

Суицидология №4 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., д.психол.н.,
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
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. Габсалимов (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»

16+

Содержание

*С.Е. Захаров, В.А. Розанов,
Г.Ф. Кривда, П.Н. Жужуленко*

Данные мониторинга суицидальных попыток
и завершенных суицидов в г. Одессе
за период 2001-2011 гг. 3

Е.Б. Любов

СМИ и подражательное суицидальное
поведение. Часть II. Предупреждение
самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ 10

А.В. Меринов

Суицидологические характеристики молодых
людей, воспитанных в семьях, где родитель
страдал алкогольной зависимостью 22

В.А. Розанов

Самоубийства, психо-социальный стресс
и потребление алкоголя в странах
бывшего СССР 28

С.И. Ворошилин

Самоповреждения и влечения к модификации
тела как парциальные нарушения инстинкта
самосохранения 40

*В.А. Руженков, В.В. Руженкова,
А.В. Боева*

Концепции суицидального поведения 52

*В.А. Солдаткин, А.В. Дьяченко,
К.С. Меркурьева*

Исследование суицидологической
и аддиктологической обстановки
в студенческой среде г. Ростова-на-Дону 60

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

Contents

S.Ye. Zaharov, V.A. Rozanov, G.F. Kryvda, P.N. Zhuzhulenko Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011 3	V.A. Rozanov Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR 28
E.B. Lyubov Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals 10	S.I. Voroshilin Self-harm and attraction to body modification (BIID) as a partial disorder of survival instinct 40
A.V. Merinov Suicidal characteristics of adult children which growing up in families with alcohol addiction of parent 22	V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova, A.V. Boeva Conceptions of suicidal behavior 52
	V.A. Soldatkin., A.V. Dyachenko, K.S. Merkureva The study of suicidological and addictological situation among students of Rostov-on-Don 60

Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на первое полугодие 2013 года

Индекс подписки: **57986**

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

Третья научно-практическая конференция с международным участием
«Суицидальное поведение: современный взгляд»

19 октября 2013 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2013 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

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, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru (раздел «Новости»), сайт медицинской психологии – www.medpsy.ru (раздел «Новости»).

Заказ № 252. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 14.12.12 г. Распространяется по подписке.

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

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

УДК 616.89-008.441.44 (477-74)

ДАННЫЕ МОНИТОРИНГА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В г. ОДЕССЕ ЗА ПЕРИОД 2001-2011 гг.

С.Е. Захаров, В.А. Розанов, Г.Ф. Кривда, П.Н. Жужуленко

Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова, Украина
Одесское областное судебно-медицинское бюро, Украина
Одесская городская станция скорой медицинской помощи, Украина

Контактная информация:

Захаров Сергей Евгеньевич – аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования (ИИПО) Одесского национального университета им. И.И. Мечникова (ОНУ), Украина. Телефон: +380-50-384-83-03, e-mail: zagar7@rambler.ru

Розанов Всеволод Анатолиевич, д.м.н., профессор. Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования (ИИПО) Одесского национального университета им. И.И. Мечникова (ОНУ), Украина. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Кривда Григорий Федорович, д.м.н., профессор, главный областной судебно-медицинский эксперт, директор Одесского областного судебно-медицинского бюро. E-mail: kvik@soborka.net

Жужуленко Петр Николаевич – главный врач Одесской городской станции скорой медицинской помощи. E-mail: ambulance@paco.net

Статья посвящена анализу суицидальной активности населения миллионного города. Данные многолетнего мониторинга позволяют выявить совпадающую динамику уровней суицидальных попыток и самоубийств в течение 11 лет наблюдения (2001-2011 гг.). Выявлены типичные различия между мужчинами и женщинами (преобладание попыток среди женщин и завершенных самоубийств среди мужчин). Способы попыток и суицидов свидетельствуют о том, что мужчины используют более агрессивные методы самоповреждения. В последние годы наблюдается рост самоубийств среди мужчин в возрастной группе 25-29 лет.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка.

Несмотря на то, что самоубийство – это индивидуальный и глубоко интимный акт, оно может анализироваться и как статистически устойчивое явление, например, отражающее различия между отдельными социальными группами или динамику суицидальной активности в социуме во времени [11]. Суицидальное поведение на популяционном уровне постоянно изменяется, причем эти колебания можно рассматривать как результат изменений внутренних (проксимальных), присущих каждому конкретному человеку факторов, и внешних (дистальных) факторов, действующих в масштабе страны или в более широком контексте. К внутренним факторам однозначно можно отнести психические расстройства, например депрессию, злоупотребление психоактивными веществами, а также психо-социальные факторы, такие как наличие личных экономических проблем, неспособность справляться со стрессом и др. [6]. К внешним факторам можно отнести макроэкономическую статистику, ситуацию на рынке труда и в сфере социальной защиты граждан, вовлеченность в процесс реформ или стабильность в обществе и т.д. Зача-

стую достаточно сложно объяснить динамику суицидального поведения, в связи с чем желательно охватывать как можно более длительные периоды наблюдения и регистрировать различные показатели, например, суицидальные попытки и самоубийства.

В данной статье мы представляем динамику суицидального поведения в г. Одессе, которое мониторируется нами уже на протяжении 12 лет. В работе представлены обработанные данные по суицидальным попыткам и завершенным суицидам за период 2001-2011 гг.

Материал и методы исследований.

Данные о суицидальных попытках (СП) представлены Одесской городской станцией скорой медицинской помощи в следующем формате: дата суицидальной попытки, время вызова бригады скорой помощи, пол, возраст, характер самоповреждения, социальное положение и наличие внешних признаков алкогольного опьянения. Данные о завершенных суицидах (ЗС) представлены Одесским бюро судебно-медицинских экспертиз в следующем формате: пол, возраст, способ самоповреждения, дата вскрытия.

Таблица 1

Число суицидальных попыток и завершенных самоубийств в г. Одессе за период 2001-2011 гг., абс.

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Число попыток	518	607	573	526	471	462	415	471	413	395	331
Число самоубийств	222	229	218	175	174	158	142	157	167	137	145

Данные о численности населения в регионе по годам и в гендерном разрезе получены в Одесском областном бюро статистики. Возрастные группы сформированы в соответствии с демографическими нормами (интервалы по 5 лет, лица старше 70 лет объединялись в общую группу). Данные вносили в таблицы Excel и обрабатывали с помощью встроенных программ. Охвачен период с 2001 по 2011 гг. Всего в базе данных обработано 5182 случая суицидальных попыток и 1924 случая завершенных суицидов. Полнота охвата завершенных суицидов обеспечивается тем обстоятельством, что все случаи в городе, квалифицируемые как самоубийства, подлежат судебно - медицинскому патологоанатомическому исследованию, вследствие чего вся информация сводится в областное судебно-медицинское бюро. Данные по суицидальным попыткам, вероятно, неполные, т.к. в «Скорую» обращаются не все суициденты. Поэтому соотношение попыток к завершенным случаям составляет в нашем исследовании 2,69, тогда как по данным других исследований, число попыток в 5-10 раз превышает число завершенных самоубийств [10]. Исходя из этого, взяв за основу завершенные случаи, можно предположить, что реальное количество суицидальных попыток в Одессе от 800 до 1800 случаев в год, в то время как регистрируется 400-600 случаев.

Кратко характеризуя регион, следует отметить, что общая численность населения в городе Одессе (по данным на 2011 г.) 1010 тыс. человек.

Одесская область по площади относится к крупнейшим в Украине, г. Одесса по экологическому состоянию и социально - экономическому развитию характеризуется относительно благополучными показателями.

Результаты и их обсуждение.

Вначале целесообразно проанализировать данные об общем числе суицидальных попыток и суицидов (табл. 1, рис. 1).

Обращает на себя внимание тот факт, что динамика суицидальных попыток почти пол-

ностью соответствует таковой для завершенных суицидов, за исключением 2005, 2009 и 2011 годов, когда отмечена разнонаправленность данных (рис. 1). Совпадение общего тренда (снижение, начиная с 2002 г.) для попыток и завершенных суицидов свидетельствует о том, что эти проявления суицидального поведения зависят от неких общих действующих факторов, присутствующих в обществе.

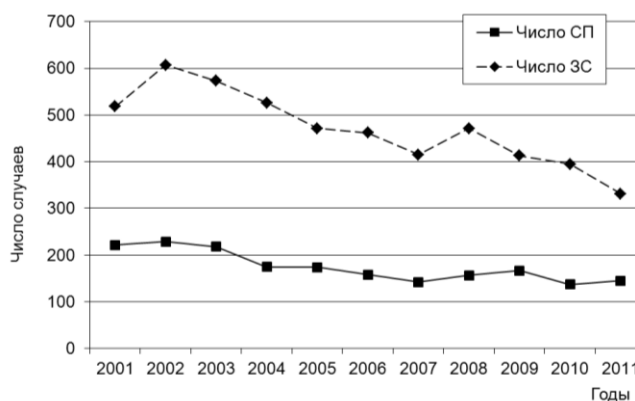


Рис. 1. Динамика суицидальных проявлений в г. Одессе с 2001 по 2011 гг.

Далее были проанализированы данные в разрезе гендерных различий (табл. 2).

Таблица 2

Количество суицидальных попыток и самоубийств среди мужчин и женщин

Пол	Число случаев, абс.		
	Попытки	Суициды	Соотношение попытки/суициды
Мужчины	2477	1476	1,68
Женщины	2705	448	6,04
Соотношение м/ж	0,92	3,29	

Как видно из табл. 1 в городской среде женщины в среднем совершают попытки ненамного чаще, чем мужчины, в то время как мужчины завершают жизнь самоубийством в 3,3 раза чаще, чем женщины. Для суицидаль-

ного поведения мужчин характерно преобладание попыток над самоубийствами в 1,68 раза, для поведения женщин – в более, чем 6 раз. По сравнению с данными, которые были получены несколько лет назад [1], можно отметить тот факт, что в общем числе и мужчин и женщин уменьшилась доля суицидальных попыток и, соответственно, увеличилась доля завершенных суицидов. Соотношение М : Ж как в случае попыток, так и в случае завершенных суицидов практически не изменилось.

При рассмотрении общего числа случаев попыток и суицидов в гендерном разрезе можно отметить, что как в случае суицидальных попыток (рис. 2), так и в случае завершенных суицидов (рис. 3), у мужчин и у женщин в целом отмечается тенденция к уменьшению суицидальной активности за последние 9-10 лет. Об этом свидетельствуют линии тренда. В то же время, необходимо обратить внимание на подъемы числа попыток и суицидов в отдельные годы. Так, число попыток среди мужчин и женщин плавно снижалось с 2002 по 2005 г., однако в 2006 и 2008 г. наблюдались заметные подъемы среди мужчин, а в 2007 и в 2010 г. – среди женщин. Что касается суицидов, то среди женщин имел место кратковременный подъем в 2005 г., а среди мужчин наблюдался значительно более выраженный и длительный подъем с 2008 по 2010 г.

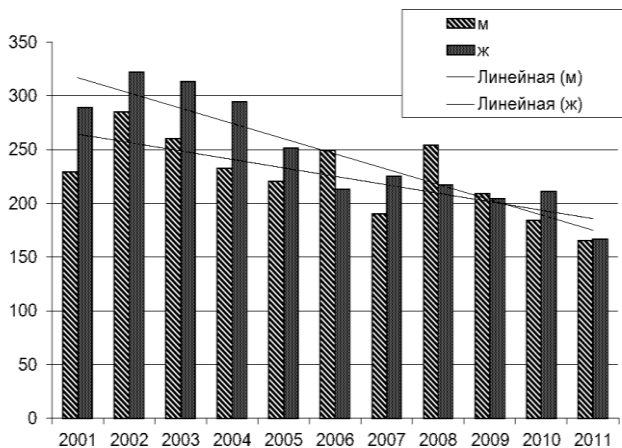


Рис. 2. Случаи суицидальных попыток среди мужчин и женщин в г. Одессе в 2001-2011 годы.

Вероятнее всего отчетливый подъем самоубийств среди мужчин в 2008-2010 гг. связан с кризисными явлениями в экономике Украины, пик которых пришелся на осень 2008 г. В то же время, ранее наш анализ выявил, что некоторый подъем суицидальной активности среди

мужчин начался еще с начала 2008 г., т.е. до начала кризисных явлений [1].

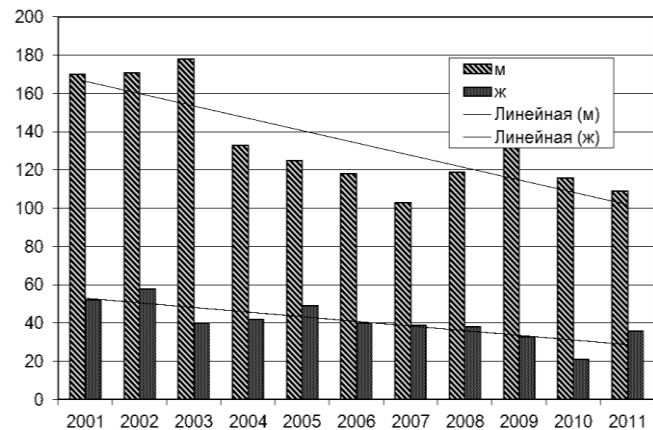


Рис. 3. Случаи самоубийств среди мужчин и женщин в г. Одессе в 2001-2011 годы.

Трудно объяснить наблюдаемый подъем самоубийств среди женщин в 2005 г. при том, что самоубийства среди мужчин снижались с 2003 по 2007 г. Это еще раз подчеркивает, что попытки трактовать наблюдаемые динамические изменения часто бывают либо ошибочными, либо слишком поспешными и необоснованными. Тем не менее, совпадение трендов разных форм суицидального поведения (рис. 2 и 3) указывают на закономерный характер сдвигов – начиная с 2002-2003 гг. суицидальная активность в Одессе снижается, что совпадает с общей статистикой по Украине. Данное обстоятельство можно рассматривать как следствие стабилизации социо-экономической ситуации в стране. Кстати, годы, отмеченные периодами политической нестабильности и высокой протестной активности (президентские выборы 2004 г. – «оранжевая революция», очередные президентские выборы 2010 года), когда СМИ в Украине нагнетали обстановку относительно роста суицидов в стране, являются вполне благополучными, и на них приходится волна снижения суицидальной активности.

Далее проанализированы имеющиеся данные по месяцам и сезонам. Ниже представлены данные по распределению суицидальных попыток (рис. 4) и завершенных суицидов (рис. 5).

Как видно из данных рис. 4 и 5 общее число попыток нарастает в летний период и снижается зимой, минимальные значения наблюдаются в феврале, максимальные – в июле.

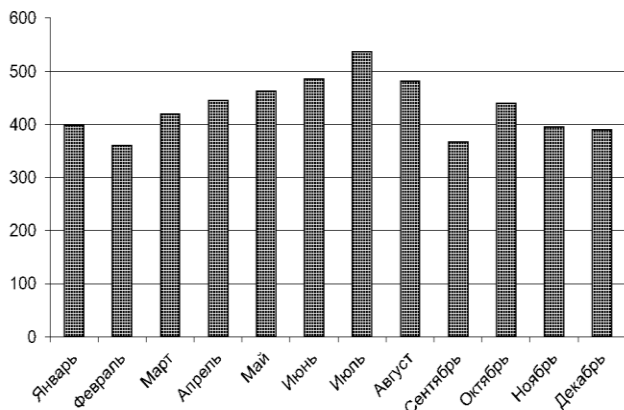


Рис. 4. Распределение суицидальных попыток по месяцам года (среднее за период наблюдения).

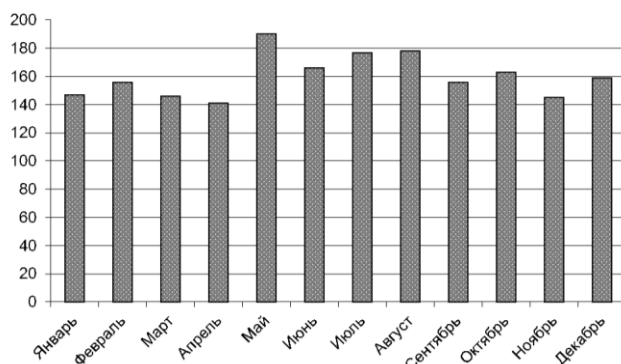


Рис. 5. Распределение случаев самоубийств по месяцам года (среднее за период наблюдения).

Обращает на себя внимание значительный подъем при переходе от февраля к марту-апрелю, максимум в летние месяцы, снижение в сентябре и некоторый подъем в октябре. Вероятнее всего весенне-летний подъем связан с влиянием температуры внешней среды, в то время как осенний – с сезонным аффективным расстройством (осенней депрессией). Сезонность суицидов выявлялась нами и ранее [2, 4] и находит подтверждение в литературе [7, 10, 12]. Однако сезонность суицидальных попыток некоторыми авторами отрицается [7]. Необходимо отметить, что выявленные нами различия между месяцами незначительны и статистически недостоверны. Из-за того, что из года в год картина меняется, наблюдается «сглаживание» усредненных данных. Возможно, следует более детально сопоставлять данные о сезонности с метеорологическими показателями, например, с контрастностью температур, быстротой перехода от прохладного периода к жаркому и т.д. Данные по завершенным суицидам имеют некоторые различия, в частности это резкий

подъем завершенных суицидов в мае. Этот месяц показывает максимальные значения, тогда как в случае попыток максимум приходится на июль. Различие наблюдается также и в минимальных данных, в случае попыток это февраль, в случае завершенных суицидов – апрель. Если рассматривать сезоны года, то динамика абсолютно схожа, за исключением того, что подъем летом значительно более выражен. Такая более общая сезонная закономерность характерна для всех регионов с выраженной широтной сезонностью [7, 10, 12].

Ряд авторов отмечают, что попытки совершаются с большей частотой в определенные дни недели, а также в связи с теми или иными социально значимыми или традиционными датами календаря [10]. Ранее мы наблюдали, что наибольшее число попыток происходит по вторникам, пятницам и воскресеньям, минимальное – по средам и субботам [2]. Данные за более продолжительный срок показывают, что минимум приходится на вторник, затем активность растет до воскресенья, с последующим снижением в понедельник. Завершенные суициды имеют обратную тенденцию – постепенное снижение от понедельника к воскресенью.

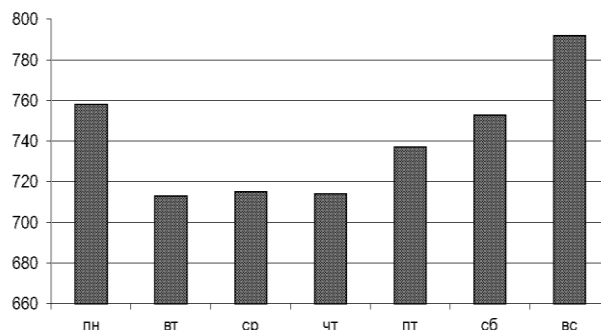


Рис. 6. Распределение суицидальных попыток по дням недели.

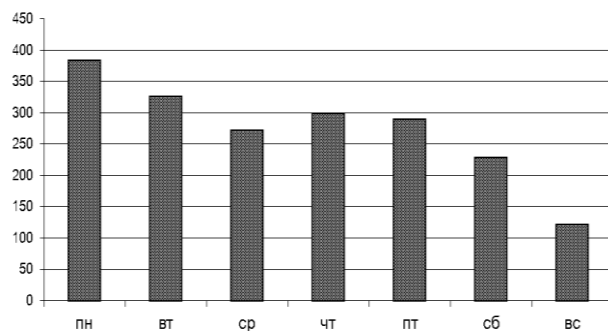


Рис. 7. Распределение завершенных самоубийств по дням недели.

Визуально информацию о распределении по дням недели, можно увидеть на рис. 6 и 7. Схожие данные по попыткам описаны в литературе [8, 10]. Что касается самоубийств, то на основе анализа большого числа случаев авторы также пришли к выводу, что наибольшее число самоубийств совершается по понедельникам [14].

Определенный интерес представляет время дня, наиболее характерное для суицидальной активности. Учитывая то, что данных о времени совершения самоубийств нет, мы представим данные о времени совершения суицидальных попыток. По времени суток попытки распределяются неоднородно (рис. 8).

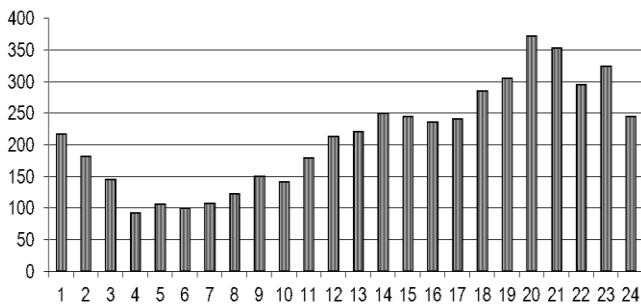


Рис. 8. Распределение суицидальных попыток в г. Одессе по времени суток.

Абсолютный минимум приходится на 4 часа утра, первый незначительный подъем отмечается в 7-9 часов утра, далее достигается довольно высокий уровень с 14 до 15 часов, после чего наблюдается основной подъем около 20 часов и в более позднее вечернее время. Следует иметь в виду, что в данном случае нами регистрируется время вызова скорой медицинской помощи, следовательно, сами попытки происходят раньше, причем установить насколько раньше, практически не представляется возможным.

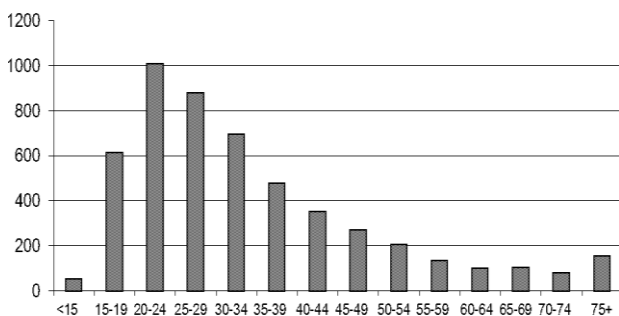


Рис. 9. Распределение случаев попыток по возрастам.

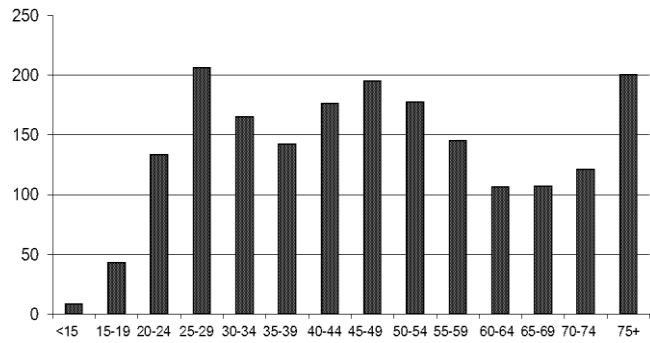


Рис. 10. Распределение случаев самоубийств по возрастам.

Тем не менее ясно, что основная масса вызовов происходит вечером, причем разница между минимальным и максимальным значениями (в 4 часа и 20 часов) четырехкратная.

Далее перейдем к анализу половозрастных характеристик суицидов (рис. 9, 10).

Как видно из представленных суммарных данных (если рассматривать в целом все случаи по городу, принадлежащие обоим полам), основная масса суицидальных попыток (50%) совершается в возрасте от 15 до 29 лет, т.е. молодыми людьми. В более старших возрастных группах число попыток снижается, достигая минимума в возрасте 65-69 лет. При анализе завершенных суицидов можно выделить первый подъем в возрасте 25-29 лет (который одновременно является самым большим значением среди всех возрастных групп), затем следующий подъем в возрастной группе 45-49 и еще один подъем в возрастной группе 75+, который можно объяснить включением в данную группу большого количества возрастов (до 84 лет). В связи с неоднородностью демографической структуры общества, целесообразно провести анализ в указанных возрастных группах в пересчете на 100 тыс. населения для мужчин и женщин отдельно (рис. 11, 12).

Расчет индексов самоубийств с учетом демографической картины дает более объективную оценку ситуации. При анализе индексов попыток в возрастных группах (рис. 11) заметно, что частота попыток у женщин растет значительно быстрее, чем у мужчин до возраста 20-24 года и затем постоянно снижается до группы 70+, в которой вновь намечается подъем. У мужчин пик приходится на чуть более поздний возраст (25-29 лет), затем снижается до 60-64 лет и вновь идет вверх в группе 65-70 лет.

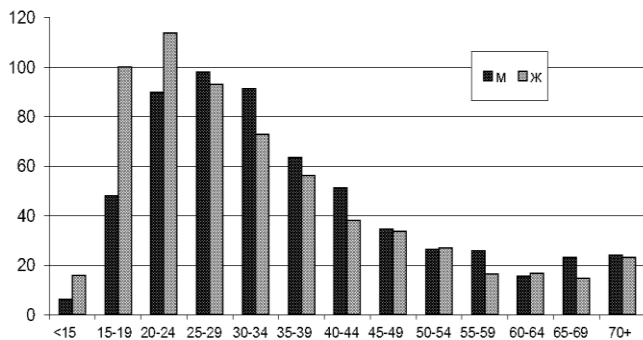


Рис. 11. Индексы суицидальных попыток среди мужчин и женщин (на 100000 живущих в каждой возрастной группе).

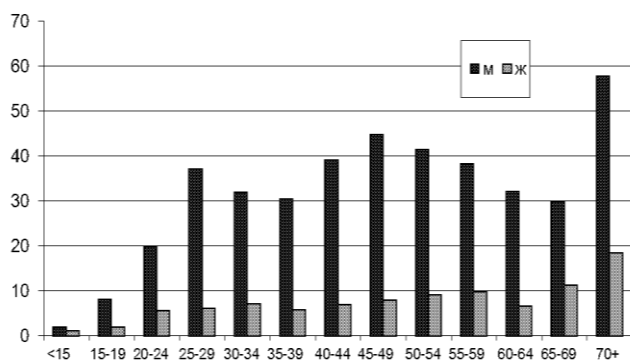


Рис. 12. Индексы завершённых самоубийств среди мужчин и женщин (на 100000 живущих в каждой возрастной группе).

При анализе завершённых суицидов среди мужчин и женщин при расчете на 100000 населения более заметна значительная разница в суицидальной активности между мужчинами и женщинами. Так в группе 25-29 лет суицидов среди мужчин больше в 6,6 раз, в группе 45-49 лет – в 5,5 раза. Можно заметить еще один тревожный факт, выявляемый при сравнении с нашей работой [3]. Если в 2000-2001 гг. возрастная группа мужчин 25-29 лет ничем особенно не выделялась, сейчас эта группа имеет четкий пик, что говорит об увеличении доли молодых мужчин, совершающих самоубийства. Это тенденция последних лет. У женщин индексы самоубийств свидетельствуют о нарастании суицидальной активности начиная с 15 лет до возраста 30-34 г, после чего наблюдается спад и последующее нарастание до возраста 50-59 лет. Далее вновь наблюдается спад и дальнейший рост до позднего возраста 75+. У мужчин можно выделить несколько критических возрастных периодов – 25-29, 45-49 и 70+. Максимальный уровень самоубийств у обоих полов наблюдается в позднем возрасте.

Из рисунков 11 и 12 также видно, что максимум суицидальной активности, регистрируемой по суицидальным попыткам, у женщин приходится на возраст 20-24 года, а у мужчин несколько позже – в возрасте 25-29 лет. Эти данные являются противоположными тем, которые мы наблюдаем в этой же популяции при анализе завершённых самоубийств (значительное преобладание мужских самоубийств над женскими, максимум среди мужчин в среднем возрасте и т.д.). Данный факт хорошо документирован в суицидологии и многими авторами расценивается как свидетельство того, что контингенты самоубийц и лиц, совершающих попытки, хотя и частично перекрываются, на самом деле представлены разными людьми [5]. Это не отменяет то положение, что суицидальная попытка является фактором риска завершённого суицида.

Здесь уместно сравнить наблюдаемые в Одессе абсолютные значения индексов самоубийств с данными других стран и регионов. Данные за 2011 год позволяют получить усредненный уровень для всего населения Одессы – 14,4 на 100000. Такой показатель относится к среднему, т.е. относительно благополучному уровню суицидов согласно классификации ВОЗ (от 10 до 20 на 100000) и примерно соответствуют среднепопуляционному уровню суицидов в Молдове, Сербии и Хорватии. В то же время, следует иметь в виду, что мы изучали городское население, поскольку только для городского населения имеются сопоставимые данные по попыткам и завершённым самоубийствам. В связи с этим необходимо отметить, что по данным судебно - медицинского бюро уровень завершённых суицидов в Одесской области составляет 46,6 на 100000, т.е. примерно в 3 раза выше, чем в городе. Преобладание сельских самоубийств над городскими в последние годы характерно как для постсоветских стран, так и для стран Запада [9, 13].

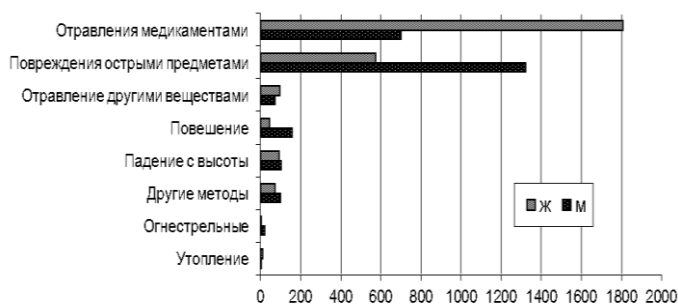


Рис. 13. Способы суицидальных попыток среди мужчин и женщин.

Имеющиеся данные также позволяют проанализировать способы самоповреждений. Анализ способов дает представление о наиболее приемлемых в данном социуме средствах самоубийств. Ниже представлены данные по способам суицидальных попыток и завершенных суицидов среди мужчин и женщин (рис. 13, 14). Как видно из рис. 13 основную массу попыток (48%) составляют отравления медикаментами, далее следуют самопорезы, в основном в области предплечий (37%). Вместе эти два метода составляют подавляющее большинство (85%) и характеризуются в суицидологии как «неагрессивные» [6]. Эти два метода имеют явно выраженную гендерную направленность – мужчины предпочитают повреждения острыми предметами, женщины – отравление медикаментами. В этих случаях есть больший промежуток времени, когда человеку можно оказать помощь. Такие методы как отравления другими веществами (преимущественно препаратами бытовой химии), попытки повешения и падения с высоты составляют каждый небольшую часть от общего числа. Попытки, связанные с огнестрельным оружием и утоплением, крайне редки. Некоторое количество составляют так называемые «другие методы», сюда попадают большей частью экзотические способы, например, повреждения тупыми предметами, инородные тела в глотке и гортани и т.д.

Что касается завершенных суицидов, то здесь 72% составляют самоповешения, наиболее травматичный способ (наравне с падениями с высоты), когда вероятность оказать помощь минимальна. Этот способ преобладает как среди мужчин (76%), так и среди женщин (60%). У женщин заметно больший процент составляют отравления. В связи с этой особенностью суицидального поведения потенциальная эффективность такого широко обсуждаемого на Западе метода превенции как снижение доступности средств самоубийства в нашем обществе представляется низкой.

Таким образом, приведенные данные позволяют составить представление об особенностях суицидального поведения среди населения миллионного города в течение 11 лет постоянного мониторинга. Эти данные, на наш взгляд, представляют ценность с точки зрения выявления наиболее уязвимых возрастных и гендерных групп. Ими являются мужчины в возрасте 25-29, 45-49 и 70 и более лет.

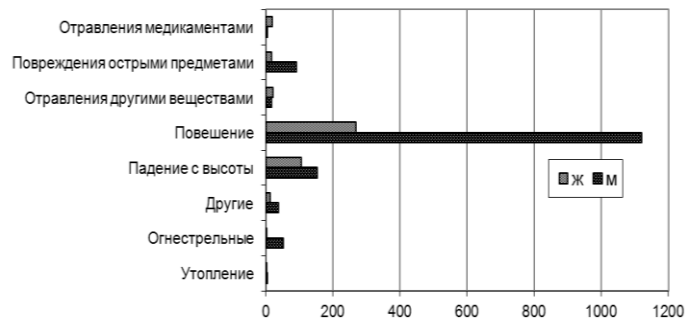


Рис. 14. Способы самоубийств среди мужчин и женщин.

Особое внимание следует обратить на растущее число самоубийств среди молодых мужчин в возрасте 25-29 лет. Это является тенденцией последних лет и отражает «помолодение» самоубийств. Причины наблюдаемых явлений нуждаются в дальнейшем исследовании на междисциплинарном уровне.

Литература:

1. Захаров С.Е., Розанов В.А. Динамика самоубийств и суицидальных попыток в Одессе в 2001-2008 гг. – первые признаки влияния мирового кризиса? // Медична психологія. – 2009. – Том 4, № 4 (16). – С. 38-47.
2. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2000-2005 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19, вып. 2. – С. 35-41.
3. Розанов В.А., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф., Пироженко Л.А. Завершенные самоубийства в Одесском регионе за период 2000-2002 гг. // Український Вісник Психоневрології. – 2006. – Том 14, вип. 1 (46). – С. 92-95.
4. Розанов В.А., Таран А.В. Характеристика суицидального поведения в связи с факторами внешней среды (мониторинг суицидальных попыток в г. Одессе). – Мат. 7-й междисциплинарной конф. по биол. психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26-28 февраля 2003 г.). – 2003. – С. 97-98.
5. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011.
6. Суицид – напрасная смерть / Д. Вассерман (ред.), Лондон: Martin Dunitz, 2001. – 246 с.
7. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulou F.C., Papadopoulou A., Bouras G., Gournellis R., Lykouras L. Suicide and seasonality // Acta Psychiatr. Scand. – 2012. – Vol. 125, № 2. – P.127-146.
8. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of the week in England and Wales, 1993-2002 // Health Stat. Q. – 2005. – Vol. 27. – P. 13-16.

9. Kapusta N.D., Zorman A., Etzersdorfer E., Ponocny-Seliger E., Jandl-Jager E., Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides // Soc. Psychiatry Epidemiol. – 2008. – Vol. 43, № 4. – P. 311-318.
10. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. – In: Suicide and attempted suicide / K.Hawton, K. van Heeringen (eds.), N-Y: J. Wiley and Sons, 2000. – P. 49-64.
11. Makinen I.H. Social theories of suicide – In: Wasserman D., Wasserman C. (Eds.) Oxford textbook on suicidology and suicide prevention, Oxford University Press, New-York. – P. 140-147.
12. Młodożeniec A., Brodniak W.A., Polewka A., Bembenek A. Seasonality of suicide in Poland. Analysis of the Main Statistical Office data for the years 1999-2003 // Psychiatr. Pol. – 2010. – Vol. 44, № 1. – P.61-69.
13. Razvodovsky Y., Stickley A. Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 // Public Health. – 2009. – Vol. 123, № 1. – P. 27-31.
14. Yang, B., Lester, D. Sociology and suicide. – In: D. Lester, Thinking of Suicide, Hauppauge, NY: Nova Science, 2004, Chapter 6. – P. 51-68.

SUICIDE ATTEMPTS AND COMPLETED SUICIDES MONITORING IN ODESSA IN 2001-2011

S.Ye. Zaharov, V.A. Rozanov,
G.F. Kryvda, P.N. Zhuzhulenko

Odessa National Mechnikov University
Odessa Regional Forensic Medicine Bureau
Odessa Municipal Ambulance, Ukraine

The study deals with the suicidal activity of the population of a million city. Long-lasting monitoring data revealed very similar changes of attempted and completed suicides rates over 11 years of monitoring. Rather typical differences between males and females suicidal behaviors are found: higher attempts rates in females and higher completed suicides in males. Methods of attempts and suicides testify that males choose more violent means. During last period growing suicides are registered in males aged 25-29 years.

Key words: suicide, completed suicide

УДК 616.89-008.441.07

СМИ И ПОДРАЖАТЕЛЬНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ЧАСТЬ II. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ САМОУБИЙСТВ: РЕСУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ СМИ

Е.Б. Любов

Московский НИИ психиатрии, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович, д.м.н., профессор, руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ». Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

СМИ как ключевая стратегия осведомления общества играют позитивную роль в просвещении общественности о риске самоубийств и формировании отношения к проблеме суицида. Руководящие принципы работы СМИ для освещения конкретных случаев суицидов могут минимизировать риск подражательных самоубийств и быть полезными для профилактических программ, указывают на необходимость постоянного диалога и взаимодействия со СМИ об ответственных отчетах.

Ключевые слова: самоубийства, профилактика, сообщения СМИ, руководство.

«Способная, беспристрастная, общественно вдохновленная пресса с отточенным рассудком, который будет знать, что такое правильно, и будет иметь мужество следовать этому, сможет сохранить достоинство общества...»

Дж. Пулитцер

Профилактика суицидов в средствах массовой информации (СМИ¹). Риск под-

ражательных суицидов вслед за соответствующими сообщениями подчеркнул меру ответственности новостей и вымышленных историй в освещении сложной биопсихосоциальной проблемы [52, 58, 101]. Сочетанные и поддающиеся модификации при целевых мероприятиях факторы влияния СМИ включают характеристики («агент»), атрибуты физического лица, «хозяина» (читателя, зрителя, слушателя) и социальный контекст сообщения (среда) [47]. В противовес десяткам работ об эффекте Вертера [6], недостаточно известно о СМИ как формы предупреждения самоубийств [12, 18,

¹ Средства донесения словесной, звуковой, визуальной информации, постоянно охватывающие большую аудиторию: печатные издания (газеты, журналы) и электронные СМИ: телевидение, радио, интернет (Википедия).

67, 77, 95, 102], или эффекте Папагено [73]. Скептики, однако, помнят, что Птицелов из «Волшебной флейты» Моцарта был мнимым, скорее комическим спасителем.

Радио [22], телекоммуникационные технологии полезны для оценки риска самоубийства, кризисной онлайн-помощи, включая когнитивно-поведенческую терапию [98], обучения и просвещения лиц из групп риска суицида [21, 61]; на видеоконференциях суицидологи обсуждают фильмы как пособия психопатологии, но следует осторожно относиться к «терапевтическому кино» [53]. Резолюция ООН (2012) о праве на свободу слова в Сети призывает защищать права личности в Интернете столь же настойчиво, как в реальном мире, что не исключает блокирование сайтов с противоправным содержанием в рамках, например, борьбы с культом насилия в СМИ [100], источником морального авторитета молодых [94]. Пока в Российской Федерации нет ясной политики противодействия «сайтам самоубийств», но есть законы о «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» (2012), контроле социальных сетей, которые не должны стать предтечей внесудебной цензуры всей Сети. Киберполицейские ряда стран отслеживают суицидоопасные сайты, в России администрация социальной сети их закрывает на порталах, но сайты, обвиняемые общественной и специалистами в «заражении суицидом» уязвимых личностей, меняют адреса, заявляют о себе на закрытых форумах. Несмотря на Лигу безопасного Интернета, работают деструктивные сайты и группы. Закрытые группы порой оживают (в отличие от жертв суицида). Нужен контроль экспертов в Сети для анализа содержания сайтов и групп в социальных сетях и обоснования их закрытия. Предстоит готовить педагогов и школьных психологов с учетом реалий новых СМИ. Экзаменационные модули для профессионалов доступны в онлайн-режиме, возможно повышение их квалификации через Интернет [83].

Сеть – единственный канал привлечения к помощи интернет-зависимого отшельника, ищущего сочувствия, общение, пути совладания с дистрессом [14]. Online социальная сеть Facebook как новая грань глобальной передачи информации служит предупреждению суицидов через оперативное вмешательство пользователей, в первую очередь, молодых. В ряде

стран модератор привлекает специалистов для контакта с потенциальным суицидентом, найденным провайдером. Активисты «антисуицидальных» групп («белой зоны» клуба «Суицид»), нередко с опытом суицидального поведения, проводят виртуальные психологические беседы с потенциальными суицидентами, направляя их выбор к жизни¹. На форуме сайта robedish.ru консультируют психологи и психиатр, священник, есть разделы просьб о помощи, информации о региональной суицидологической помощи. На shkolazhizni.ru сообщено как бороться с суицидом (нестандартная точка зрения); на k-istine.ru предлагают психологическую помощь потенциальным самоубийцам. На blagovestnik.org – книга П.И. Рогозина «Прыжок в ад: Божий путь избавления отчаявшимся людям»; genop.ru сообщит, есть ли жизнь после суицида. Вряд ли полезны сайты, отвращающие от суицида демонстрацией трупов погибших. Ведь чувствительных последователей «Вертера» мало трогали подробности, достойные пера медэксперта, полного выстрела, эхо которого отозвалось широко в Европе: пульс несчастного героя еще бился, но он был парализован, мозг брызнул наружу. Пока в 20 распространенных зарубежных вебсайтах о суицидах, включая поддерживаемые государством, доля научно доказательной информации составляет менее 45% [92].

Обязательным элементом типовых программ предупреждения суицидов [65] стало ответственное непредвзятое освещение темы СМИ [31, 65]. Последствия непрофессионального (формализованного) вторжения СМИ в дело предупреждения суицидов находим в книгах Д. Евгенидеса «Девственницы - самоубийцы» (кластерный подростковый суицид не остановят реалити шоу и школьные лекции) или Н. Хорнби «Долгое падение» («знаменитость» среди решивших скопом броситься с крыши привлекла журналистов, и переговоры усложнились).

Более 20 лет назад предсказано слияние научных программ с новостными каналами [59]. Низкокачественные новости стали фоновым шумом, непрерывным ассортиментом малозначимых «закусок» [22].

¹Автор благодарит за информацию В.С. Кабизулова, выпускника Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Критика опасно низкого качества сообщений СМИ в диссонансе с охватом ими населения способствовала разработке принципов непредвзятого и этичного освещения темы [47; 89] как части национальных программ предупреждения суицидов [25, 37, 70, 74, 77, 102]. ВОЗ и Международная Ассоциация предупреждения суицидов [100], благотворительная организация «Самаритяне» [84] развили рекомендации при междисциплинарном [66] и межведомственном сотрудничестве [52, 68, 73] суицидологов, организаторов здравоохранения, исследователей, психиатров, психологов и СМИ. Руководства содержат ряд принципов, вытекающих из роли новостных и вымышленных сообщений СМИ в подражательных суицидах уязвимых лиц, и включающих способы усиления кризисной и профилактической помощи. Доказательными основаниями рекомендаций служит теория социального обучения (социальной когниции) [15]: подражательный суицид объяснен идентификацией с суицидентом и моделированием его поведения.

1. Неуместны броские сообщения, помещенные на первой полосе газет и / или при вынесении «суицида» в заголовок, в начало новостей ТВ или радио [51, 76, 82], с кричащими заголовками («очередной подросток выбросился с крыши»), набранными крупным шрифтом [52, 75, 89]. Следует осторожно использовать фото и видео жертвы, пышных похорон и скорбящих близких. Тиражирование (случай смакуется долго и / или во многих сообщениях) сообщений увеличивают риск подражательного суицида [41, 51, 73, 76]. Всплеск пропорционален количеству сообщений СМИ или числу ТВ каналов, освещающих трагедию [52, 89, 90], и объему читателей, что отмечал и Дюркгейм.

2. Следует избегать неуместных стиля и акцентов сообщений. Так, слово «самоубийство» подразумевает преступный умысел и стигматизирует погибших [88] и их семьи. «Убийство самого себя», по св. Августину, указывает на осуждение греха нарушения христианской заповеди «Не убий!». Указание смерти «от самого себя» увеличит риск подражательного суицида [76]. Нейтральное (для русского слуха. *Прим. авт.*) слово «суицид» смягчит негативный подтекст термина [5], облегчив связь жертвы с обстоятельством смерти. Упоминание о «несмертельной попытке» предпочтительнее, чем о «неудачной» или «незавершенной». «Неудавшаяся попытка» означает,

что самоубийство – успех. В тексте статьи можно указать: человек «умер в результате суицида». При смерти известного лица или жителя городка, где все – соседи, уместны заголовки: «Мэрилин Монро умерла в 36» или «Иван Перов умер в 19» соответственно. Сенсационные, приукрашено-глянцевые сообщения о суицидах СМИ, подача материала в идеалистически - романтическом ключе («Ромео и Джульетта из Мытищ бросились с крыши») или подача суицида героическим поступком повысит риск подражательных суицидов [42, 52, 78, 100]. Вредны псевдоэксперты и устрашающие (непроверенные) статистические данные [73]. Ссылка на «волну» самоубийств точнее, чем подчеркивание «черной статистики», «эпидемии», означающей драматичное и резкое увеличение суицидов населения или в отдельной области [4]. Отрицательная оценка суицида СМИ на 99% менее влечет подражательный эффект; ТВ истории на 79% менее указывают на подражательный эффект; женские суициды в 4,89 раз вероятнее подтверждают эффект [90]. Обширные статьи со стигматизирующим языком чаще касаются душевнобольных [24] и их суицидов.

Романтизм XIX века культивировал образ суицида как эстетически организованной смерти [9]. «Превращаясь в литературный или кинематографический штамп, размноженный в безбрежном море компиляций и художественных подделок, самоубийство становится моделью поведения в реальной жизни как социально приемлемый способ разрешения жизненной драмы. Лишь немногие произведения подражательной литературы лишены умилительно - сентиментального изображения суицидальных поступков героев» [1]. Эстетизация суицида в СМИ опасно искушает суицидом как наиболее гармоничной формой ухода из жизни, о чем в начале XX века предупреждал протоиерей А. Смирнов [10]: «Оправдание, а тем более прославление самоубийства ... действуют заразительно не только на детей, но и на взрослых».

Можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству [3]. Покончивший с собой вызывает сострадание к невыносимой муке бытия, но самоубийство все менее вызывает ужас и общественное осуждение как делинквентное поведение. «Суицидальные жесты» и страдания суицидента нельзя недооценить [23]. Опасно изображать суицид обыденным и универсальным решением типовых проблем жизни. СМИ не должны пе-

ствовать безразличие к несчастью и отчаянью. В фильме Трюффо «Нежная кожа» (1964 г.) известный писатель мимоходом замечает, что метро встало из-за суицида, а он опаздывает.

Образ суицидов в средствах массовой информации существенно отличается от такового в реальном мире [72]. Так, газеты Тайваня обращают внимание на необычные способы самоубийства мужчин и расширенные самоубийства женщин [28]. СМИ неизменно привлекают групповые (индуцированные) суициды подростков, суицидальный договор влюбленных («Они познакомились в Клубе самоубийц, любили друг друга неделю и умерли в один день»), эмигрантов, пожилых пар, на которые приходится 0,3-2,4% суицидов [20, 43]. Подражательный эффект СМИ в течение недели отмечен при сообщении о групповом суициде на рельсах [62]. Раздувание СМИ (2,5 миллиона страниц в Интернете) интереса к 183-му (после падения Рима) «назначенному» концу света в 2012 г. чревато волной групповых суицидов мистически настроенных лиц. Специалисты, оперирующие научными данными, должны дискутировать с «духовными лидерами» и их паствой через рупор СМИ.

Доля убийств-самоубийств годами менее 0,001% [39], но трагедия детоубийства может скрыть от СМИ суицидальный аспект поступка депрессивной матери. СМИ сенсационно освещают суициды военнослужащих [38, 98], но поток драматических сообщений газет о покончивших с собой миротворцах ООН [52] прекращен после контроля, не выявившего роста риска суицида в контингенте [98]. Открытое освещение СМИ отдельных суицидов в Российской армии привлекло внимание к проблемам отбора новобранцев, дедовщине и психологической поддержке не только солдат срочной службы, но и их командиров и контрактников. Отношения между полами, психическое здоровье, депрессия и отчаяние часто исключены из новостей СМИ о самоубийствах, но внимание к дискурсам секса указали на гомосексуальность как на одну из причин самоубийств; рассказы об отклонениях, чувствах вины и стыда, истории издевательства / преследование гомосексуалистов [32].

Миссия СМИ – в привлечении внимания к «немым самоубийствам» в группах пожилых, мигрантов, безработных, физически больных и инвалидов, где суициды не вызывают общественный резонанс.

Важна тональность вымышленных историй [6], показывающих через призму трагедии героев ценность и неповторимость бытия («со-три случайные черты, и ты увидишь – мир прекрасен»), что жизнь можно изменить без отказа от нее. Большая рассеянным склерозом скрипачка (мелодрама «Дуэт для солистки», США, 1986, реж. А. Кончаловский) пытается покончить с собой, но возрождается для жизни новой, проникаясь словами психиатра, как важны «воздух, хлеб и вода». В фильме «Ни поездов, ни самолетов...» (Й. Стеллинг, Нидерланды, Бельгия, 1999) отчаянная вера во внутреннюю доброту людей остановит на пути к суициду заблудившегося в тенетах жизни, жизни рефлексующего героя.

3. Следует избегать подробного («дьявол – в деталях») описания суицидов, что важно и для вымышленных историй: способа и места суицида (из какого окна выбросился несчастный и по какому адресу), что может обеспечить особые модели и конкретные средства и условия самоубийства. Детальные сведения об имяреке (пол, возраст, национальность, профессия, последний адрес) влечет подражательное суицидальное поведение [41, 78, 52, 64, 89], когда уязвимая личность (читатель) идентифицирует себя с суицидальной моделью того же, например, возраста, будучи как будто свидетелем трагедии. Недопустимы фотографии места самоубийства [88]. Указание в ТВ способа самоубийства, мотива, фото тела жертвы, гроба якобы не увеличивают риск суицидов подростков [76], но не учтен безоговорочный выбор Интернета новым поколением. Описание деталей особого метода суицида увеличивает риск таких суицидов [13, 26, 41, 47, 48, 52, 86, 89, 97], что предположено в рекомендациях Американской академии медицины вековой (1911 г.) давности [86]. Так, два месяца спустя после отравления угарным газом от угля для гриля 35-летней женщины, такой способ занял третье место по частоте в Гонконге, вытеснив через три года со второго места повешение (25% смертей от суицида). Отравление представлено легким, надежным и «безболезненным» решением проблем жизни местными средствами массовой информации, что потребовало работы с ними [52].

Подход к нивелировке суицидогенного эффекта СМИ должен быть комплексным. Так, наряду с критикой невольной пропаганды медикаментозного отравления в ТВ сериале [6]

оправдано запрещение безрецептурного отпуска слабых анальгетиков [49].

4. «Суицид (звезд шоу бизнеса, режиссеры политиков т.е. лиц, хорошо известных за пределами круга друзей и семьи) [92], согласно теории дифференциальной идентификации, впятеро вероятнее [90] влекут подражательный суицид, чем самоубийство «обычных людей». Суицидогенные факторы (особенности личности, ситуационные факторы) влияют на поведение на бессознательном уровне как архетипы, но известные самоубийства влекут прямое подражание», – отмечал Дюркгейм. Предание широкой гласности таких суицидов становится толчком суицида [29, 45, 46, 52, 86, 89], если он копирован с «лучших», чем суицидент людей. Суицид Монро стал моделью поведения 303 человек в следующем месяце [76]. Согласно референтному групповому подходу, коли кинодива подчинилась гнету жизни, то потенциальный суицидент в праве сказать: «Отчего и мне не поступить так же?». «Самоубийство Есенина вызвало культ его личности. Он стал центром упадочных настроений, идеализирующих красоту самоубийства», – писал Бердяев. Так, Бениславская, несчастная подруга поэта, страдающая нервным расстройством, оставила на могиле идола открытку: «...Самоубилась здесь, хотя и знаю, после этого еще больше собак будут вешать на Есенина... В этой могиле для меня все самое дорогое...». В дневнике же писала: «...так беззаветно любить, да разве так бывает? ... это сильнее меня, моей жизни... смерть стала бы радостью...». Подражательные самоубийства подростков следовали за суицидами Моррисона и Джоплин. Фаны бросались с высоты, как Игорь Сорин. На 17-й день гибели японского любимца подростков 33 подростка покончили с собой тем же способом [81]. Местная ассоциация по предотвращению самоубийств предложила медиа-компанию прекратить раздувание шумихи [55]. На примере широко освещаемого СМИ суицида местной попп звезды, в депрессии бросившегося с высоты, показано влияние на суицидальные мысли жителей Гонконга 20-59 лет [46]. В Тайпее (Тайвань) 20% суицидентов (более уязвимы оказались молодые мужчины) сообщили о влиянии суицида звездочки-певицы на решение умереть так же: отравиться угарным газом [27]. Суицид уважаемого канадского журналиста повлек серию подражательных самоубийств [96]: в Квебеке не менее 14% суицидов (90% из них самоповешением как у ролевой

модели) в ближайший месяц [89]. Освещение СМИ суицида под поездом выдающегося немецкого вратаря было сдержанным и деликатным, но количество суицидов на рельсах выросло вдвое, особенно в 28-дневный период после происшествия [63] без компенсаторного снижения в следующий квартал. Анализ 179 случаев суицидов, описанных 13 крупными газетами Австрии в 1996-2006 гг., показал, что сообщение о смерти знаменитости особо суицидоопасно в 30-64 лет с пиком риска сходных суицидов в течение 28 дней после события [73]. Чем более огласки истории, тем выше (до 31% без связи с иными временными флуктуациями) уровень смертности и ДТП [76] через 3-7 дней после сообщений там, где опубликована история.

В формировании эстетической ауры самоубийства [11] главная роль отведена «гармоничности» суицидального поведения и личности самоубийцы, тогда как у обстоятельств, способа, места трагедии – подчиненная роль. Поведение Юкио Мисимы отличалось вульгарным бравированием пороками и умелым манипулированием СМИ, и выдающегося японского писателя Википедия вне клинического контекста представляет предтечей поп-звезд. Подробности тщательно срежиссированного харакири Мисимы не вызвали общественного резонанса, а эксцентричность феномена Мисимы не создала «суицидальный архетип», не позволила ему стать человеком, «делать смерть с кого» [5]. Премьер-министр Японии как глас народа заметил вместо эпитафии: «Да он просто свихнулся».

«Заразительна» и безвременная смерть знаменитости от «естественных причин». В начале XX века среди девушек, говоривших цитатами из «Иллюминаций» и «Адского сезона», вспоминал Генри Миллер, прокатились «эпидемии самоубийств» вслед смерти «харэрского изгнанника» Рембо в 37 лет. Гроб из серебра и красного дерева секс-символа» немого кино Рудольфа Валентино (31 год), лепестки роз на толпе рыдающих поклонниц живописали СМИ. Некоторые фанатичные девы кончали с собой на могиле идола в годовщину его смерти. Спустя 30 лет после смерти актёра (1956 г.) СМИ поделились очередной сенсацией: к мавзолею не пришла ни одна поклонница (Википедия).

5. При освещении причин и обстоятельств суицида, как и любой иной темы, репортеру следует опираться на факты («Точность, точ-

ность, еще раз точность», – призывал Дж. Пулитцер). Истоки мифа, что пасмурный климат – источник сплина и суицидов англичан, нашли в газетах XVIII века [17]. По Дюркгейму, статистика мотивов самоубийств есть статистика мнений низших чинов полиции: «Мы ежедневно читаем о самоубийстве как о чем-то понятном. Достаточно добавить ... из-за «несчастной любви», «семейных неурядиц», «провала на экзамене». Громадное число людей кончает из-за «разочарования в жизни» [4]. Менингер [7] нашел в газетах похожие, как близнецы, невыразительные строки скупой констатации хронической болезни, разочарования в жизни, финансовых неурядиц, малодушия, уныния и безответной любви. «Как правило, стандартная формулировка выглядит следующим образом: «Самоубийство – бегство от невыносимой жизненной ситуации». Русская печать на заре «серебряного века» полагала самоубийства знаком социального пессимизма и протеста [8, 9]. Советские газеты 20-х гг. XX века сообщали о самоубийствах комсомольцев и коммунистов, возмущенных «изменой революционных идеалов» (НЭПом), но чаще объясняли их нетипичной слабостью советского человека. Так, некто Полуэктов после тюрьмы (крал от нужды) дома нашел нищих мать и сестру, надежд на работу не было. В пивной под тоскливую мелодию застрелился, оставив записку: «Чем так жить и так мучиться, лучше умереть» [цит. по 2]. Суициды осуждены как недопустимые явления студенческой среды. Стала нарицательной «Юровщина» – синоним старорежимной душевной дряблости: Юров пишет другу, что много занимался и устал, у него пропал сон, он ко всему безразличен (не признаки ли депрессии описывает студент?). Общественная жизнь («пустая говорильня») опротивела. На стипендию не проживешь, а сил и времени работать нет: «Носим ношеное, а употребляем брошенное». «Сгореть в огне революционной работы, положить голову на поле брани – согласен, но медленно погибать от нищеты – не согласен. Тянутся руки к револьверу, будущее пугает». Примечательна пьеса Н. Эрдмана «Самоубийца» (1928 г.), шедшая к зрителю полвека, о маленькой жертве очередных смутных времен. Закомплексованный иждивенец Подсекальников собрался стреляться после ссоры с женой из-за ливерной колбасы (ильф-петровский Васисуалий Лоханкин, отстаивая права «коммунального клопа», грозил уморить

себя голодом), но стал героем дня и назначен демагогом-соседом борцом за права интеллигенции. Смятение и страх перед реальной, а не позерской смертью сильнее («Я влюблен в свой живот, товарищи»). Мандельштам переосмыслит отказ от смерти: «жизнь отвратительна и непереносима, но надо жить, потому что жизнь есть жизнь». Показательно, что в итоге пьесы стреляется внесценический персонаж Федя Питунин, оставив записку «Подсекальников прав. Действительно жить не стоит». В 70-80 гг. газеты стран социалистического лагеря избегали тем суицидов, но ставшие известными зарубежным СМИ публичные самоубийства студента Р. Каланты (1972 г.) в Каунасе с возгласом «Свободу Литве!» и пенсионера В. Бадьяка в Кракове (1980 г.), возмущенного замалчивания Катинского расстрела – связывали с психической болезнью. Ян Палах, сжегший себя (1969 г.) в знак протеста против оккупации Чехословакии, умирая, просил друзей не следовать его примеру. Такой поступок силен исключительностью, но молодые кончали с собой уже во Франции из-за «насилия», «войны и человеческой глупости». В суверенной Литве СМИ и сегодня склонны объяснять рекордный уровень суицидов неистощимым наследием СССР, а о «жертвах режима» сняты возвышенные фильмы, возможно, толкающие к действию новых жертв. Либеральные зарубежные СМИ обвиняют манипуляторов судьбами людей. Один из 23 покончивших с собой за 1,5 года в стотысячном коллективе «Франс Телеком» (формально средне-статистический уровень в стране) в предсмертной записке пишет о «перегрузке» и «управлении с помощью террора» (под угрозой увольнения был каждый пятый). СМИ содействовали привлечению к ответственности гендиректора «FT», но забыты аспекты «выгорания» коллег. Важным аспектом презентации самоубийств и современных СМИ служит упрощенный комментарий об их причинах [87] («после этого – значит, из-за этого») с выдвиганием несчастной любви, травлей сверстников (кстати, «с жестокой радостью детей» выбирающих отличных от них), увлечения аниме, Интернетом (обычно суициде подростка). Подобные примитивные комментарии охотно и безоговорочно принимаются в обществе, где наука и реальные факты ежедневно доказывают уязвимость и несостоятельность подобной позиции, – писал еще Менингер. Газеты Тай-

ваня причины самоубийства мужчин объясняют неудачами работы, женщин – личными проблемами [28]. Однако непосредственный повод и мотив не всегда отражают подоплеку суицида. Неблагоприятная социально - психологическая пресуицидальная ситуация обычно скоропалительно указывается СМИ как «причина самоубийства, а не как повод, играющий роль «последней капли» (или эрдмановского куска колбасы). Очередная двойка может стать последней в жизни «ленивого», а на деле депрессивного подростка под тройным прессингом сверстников, видящим в нем «слабое звено», и непонимающих ситуацию взрослых (близких и учителей), но трагедия должна привести не к скоропалительному судилищу газеты или кликушеского ток-шоу за «доведение до самоубийства» (при этом все свидетели и участники драмы – в зоне риска суицида, в том числе и подражательного), но предметом тщательного журналистского анализа с выводами о важности просвещения всех заинтересованных сторон, скрининга учащихся для выявления предкризисных состояний, подготовки школьных психологов, внедрения курса «школы жизнестойкости».

В стороне внимания СМИ – социальное неравенство как суицидогенный фактор, набор факторов риска на уровне отдельных районов (порой соседствующих), где статистика суицидов отличается на порядок. СМИ живут горячими фактами, но нельзя умалчивать психическое неблагополучие (памятуя, что диагноз – дело врача) «даже» гламурной личности. СМИ важно показать, что душевные расстройства, обычно своевременно не выявленные и не леченые, такие как депрессия и/или злоупотребление ПАВ, возможно, как средство самолечения первой, – самые частые факторы риска самоубийства [44]. У журналиста есть выбор в подаче материала о верифицированных психических расстройствах, но пока СМИ, в том числе ТВ сериалы в «прайм тайм» изображают душевнобольных склонными к насилию в большей мере, чем суициду [22, 24].

Суицидолог согласится с А.Камю, что «очень трудно уловить мгновенное движение души, которая делает выбор в пользу смерти, но зато вполне под силу сделать заключение из самого акта суицида», более зримого, чем, например, атипичная депрессия в его основе. Газетчики «...выдумывают любовные драмы, подозревают разорение и так как ничего определенного не находят, то заносят такие смерти

под рубрику «Тайна» (Мопассан. «Самоубийцы»). Писатель, все более подверженный мыслям о суициде, указывал при этом роль рокового разрушения «одиноким жизни, растерявшей былые мечты» как причину многих трагических развязок, приводя текст некой предсмертной записки, примера экзистенциальной депрессии: «Все проявления бытия, ярко сверкавшие, бывало, перед моими глазами, как будто поблекли. Старая, я примирялся с ужасной скудостью всего сущего, с бесплодностью усилий, с тщетой ожиданий, как вдруг сегодня вечером, после обеда, это ничтожество озарилось для меня новым светом». При несчастных «безмотивных суицидах» психическим расстройством или суицидогенным конфликтом (ведущая причина суицида) объяснить трагедию не удастся, но изображение суицида необъяснимым поступком или высоким поступком здоровых ведет к идентификации уязвимых лиц с погибшим [42]. Ведущие причины (истинные причины) поступка часто не осознаются суицидентами, и отнюдь необязательные предсмертные записки, на которые так падки СМИ, обычно не проясняют истинную картину трагедии [12]. Достоевский, автор и издатель толстого журнала «Дневника писателя», переписываясь и встречаясь с замыслившими самоубийство, также полагал, что понимание причин и смысла самоубийства, едва ли доступно самому самоубийце, его близким, врачу, журналисту [8].

6. Интервью должно щадить чувства близких суицидента [77], ведь она априорно входят отныне в группу риска суицидального поведения [61]. Большинство жертв выявляли ранние признаки риска самоубийства, и близкие, профессионалы в какой-то мере сыграли роль в трагедии, но констелляция причин самоубийства не позволяет простую атрибуцию ответственности и скорое осуждение «проглядевших беду». Журналисту следует знать, что скорбящим трудно объяснить беспристрастно, восстановить картину подготовки суицида [16, 19, 71]. Драматизация события через опросы и фото близких, соучеников или соседей, ставшими «героями дня», укажет потенциальным жертвам, что суицид – верное средство привлечения внимания или мести [25]: «прошу за все винить Клаву К.» или «злого» учителя, шантажа родителей.

7. СМИ влияют на связанное со здоровьем и делинквентное поведение населения [36]. Так, смерть от запущенного рака шейки матки

героини мыльного телесериала *Coronation Street* повлекла бум обращений в программу скрининга [54]. СМИ указывают альтернативы суицидов (социально делинквентного поведения), способствуя их предупреждению [52, 58] через развенчание мифов, окружающих суицидальное поведение, выделение его ранних симптомов [41], реальные истории раннего и эффективного обращения за кризисной помощью [76, 82] или живые примеры взаимопомощи (прохожий уговорил слезть с перил моста отчаявшуюся девушку). Так, кампания СМИ в Луизиане (США) привлекла внимание к «телефону доверия» [57], а в ТВ сериал «Помощники» о добровольцах добровольческой организации «Самаритяне» (Великобритания) показал, что суициды определены социально-психологическими и медицинскими проблемами, важно взаимодействие разных служб. Рассказ о преодолении «безвыходных» ситуаций жизни [52, 73] поможет амбивалентному потенциальному суициденту моделировать адаптивное поведение («делать жизнь») с одолевших кризис. При правильном подходе СМИ способствует дестигматизации психических расстройств как ведущей причины суицида [78] и специализированной помощи. Ряд вышеуказанных рекомендаций суммирован в табл. 1.

Эффект рекомендаций СМИ определен повышением качества публикаций о суицидальном поведении [73]. Дюркгейм полагал, что запрет описания самоубийств и преступлений в газетах не изменит «социальный про-

цент» преступлений и самоубийств, но действителен на уровне уязвимой внушаемой личности. Ответственные сообщения обученных, согласно «рекомендованной практике», работников СМИ [80] снижают риск суицидального поведения [45, 52, 78, 82, 91], в том числе подражательного [33, 52, 65, 74, 77] при повышении осведомленности общества [18, 47] и побуждения к ранней и кризисной помощи лиц из группы риска [73, 76] и их порой беспечных близких.

В Австрии ответ на рост самоубийств (1984-1987 гг.) в венской подземке, сенсационно освещаемых СМИ, ассоциацией по предотвращению самоубийств впервые в мире разработаны руководящие принципы работы СМИ (1987 г.). В ходе образовательной кампании столичным репортерам объяснен риск широкого освещения суицидов. Через месяц суициды и суицидальные попытки на рельсах сокращены на 75% с выходом на пятилетнее плато на фоне удвоения пассажиропотока; в стране уровень суицидов снижен на 7% в первый и на 20% – за следующие четыре года [40, 60, 77], особенно в областях, где сотрудничество со СМИ налажено [73], и согласована позиция газет на национальном и местном уровнях. После введения руководства реже использован «суицид» в заголовках газет, репортажи стали краткими, деловыми [41, 73], но физическое или психическое расстройство жертв упомянуты лишь в 3,5% сообщений [73].

Таблица 1

Рекомендации для СМИ в освещении суицидов

Следует избегать	Рекомендованы
– Неуместное место сообщения. Упоминание «самоубийства» в заголовке, на первой полосе	– Примеры успешного преодоления психосоциального кризиса (при обращении к специалисту) – Связь суицида с психическими проблемами
– Тиражирование и/ или чрезмерное освещение новости (или повторение ТВ сериала)	– Информация об общественных и медицинских ресурсах кризисной помощи
– Детальное описание отличительных черт суицидента, места и метода суицида. Фотографии (видео) жертв и их близких, похорон	– Выделение настораживающих симптомов и развенчание мифов суицидального поведения («говорящий о смерти с собой не покончит»).
– Неуместный язык. Восхищение поступком. Сенсационное, романтизированное освещение суицида. Оправдание суицида (его психологизация).	– Указание альтернатив суицида (лечение)
– Привлечение внимания к «нетипичным случаям»: смерти знаменитости, подростка, двойным самоубийствам, убийствам-самоубийствам	– Приемы общения с человеком с суицидальным риском и побудить его принять кризисную помощь
– Скоропалительный опрос близких, знакомых суицидента	– Привлечение экспертной оценки специалистов для оценки ситуации «над случаем» и привлечения внимания общества к проблеме в целом
– Идея «необъяснимости» суицида	
– Упрощение причин суицида	

Наряду с работой со СМИ превентивные меры коснулись переполненных станций, места встреч лиц группы риска. Действенны раздвижные двери на перроне, препятствующие падению на рельсы.

Швейцария – пионер в контроле приверженности журналистов рекомендациям [68]. Спустя 9 месяцев по выходу рекомендаций СМИ [69] сообщения о суицидах на первых страницах снижены с 20 до 4%, доля сенсационных заголовков с 62 до 25% при утроении числа таких историй. В Гонконге (Китай) тревожащий рост отравлений угарным газом, «романтизированных» СМИ как легкий и удобный способ, особо для отчаявшихся должников [52], способствовал поддержке руководства [34], но новости о суицидах остались на видных местах [45]. В Австралии количество сообщений о суицидах в 2000-2007 гг. выросло вдвое [79], но после введения рекомендаций больше внимания уделено личности суицидента. Спустя год по выходу рекомендаций следование им газет, ТВ, радио признано хорошим при неудовлетворительной информации о ресурсах помощи [79].

В Квебеке (Канада) Недели предупреждения суицидов, по опросу 1020 человек, обогатили знания о суициде и ресурсах помощи без намерения ее искать и влияния на мысли о самоубийстве [35]. В Бристоле (Великобритания) 206 прыжков за 34 года с висячего моста повлекли 427 сообщений СМИ, менее частых с годами [50], но более сенсационных (использование фото выросло с 5 до 16% за 1970-2000 гг.) и детальных. В США рекомендации (2001) не улучшили качество сообщений [85]. Анализ 157 публикаций в 950 местных и общегосударственных газетах показал малое влияние рекомендаций спустя 2 года [93]. Хорошая новость: 80% историй уместно изложены, хотя более 55% детализировали метод и место (почти 60%) самоубийства; информация о ранних проявлениях и факторах риска суицида, депрессии и употребления спиртного, ресурсах помощи (по 6%). Вопреки усилиям, спустя два года по выходу руководства, журналисты не осознали риска подражательных самоубийств [92]. Так, 5% сообщали о факторах риска и угрожающих симптомах, 20% прослеживали связь суицида с психическим недугом, хотя 94% сообщений касались лиц из групп риска; 10% статей содержали сведения о возможностях профилактики. Следование рекомендациям отмечено в ряде областей: 10%

сообщений о суицидах на первой полосе, 20% – касались знаменитостей с излишними фото. Так, доли сообщений, упомянувших депрессию до (на страницах крупнейшей газеты США Нью-Йорк Таймс в 1990-х гг.) и после введения руководства, сравнимы: 8 и 4%, статьи о суицидах на первых полосах в 54 и 43% случаях соответственно [56, 93]. Однако суицид 27-летнего лидера рок-группы «Нирвана» Курта Кобейна не повлек смерть юных фанов [58] даже в Сиэтле (США), где он родился и умер. Отсутствие подражательного эффекта объяснено профессиональным и ответственным подходом СМИ и поддержкой местных кризисных центров. Единственная смерть фана была связана депрессией и злоупотреблением ПАВ. В Индии зеркальный анализ (год до и после появления руководства) сообщений о суицидах в СМИ неутешителен [80].

Причины ограниченного следования руководствам. Они могут быть истолкованы представителями СМИ как средства ограничения свободы. Нелегко изменить менталитет журналистов [40] и соблюсти коммерческие интересы СМИ [22, 56].

Пути повышения качества работы СМИ. Нужны динамическая оценка рекомендаций СМИ через оценку качества сообщений [42, 89] (примеры Австрии и Швейцарии), активное обучение (с учебных заведений) «суицидологической грамотности» работников СМИ и целевое (в руки) распространение рекомендаций [68] с помощью публикаций и презентаций [56]. Выделение лучших и худших образцов [52, 70] улучшает качество сообщений [40, 68, 69, 73]. Поощрение качественных сообщений СМИ в Бельгии, Дании, Австралии укрепляют позиции руководств. Эффект руководства сложно оценить сепаратно вне комплексной программы профилактики суицидов. Сочетанию стратегий в русле программы профилактики суицидов способствует межведомственное взаимодействие.

... Репортаж журналистки конца XIX века Нелли Блай, под видом больной попавшей в психиатрическую лечебницу, царство холода, голода и произвола, заставил мэрию Нью-Йорка срочно вмешаться. У современных СМИ, более развлекающих и информирующих, нежели просвещающих, не меньший шанс привлечения общественного внимания к развитию многоуровневых региональных и государственной антисуицидальных программ. Рекомендации СМИ как интегральная часть таких

программ уточняет профессиональные ориентиры, указывают уровень качества журналистов, баланс «права знать» общества и риска подражательного суицида уязвимой личности. Ответственная, этическая и сдержанно - дозированная информация СМИ способствует «правильному» пониманию суицида как принципиально предотвратимой причины смерти, побуждает потенциального суицидента и / или его близких своевременно обратиться за необходимой помощью.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии. Сб. научных трудов. – М.: Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7-25.
2. Андреевский Г.В. Повседневная жизнь Москвы в сталинскую эпоху. 1920-1930. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Молодая гвардия, 2008. – 557 с.
3. Бердяев Н.А. О самоубийстве. – М.: МГУ, 1992. – 23 с.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд: Пер. с франц. 2-е изд. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
5. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
6. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
7. Менингер К. Война с самим собой. – ЭКСМО-Пресс, 2001. – 479 с.
8. Могильнер М.Б. Кровь на серебре века. Мифология «подпольного человека». – М.: Новое литературное обозрение, 1999. – С. 93-165.
9. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. – М.: Новое литературное обозрение, 1999. – 256 с.
10. Смирнов А. Самоубийство и христианский взгляд на жизнь. – СПб.: Сельский вестник, 1914.
11. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь: КАПИК, 1993. – 268 с.
12. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К.: АЛД, 1996. – С. 177-182.
13. Ashton J.R., Donnan S. Suicide by burning as an epidemic phenomenon: An analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-79 // Psychol. Med. – 1981. – Vol. 11. – P. 735-739.
14. Baker D., Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users // Crisis. – 2008. – Vol. 29, № 3. – P. 118-122.
15. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication // Media Psychology. – 2001. – Vol. 3, № 3. – P. 265-299.
16. Barraclough B., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects // Br. J. Psychiatry. – 1974. – Vol. 125. – P. 355-373.
17. Bartel R. Suicide in eighteenth century: England. The Myth of a Reputation // Huntington Library Q. 1959-1960. XXIII. – P. 145-158.
18. Biddle L., Gunnell D., Owen-Smith A. et al. Information sources used by the suicidal to inform choice of method // J. Affect. Disord. – 2012. – Vol. 136, № 3. – P. 702-709.
19. Brent D.A., Perper J.A., Kolko D.J., Zelenak J.P. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1988. – Vol. 27. – P. 362-366.
20. Brown M., Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-92 // BMJ. – 1997. – Vol. 315. – P. 286-287.
21. Bryan C.J., Dhillon-Davis L.E., Dhillon-Davis K.K. Emotional impact of a video-based suicide prevention program on suicidal viewers and suicide survivors // Suicide Life Threat Behav. – 2009. – Vol. 39, № 6. – P. 623-632.
22. Byrne P. Psychiatry and the media // Adv. Psychiatr. Treat. – 2003. – Vol. 9. – P. 135-143.
23. Canetto S.S. Gender and suicidal behavior: Theories and evidence / Maris R.W., Silverman M.M., Canetto S.S., eds. Review of suicidology. NY: Guilford, 1997. – P. 138-167.
24. Carpinello B., Girau R., Orrù M.G. Mass-media, violence and mental illness. Evidence from some Italian newspapers // Epidem. Psichiatri. Soc. – 2007. – Vol. 16, № 3. – P. 251-255.
25. Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Mental Health, Office of the Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology et al. Reporting on suicide: Recommendations for the media. 2001. <http://www.afsp.org/education/recommendations/5/1.htm>
26. Chan K.P., Yip P S, Au J. et al. Charcoal burning suicide in post transition Hong Kong // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 67-73.
27. Chen Y.Y., Tsai P.C., Chen P.H. et al. Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: the case of Ivy Li // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2010. – Vol. 45, № 3. – P. 363-369.
28. Chen Y.Y., Yip P.S., Tsai C.W., Fan H.F. Media Representation of Gender Patterns of Suicide in Taiwan // Crisis. – 2012. – Vol. 16. – P. 1-7.
29. Cheng A.T.A., Hawton K., Chen T.H.H. et al. The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68. – P. 862-866.

30. Chowdhury A.N., Brahma A., Banerjee S., Biswas M.K. Media influenced imitative hanging: a report from West Bengal // *Ind. J. Public Health.* – 2007. – Vol. 51, № 4. – P. 222-224.
31. Collings S., Niederkrotenthaler T. Suicide prevention and emergent media: surfing the opportunity // *Crisis.* – 2012. – Vol. 33, № 1. – P. 1-4.
32. Cover R. Mediating Suicide: Print journalism and the categorization of queer youth suicide discourses // *Arch. Sex Behav.* – 2012. – №4.
33. Crane C., Hawton K., Simkin S., Coulter P. Suicide and the media // *Crisis.* – 2005. – Vol. 26, № 1. – P. 42-47.
34. CSRP Suicide and the media: recommendations on suicide reporting for media professionals Hong Kong: The Hong Kong Jockey Club Center for Suicide Research and Prevention, the University of Hong Kong, 2004.
35. Daigle M., Beausoleil L., Brisoux J., Raymond S. et al. Reaching suicidal people with media campaigns: new challenges for a new century // *Crisis.* – 2006. – Vol. 27, № 4. – P. 172-180.
36. Dasgupta N., Mandl K.D., Brownstein J.S. Breaking the news or fueling the epidemic? Temporal association between news media report volume and opioid-related mortality // *PLoS ONE.* – 2009. – Vol. 4, № 11. – P. 1-7.
37. Department of Health. National suicide prevention strategy for England. London: Department of Health, 2002.
38. Edwards-Stewart A., Kinn J.T., June J.D., Fullerton N.R. Military and civilian media coverage of suicide // *Arch. Suicide Res.* – 2011. – Vol. 15, № 4. – P. 304-312.
39. Eliason S. Murder-suicide: a review of the recent literature // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2009. – Vol. 37, № 3. – P. 371-376.
40. Etzersdorfer E., Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996 // *Arch. Suicide Res.* – 1998. – Vol. 4. – P. 67-74.
41. Etzersdorfer E., Voracek M., Sonneck G. A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution // *Arch. Suicide Res.* – 2004. – Vol. 8, № 2. – P. 137-145.
42. Fekete S., Schmidtke A., Takahashi Y. et al. Mass media, cultural attitudes, and suicide. Results of an international comparative study // *Crisis.* – 2001. – Vol. 22, № 4. – P. 170-172.
43. Fishbain D.A., D'Achille L., Barsky S., Aldrich T.E. A controlled study of suicide pacts // *J. Clin. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 45. – P. 154-157.
44. Fishman G., Weimann G. Motives to commit suicide: statistical versus mass-mediated reality // *Arch. Suicide Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 199-212.
45. Fu K.W., Yip P.S. Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations // *Suicide Life Threat Behav.* – 2008. – Vol. 38, № 5. – P. 631-636.
46. Fu K.W., Yip P.S. Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: a meta-analytic approach // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70. – P. 869-878.
47. Gould M.S., Jamieson P., Romer D. Media contagion and suicide among the young // *Am. Behav. Sci.* – 2003. – Vol. 46. – P. 1269.
48. Gunnell D., Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention // *Br. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 187. – P. 206-208.
49. Hagihara A., Abe T. Effects of media reports and the subsequent voluntary withdrawal from sale of suicide-related products on the suicide rate in Japan // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2012. – Vol. 262. – P. 245-251.
50. Hamilton S., Metcalfe C., Gunnell D. Media reporting and suicide: a time-series study of suicide from Clifton Suspension Bridge, UK, 1974-2007 // *J. Public Health (Oxf).* – 2011. – Vol. 33. – P. 511-517.
51. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: A research note // *Austral. NZ J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 29. – P. 480-483.
52. Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide // *BMJ.* – 2002. – Vol. 325, № 7377. – P. 1374-1375.
53. Hesley J.W., Hesley J.G. Rent two films and let's talk in the morning. NY: John Wiley and Sons, 1998.
54. Howe A, Owen-Smith V, Richardson J. Media influence on suicide. Television programme makers have an ethical responsibility // *BMJ.* – 2003. – Vol. 326, № 7387. – P. 498.
55. Ishii K. Measuring mutual causation: effects of suicide news on suicides in Japan // *Soc. Sci. Res.* – 1991. – Vol. 20. – P. 188-195.
56. Jamieson P., Jamieson K.H., Romer D. The responsible reporting of suicide in print journalism // *Am. Behav. Sci.* – 2003. – Vol. 46. – P. 1643-1660.
57. Jenner E., Jenner L.W., Matthews-Sterling M. et al. Awareness effects of a youth suicide prevention media campaign in Louisiana // *Suicide Life Threat Behav.* – 2010. – Vol. 40, № 4. – P. 394-406.
58. Jobes D., Berman A., O'Carroll P. et al. The Kurt Cobain suicide crisis: perspectives from research, public health, and news media // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1996. – Vol. 26, № 3. – P. 260-271.
59. Karpf A. *Doctoring the Media: The Reporting of health and medicine.* London: Routledge, 1988.
60. Krysinska K., De Leo D. Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention // *Aust. NZ. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 42. – P. 763-771.
61. Krysinska K.E., De Leo D. Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century // *Omega (Westport).* – 2007. – Vol. 55, № 3. – P. 237-253.

62. Kunrath S., Baumert J., Ladwig K.H. Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts // *J. Epid. Com. Health.* – 2011. – Vol. 65. – P. 825-828.
63. Ladwig K.H., Kunrath S., Lukaschek K., Baumert J. The railway suicide death of a famous German football player: impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany // *J. Affect. Dis.* – 2012. – Vol. 136, № 1-2. – P. 194-198.
64. Liu K.Y., Beautrais A., Caine E. et al. Charcoal burning suicides in Hong Kong and urban Taiwan: An illustration of the impact of a novel suicide method on overall regional rates // *J. Epid. Com Health.* – 2007. – Vol. 61, № 3. – P. 248-253.
65. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: A systematic review // *JAMA.* – 2005. – Vol. 294. – P. 2064-2074.
66. Maris R., Berman A., Silverman M.M. *Comprehensive textbook of suicidology.* NY: Guilford, 2000.
67. Mercy J.A., Kresnow M.J., O'Carroll P.W. et al. Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts // *Am. J. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 154, № 2. – P. 120-127.
68. Michel K., Frey C., Wyss K., Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media // *Crisis.* – 2000. – Vol. 21, № 2. – P. 71-79.
69. Michel K., Maillart A., Reisch T. Monitoring of suicide reporting in print media 10 years after the publication of media guidelines: Did you expect anything else? / *Int. Association for Suicide Prevention XXIV World Congress – Preventing Suicide Across the Lifespan: Dreams and Realities.* Killarney, Ireland, 2007.
70. Nepon J., Fotti S., Katz L.Y., Sareen J. Media guidelines for reporting suicide. *Canadian Psychiatric Association Position Paper:* 5 p.
71. Ness D.E., Pfeffer C.R. Sequelae of bereavement resulting from suicide // *Am. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. 279-285.
72. Niederkrotenthaler T., Till B., Herberth A. The gap between suicide characteristics in the print media and in the population. // *Eur. J. Public Health.* – 2009. – Vol. 19. – P. 361-364.
73. Niederkrotenthaler T., Voracek M., Herberth A. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. // *Br. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 197. – P. 234-243.
74. O'Carroll P.W., Potter L.B. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *United States Dept. of Health and Human Services. MMWR Recomm. Rep.* – 1994. – Vol. 43. (RR-6). – P. 9-17.
75. Phillips D.P. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect // *Am. Soc. Rev.* – 1974. – Vol. 39. – P. 340-354.
76. Phillips D.P., Lesyna K. Suicide and the media research and policy implications / Diekstra R.F., Gulbinat W., Kienhorst I., De Leo D., eds. *Prevention strategies on suicide. II.* NY: Brill, 1995. – P. 231-266.
77. Pirkis J., Blood R.W., Beautrais A. et al. Media guidelines on the reporting of suicide // *Crisis.* – 2006. – Vol. 27, № 2. – P. 82-87.
78. Pirkis J., Blood R.W., Skehan J., Dare A. Suicide in the news: informing strategies to improve the reporting of suicide // *Health Com.* – 2010. – Vol. 25, № 6-7. – P. 576-577.
79. Pirkis J., Dare A., Blood R.W. et al. Changes in media reporting of suicide in Australia between 2000/01 and 2006/07 // *Crisis.* – 2009. – Vol. 30. – P. 25-33.
80. Ramadas S, Kuttichira P. The development of a guideline and its impact on the media reporting of suicide // *Ind. J. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 53, № 3. – P. 224-228.
81. Robbins P. *Adolescent suicide.* Jefferson, NY: McFarland & Company, Inc., 1998.
82. Romer D., Jamieson P.E., Jamieson K.H. Are news reports of suicide contagious? A stringent test in six U.S. cities // *J. Communication.* – 2006. – Vol. 56, № 2. – P. 253-270.
83. Ruder T.D., Hatch G.M., Ampanozi G. et al. Suicide announcement on Facebook // *Crisis.* – 2011. – Vol. 32, № 5. – P. 280-282.
84. Samaritans. Media guidelines. 2008. http://www.samaritans.org/media_centre/media_guidelines.aspx.
85. Satcher D. *National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action.* Washington: Government Printing Office, 2001.
86. Schmidtke A., Schaller S. The role of mass media in suicide prevention / Hawton K., Heeringen K., eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide.* NY: Wiley, 2000. – P. 675-697.
87. Sisask M., Värnik A., Wasserman D. Internet comments on media reporting of two adolescents' collective suicide attempt // *Arch. Suicide Res.* – 2005. – Vol. 9, № 1. – P. 87-98.
88. Sommer-Rotenberg D. Suicide and language // *Can. Med. Ass. J.* – 1998. – Vol. 159, № 3. – P. 239-240.
89. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide // *J. Epid.Com. Health.* – 2003. – Vol. 57. – P. 238-240.
90. Stack S. Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2005. – Vol. 35, № 2. – P. 121-133.
91. Sudak H.S., Sudak D.M. The media and suicide // *Acad. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 29, №5. – P. 495-499.
92. Szumilas M., Kutcher S. Teen suicide information on the internet: a systematic analysis of quality // *Can. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 54. – P. 596-604.

93. Tatum P.T., Canetto S.S., Slater M.D. Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40, №5. – P. 524-534.
94. Thomson R., Holland J. Young people, social change and the negotiation of moral authority // *Children and Society.* – 2002. – Vol. 16. – P. 103-115.
95. Tor P.C., Ng B.Y., Ang Y.G. The media and suicide // *Ann. Acad. Med. Singapore.* – 2008. – Vol. 37. – P. 797-799.
96. Tousignant M., Mishara B.L., Caillaud A. et al. The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter: The case of Gaëtan Girouard // *Soc. Sci. Med.* – 2005. – Vol. 60. – P. 1919-1926.
97. Veysey M.J., Kamanyire R., Volans G.N. Antifreeze poisonings give more insight into copycat behaviour // *BMJ.* – 1999. – Vol. 319, № 7217. – P. 1131.
98. White J., Jones R., McGarry E. Cognitive behavioural computer therapy for the anxiety disorders: a pilot study. // *J. Ment. Health.* – 2000. – Vol. 9. – P. 505-516.
99. Wong A., Ecobar M. Are UN peacekeepers at risk for suicide // *Suicide Life Threat Behav.* – 2001. – Vol. 31. – P. 103-112.
100. World Health Organization and International Association for suicide prevention. Preventing suicide: A resource for media professionals. Geneva: WHO; 2008.
101. Wulff C. Violence and mass media: are laws and regulations effective? // *Int. J. Hyg. Environ. Health.* – 2007. – Vol. 210, № 5. – P. 547-550.
102. Ziegler W., Hegerl U. The Werther effect. Significance, mechanisms, consequences // *Nervenarzt.* – 2002. – Vol. 73, № 1. – P. 41-49.

MASS MEDIA AND COPYCAT SUICIDAL BEHAVIOR: PART II. PREVENTING SUICIDE: A RESOURCE FOR MEDIA PROFESSIONALS

E.B. Lyubov

The Media was rightly adopted as one of the key strategies for raising public awareness. The media's positive role in educating the public about risks for suicide and shaping attitudes about suicide is emphasized. Mass media guidelines are presented for the reporting of suicide stories, which may minimize the risk of imitative suicides and should refocus on particular story components are useful for preventive programming and suggest the need for sustained dialogue and collaboration with the media about the responsible reporting of suicide.

Key words: suicide, prevention, Mass Media reporting, guideline, suicide.

УДК: 616.89-008.441.44-053.81:347.61-056.8

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ВОСПИТАННЫХ В СЕМЬЯХ, ГДЕ РОДИТЕЛЬ СТРАДАЛ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. Меринов

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

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – д.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

Статья посвящена изучению суицидологических характеристик девушек и юношей, хотя бы один из родителей которых страдал алкогольной зависимостью. У взрослых детей обоего пола из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, в сравнении с контрольной группой показана достоверно большая встречаемость суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов. Полученные данные позволяют расширить наше представление о негативном влиянии воспитания в подобной семье, и доказывают, что алкогольная зависимость родителей является важным просуйцидальным фактором для их детей.

Ключевые слова: аутоагрессия, взрослые дети из семей больных алкогольной зависимостью, семья больного алкогольной зависимостью

Особое внимание исследователей в последнее время привлекают дети, выросшие в семьях, где в первом или втором поколении были больные алкогольной зависимостью [4,

10, 11]. Считается, что люди, выросшие в таких семьях, по определению являются созависимыми и на протяжении всей жизни «носят психологический груз», полученный в детстве [4].

Детей, выросших в семьях, где родитель/ли страдали алкогольной зависимостью, называют «скрытыми трагедиями», «игнорируемыми миллионами», «покинутыми жертвами» [9]. Выяснилось, что актуальность этой проблемы обусловлена не только грубой социальной дезадаптацией и виктимностью данной когорты, но и значительной распространённостью этого явления [11]. Так в США около 40% взрослых людей (около 76 млн. человек) имеют в роду больных алкоголизмом [10]. Доля детей и подростков, у которых хотя бы один из родителей страдает алкоголизмом (в дальнейшем мы будем использовать устоявшуюся формулировку «взрослые дети алкоголиков» (ВДА), в США, по данным последних исследований, составляет от 1:8 до 1:5 [11]. Следует отметить, что по мере увеличения среднего возраста популяционного среза доля ВДА в нем уменьшается, что отражает их меньшую продолжительность жизни [8]. Экстраполируя приведённые общемировые пропорции на Россию, с учётом текущего тренда уровня алкоголизации населения, можно говорить о том, что число ВДА составляет от 25 до 50% [4].

В литературе встречаются единичные работы, касающиеся суицидального поведения взрослых людей или подростков, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Причём характер работ носит констатирующий характер и касается завершённых самоубийств [5, 12]. Указывается, что среди детей и подростков, покончивших с собой, более трети имели родителей, страдающих различными психическими расстройствами, в структуре которых превалировала алкогольная зависимость [5]. В исследованиях, посвящённых завершённым суицидам у взрослых людей, значительное число из погибших, по-смертно были отнесены к суицидентам, выросшим в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [12]. Это позволило, как и в первом исследовании, сделать предположительный вывод о существенном влиянии факта происхождения из семей больных алкогольной зависимостью на риск суицидального поведения.

Также хорошо известно, что дети в семьях больных алкогольной зависимостью часто становятся жертвами физического насилия или инцеста, что является усугубляющим фактором в становлении виктимных и аутоагрессивных личностных особенностей [6, 13].

Таким образом, с учётом имеющихся данных о частоте встречаемости алкогольной болезни у родителей людей, погибших в результате самоубийства, в своём исследовании мы взглянули на эту проблему с обратной стороны, то есть изучили представленность факторов, имеющих отношение к аутоагрессивному (в том числе, и суицидальному) поведению, соответственно, у живых взрослых детей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования.

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено рандомизированное обследование студентов, в котором приняли участие 90 незамужних девушек (средний возраст в группе – $20,5 \pm 1,5$ года) и 50 неженатых юношей (средний возраст в группе – $20,7 \pm 2,2$ года), имеющих хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью. Контрольные группы составили 177 девушек (средний возраст в группе – $20,6 \pm 1,1$ года) и 90 юношей (средний возраст в группе – $21,2 \pm 1,7$ года), не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [7]. Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, опросник диагностики переживания гнева Ч. Спилбергера (State Trait Anger Inventory – STAXI), а также тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI). Все используемые опросники и тесты адаптированы для применения в нашей стране.

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты исследования и их обсуждение.

Суицидологические характеристики юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Основные суицидологические характеристики юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, достоверно отличающие их от юношей из семей, где родители не имели проблем с алкоголем, приведены в таблице 1.

Прежде всего, отметим отличия между группами, касающиеся классических суицидальных типов реакций – суицидальных попыток и мыслей, которые достоверно чаще встречаются в исследованной группе юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Эти данные косвенно (из-за различного дизайна исследований) согласуются с данными, приводимыми другими исследователями [5]. Отметим, что суицидальные попытки у ближайших родственников детей из «алкогольных» родительских семей, встречаются более чем в два раза чаще, чем в контрольной группе.

Также юношей из изучаемых семей характеризует достоверно большее количество у них

важнейших предикторов суицидального поведения, таких как чувства одиночества, безысходности, отсутствия смысла жизни. У них достоверно чаще встречаются такие паттерны несуицидального аутоагрессивного поведения как нанесение себе самоповреждений, эпизоды приёма психоактивных веществ, склонность к рискованному поведению.

Рассмотрим экспериментально - психологические характеристики группы, представленные в таблице 2.

В группе юношей из семей, где родитель имел алкогольную зависимость, отмечаются высокие показатели шкалы Pt по данным теста Mini-Mult, говорящие о преобладании в группе психастенических черт характера (высокая тревожность, нерешительность, постоянные сомнения), что совпадает с характеристиками «взрослых детей алкоголиков» и самих аддиктов, приводимых в литературе [4].

Таблица 1

Суицидологические характеристики юношей, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Юноши, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=50)	Юноши, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=90)
Суицидальная попытка в анамнезе	12,0%	0%
Суицидальные мысли в анамнезе	34,0%	5,5%
Суицидальная попытка у родственника	12,0%	2,2%
Моменты острого одиночества	60,0%	28,8%
Моменты безысходности	48,0%	22,2%
Склонность к перееданию, отказу от пищи	34,0%	16,6%
Отсутствие «смысла жизни»	22,0%	6,6%
Нанесение себе самоповреждений	34,0%	7,7%
Употребление наркотических веществ (несистематическое)	34,0%	15,5%
Склонность к неоправданному риску	56,0%	24,4%
Наличие термической патологии	22,0%	6,6%

Таблица 2

Экспериментально-психологические характеристики юношей, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Юноши, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=50)	Юноши, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=90)
Шкала Mini-MultPt (7)	5,5±2,1	3,7±2,3
Использование защитно-психологического механизма «Замещение»	4,4±1,8	2,6±2,0
Шкала теста STAXI AX/IN (направленность гнева «на себя»)	15,7±4,1	11,6±2,6

Так же обращает на себя внимание частота использования такого защитно - психологического механизма как замещение (смещение), суть которого заключается в разрядке подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства (нередко, на самого себя) [1]. Этот механизм отражает тип совладания с внутрисемейной ситуацией в семьях аддиктов, где очень часто вербальная и невербальная агрессия направляется на ребёнка, не способного ей прямо противостоять.

Отметим так же, что и значение коэффициента, отражающего направленность гнева и агрессии «на себя» (АХ/ІN) у юношей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, достоверно превышают подобные показатели у детей без истории родительского алкоголизма в семье, что созвучно данным приведённым в таблице 1.

Резюмируя полученные данные, можно утверждать, что юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, характеризуют значительное количество статистически значимых отличий как по суицидальным, так и несуйцидальным паттернам аутоагрессивного поведения, а также по целому ряду их предикторов. Рассматриваемые показатели в среднем превышают данные контрольной группы в 2-4 раза, что позволяет рассматривать взрослых детей, выросших в семьях больных алкогольной зависимостью, как весьма специфическую и неблагоприятную группу с позиций суицидологии, нуждающуюся в разработке эффективных превен-

тивных мероприятий. Учитывая широкую представленность изучаемой группы, эта инициатива может иметь существенное значение для снижения суицидальной активности в современном обществе.

Таким образом, полученные данные позволяют отнести факт наличия алкогольной зависимости у родителя к значимым просуйцидальным факторам для его детей мужского пола, что следует учитывать при диагностической работе в суицидологической практике. Экспериментально-психологические характеристики изученной группы описывают фон, облегчающий реализацию аутодеструктивных тенденций.

Суицидологические характеристики девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Обнаружены следующие суицидологические особенности девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

Прежде всего, отметим тот факт, что девушки, выросшие в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, значительно чаще предпринимали суицидальные попытки, более чем в два раза чаще у них отмечались суицидальные мысли.

Девушки из изучаемых семей чаще имели такие аутоагрессивные несуйцидальные паттерны как наличие опасных для жизни привычек и хобби (в основном, это касалось экстремальных видов спорта), частые случаи физического и сексуального насилия в прошлом, большее количество черепно-мозговых травм – в основном в результате собственных экстремальных увлечений и гетероагрессивных действий.

Таблица 3

Суицидологические характеристики девушек, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Девушки, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=90)	Девушки, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=177)
Суицидальная попытка в анамнезе	16,67%	4,52%
Суицидальные мысли в анамнезе	33,33%	15,25%
Моменты острого одиночества	64,44%	40,68%
Склонность к навязчивым угрызениям совести	43,33%	23,16%
Отсутствие смысла жизни	10,0%	3,95%
Обращение к психиатру, психотерапевту в анамнезе	17,78%	8,47%
Подверженность насилию (физическому и/или сексуальному)	14,44%	3,39%
Наличие опасных для жизни хобби	17,78%	7,91%
Наличие черепно-мозговых травм	10,0%	2,82%
Наличие термической патологии	10,0%	3,95%

Экспериментально-психологические характеристики девушек, имеющих и не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Девушки, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=90)	Девушки, не имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=177)
ЗПМ Регрессия	6,2±2,6	5,4±2,3
Шкала STAXI AX/IN (направленность гнева «на себя»)	15,4±5,1	11,6±2,8
Шкала STAXI AX/OUT (направленность гнева «во вне»)	15,2±3,1	13,2±2,9

В этой группе девушек достоверно чаще встречаются и предикторы суицидального поведения, такие как: моменты острого одиночества (часто с идеями собственной бесполезности и ненужности), склонность к длительным угрызениям совести, обращения за профессиональной помощью в области психического здоровья.

Экспериментально-психологические особенности группы девушек, воспитанных в «алкогольных» семьях, приведены в таблице 4.

Частота использования регрессии подразумевает применение более простых и привычных поведенческих стереотипов, существенно обедняющих общий арсенал решения конфликтных ситуаций. Аутоагрессивное поведение в данном контексте является одним из способов обесценивания собственных возможностей, когда недетским вариантом «закрыть» на все глаза, является суицидальное поведение [1].

Так же хорошо видно, что значения коэффициентов, отражающих направленность реализации гнева и агрессии (AX/IN и AX/OUT), заметно выше в экспериментальной группе и аналогичны соответствующим значениям у состоявшихся жён из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [3]. Однако высокие значения AX/IN в исследуемой группе не коррелируют с наличием суицидальной активности, тогда как у жён из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, такая корреляция выражена [2].

Все это в целом характеризует девушек из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью, как гораздо более аутоагрессивную группу в сравнении с девушками, выросшими в семьях без алкогольных проблем у родителей.

Полученные данные позволяют рассматривать взрослых девушек, выросших в семьях больных алкогольной зависимостью, как группу повышенного суицидального риска, и, соот-

ветственно, как и в случае с юношами, выросшими в аналогичных семьях, факт наличия алкогольной зависимости у родителя, следует отнести к важным просуицидальным факторам (предикторам) для его детей женского пола.

Сравнение суицидологических и личностно-психологических характеристик юношей и девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

На следующем этапе исследования была предпринята попытка оценить гендерную специфичность направленности аутоагрессивных паттернов поведения и личностно-психологических особенностей у взрослых детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. Нас, прежде всего, интересовало наличие или отсутствие влияния гендера на аутоагрессивный профиль.

Основные отличия между группами юношей и девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью, в отношении паттернов саморазрушающего поведения и экспериментально-психологических показателей, представлены в таблице 5. Отметим, что группы не имеют достоверных отличий друг от друга по наличию суицидальных паттернов в мыслях и поведении, при высокой представленности данных феноменов в обеих группах, достоверно отличающих их от контрольных групп (юноши и девушки из семей, где родители не имели проблем с алкоголем).

Отличия, как следует из приведённой таблицы, касаются таких преимущественно «мужских» типов аутодеструкции, как рискованно-виктимное поведение: наличие несчастных случаев, травматической патологии, самоповреждения без суицидальной цели, оперативная патология (более чем в 50% случаев она ограничивалась первичной хирургической обработкой), несистематический или систематический приём психоактивных веществ.

Таблица 5

Гендерная специфичность суицидологических и экспериментально-психологических характеристик взрослых детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Девушки, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=90)	Юноши, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью (n=50)
Наличие травматической патологии	17,78%	34%
Наличие несчастных случаев	16,67%	36%
Нанесение самоповреждений	13,33%	34%
Склонность к неоправданному риску	31,11%	56%
Наличие оперативной патологии	27,78%	42%
Субъективное ощущение злоупотребления спиртными напитками	7,78%	26%
Употребление наркотических веществ (несистематическое)	13,33%	34%
ЗПМ Регрессия	6,2±2,6	4,1±2,2

Данный профиль является характерным и для состоявшихся мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [2].

Касаясь экспериментально - психологических отличий, подчеркнём, что обнаружено всего одно достоверное отличие, характеризующее именно девушек из подобных семей – большая частота использования ими регрессии как ведущего механизма психологической защиты. Это же отличало их и от девушек из семей, где родители не имели алкогольной зависимости. Особенность данного психологического инструмента анализировалась выше, и, вероятно, он является специфической гендерной чертой, формируемой у детей женского пола в изучаемых типах родительских семей.

Заключение.

Итак, рождение и воспитание в условиях семьи, где один из родителей или оба страдают алкогольной зависимостью, накладывает серьёзный отпечаток на развитие личности ребёнка, что описано как феномен «взрослых детей алкоголиков» [4, 6]. Наше исследование убедительно показывает, что данная стигматизация касается не только характерологических черт или склонности к определённым копинг стратегиям, как демонстрировалось ранее [4, 13], но и формирует заметный антивитаальный фон в группах, проявляющийся в присутствии большого количества суицидальных и иных аутоагрессивных феноменов как в мужской, так и женской выборках.

Полученные данные диктуют необходимость серьёзного отношения к инициативам, подразумевающим особое отношение к «взрослым детям алкоголиков», созданию психоте-

рапевтических программ и сообществ [5, 11, 13], а также необходимости дефиниции в сознании врачей психиатров, психотерапевтов и иных специалистов, касающихся проблем аутоагрессивного поведения, такого предрасполагающего суицидальному поведению фактора и соответствующей клинической реальности как «последствия рождения и воспитания в условиях семьи больного алкогольной зависимостью».

Литература:

1. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу: пер. с франц. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.
2. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27 и 14.01.06 / А.В. Меринов. – М., 2012. – 48 с.
3. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 15-19.
4. Москаленко В.Д. Наркологические, психопатологические нарушения, психологические проблемы в популяции взрослых сыновей и дочерей больных зависимостями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 55-61.
5. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
6. Радина Н.К. Личностные паттерны в воспроизводстве сценариев домашнего насилия: анализ романтических отношений «взрослых детей алкоголиков» // Домашнее насилие в отношении женщин: Масштабы, характер, представления общества. – М.: МАКС-Пресс, 2003. – С. 111-116.

7. 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.
8. Balsa A.I., Homer J.F., French M.T. The health effects of parental problem drinking on adult children // J. Ment. Health Policy Econ. – 2009. – Vol. 12, № 2. – P. 55-66.
9. Giuta C.T., Compas B.E. Adult daughters of alcoholics: are they unique? // J. Stud. Alcohol. – 1994. – Vol. 55, № 5. – P. 600-606.
10. Hall C.W., Webster R.E. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics // J. Drug Educ. – 2002. – Vol. 32, № 3. – P. 195-211.
11. Jordan S. The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2010. – Vol. 53, № 4. – P. 340-346.
12. Van Den Berg N., Hennigan K., Hennigan D. Children of parents in drug/alcohol programs: are they underserved? // Alcohol Treat. Quart. – 1989. – Vol. 6, № 3-4. – P. 1-25.
13. Woititz J.G. Guidelines for support groups; adult children of alcoholics and others who identify including guide to step 4 inventory // Health Communications / Inc. Pompano Beach, Florida. – 1986. – 37 p.

SUICIDAL CHARACTERISTICS
OF ADULT CHILDREN WHICH GROWING
UP IN FAMILIES WITH ALCOHOL
ADDICTION OF PARENT

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The article is dedicated to studying suicidal features in young males and females who had at least one alcohol-addicted parent. Young males who had an alcohol-addicted parent were objectively more frequently exposed to suicidal and non-suicidal autoaggressive behavioral patterns. The obtained information helps widen the conceptualization of negative effect of up-bringing in such families and proves that alcoholic addiction of parents is an important pro-suicidal factor for their children.

Key words: autoaggression, adult children which growing up in families with alcohol addiction of parent, family of alcoholics.

УДК: [616.89-008.441.44:159.944.4:613.816](47+5)

САМОУБИЙСТВА, ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В СТРАНАХ БЫВШЕГО СССР

В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатоліевич, д.м.н., профессор.

Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова; Украина. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

По данным European Health For All Database проанализирована смертность от самоубийств в странах бывшего СССР за 30 лет (с 1981 по 2011 гг.). Анализ динамики этого показателя позволяет выделить два контрастно различающихся кластера стран. Первый, характеризующийся высокими уровнями самоубийств, представлен странами Прибалтики (Литва, Латвия, Эстония) и славянскими государствами (Россия, Украина, Беларусь). Сюда же может быть отнесен Казахстан. Второй, с уровнями самоубийств примерно в 5-8 раз ниже, представлен странами Кавказа и средне-азиатского региона (Армения, Грузия, Азербайджан, Узбекистан, Туркменистан, Таджикистан). В странах «большого кластера» социальные и экономические процессы с середины 80-х до конца 90-х годов сопровождались резкими колебаниями уровня самоубийств, в частности значительным подъемом с 1992 по 1995 г., главным образом среди мужчин. В странах «малого кластера» столь резких колебаний не наблюдалось. Однако сопоставление смертности от сердечно-сосудистой патологии в этих же группах стран свидетельствует об однотипном резком подъеме в обеих группах стран. Наблюдаемые особенности смертности от самоубийств и основных стресс-обусловленных заболеваний, а также потребления алкоголя, трактуются с позиций роли психо-социального стресса как основного повреждающего фактора в период социо-экономических преобразований. При сходном уровне стресса культурные особенности и способность сохранять свою идентичность народов играют решающую роль, определяя уровни самоубийств среди мужчин и женщин, а также потребление алкоголя и его роль как посредника между стрессом и самоубийством.

Ключевые слова: самоубийство, суицид, психо-социальный стресс, алкоголь

Резкие, можно сказать драматические, колебания уровня самоубийств на территории бывшего СССР, сильно контрастирующие с относительно благополучной и стабильной обстановкой в странах ЕС (рис. 1) неоднократно были предметом анализа исследователей и комментаторов, в основном с социологических позиций [3, 7, 14].

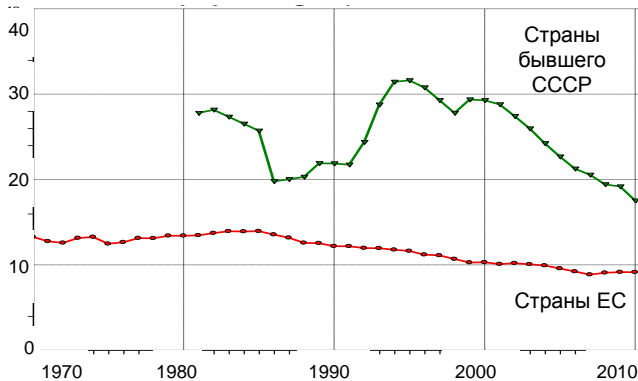


Рис. 1. Общепопуляционные уровни самоубийств в странах ЕС и странах бывшего СССР (здесь и далее – на 100000 населения).

Подход к анализу проблемы в большинстве случаев основывается на том, что уровень самоубийств – косвенный индикатор общего неблагополучия в обществе [3]. Такие обобщённые оценки базируются на взглядах Дюркгейма, который рассматривал самоубийства (по крайней мере, часть из них) как результат аномии – состояния общества, характеризующегося ослаблением или потерей социальных регуляторов, например, вследствие вызванного разрушением, годами действующих культурных ценностей и социальных норм [5]. Исходя из концепции Дюркгейма, в периоды ослабления роли общественного порядка, неопределённости и идеологического хаоса уровень самоубийств растёт. Наоборот, когда в обществе господствует устойчивость, стабильность, принятие единых ценностей, норм, регламентов и правил (что характерно для стран ЕС) уровень самоубийств снижается (рис. 1). Однако понятие общественного порядка и норм общественного поведения довольно расплывчато, и всегда есть соблазн найти более простое и прямое объяснение происходящим изменениям. Тем более, что самоубийство – настолько сложное и многостороннее явление, что при рассмотрении различных его аспектов, факторов риска и сопутствующих ему явлений, мож-

но выявить множество корреляций, наталкивающих на, казалось бы, вполне логичные объяснения наблюдаемой динамики. Особенно часто в качестве такого фактора выступает уровень потребления алкоголя.

Представления о роли потребления алкоголя в провоцировании суицидального поведения базируются на данных исследований, согласно которым алкогольное опьянение присутствует в 25-40% случаев суицидальных попыток, а алкогольная зависимость является вторым-третьим по значимости (после аффективных расстройств) фактором завершённого суицида [19, 28]. При объяснении провоцирующей роли алкоголя рассматриваются два типа факторов риска – отдалённые (алкогольная зависимость с большим стажем, сопутствующая психопатология, жизненный стресс) и ближайшие, непосредственные факторы риска (острая алкогольная интоксикация, алкогольный эксцесс, бытовое пьянство) [27]. Можно полагать, что первые создают потенциал для суицидов среди определенной наиболее пьющей части населения, в то время как вторые выступают как провоцирующие факторы более широкого плана. Что касается актуальной интоксикации, то она может оказаться решающей как для алкоголиков со стажем, так и для лиц без алкогольного диагноза, как у лиц с повышенным потреблением алкоголя, так и среди тех, кто употребляет алкоголь эпизодически. Это связано с перmissive ролью алкоголя, его способностью снижать критику, облегчать импульсивные и агрессивные действия, а в некоторых патологических случаях – вызывать кратковременное и резкое снижение настроения, на фоне чего самоубийство становится особенно вероятным. В то же время, необходимо учитывать сложный и неоднозначный характер взаимоотношений алкоголя, суицидальности и стресса. В славянских республиках бывшего СССР в связи с традиционным паттерном потребления крепких напитков и своеобразной культурой потребления алкоголя, алкогольная проблема часто воспринимается как форма саморазрушения и едва ли не важнейшая причина высокого уровня завершённых самоубийств [8, 15]. Данная позиция подкрепляется тесной корреляцией между динамикой самоубийств и официальными цифрами потребления алкоголя в СССР в период с 1985 по 1995 г., на что впервые обратили внимание А. Варник и Д. Вассерман. В ранних работах этих

авторов резкое снижение уровня самоубийств в период горбачевской перестройки однозначно увязывается со снижением потребления алкоголя вследствие антиалкогольных мер на национальном уровне [39, 41]. Эти авторы также обратили внимание на то, что снижение общего уровня самоубийств в этот период было обусловлено преимущественно снижением самоубийств среди мужчин [40]. В дальнейшем Ю.Е. Разводовский на примере Беларуси подтвердил тесную корреляцию между потреблением алкоголя и уровнем самоубийств, однако он отметил, что общее потребление алкоголя на душу населения является в этом плане недостаточно информативным показателем, в то время как потребление крепкого спиртного (водки), а также динамика отравлений алкоголем наиболее тесно ассоциированы с суицидами [9, 10]. Аналогичный вывод содержится в работе С.И. Ворошилина, в которой основное внимание также уделяется не общему потреблению алкоголя, а крепким спиртными напиткам [2].

В то время как некоторые авторы склонны усматривать причину резкого снижения общей смертности и самоубийств в СССР вскоре после начала демократических преобразований как непосредственное следствие параллельно внедряемых антиалкогольных мер [35, 39-41], ряд публикаций больше внимания уделяют психо-социальному стрессу как истинной причине наблюдаемых колебаний смертности [11, 34, 43]. Этот вид стресса, влияние которого проявляется главным образом на популяционном уровне, выступает промежуточным звеном между социальными процессами и проявлениями физического и психического здоровья населения. Многие авторы, изучавшие ситуацию с заболеваемостью и смертностью на постсоветском пространстве, подчеркивали, что период перехода от одной общественно-экономической формации к другой характеризуется резким ухудшением многих показателей здоровья населения [29, 33, 36]. В случае распада СССР демонтаж во многом более справедливой, но потерявшей общественную привлекательность социалистической модели и переход, к манившей своими благами капиталистической модели, усилил поляризацию социума, что стало дополнительным источником стресса. Все это сопровождалось экономическими трудностями, безработицей, обнищанием населения, потерей идентичности, что является слагаемыми психо-социального стресса.

Стресс, в свою очередь, имеет тесные связи как с глубинными биологическими механизмами, так и с поведением людей, их мышлением, образом жизни, планами на будущее, восприятием экзистенциальных аспектов, степенью выраженности саморазрушительных тенденций и т.д. [34].

В настоящей публикации мы предлагаем новые соображения в пользу того, что наблюдаемые колебания уровня самоубийств и потребления алкоголя, несомненно, связанные между собой, в большей мере являются следствием психо-социального стресса, понимаемого как степень напряжения и фрустрации в обществе. Можно полагать, что для данного случая особенно верна психокультуральная теория М. Фарбера, согласно которой уровень самоубийств в данной популяции прямо пропорционален степени лишений, испытываемых обществом, и доле уязвимых лиц в данной популяции [16]. В подтверждение точки зрения о первостепенной роли стресса нами использованы данные медицинской и демографической статистики (уровень самоубийств, смертность от основных стресс-зависимых заболеваний) в 15-ти независимых государствах, возникших на карте мира после распада СССР. Источником информации послужила Европейская база данных «Здоровье для всех» (European Health for All Database), предоставляемая ВОЗ. Для большинства «постсоветских» стран указанная база данных содержит сведения, начиная с начала 80-х годов прошлого века, т.е. еще с того момента, когда эти страны были республиками СССР, и кончая 2011-2012 гг.

Рассмотрим вначале колебания индексов самоубийств на макроуровне (вся страна в целом). Как видно из рис. 1, колебания усредненного уровня самоубийств четко отражают социально-экономические процессы и преобразования, происходившие в стране в этот период истории. Так, с началом перестройки (1985 г.), было отмечено значительное снижение уровня самоубийств до вполне приемлемого «европейского» уровня (20 на 100000 населения), которое длилось до 1991 г. Однако распад СССР спровоцировал резкий подъем уровня суицидов (на 60% по отношению к минимальному уровню 1985-1986 гг.), продолжавшийся до 1995 г., после чего на фоне стабилизации экономики наметилось некоторое снижение. Это снижение, однако, вновь сменилось подъемом, совпавшим с экономическим кризисом и дефолтом в России в 1998 г.

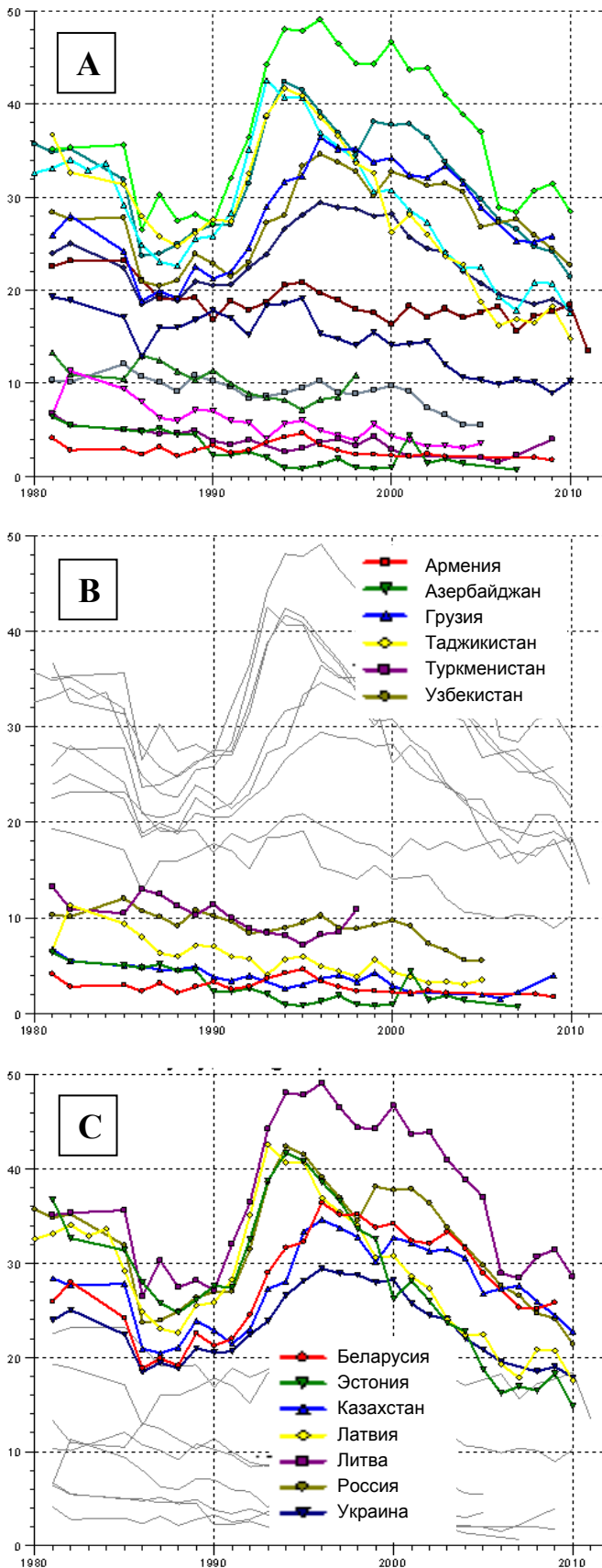


Рис. 2. Самоубийства в 15-ти бывших республиках СССР (общая картина (А) и подразделение на кластеры стран с низким (В) и высоким уровнем (С) самоубийств)

После этого кратковременного подъема средний уровень самоубийств на всей постсоветской территории, как видно из диаграммы, постепенно снижался вплоть до настоящего времени, причем после 2008 г. он оказался ниже «критического» по стандартам ВОЗ и ниже самого низкого уровня, наблюдавшегося на пике «перестройки» в 1986 году.

В то же время, при рассмотрении ситуации внутри страны выявляется очень неоднородная картина и разнящаяся динамика индексов самоубийств по 15-ти бывшим республикам, а ныне – независимым государствам (рис. 2).

Как видно из представленных данных, эти различия достигают восьмикратного масштаба (например, еще в составе СССР в Литве уровень самоубийств составлял 32 на 100000, в то время как в Армении – 4 на 100000). Беглого взгляда на рис. 2 достаточно, чтобы увидеть два отчетливых кластера стран (республик) внутри СССР – кластера с высоким уровнем самоубийств (все республики Прибалтики, все славянские государства и Казахстан) и кластера с низким уровнем самоубийств (все республики Кавказа и три Среднеазиатские республики – Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан). На графике видно также наличие условного кластера со средним уровнем самоубийств, куда входят Молдова и Киргизстан.

Поскольку страны с высоким уровнем самоубийств в сумме имеют более 80% всего населения постсоветского пространства, они вносят подавляющий вклад в общее абсолютное число самоубийств. Исходя из этого, кластер, образованный этими странами, назван нами «большим», в то время как кластер стран с низким уровнем самоубийств – «малым». Наличие таких существенных различий между республиками еще недавно объединенных политически, экономически и идеологически, не вызывает особого удивления. Хорошо известно, что при оценке самоубийств на национальном уровне все страны мира имеют исторически стабильную ситуацию, которая, даже при наличии некоторых колебаний, в целом сохраняет ранговые места соответствующих стран в общем списке [32]. При этом на евроазиатском континенте стабильно просматривается градиент повышения суицидальной активности при движении с запада на восток и с юга на север [21, 42]. Такая же ситуация может быть выявлена при более детальном рассмотрении некоторых стран, рассматриваемых как единое целое.

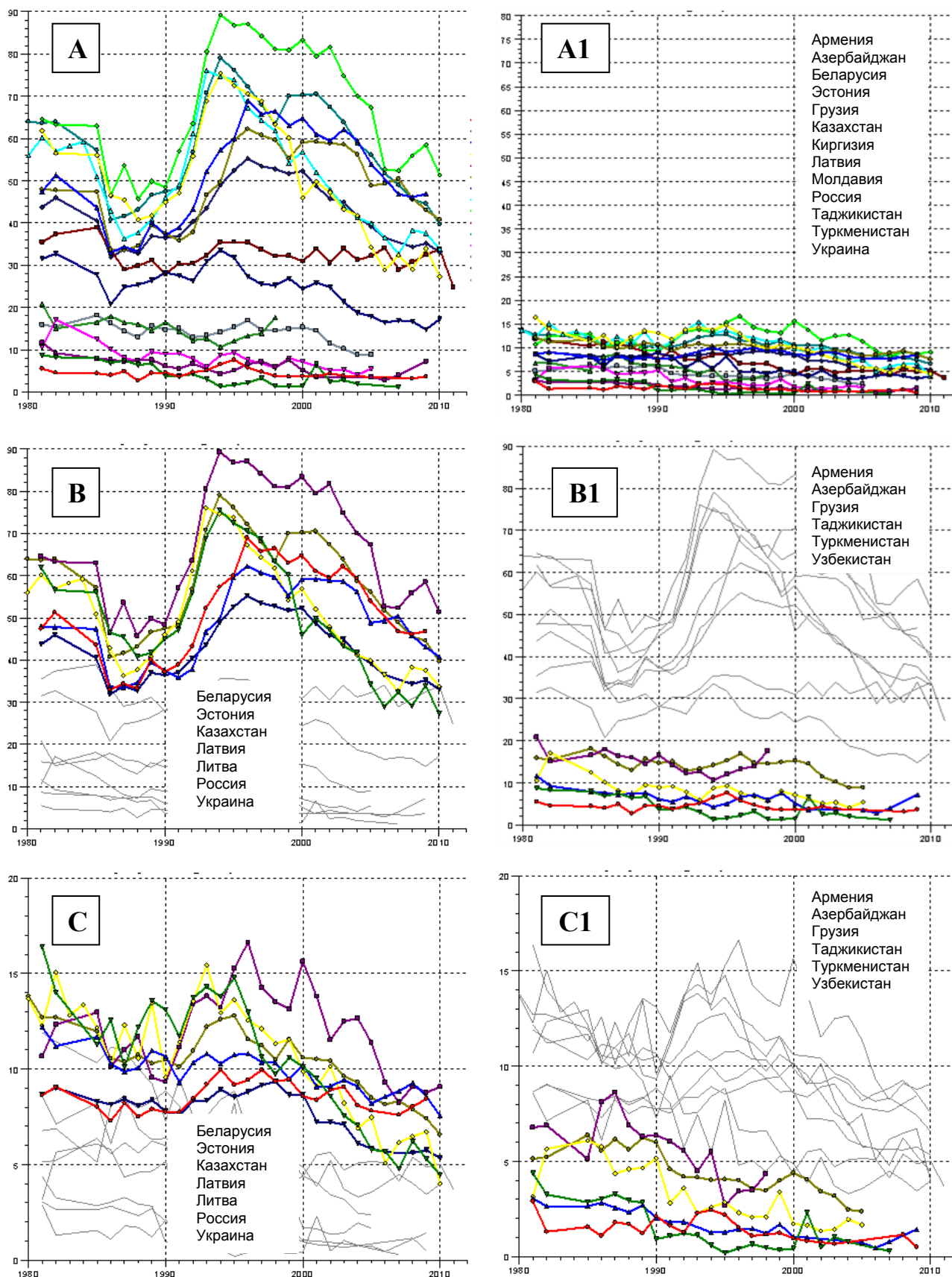


Рис. 3. Уровни самоубийств в 15-ти бывших республиках СССР. Гендерный аспект. (А-А1: соотношение между мужскими и женскими самоубийствами в сопоставимых координатах; В-В1: самоубийства среди мужчин в странах «большого» и «малого» кластера; С-С1: самоубийства среди женщин в странах «большого» и «малого» кластера в координатах, лучше всего отражающих колебания в каждой из гендерных групп.

Например, в России имеются значительные различия в суицидальной активности зауральских регионов и европейской части, а также различия между севером европейской части и южными кавказскими регионами [4]. В некоторой степени это характерно и для Украины, западные регионы которой устойчиво отличаются в 2-3 раза более низкими уровнями самоубийств по сравнению с восточными [1]. Иными словами, в каждой большой стране можно найти свои градиенты суицидальности.

Тем не менее, именно историческая стабильность уровней суицида на национальном уровне является важным моментом в контексте нашего изложения. Можно довольно обоснованно утверждать, что страны «большого кластера» объединяет их северное расположение, зависимость их экономик от промышленного

развития и мировых тенденций, высокая степень урбанизации, многонациональный состав населения. Иными словами, это страны модернистского типа, тесно интегрированные в мировые экономические и социологические процессы. В этих странах многие культурные специфические черты постепенно ослабевают, уступая более глобальным тенденциям. Население этих стран исповедует в основном христианство, лишь в Казахстане мусульмане составляют большинство.

В «малый кластер» попадают страны разные по религиозному признаку, но все – с невысоким уровнем экономического развития, в основном сельскохозяйственные, с выраженной этно-культуральной спецификой, почти моноэтнические, с традиционным общественным устройством.

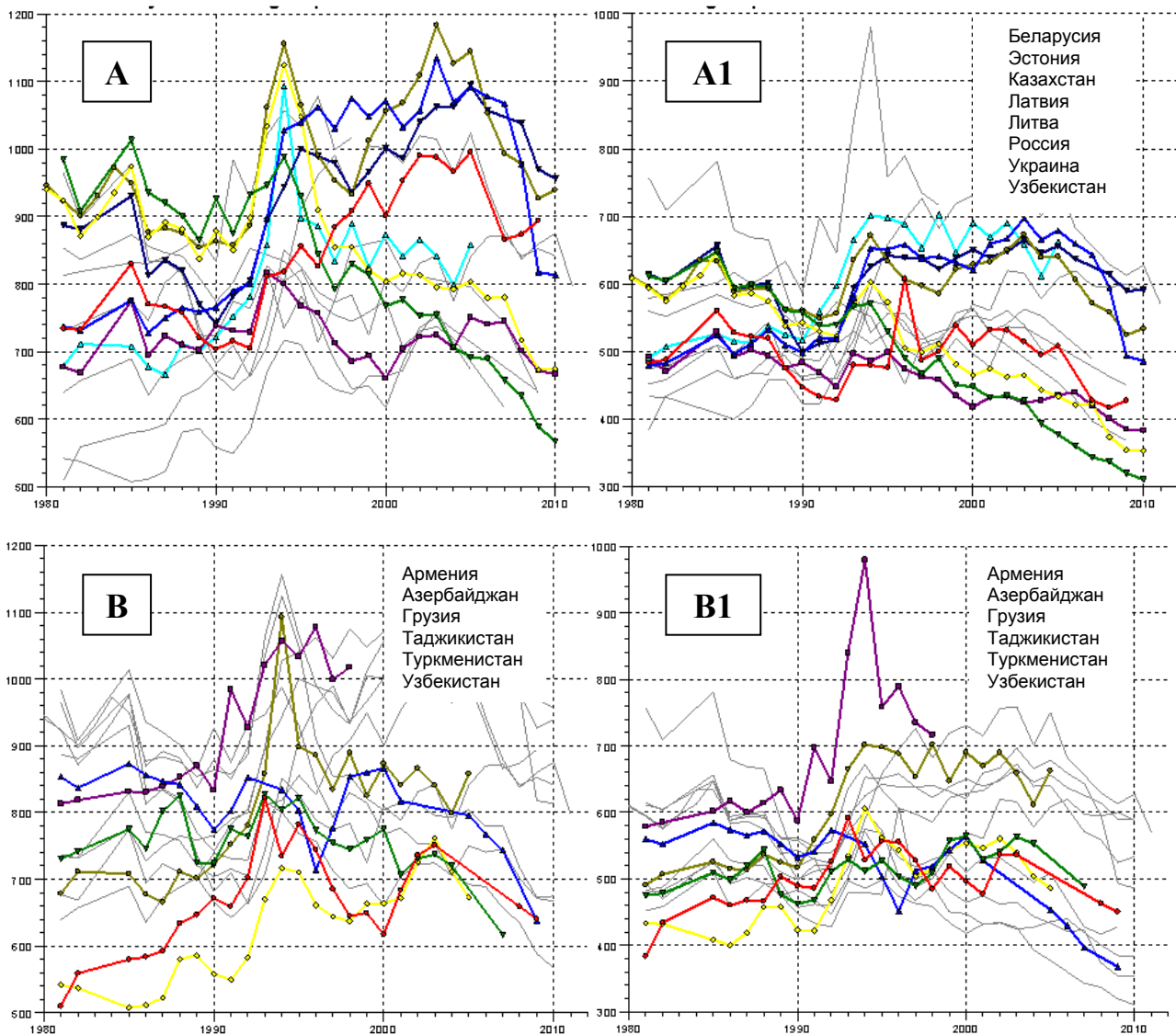


Рис. 4 Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин (А-А1) и женщин (В-В1) в странах «большого» и «малого» кластера (в сопоставимых координатах).

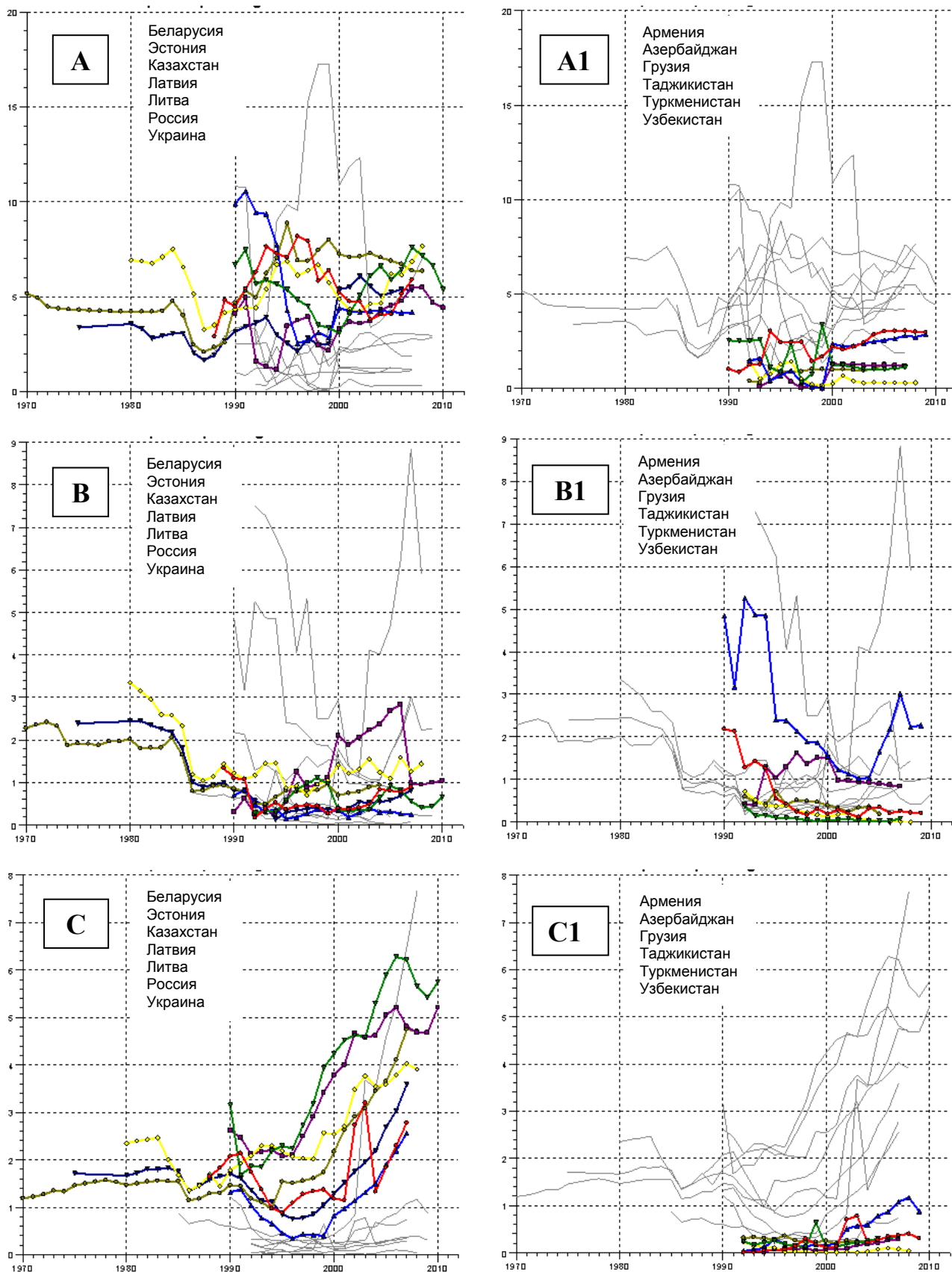


Рис. 5. Потребление различных видов спиртного в странах «большого» и «малого» кластера (в целом по стране, в пересчете на чистый алкоголь, литры на душу населения; А-А1 – крепкие спиртные напитки, В-В1 – вино, С-С1 – пиво).

Все эти страны находятся в южных периферических регионах (Кавказ и Средняя Азия). Их историческая судьба связана с потребностью сопротивляться глобальным тенденциям, по возможности сохраняя свою ментальность, культуру, образ жизни и особенности хозяйственного уклада. Несколько неожиданно и наименее понятно существование «среднего кластера»: довольно трудно выявить, что же объединяет Молдову и Киргизстан, кроме близкого уровня самоубийств. В связи с этим в дальнейших рассуждениях мы будем рассматривать только контрастно различающиеся группы стран. Мы отдаем себе отчет, что это является одним из ограничений нашего анализа, однако на данном этапе считаем необходимым представить наиболее логичную его часть.

Как следует из рис. 2, резкие колебания уровня самоубийств в ходе событий, связанных с началом демократических перемен и последующим распадом страны, были характерны исключительно для стран «большого кластера». В странах «малого кластера» (республиках Кавказа и Средней Азии) все происходящие перемены, столь сильно повлиявшие на суицидальное поведение славянских и прибалтийских этносов, никакого отклика, судя по уровню суицидов, не вызвали. Таким образом, на первый взгляд, можно говорить о существовании контрастно различающихся групп стран с такими характеристиками как «высокий уровень суицидов – выраженная реакция на психо-социальный стресс» и «низкий уровень суицидов – отсутствие реакции на психо-социальный стресс». Однако реакция социума на стресс в сфере общественного здоровья заключается не только в повышении уровня самоубийств, но и в смертности от других причин и заболеваний, связанных со стрессом. Дальнейший анализ покажет, что проявления стресса на самом деле были, но в другой сфере. Рассмотрим вначале различия в суицидальном поведении мужчин и женщин, а также другие проявления стресса в странах «большого» и «малого» кластера (рис. 3).

Как видно из представленных данных, индексы самоубийств в странах постсоветского пространства наиболее высоки среди мужчин стран «большого» кластера. Различия между уровнями женских самоубийств в странах с высоким и низким уровнем суицидов также весьма выражены (так, если взять в качестве примера те же страны – Литву и Армению, то уровни отличаются примерно в те же 8 раз). При этом диаграммы рисунка 3 в наиболее яв-

ной и очевидной форме указывают на два важнейших факта. Во-первых, это то, что социально-экономические проблемы переходного периода в целом затрагивают женское население в значительно меньшей степени, чем мужское (рис. 3, А-А1). Во-вторых, при более детальном взгляде на суицидальное поведение мужчин и женщин в странах с высоким и низким уровнем самоубийств (рис. 3, В-В1 и С-С1) видно, что среди мужчин и женщин «малого» кластера существенной реакции на происходящие социально-экономические пертурбации действительно не наблюдается. В странах этого кластера имеет место постепенное снижение уровня самоубийств начиная от периода пребывания в составе СССР до настоящего момента.

С этими плавными позитивными изменениями резко контрастируют выраженные колебания уровня самоубийств среди мужчин в странах Прибалтики и в славянских странах (Россия, Украина, Беларусь). Среди женщин в этих странах также отмечаются аналогичные, но менее выраженные по амплитуде колебания. Интересно отметить, что к 2011 г. среди постсоветских стран с высоким уровнем самоубийств суициды как среди мужчин, так и среди женщин ниже, чем на момент их пребывания в составе СССР. Исключение составляет Беларусь, в которой этот уровень еще не достигнут. Для целого ряда стран (Российская Федерация, Казахстан, а также ныне входящая в состав ЕС Литва) еще не достигнут их самый низкий уровень самоубийств, характерный для периода начала перестройки (1986 г.).

Существенные различия в динамике суицидов в постсоветских странах можно попытаться объяснить с различных позиций. Первое, на что следует обратить внимание – это, конечно, экономический фактор. Всем известно, какие колоссальные потери понесли Россия, Украина, Беларусь, Казахстан и страны Прибалтики в результате экономической дезинтеграции, потери рынков сбыта, изменений стоимости энергоресурсов, и как это отразилось на жизни людей. Однако и страны Кавказского региона, и Средней Азии пострадали не в меньшей (а может быть и в большей) степени. Это заставляет задуматься о других проявлениях стресса в этих странах. Рассмотрим в связи с этим показатели смертности в указанных странах от заболеваний, традиционно связываемых со стрессом, в частности от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Данные представлены на рис. 4, страны объединены в кластеры в соответствии с уровнем самоубийств.

Совершенно очевидно, что между странами «большого» и «малого» кластера различия практически исчезают. Так, если взять выбранные нами «референтные» страны из контрастных кластеров (Литва и Армения), то среди мужчин смертность от данной патологии в Литве сравнима с таковой в Армении (на 1995 г. – 810 на 100000 против 740 на 100000). Среди женщин смертность в Армении на данный период даже выше, чем в Литве (530 и 480 на 100000 соответственно). Более того, представленные данные ясно указывают также на то, что смертность среди мужчин и женщин от данного типа связанных со стрессом заболеваний практически мало различается. Аналогичная картина выявляется при анализе смертности непосредственно от инфаркта миокарда и цереброваскулярных заболеваний.

Нам представляется, что эти данные следует трактовать как яркий показатель того, что психо-социальный стресс поразил все постсоветские страны примерно в равной степени. Это проявляется, прежде всего, в смертности от сердечно-сосудистой патологии, относящейся к разряду заболеваний с сильным психосоматическим компонентом, с хорошо известным стресс-зависимым механизмом формирования. Отсюда вытекает важный на наш взгляд вывод, касающийся смертности от самоубийств, различия в которой столь ярко отличаются страны друг от друга. Эти различия на самом деле обусловлены не степенью психо-социального стресса, который затронул, как мы утверждаем, все страны примерно в равной степени, не различиями в стресс-реагировании, а культурно-обусловленной степенью «разрешенности» такого акта как самоубийство в данном социуме. Иными словами, проблема исторически сложившихся отличий в уровне самоубийств – это проблема культурной толерантности по отношению к такому виду саморазрушающего поведения как самоубийство. В связи с этим рискнем предположить, что наблюдающееся в последние 20 лет постепенное снижение уровня самоубийств в странах «малого кластера» связано, главным образом, со снижением доли славянского русскоязычного населения.

Если стать на эту позицию, то появление «большого» и «малого» кластера – это результат «канализирования» стресса, а не различий в стрессе как таковом. И мужчины, и женщины, и северные, и южно-азиатские народы в тот переломный период истории, который им пришлось пережить при распаде большой страны, обеспечивавшей безопасность, относи-

тельную экономическую стабильность, независимость от кризисных явлений в более глобальном экономическом контексте, испытали значительные трудности, негативные жизненные события, экзистенциальные проблемы. Различия в суицидальном поведении обусловлены следованием определенным жизненным ролям и формам поведения, а так же этнокультуральными традициям и нормам, присущим данному этносу, которые сформировались исторически и отражают длительный ход истории каждого народа.

Неожиданное подтверждение нашим рассуждениям мы находим при обсуждении такого явления как «суицидальный парадокс». Он связан с гендерными отличиями в суицидальном поведении, которые, как известно, заключаются в значительном превышении уровней самоубийств среди мужчин над таковыми среди женщин. В связи с этим часто самоубийство как таковое рассматривается как «мужской феномен». Сущность парадокса заключается в том, что частота завершенных самоубийств достоверно выше среди мужчин, несмотря на достоверно более высокую частоту суицидальных мыслей, депрессии и суицидальных попыток среди женщин [17]. Однако это явление можно рассматривать как парадоксальное только при традиционном взгляде на проблему. Если, как предлагают некоторые авторы, суммировать все проявления суицидальной активности (т.е. и попытки, и завершенные самоубийства), то суицидальность мужчин и женщин оказывается практически на одном уровне [20]. На этом фоне значительное преобладание мужских самоубийств в популяции (в 5-6 раз у славянских народов) является следствием все той же культурной «разрешенности» самоубийства среди мужчин в данном социуме. Самоубийство рассматривается не только как «разрешенная», но иногда и как поощряемая мужская форма поведения (способ решить все проблемы, «сохранить честь», «уйти достойно» и т.д.).

С этой точки зрения следует рассматривать и самоубийства среди мужчин и женщин в малом кластере стран. Преобладание уровня самоубийств среди мужчин здесь менее выражено (всего в 2-3 раза). В то же время, нужно иметь в виду, что в целом культура этих стран не поощряет самоубийство. Это, очевидно, сказывается в большей степени на популяции мужчин, в связи с чем, мы наблюдаем и заметно более низкие индексы, и заметно сниженное отношение «мужчины / женщины» в странах «малого» кластера (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение между мужскими и женскими самоубийствами (на 100000) в странах с низким и высоким уровнем самоубийств

Кластер	Пределы	Среднее
Малый (Армения, Азербайджан, Грузия, Таджикистан, Туркменистан)	2.64-3.64	3.22
Большой (Литва, Латвия, Эстония, Россия, Беларусь, Украина)	4.76-6.00	5.28

Использованный нами подход (условное деление всех стран постсоветского пространства на две группы, исходя из индексов самоубийств) позволяет несколько по-иному взглянуть и на потребление алкоголя в связи с динамикой уровня самоубийств (рис. 5). Как видно из рис. 5 потребление крепких спиртных напитков синхронно снижалось в России, Украине и Латвии с 1985 г. с минимумом в 1987 г. и последующим максимальным подъемом в середине 90-х годов. Далее наблюдается весьма неоднородная динамика, в результате которой к концу 2010 г. устанавливается почти совпадающий уровень потребления во всех странах, при том, что некоторые приходят к этому уровню после заметного спада потребления (Латвия, Беларусь, Литва), а некоторые – находятся на фазе медленно продолжающегося снижения (Россия, Казахстан). В странах малого кластера имеющиеся данные (с 1990 г.) свидетельствуют о разнонаправленных колебаниях, при этом уровень потребления крепких спиртных напитков здесь в целом в 2-3 раза ниже, чем в странах большого кластера. Если же обратиться к объемам потребления вина, то страны малого кластера по этому показателю близки или даже превышают страны большого кластера, что хорошо известно и понятно, поскольку в малый кластер попадают традиционные винодельческие регионы. Значительные колебания, наблюдаемые, например, в Грузии, вероятнее всего связаны с колебаниями производства, а не потребления, и обусловлены экономическими причинами.

Наиболее характерны, на наш взгляд, изменения потребления пива. На фоне резкого и (многократного) подъема начиная с середины 90-х годов в странах большого кластера, связанного очевидно с «вестернизацией» образа жизни в этих странах, страны малого кластера сохраняют крайне низкий уровень потребления

этого алкогольного напитка, оставаясь приверженными своим традициям. Интересно также отметить, что при анализе причин смертности, непосредственно связанных с алкоголем (сюда включаются рак пищевода и гортани, алкогольная зависимость, хронические заболевания печени и цирроз), страны «большого кластера» все же опережают страны «малого кластера», однако последние отличаются более высокой смертностью от заболеваний, связанных с курением (куда включены рак полости рта, гортани, легких и бронхов, заболевания сердца и сосудов, инсульты и хронические обструктивные заболевания легких). Это говорит о том, что при близком уровне психо-социального стресса в зависимости от культурных особенностей на первый план выступают негативные последствия от потребления различных психоактивных веществ.

Таким образом, как замечено С.И. Ворошилиным [2] и другими авторами, хорошая корреляция между динамикой самоубийств и потреблением алкоголя в странах бывшего СССР прослеживается только в относительно короткий период истории (с 1985 по 1995 г.). Признавая объективность этой корреляции, следует в то же время иметь в виду, что официальная статистика, разумеется, не учитывает объемы потребления нелегального алкоголя, производство которых в бывшем СССР по разным данным составляло 25-40% от официальных объемов [24]. Как бы то ни было, именно в период максимальных колебаний психо-социального стресса, охватившего все страны на руинах бывшего СССР, уровень самоубийств и потребление алкоголя изменялись синхронно. Можно предполагать, что это обусловлено динамикой стресса как такового, впрочем, совпадающего (в силу объективных и субъективных обстоятельств) с политическими и экономическими мерами по ограничению производства и потребления алкоголя. Потребление алкоголя подвержено сильным культурным влияниям (стиль потребления, виды алкоголя, объемы нелегального производства), так же, как и вероятность суицидального поведения. Иными словами, здесь мы имеем совпадающий паттерн изменений, связанный, скорее всего, с динамикой психо-социального стресса. По мере нарастания социального оптимизма потребление алкоголя как важнейшего «социального лекарства» [12] снижается, а при нарастании стресса – растет. Это сопровождается «взаимоусиливающим» эффектом колеба-

ний потребления алкоголя и уровня самоубийств – по мере снижения стресса и потребления индексы самоубийств снижаются, по мере нарастания – растут. Причины этого, скорее всего, связаны с «пермиссивным» влиянием алкоголя.

В связи с этим, необходимо обратить внимание на роль алкоголя как «социального лекарства», играющего роль медиатора между индивидуально переживаемым стрессом и потребностью в расслаблении, периодической наркотизации, ослаблении тревоги [12]. Потребление алкоголя может играть компенсирующую роль при депрессии и суицидальных тенденциях, особенно у молодых людей, но может оказывать неблагоприятное влияние в плане прогноза самоубийства в старшем возрасте [18, 37]. Наши исследования, посвященные психологическим характеристикам лиц, зависимых от алкоголя и совершивших суицидальные попытки, свидетельствуют о достоверно более высоком субъективном ощущении благополучия у молодых людей на фоне сформировавшейся зависимости. Благополучие, в свою очередь, обратно связано с безнадежностью, ощущение которой является одним из важнейших предикторов суицидальности [6, 13]. По другим данным, потребление алкоголя молодыми людьми до определенных возрастных пределов (20-25 лет) играет роль способа коррекции стресса и суицидальных мыслей [25].

Подводя итог, можно утверждать, что примененный нами подход (деление всех постсоветских стран на два кластера, исходя из традиционного исторически сложившегося уровня самоубийств) позволил еще раз подтвердить роль психо-социального стресса как фактора повышенной смертности на популяционном уровне в переходные периоды от одной социо-экономической системы к другой. Ряд публикаций на эту тему подчеркивают сложный и неоднозначный характер возникающих при этом явлений, связь между стрессом и потреблением алкоголя, неоднородность колебаний уровня смертности в связи с национальными особенностями перехода к рыночной экономике [30, 31]. Наш анализ показывает, что трактовка данных о различиях в динамике самоубийств в этот период истории более объяснима с учетом этно-культуральных особенностей, степени приверженности национальным традициям, способности сохранить свои ценности в условиях давления глобальных тенденций. В наибольшей степени это присуще периферическим экономически менее разви-

тым странам с преимущественной ориентацией на сельскохозяйственное производство. Это заметно в том, что при сходной выраженности стресса, что проявляется в близкой или мало отличающейся смертности от инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от самоубийств в странах северной и южно-азиатской части бывшего СССР отличается порой на порядок.

Связь с потреблением алкоголя наиболее четко просматривается в странах с высоким уровнем самоубийств, причем данная связь, скорее всего, является отражением действия такого мощного фактора как психо-социальный стресс. Если учитывать роль алкоголя как социального лекарства, проявляющуюся в усилении потребления в ответ на проявления депрессии и латентной суицидальности, что обсуждается в ряде исследований [22, 26, 38], то совпадающая динамика суицидов и потребления алкоголя приобретает несколько иной оттенок. Потребление алкоголя как способ справиться со стрессом и, соответственно, его протективная роль в отношении самоубийств, возможно имеющая место у части популяции или у отдельных возрастных групп, в отдаленной перспективе приводит к негативным последствиям. Однако этот паттерн не может игнорироваться. Все это подчеркивает, что отношения между алкоголем и суицидальностью сложны и неоднозначны и сильно зависят от культуры, которая является медиатором между стрессом, суицидами и потреблением алкоголя.

Литература:

1. Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. Окружающая среда и здоровье населения России, 1998 (доступно по ссылке: <http://www.sci.aha.ru/ATL/ra73d.htm>).
2. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24-33.
3. Гишинский Я., Румянцева Г. Динамика самоубийств в России (доступно по ссылке: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit01.php>)
4. Гишинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. – 528 с.
5. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / Пер, с фр. с сокр. Под ред. В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
6. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Мидько А.А. Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне алкогольной зависимости // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 29-37.

7. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: «Академия», 2004. – 288 с.
8. Разводовский Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма. – Гродно, 2005. – 128 с.
9. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. – 2008. – № 6. – С. 67-72.
10. Разводовский Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 12-17.
11. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48-52.
12. Розанов В.А. Экология человека. Изд. 3-е испр. и доп., Одесса, ВМВ, 2010. – 208 с.
13. Розанов В.А., Мидько А.А. Метафакторы Big-Five и феномен безнадежности в предикции суицидальности // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34-43.
14. Смидович С. Г. Самоубийства в зеркале статистики // Социологические исследования. – 1990. – № 4. – С. 74-79.
15. Шустов Д. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
16. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
17. Beautrais A.L. Women and suicidal behavior // Crisis. – 2006. – Vol. 27. – P. 153-156.
18. Blow F.C., Brockmann L.M., Barry K.L. Role of alcohol in late-life suicide // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2004. – Vol.28 (5 Suppl). – P. 48-56.
19. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behavior // Alcohol and Alcoholism. – 2006. – Vol. 41. – P.473-478.
20. Canetto S.S. Prevention of suicidal behavior in females. In: Wasserman D., Wasserman C. Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention, Oxford University Press, NY. – P. 241-247.
21. Cantor C.H. Suicide in the Western world. In: In.: The International Book of Suicide and Attempted Suicide / Eds. K.Hawton& K. Heeringen). – J. Wiley & Sons.: Chichester, NY., 2000. – P. 9-28.
22. Carrigan M.H., Ham L.S., Thomas S.E., Randall C.L. Alcohol outcome expectancies and drinking to cope with social situations // Addict. Behav. – 2008. – Vol. 33, № 9. – P. 1162-1166.
23. Cryzhanovskaya L., Pilyagina G. Suicidal behavior in Ukraine, 1988-1998 // Crisis. – 1999. – Vol. 20, № 4. – P. 1-8.
24. Feldbrugge F.J.M. The Soviet Second Economy in a Political and Legal Perspective // The Underground Economies. Tax Evasion and Information Distortion / Ed. by E.L. Feige. Cambridge etc., Cambridge University Press, 1989.
25. Gonzalez V. M., Bradizza C. M., Collins R. L. Drinking to cope as a statistical mediator in the relationship between suicidal ideation and alcohol outcomes among underage college drinkers // Psychol. Addict. Behav. – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 443-451.
26. Gonzalez V.M., Hewell V.M. Suicidal ideation and drinking to cope among college binge drinkers // Addict Behav. – 2012. – Vol. 37, № 8. – P. 994-997.
27. Hufford M. Alcohol and suicidal behavior // Clin. Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 21, № 5. – P. 797-811.
28. Hunt I.M., Kapur N., Robinson J. et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups // British J Psychiatry. – 2006. – Vol. 188. – P. 135-142.
29. King L., Hamm P., Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms // Int. J. Health Serv. – 2009. – Vol. 39, № 3. – P. 461-489.
30. King L., Hamm P., Stuckler D. Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms // Int. J. Health. Serv. – 2009. – Vol.39, № 3. – P.461-489.
31. Liu Y., Rao K., Fei J. Economic transition and health transition: comparing China and Russia // Health Policy. – 1998. – Vol. 44, № 2. – P. 103-122.
32. Makinen I.H., Wasserman D. Suicide prevention and cultural resistance: stability in European countries' suicide ranking, 1970-1988 // Italian. J. of Suicidology. – 1997. – Vol. 7. – P. 73-85.
33. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Soc. Sci. Med. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1405-1420.
34. Martikainen P., Bartley M., Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology // International Journal of Epidemiology. – 2002. – Vol. 31. – P. 1091-1093.
35. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and Alcohol Dependence. – 2003. – Vol. 71. – P. 161-168.
36. Rutz W. Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives Time for rethinking and renaissance? // Acta Psychiatr. Scand. – 2006. – Vol. 113, (Suppl 429). – P. 95-100.
37. Sher L. The relationship between the frequency of alcohol use and suicide rates in young people // Int. J. Adolesc. Med. Health. – 2006. – Vol. 18, № 1. – P.81-85.
38. Thomas S.E., Randall C.L., Carrigan M.H. Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2003. – Vol. 27, № 12. – P. 1937-1943.
39. Värnik A., Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics // Acta Psychiatr Scand. – 1992. – Vol. 86, № 1. – P. 76-78.
40. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M. et al. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries // Acta Psychiatr Scand Suppl. – 1998. – №. 394. – P.20-25.

41. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika // *Acta Psychiatr Scand Suppl.* – 1998. – Vol. 394. – P. 13-19.
42. Voracek M., Marusic A. Testing the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis: Geographic variation of elderly suicide rates across Europe // *Nord J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 62, № 4. – P. 302-308.
43. Wilkinson R., Marmot M. (Ed.). *Social determinants of health: the solid facts.* World Health Organization, 2003. – 31 p.

SUICIDES, PSYCHO-SOCIAL STRESS
AND ALCOHOL CONSUMPTION IN THE
COUNTRIES OF THE FORMER USSR

V.A. Rozanov

Odessa National Mechnikov University, Ukraine

Using European Health For All Database suicide mortality in the countries of the former USSR has been analyzed for the 30 years period from 1981 to 2011. On the basis of changing pattern of suicide indices it is possible to divide all countries into two big clusters. First cluster, which is

characterized by high suicide indexes, unites all Baltic republics (Lithuania, Latvia, Estonia) and Slavonic countries (Russia, Ukraine, Belarus). Kazakhstan also may be included here. Second cluster, which demonstrates suicide rates 5-8 times lower, consists of the countries of Caucasus (Georgia, Armenia, Azerbaijan) and several countries of Central Asia (Uzbekistan, Turkmenistan and Tajikistan). In the “big cluster” countries social and economic processes of the period of transition (from middle of 80th to middle of 90th) have caused dramatic changes of suicide rates with sharp rise especially in men. In the “small cluster” countries these changes were not so strongly marked or did not exist at all. On the other hand analysis of mortality from diseases of circulatory system revealed that in both groups of countries there was a sharp rise of the same intensity. The changes in suicide and other stress-related mortality indices as well as alcohol consumption levels are discussed from the point of view of mechanisms of “canalization” of psycho-social stress in the period of transition. Under most equal pressure of stressful situations cultural peculiarities and ability to keep the identity play important role in determination of suicides levels in men and women, as well as of alcohol consumption and its role as mediator between stress and suicides.

Key words: suicide, psycho-social stress, alcohol.

УДК 616.89-008.441.4:343.615.1(391.92)

САМОПОВРЕЖДЕНИЯ И ВЛЕЧЕНИЯ К МОДИФИКАЦИИ ТЕЛА КАК ПАРЦИАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ИНСТИНКТА САМОСОХРАНЕНИЯ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

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

Расстройства инстинкта самосохранения включают расстройства двух относительно независимых инстинктов: инстинкта выживания и инстинкта сохранения целостности тела. Проявления влечения модификации тела в значительной степени зависят от принятых в обществе норм, которые меняются по законам моды (эволюции). Модификации, соответствующие принятым в данном обществе нормам не являются патологическими. Варианты модификации тела, которые приняты лишь небольшими маргинальными группами индивидуумов, часто обнаруживающих определенные особенности личности уровня акцентуаций, которые и определяют принятие ими модификаций, отклоняющихся от общепринятых норм, можно считать «пограничными нарушениями инстинкта сохранения целостности тела». К «патологическому влечению, проявляющегося крайними вариантами модификации, неприемлемыми даже в маргинальных группах, которые отличаются не столько степенью неприемлемости их в обществе, сколько обсессивно-компульсивным характером влечения у индивидуумов с такими влечениями и невозможностью их самостоятельно корректировать. Такие влечения следует относить к группе патологических привычек и влечений, т.е. к одному из проявлений нехимических поведенческих аддикций.

Ключевые слова: самоповреждение, модификация тела, аддикция, суицид.

Инстинкт самосохранения является одним из важнейших инстинктов человека, обеспечивающих, с одной стороны, стремление выжить в любых условиях и при любых обстоятельствах, а, с другой – сохранение целостности

своего тела. Стремление к выживанию проявляет себя в готовности человека продолжать жить даже в самых тяжелых обстоятельствах как социально-психологических (потеря работы, имущества, близких, эмиграция, тюремное

заклучение и т.д.), так и медицинских (неизлечимое заболевание, беспомощность, обезображивание и т.д.) [3, 4]. Сила стремления к выживанию порождает ту борьбу мотивов, которая в случае возникновения стремления к самоубийству противодействует его совершению. Нарушения инстинкта самосохранения, кроме стремления к полному прекращению жизни, могут проявляться и в парциальной форме – самоповреждении. Иногда это стремление приводит к выраженному изменению тела, достигающего степени калечения, с разной степенью снижения функциональных возможностей человека, нередко, инвалидизации.

Стремление к сохранению целостности тела является одним из важнейших инстинктов человека. Общая практика показывает, что даже незначительные изменения внешности или частей тела становятся для большинства людей источником мучительных переживаний. Многие болезненно переживают не только выраженные повреждения тела, но и любые, нередко физиологические признаки его изменения: возрастные, потеря отдельных зубов, полнота, облысение и т.д. К этой категории, вероятно, можно отнести и случаи возникновения страхов у маленьких детей при стрижке волос и ногтей и др. Возможно, что стремления к выживанию и к сохранению целостности тела – это близкие, но разные инстинкты, или они являются составными частями более общего инстинкта самосохранения.

Расстройства инстинкта самосохранения включают расстройство двух относительно независимых инстинктов: инстинкта выживания и инстинкта сохранения целостности тела. Нарушения инстинкта сохранения целостности тела проявляются в виде самоповреждений у больных с психотическими или психопатическими расстройствами, а также в форме влечения к модификации тела. Наиболее опасны расстройства поведения в форме самоповреждений и калечащих вариантов модификаций тела. Лица с этой категорией расстройств относятся к группе повышенного суицидального риска.

Проявления влечения к модификации тела различны. Обычно они определяются принятыми в обществе нормами и меняются по законам моды. Варианты модификации тела, выходящие за традиционно допустимые нормы, и принимаемые лишь небольшими маргинальными группами индивидуумов, можно считать «пограничными нарушениями инстинкта сохранения целостности тела». К патологическим

формам относятся крайние варианты модификации, неприемлемые даже в маргинальных группах. Они отличаются не столько степенью неприемлемости их в обществе, сколько обсессивно-компульсивным характером влечения у этих индивидуумов. Такие нарушения могут быть отнесены к группе патологических привычек и влечений, т.е. к одному из проявлений нехимических поведенческих аддикций.

До недавнего времени расстройствам инстинкта сохранения целостности тела в феноменологии психических и поведенческих расстройств уделялось незначительное место. Описывались лишь отдельные случаи самоповреждений, совершаемых психически больными, но они были достаточно редкими. Кроме того, всегда были достаточно хорошо известны случаи самоповреждений у психопатических личностей, чаще в криминальной среде. Выраженные самоповреждения протестного характера или совершенные по иным мотивам нередко совершаются заключенными и подследственными. В частности, издавна известны членовредительства, состоящие в нанесении самоповреждений с целью избежать пребывания в армии или в заключении.

В последние два десятилетия в печати стали появляться работы, посвященные такому виду расстройства влечения как влечение к модификации тела, которое у некоторых лиц проявлялись такими тяжелыми самоповреждениями как добровольные ампутации пальцев рук или ног, редко в стремлении к ампутации конечностей, а также в операциях на наружных половых органах [1]. Кроме того, возросло число случаев косметических операций, связанных с выраженными вмешательствами в строение тела, которые в некоторых случаях приводят к тяжелым последствиям, вплоть до инвалидизации.

Таким образом, помимо суицидального поведения в обществе имеется обширный слой индивидуумов, наносящих себе повреждения по различным мотивам, которые могут иметь последствия, сравнимые с последствиями суицидального поведения.

Контингенты лиц, совершающих самоубийство и наносящих себе повреждения, часто пересекаются. Установлено, что среди лиц совершивших суицид, частота лиц, совершивших до этого самоповреждение, в 60 раз выше, чем в случайной популяции [16, 19].

Расстройства любых инстинктов обычно разделяют на варианты, проявляющиеся ослаб-

лением инстинкта, его усилением и различными вариантами извращения. При этом каждый из вариантов расстройств инстинкта может проявляться на двух уровнях: на психотическом – психологически непонятном для окружающих и возникающих на основе психотических расстройств; и на пограничном уровне, когда поведение, связанное со снижением инстинкта самосохранения, воспринимается окружающими как психологически более или менее понятное, относительно приемлемое для морали общества, или как действие противоправное, состоящее в открытом нарушении требований закона или морали, а потому требующее применения юридических или общественных (религиозных, моральных) санкций.

Наибольшее число работ посвящено вариантам ослабления (суицидальное поведение) и усиления (защитное, оборонительное поведение) инстинкта самосохранения. Число работ, посвященных проявлениям извращения инстинкта самосохранения, относительно невелико.

Извращения инстинкта самосохранения – проявляются как у больных с психотическими, так и непсихотическими расстройствами.

1.1. Влечение к самоповреждению у больных с психотическими расстройствами.

Самоповреждения у психотических больных возникают под влиянием вербальных императивных галлюцинаций, на фоне бредовых идей, реже при импульсивном возбуждении. Наблюдаются повреждения конечностей, проникающие ранения брюшной полости, повреждения лица, глаз, зубов. Реже, такие экстремальные как отсечение фаллоса, кастрация.

1.2. Влечение к самоповреждению у больных с пограничными расстройствами.

Аффективные самоповреждения. Самоповреждения в состоянии аффекта нередко совершаются людьми с проявлениями акцентуаций или психопатий, чаще возбудимого или истерического типов в рамках ситуационной реакции, в условиях конфликта. Обычно наблюдается стремление нанести себе случайные, демонстративные ранения режущими предметами (чаще с травмированием предплечья и груди), реже нанесение ударов головой об стену. Распространено такое поведение в и экстремальных условиях тюремного заключения. Отмечены случаи, когда заключенные в знак протеста отрезали себе нос, уши и т.д.

1.3. Влечение к модификации тела.

Однако наиболее многочисленную группу нарушений влечения к самоповреждению тела составляют влечения к модификации тела, которые наблюдаются в рамках различных субкультур. В умеренной форме они наблюдаются у значительной части населения, подчиняющейся влиянию моды. В выраженной форме их можно видеть у акцентуированных и психопатических личностей, причем проявления их могут быть таковы, что вызывают у окружающих сомнения в психическом здоровье носителей модификаций.

Инстинктивные влечения к модификации тела имеют более сложную природу, поскольку, являясь по своим проявлениям действиями по нарушению целостности тела, они в значительной степени первично развиваются на основе сексуальных инстинктов. Сексуальное влечение включает в себя несколько инстинктов, из которых одни определяют влечение к определенным особям, в норме принадлежащих к противоположному полу, определяют признаки объекта полового влечения. Другие инстинкты определяют непосредственные действия по реализации сексуального поведения – ухаживание, борьбу с соперниками, совершение полового акта. Одной из компонент полового поведения у человека является оценка собственного облика в плане его привлекательности, стремление к его изменению с целью повышения привлекательности для партнера и стремление продемонстрировать себя в новом виде, получая уже от одного этого сексуальное или иное удовольствие.

Среди вариантов модификации собственного облика у человека наблюдаются проявления, которые воспринимаются окружающими как непонятные или даже патологические. В литературе все чаще встречаются описания случаев модификации тела, выходящих за пределы общепринятых норм, в том числе, включающие применение хирургических операций. В настоящее время эти расстройства не нашли достаточного отражения ни в международной классификации болезней МКБ-10, ни в американской классификации DSM-IV. Однако, в виду того, что эти нарушения все чаще стали оказываться в поле зрения психиатров, с конца 20 века возникали различные предложения по определению таких расстройств. В числе прочих были предложены такие термины, как *Partial suicide* (Menninger 1935, 1938), *antisuicide* (Simpson 1976), *deliberate self-harm* (Pattison and Kahan, 1983), *delicate self-cutting* (Pao,

1969), wrist-cutting syndrome (Graft and Mallin, 1967; Rosenthal et al., 1972), self-mutilation. Наиболее последовательное их исследование было проведено в Нью-Йорке Армандо Фавацца (Armando Favazza) – создателя транскультуральной психиатрии (cultural psychiatry). Фавацца предложил для этих расстройств термин «самоповреждающее поведение» (Self-injurious behaviors – SIB) и главным признаком этих расстройств он определил «намеренное причинение прямого физического вреда своему телу без намерения умереть от этого». Фавацца выделил 4 группы этих расстройств [15]:

1. Стереотипные расстройства (битье головой, битье себя, кусание губ или рук, щипание и царапание кожи, кусание себя, выдергивание волос) – наблюдающиеся при умственной отсталости, аутизме, синдромах Леш-Нихана, Корнели де Ланге, Прадера Вилли (Prader Willi).

2. Выраженные (major) самоповреждения (кастрация, энуклеация или иное повреждение глаза, ампутации пальцев или конечностей) – наблюдающиеся при шизофрении, аффективных психозах, органических психозах, тяжелых расстройствах личности, при транссексуализме.

3. Компulsive (выдергивание волос, щипание кожи, кусание ногтей) – наблюдающиеся при трихотилломании и «стереотипном двигательном расстройстве с самоповреждающим поведением».

4. Импульсивные (порезы кожи, ожоги кожи, битье себя) – наблюдающиеся при пограничном (borderline) и диссоциальном расстройствах личности, а также при других «импульсивных расстройствах личности», опьянении, черепно-мозговой травме, посттравматическом стрессовом расстройстве.

Общее число лиц с Self-injurious behaviors (SIB) оценивается в 1-4% в общем населении и в 5-21% среди лиц с психическими расстройствами. При больших (major) самоповреждениях в 10 раз чаще страдают половые органы (частичная или полная ампутация члена, разрезание члена, кастрация), затем глаза (полные удаления, выкалывания, обжигание кислотой или щелочью) [16, 19].

Феноменология влечения к модификации тела. Если рассматривать все возможные варианты стремления к модификации тела, то очевидно, что это значительно более широко распространенное явление, причем границы запрещенного обществом, «табуированного» вида модификаций, неустойчивы и меняются во времени, от эпохи к эпохе, от культуры к культуре.

Различные варианты модификации тела наблюдались во всех культурах Homo sapiens sapiens, от примитивных (50000-20000 лет до н.э.) до культуры современного цивилизованного человека [8, 9]. Первые признаки его выявляются археологами еще в палеолите, с первых признаков появления Homo sapiens archaic и даже Homo neanderthalensis.

Вероятно, древнейшими вариантами были раскраска тела, затем татуировка и украшение шрамами (шрамирование), поскольку первоначально, при проживании людей исключительно в экваториальных широтах, ношение одежды было не столько условием выживания, сколько также элементом декорирования тела. Значение одежды существенно возросло и стало обязательным лишь после миграции части человечества из экваториальной Африки, а затем из Азии в северные или более высокоширотные южные широты Азии и Европы, а в дальнейшем в Австралию, острова Океании и на Американский континент. Постепенно число способов модификации тела значительно возросло.

Перечень всех возможных вариантов модификации тела включает следующие виды модификации, которые можно разделить на две подгруппы:

1. Модификации тела, которые при изменении внешнего облика человека не наносили телу никаких повреждений, были обратимы и потому остались приемлемыми даже для современного общества. Таковыми являются раскраска тела, ношение на теле украшений, одежды, стрижка волос и иные манипуляции с ними (окраска, плетение косичек), манипуляции с ногтями, ограниченная татуировка и минимальный пирсинг (чаще сережки в ушах у женщин).

2. Модификации тела, проявляющиеся нанесением телу заметных необратимых изменений с причинением боли, а потому приемлемые только для экстремальных групп современного общества. Часть из этих модификаций – пирсинг, шрамирование, тоннели, микродермалы, трансдермалы, имплантации, добровольные ампутации частей тела (в основном пальцев рук и ног), осклопление и кастрация, раздвоение языка, раздвоение фаллоса, эльфийские уши. Однако все эти виды экстремальных для современного человека модификаций наблюдались в самых различных примитивных человеческих культурах в прошлом и в настоящем. Этнографами были выделены и проанализированы следующие основные функции модификаций тела: 1) маркирующая –

обозначение возраста, гендера, социальной или этнической принадлежности носителя; 2) ритуально-социализирующая; 3) эстетическая и 4) апотрическая – функция оберега [2, 8, 9]. По другой трактовке модификации тела являются (1) средством очищения, так как большинство из них направлены на удаление пограничных зон тела (крайней плоти, клитора, зубов и т.д.) и (2) – маркером изменения социального статуса своего носителя. Фавацца, описывая «культурально санкционированные самоповреждающие ритуалы и обычаи», отмечал, что они повторяются многими поколениями, входят в традицию и веру, разделяются большинством населения. У них 3 функции: целительская, духовная и поддержание порядка. Патологические самоповреждения негативно оцениваются в своей культуре.

За последние 50 лет возросло разнообразие вариантов модификаций тела. При этом особенно сильно распространились виды модификации из второй подгруппы, которые до этого были характерны лишь для отдельных, чаще маргинальных групп населения (татуировка и пирсинг). Кроме того, эти варианты некоторыми лицами стали применяться в неумеренном объеме, когда татуировка стала покрывать значительную часть тела, нередко и все тело, а украшения пирсинга стали множественными, распространяясь при этом на самые различные части тела, в том числе на половые органы. Но самым необычным стало появление множества новых, не характерных для европейской культуры способов украшения тела, часто весьма травматичных, заимствованных из различных примитивных культур прошлого и настоящего. В их число входят все варианты второй подгруппы. Обе подгруппы модификаций (особенно вторая) включают экстремальные варианты, допускаемые только психопатическими личностями. Они вызывают у большинства окружающих неприятие и воспринимаются как допустимые только больными или «странными» людьми.

Распространение экстремистских вариантов модификации тела явилось одним из проявлений, возникших на западе направлений молодежной контркультуры 1980-х – 1990-х гг., выразившей прямой вызов господствующей культуре современного западного общества. Модификации тела распространились на основе таких молодежных направлений контркультуры, как боди-арт и современный или городской примитивизм (*modern or urban primitivism*), которые, в свою очередь, выросли из

контркультур 1960-х, таких как движения панков, хиппи, сексуальной революции, движения за сексуальные свободы, за свободу употребления наркотиков и т.д. [5]. Примитивизм пропагандирует анархистскую критику истоков и достижений цивилизации, к возвращению к культуре первобытных людей [12, 14, 25]. Наиболее серьезным последствием пропаганды примитивистов явилось распространение в 1990-е и последующие годы экстремальных модификаций тела.

Таким образом, варианты модификации тела можно разделить на обратимые и необратимые. К обратимым относятся: 1) раскраска тела (в современных условиях – это макияж и боди-арт); 2) украшения на теле; 3) одежда; 4) манипуляции с волосами (прически, бороды, усы) и ногтями. Эти модификации, очевидно, не являются проявлением собственно самоповреждения тела.

Необратимые варианты модификации тела, несомненно, являются проявлением самоповреждения. По степени выраженности их можно разделить на калечащие и некалечащие варианты.

Некалечащие варианты модификаций:

1. Татуировка. Татуировка является древнейшим способом стойкого декорирования тела человека. Впервые европейцы увидели ее у первобытных народов Океании, а археологами были найдены признаки татуировки на телах, захороненных несколько тысяч лет назад. Интересно, что китайская традиция выводит само понятие культуры из древнейшего обычая украшать тело татуировкой (или разрисовкой). Китайский иероглиф *вэнь*, используемый для обозначения понятия «культура» (*вэнь-хуа*) и «письменность» (*вэнь-цзи*), в своем древнейшем значении обозначал татуировку или ритуальную раскраску тела, которые были древнейшими символами, знаками, которые использовал человек для передачи информации о том, на кого были нанесены знаки татуировки или раскраски [7]. В историческое время у европейских народов татуировка применялась обычно исключительно в мужской среде в условиях ношения однородной одежды, как, например, униформы солдат и моряков, у членов мафиозных группировок, или у заключенных и каторжников. Ограниченно она встречалась у подростков, как результат подражания авторитетным (антисоциальным) взрослым.

Нанесение татуировки является болезненным процессом, который при большой площади изображения вызывает нарушение здоровья.

Человек с татуировкой, которая не соответствует нормам общества, вызывает отторжение со стороны окружающих.

В 1960-1990-е г.г. нанесение умеренной татуировки стало распространенным элементом молодежной культуры, и стало допустимым для мужчин из средних слоев общества, и даже для женщин [24, 25, 28]. В США 15% взрослых жителей татуированы, но 60% негативно относятся к этой моде. Среди лиц 40-56 лет татуированы до 10%. Среди тех, кому 25-34 года, татуированы более 30%. Еще больше татуированных среди тех, кто моложе 25 лет.

Маргинальный вариант татуировки состоит в многократном нанесении татуировки, в том числе на лицо, в покрытии татуировкой всего тела. Некоторые испытывают компульсивное влечение к нанесению новых татуировок. В книгу рекордов Гиннеса попали Том Леппард (человек леопард) из Шотландии, Деннис Анвер из Дакоты (человек-кот), Лаки Даймонд Рич из Австралии, Изабель Варлей из Канады, покрывшие свое тело татуировкой до 100%. Но не стремление к рекорду было мотивом татуированию, а компульсивное желание снова и снова наносить новые татуировки, несмотря на болезненность и стоимость этой процедуры. Новым экстравагантным вариантом татуировки является татуировка на глазном яблоке. Здесь была заимствована техника косметической татуировки глаза у слепых с бельмом на глазу.

2. Нанесение шрамов, шрамирование, скарификация – это получение узоров на коже путем специального нанесения на тело шрамов. Этот вид изменения тела возник первоначально в результате полученных ранений и ожогов, которые становились для человека его «особой приметой». Нанесенные шрамы были свидетельством его храбрости, а в дальнейшем приобрели знак его отличия, принадлежности к своему племени, к месту, которое он занимает в своем племени. Нанесение шрамов часто входило в ритуалы инициации.

Современное шрамирование в европейском и американском обществе появилось в результате заимствования примитивистами техники, применяемой в первобытных культурах. Оно состоит в нанесении на тело декоративных шрамов в виде рисунка или узора. Существует несколько разнообразных техник нанесения шрамов: надрезами скальпелем под разным углом, используются прижигания как термические, так и химические, с помощью

кислот или щелочей, нанесение ожогов жидким азотом, интенсивным трением, зацепления верхнего слоя колочками или крючками [24, 25]. Чаще всего шрамирование делают под местной анестезией.

Эти формы модификации в России в целом наблюдаются реже и имеют распространение в узких группах единомышленников.

3. Пирсинг (от англ. pierce – «дырывать») – прокалывание ушей, бровей, языка, крыльев носа, надбровных дуг, губ, подбородка, сосков, пупка, половых органов и других частей тела серьгами (пирсами) из хирургической стали [24, 25, 27]. До последнего времени допустимым в обществе вариантом пирсинга было лишь ношение серег в мочках ушей женщинами. Менее допустимым и достаточно редким было ношение серьги (чаще одной) мужчинами (морской обычай носить серьгу в знак пересечения экватора).

В настоящее время происходит экспансия пирсинга. У истоков этой экспансии пирсинга в современное западное общество стояли три субкультурные группы: «панки», «современные дикари» (Modern Primitives) и «фетишисты». Они стали проводниками этого явления, к 1980-90 годам XX века охватившего широкие слои общества. Современная «пирсинг-культура» вышла из тусовок геев и иных представителей психосексуальной субкультуры БДСМ (BDSM – Bondage & Discipline, Domination & Submission, Sadism & Masochism), развившихся в 1967-1973 гг. в США. К настоящему времени стали допустимыми в рамках западной молодежной субкультуры умеренный пирсинг в виде единичных украшений в ноздре, языке, на губах. Это явление все более распространяется и в России, в том числе в студенческой среде.

Маргинальные варианты включают пирсинг в самых различных участках тела, в том числе на наружных половых органах и мужчин, и женщин, на грудных железах и в неумеренном количестве, когда в каждый из упомянутых органов вживляется до 10-15 колец, игл или иных украшений. В число видов пирсинга в настоящее время маргиналами включено значительное число вариантов, заимствованных в различных культурах, вплоть до «ампаланга» – стержня длиной до 20-см, протыкающего фаллос.

Калечащие варианты модификаций:

1. Модификации зубов. Этнографами описаны самые разнообразные модификации зубов: окрашивание их в различные цвета, обтачивание или опиливание зубов и придание

им определенной формы, инкрустирование зубов, выбивание отдельных зубов. В настоящее время получило распространение в рамках моды приклеивание к их поверхности различных украшений: скайсов – драгоценных и полудрагоценных камней, страз – кристаллов стекла или хрусталя, твинклов (twinkles) – аппликаций из белого или желтого золота разных форм и размеров, виниров (брекетов) – украшений, выполненных из фарфора. Применяется «татуировка» изображений на зубах, стразы и скайсы, татуировка на зубах, вырывание зубов, окрашивание зубов, опиливание зубов [24, 25]. Впрочем, все перечисленные украшения носят временный характер и легко могут быть удалены. Однако отдельные лица применяют и обтачивание зубов с приданием им, например, формы клыков (пример – человек-кот).

2. Тоннели – украшения, которые вставляются в прокол большого размера (до 20 мм) на различных частях тела, чаще в ушах. Закрытые тоннели называются «плагами». Плаги делаются в ушах и в губе. Наиболее популярны проколы большого размера, сделанные в носу, в том числе и перегородки носа, в ушах – в мочках и хрящах. В заранее сделанный прокол постепенно вставляется специальный расширитель из акрила и хирургической стали [26, 27].

3. Микродермалы, трансдермалы, имплантация – разновидность пирсинга, отличающаяся от других видов тем, что серьга или иное украшение вживляется под кожу [25, 26]. Такие модификации стали возможны только в современных условиях, когда стало известно значение дезинфекции и стерилизации для проведения операций на теле. Трансдермалы вживляются под кожу: делается надрез, куда вставляется трансдермал, над которым вырезается скальпелем панчем отверстие, в которую выводится "торчащая" часть серьги, после чего надрез зашивается.

Имплантаты в модификации тела представляют собой различные металлические предметы – шарики, штанги, кольца и т.п., которые вживляются под кожу так, чтобы их было хорошо видно. На коже делается нарез, в который вставляется имплантант, т.е. объемная фигурка из титана, стали или твердого силикона. Клиенты получают на голове объемные выступы в форме шишечек, рожек на лбу, гигантские надбровные дуги и иное необычное образование. Вариантом имплантаций является также помещение бусинок или металлических стержней под кожу пениса у мужчин, бусинок в малые губы у женщин. Описана также им-

плантация шаров в мошонку (scrotal implants). Практикуется также имплантация экстраокулярных имплантов (extraocular implant, eyeball-jewelry) – имплантация в наружные оболочки глаза платиновых пластинок в форме звезд, сердечек.

4. Раздвоение (сплиттинг) языка – разрезание языка скальпелем от кончика до середины, в результате чего язык становится раздвоенным, как у змеи. В среднем, язык заживает за две недели [26, 27]. Этот вид самоповреждения распространился в последние годы во многих странах у обоих полов, чаще у мужчин. После операции движения половинок раздвоенного языка напоминают движения языка змеи. Хотя при этом у большинства резко нарушается и становится неразборчивой речь, такое рассечение все больше распространяется. В США этот вид модификации приобрел такое распространение, что в Армии США был издан приказ, требующий от лиц, желающих поступить в Армию по контракту, восстановить язык, если он подвергнут операции сплиттинга, чтобы его речь стала разборчивой.

5. Удаление или расщепление грудных сосков – чаще осуществляется мужчинами [26].

6. Раздвоение или рассечение пениса осуществляется в нескольких вариантах. Раздвоение (bisection) состоит в том, что пенис разрезается продольно от основания до головки, так что после операции у человека оказывается два параллельно лежащих пениса, у каждого из которых имеется своя головка. Инцизия (incision) состоит в разрезании тела пениса от головки до основания так, что после операции у пациента оказывается два тела, соединенные общей головкой. Практикуются также «подрезание» (subincision) – рассечение задней стенки фаллоса и мочеиспускательного канала (заимствован у аборигенов Австралии) и superincision – рассечение передней стенки пениса и мочеиспускательного канала [25]. Все эти варианты описаны у различных племен первобытной культуры и все приводят к повышению сексуальной чувствительности. Распространены также меатотомия – рассечение уретры в пределах головки, а также раздвоение головки (headsplitting).

7. Нуллификация – полное удаление наружных половых органов – осклопление, кастрация (у мужчин), эксцизия, инфибуляция (у женщин). Крайней степенью самоповреждения и модификации тела у мужчин является удаление наружных половых органов (осклопление) и

семенников (кастрация). Во многих странах, где влиятельны ислам и иудаизм, сохраняются практика обрезания крайней плоти у мальчиков. Особой жестокостью проявляется практикуемая в мусульманских государствах (особенно в Африке) практика женского обрезания (с целью лишения женщин оргазма и предотвращения небрачных связей и инцеста от родных). Данная операция (фараоново обрезание, инфибуляция) включает в максимальном варианте удаление клитора, малых и больших губ у девочек с зашиванием влагалища и оставлением только отверстия уретры [17, 23, 27]. Перед родами влагалище разрезается (или в настоящее время делается кесарево сечение), а после родов снова зашивается. Все операции проводятся обычно без обезболивания и соблюдения асептики и антисептики.

В рамках влечения к модификации у отдельных личностей, исключительно у мужчин, наблюдаются стремление к удалению пениса и даже кастрации [20]. Дополнительно к операциям такого рода подвергается все большее число мужчин и женщин, стремящихся к смене своего пола в рамках транссексуализма. Первоначально они осуществляют модификацию своего тела приемом половых гормонов. Затем для полного изменения своего пола они подвергаются пластическим операциям на лице, в дальнейшем производится удаление внутренних половых органов и пластика наружных половых органов. У некоторых мужчин – транссексуалов, сменивших свой пол, в дальнейшем возникало желание осуществить добровольную ампутацию конечности [25].

8. Добровольные ампутации конечности. Этнографы неоднократно описывали в различных племенах первобытных культур такой вид модификации тела, как ампутации пальцев рук и ног, от одной фаланги на одном пальце до удаления многих фаланг на нескольких пальцах. Такие ампутации чаще всего осуществлялись в память об умерших родственниках (по одной фаланге за умершего), как жертва. У японских мафиози «якудзи» ампутации пальцев осуществлялись или в знак преданности боссу, или в качестве наказания за провинность. Начиная с 1990-х гг. добровольные ампутации пальцев рук или ног стали наблюдаться в качестве варианта влечения модификации тела в молодежных кампаниях. Такие ампутации обычно осуществлялись или с помощью друзей с использованием подручного инструментария (нож, стамеска) и примитив-

ной анестезии пивом, или силами так называемых «художников по ампутациям» (amputation artists), не имеющих медицинского образования. В отдельных случаях отмечалось влечение к частичной или полной ампутации руки или ноги и даже обеих ног.

Для феномена, который отмечался еще ранее, было предложено несколько наименований. В 1977 году Джон Мани предложил термин апотемнофилия, которым он обозначил влечение человека к ампутации собственной конечности. Используются также термин амелиотазис, ампутофилия, а лица с таким влечением именуется ваннаби` (wannabees). Отдельную группу составляют претендеры (pretenders) – имитаторы, которые, имея влечение к ампутации руки или ноги, ограничиваются тем, что они имитируют желаемое ими отсутствие конечности [11, 23]. Например, женщина появляется на публике с пустым рукавом (спрятав под одеждой руку), или на костылях, с согнутой и спрятанной под юбкой ногой, от чего она испытывает удовлетворение. Некоторые из «претендеров» в дальнейшем иногда становились «ваннаби`» и добивались проведения им ампутации [11, 20].

В 2002 году Smithand Furth предложили для определения такого влечения к ампутациям термин Amputee Identity Disorder (AID). В дальнейшем его вытеснил более широкий термин Body Integrity Identity Disorder (BIID), который можно перевести как «нарушение целостности восприятия тела», или проще переводить как «влечение к ампутации».

Единичные случаи влечения к добровольным ампутациям отмечались еще в конце XIX в. и в 1930-е годы XX века. Но настоящий взрыв влечения к совершению добровольных ампутаций произошел в 1990-е – 2000-е годы. Росту такого влечения определенно способствовала сеть интернет, в которой размещены в большом количестве материалы по различным видам модификации тела (больше пирсинг и тату), но в том числе по добровольным ампутациям. В интернете имеется несколько сот сайтов, с фотографиями женщин с ампутациями для тех, кто находит их сексуально привлекательными (такие лица именуется «дево́ти» – devotee), и которые привлекательны также для тех, кто сам мечтает о том, чтобы подвергнуться такой операции, именуемых «ваннаби`» – wannabee [25, 27]. Слова ваннаби` и дево́ти` произносятся с ударением на последнем слоге. Сайты, посвященные мужчинам с ампутация-

ми, немногочисленны и составляют не более 5% от общего числа таких сайтов [27]. Такие операции проводили те же люди, которые помогают осуществлять пирсинг или татуировку. Лица, специализировавшиеся на таких несложных операциях, именовались «художниками по ампутациям» – amputations artists. Кроме того, были отмечены в небольшом числе случаи, когда по желанию пациентов им проводились ампутации ступни или кисти, или более высокие ампутации руки или ноги на уровне голени, предплечья, бедра, или даже ампутации обеих ноги выше колена [13, 21]. Описывались случаи, когда пациенты сами повреждали себе конечность так, чтобы ее нельзя было не ампутировать [10]. Некоторые из них отстреливали конечность из огнестрельного оружия, отсекали ее бензопилой, накладывали на много часов жгут, поместив одновременно конечность в мешок с сухим льдом. Описаны случаи, когда ампутации конечностей были проведены по рекомендации психотерапевтов, с целью освобождения желающих от мучительного для них навязчивого влечения. При этом проведение такой операции оправдывалось тем, что переживания таких пациентов аналогичны переживаниям лиц с транссексуализмом, настаивающих на проведении им операций, изменяющих их наружные половые органы. У претендеров и ваннаби, стремившихся к большим ампутациям, чаще всего отмечалось желание добиться ампутации одной ноги выше колена, реже обеих ног выше колена, еще реже потери одной руки выше локтя. Чаще всего они отмечали возникший у них в детстве или в подростковом возрасте интерес к лицам с ампутацией и желание походить на них, пережить их опыт.

9. Пластические операции. В современных условиях обнаружился рост стремления к и модификации своего лица и фигуры техникой пластической хирургии. В редких случаях такая модификация оправдана реально имевшимся уродством лица. Большая часть операций осуществляется под влиянием модных тенденций (изменение формы носа, разреза глаз в соответствии с желаемым образцом), для устранения признаков старения. У некоторых стремление к совершению повторных или экстравагантных операций приобретает навязчиво-насильственный характер.

10. Похудание, достигаемое значительным ограничением приема пищи. В XX веке в связи с распространением моды на стройную женскую фигуру, особенно на «фигуру Твигги», распространилось сверхценное стремление

девушек подросткового и юношеского возраста к похуданию через посредство ограничения приема пищи с дополнительной физической нагрузкой. Степень похудения у многих из таких девушек ведет к значительным нарушениям физического здоровья, а в некоторых случаях может привести их к летальному исходу. Хотя влечения к модификации тела не имеют своей целью уход из жизни, но в отдельных случаях они приводят к таковому исходу.

Виды модификаций тела не исчерпываются перечисленными выше. Большое число модификаций, известных из этнографических исследований или исторических материалов, не применяются потому, что требуют многолетних усилий, начиная с младенческого возраста. К ним относятся:

1. Китайский обычай деформации ступней тугим бинтованием с детства для их миниатюризации. Этот бычай существовал в Китае X-XII в.в. до 1930-х гг. Идеальная стопа "цзи-лань" ("золотой лотос") должна была иметь длину всего в 10 см.

2. Удлинение шеи наращиванием числа шейных колец у народов падонг (Таиланд) и календжин (Кения). Рекорд удлинения шеи – 40 см.

3. Деформации черепа бинтованием его с детства для придания требуемой обычаем формы. Практиковалось у египтян и скифов древности, в Южной Америке у майя, в центральной и южной Европе, в Туркмении до начала 20 века.

4. Трепанации черепа, наблюдаемые на черепах палеолита.

5. Вставление в верхнюю или нижнюю губу деревянного или керамического диска диаметром до 20 см у некоторых народов Центральной Америки и в Африке.

6. Уплотнение груди бинтованием и привязыванием тяжести.

7. Удлинение пениса привязыванием к нему тяжестей.

8. Уменьшение диаметра талии ношением корсета.

9. Увеличение полноты девушек и женщин специальным кормлением [1, 2, 18].

В то же время можно отметить, что с появлением в настоящее время новых возможностей модификации тела появились такие новые модификации, как импланты, изменение пола, ампутации рук или ног, устранение признаков старения и иные косметические операции.

Факторы распространения патологического влечения к модификациям тела много-

образны и включают социальные и психологические предпосылки.

Социальные предпосылки, главным образом, проявляются закреплением этих паттернов поведения в населении, в популяции или в ее части – «социальной субпопуляции». Такой субпопуляцией может быть племя, сословие, каста, семья или какое-то формальное или неформальное объединение типа криминальных или молодежных групп, кружков по интересу и т.д. В такой группе может закрепляться какой-то поведенческий паттерн, который был впервые продемонстрирован авторитетным членом группы, или который был заимствован у другой группы подражанием ей, а затем распространился в субпопуляции также подражанием. В дальнейшем он становится обязательным видом поведения для всех, кто принадлежит к этой группе. Распространение в последние годы в рамках молодежной субкультуры маргинальных вариантов модификации тела явились результатом влияния молодежной контркультуры, возникшей в 1960-е гг. [5].

Контркультура – это субкультура, резко отличающаяся от господствующей, и являющаяся прямым вызовом ей. Различные варианты контркультуры возникали всегда, и либо исчезали, подавленные обществом и государством, или становились основой субкультуры и даже становились принятыми обществом и составной частью новой измененной культуры. Несколько факторов предопределили возникновение многих движений контркультуры 1960-х. Это было одним из последствий бэби-бума – резкого подъема рождаемости в США после 2 мировой войны, что привело к появлению в 1960-е годы многочисленного контингента стремящейся к независимости молодежи и ужесточению конфликта «отцов и детей». Это было время протестов против войны во Вьетнаме, распространения среди молодежи наркотиков, обострения борьбы за права меньшинств, (негров, женщин, сексуальных меньшинств, наркоманов, психически больных) и начала борьбы «зеленых» экстремистов за сохранение окружающей среды.

На распространение интереса распространению татуировки, пирсинга и иных еще более маргинальных видов модификации тела сыграло направление, именуемое примитивизм или анархопримитивизм, пропагандирующий анархистскую критику истоков и достижений цивилизации [10, 12, 21]. Создателем и идеологом примитивизма был американский инженер,

известный под именем Факир Мусафар (Fakir Musafar, до 1966 г. он был Roland Loomis) [14]. Примитивисты пропагандируют отказ от цивилизации посредством: деиндустриализации, ликвидации разделения и специализации труда, упразднения технологии, сокращения численности населения Земли и возвращению к образу жизни и к культуре первобытных людей. Но реально в наибольшей степени они способствовали распространению боди-арта в самых его экстремистских проявлениях.

Распространению вариантов маргинальной моды способствует происходящая демократизация общества, допускающая почти любые отклонения от общепринятого поведения без каких-либо санкций за это, если они не ведут непосредственно к социально опасному поведению. В том числе этому способствует ослабление роли религии в современном мире. Благодаря этому в XX веке стало возможно ношение брюк женщинами, допущение смены полов транссексуалами и безопасность для трансвестистов. Ранее были приняты допустимыми мастурбация и гомосексуализм.

Очень важную роль для распространения новых видов влечения к модификации тела определяет появление новых технических возможностей. Так, разработка методик современных пластических операции и других технологий косметологии в медицине привело к появлению большого числа людей, стремящихся к проведению повторных косметических операций. Доступность и относительная безболезненность с использованием анестезиологического пособия способствовало более широкому использованию хирургической техники для модификации тел (ампутации, раздвоение языка, пирсинг, татуировки и др.).

В условиях современного либерального демократического западного общества в последние годы сформировалось понятие о «морфологической свободе», о «праве человека на собственное тело». «Морфологическая свобода» определяет право человека сохранять неизменным, либо изменять собственное тело так, как он считает нужным. Его желание может быть выражено как в виде обращения за медицинской услугой, так и в виде отказа от таковой [18, 21]. Термин впервые был предложен философом Максом Мором в статье «Technological Self-Transformation: Expanding Personal Extropy», где он определил морфологическую свободу как «возможность изменять свое тело по собственному желанию посредством таких технологий,

как хирургия, генная инженерия, нанотехнология и загрузка сознания» [18]. Позже, Андрю Сандбергом термин был определен как «расширение права человека на собственное тело, не только на владение им, но и на его изменение по собственному желанию» [21].

Психологические предпосылки влечения к модификации тела. Самоповреждения, не относящиеся к влечению к модификации тела, следует считать проявления парциального снижения инстинкта самосохранения, ограничивающегося готовностью нарушить целостность своего тела в ущерб сохранению жизнедеятельности. Такие самоповреждения возникают вследствие меньшей борьбы мотивов, чем при совершении суицидальной попытки. В условиях нормального поведения самоповреждение допускается в рамках некоторых видов активности, как, например, в условиях борьбы, преследования, при попытке вырваться из безнадежного положения, где получение даже тяжелой травмы является оправданной платой за спасение жизни. Но снижение инстинкта самосохранения здесь также имеет место.

Сложнее генез формирования влечения к модификации тела. Вероятно, в основе их лежит элемент полового поведения, стремления привлечь внимание к себе. Образец поведения возникает чаще всего на основе подражания значимым лицам из окружения. В некоторых случаях, как видно из самоотчетов, необычное влечение возникает по механизму импринтинга. Например, увидев женщину на костылях на одной ноге, девушку с татуировкой или с пирсингом, или с очень большими грудными железами, молодого человека с расщепленным языком или с прической ирокез, человек испытывает чувство выраженного интереса, на основе которого возникает желание снова увидеть ее (его) и / или походить на них. Такое подражание, очевидно, осуществляется через нейроны памяти (memory neurons).

Основу для предпосылок формирования экстремальных вариантов молодежной субкультуры составляет характерная для подросткового возраста готовность к возникновению ряда патохарактерологических реакций: 1) эмансипации; 2) группирования; 3) увлечения и 4) сексуального поведения. Модификации тела, в первую очередь, мало травматичные варианты, такие как татуировки, прически часто становились объектом распространения в молодежной среде, тем более, что в их генезе имеется и заметная сексуальная составляющая [6].

Второй группой психологических предпосылок распространения экстремальных вариантов модификации тела являются особенности личности [4]. Наблюдения показывают, что поначалу неприемлемые варианты модификации тела, их осваивают наиболее экстравагантные и акцентуированные и психопатические личности, предпочтительно шизоидного типа. Эти лица склонны к проявлению интереса к явлениям, минимально приемлемым для окружающих, даже при наличии сильного противодействия со стороны общества. Для них характерен интерес к тому, что является либо проявлением экстравагантной авангардистской моды, либо лежит даже за ее пределами. Такие люди первыми начинали носить бороды, когда их никто не носил, делать татуировки, когда они были неприемлемыми, бриться наголо, когда это у остальных вызывало неприязнь. Они же первыми становились пропагандистами экстремистских вариантов модификации тела. Но тогда, когда модификация приобретала характер необычной, еще не общепринятой, но уже приемлемой моды, когда демонстрация нового становилась средством выделиться и этим привлечь к себе позитивное влияние, она становится приемлемой для истероидных личностей, сначала психопатического уровня, затем акцентуированного. Последними в число принявших уже не новые новации модификации тела присоединяются конформные личности, следующие за пионерами. Но тогда проявления модификации утрачивают степень экстравагантного и становятся общепринятыми. А место экстравагантных вариантов занимают другие проявления.

В клинической картине тех, кто обнаруживает влечение к экстремальным модификациям, можно видеть проявления, характерные для других вариантов нехимических поведенческих аддикций. У них часто обнаруживается компульсивное влечение снова и снова демонстрировать новые, еще более экстремальные варианты модификации тела. В результате некоторые покрывают татуировкой все лицо и все тело, несмотря на болезненность процедур татуирования (и ее стоимость). Начав с пирсинга отдельных украшений, они в дальнейшем вставляют в кожу все новые и новые кольца и иные украшения. Начав с ампутации кончика одного пальца, некоторые в дальнейшем испытывают потребность проводить все новые и новые ампутации, удаляя одну фалангу за другой.

Таким образом, для отнесения проявления влечения к модификации тела необходимо использовать два критерия. Первый критерий, предложенный Брауном [5], включает: 1) особенность, «сверхценность» (salience); 2) эйфорию (euphoria); 3) рост толерантности (tolerance); 4) симптомы отмены (with drawal symptoms); 5) конфликт с окружающими и самим собой (conflict) и 6) рецидив (relapse). Вторым критерий – это социально - психологический критерий приемлемости обществом рассматриваемого поведения, которое может не соответствовать современным представлениям о норме. Принятие обществом поведенческой нормы эволюционирует как мода, и потому непредсказуемо. Оно рассматривается, как ненормальное (или преступное) тогда, когда поведение человека не соответствует представлениям общества о том, что приемлемо или неприемлемо. Оно рассматривается как болезненное, если оно возникает не столько из социальных обстоятельств, сколько из особенностей личности. Такое экстремальное поведение может наблюдаться обычно не более, чем у 1-3-5% населения.

Главным критерием отнесения именованного «патологического влечения к модификации тела» к группе нехимических поведенческих аддикций следует считать не столько степень неприемлемости их в обществе, сколько обсессивно-компульсивный характер влечения, невозможность его самостоятельно корректировать. В ситуации, когда на формирование признака влияет множество факторов, биологических, социальных, психологических, проявления признака всегда распределяются по кривой, приближающейся к кривой Гаусса, в которой неизбежно наблюдаются крайние отклонения признака до патологического уровня, в том числе психологические признаки.

Заключение. Расстройства инстинкта самосохранения включают расстройства двух относительно независимых инстинктов: инстинкта выживания и инстинкта сохранения целостности тела. Расстройства инстинкта сохранения целостности тела проявляются в виде самоповреждений у больных с психотическими или психопатическими расстройствами, а также в форме влечения к модификации тела. Лица с расстройством инстинкта сохранения целостности тела относятся к группе риска возникновения суицидального поведения. Проявления влечения модификации тела в значительной степени зависят от принятых в обществе норм, которые меняются по законам моды (эволюции).

Модификации, соответствующие принятым в данном обществе нормам проявления модификации, не являются патологическими.

Варианты модификации тела, которые приняты лишь небольшими маргинальными группами индивидуумов, часто обнаруживающих определенные особенности личности уровня акцентуаций, которые и определяют принятие ими модификаций, отклоняющихся от общепринятых норм, можно считать «пограничными нарушениями инстинкта сохранения целостности тела».

К «патологическому влечению к модификации тела», проявляющегося крайними вариантами модификации, неприемлемыми даже в маргинальных группах, которые отличаются не столько степенью неприемлемости их в обществе, сколько обсессивно-компульсивным характером влечения у индивидуумов с такими влечениями и невозможностью их самостоятельно корректировать. Такие влечения следует относить к группе патологических привычек и влечений, т.е. к одному из проявлений нехимических поведенческих аддикций.

Литература:

1. Ворошилин С.И. Патологическое влечение к модификации тела. Биологические, психологические и социальные факторы, определяющие его распространение в населении // Психологические проблемы развития и существования человека в современном мире. – Екатеринбург: УрГПУ, 2009. – С. 113 – 146.
2. Гринько И.А. Искусственные изменения тела в системе социо-культурных символов традиционных обществ: Автореф. дисс.... канд. ист. наук. – М., 2006. – 27 с.
3. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей онкологов // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 18-25.
4. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 21-26.
5. Косарецкая С.В., Косарецкий С.Г., Синягина Н.Ю. Неформальные объединения молодежи. Профилактика асоциального поведения. – М.: Изд-во: КАРО, 2006. – 400 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 255 с.
7. Мартыненко Н.П. «Культура» как превращение знаков – «вэньхуа» // Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. – 2006. – № 3. – С. 32-69.
8. Медникова М.Б. Неизгладимые знаки: татуировка как исторический источник. – М.: Языки славянской культуры, 2007. – 216 с.
9. Раш Дж. Э. История культуры татуировок, ска-

- рификации, клеймения и вживления имплантов. – СПб.: ИГ «Весь», 2011. – 192 с.
10. Bensler J.M., Paauw D.S. Apotemnophilia masquerading as medical morbidity // *South Med. J.* – 2003, Jul. – Vol. 96, № 7. – P. 674-676.
 11. Bruno Richard L. Devotees, Pretenders, and Wannabes: Two Cases of Factitious Disability Disorder // *Sexuality and Disability.* – 1997, Winter. – P. 243-260.
 12. Camphausen R.C. Return of the Tribal: A celebration of body adornment. Rochester, VT: Park Street Press, 1997. – 128 p.
 13. Elliot C. A new way to be mad // *The Atlantic Monthly.* – 2000. – Vol. 286, №6. – P. 72-84. Parts 1, 2 & 3.
 14. Fakir Musafar, Thompson M. Fakir Musafar: Spirit + Flesh. – Santa Fe, NM: Arena Ed., 2002. – 184 p.
 15. Favazza A.R. Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Maryland: The Johns Hopkins University Press, 1987-1996. – 400 p.
 16. Hawton K., Zahl D., Weatherall, R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital // *British Journal of Psychiatry.* – 2003. – № 182. – P. 537-542.
 17. Heger Boyle E. Female genital cutting: cultural conflict in the global community. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2002. – 208 p.
 18. More Max Technological self-transformation: expanding personal extropy. *Extropy.* – 1993. #10. – Vol. 4, № 2.
 19. Murphy E., Kapur N., Webb R., Purandare N., Hawton K., Bergen H., Waters K., Cooper J. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study // *Br. J. Psychiatry.* – 2012. – №200. – P. 399-404.
 20. Riddle Grant C. Amputees and devotees. – N-Y: Irvington Publishers Inc., 1990. – 337 p.
 21. Sandberg, Anders (2001). Morphological Freedom – Why we not just want it, but need it. <http://www.nada.kth.se/~asa/Texts/MorphologicalFreedom.htm>. Retrieved 2007-01-28.
 22. Vale V., Juno A. Modern primitives. San Francisco, CA: RE/Search Publications, 1989. – 212 p.
 23. Wise T.N., Kalyanam R.C. Amputee fetishism and genital mutilation: case report and literature review // *J. Sex Marital. Ther.* – 2000. – Oct-Dec. – Vol. 26, № 4. – P. 339-344.
 24. www.bmezzine.com
 25. www.bodymodify.ru
 26. www.devguide.org
 27. www.piercing.ru
 28. www.ultratattoo.ru

SELF-HARM AND ATTRACTION TO BODY MODIFICATION (BIID) AS A PARTIAL DISORDER OF SURVIVAL INSTINCT

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekaterinburg, Russia

Disorders include disorders of self-preservation of two relatively independent instincts: survival instinct and instinct of preserving the integrity of the body. Manifestations desire body modification is largely dependent on the socially accepted norms, which vary according to the laws of fashion (evolution). Modifications are in conformity with the norms of the society manifestations modifications are not pathological. Body modification options that are accepted only small fringe groups of individuals, often exhibit certain personality traits level accentuation, which determine their adoption of modifications that deviate from accepted norms, can be considered "borderline disorders instincts integrity of the body."

To the "craving for body modification," exercise extreme variantes modifications unacceptable even in marginalized groups that distinguish Xia not only unacceptable degree of them in society as an obsessive-compulsive-acter craving in individuals with such drives and the inability to self corrected. These drives should be assigned to a group of pathological habits and inclinations, that is one of the manifestations of non-chemical behavioral addictions.

Key words: self-harm, body-modification, BIID, suicide.

УДК: 616.89-008.447:001.11

КОНЦЕПЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В.А. Руженков, В.В. Руженкова, А.В. Боева

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Руженков Виктор Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», телефон: (4722) 34-43-81, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Реженкова Виктория Викторовна – студентка 6 курса медицинского факультета ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», тел.: (4722) 34-43-81

Боева Алевтина Викторовна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», тел.: (4722) 34-43-81

В обзоре излагаются основные взгляды на генез суицидального поведения, приводится разработанная авторами классификация концепций суицидального поведения, анализируется вклад в его генез индивидуально-личностных, анатомо-антропологических, генетических, социально-средовых и клинических факторов.

Ключевые слова: суицидальное поведение, самоубийство, теория суицида, факторы риска суицида.

Анализ доступных данных литературы показал, что в настоящее время существует ряд различных концептуальных взглядов на предполагаемые механизмы формирования суицидального поведения. В зависимости от отрасли науки, лежащей в основе интерпретации генеза суицидального поведения, можно выделить: социологическую, анатомо - антропологическую, психологическую, генетическую, биохимическую, клиническую (психиатрическую) и эклектическую концепции.

I. Социологическая теория самоубийства.

Первым фундаментальным научным трудом, объясняющим механизм формирования суицидального поведения, была работа социолога Э. Дюркгейма «Самоубийство. Социологический этюд» [23], впервые изданная в 1897 году. Он выделил четыре типа суицида: аномический, фаталистический, эгоистический и альтруистический. Первые два относятся к регуляции социальной жизни общества, остальные два – к характеристикам личности.

Аномический суицид (аномия – нарушение закона) имеет место в обществах с внезапным нарушением регуляции социальной жизни и взаимоотношения индивида и общества. Суициды совершают лица, потерявшие связи с референтной группой, привычным укладом жизни, ценностными установками. Типичными примерами таких суицидов являются внезапная безработица, разводы, вынужденная миграция, экономические потрясения. Рост аномических суицидов увеличивается при социальной нестабильности, нарушении общественных ценностей.

Фаталистические суициды имеют место в автократических обществах, общественных структурах с жесткой регуляцией поведения личности. Это относится к тюрьмам, армии, военизированным организациям.

Эгоистические суициды детерминируются недостаточной интеграцией общества, референтной группы или семьи. Общественные формации перестают регулировать и определять поведение человека. Индивид, оказавшись в одиночестве, больше подвержен суицидальному поведению. Эгоистические суициды возникают у разведенных, стариков и больных

людей с чувством утраты своего «Я» как части общества.

Альтруистические суициды возникают в случаях, когда социальная интеграция является излишней и индивид в соответствии с общественными нормами, правилами, регламентом исполняет суицидальный акт. Это ритуал «сати» среди вдов в Индии, «харакири» среди потерпевших поражение мужчин в Японии, героические поступки с самопожертвованием.

Э. Дюркгейм впервые показал, что рейтинг самоубийств напрямую связан с социальной интеграцией человека – то есть степенью, в которой индивид чувствует себя частью большой группы. Самоубийство наиболее вероятно в том случае, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, переживает одиночество, особенно когда такая проблема встает перед ним внезапно, например, при потере работы. Исследования современных авторов [19, 29, 31, 41, 46, 77, 80, 81] также указывают на роль социальных факторов в генезе самоубийств. Резкое изменение привычного стереотипа жизни нередко приводит к затруднениям к адаптации к новым социальным условиям и выработке адекватных ситуации поведенческих стереотипов, что обуславливает социальную дезадаптацию, повышает уровень невротизации, увеличивая число дезадаптивных реакций, в том числе и суицидальное поведение [2, 15, 20]. Количество суицидов отражает экономический статус социума, уровень культуры, возможность цивилизованного развития общества, степень адаптации индивидуумов к социально-культурной среде обитания [2, 8, 14, 24, 25].

II. Психологические концепции суицидального поведения.

Психологические концепции самоубийств включает психодинамическую, экзистенциально-гуманистическую и бихевиоральную модели.

Основоположник психодинамического направления в современной психологии З. Фрейд [52] создал первую психологическую теорию суицидального поведения. Полагая, что ненависть к самому себе, наблюдаемая при депрессиях, возникает как гнев по отношению

к любимому человеку, который субъекты направляют назад, против самих себя, он рассматривал суициды как крайнюю форму этого явления и высказал сомнение в существовании суицидов без наличия более раннего подавленного желания убить кого-либо еще. В работе «Печаль и меланхолия» он указывал, что у человека есть два вида влечений: инстинкт жизни – Эрос и влечение к смерти, разрушению и агрессии – Танатос. Существуют постоянные колебания между силой этих двух противоположных инстинктов. Эрос со временем стареет, вечный же Танатос остается в высшей степени напористым до самого конца, на всем протяжении жизни человека, достигая своей цели лишь приводя его к смерти. Другие представители психодинамического направления [66], описывая механизм суицидального поведения, обозначали его как «отставление», «ретрофлексивное убийство» – повернутое на себя в результате действия психологического защитного механизма – ретрофлексии (в терминологии гештальтпсихологии), а также – «само-наказание».

К.Г. Юнг [57, 58], основатель аналитической психологии, касаясь вопроса о самоубийстве, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Оно может стать важной причиной смерти от собственных рук. Люди не только желают уйти от невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство, они торопятся со своим метафорическим возвращением в чрево матери. Только после этого они превратятся в детей, вновь рожденных в безопасности. В образном языке символической мудрости веков («архетипах») есть знаменитое Распятие: после смерти человека ожидает награда в виде новой жизни вследствие воскресения.

Дж. Хиллман [53], последователь К.Г. Юнга, считал, что суицид является важным и законным способом обретения смерти, которая «освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души». Он цитировал английского философа Д. Юма: «Когда я падаю на свой меч, то этим я принимаю смерть от руки божества настолько же, как если бы она была следствием нападения льва, падения в пропасть или лихорадки».

Представитель неопсихоанализа К. Хорни [54] считала, что культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в сговор с целью искажения развития личности ребенка. Чувствуя себя в опасном окружении, дети рас-

сматривают мир как враждебную среду для жизни. Это вызывает у них появление «основной тревоги». Суицид может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности. Самоубийство может быть также «суицидом исполнения», из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом. В соответствии со взглядами К. Хорни, суицид является результатом сочетания внутренних характеристик личности и факторов окружающей среды.

Основатель индивидуальной психологии А. Адлер [1] рассматривает суицид как результат кризиса, который возникает в связи с поиском человеком пути преодоления комплекса неполноценности. В итоге человек оказывается в состоянии застоя, который не позволяет ему приблизиться к реальности, что приводит к регрессии. Крайней стадией регрессии является суицидальная попытка.

К. Меннингер [32], разделяя точку зрения З. Фрейда в том, что в жизни человека существует напряженная борьба между инстинктами самосохранения и саморазрушения, выделил три взаимосвязанных бессознательных механизма: мечь/ненависть (желание убить), депрессия / безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Во-первых, для того чтобы совершить самоубийство, необходимо иметь желание убить. Оно, например, проявляется в ярости младенцев, если их желания фрустрируются. «Подобно грудным детям, противящимся отнятию от груди и чувствующим, что у них забирают нечто, на что они имеют право, суициденты, будучи в большинстве своем инфантильными, могут не выдержать помех на пути исполнения их желаний». Желание убить в этом случае, посредством механизма психологической защиты (ретрофлексии), обращается против «желающего» и реализуется путем самоубийства.

Во-вторых, необходимо испытывать желание быть убитым. Подобно тому, как убийство является крайней формой агрессии, желание быть убитым представляет собой крайнюю форму подчинения. Требования совести зачастую оказываются столь непоколебимыми, что лишают человека внутреннего покоя. Чтобы быть наказанным из-за нарушения моральных норм, люди часто ставят себя в ситуацию, в которой они вынуждены страдать. В конце концов, они искупают свою вину только тем, что должны быть убиты.

В-третьих, важным составным побуждением самоубийства является желание умереть. Иллюстрацией является рискованное поведение водителей или альпинистов, которые буквально нуждаются в том, чтобы подвергать себя постоянной опасности.

Точка зрения основателя трансактного анализа – Э. Берна [10, 11], заключается в трактовке суицидального поведения как результата формирования и развития жизненного сценария, основные черты которого закладываются еще в раннем детском возрасте, под влиянием «родительских предписаний».

Автор теории личностных конструктов G. Kelly [68, 69], возражая против психоаналитической концепции самоубийства, истолковывал его как акт, совершаемый с целью доказать достоверность своей жизни, либо как акт ухода от действительности. В последнем случае самоубийство совершается из-за фатализма или тотальной тревоги: ход событий так очевиден, что нет смысла дожидаться результата (фатализм), либо все так непредсказуемо, что единственный определенный поступок, который можно совершить – уйти со сцены.

Представители экзистенциально - гуманистического направления полагают, что основная причина самоубийств – «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни [51, 59].

Рассматривая генез суицидального поведения, представители бихевиорального направления исходят из понятия «рефлекса цели» [34]. Рефлекс цели является основной формой жизненной энергии человека; жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Причины попыток покушения на жизнь и самоубийств заключается в кратковременном, реже – продолжительном торможении рефлекса цели.

С точки зрения Г.С. Салливана [44], представителя бихевиоризма, автора теории межличностного общения, так же как электроны приводятся в движение магнитным притяжением, так и человек реагирует на других значимых ему людей. Каждый человек имеет три олицетворения «Я»: когда он человек чувствует себя в безопасности, он является «хорошим Я», в состоянии тревоги он становится «плохим Я», а в психотических кошмарах индивид превращается в «не-Я». Если возникнет угроза безопасности из-за неразрешенного кризиса, то конфликт и тревога могут стать для человека невыносимыми. В этих обстоятельствах у него

может возникнуть желание перевести свое «плохое Я» в «не-Я», и таким образом совершить суицид. В состоянии депрессии саморазрушение является привлекательной альтернативой для индивида. Суицид отражает, по мнению автора, переориентированное на себя враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру (тот же защитный психологический механизм «ретрофлексия»).

А.Т. Веck [67], представитель когнитивно-бихевиорального направления, в причинах самоубийства видит роль негибкого мышления («Жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть...»), которое ведет к невозможности выработки оптимальных решений своих проблем.

Американский психолог E.S. Shneidman [78] описал несколько серьезных характеристик суицида. Сюда включается чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также мнение, что только смерть является единственным способом решить все проблемы. Он разработал типологию индивидов, играющую непосредственную роль в приближении своей смерти.

- Искатели смерти расстаются с жизнью преднамеренно, причем таким образом, что спасение является невозможным или крайне невероятным.

- Инициаторы смерти (к ним относятся неизлечимо больные), лишаящие себя систем обеспечения, отсоединяя иглы или канюли.

- Игроки со смертью – это те, кто делает свою жизнь ставкой в ситуации относительно низкой вероятностью выживания, как например, в русской рулетке, где шансы погибнуть составляют 1 из 6.

- Существует еще тип людей одобряющих смерть, хотя и не играющих активной роли в ее приближении, но честно заявляющих, что желали бы своего конца. Этот тип часто встречается среди тревожной молодежи и одиноких стариков.

III. Анатомио-антропологическая теория самоубийств.

Основоположником анатомио - антропологической точки зрения на самоубийство является Ч. Ломброзо [30], считающий причиной покушения на жизнь различные аномалии в строении и развитии организма. Биологические предпосылки к самоубийству автором объяснялись аномалиями строения черепа, которые

производят механическое действие на головной мозг, препятствуют нормальной психической деятельности. При патанатомическом вскрытии лиц, покончивших жизнь самоубийством, нередко обнаруживались анатомические изменения (уродства, опухоли, кровоизлияния в мозг, гиперостозы черепа). Это давало основание полагать, что в момент самоубийства психическое равновесие субъекта было нарушено. Сходной точки зрения придерживается и А.Н. Корнетов [24, 25], выявивший у лиц, совершивших попытки покушения на жизнь, типичные признаки соматопсихического дизонтогенеза в виде морфологических дисплазий и дисфункциональных нарушений, являющихся результатом повреждений в раннем периоде развития.

Составной частью антропологической теории, являются кросс-культуральные исследования этнических различий в уровне суицидальности [64]. Выдвигается гипотеза, согласно которой в каждом народе проявляется некая «коллективная сила», «определенная энергия», оказывающая деструктивное влияние на поведение его представителей. Эта теория близка к психологической (архетипы смерти в понимании К.Г. Юнга). На существенную роль в генезе суицидального поведения этнических факторов указывали и отечественные психиатры [22, 39-41].

IV. Генетические факторы в генезе самоубийств.

Ряд исследователей выявили высокую частоту суицидов у больных депрессией в случае, если среди их родственников были лица, совершившие самоубийство [75, 76, 79]. На самоубийства среди биологических родственников, как одним из важных факторов суицидального риска для психически больных, указывают и другие авторы [55]. В то же время существует и противоположная точка зрения [74], согласно которой семейный анамнез не может служить надежным предиктором суицида у пробанда. Высказывается точка зрения, что суициды среди родственников могут влиять как психологический фактор, снимающий подсознательный «запрет на убийство».

V. Биохимические концепции суицидального поведения.

В литературе имеют место предположения, что стремление к самоубийству может быть обусловлено изначальными (врожденными) дефектами той или иной системы организма [70, 71, 82], в частности дефицит серотонина. У

тех суицидентов, которые совершали суицидальные попытки более насильственными способами (огнестрельные ранения, падения с высоты), обнаруживался более низкий уровень 5-НПAA (5-гидрокси-3-индолуксусной кислоты) в спинномозговой жидкости, по сравнению с теми, которые не совершали суицидальных попыток или совершали их с помощью менее насильственных методов (самоотравление медикаментами или средствами бытовой химии).

VI. Самоубийство – как душевная болезнь.

Психопатологическая концепция самоубийств, берущая начало в работах первой половины XIX в., рассматривала самоубийство как продукт болезненно измененной психики, квалифицируя суицидальные проявления как симптом психического заболевания. Так в своей работе «О помешательстве» французский психиатр J.E.D. Esquirol [62] пишет, что «... в самоубийстве проявляются все черты сумасшествия. Только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы – душевно больные люди». J.P. Falret [63] также отождествлял суицид с душевной болезнью. Такое понимание самоубийства нашло последователей и в России [43].

Психиатрическая концепция суицидального поведения значительно повлияла на гуманизацию общественного мнения в отношении самоубийц и лиц, совершивших суицидальные попытки, так как в большинстве Европейских стран самоубийство трактовалось как противоправное деяние вплоть до конца прошлого века, а самоубийцы зачастую приравнивались к уголовным преступникам, против которых предусматривались юридические санкции [3-6, 50].

Отечественный психиатр И.А. Сикорский в своих «Основах теоретической и клинической психиатрии» [45] относил феномен суицида к так называемой «психической неустойчивости», понимая под ней довольно широкую область, которая «одной своей стороной соприкасается со здоровьем души», а другой – с миром психозов. По мнению С.С. Корсакова [26], большинство самоубийц происходит из психопатических семей, и, нередко, они сами имеют резкие признаки психической неуравновешенности. Поэтому он расценивал самоубийство как акт душевного, нередко кратковременного, расстройства. На роль депрессии в генезе самоубийств указывал К. Aché [60].

Современная клиническая концепция суицидального поведения рассматривает психиче-

скую патологию и ее удельный вес в генезе суицидального поведения противоречиво. Отечественные авторы [5] считают, что среди лиц с завершёнными суицидами соотношение среди больных психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровых в психическом отношении лиц пропорция составила 1,5 : 5 : 1, т.е. психически здоровые составляют 13,3%. В то же время, по мнению некоторых авторов [38, 42], у суицидентов, отнесенных к числу психически здоровых, в действительности имеют место патологические формы дезадаптации личности в виде предболезненных состояний, которые на высоте дезадаптации в течение короткого времени переходят на клинический уровень. Еще В.М. Бехтерев [12] в докладе «О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним» на съезде психиатров и невропатологов возражал против отождествления самоубийств с душевной болезнью, равно как и против их отнесения исключительно к поступкам психически здоровой личности. Он подчеркивал, что самоубийство совершают люди, о наличии у которых психического заболевания нельзя сказать и за несколько часов до трагедии. Суицид – это акт, выходящий из рамок обычных действий человека, и, в большинстве случаев, вряд ли совершается вполне обдуманно и спокойно, поэтому его невозможно однозначно отграничить от психического расстройства.

VII. Эклектические теории самоубийства.

Современные исследователи рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, в генезе которого играют роль клинические, социально-психологические и индивидуально-личностные факторы [16, 17, 36, 47, 48, 65, 72, 73, 79], а сам суицид – явление неоднородное: в одних случаях – это обдуманные, заранее запланированные действия, в других – импульсивные [49].

Суицидальное поведение определяют: раса, пол, возраст, психологические особенности личности, образование, социальное и семейное положение, социальная изоляция личности, урбанизация, экономический спад, алкоголизм и наркомания, нарушения здоровья, сезонность, потеря родителей в детстве, попытка самоубийства в анамнезе, время года и дня, местность, вероисповедание, профессия и другие [7, 18, 33, 35].

В концепции суицидального поведения А.Г. Амбрумовой [3, 5], используется интегративный подход к генезу суицидального поведения. Суицидальное поведение рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого субъективно неразрешимого микросоциального конфликта. Самоубийство – результирующая различных социальных, культурологических, психологических и патопсихологических воздействий на индивида [6].

Таким образом, генез суицидального поведения определяется сложным соотношением социально-средовых, генетических, индивидуально-личностных и (при наличии психического расстройства) психопатологических факторов, удельный вес которых и вклад в формирование суицидального поведения в каждом отдельном случае различен, что важно учитывать при разработке дифференцированных программ превенции суицидального поведения.

Литература:

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Фонд «За экон. грамотность», 1995. – 291 с. (Библиотека зарубежной психологии).
2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал. – 1996. – Том. 3, № 11. – С. 689-695.
3. Амбрумова А.Г. Некоторые вопросы суицидологии, связанные с проблемой алкоголизма // Вопросы социальной и клинической психоневрологии: материалы науч.-практ. конф. врачей-психиатров Моск. обл.: в 2 т. / под ред. Л.Л. Рохлина, М.И. Рыбальского; Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР [и др.]. – М., 1973. – Том 2. – С. 202-208.
4. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии: сб. науч. работ / отв. ред. В.В. Ковалев. – М., 1981. – С. 35-49.
5. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: сб. научных трудов Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 6-26.
6. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии: сб. научных трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7-25.
7. Андерсон С.К. Потребление алкоголя и алкоголизм // Энциклопедия социальной работы: в 3 т. / гл. ред.: Л.Э. Кунельский, М.С. Мацковский. – М., 1994. – Том. 2. – С. 289.

8. Анощенко Ю.Д., Смирнов С.В. Медико-социальный статус пострадавших от ожогов вследствие суицидальной попытки (случаи саможжения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1995. – № 4. – С. 72-74.
9. Антохин Г.А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении // Актуальные проблемы суицидологии: сб. научных трудов Московского НИИ психиатрии МЗ СССР. – М., 1981. – С. 168-177.
10. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: систем. индивидуал. и соц. психиатрия. – М.: Акад. проект, 2001. – 316 с.
11. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. – СПб.: Братство, 1992. – 223 с.
12. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним // Вестник знания. – 1912. – № 2. – С. 131-141.
13. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним // Вестник знания. – 1912. – № 3. – С. 253-264.
14. Васильев В.В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2001. – 22 с.
15. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: на материале сред. города зап. региона Рос. Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 1997. – 26 с.
16. Войцех В.Ф., Скибина Г.А., Паршин А.Н. Прогноз и превенция повторных самоубийств среди лиц с пограничными расстройствами и психически здоровых: пособие для врачей. – М.: [б. и.], 1998. – 17 с.
17. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 2. – С. 16-19.
18. Гишинский Я.И., Смолинский Л.Г. Социодинамика самоубийств // Социологические исследования. – 1988. – Том 15, № 5. – С. 57-64.
19. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2006. – 18 с.
20. Гурвич И.Н., Шаламайко Ю.В. Значение психопрофилактической помощи работающим на крупных промышленных предприятиях в условиях экономического спада // XII съезд психиатров России, Москва, 1-4 ноября 1995 г.: мат. съезда Российского общества психиатров. – М., 1995. – С. 55.
21. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / МЗ РСФСР, Моск, НИИ психиатрии; сост.: А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. М.: [б.и.], М., 1980. – 48 с.
22. Дубравин В.И. Суициды в республике Коми: клинико-соц. и этнокультуральный аспект: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2001. – 31 с.
23. Дюркгейм Э. Самоубийство: социол. этюд. – СПб.: Союз, 1998. – 493 с.
24. Корнетов А.Н. Клинико-эпидемиологические данные о суицидальных попытках в подростково-юношеском возрасте // Проблемы организационной и социальной психиатрии. – М., 2000. – С. 315-316.
25. Корнетов А.Н. Распространенность и клинико-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Томск, 1999. – 22 с.
26. Корсаков С.С. Курс психиатрии, 3-е изд., тт. 1-2. – М., 1913.
27. Красильников Г.Т., Гулевич Э.А. Медико-статистический анализ основных характеристик суицидентов за периоды 1992-1994 гг. // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: сб. науч. тр. / Новосиб. ГМИ; ред. Г.Т. Красильников. – Новосибирск, 1997. – Вып. 4. – С. 70-75.
28. Кузнецов В.Е. Истоки междисциплинарного подхода в отечественной суицидологии // Комплексные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР. – М., 1986. – С. 84-93.
29. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1994. – 37 с.
30. Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. – М.: Академический Проект, 2011. – 240 с.
31. Мальцев С.В., Бариков Е.Х., Сурков А.В. Медико-социальный анализ случаев самоубийств в г. Кемерово // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики: сб. ст. / Удм. отд-ние Всесоюз. науч. о-ва судеб. медиков; под ред. В.И. Витера. – Ижевск, 1994. – Вып. 7. – С. 125-128.
32. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 477 с.
33. Неплох Я.М. Человек, познай себя!: записки психиатра. – СПб.: Наука, 1991. – 208 с.
34. Павлов И.П. Полное собрание сочинений: в 6 т. Изд. 2-е, доп. – М.; Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1951-1954. – Т. 1-6.
35. Пермякова И.А. Клинические проявления психических нарушений и их психотерапевтическая коррекция у лиц, впервые совершивших суицидальную попытку: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Томск, 1996. – 24 с.
36. Пивнева Е.В. Социологические исследования суицидального поведения // Архив психиатрии. – 1995. – № 9. – С. 77-79.

37. Пинель Ф. Врачебно-философские начертания душевных болезней. – М., 1829. – С.117-121.
38. Полищук Ю.И. О так называемых непатологических суицидоопасных ситуационных реакциях // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 3. – С. 156-158.
39. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. – № 4. – С. 6-11.
40. Положий Б.С. Суицидальное поведение: клинико-эпидемиол. и этнокультуральные аспекты. – М.: Изд-во ССП им. В.П. Сербского, 2010. – 229 с.
41. Положий Б.С. Клиническая суицидология: Этнокультуральные подходы. – М., 2006. – 207 с.
42. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессии // Актуальные проблемы суицидологии: сб. науч. работ / отв. ред. В.В. Ковалев. – М., 1981. – С. 150-167.
43. Розанов П.Г. О самоубийстве». – 1891.
44. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. – М.: КСП+, СПб.: Ювента, 1999. – 345 с.
45. Сикорский И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии с кратким очерком судебной психологии. – Киев, 1910. – 702 с.
46. Скибина Г.А., Виноградова И.А. Диагностика суицидального поведения при невротической депрессии // Проблемы организационной и социальной психиатрии. – М., 2000. – С. 319-320.
47. Спиридонов В.А. Комплексное судебно-медицинское и социально-гигиеническое исследование самоубийств: по материалам Республики Татарстан: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.24. – М., 1996. – 22 с.
48. Спиридонов В.А. Медико-статистический анализ завершенных суицидов в г. Казани за 1988-1992 гг. // Казанский медицинский журнал. – 1994. – Том 75, № 4. – С. 296-298.
49. Суицидальное поведение как социально-гигиеническая проблема / П.П. Петров [и др.] // Советское здравоохранение. – 1991. – № 11. – С. 27-31.
50. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993.
51. Франкл В. Психотерапия и религия // Человек в поисках смысла: сб. / общ. ред.: Л.Я. Гозман, Д.А. Леонтьев. – М., 1990. – С. 334-337.
52. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций: тексты / под ред. В.К. Вильюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. 2-е изд. – М., 1993. – С. 215-223.
53. Хиллман Д. Самоубийство и душа. – М.: Когито-Центр, 2004. – 271 с.
54. Хорни К. Невроз и личностный рост: борьба за самореализацию. – СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1997. – 316 с.
55. Чуев Ю.Ф. Особенности суицидального поведения у больных депрессиями инволюционного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – Харьков, 1991. – 21 с.
56. Юнг К.Г. Аналитическая психология. – СПб.: Кентавр [и др.], 1994. – 136 с.
57. Юнг К.Г. Конфликты детской души: [сб.]. – М.: Канон, 1995. – 333 с.
58. Юнг К.Г. Психология бессознательного. – М.: Канон, 1994. – 317 с.
59. Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1998. – 575 с.
60. Achte K. Depression and suicide // Psychopathology. – 1986. – Vol. 19, suppl. 2. – P. 210-214.
61. An eight-year survey of hospital suicides / N.L. Farberow [et al.] // Life Threatening Behav. – 1971. – Vol. 1, № 3. – P. 184-202.
62. Esquirol J.E.D. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. – Paris: Tircher, 1838. – Т. 1-2.
63. Falret J-P. Mémoire sur la folie circulaire // Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine. – 1854. – Vol. 19. – P. 382-400.
64. Gergely, M. Röpirat az öngyilkosságról. 2, átdolgozott és bőv. kiad. – Budapest: Medicina Könyvkiadó, 1981. – 195 s.
65. Gould M.S., Shaffer D. The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation // N. Engl. J. Med. – 1986. – Vol. 315, № 11. – P. 690-694.
66. Hendin H., Haas A.P. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans // Am. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 148, № 5. – P. 586-591.
67. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation / A.T. Beck [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 142, № 5. – P. 559-563.
68. Kelly G.A. The psychology of personal constructs: in 2 vol. New York: W.W. Norton & Company, cop. 1955. Vol. 1: A theory of personality. – 556 p.; Vol. 2: Clinical diagnosis and psychotherapy. 457 p.
69. Kelly G.A. Theory and therapy in suicide: The personal construct point of view // The cry for help / eds.: E.S. Schneideman, N.L. Farberow. –New York, 1961. – P. 255-280.
70. Maes M., Meltzer Y.H. The serotonin hypothesis of major depression [Electronic resource] // Psychopharmacology: The fourth generation of progress / eds.: F.E. Bloom, D.J. Kupfer. New York, 1995. – P. 933-944. URL: <http://www.acnp.org/g4/GN401000094/Default.htm>.
71. Maes M., Smith R., Scharpe S. The monocyte-T-lymphocyte hypothesis of major depression // Psychoneuroendocrinology. – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 111-116.
72. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study / D.A. Brent [et al.] // J. Am.

- Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1993. – Vol. 32, № 3. – P. 521-529.
73. Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides / M.J. Marttunen [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1994. – Vol. 33, № 4. – P. 490-497.
74. Rainer J.D. Genetic factors in depression and suicide // Am. J. Psychother. – 1984. – Vol. 38, № 3. – P. 329-340.
75. Roy A. Family history of suicide in manic-depressive patients // J. Affect. Disord. – 1985. – Vol. 8, № 2. – P. 187-189.
76. Roy A. Suicide in recurrent affective disorder patients // Can. J. Psychiatry. – 1984. – Vol. 29, № 4. – P. 319-322.
77. Sainsbury P. Suicide in later life // Gerontol. Clin. (Basel). – 1962. – Vol. 4. – P. 161-170.
78. Shneidman E.S. Deaths of man. – New York: Quadrangle, 1973. – 238 p.
79. Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients / D.A. Brent [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1990. – Vol. 29, № 4. – P. 586-593.
80. Whitlock F.A. Suicide in England and Wales 1959-63 Part 1. The county boroughs // Psychological Medicine. – 1973. – Vol. 3, № 3. – P. 350-365.
81. Whitlock F.A. Suicide in England and Wales 1959-63 Part 2. London // Psychological Medicine. – 1973. – Vol. 3, № 3. – P. 411-420.
82. Willner P., Kupfer D.J., Bloom F.E. Dopaminergic Mechanisms in Depression and Mania [Electronic resource] // Psychopharmacology: the fourth generation of progress. – New York, 1995. – P. 921-931. URL: <http://www.acnp.org/publications/psycho4generation.n.aspx>.

CONCEPTIONS OF SUICIDAL BEHAVIOR

V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova, A.V.Boeva

Belgorod National Research University, Russia

This review develops the main sights about genesis of suicidal behavior as well as authors' classification of its conceptions; here it is given the analysis of contribution of personalistic, anatomico-anthropological, genetics, social and clinical factors in genesis of suicidal behavior.

Key words: suicidal behavior, suicide, suicide theory, risk factors of suicide.

УДК: 159.9:616.89-008.441.44:616.89-008.441.13

ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ И АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

В.А. Солдаткин, А.В. Дьяченко, К.С. Меркурьева

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия
ЛРНЦ «ФЕНИКС», г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация:

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

Дьяченко Антон Васильевич, ординатор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Ростовский ГМУ» Министерства здравоохранения России, врач ЛРНЦ «Феникс». Телефон: +7 (908) 1765857, e-mail: avddoc@yandex.ru

Меркурьева Ксения Сергеевна, ординатор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Ростовский ГМУ» Министерства здравоохранения России. Телефон: +7 (928) 6204507, e-mail: audrey3@yandex.ru

Исследование посвящено изучению ситуации с употреблением психоактивных веществ, распространенности интернет-зависимости, а также выявлению суицидологического риска у молодежи ростовского региона. В результате проведения анонимного анкетирования с использованием проективных методик авторы выявили высокую распространенность как химической, так и нехимической зависимости; группу высокого суицидального риска. Подтверждена корреляция между результатами методик, оценивающих суицидальный риск и склонность к зависимости. Не удалось обнаружить связи между параметрами методик различного типа, применяемых в суицидологии; исследование будет продолжено в этом направлении.

Ключевые слова: зависимость, суицидальный риск.

По данным ВОЗ, Россия продолжает удерживать прочную позицию среди стран с высоким уровнем самоубийств. За последние два

десятилетия в нашей стране завершили жизнь суицидом 830 тысяч человек. За это время уровень самоубийств значительно снизился – с

31,9 до 21,4 на 100 тыс. населения, однако за этот же период практически втрое увеличился показатель суицидов среди молодежи. Согласно официальным данным, ежегодно в России каждый двенадцатый подросток в возрасте от 15 до 19 лет совершает попытку добровольного ухода из жизни. Показатель суицида среди молодых людей в нашей стране составляет 20 на 100 тыс. населения, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза [3].

Особый интерес вызывают данные, указывающие на связь молодежной суицидальности с другой чрезвычайно важной для нашей страны проблемой – зависимым поведением; эта связь описывалась как в отношении химической [4], так и нехимической зависимости [1, 5].

Принимая во внимание социальную значимость указанных проблем, которые до настоящего времени остаются чрезвычайно острыми, и необходимость совершенствования профилактических мер, представляются актуальными исследования, направленные на изучение аддиктологической и суицидологической обстановки в молодежной среде. В рамках проводимой сотрудниками Ростовского государственного медицинского университета работы по реализации подпрограмм «Антинаркотическое воспитание молодежи», «Психогигиена и психопрофилактика студентов» в сентябре-октябре 2012 года было проведено масштабное анкетирование учащихся высших учебных заведений г. Ростова-на-Дону.

Цель исследования: изучение аддиктологической и суицидологической обстановки в молодежной среде г. Ростова-на-Дону.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 908 студентов ВУЗов г. Ростова-на-Дону, отобранные методом случайного выбора. Соотношение женщин и мужчин составило 3:1. Возраст исследуемых от 18 до 29 лет. На момент исследования, в период учебы 64,1% студентов проживали отдельно от семьи. В браке живут 8,6% исследуемых. Материальное положение студенты оценивали следующим образом: семья ограничивает себя во всем, даже питании – 2,9%; денег в семье постоянно не хватает – 10,4%; в целом денег хватает, но лишних нет – 73,6%; семья ни в чем себе не отказывает – 11,9%.

Свою успеваемость студенты оценивали следующим образом: отлично – 3,5%; хорошо и отлично – 26,2%; хорошо – 28,6%; удовлетворительно и хорошо – 37,4%; удовлетворительно – 2,9%.

Участникам был предложен авторский опросник, предназначенный для комплексной оценки ситуации с потреблением психоактивных веществ, а также факторов, этому способствующих. В анкете уделено внимание проблеме нехимической (компьютерной) зависимости и суицидальному риску студентов.

Таблица 1

Результаты применения проективной методики З. Королёвой (n=892)

Результат	Интерпретация	(%)
В рисунке больше закрашенных, чем пустых мест	В данный момент жизни человек пребывает в мрачном настроении духа, его гнетет нечто. Это состояние временное, склонность к суициду невелика.	28,0
Закрашено не больше трех небольших частей фигуры	При определенных обстоятельствах человек мог бы задуматься о самоубийстве, и, возможно, даже предпринял бы такую попытку. Однако обстоятельства крайне редко кажутся ему настолько ужасными.	26,5
Продолжено закрашивание заданной части фигуры	Подсознательно человек допускает суицид. Однако внешне суицидальные наклонности не проявляются, они могут реализоваться при провокации	21,1
В фигуре ничего не закрашено, обведены части	Человек считает суицид преступлением по отношению к самому себе, близким людям и окружающему миру. Как бы ни была трудна жизнь, он будет бороться и преодолевать препятствия.	19,5
Закрашена вся правая сторона фигуры	Человек зачастую использует свои суицидальные наклонности с выгодой для себя, шантажируя близких возможным самоубийством.	2,7
Закрашена вся левая сторона фигуры	Человек отличается выраженной душевной ранимостью и чрезмерной чувствительностью, остро воспринимает несправедливость жизни. Высокая склонность к суициду. Основной сдерживающий фактор – нежелание причинить душевную боль близким.	2,2%

Результаты применения опросника суицидального риска

Шкалы	Содержание	Баллы
Демонстративность	Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.	1,82±0,14
Аффективность	Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.	3,1±0,17
Уникальность	Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.	1,79±0,14
Несостоятельность	Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – "Я плох".	3,16±0,16
Социальный пессимизм	Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими.	3,65±0,16
Слом культурных барьеров	Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".	2,31±0,14
Максимализм	Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.	2,07±0,20
Временная перспектива	Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.	1,54±0,13
Антисуицидальный фактор	Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга; представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий.	3,83±0,21

Для скринингового изучения компьютерной зависимости была использована методика Chen Internet Addiction Scale (CIAS). Оценка суицидального риска производилась с помощью опросника Т.Н. Разуваевой (1993) и проективной методики З. Королевой.

Анализ результатов произведен непараметрическим методом ранговой корреляции по Спирмену.

Результаты и их обсуждение.

1. Суицидальная угроза. В исследовании с помощью проективной методики З. Ко-

ролевой приняли участие 892 студента. Получены следующие результаты (табл. 1).

2. Таким образом, по данным применения этой методики лишь 19,5% студентов обладают устойчивым «иммунитетом» к суицидальным тенденциям. 26,5%, напротив, явно находятся в группе высокого риска.

С целью проверки полученных данных и оценки гипотезы о корреляции показателей различных методик мы применили тест другого типа (опросник суицидального риска, модификация Т.Н. Разуваевой [2]) у той же группы испытуемых (табл. 2).

Полученные показатели приобретают ценность при их сопоставлении с некими «контрольными» цифрами, полученными, в частности, в группе молодых людей, совершавших суицидальные попытки – в этом направлении наше исследование будет продолжено. В рамках же группы студентов Ростовских вузов данные приобретают смысл в корреляционном контексте; ему посвящен раздел 4.

2. Ситуация с употреблением психоактивных веществ (ПАВ).

Среди опрошенных 11,5% сообщили о том, что имеют опыт употребления ПАВ. Из них 7,9% выполняли это посредством курения; 3,5% – принимали ПАВ перорально, 2,9% – осуществляли ингаляционное введение, а 1,1% студентов имеют опыт внутривенных инъекций наркотиков.

На вопрос о частоте приема ПАВ прозвучали следующие ответы: ежедневно – 1,3%; 1 раз в 2 недели – 0,7%; 1 раз в месяц – 0,2%; 1 раз в 3 месяца – 0,2%; реже – 9,0%.

4,6% студентов сформулировали четкий мотив потребления, т.е. речь идет об устоявшейся мировоззренческой концепции.

Опыт приема ПАВ до поступления в ВУЗ имели 31,2% лиц, сообщивших о наличии такого опыта, т.е. 68,8% приобщились к потреблению в студенчестве. 1,5% опрошенных сообщили, что им доводилось приобретать ПАВ в стенах ВУЗа.

Еще более тревожной представляется следующая цифра: 41,9% студентов убеждены, что приобретение наркотиков в г. Ростове-на-Дону не представляет никаких затруднений.

Проведенное исследование позволяет обоснованно опасаться распространения употребления ПАВ по механизмам прозелетизма: 34,8% опрошенных в течение последнего года видели человека в состоянии наркотического

опьянения; 15,9% – имеют знакомых потребителей ПАВ; 7,3% – имеют друзей-потребителей ПАВ; 2,6% – родственников-потребителей ПАВ. 8,6% – бывают в компаниях, где практикуется употребление наркотиков, при этом получали предложение присоединиться (только за последний год) – 6,6% студентов.

Обращает на себя внимание высокая распространенность среди молодых людей мнения, допускающего существование т.н. «легких наркотиков». Так, 26,9% опрошенных считают, что есть безопасные наркотические вещества. Уверены, что конопля не вызывает зависимость 22,0% студентов; в безопасности «клубных» наркотиков (экстази, амфетамины) убеждены 17,8% исследуемых.

3. Нехимическая зависимость.

В современной наркологии не вызывает сомнений постулат, согласно которому различные формы зависимости взаимосвязаны, объединены общим механизмом развития (Бухановский А.О., 2000-2008; Солдаткин В.А., 2010). Особый интерес представляет компьютерная зависимость как потенциально одна из наиболее распространенных среди молодежи аддикций. Анкетирование студентов с помощью CIAS показало следующие результаты. Средний балл по опроснику – $41,16 \pm 1,22$; в группе «угрозы формирования интернет-зависимости» оказались 30,8% студентов; в группе «болезни» (согласно методике; в клиническом плане говорить о болезни в данном случае невозможно) – 4,8%.

4. Корреляции наркопотребления, склонности к компьютерной зависимости, суицидального риска и социальных характеристик группы¹

Установлены достоверные корреляционные связи между потреблением ПАВ и следующими параметрами:

1. Пол ($r = -0,22$): девушки реже приобщаются к наркопотреблению.

¹ Исследуемые параметры представлены 54 показателями. Проведен корреляционный анализ по принципу «каждый показатель с каждым» (в общей сложности образовано 2916 пар показателей). Анализ выполнен непараметрическим методом ранговой корреляции по Спирмену. Метод позволяет исследовать связь двух признаков при отсутствии сведений об их распределении (как и при наличии сведений о том, что распределение анализируемых количественных признаков не является нормальным).

2. Показатель компьютерной зависимости ($\rho = 0,13$): установлена связь наркопотребления и компьютерной зависимости.

3. Наличие мотива приема ПАВ ($\rho = 0,65$).

4. Наличие опыта приема ПАВ до ВУЗа ($\rho = 0,5$).

5. Наличие употребляющих ПАВ среди знакомых ($\rho = 0,4$).

6. Наличие употребляющих ПАВ среди друзей ($\rho = 0,42$).

7. Наличие употребляющих ПАВ среди родственников ($\rho = 0,14$).

8. Пребывание в компаниях, в которых практикуется прием наркотиков ($\rho = 0,45$), с предложением присоединиться к приему ($\rho = 0,40$).

9. Уверенность в существовании легких наркотиков ($\rho = 0,33$) и излечимости наркомамии ($\rho = 0,22$).

Установлены достоверные корреляционные связи между показателями CIAS и следующими параметрами:

1. Брак ($\rho = - 0,09$). Находящиеся в браке имеют меньшие показатели CIAS.

2. Успеваемость ($\rho = - 0,11$). Хуже успевающие в учебе имеют более высокие показатели.

3. Правильность выбора вуза ($\rho = - 0,14$). Разочаровавшиеся имеют более высокие баллы.

4. Опыт употребления ПАВ ($\rho = 0,13$).

5. Наличие четкого мотива наркопотребления ($\rho = 0,19$).

6. Наличие наркопотребителей среди знакомых ($\rho = 0,12$) и друзей ($0,15$).

Показатели методики оценки суицидального риска: демонстративность ($\rho = 0,19$); аффективность ($\rho = 0,27$); уникальность ($\rho = 0,23$); несостоятельность ($\rho = 0,19$); социальный пессимизм ($\rho = 0,11$); максимализм ($\rho = 0,10$); временная перспектива ($\rho = 0,22$); антисуицидальный фактор ($\rho = 0,23$).

Таким образом, материалы проведенного исследования подтвердили присутствие корреляционных связей между результатами методик, оценивающих суицидальный риск и склонность к зависимости. Не удалось обнаружить связи

между параметрами методик различного типа, применяемых в суицидологии. Исследование этого направления авторам представляется перспективным и будет продолжено.

Литература:

1. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Баранова И.В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 10. – С. 20-25.
2. Диагностика личности / Сост. Т. Н. Разуваева. – Шадринск, 1993. – 26 с.
3. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 3-7.
4. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
5. Солдаткин В.А. Игровая и алкогольная зависимость: клиничко-патогенетическое сопоставление. Монография. LAP LAMBERT Academic Publishing (Saarbrücken, Germany), 2011. – 379 с.

THE STUDY OF SUICIDOLOGICAL AND ADDICTOLOGICAL SITUATION AMONG STUDENTS OF ROSTOV-ON-DON

V.A. Soldatkin., A.V. Dyachenko, K.S. Merkureva

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

The research is devoted to study the use of psychoactive substances, the prevalence of Internet addiction, as well as identifying suicidal risk in young people of Rostov region. As a result of the anonymous survey using projective methods the authors found a high prevalence of both chemical and non-chemical dependence; a group at high suicidal risk. It is confirmed that there is correlation between the results of methods that assess suicidal risk and susceptibility to addiction. We were unable to find the relation between the parameters of different types of methods used in suicidology; the study will be continued in this direction.

Key words: addiction, suicidal risk.