщины суицидентки и более «пластичны» и более «стабильны», чем мужчины. Связано ли это с гендерными паттернами суицидального поведения (преобладание СП среди женщин и завершённого суицида среди мужчин) сказать однозначно трудно, тем не менее близость по осям О и Е групп женщин ЗД и суициденток в возрасте 30-39 лет может указывать на гендерные различия в «локализации» потенциальных суицидентов в общей популяции с точки зрения континуума личностных особенностей

Следует отметить, что в литературе описана попытка альтернативной интерпретации метафакторов BigFive, основанная на независимом факторном анализе. Альтернативные метафакторы получили название «Engagement» (*Вовлечённость*) и «Self-Control» (*Самоконтроль*) [30]. Считается, что в общей популяции с возрастом значения *Вовлечённости* уменьшаются, а *Самоконтроля* – увеличиваются. Анализ с этой позиции полученных результатов может представлять определённый интерес. Как отмечалось выше, распределение центроидов групп ЗД в исследуемой выборке подчиняется именно этой закономерности. Такая закономерность выглядит вполне логично с

гендерно-ролевой точки зрения и, возможно, с эволюционной [4]. Если с этой позиции посмотреть на расположение центроидов «суицидальных» групп, то заметна инверсная возрастная динамика в женских группах: центроиды «старшей» группы имеют большие значения по осям метафактора *Пластичность – Вовлечённость* и меньшие по осям метафактора *Стабильность-Самоконтроль*. Мужчины в этом смысле обнаруживают возрастную динамику аналогичную группам ЗД. На рис. 3 заметно, что центроиды групп женщин в возрасте 30-39 лет оказываются намного ближе друг к другу по оси Е и, особенно, по оси О. Очевидно различия в *Пластичности-Вовлечённости* менее важны в плане суицидальной «уязвимости» женщин этой возрастной группы, чем различия в *Стабильности – Самоконтроля*. Косвенным подтверждением этого могут служить и данные об особенной ассоциации именно у женщин суицидальности и пограничного личностного расстройства, «ядром» которого считают расстройство саморегуляции [6].

Сравнение групп суицидентов выделенных по основанию «ФБ».

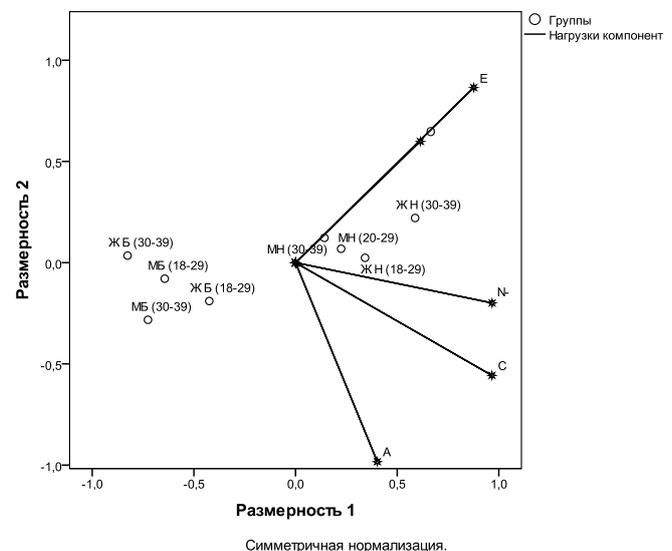


Рис. 5. Центроиды и компонентные нагрузки в двумерном пространстве базовых шкал опросника NEO-PI-R (группирующее основание – «ФБ»).

Центроиды групп суицидентов переживающих и не переживающих ФБ, на рис. 4 также образуют две различимые группы, причём центроиды мужских групп относительно ближе друг к другу, чем женских. Заметно, что центроид группы женщин (без ФБ) в возрасте 30-39 лет находится на значительно большем рассто-

янии от каждого из трёх остальных центроидов, чем они друг от друга.

На рис. 5 заметно, что векторы компонентных нагрузок факторов Е и О имеют одинаковое направление, что выразилось в практически идентичном паттерне дифференциации центроидов подгрупп по осям Е и О (рис. 6).

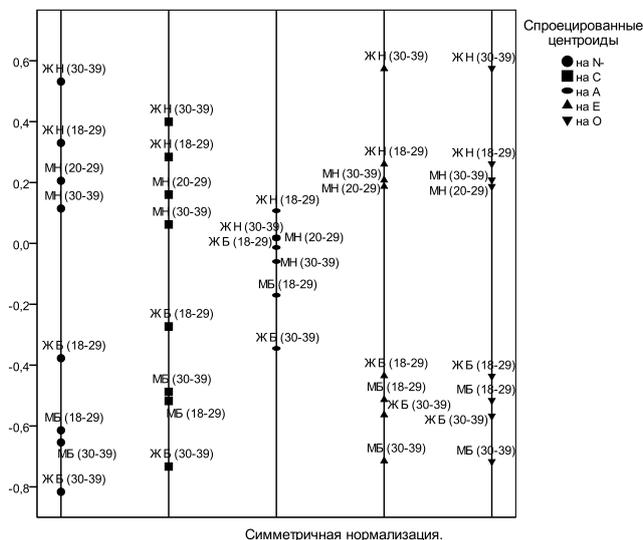


Рис. 6. Соотношение спроецированных центроидов (группирующее основание - «ФБ»).

Кроме того, на рис. 6 видно, что центроиды групп с и без ФБ хорошо дифференцируются по осям N- и C, но заметно хуже по оси А. Тем не менее, внутривозрастные сравнения групп разного возраста показывают, что они также имеют достаточные различия, хотя и не такие заметные как по другим осям. Вероятно, что низкие значения фактора *Уживчивость* являются общей, «родовой» характеристикой лиц, покушавшихся на самоубийство, вне зависимости от переживания ФБ.

Максимальные различия по всем осям обнаруживают группы женщин в возрасте 30-39 лет (центроиды группы женщин этого возраста, переживающих ФБ, имеют намного более низкие значения по всем пяти осям, чем центроиды «оппонирующей» группы без ФБ, которые, в свою очередь, имеют максимальные значения по всем осям, кроме оси А). Выше отмечалось, что аналогичные группы женщин-суициденток и ЗД имеют менее выраженные различия по компонентам факторов Е и особенно О. Таким образом, можно предположить, что ФБ для группы женщин-суициденток этого возраста может служить маркером темперамента и совокупности черт личности (в терминах BigFive) в особенной степени отличающим их как от выборки суицидентов в целом, так и от популяционной «нормы», что подтверждает выводы наших предыдущих исследований [9].

В целом можно сказать, что группы суицидальных и несуйцидальных мужчин и женщин в возрасте 18-29 лет, а также группы суицидентов мужчин (и женщин в возрасте 18-29 лет), переживающих и не переживающих ФБ, отличаются друг от друга при попарном сравнении последовательным уменьшением значений центроидов групп по всем пяти осям в направлении «ЗД – суициденты без ФБ – суициденты с ФБ». Тем не менее на Рис. 6 видно, что центроид группы МБ (30-39) имеет большие значения по оси А (Уживчивость), чем соответствующая ему группа мужчин без ФБ (МН (30-39)). Фактор Уживчивость (Сотрудничество или Доброжелательность) отражает особенности межличностного взаимодействия в аспекте «конкуренция-сотрудничество», связан с особенностями выражения гнева [10] и чувством самоуважения [18]. Предполагается, что экстраверсия и эмоциональная стабильность («обратный нейротизм», N-) могут иметь значение в аспекте интерперсональных отношений (подбор партнеров) [25], а факторы Сознательность и Уживчивость – в более широком социальном контексте (взаимодействие в группе) [32].

Эмпирические исследования показывают, что склонность к переживанию гнева является позитивным предиктором тяжести суицидальной попытки именно для мужчин, переживающих ФБ [7]. Вероятно относительно более высокие значения фактора А для этой группы могут быть связаны, с одной стороны, с типичным мужским паттерном суицидального поведения (склонностью к завершённому самоубийству), с другой – с большей склонностью к «сотрудничеству» в социально-значимых отношениях и меньшему самоуважению. Заметные различия по осям N- и Е указывают на вероятность сложностей в формировании близких отношений для таких людей.

В то же время максимальные различия в расположении центроидов групп суицидентов, переживающих и не переживающих ФБ, наблюдаются по осям О и Е, т.е. низкие значения метафактора Пластичность являются наиболее заметным отличием суицидентов с ФБ от таковых без ФБ. Можно полагать, что психологический смысл факторов Е («направленность к другим») и О («направленность к новому»), по крайней мере, частично связан с

перманентными особенностями субъективного взгляда на своё будущее, что подтверждается эмпирическими исследованиями [9].

Метафакторы *Пластичность* и *Стабильность* предположительно связывают с активностью дофаминергической («переработка» новых стимулов и исследовательская активность) [17, 33] и серотонинергической системы, соответственно [30, 38]. Отличие «безнадёжных» суицидентов от «небезнадёжных» по уровню значений метафакторов может указывать на относительное снижение тонуса обеих нейротрансмиттерных систем при пессимистической ориентации личности. Вместе с тем, сравнение групп ЗД и объединённых суицидальных групп показывает, что эта тенденция свойственна всем суицидальным группам. Низкие значения *Пластичности* и *Стабильности* (и, возможно, активности соответствующих им нейротрансмиттерных систем) могут указывать на специфический «дефект» в структуре адаптационных ресурсов таких людей, низкие потенциальные возможности приспособления к жизненным трудностям. Образно говоря таких людей можно характеризовать как «хрупких» и «ригидных» одновременно. Вероятно, в этом смысле «безнадёжные» суициденты всё же представляют собой некую «прототипическую» группу, которой свойственны классические черты суицидентов, описанные в литературе [13], что может отчасти объяснять его предиктивную силу относительно практически всех форм и проявлений суицидальности. Таким образом, наше исследование подтверждает роль феномена безнадёжности как предиктора суицидальных проявлений и указывает на связь данного феномена с метафакторами в рамках модели структуры личности «Большая Пятерка».

#### Выводы.

Полученные нами результаты указывают на существенные отличия в факторной структуре личности как лиц, покушавшихся на самоубийство, так и суицидентов, обнаруживающих ФБ. Очевидно, что эти различия носят гендерноспецифический характер и связаны с возрастом различным образом у мужчин и женщин. Наиболее заметны отличия в группе женщин старше 30 лет, переживающих ФБ. В целом, лица совершившие СП на фоне ФБ обнаруживают тенденцию к более низким значениям метафактора *Пластичность* и, в меньшей степени – метафактора *Стабильность*. Разли-

чия в степени выраженности фактора *Уживчивость* при этом минимальны, что может говорить о принадлежности этих различий к наименее специфичным чертам в связи с переживанием ФБ.

Существенные различия в личностной структуре исследованных групп суицидентов могут указывать на различия в личностной predisпозиции к суицидальному поведению, предположительно связанному с низким уровнем адаптационных личностных ресурсов, а также частично объяснять как склонность к определённым гендерным стереотипам в суицидальном поведении, так и природу предиктивной силы ФБ.

#### Ограничения.

Влияние метафактора *Стабильность* на суицидальность, вероятно, следует исследовать дополнительно с применением статистических подходов, позволяющих вычислить собственно значения метафакторов, и оценить силу их связи с ФБ и суицидальностью в целом. Также, в силу ограниченности нашей выборки по возрасту, обобщенная трактовка выявленных закономерностей возможна лишь после аналогичного исследования других возрастных групп, в частности подростков и лиц старшего возраста.

#### Литература:

1. Алдашева А.А. Особенности личной адаптации в малых изолированных коллективах: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1984. – 30 с.
2. Амбрумова А.Г. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. трудов / Отв. ред. В.В. Ковалёв. – М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1983. – С. 7-20.
3. Амбрумова А.Г. Социально-психологическая дезадаптация и профилактика суицида // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 7-25.
4. Геодакян В.А. Эволюционная теория пола // Природа. – 1991. – № 8. – С. 44-46.
5. Карцева Т.Б. Изменение образа Я в ситуациях жизненных перемен: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1989. – 25 с.
6. Лайнен М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. – 592 с.
7. Мидько А.А., Розанов В.А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадёжности // Медична психологія. – 2011. – Том 6, № 1 (21). – С. 70-77

8. Мидько А.А. Особенности личности суицидентов в сравнении со здоровыми добровольцами при переживании безнадежности // *Медицинская психология*. – 2010. – Том 5, № 2 (18). – С. 34-39
9. Мидько А.А. Феномен безнадежности у суицидентов как типологическая личностная категория: возрастной аспект // *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. – 2010. – Том 5. – Вып. 4. – С. 18-23
10. Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста НЕОPI-R. Депон. в ИНИОН № 52220 9.10.97.
11. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2009. – Том 19. – Выпуск 2. – С. 23-26.
12. Ронгинская Т.И. Изменение личностных характеристик в процессе адаптации студентов: Автореф. дисс. канд. психол. наук. – Л.: ЛГУ им. Жданова, 1987. – 16 с.
13. Шнейдман Э.С. «Душа самоубийцы» / Пер с англ. – М.: Смысл, 2001. – 325 с.
14. Ядов Н.В. Динамика диспозиции личности в процессе производственной адаптации: Дисс. канд. психол. наук. – Л.: ЛГУ, 1989. – 175 с.
15. Chambers R.A., Taylor J.R., Potenza M.N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescents: A critical period of addiction vulnerability // *American journal of psychiatry*. – 2003. – № 160. – P. 1041-1052.
16. Chioqueta A.P., Stiles T.C. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicidal ideation // *Personality and individual differences*. – 2005. – Vol. 38. – Iss. 6. – P. 1283-1291.
17. Depue R.A., Collins P.F. Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion // *Behavioral and brain sciences*. – 1999. – № 22. – P. 491-569.
18. De Young C.G., Peterson J.B., Higgins D.M. Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? // *Personality and individual differences*. – 2002. – № 33. – P. 533-552.
19. Digman J.M. Higher-order factors of the Big Five // *Journal of personality and social psychology*. – 1997. – № 73. – P. 1246-1256
20. Erdle S., Rushton J.P. The general factor of personality, BIS-BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect // *Personality and individual differences*. – 2010. – № 48. – P. 762-766.
21. Goldston D.B., Daniel S.S., Reboussin B.A., Reboussin D.M., Frazee P.H., Harris A.E. // Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study // *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – Iss. 1. – P. 91-99.
22. Heckhausen J., Singer T. Plasticity of human behavior across the lifespan // In N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. – Oxford, England: Elsevier Science, 2001. – P. 11497-11501.
23. Hirsh J.B., Deyoung C.G., Peterson J.B. Metatraits of the Big Five differentially predict engagement and restraint of behavior // *Journal of personality*. – 2009. – № 77 (4). – P. 1085-1102.
24. Jang K.L., Livesley W.J., Ando J. et al. Behavioral genetics of the higher-order factors of the Big Five // *Personality and individual differences*. – 2006. – № 41. – P. 261-272.
25. Kenrick D.T., Sadalla E.K., Groth G., Trost M.R. Evolution, traits, and the stages of human courtship: Qualifying the parental investment model // *Journal of personality*. – 1990. – № 58. – P. 97-116.
26. Krueger R.F., Markon K.E., Patrick C.J., Benning S.D., Kramer M.D. Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum // *Journal of abnormal psychology*. – 2007. – № 116. – P. 645-666.
27. Krueger R.F., Hicks B.M., Patrick C.J., Carlson S.R., Iacono W.G., McGue M. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum // *Journal of abnormal psychology*. – 2002. – № 111. – P. 411-424.
28. Kuo W., Gallo J., Eaton W. Hopelessness, depression, substance disorder and suicidality – a 13-year community-based study // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 39. – Iss. 6. – P. 497-501.
29. Lagona F., Padovano F. A nonlinear principal component analysis of the relationship between budget rules and fiscal performance in the European Union // *Public Choice*. – 2007. – № 130. – P. 401-436.
30. Lee R., Coccaro E. The neuropsychopharmacology of criminality and aggression // *Canadian journal of psychiatry*. – 2001. – № 46. – P. 35-44.
31. MacLeod A.K., Rose G.S., Williams J.M.G. Components of hopelessness about the future in parasuicide // *Cognitive therapy and research*. – 1993. – № 17. – P. 441-455.
32. McCrae R., Costa P., Ostendorf F., Angleitner A., Hrebickova M., Avia M. et al. Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development // *Journal of personality and social psychology*. – 2000. – № 78. – P. 173-186.
33. McCrae R.R., Costa P.T.Jr. Conceptions and correlates of Openness to Experience // In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology*. – Boston: Academic Press, 1997. – P. 826-848.

34. Olson K.R. Engagement and Self-Control: Super ordinate dimensions of Big Five traits // Personality and individual differences. – 2005. – Vol. 38. – Iss. 7. – P. 1689-1700.
35. Riemann R., Angleitner A., Strelau J. Genetic and environmental influences on personality: a study of twins reared together using the self- and peer report NEO FFI scales // Journal of personality. – 1997. – № 65. – P. 449-476.
36. Thackston-Hawkins L., Compton W.C., Kelly D.B. Correlates of hopelessness on the MMPI-2 // Psychol. Rep. – 1994. – № 75 (3). – P. 1071-1074.
37. Velting D.M. Personality and negative expectancies: Trait structure of the Beck Hopelessness Scale // Personality and individual differences. – 1999. – Vol. 26. – P.913-921.
38. Zuckerman M. Psychobiology of personality: Problems in the Behavioural Sciences (2nd ed., rev. & updated). New York: Cambridge University Press., 2005.

#### METAFACTORS OF BIG FIVE AND HOPELESSNESS IN PREDICTION OF SUICIDALITY

V.A. Rozanov, A.A. Mid'ko

Article is devoted to peculiarities of the factor structure of personality (FSP) in people who attempted suicide in relation to the presence / absence of the phenomenon of Hopelessness (FH). FSP (within Big Five model) was analyzed from the point of view of interaction of two metafactors (Stability and Plasticity) with the age and gender of suicide attempters. Nonlinear principal components analysis revealed significant differences in the FSP of those who have attempted suicide in comparison to the control group, and in those who attempted suicide having FH in comparison to attempters who did not experience this phenomenon. The results are discussed in terms of understanding the nature and predictive potential of FH and from the point of view of gender differences in suicidal behavior.

*Key words:* Big Five, metafactors, hopelessness, suicide attempt, suicide

УДК 616.89-008.44144:34.053

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН

Р.М. Масагутов, М.Ю. Пронина, Ю.М. Николаев

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Контактная информация:

Масагутов Радик Мидхатович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: (347) 272-11-60  
Пронина Маргарита Юрьевна, клинический ординатор первого года обучения кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: (347) 295-02-49, e-mail: margaritayur@yandex.ru  
Николаев Юрий Михайлович, к.м.н., доцент курса психиатрии и наркологии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Телефон: (347) 295-02-49. e-mail: doctoryuri@yandex.ru

Обследовано 83 мужчины, находящиеся в заключении (средний возраст 27,7 лет). Около 25% осужденных мужчин сообщили о суицидальных попытках в прошлом. В результате исследования были выявлены корреляции суицидального поведения с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), родительской жестокостью, частыми драками в детстве, уровнем агрессии, зависимостью от алкоголя, наркотиков, психотравмами и личностными акцентуациями.

На основе исследования авторы делают выводы о том, что СДВГ, агрессия, прием психоактивных веществ, психотравма, и личностные расстройства связаны с суицидальным поведением, проявляемым в заключении. Указанные факторы имеют не только прогностическое значение, но их также следует рассматривать, как соответствующие цели при вмешательстве с целью уменьшить риск суицида. Эти лица должны быть отнесены к категории высокого риска, нуждающейся в оказании адекватной психотерапевтической помощи, диагностике, профилактике и лечении.

*Ключевые слова:* заключенные, суицидальное поведение, СДВГ, агрессия, личность акцентуации, психотравма.

Одна из наиболее актуальных проблем медицинской и психологической службы уголовно-исправительной системы – аутоагрессивное

поведение осужденных, критическим проявлением которого является суицид [3]. По данным А.М. Сысоева [1], мысли о самоубийстве воз-

никали у 37% анкетированных осужденных, а 19% из них признались, что наносили себе самоповреждения. Подобные данные приводят и зарубежные коллеги. В исследовании A.L. Putnins [18] 25% осужденных признавали наличие суицидальных мыслей и более четверти осужденных имели суицидальные попытки в анамнезе [18]. В отчете статистической службы пенитенциарной системы Англии и Уэльса за 1999 год сообщалось, что уровень суицидов среди осужденных мужчин в шесть раз превышает таковой в общей популяции [7, 13]. По расчетам С. Coffey и соавт. [4] коэффициент суицидального риска у молодых осужденных мужчин составляет 9,2 (5,8-15; 95% CI), достоверно превысив риск суицида у больных шизофренией того же возраста.

Несмотря на признание высокого суицидального риска у осужденных многими отечественными и зарубежными исследователями, в исправительных учреждениях по-прежнему отсутствуют эффективные меры по предупреждению аутоагрессии [1, 2, 12 и др.]. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение саморазрушительного поведения у контингента исправительных учреждений и выявление факторов риска его возникновения.

К факторам риска аутоагрессии у заключенных относят употребление психоактивных веществ, дисфория, расстройство личности, признаки гиперактивности и дефицита внимания [18], социальные условия (в т.ч. насилие в семье), особенности мотивационно-волевой сферы и эмоционального реагирования личности, импульсивность [1]. Анализируя личностные особенности осужденных с аутоагрессивным поведением, А.М. Сысоев [1] обращает внимание на такие черты как высокая агрессивность, упрямство, эгоцентризм, демонстративность, пессимистическая личностная оценка, малодушие, склонность к депрессии, а также импульсивность в принятии решений. Автор выделил несколько типов осужденных мужчин с высоким риском суицидального поведения, среди которых одним из самых крупных является так называемый аффективно-эмоциональный тип (24% лиц с аутоагрессией), включающий импульсивных людей со слабостью воли, у которых суицидальную попытку трудно предсказать [1].

Высокая концентрация лиц с суицидальным поведением в местах лишения свободы заставляет задуматься о наличии общих факторов риска для криминальной активности и

аутоагрессии. Одним из таких факторов может оказаться синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [5, 6]. В общей популяции СДВГ в детском возрасте встречается у 3-7,5% детей [5, 17]. Из них в 30-70% случаев симптомы СДВГ сохраняются и во взрослом периоде [9]. Распространенность синдрома у взрослых варьирует от 1 до 5% [5], но среди осужденных лиц она значительно выше. Так, по некоторым данным, от 24 до 67% осужденных мужчин страдали СДВГ в детском возрасте [11], а от 10 до 60% имели признаки СДВГ на момент обследования [10]. По данным ряда исследователей, СДВГ ассоциируется с антисоциальным поведением, повышая риск арестов и судимости во взрослом периоде [15, 16, 19, 21, 22].

С другой стороны, в отдельных исследованиях [14] была обнаружена связь СДВГ и суицида, особенно у молодых мужчин ( $\chi^2=9,3$ ;  $p=0,002$ ). У молодых людей с антисоциальным расстройством личности риск суицидальных попыток и самоповреждений значительно повышался при наличии симптомов СДВГ [20]. Эти данные так же согласуются с результатами других исследователей [22].

В основе тесной связи между СДВГ, аутоагрессией и криминальной активностью, возможно, лежат импульсивность и недостаток самоконтроля, свойственные лицам с СДВГ [8, 18]. Следует отметить, что аутоагрессия вообще и суицид в частности являются волевым актом. При этом его этапы иногда могут быть свернуты либо деформированы. Так, при импульсивном поведении, которое протекает на фоне сильного эмоционального возбуждения, выпадает этап планирования действий [1]. А. James и соавт. (2004) объясняют связь СДВГ с аутоагрессией через наличие при СДВГ коморбидной патологии, в частности, расстройств поведения и депрессии [14].

Выявление лиц с высоким риском суицидального поведения, особенно мужчин с СДВГ, депрессией и расстройством поведения, может оказаться полезной профилактической мерой для снижения уровня суицида. Такие осужденные требуют особого внимания со стороны медицинской и психологической службы [22]. СДВГ и другие факторы риска служат не только предикторами аутоагрессии, но и возможными точками приложения программ интервенции по снижению суицидального риска. Также необходимо разрабатывать эффективные стратегии социальной реинтеграции для

людей, отбывавших наказание в местах лишения свободы, включающие образование, социально-психологическую поддержку, в частности, работу с семьями. Медицинской службе принадлежит существенная роль в реализации этой стратегии [4].

Цель исследования: изучить суицидальное поведение осужденных, оценить его распространенность, а также связь суицидальных попыток в анамнезе с СДВГ, уровнем агрессии, личностными особенностями и другими психопатологическими и социально-психологическими факторами.

Материал и методы исследования.

Объектом исследования стала выборка из 83 осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных колониях ИК №9 и ИК №10 г. Уфы (Республика Башкортостан).

Для сбора анамнестических и клинико-психопатологических данных использовался метод анкетирования.

Кроме того, были использованы:

1) русскоязычная версия шкалы самооценки СДВГ взрослых (ASRS, Adult ADHD Self-Report Scale) – 18-ти вопросный тест;

2) опросник самооценки СДВГ в детстве на основе критериев МКБ-10 и DSM-IV;

3) тест на враждебность и агрессивное поведение Басса-Дарки;

4) краткая версия теста СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности) – 71 вопрос;

4) опросник Плутчика-Келлерман-Конте, выявляющий механизмы психологической защиты.

В статистическом анализе использовали сравнение исследуемой (с суицидальными попытками в анамнезе) и контрольной групп с помощью теста Хи-квадрат для дихотомических номинальных переменных и с помощью теста U Манна-Уитни для ранговых переменных. Силу связи оценивали с помощью процедуры корреляции с критерием Пирсона для непараметрических переменных.

Все вычисления проводились с помощью 17 версии программы статистики SPSS.

Результаты и обсуждение.

1. Социально-демографическая характеристика осужденных.

Исследуемая выборка включала осужденных мужчин среднего возраста  $27,7 \pm 2,3$  лет (SE 0,85), отбывающих наказание за совершение кражи (38,6%), грабежа (16,9%), нанесение

вреда здоровью (15,7%), сбыт наркотических средств (16,9%) и другие преступления.

Полученные от осужденных анамнестические сведения свидетельствуют о низком уровне социального благополучия как в их родительских семьях, так и в настоящее время. Почти половина из них – 44,6% (n=37), воспитывались в неполных семьях или вне семьи. При этом каждый четвертый – 25,3% (n=21), характеризовал финансовое положение родительской семьи как «низкое»; 20,5% опрошенных (n=17) сообщали об алкоголизме у отца и / или матери. У 14% (n=12) отец и / или мать были судимы. Образование у 90,4% исследуемых мужчин (n=75) ограничивалось школой или ПТУ. Большинство (59,0%, n=49) имели квалификацию рабочего, но каждый третий (30,1%; n=25) перед заключением под стражу не имел работы.

В законном браке на момент исследования состояло лишь 14% (n=12).

Среди обследованного контингента отмечался высокий уровень зависимости от психоактивных веществ – 49,4% (n=41), в т.ч. алкогольной – 25,3% (n=21), наркотической – 16,9% (n=14) и сочетанной (как алкогольной, так и наркотической) – 7,2% (n=6).

О тяжелых психологических стрессах, таких как угроза жизни, смерть близкого человека, физическое, сексуальное или психологическое насилие и т.д., перенесенных когда-либо в течение жизни, сообщали 86,7% (n=72) опрошенных.

2. Суицидальное поведение осужденных.

Отвечая на вопросы о своём отношении к смерти, каждый третий осужденный – 32,5% (n=27), обнаруживали суицидальные тенденции.

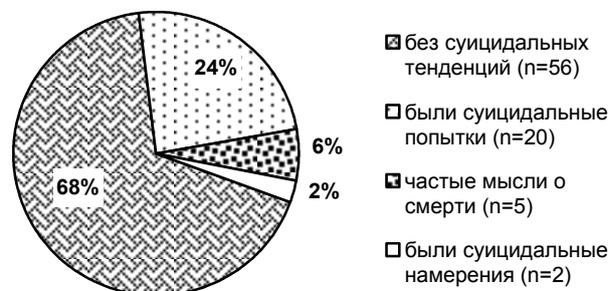


Рис. 1. Суицидальное поведение осужденных.

Из них 5 человек часто думали о смерти на момент обследования, двое раньше серьезно

хотели покончить с собой, и 20 человек (24,1% всей выборки) сообщали об одной или более суицидальных попытках (рис. 1). Двое из совершавших суицидальные попытки признавали нежелание жить в настоящий момент.

Из 20 осужденных, совершавших суицидальные попытки, 8 мужчин пытались покончить с собой однократно, 7 – дважды и 5 человек – более двух раз. В трезвом состоянии было совершено 9 из 25 описанных суицидальных попыток (36,0%). Столько же попыток совершались в состоянии алкогольного опьянения. Две – под действием наркотиков. Пять – в других необычных состояниях, из которых в 2 случаях состояние определялось как депрессия после тяжелой психической травмы.

Причиной 11 из 25 описанных попыток, со слов осужденных, было истинное намерение уйти из жизни. Четыре попытки совершались с целью «доказать свою правоту», 3 – с целью «напугать близких», 2 – с целью «добиться чего-либо». «Неожиданно для себя» были предприняты 3 суицидальные попытки. Одна попытка была совершена «... как в тумане».

Таким образом, можно выделить 3 группы суицидальных попыток по характеру их совершения:

- а) истинные (11 попыток);
- б) манипулятивные (9 попыток);
- в) импульсивные (4 попытки).

Вполне допустимо, что число истинных суицидальных попыток было неосознанно преувеличено некоторыми осужденными, чтобы придать своему поступку больший вес и сохранить самоуважение.

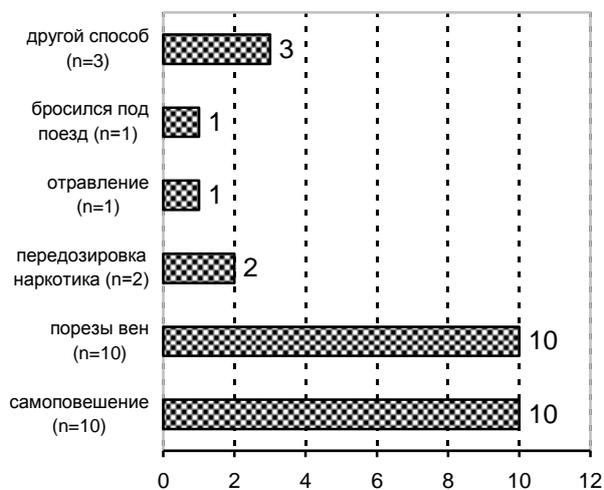


Рис. 2. Способы суицидальных попыток у осужденных.

Среди способов самоубийства опрошенные осужденные чаще всего выбирали самоповешение и самопорезы поверхностных вен (по 10 попыток). Другие способы отмечались редко; среди них – 2 намеренных передозировки наркотика, одна попытка отравления, и одна попытка броситься под поезд. Трое отметили способ самоубийства как «другой», без уточнения (рис. 2).

3. Связь СДВГ и суицидальных попыток в анамнезе.

По анамнестическим данным, полученным от осужденных, треть из них (36,1%; n=30) имели признаки, соответствующие диагностическим критериям СДВГ в детстве. У 4 человек (4,8%) симптомы СДВГ сохранялись на момент обследования.

Среди лиц с суицидальными попытками в анамнезе, на симптомы СДВГ в детстве указывали 11 человек (55,0%). Десять из 19 осужденных с анамнестическими критериями СДВГ и коморбидной зависимостью от психоактивных веществ (52,6%) когда-либо пытались покончить с собой.

Таблица 1

Связь неосложненного СДВГ и СДВГ, осложненного зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) с суицидальным поведением у осужденных

Показатель	$\chi^2$	P ( $\chi^2$ )	K <sup>1</sup>	P (K)
«Детский» тип СДВГ	4,008	0,045	0,227	0,046
«Взрослый» тип СДВГ <sup>2</sup>	(5,510) <sup>3</sup>	0,019	0,271	0,019
СДВГ + ПАВ	9,582	0,002	0,373	0,002

Примечания:

<sup>1</sup> K - коэффициент корреляции Спирмена.

<sup>2</sup> В 2 ячейках ожидаемая частота менее 5. Связь нуждается в дополнительном изучении вследствие недостаточного количества данных.

<sup>3</sup> Точный критерий Фишера, p=0,048

У мужчин СДВГ, сохранившийся во взрослом периоде, сопровождался попытками самоубийства в 3 случаях (из 4). Обращал внимание тот факт, что двое осужденных с «взрослым» типом СДВГ, отмечали, что совершили суицидальные попытки импульсивно, «неожиданно для себя».

Статистическая достоверность и сила найденных связей СДВГ и суицидального поведения указана в таблице 1.

4. Другие корреляты суицидальной активности.

Также определялась связь суицидального поведения с такими факторами как стиль вос-

питания, склонность к агрессии и риску, ПАВ-ассоциированные расстройства, психологические травмы и др. (табл. 2).

Таблица 2

Связь других факторов с суицидальным поведением у осужденных

Фактор	$\chi^2$	P ( $\chi^2$ )	K <sup>1</sup>	P (K)
Жестокое отношение родителей	10,012	0,002	0,349	0,001
Частые драки с 8 до 12 лет	7,405	0,007	0,301	0,006
Участие в групповых драках	18,937	0,001	0,429	<0,001
Рискованные для жизни поступки в детстве	4,587	0,032	0,235	0,032
Стрессовые события в жизни	3,771	0,05	0,218	0,05
Насилие в ИК <sup>2</sup>	(14,279) <sup>3</sup>	<0,001	0,425	<0,001
Компульсивное влечение к алкоголю	6,118	0,013	0,282	0,013
Употребление наркотика	5,307	0,021	0,256	0,021
Астено-вегетативные и соматизированные расстройства	7,057	0,008	0,292	0,007

Примечания:

<sup>1</sup> K - коэффициент корреляции Спирмена.

<sup>2</sup> В 2 ячейках ожидаемая частота менее 5. Связь нуждается в дополнительном изучении вследствие недостаточного количества данных.

<sup>3</sup> Точный критерий Фишера, p=0,002

Так, более высокий уровень суицидальных попыток наблюдался среди осужденных, отношение к которым отца и (или) матери характеризовалось ими как «очень жестокое» или «с частыми физическими наказаниями». Проявления агрессии (частые драки в возрасте с 8 до 12 лет и, особенно, участие в групповых драках) тоже повышали риск суицидальных попыток в дальнейшем. Будущие суициденты чаще рисковали жизнью в детстве, например, катаясь на льдинах по реке, цепляясь за трамвай или прыгая с большой высоты.

Заметное влияние на суицидальное поведение оказывали стрессы: ни один из 12 человек никогда не испытывавших психологическую травму, не совершал суицидальных попыток, в то время как среди осужденных, испытывавших одно или более психотравмирующее событие, пытались покончить с собой 26,8% (19 из 71 человек). Особенно травмирующим

стрессовым событием оказалось насилие в исправительной колонии (ИК).

Осужденные сообщали о нем неохотно: сексуальное насилие в ИК отрицали все опрошенные, и только 4 человека сообщали о перенесенном физическом насилии. Каждый из этих четырех пытался покончить с собой!

Более подверженными суицидальным тенденциям оказались те осужденные, которые замечали за собой «непреодолимое» (компульсивное) влечение к алкоголю и те, которые употребляли наркотики.

В группе суицидентов чаще отмечались астено-вегетативные проявления и соматизированные расстройства в виде непонятных болей в теле, слабости и головокружения, ощущения внутренней дрожи, одышки, покалывания или онемения участков кожи и т.д.

Также была найдена ассоциация суицидального поведения с некоторыми показателями агрессии по тесту Басса-Дарки (таблица 3) и свойствами личности по тесту СМИЛ (таблица 4).

Суициденты чаще использовали неконструктивные механизмы неосознанной психологической защиты, такие как регрессия (избегание тревоги путем перехода на более ранние стадии развития), замещение (разрядка подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность, чем те, что вызвали отрицательные эмоции) и реактивное образование (предотвращение выражения неприемлемых мыслей и чувств путем преувеличенного развития противоположных), (табл. 5).

Таблица 3

Связь между показателями агрессии по тесту Басса-Дарки и суицидальным поведением у осужденных

Фактор	U	P (U)	K <sup>1</sup>	P (K)
Раздражительность	246,5	<0,001	0,445	<0,001
Негативизм	302	0,011	0,300	0,01
Обида	348	0,006	0,313	0,005
Подозрительность	348	0,005	0,319	0,004
Вербальная агрессия	331	0,002	0,313	0,005
Общая агрессия	364	0,009	0,296	0,008
Враждебность	303	0,001	0,374	0,001

Примечание:

<sup>1</sup>K - коэффициент корреляции Спирмена.

Осужденные с суицидальными попытками в анамнезе оценивали своё психическое здоровье достоверно ниже, чем осужденные контрольной группы ( $U=368$ ,  $p=0,001$ ;  $K = 0,362$ ,  $p=0,001$ ).

Таблица 4

Связь между личностными характеристиками по тесту СМИЛ и суицидальным поведением у осужденных

Фактор	U	P (U)	K <sup>1</sup>	P (K)
Ипохондричность	388,5	0,028	0,250	0,027
Депрессивность	327	0,004	0,332	0,003
Истероидность	362,5	0,012	0,285	0,011
Импульсивность	407	0,048	0,226	0,047
Ригидность	305	0,001	0,362	0,001
Тревожность	370,5	0,016	0,275	0,015
Шизоидность	357,5	0,011	0,291	0,01

Примечание:

<sup>1</sup>K - коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица 5

Связь между механизмами психологической защиты по опроснику Плутчика-Келлерман-Конте и суицидальным поведением у осужденных

Фактор	U	P (U)	K <sup>1</sup>	P (K)
Регрессия	304,5	0,034	0,257	0,033
Замещение	278	0,021	0,280	0,02
Реактивное образование	265	0,02	0,287	0,019

Примечание:

<sup>1</sup>K - коэффициент корреляции Спирмена.

Наконец, опрошенным с суицидальными тенденциями, в отличие от контрольной группы, было присуще пессимистическое мировоззрение, они чаще считали, что «в мире больше зла, чем доброты» ( $\chi^2=5,272$ ,  $p=0,022$ ).

Обсуждение результатов и выводы.

Вслед за работами отечественных и зарубежных авторов, наше исследование подчеркивает актуальность проблемы суицидального поведения у контингента осужденных мужчин, обусловленную высокой распространенностью суицидальных тенденций и частой отягощенностью различной психопатологией. При этом наши данные о частоте суицидальных попыток сходны с таковыми в ранее опубликованных исследованиях [1, 18].

Суицидальные попытки часто совершались в состоянии алкогольного опьянения с целью манипуляции или импульсивно, что подтвер-

ждает мнение А.М. Сысоева о значительной роли слабости волевого контроля у осужденных-суицидентов. Эти данные согласуются с найденными в нашем и предшествующих исследованиях связями суицидального поведения с СДВГ [18, 22], одним из устойчивых проявлений которого является импульсивность. Нами было установлено, что «детский» тип СДВГ является предпосылкой для суицидального поведения в будущем, независимо от сохранности его симптомов во взрослом периоде, однако «взрослый» тип СДВГ, возможно, обладает большей предиктивной силой. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения роли «взрослого» СДВГ в качестве предиктора суицидального поведения.

Черты эмоционально-волевой неустойчивости находили отражение и в личностных особенностях осужденных, склонных к суициду, в виде преобладания акцентуаций личности по типу импульсивности, демонстративности наряду с тревожностью и склонностью к депрессии. Данная группа лиц характеризовалась высоким уровнем агрессии, раздражительности и враждебности.

Эти осужденные использовали преимущественно незрелые механизмы бессознательной психологической защиты. Очевидно, поэтому они тяжелее переживали психологические стрессы.

К возможным факторам риска суицидальных попыток мы относим также ПАВ-ассоциированные расстройства, с одной стороны, патогенетически связанные с эмоционально-волевыми нарушениями, с другой – облегчающие совершение суицидальной попытки вследствие характерного нейрохимического эффекта.

В заключение стоит отметить необходимость дальнейшего изучения проблемы аутоагрессии у осужденных и разработки методов её профилактики и коррекции. Этой цели служит поиск факторов, ассоциированных с высоким уровнем аутоагрессии и, в частности, суицидальной активности. Такие факторы могут служить в качестве индикаторов лиц, которым необходима помощь специалистов, а также в качестве мишеней для превентивных и коррекционных программ.

## Литература:

1. Сысоев А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. – Рязань, 2002. – 44 с.
2. Birmingham L., Mason D., Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners consecutive case study // *BMJ*. – 1996. – № 313. – P. 1521-1523.
3. Brooke D., Taylor C., Gunn J., Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales // *BMJ*. – 1996. – № 313. – P. 1524-1527.
4. Coffey C., Veit F., Wolfe R., Cini E., Patton G.C. Mortality in young offenders: retrospective cohort study // *BMJ*. – 2003. – № 326. – P. 1064.
5. Comings D.E., Chen T.J.H., Blum K., Mengucci J.F., Blum S.H., Meshkin B. Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): dispelling myths. *Theoretical Biology and Medical Modelling*. – 2005. – № 50. – P. 1742-4682.
6. Daud A. Comorbidity / overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized / non-traumatized parents // *J. of attention disorders*. – 2009. – Vol. 13, № 2. – P. 188-196.
7. Department of Health. Our healthier nation. 1998. <http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm> (accessed 23 Nov 2002).
8. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings // *Journal of Psychopharmacology*. – 1999. – Vol. 13, № 2. – P. 180-192.
9. Faraone S.V., Biederman J., Spencer T. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview // *Biol. Psychiatry*. – 2000. – № 48. – P. 9-20.
10. Ghanizadeh A., Reza M.M., Akhondzadeh S., Hossein S.-Z. Attention deficit hyperactivity disorder in imprisoned individuals - a review // *Psychiatria Danubina*. – 2011. – Vol. 23, № 2. – P. 139-144.
11. Gudjonsson G.H., Sigurdsson F.J., Young S., Newton A.K. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). How do ADHD symptoms relate to personality among prisoners? // *Personality and individual differences*. – 2009. – № 47. – P. 64-68.
12. Gunn J., Maden A., Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders // *BMJ*. – 1991. – № 303. – P. 338-341.
13. HM Chief Inspector of Prisons for England and Wales. Suicide is everyone's concern: a thematic review. 1999. <http://www.homeoffice.gov.uk/docs/suicide.html> (accessed 23Nov 2002).
14. James A., Lai F.H., Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – Vol. 110, № 6. – P. 408-415.
15. Kubiak S.P., Arfken C.L., Swartz J.A. Treatment at the front end of the criminal justice continuum: the association between arrest and admission into specialty substance abuse treatment // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. – 2006. – № 1. – P. 20.
16. Mannuzza S., Klein R.G., Konig P.H., Giampino T.L. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1989. – № 46. – P. 1073-1079.
17. Office of Population Censuses and Surveys. OPCS Morbidity Statistics from General Practice: Fourth National Study, 1991-1992. <http://www.statistics.gov.uk/> (accessed 15 Oct 2002).
18. Putnins A.L. Correlates and predictors of self-reported suicide attempts among incarcerated youths // *Int. J. of offender therapy and comparative Criminol.* – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 143-157.
19. Satterfield J.H., Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 1997. – № 36. – P. 1726-1735.
20. Semiz U.B., Basoglu C., Oner O., Munir K.M., Ates A., Algul A., Ebrinc S., Cetin M. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder // *Australian and New Zealand J. of psychiatry*. – 2008. – Vol. 42, № 5. – P. 405-413.
21. Vitelli R. Prevalence of Childhood conduct and attention-deficit hyperactivity disorders in adult maximum-security inmates // *Int. J. of offender therapy and comparative criminol.* – 1996. – Vol. 40, № 4. – P. 263-271.
22. Westmoreland P, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B, Black DW. Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life // *Int. J. of offender therapy and comparative criminol.* – 2010. – Vol. 54, № 3. – P. 361-377.

## PREVALENCE AND RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CONVICTED MALES

*R.M. Masagutov, M.Y. Pronina, Y.M. Nicolaev*

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

This study included nationally representative sample of 83 incarcerated males (mean age 27,7). About 25% of convicted males reported suicidal attempts earlier in their life. There were found significant correlates of suicidal behav-

ior, including ADHD, parental cruelty, frequent fights in childhood, aggression level, alcohol dependence, drug use, psychotrauma and a number of personality accentuations. Conclusions: ADHD, aggression, substance use disorders, psychotrauma and some personality characteristics are the problems significantly associated with suicidal behavior in prison population. Therefore, offenders with such condi-

tions should be considered to be at high risk, which helps to organize an adequate diagnostics, preventive measures and treatment for them. These factors not only have predictive value but should also be considered as appropriate targets when intervening to reduce suicide risk.

*Key words:* prisoners, suicidal behavior, ADHD, aggression, personality accentuations, psychotrauma

УДК 616.89-008.441.44:61

## АВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ю.Р. Вагин, Н.А. Стрелков

Психологический центр, г. Пермь

Контактная информация: Вагин Юрий Робертович, к.м.н., руководитель Психологического центра, г. Пермь. Телефон: (342) 29-00-846, 29-88-111, e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru  
Стрелков Николай Александрович, к.м.н., врач-психотерапевт Психологического центра, г. Пермь. Телефон: (342) 29-00-846, 29-88-111, e-mail: pcdv@perm.ru, info@pcdv.ru

На основе разработанного авторами варианта ассоциативного теста для изучения времени реакции на словестимулы, имеющих отношение к теме смерти, проведено обследование больных бронхиальной астмой. У этой категории пациентов выявлены меньшие проявления различных форм авитальной активности в анамнезе по сравнению с группой контроля. Показано, что у больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями в ассоциативном тесте регистрируется увеличение времени реакции на слова, имеющих отношение к теме смерти (комплекс смерти), по сравнению с нейтральными словами. Авторы высказывают предположение, что усиление влечения к смерти при невозможности его реализации в других формах авитальной активности принимает участие в патогенезе бронхиальной астмы как психосоматической форме патологической биологической активности, направленной на сокращение и прекращение жизни.

*Ключевые слова:* авитальная активность, бронхиальная астма, ассоциативный тест.

Под авитальной активностью (от лат. «а» – частица отрицания и «vita» – жизнь) мы понимаем патологическую психическую и поведенческую активность, направленную на сокращение и (или) прекращение собственного социального и биологического функционирования. В рамках авитальной активности нами были рассмотрены ранее пресуицидальная, суицидальная, парасуицидальная и десоциальная активность, различающиеся между собой степенью осознанности и направленностью деструктивных тенденций преимущественно на социальное или биологической функционирование личности [4].

Можно предположить, что одним из феноменологических и клинических проявлений патологической авитальной активности являются так называемые психосоматические заболевания, при которых мы наблюдаем *патоло-*

*гическую биологическую активность*, направленную на сокращение и прекращение собственной жизни. Это предположение впервые было четко высказано К. Меннингером (1938) в работе «Война с самим собой». В разделе «Органическое самоубийство» К. Меннингер пишет: «Каждый человек использует собственную схему саморазрушения; одни из них очевидны, другие носят скрытый характер. Не исключено, что органическое заболевание является одной из таких схем». Он акцентирует внимание на том, что поскольку любое заболевание занимает как бы промежуточное положение между здоровьем и смертью, то, возможно, психосоматические заболевания являются не только внешним проявлением подсознательных саморазрушительных тенденций, но и своеобразной защитой от их еще более

выраженных возможных проявлений – «жертвывая органом, человек спасает жизнь» [9].

О том, что в основе соматических заболеваний может лежать неблагополучие в психоэмоциональной сфере, было известно достаточно давно. Психосоматика справедливо рассматривается как *относительно новое* понятие для направления столь же старого в медицине, как и она сама [13]. В медицинской литературе термин «психосоматический» впервые был использован представителем течения «психиков» в психиатрии – немецким врачом Гейнротом (1818), который писал, что «если бы органы брюшной полости могли рассказать историю своих страданий, то мы с удивлением узнали бы, с какой силой душа может разрушать принадлежащее ей тело» [7]. В начале XX века психосоматическими расстройствами интересовались сначала преимущественно психоаналитики (Гроддек Г., Ференци Ш., Дойч Ф., Джеллиффе С.Э., Александер Ф.), а позднее к ним присоединились представители соматической медицины (Фаренкамп К., В. фон Вайцзеккер, Г. фон Бергман) [1]. Обзоры вкладов психоанализа и соматической медицины в психосоматическую медицину можно найти в работах Я. Бастиаанс [2], Михаэля фон Рада [12], Б. Любан-Плоцца и соавт. [8] и др. Хотелось бы обратить здесь внимание на то, что вклад К. Меннингера в развитие теории психосоматических заболеваний в них никак не отражен, и высказать предположение, что это может быть связано с тем, что К. Меннингер опирался в своих исследованиях на теорию влечения к смерти З. Фрейда, считая, что саморазрушительные тенденции могут психически осознаваться и проявляться в произвольном поведении, а могут оставаться подсознательными и проявляться в непроизвольной саморазрушительной активности, направленной на внутренние органы. Авторы как классических, так и современных психосоматических теорий игнорируют возможность рассмотрения их через призму теории влечения к смерти и изучают лишь различные личностные особенности и внутриспсихические конфликты психосоматических больных.

Поскольку мы рассматриваем авитальную активность как непосредственное проявление усиления влечения к смерти, нам представлялось интересным изучить бронхиальную астму

(БА) как одно из классических психосоматических заболеваний с этой точки зрения. Бронхиальная астма из знаменитой психосоматической «святой семерки» (бронхиальной астмы, язвы желудка, язвенного колита, эссенциальной гипертонии, нейродермита, ревматоидного полиартрита и гипертиреоза) была выбрана нами лишь в силу территориальной близости терапевтического подразделения, специализирующегося на оказании помощи данной категории больных.

Актуальность исследования обусловлена тем, что на сегодняшний день бронхиальная астма остается наиболее распространенным бронхообструктивным заболеванием, поражающим около 5% общества, нарушающим трудоспособность и качество жизни больных людей, и наносящим значительный экономический ущерб. Современная соматическая медицина определяет БА как «хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием клеток (тучных, эозинофилов, Т-лимфоцитов), медиаторов аллергии и воспаления, сопровождающееся у предрасположенных лиц гиперреактивностью и вариабельной обструкции бронхов, что проявляется приступом удушья, появлением хрипов, кашля или затруднение дыхания, особенно ночью и/или ранним утром» [11]. Основное внимание соматическая медицина уделяет феноменологическому, эпидемиологическому, патофизиологическому и иммунологическому рассмотрению проблемы. Успехи последнего десятилетия связываются с развитием концепции о воспалительной природе заболевания и ориентацией на длительное применение противовоспалительных препаратов [3]. Роль нарушений психоэмоциональной сферы в патогенезе бронхиальной астмы не акцентируется [10], несмотря на то, что Труссо (1882) еще в конце XIX века описал самонаблюдение развития приступа БА в момент сильного душевного переживания, а П. Федерн (1913) в начале XX века впервые опубликовал отчет об успешном психоаналитическом лечении пациента с бронхиальной астмой. В современной психосоматической медицине БА рассматривается как эквивалент подавляемого плача (Вайцзеккер, 1951; Брёттигам и Христиан, 1973), результат неосознаваемого конфликта между желанием и страхом привязанности, уходящего своими корнями в

историю отношений с матерью (Александр, 1949; де Бур, 1965; Киксер с соавт., 1973; Петцольд и Хан, 1974), как проявление затруднений в общении (Александр, Селесник, 1968) и скрытого садомазохизма (Бастиаанс, 1976). Направление исследований, предложенное Меннингером, дальнейшего развития не получило.

Ранее нами был разработан вариант ассоциативного теста для изучения времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти. Впервые для изучения бессознательного психического содержания ассоциативный тест был использован К. Юнгом. Он высказал предположение, что слова-стимулы, имеющие отношение к комплексу эмоционально значимых представлений, вызывают увеличение времени реакции. Полученные нами ранее результаты позволили сделать заключение о наличии у психически здоровых людей аффективно-заряженной группы представлений, имеющих отношение к теме смерти – комплекса смерти.

Для нас представляла интерес возможность количественной оценки комплекса смерти у психически здоровых лиц и лиц, страдающих различными психическими, поведенческими и психосоматическими расстройствами. Было высказано предположение, что увеличение времени реакции на слова-стимулы, имеющие отношение к теме смерти, может свидетельствовать о реальном, хотя и неосознаваемом усилении влечения к смерти и авитальной активности и служить, таким образом, критерием диагностики как их выраженности [5].

Цель исследования: изучение структуры и выраженности авитальной активности у пациентов с клинически установленным диагнозом бронхиальной астмы.

Материал и методы исследования.

Обследовано клинически, анамнестически и клинико-психологически 23 больных бронхиальной астмой в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст – 38,2±4,9 года). Из них: 8 мужчин и 15 женщин.

По выраженности клинических проявлений на момент обследования больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями (n=16); 2-я группа – слабо

выраженные клинические проявления, либо отсутствие таковых (n=7).

Группу контроля составили 50 человек, не находящихся на момент обследования на стационарном психиатрическом и психотерапевтическом лечении; в возрасте от 17 до 50 лет (средний возраст – 24,9±3,1 года). Из них мужчин – 15, женщин – 35.

В процессе исследования использовался оригинальный опросник авитальной активности, включающий 40 высказываний и позволяющий выявить и количественно оценить (15-ти бальная шкала) проявления пресуицидальной (нежелание жить, желание умереть), суицидальной (суицидальные мысли, тенденции и попытки), парасуицидальной (пренебрежение здоровьем, риск жизнью, злоупотребление никотином, алкоголем и наркотиками), десоциальной (желание уйти от социальной жизни, не иметь семьи, детей, жить одному) и аутодеструктивной активности (самопорезы, самоприжигания, самокалечение и искусственное вызывание заболеваний) в анамнезе и на момент обследования, оригинальный вариант ассоциативного теста для исследования патологической авитальной активности.

Результаты исследования и обсуждение.

У 17 из 23 больных в анамнезе выявлены существенные психотравмирующие факторы, непосредственно связанные по времени с началом заболевания БА (смерть родителей, невозможность из-за неврологического заболевания заниматься любимой работой, неуставные отношения в армии, неблагополучие в семейной жизни и т.п.). Обращает на себя внимание тот факт, что в большинстве случаев больные не осознавали возможную связь между психотравмирующим фактором и началом заболевания.

Результаты исследования структуры авитальной активности в анамнезе и на момент обследования у лиц, страдающих БА, показывают, что в анамнезе в целом у обеих групп больных БА, по сравнению с контролем, наблюдается меньшая выраженность ( $p < 0,01$ ) пресуицидальных феноменов: нежелание жить (1,44 и 0,86 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 2,74 балла – группа контроля) и желание умереть (0,5 и 0,71 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 2,54 балла – группа контроля); суици-

Таблица 1

Среднее время реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти\*

Группа	Показатели	
	%	$\sigma$
1-я группа	185,19	49,64
2-я группа	124	23,72
контрольная	112,54	22,03

Примечание: \* - в %, по отношению к среднему времени реакции на нейтральные слова.

дальних феноменов: суицидальные мысли (0,93 и 0,71 баллов – 1-я и 2-я группа соотв. и 3,11 балла – группа контроля); и аутодеструктивных феноменов (0,38 и 0,28 баллов – 1-я и 2-я группа соответственно и 1,95 балла – группа контроля).

Суицидальные тенденции были ниже во 2-й группе больных БА (0 баллов и 2,11 балла – группа контроля). Суицидальные попытки в анамнезе отсутствуют во 2-й группе, а в 1-й группе больных с БА выше, чем в группе контроля (2,19 и 1,14 балла соотв.). Парасуицидальные феномены менее выражены в анамнезе у больных БА 2-й группы (1,43 баллов и 3,1 балла – группа контроля), а десоциальные феномены менее выражены в анамнезе у больных БА 1-й группы (1,43 балла и 2,97 балла – группа контроля).

Достоверных различий между 1-й и 2-й группами больных БА в проявлениях АА в анамнезе не выявлено, хотя в целом у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой нежелание жить (1,43 и 0,86 баллов соотв.), суицидальные мысли (0,93 и 0,71 балла соотв.), суицидальные тенденции (0,63 и 0 баллов соотв.), суицидальные попытки (2,19 и 0 баллов соотв.) и парасуицидальная активность (2,38 и 1,43 баллов соотв.) выше.

В момент обследования пресуицидальная АА (нежелание жить) у больных с БА обеих групп была выше ( $p < 0,01$ ), чем в анамнезе: 1-я группа – 4,13 балла (1,44 – в анамнезе), 2-я группа – 2,71 балла (0,86 – в анамнезе). Наблюдается усиление десоциальной активности: 1-я группа – 3,13 балла (1,43 – в анамнезе), 2-я группа – 2,29 балла (1,86 – в анамнезе). У больных 2-й группы в момент обследования обнаружено усиление желаний умереть – 1,19 баллов (0,5 – в анамнезе), суицидальных мыслей – 1,56 балла (0,94 – в анамнезе) и аутодеструктивной активности – 0,94 балла (0,38 – в анамнезе), но статистической достоверности в этих случаях обнаружено не было.

Среднее время реакции на слова-стимулы в ассоциативном тесте представлено в табл. 1.

У больных бронхиальной астмой 1-й группы выявлено увеличение среднего времени реакции ( $p < 0,01$ ) на слова, имеющие отношение к теме смерти по сравнению с больными БА 2-й группы и контролем. Различие между 1-й и 2-й группами больных БА не достоверно.

Полученные нами результаты демонстрируют значительно меньшую выраженность АА у больных БА в анамнезе по сравнению с группой контроля. Поскольку опросник позволяет выявить лишь осознаваемые формы авитальной активности, можно предположить здесь два возможных варианта объяснения этого феномена:

1) проявления АА у больных, страдающих БА, в анамнезе по неизвестным нам, пока, причинам менее выражены, чем в группе контроля;

2) проявления АА у больных, страдающих БА, в анамнезе реально не отличаются от группы контроля или даже могут быть большими, но поскольку они хуже осознаются больными, то в результате исследования мы получаем более низкие показатели.

Имеющиеся в литературе гипотезы имеют косвенное отношение как к первому, так и ко второму варианту объяснения. Так К. Менninger считал, что психосоматическое заболевание может защищать человека от более серьезных форм саморазрушительного поведения, что соответствует первому варианту объяснения более низкой выраженности АА у больных БА в анамнезе, а многие аналитики указывают, что у больных бронхиальной астмой имеется недостаточная точность в опознании своих внутренних проблем, что соответствует второму варианту объяснения.

В момент обследования мы наблюдаем значительное изменение структуры профиля АА у больных БА. В первую очередь эти изменения касаются пресуицидальной и десоциальной активности. У больных БА обеих групп происходит усиление нежелания жить, десоциальная активность возрастает и достигает границ нормы. Особенно значительные изменения

в сторону усиления АА происходят в профиле больных 1-й группы с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями. Исключение составляет лишь суицидальная и парасуицидальная активность, выраженность которых падает.

В то же время у больных бронхиальной астмой 1-й группы мы наблюдаем значительное усиление напряженности влечения к смерти, проявляющееся как в увеличении времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти, так и в избыточных ярких эмоциональных реакциях (появлении на глазах слез, глубоких вдохах, дополнительных вербальных реакциях, обозначающих различные степени страха и ужаса). Одна из пациенток, после предоставления нескольких стимульных слов, имеющих отношение к теме смерти, отказалась продолжать выполнять тест, хотя до этого активно принимала участие в беседе и выполняла другие тесты.

У больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями мы наблюдаем существенно усиленный по сравнению с нормой комплекс смерти. И на этом основании можем предположить, что невозможность реализации различных форм АА на осознанном когнитивном и поведенческом уровне в течение жизни в сочетании с конфликтными ситуациями и стрессовыми факторами приводит за счет усиления влечения к смерти, к «прорыву» АА по психосоматическому варианту. При этом на пике клинических проявлений бронхиальной астмы мы наблюдаем как значительное усиление влечения к смерти, так и усиление феноменологических проявлений других, ранее не проявляющихся форм АА. Уменьшение клинических проявлений бронхиальной астмы, в связи с проводимой терапией или разрешением психотравмирующих ситуаций, сопровождается значительно меньшей выраженностью, как комплекса смерти, так и других феноменологических проявлений АА.

Выводы:

1. У больных бронхиальной астмой в результате опроса выявлены меньшие проявления различных форм авитальной активности (активности, направленной против жизни) в анамнезе по сравнению с группой контроля.

2. У больных бронхиальной астмой с выраженными и умеренно выраженными клиническими проявлениями в ассоциативном тесте выявлено увеличение времени реакции на слова, имеющие отношение к теме смерти (комплекс смерти), по сравнению с нейтральными словами.

3. Предполагается, что усиление влечения к смерти при невозможности его реализации в других формах авитальной активности принимает участие в патогенезе бронхиальной астмы как психосоматической форме патологической биологической активности, направленной на сокращение и прекращение жизни.

Литература:

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. – М., 2000.
2. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // В кн. Энциклопедия глубинной психологии. – В 15 т. – М., 2001. – Том 2. – С. 77-89.
3. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. – Пульмонология. Приложение. – М., 1996.
4. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь, 2001. – С. 128.
5. Вагин Ю.Р. Использование ассоциативного теста для исследования патологической авитальной активности / В сборнике: Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). – Томск, 2003.
6. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М., 1997.
7. Каннабих Ю. История психиатрии. – М., 1994.
8. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000.
9. Меннингер К. Война с самим собой. – М., 2000.
10. Мишланов В.Ю. Состояние иммунитета, гемостаза и липидного обмена у больных воспалительными заболеваниями системы дыхания и ишемической болезнью сердца, рациональная терапия бронхиальной астмы: Дисс. ... докт. мед. наук. – Пермь, 2001.
11. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – В 9 т. – М., 2000. – Том 3.

12. Рад фон М. Ключевые понятия психоанализа / В кн.: Ключевые понятия психоанализа. – СПб., 2001.
13. English O.S. Médecine psychosomatique.– Neuenburg, Paris, 1952.

AVITAL ACTIVITY OF PATIENTS SUFFERING  
FROM BRONCHIAL ASTHMA

*Y.R. Vagin, N.A. Strelkov*

Psychological Center, Perm, Russia

Based on the options developed by the authors of the associative learning test for reaction time on the words incentives related to the theme of death, a survey of patients with bronchial asthma. In these patients revealed less of various forms of activity in the history of avital compared with the control group. It is shown that in asthmatic patients with severe and moderately severe clinical manifestations in the associative test, recorded an increase in reaction time to words related to the theme of death (the death of the complex), compared with neutral words. The authors suggest that increased attraction to death if you can not implement it in other forms avital activity is involved in the pathogenesis of asthma as a psychosomatic form of pathological biological activity aimed at the reduction and termination of life.

*Key words:* avital activity, asthma, association test.