

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)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
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)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Niko Seppälä M.D. (Финляндия)

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

Е.Б. Любов, В.Е. Цурпун

Суицидальное поведение и шизофрения:
биопсихосоциальный подход в диагностике,
лечении и профилактике 3

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов

Суицидальное поведение мужчин: уточнение
роли безнадёжности и депрессии методами
структурного моделирования.
Часть I. Влияние безнадёжности на риск
тяжёлых суицидальных попыток 17

*К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов,
А.Г. Магурдумова*

Медико-психологические и социально-
психологические концепции суицидального
поведения 26

Г.Я. Пилягина

Особенности патогенеза эквивалентной формы
саморазрушающего поведения 36

П.Б. Зотов, Н.В. Михайловская

Неумышленные передозировки наркотика
и суицидальное поведение больных
наркоманиями 48

А.В. Меринов

Влияние прошлой суицидальной активности
на прочие аутоагрессивные, экспериментально-
психологические и наркологические
характеристики мужчин, страдающих
алкогольной зависимостью 58

П.В. Кузнецов

Способы и средства суицидальных попыток
мужчин, содержащихся под стражей 64

Л.Н. Юрьева, А.Е. Юрьев

Суицидологическая ситуация в Украине:
статистика и эпидемиология 70

С.В. Богданов Темпоральные характеристики самоубийств в российской провинции второй половины XIX века (на материалах Курской губернии) ...	76	С.В. Лубсанова, А.А. Базаров Суицидальное поведение и религиозность (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей)	79
		Информация для авторов	84

Contents

Е.В. Lyubov, V.E. Tsuprun Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions	3	A.V. Merinov The influence of past suicidal activity on other aggressive, experimental- psychological and narcological characteristics of men suffering from alcohol dependence	58
A.A. Mid'ko, B.V. Biron, V.A. Rozanov Suicidal behavior in males: evaluation of hopelessness and depression roles using structural equation modeling Part I. The effect of hopelessness on the risk of severe suicide attempts	17	P.V. Kuznetsov Ways and means of suicide attempts of men in custody	64
K. Chistopolskaya, S. Enikolopov, L. Magurdumova Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior	26	L.N. Yur'yeva, A.E. Yur'yev Suicide in Ukraine: statistics and epidemiology	70
G. Pilyagina Pathway aspects of equivalent form of self-destructive behaviour	36	S.V. Bogdanov Temporal characteristics of suicide in the Russian province in the second half of XIX century (based on Kursk province materials)	76
P.B. Zotov, N.V. Michaylovskaya Unintentional drug overdose and suicidal behavior among drug addicts .	48	S.V. Lubsanova, A. A. Bazarov Suicidal behavior and religiosity (for example, young people Buryat and Russian nationalities)	79

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

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на первое полугодие 2014 года

Индекс подписки: **57986**

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, 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 № 172. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 19.09.2013 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

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ШИЗОФРЕНИЯ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Е.Б. Любов, В.Е. Цупрун

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделом суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ.

Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Цупрун Виталий Евсеевич – научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ.

Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

Обзор литературы касается диагностики, научно доказательно эффективного биопсихосоциального лечения и профилактики суицидального поведения больных шизофренией. Указана важность целевой психосоциальной работы с пациентами и их близкими, обучение персонала, организация суицидологической службы в психиатрических учреждениях.

Ключевые слова: шизофрения, суицидальный риск, лечение, профилактика.

Многосторонняя оценка суицидального риска больных шизофренией (БШ) включает психиатрический, сомато - неврологический, социальный аспекты. Полезно начать беседу с пациентом с выявления «главной жалобы». Важно оценить симптомы, связанные с суицидальным риском, спросить о вызывающих наибольший дистресс побочных действиях лекарств (препятствующих, по мнению пациента, «нормальной» жизни, лично значимых), часто не различаемых пациентом (и порой его врачом) от проявлений болезни; прицельно и тщательно выявить депрессивные (смешанные), тревожные симптомы, особо отчаяние и безнадежность [42] и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), возможно как средство самолечения, обостренное чувство самостигматизации, страха возврата «безумия» (свойственно шизоаффективным больным).

Типовые вопросы следует задавать при готовности БШ к содержательной беседе. Обычно ремиттированные БШ с суицидальными мыслями открыты обсуждению проблем при эмпатической связи с врачом. Большинство пациентов амбивалентно к суициду и чувствует облегчение, если врач обсуждает их проблемы [68]. Предпочтительны прямые вопросы о суицидальных мыслях и попытках суицида в прошлом. Важно отношение к ним пациента

(настораживают легковесная критика, сожаление о «неудаче»). Полагает ли БШ себя калекой, изгоем, бременем семьи? Жизнь утомительно бессмысленна? Хочется ли начинать день? Важно отличать антивитальное (депрессивное) настроение от депрессии с суицидальными мыслями и намерениями. Некоторые БШ непрямо говорят о суицидальных намерениях («С меня достаточно»), что требует уточнения [85].

Следует оценить выраженность суицидальных мыслей. Большинство БШ с суицидальными мыслями не совершит суицид, но такие мысли следует активно выявлять и контролировать. Лучший путь профилактики – задавать особые вопросы: – Порой в депрессии, в тяготе жизни люди думают о самоубийстве. А Вы? Давно ли появились эти мысли? Как часто думаете о смерти? Какие события, обстоятельства обостряют мысли (одиночество)? Что приносит облегчение (близкие, прием ПАВ)? Насколько Вы контролируете суицидальные мысли (способность отстранения)? Подавлять их или привлекать что-то (кого-то) в помощь? Что Вас удерживает в жизни (семья, религия, страх боли)? Если пациент сообщит о суицидальных мыслях, с близкими или значимым для него лицом следует связаться (с согласия пациента) и побеседовать совместно (пациент с мимолетными мыслями о суициде не обязательно требует подключения близких).

Так как БШ может скрыть симптомы депрессии или злоупотребления ПАВ, его семью следует расспросить прицельно. Врачу следует расспросить близких БШ, не заявлял ли тот прямо или косвенно о суициде.

Предстоит выяснить готовность и работанность планов и смертельности намерений: планирует ли БШ суицид, каковы детали, есть ли доступ к средству суицида (под рукой оружие, накопленно снотворное, выписываемое щедрой рукой амбулаторным врачом); уточнить узловые моменты относительно симптомов, поведения со значимыми для пациента лицами. Планирует ли пациент убить себя (выбраны способ, время, когда дома никого не будет)? Представляет ли похороны, как люди воспримут его смерть? «Тренируется» ли в суициде (прикладывал дуло ко лбу, как бедный Вертер, стоит, «примериваясь», у края перрона, моста)? Заверил (изменил) завещание, оформил страховку? Подготовил прощальную записку (сообщил о решении на веб-форуме).

Близкие БШ не должны пропустить (их нужно этому обучить) угрожающие признаки: выражение безнадежности, малоценности и ненужности (словами, записями); приказывающие «голоса», ужасающие зрительные галлюцинации; планирование суицида на словах или на бумаге; пациенты чаще сообщают о своих планах близким, чем активно делятся с врачом [32, 33]; избавление от дорогих сердцу вещей; резкий спад (перепады) настроения; агрессивность, упреки; отказ от лечения (в случае фармакозависимой ремиссии грозящей рецидивом). Ранним проявлением грядущего рецидива может быть суицидальное (самоповреждающее) поведение.

Факторы риска суицида. Чем более факторов выявлено – тем выше реальный риск суицида [78]. Важно учесть кумуляцию ряда факторов [17]: клинических (приказывающие «голоса», депрессивные симптомы, злоупотребление ПАВ), социально-демографических (одинокий молодой инвалид) и актуального психосоциального дистресса (лично значимого для больного). Последний может стать триггером суицидального поведения ремитированного БШ или очередного рецидива (обострения) психоза как фактора риска самоповреждающего поведения [1].

Суицидальное (самоповреждающее) поведение может быть ранним признаком манифестации психоза. В группе повышенного риска находятся БШ в ремиссии, особенно при невы-

явленной и неадекватно леченной постпсихотической депрессии [6-9]. Трудность прогноза суицида связана с относительно редкой (к счастью) его частотой, связанной с ложнопозитивным прогнозом (но лучше перестраховаться, чем отвечать за небрежность), факторы риска отражают более хронический риск и относятся более к группам БШ, чем к отдельному пациенту [44]. Краткосрочный (24-48 час.) прогноз риска суицида более реален. Стандарт помощи суицидальному БШ основан на концепции «предсказуемости», включающей детальный психиатрический анамнез, факторы риска и план лечения, препятствующий суициду [56]. Суицид предотвратим, если предсказуем, но предсказуемость не однозначна предотвратимости. Суицид можно предотвратить в последний миг (незавершенный суицид), но он не всегда предсказуем [17].¹

Определяя риск суицида, в истории болезни следует обосновать саму оценку и терапевтический план для минимизации риска [111]. Если в документации упомянуты суицидальные высказывания БШ, но не описан план помощи или он слишком краток. Видимо, в таких случаях психиатры оценивают риск как минимальный. Но необходимо четко обосновать такую уверенность. Риск суицида (несуицидального самоповреждающего поведения) чаще оценивается при поступлении пациента в отделение (при первичном осмотре), но начальная оценка редко пересматривается в ходе лечения. Встречается замечание о том, что пациент может причинить себе вред, но в доказательство не приводятся необходимые факты. Еще реже доказательные описания снижения или устранения риска самоповреждающего поведения.

Выбор безопасных условий лечения опирается на данные о плане суицида, доступе к средству суицида, возможности социальной поддержки и критики БШ. Суицидальная попытка в анамнезе лучше всего прогнозирует суицид в дальнейшем [66, 96], но ни один фактор риска в отдельности не может быть значим для точного прогноза [17]. И анамнез сам по

¹ Последние годы жизни Эрнест Хемингуэй страдал депрессией, совершил несколько попыток самоубийства и говорил о тщете жизни старика. Писатель лечился ЭСТ и выписан незадолго до трагедии. Хемингуэй застрелился (как и его отец), пока жена еще спала, из двустволки, отложенной женой в шкаф, но не запертой во избежание «нарушения права хозяина дома».

себе не может быть использован для определения пациента, совершившего суицид. Безопасность дома, общественная или больничная среда без доступа к орудиям самоповреждения – необходимая тактика предупреждения суицида. Любой терапевтический план: назначение лекарств, госпитализация и выписка пациента следует соотносить с возможным риском [107]. Следует обобщить данные и разработать совместно с пациентом и / или его близкими индивидуальный план лечения и условий безопасной среды как, например, при госпитализации (еще не гарантирующей жизнь), вызов близких [56] и социальной реабилитации.

Риск суицида БШ поднимает вопрос об организации психиатрического лечения. Следует рассмотреть ряд возможностей лечения, включая ограничение доступа к орудиям самоповреждения [69, 70]. Нет четких критериев в выборе больничного или внебольничного лечения. Врачу следует оценить уровень контроля импульсивности БШ, критику и степень социальной поддержки.

Внебольничное лечение. У БШ вскоре после выписки из психиатрической больницы или при смене амбулаторного врача риск суицида особо высок. При становлении ремиссии происходит травматическое приспособление к болезни и восстановление в той или иной мере когнитивного и эмоционального функционирования. Подписанный или согласованный вербально «контракт безопасности», не имеющий юридической силы, порой укрепляет терапевтический союз [86]: БШ «соглашается» не причинять себе вреда 24-48 часа (возобновляется по истечению оговоренного времени) и сотрудничать с врачом. Контракт указывает частоту визитов к врачу (осмотра врача на дому) или связь по телефону (Интернету) при резких клинических изменениях. Семью БШ следует подключить к формулировке и выполнению контракта. Близкие должны убрать возможные средства суицида, обеспечить круглосуточный контроль за близким «в стационаре на дому». Понимание БШ сути и возможности выполнения контракта сомнительны в остром психозе и / или выраженной депрессии, интоксикации ПАВ, недавней серьезной суицидальной попытке, препятствующими пониманию содержания контракта. Недобровольная госпитализация обоснована опасностью для себя и окружающих (суицидальное поведение может быть сопряжено с агрессивным) и неспособностью

поддерживать жизнедеятельность (сюда можно отнести отказ от еды и питья, жизненно важных для него лекарств). Семьям следует объяснить необходимость госпитализации. Пациент не должен оставаться один до помещения в психиатрическую больницу. Если врач не уверен в своих шагах, следует проконсультироваться с коллегами кризисного стационара (кабинета психолого-социальной поддержки).

Госпитализация. БШ в интоксикации, не знакомый врачу и с суицидальным риском должен быть госпитализирован. При госпитализации агрессивных и импульсивных пациентов привлекается полиция. Одиноким БШ с планом, доступом, актуальными социальным психосоциальным дистрессом и острыми психотическими или депрессивными симптомами следует госпитализировать немедленно, как и требующих детальной оценки и сочетанного лечения, не возможных дома¹.

Врачебная небрежность подтверждена тремя требованиями [72]:

- 1) несоблюдение осторожности («не навреди»);
- 2) несоблюдение стандарта медицинской помощи (рекомендованной клинической практики при его отсутствии) для выполнения этой обязанности;
- 3) в результате причинен вред и / или нанесен предсказуемый и предотвратимый вред пациенту (суицидальная смертность – принципиально предотвратима, как и суицидальные попытки и их медицинские последствия).

¹ 71-летний инженер, упрямый, жесткий, работал до последнего времени по профессии, невзирая на неоднократные госпитализации в психиатрическую больницу в связи с аффективно-бредовыми приступами в прошлом и тяжелый полиартрит и сахарный диабет (регулярно принимает обезболивающие, избирательно – лишь снотворные их схемы, предложенной амбулаторным психиатром), многие годы эпизодически злоупотребляет спиртным «для разрядки», потерял жену, моложе на 20 лет (пошла в аптеку за его лекарствами и была сбита автомобилем). Не проронил слезинки на похоронах: «был как камень». Категорически отказался перебраться к взрослым детям и пустить их в дом. Написал заявление об увольнении и завещание. Пил ежедневно в одиночестве, прекратил прием лекарств. Был агрессивен к близким при их увещаниях, стереотипно повторяя: «Моя постылая жизнь на финише», корил себя за смерть жены. Впервые на памяти детей плакал, резко одряхлел.

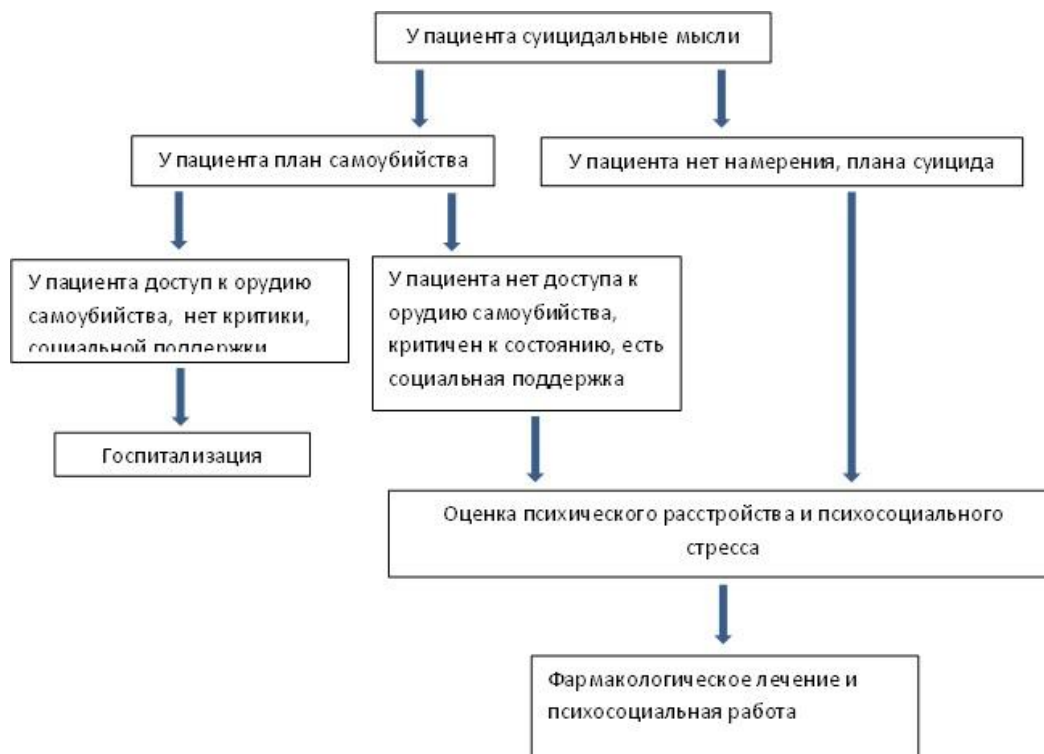


Рис. 1. Алгоритм оценки суицидального риска и выбора условий лечения БШ (по J. Kasckow et al., 2011).

Следует иметь в виду ущерб (психотравма, потеря кормильца, соучастие в лечении последствий парасуицида) для близких суицидента.

Типы клинических ошибок [72] при ведении БШ:

- диагностические: ошибочная или запоздалая оценка факторов суицидального риска, включая выявление симптомов депрессии или игнорирование дистресса нежелательных действий терапии;

- лечебные (самая частые, но и наиболее предотвратимые): а) ошибка в процессе лечения (недоучет несоблюдения лекарственного режима); б) откладывание начала лечения (не путать с «бдительным ожиданием» в безопасных условиях);

- превентивные: а) отсутствие профилактического лечения; б) ненадлежащее наблюдение;

- другие: отсутствие коммуникации (связей специалистов, звеньев стационарной и внебольничной помощи).

Отсюда ошибки психиатра возможны при планировании действий или при выполнении их [75]. Личностный объяснительный подход сосредоточен на ошибках отдельного человека: его обвинят в невнимательности, профессио-

нальной несостоятельности. Системный подход позволит понять происхождение ошибки и предотвратить ее впредь или смягчить их последствия. Первый подход доминирует, и лечебные учреждения с трудом преодолевают соблазн обвинить определенного сотрудника или выгородить его без усилия всестороннего анализа ошибки.

В случае предсказуемого, но непредвиденного самоубийства полагается, что неправильна оценка врачом риска суицида. При предсказуемом, но не предотвращенном самоубийстве БШ врача обвинят в отсутствии должного надзора и / или мер стеснения БШ с установленным риском самоубийства. Преждевременная или небрежная выписка, неоправданная свобода передвижения (скорый вывод из надзорной палаты) могут быть основаниями предсказуемого, но непредвиденного самоубийства.

При защите против обвинений в самоубийстве пациента как врачебной небрежности [72] предстоит доказать следующее [86]: врач действовал согласно рекомендованной клинической практике (заменяющей стандарты психиатрической помощи), отсутствие данных о суицидальном риске БШ объяснимо (например, неотложной госпитализации

ей в первом эпизоде психоза); свобода передвижения была оправданной (пациент обоснованно выведен на прогулку, выписан с обеспечением преемственности контроля и помощи); решение врача в отношении диагноза (актуальности суицидального риска) и / или курса лечения обосновано; чрезвычайные обстоятельства не позволили соблюсти надлежащие меры предосторожности или применить меры стеснения.

Лечение и профилактика суицидального поведения БШ

Цели лечения следующие:

- 1) создание и контроль безопасной терапевтической среды;
- 2) послабление симптомов психоза (достижение глубокой и стойкой ремиссии при эпизодических формах);
- 3) облегчение депрессивных (особенно чувства безнадежности и отчаяния) и тревожных симптомов;
- 4) злоупотребление ПАВ (интоксикация, абстинентный синдром);
- 5) коррекция и профилактика нежелательных действий терапии;
- 6) дезактуализация психосоциального дистресса.

Биологические методы: медикаментозные и немедикаментозные виды биологической терапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности [10]. Характер фармакотерапии зависит от причин (наличие соматической и / или психической патологии) суицидогенеза или последствий суицидальных действий.

Психотропные препараты. Систематическая психофармакотерапия способствует снижению риска суицида БШ [16]. Психологическая аутопсия популяционной выборки жертв суицида в Финляндии указала антисуицидальный эффект ТН [41] от обратного: большинство суицидентов получали неадекватные дозы антипсихотиков или уклонялись от лечения [41]. Проспективное исследование случай-контроль [46] указало на повышение риска самоповреждений при обрыве терапии ТН, за счет антипсихотического эффекта и возможного стрессозащитного – вследствие эмоциональной индифферентности, но уровни суицидов в 1975 и 1992 г. мало изменились при росте назначений ТН [14]. Антисуицидальный эффект ТН полагается сомнительным

[57] или умеренным [21, 109, 110]; противоречия связаны с рядом методологических погрешностей: ретроспективным дизайном большинства исследований, отсутствием рандомизации, недооценкой коморбидности, полифармации [35, 58-61], а также несоблюдения режима лечения. Кроме того, в работах не разделяется суицидальное и несуйцидальное (самоповреждающее) поведение БШ. Не ясно, насколько дозозависим эффект ТН. Так, нет разницы в дневных дозах между БШ совершивших и не совершивших суицид [25]. Подавляющее большинство исследований не отмечает разницу риска суицидального поведения БШ, леченых малыми или высокими дозами ТН [23, 77, 94, 104]. Высокие дозы ТН косвенно указывают на тяжесть состояния, терапевтическую резистентность как факторы риска суицида БШ. Более тяжелые БШ могут выявлять более выраженные дозозависимые нежелательные действия лечения, в свою очередь, способствующие риску суицида. Так, экстрапирамидные расстройства связаны с дисфорией, дистрессом, ажитацией и суицидальным поведением [22, 103]. Акатизия, отмечаемая, обычно, ранее терапевтического эффекта, снижает качество жизни и повышает риск суицида [80].

Атипичные антипсихотики (АА) – особенно прототип группы, клозапин (см. ниже), – в сравнении с ТН, возможно, эффективнее снижают суицидальный риск БШ. Малое ретроспективное исследование указывает, что попытки суицида БШ совершают реже при выборе АА, а не ТН [12]. Пятилетнее ретроспективное исследование случай-контроль показал снижение риска суицидальных попыток на фоне АА [16] и делает вывод о защитном эффекте АА с соотношением шансов 3,54. Возможно, у всех АА нового поколения сходный эффект [100], на что указывают метаанализы [51, 93]. Однако обычно РКИ краткосрочны; пациенты с высоким риском суицида, как правило, исключены из них, а вошедшие – существенно отличаются от таковых в повседневной практике, но также получают монотерапию.

Рекомендации выбора ТН для некомплаентных суицидальных БШ [13] касались только нуждающихся в депонированных формах до появления пролонгированных форм АА. На фоне двухлетнего лечения БШ инъекционной пролонгированной формы рисперидона риспо-

лепт конста, по данным международного проспективного наблюдательного изучения e-STAR [6]. Риск агрессии, суицидального поведения и / или самоповреждений существенно снижен: суицидальные намерения к третьему месяцу лечения отмечены у 4 пациентов против 233 в начале лечения и у единственного – через год терапии. Антисуицидальный (антиагрессивный) эффект пролонгированных форм АА требует уточнения и должен быть учтен при многоаспектном постмаркетинговом анализе.

Клозапин – первый антипсихотик с доказанным долгосрочным (1-2 года) антисуицидальным эффектом (снижение суицидальных попыток, агрессивности, импульсивности) в группе БШ (в т.ч. и терапевтически резистентных) и шизоаффективным расстройством [58, 60, 91] и в большей мере, чем ТН. Ретроспективный анализ > 67000 леченных клозапином пациентов отметил 83% снижение суицидальной смертности [104]. Риск суицида растет после прекращения лечения, но на фоне клозапина составляет 0,0157% в год [76] против 0,4-0,8% при лечении ТН [21]. Лишь одно неконтролируемое исследование не указывает антисуицидальный эффект клозапина, но не отрицает тренд [84]. При этом треть пациентов получала клозапин < 6 месяцев. Международное многоцентровое проспективное исследование InterSePT [62] отметило больший антисуицидальный эффект (суицидальные попытки и суициды или госпитализации, им препятствующие); двухлетнего лечения клозапином (300-900 мг/день; n=479), чем оланзапином (10-20 мг/день; n=477) в группе высокого риска попыток суицида, мыслей БШ и шизоаффективным расстройством. Хотя пациенты в группе оланзапина принимали более антидепрессанты и противотревожные лекарства, лечение клозапином способствовало снижению попыток и «предупредительных» госпитализаций на 26%. Число требующих лечение (количество пациентов, которых необходимо лечить для достижения запланированного результата) – 12 – в пользу клозапина. Экстрапирамидные действия – важный фактор суицидального поведения в когорте [74]. Зеркальное ретроспективное исследование больничных БШ показало 88% снижение риска суицида и 12-кратное снижение риска суицидального поведения при длительном лечении клозапином [65]. У прекративших лечение БШ риск суицидального поведения увеличен. Мета-анализ 6 РКИ указал

снижение риска суицидальных попыток (соотношение рисков 3,3, для суицидов – 2,9) при лечении клозапином по сравнению с другими антипсихотиками [42]. 11-летний (1996-2006 гг.) катамнез 66881 больных шизофренией в Финляндии [98, 99] показал, что длительное (7–11 лет) антипсихотическое лечение, особенно клозапином, связано со снижением риска суицидальной смертности. В исследовании ряд методологических проблем [29]: 1) неполные данные; 2) выбор групп лечения и их сравнение; 3) неконтролируемые вмешивающиеся факторы; 4) исключение смертей (64%) в течение госпитализации. Необходимы специальные проспективные исследования, прямо оценивающие антисуицидальный эффект клозапина. Однако клинические руководства, основанные на доказательствах, рекомендуют клозапин при суицидальном поведении БШ [13, 50, 59, 64]. Невзирая на доказательства эффекта, клозапин недостаточно использован. Помимо клинического эффекта на фоне клозапина меньше риск экстрапирамидных расстройств и отставленной дискинезии по сравнению с любыми антипсихотиками. Курабельный при ранней диагностике агранулоцитоз отмечен у одного из 10000 леченных клозапином БШ [58], тогда как среди БШ с высоким риском суицида погибает каждый 10-20 [60].

Лечение депрессивных симптомов БШ важно, так как депрессия, выявляемая на различных фазах процесса у 40-60% БШ – фактор риска суицида [40, 47]. АА блокируют серотониновые рецепторы, способствуя увеличению содержания дофамина в лобной коре. В этой связи возможен первичный антидепрессивный эффект некоторых АА [37], но монотерапия АА депрессивных симптомов БШ не показана [27]. Депрессия, как правило, купируется антипсихотиками лишь при тесном сочетании с психотической симптоматикой, в рамках, например, свойственного более шизоаффективному расстройству, депрессивно - параноидного синдрома.

Длительные депрессивные симптомы у относительно стабилизированных после острой фазы БШ (постшизофреническая депрессия по МКБ-10) – основание назначения антидепрессантов. Применение антидепрессантов в острой фазе может утяжелить психотические симптомы, особенно при субоптимальном антипсихотическом лечении. Для ряда БШ депрессия отражает кульминацию средовых дистрессов, включая потерю близкого, стигмати-

зацию и самостигматизацию, вынужденную незанятость. В ходе патокинеза депрессия выступает на передний план на фоне послабления психотической симптоматики. При оценке депрессии следует помнить о принципиально курабельных причинах как злоупотребление или отказ от ПАВ, дисфорию или акатизию как нежелательные действия антипсихотиков [57], присоединение физической болезни. Важно подготовить пациентов и их близких к возможному отставленному антидепрессивному эффекту и указать на его начальный эффект (улучшение сна, облегчение тревоги как облегчение факторов суицида). Улучшение состояния может парадоксально привести к увеличению риска суицида при появлении энергии на фоне сохраняющихся безнадежности и отчаяния. Увеличение риска суицидального поведения отмечено у молодых до 25 лет на фоне лечения антидепрессантами [92]. Выявлена обратная взаимосвязь между продажами антидепрессантов у мужчин [52], но тренд не очевиден для женщин со значительно меньшим изначальным уровнем суицида. В группе лиц с попытками суицида при назначении антидепрессантов суицидальная смертность снижена на 39% [38].

Антидепрессанты улучшают чувство благополучия [32], уменьшают риск агрессии [97, 106], но исследования малы, антисуицидальный эффект прямо не указан. Мета-анализы – слабое доказательство эффективности антидепрессантов при лечении БШ [63, 108]. В масштабном РКИ показан возможный антисуицидальный эффект (облегчение мыслей) циталопрама у БШ и шизоаффективным расстройством и депрессивными симптомами [112]. Международное исследование [87] показало, что антидепрессанты назначены 30% больничным, 43% амбулаторным БШ с депрессивными симптомами как аугментация антипсихотической терапии. В РФ ситуация противоположна: 60% больничных и лишь 30% амбулаторных БШ получают антидепрессанты [3]. Хотя четверть зарубежных психиатров редко или никогда не назначают антидепрессанты БШ [87-89], опасаясь усиления психотических симптомов или в связи с неясным соотношением риск / польза комбинированной терапии. Руководство по лечению депрессии БШ [13, 54] рекомендует антидепрессанты при выраженных симптомах депрессии, вызывающей значительный дистресс и нарушающей функ-

ционирование, и при шизоаффективном расстройстве. При постпсихотической депрессии рекомендованы СИОЗС как препараты первого ряда [101] и сочетание АА + СИОЗС, хотя такое сочетание более показано при выраженных симптомах депрессии у БШ (эпизодическая шизофрения) [48], оспаривается [11, 18] или признается умеренным у хронических больных [90]. СИОЗС, менее токсичные при намеренной передозировке, облегчают лечение депрессии БШ [48, 49]. ТЦА следует избегать в связи с тяжелыми медицинскими последствиями намеренной передозировки [107], но имипрамин – возможная опция при лечении постпсихотической депрессии [88, 89]. Препараты должны выписываться малыми порциями и храниться у обученных близких. Они же контролируют прием лекарств БШ во внебольничных условиях. Важны терапевтические дозы антидепрессантов (подбор доз антидепрессантов нового поколения облегчен) и длительный курс, как при депрессивном расстройстве (не менее шести месяцев). Врачу надо быть остороже относительно межлекарственного взаимодействия как при сочетании клозапина и флювоксамина [57].

Стабилизаторы настроения. Долгосрочное лечение литием эффективно в предупреждении суицидального поведения при депрессивном и биполярном расстройстве [24, 112], но мало доказательств успешного применения препарата при шизофрении или снижении суицидального поведения у БШ [55].

Бензодиазепины имеют относительно (по сравнению с люминалсодержащими препаратами) низкий потенциал летальности при передозировке, если не принимаются в сочетании с другими депрессантами ЦНС как алкоголь. Строгий контроль, двух-трехдневное обеспечение бензодиазепинами или иными анксиолитиками или гипнотиками. СИОЗС могут на начальных этапах лечения усиливать (вызывать) тревогу, бессонницу, в связи с чем, показаны снотворные на 3-7 дней.

Немедикаментозные методы. Показаны безопасность и эффективность ЭСТ у подростков, молодых [18], но нет особых данных об эффекте при суицидальном поведении. ЭСТ рекомендована БШ с коморбидными депрессивными симптомами [27] и, видимо, больным шизоаффективным расстройством, когда опасно ждать 4-6 недель до эффекта медикаментозного лечения по аналогии с лечением острой

суицидальной угрозы у тяжелых депрессивных больных [107]. В группе у БШ, детей и подростков (обычно единичные наблюдения), эффективность ЭСТ достигает 42% [77].

Психосоциальная работа способствует у суицидальных БШ [31] стабилизации симптомов [5, 20, 53, 54, 69], но необходимо дальнейшее изучение.

Результаты психотерапии обнадеживают, но строго не доказаны [107]. Ограниченные данные поддерживают ценность психосоциального и лекарственного подходов [69]. Мета-анализ 15 РКИ [79] не подтвердил и не опроверг эффективность любых профилактических вмешательств в связи с методическими ограничениями и непоследовательностью результатов, но возможна антисуицидальная эффективность у молодых когнитивно - поведенческой терапии (КПТ) [12, 72, 73, 95, 102]. Роль когнитивной составляющей депрессии более мощный предиктор суицида, чем общие ее симптомы [17], подчеркивая роль когнитивной терапии в кризисных состояниях. Отсюда КПТ полезна при депрессии БШ. БШ из группы суицидального риска особо нуждаются в эмпатической психотерапевтической поддержке [33]. Обращенная к реальности психотерапия – оптимальный подход [67] при продолжающемся обсуждении меры вмешательства терапевта в кризисную ситуацию [39]. Важно понимание отчаяния пациента, его потерь и тягот повседневной жизни, отсутствие реальных целей, социальной изоляции, бедности и стигмы [28, 34, 71, 80] и понимания путей их преодоления как факторов риска суицида [17, 26, 69]. Обсуждение индивидуальной переносимости и эффекта лекарств, необходимости приверженности режиму лечения как средству достижения выявленных лично значимых жизненных целей, понимание отчаяния, беспомощности [34, 82] как обратимых и преходящих проявлений депрессии у БШ входит в модули группового обучения управления болезнью, одной из целей которого служит вселение надежды [57]. Показаны КПТ, интерперсональная и семейная терапия. Реабилитация, социальная поддержка и трудоустройство уменьшают деморализацию БШ. Обучение навыкам преодоления типовых житейских и социальных проблем БШ способствуют контролю и профилактике депрессий БШ и надежде на выздоровление [27]. Депрессивные симптомы БШ облегчены вероятнее при подключении психосоциального вмешательства

[20, 48]. Психосоциальная работа включает поддерживающую занятость и обучение, семейное вмешательство, психообразование, обучение социальным навыкам. Так, взрослых близких суицидента следует контролировать и мотивировать приверженность к лечению [15, 83]. Так, несоблюдение лекарственного режима – фактор риска суицидов [40, 105]: соотношение шансов риска суицида 0,68 при следовании режиму терапии АА против несоблюдения [105]. Большинству суицидентов предстоит восстановить (сплести заново) сети формальной и неформальной поддержки [107]. Любые изменения в жизни БШ, как лиц с низкой стрессоустойчивостью, могут привести к обострению состояния и суицидального поведения БШ [9]. БШ и их близкие привлечены к индивидуальной и семейной терапии, особенно если личностные факторы, стрессы и напряжение в семейных отношениях провоцируют суицидальное поведение и препятствуют лечению основного или сопутствующего (физическая болезнь) расстройства. Важно обеспечить сеть социальной поддержки и обучить позитивным навыкам совладания.

Интегративный биопсихосоциальный подход, включающий оптимизированную фармакотерапию и модули эффективной психосоциальной работы – стандартная практика ведения БШ [19, 45, 53, 54] и особенно БШ с хроническим суицидальным риском [107]. Многодисциплинарная мобильная бригада настойчивой помощи, включающая психиатра, психолога, социального работника, специалиста по занятости [107] как стационарзамещающая форма и соответствует модели интегративного лечения наиболее тяжелых БШ.

Обучение персонала [4, 48, 107]. Много БШ осмотрено врачами первичной сети в течение нескольких месяцев до смерти в связи с суицидом [48]. Улучшение выявления депрессии и тревоги в общемедицинской и психиатрической сети и качества (соответствия рекомендованным образцам) лечения шизофрении – одно из условий снижения риска суицидов БШ. Пренебрежение риском суицида БШ распространено у медработников и персонала психиатрических учреждений в частности. Знания о самоповреждающем поведении БШ недостаточны даже у опытного врача [69]. Так, многие врачи не интересуются мыслями и намерениями БШ, были ли суицидальные попытки ранее [68]. Часто интернист фокусирован на физическом, а не психическом рас-

стройстве [32, 68]. В этой связи целевое обучение врачей общей практики [4, 107] и сотрудников психиатрических служб [107] актуально. Важно обучить медперсонал надзору и обращению с суицидальными БШ. Факторы риска самоубийства включают напряженные отношения с персоналом и трудности привыкания к среде палаты, отделения [11]. Важным условием формирования лечебной среды становится готовность персонала иметь дело с тревогой и отчаянием пациента. Замкнутые, напряженно-злобные, диссимилирующие бредовые БШ относятся к группе повышенного риска суицида. Суицидальные БШ чрезмерно требовательны к персоналу [9], тяготятся пребыванием в жестко структурированных условиях, но боятся возвращения домой, не уверены и нуждаются в особой эмпатической поддержке. «Конечное болезненное отчуждение» суицидального пациента - критикана ведет к отчуждению от персонала, в конечном итоге и к отказу от жизни БШ. Важно понимание персоналом роли бредовой проекции как прогностических факторов риска суицида БШ [81]. Необходимы акцент на возможных самоубийствах пациентов при обучении и стажировке психиатров [36], их осведомленность о ресурсах формальной и неформальной поддержки.

Суицид больничного пациента. Важно сохранить «боевой дух» психиатрического персонала [30, 43, 81]. Влияние на психологический климат отделения (учреждения) и душевное состояние персонала, самоубийства (суицидальной попытки) БШ могут быть выраженными, длительными и глубокими (следует отличать от естественной эмоциональной реакции на смерть подопечного), сказываются на личной и профессиональной жизни профессионалов, что подчеркивает необходимость учебных программ и формальных систем поддержки. Большинство респондентов - психиатров психиатрических больниц считает целевое обучение суицидологии полезным [10, 36]. Следует предупредить новые трагедии по механизму «точечных» кластерных суицидов.

Перечень действий после самоубийства в ПБ следующий: изолировать тело (но не трогать его); вызов полиции; сообщение и соболезнование членам семьи и встреча с ними (по их желанию); документация обстоятельств самоубийства; информирование персонала; информирование руководства больницы; собрание пациентов для информирования; ин-

формирование районного прокурора; готовность поддержки коллегам или получения ее от них; изучение возможности просветительской работы [45]:

1) социально-демографическая характеристика жертвы;

2) самоубийство: время, место и способ (летальность, подготовленность), кто обнаружил тело;

3) психиатрический анамнез: попытки суицида или самоповреждений, диагноз (с указанием коморбидных расстройств) и лечение (адекватность, переносимость, эффективность, комплаенс); отягощенность семьи психическими расстройствами, суициды / парасуициды близких;

4) личность и образ жизни жертвы;

5) типичные реакции на психосоциальный дистресс; актуальная стрессовая ситуация или важные жизненные события;

6) злоупотребление ПАВ;

7) межличностные отношения: источники социальной и неформальной поддержки;

8) суицидальные мысли: когда и как часто высказывались;

9) ухудшение или улучшение психического состояния перед смертью: поведение, настроение, вегетативные симптомы;

10) пределы резервов жизнестойкости: основания продолжения жизни, делился ли пациент планами на будущее;

11); влияние на персонал, членов семьи, других пациентов (предстоит совместная беседа). Конференцию следует проводить «на холоду», не ранее, чем через месяц после инцидента. Она должна представлять взвешенный анализ происшедшего во избежание повторения трагедии, а не судилище. Важны создание реестра суицидальных попыток и суицидов в медицинских (психиатрических) учреждениях, унифицированная система отчета об ошибках, более открытая и подотчетная работа позволит обсуждать их; широкое признание ценности системного подхода в предупреждении, анализе ошибок и извлечение урока из них.

Заключение.

Ведение суицидального БШ вызывает ряд взаимосвязанных организационных, клинических и лечебно-профилактических проблем. Диагноз шизофрении не предопределяет суицидальное поведение: большинство больных никогда не совершит суицид, а большинство суицидентов – не больные шизофренией (БШ).

Групповой краткосрочный прогноз риска суицида надежнее долговременного и индивидуального. Рутинный осмотр БШ включает многостороннюю оценку риска суицидального поведения и динамический контроль комплаенса. В связи с изменчивостью суицидального риска необходима динамическая оценка БШ при каждом осмотре. Ведение суицидального БШ включает целостную оценку факторов риска, формулировку и выполнение плана биопсихосоциальных мероприятий, касающихся пациента и его окружения. Обученные семьи БШ составляют интегральную часть лечебного плана. Важна целевая лечебно-профилактическая помощь в частично пересекающихся группах БШ (миксты, часто госпитализируемые, не соблюдающие режим лечения, молодые инвалиды, одинокие) с высоким риском суицидального поведения в связи с сочетанными клиничко-социальными проблемами. Возможно, ТН и АА (особенно клозапин) играют защитную антисуицидальную роль, но при выборе клозапина следует учитывать соотношение риск (бремя нежелательных действий) / польза лечения. Депрессивные симптомы – фактор риска суицидов, особенно в ремиссионном состоянии, и присоединение антидепрессантов показано. ЭСТ сохраняет позиции при необходимости быстрого терапевтического эффекта. Долговременные психосоциальные реабилитационные программы становятся частью дальнейшего внебольничного лечения на фоне оптимизированной фармакотерапии шизофрении, желательна, при полипрофессиональном бригадном подходе. В рутину психиатрических учреждений и новых форм лечебно-реабилитационной помощи как клиник первого эпизода болезни [2] или бригад внебольничного настойчивого лечения следует внедрить антисуицидальные обучающие модули для БШ и их близких, вписанные в более широкие программы психосоциальной работы как «Обучение управления болезнью». В структуре психиатрических учреждений следует развивать суицидологическую службу [1, 4]; необходимо целевое непрерывное обучение персонала основам суицидологии. Важна преемственность психиатрической помощи БШ на последовательных ее этапах.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 24 с.
2. Былим И.А., Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клиничко-социальный и экономический эффекты целевой психосоциальной помощи // Психическое здоровье. – 2011. – № 1 (56). – С. 60-65.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2003. – 264 с.
4. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11–12.
5. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство. Часть. I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20. – Вып. 1. – С. 91-99.
6. Любов Е.Б. Многосторонний анализ эффективности длительного лечения шизофрении рисоплептом конста в повседневной психиатрической практике (данные 12 месяцев лечения пациентов российской когорты международного исследования e-STAR) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Том 11. – Вып. 3. – С. 66-73.
7. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 51-56.
8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
9. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
10. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – Киев, 1999.
11. Altamura A.C., Bassetti R., Bignotti S. et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 60. – P. 47-55.
12. American Psychiatric Association practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, Suppl. 11. – P. 1-60.
13. Appleby L., Shaw J., Amos T. et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey // BMJ. – 1999. – Vol. 318. – P. 1235-1239.
14. Axelsson R., Lagerkvist-Briggs M. Factors predicting suicide in psychotic patients // Eur. Arch.

- Psychiatry Clin. Neurosci. – 1992. – Vol. 241. – P. 259-266.
15. Barak Y., Mirecki I., Knobler H.Y. et al. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period // *Psychopharmacol. (Berl)*. – 2004. – Vol. 175. – P. 215-219.
 16. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2007. – Vol. 37. – P. 284-290.
 17. Bloch Y., Levcovitch Y., Bloch A.M. et al. Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 40. – P. 1332-1336.
 18. Buchanan R.W., Kirkpatrick B., Bryant N. et al. Fluoxetine augmentation of clozapine treatment in patients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1625-1627.
 19. Bustillo J., Lauriello J., Horan W. et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 163-175.
 20. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16. – P. 571-589.
 21. Cem Atbaşoglu E., Schultz S.K., Andreasen N.C. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 13. – P. 336-341.
 22. Cheng K.K., Leung C.M., Lo W. et al. Risk factors of suicide among schizophrenics // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. – Vol. 81. – P. 220-224.
 23. Cipriani A., Pretty H., Hawton K. et al. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1805-1819.
 24. Cohen L.J., Test M.A., Brown R.L. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study // *Am. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – P. 602-607.
 25. Cohen S., Leonard C.V., Farberow N.L. et al. Tranquilizers and suicide in the schizophrenic patient // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – № 11. – P. 312-321.
 26. Cooper S.J., Kelly C.B., McClelland R.J. Affective disorders: 3. Electroconvulsive therapy / *Seminars in Clinical Psychopharmacology*. ed. D. J. King. London: Gaskell, 1995. – P. 224-258.
 27. Cotton P.G., Drake R.E., Gates C. Critical treatment issues in suicide among schizophrenics // *Hosp. Comm. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 36. – P. 534-536.
 28. Crammer J.L. The special characteristics of suicide in hospital in-patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 145. – P. 460-463.
 29. De Leo D., Spathonis K. Do psychosocial and pharmacological interventions reduce suicide in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders? // *Arch. Suicide Res.* – 2003. – Vol. 7. – P. 353-374.
 30. Deary I., Agius R., Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 42. – P. 112-123.
 31. Doyle B.B. Crisis management of the suicidal patient / Blumenthal S.J., Kupfer D.J., eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990. – P. 381-423.
 32. Drake R.E., Bartels S.J., Torrey W.C. Suicide in schizophrenia: clinical approaches / Williams R., Dalby J.T., eds. *Depression in schizophrenia*. – NY: Plenum Press; 1989. – P. 153-169.
 33. Drake R.E., Cotton P.G. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 148. – P. 554-559.
 34. Ernst C.L., Goldberg J.F. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review // *Harv. Rev. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 12. – P. 14-41.
 35. Foley S.R., Kelly B.D. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2007. – Vol. 13. – P. 134-138.
 36. Furtado V.A., Srihari V., Kumar A. Atypical antipsychotics for people with both schizophrenia and depression // *Schizophr. Bull.* – 2009. – Vol. 35. – P. 297-298.
 37. Goh S.E., Salmons P.H., Whittington R.M. Hospital suicides: are there preventable factors? Profile of psychiatric hospital suicide // *Br. J. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 154. – P. 247-249.
 38. Gould M.S., Wallenstein S., Davidson L. Suicide clusters: A critical review // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1989. – Vol. 19. – P. 17-29.
 39. Grawe R.W., Falloon I.R., Widen J.H. et al. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 114. – P. 328-336.
 40. Haghghat R. A discourse for hope: on defenses against suicide in people with schizophrenia. – NY: Nova Science Publishers, 2007. – P. 189-213.
 41. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A. Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia // *Psychiatr Q.* – 1997. – Vol. 68. – P. 361-375.
 42. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *Br. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 187. – P. 9-20.
 43. Hennen J., Baldessarini R.J. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 73. – P. 139-145.

44. Hirschfeld R.M., Russell J.M. Assessment and treatment of suicidal patients // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 337. – P. 910-915.
45. Hodelet N., Hughson M. What to do when a patient commits suicide // *Psychiatrist.* – 2001. – Vol. 25. – P. 43-45.
46. Johnson D.A., Pasterski G., Ludlow J.M. et al. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 339-352.
47. Kasckow J., Fellows I., Golshan S. et al. Treatment of sub-syndromal depressive symptoms in middle-age and older patients with schizophrenia: effect of age on response // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 18. – P. 853-857.
48. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia // *CNS Drugs.* – 2011. – Vol. 25, № 2. – P. 129-143.
49. Kasckow J.W., Zisook S. Co-occurring depressive symptoms in the older patient with schizophrenia // *Drugs Aging.* 2008. – Vol. 25. – P. 631-647.
50. Kerwin R. Preventing suicide [letter] // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 182. – P. 366.
51. Khan A., Khan S.R., Leventhal R.M. et al. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1449-1454.
52. Korkeila J., Salminen J., Hiekkanen H., Salokangas R.K.R. A pharmaco-epidemiological study of sale of antidepressants and suicide in Finland // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 505-511.
53. Lauriello J., Lenroot R., Bustillo J.R. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2003. – Vol. 26. – P. 191-211.
54. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – Suppl. 2. – P. 1-56.
55. Leucht S., Kissling W., McGrath J. Lithium for schizophrenia // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – Vol. 3. – P. 34-38.
56. Malone K.M. Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – №6. – P. 13-24.
57. Mamo D. Caring for the suicidal patient: an evidence-based approach // *Can. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 52. – Suppl. 1. – P. 59-70.
58. Meltzer H.Y. Treatment of suicidality in schizophrenia // *Ann NY Acad. Sci.* – 2001. – Vol. 932. – P. 44-58.
59. Meltzer H. Suicide in schizophrenia: clozapine, the adoption of evidence-based medicine [commentary] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 4.
60. Meltzer H.Y., Alphas L., Green A.I. et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT) // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 82-91.
61. Meltzer H.Y., Baldessarini R.J. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 1122-1129.
62. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D. et al. Intervention strategies for suicidality [audiograph] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 6. – P. 1-16.
63. Micallef J., Fakra E., Blin O. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression // *Encephale.* – 2006. – Vol. 32. – P. 263-269.
64. Miller A.L., Hall C.S., Buchanan R.W. et al. The Texas medication algorithm project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65. – P. 500-508.
65. Modestin J., Dal Pian D., Agarwalla P. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 534-538.
66. Moscicki E.K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – P. 499-517.
67. Mueser K.T., Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? // *Psychol. Med.* – 1990. – Vol. 20. – P. 253-262.
68. Murphy G.E. The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission // *Ann. Intern. Med.* – 1975. – Vol. 82. – P. 305-309.
69. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43. – Suppl. – P. 98-106.
70. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E. et al. Change in suicide rates for patients with schizophrenia from 1981 to 1997. A nested case-control study // *Ugeskr Laeger.* – 2004. – Vol. 166. – P. 4602-4606.
71. Nyman A.K., Jonsson H. Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia // *Acta Psychiatr Scand.* – 1986. – Vol. 73. – P. 252-262.
72. Oyebo F. Clinical errors and medical negligence // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2006. – Vol. 12. – P. 221-227.
73. Ponizovsky A.M., Grinshpoon A., Levav I. et al. Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia // *Compr. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 44. – P. 442-447.
74. Potkin S.G., Alphas L., Hsu C. et al. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective

- patients in a prospective two-year trial // *Biol. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 54. – P. 444-452.
75. Reason J. Human error: models and management // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – № 7. – P. 768-770.
 76. Reid W.H., Mason M., Hogan T. Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 1029-1033.
 77. Rey J.M., Walter G. Half a century of ECT use in young people // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 595-602.
 78. Rich C.L., Young D., Fowler R.C. San Diego suicide study. I. Young vs old subjects // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43. – P. 577-582.
 79. Robinson J., Hetrick S.E., Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review // *Aust. NZ. J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 45. – P. 3-26.
 80. Roy A, Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk // *Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2009. – Vol. 32. – P. 863-883.
 81. Saarinen P., Hintikka J., Lehtonen J. Somatic symptoms and risk of suicide // *Nord. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52. – P. 311-317.
 82. Sahoo S., Mohapatra P.K. Demoralization syndrome: a conceptualization // *Orissa J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 16. – P. 18-20.
 83. Schooler N.R. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – Suppl. 5. – P. 19-23.
 84. Sernyak M., Desai R., Stolar M. et al. Impact of clozapine on completed suicide // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 931-937.
 85. Shea S.C. *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: Saunders, 1988.
 86. Simon R.I. *Psychiatry and law for clinicians*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
 87. Siris S.G., Addington D., Azorin J.M. et al. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // *Schizophr Res.* – 2001. – Vol. 47. – P. 185-197.
 88. Siris S.G., Bermanzohn P., Mason S.E. et al. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia: a controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – P. 109-115.
 89. Siris S.G., Morgan V., Fagerstrom R. et al. Adjunctive imipramine in the treatment of postpsychotic depression: a controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 44. – P. 533-539.
 90. Spina E., De Domenico P., Ruello C. et al. Adjunctive fluoxetine in the treatment of negative symptoms in chronic schizophrenia patients // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1994. – Vol. 9. – P. 281-285.
 91. Spivak B., Roitman S., Vered Y. et al. Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels, and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine // *Clin. Neuropharmacol.* – 1998. – Vol. 21. – P. 245-250.
 92. Stone M., Laughren T., Jones M.L. et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration // *BMJ*. – 2009. – Vol. 339. – P. b2880.
 93. Storosum J.G., van Zwieten B.J., Wohlfarth T. et al. Suicide risk in placebo vs active treatment in placebo-controlled trials for schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 365-368.
 94. Taiminen T.J., Kujari H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients: a controlled retrospective study // *Acta Psychiatr Scand.* – 1994. – Vol. 90. – P. 247-251.
 95. Tarrier N., Haddock G., Lewis S. et al. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 83. – P. 15-27.
 96. Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up // *BMJ*. – 2008. – Vol. 337. – P. 2205.
 97. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 1358-1367.
 98. Tiihonen T., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P. 620-627.
 99. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 1358-1367.
 100. Tollefson G.D., Sanger T.M., Lu Y., Thieme M.E. Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 250-258.
 101. Treatment of schizophrenia 1999: the expert consensus guideline series // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60. – Suppl. 11. – P. 3-80.
 102. Turkington D., Kingdon D., Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 180. – P. 523-527.
 103. Van Putten T., May R.P. Akinetic depression in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 35. – P. 1101-1107.
 104. Walker A.M., Lanza L.L., Arellano F. et al. Mortality in current and former users of clozapine // *Epidemiology*. – 1997. – Vol. 8. – P. 671-677.

105. Ward A., Ishak K., Proskorovsky I. et al. Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study // *Clin. Ther.* – 2006. – Vol. 28. – P. 1912-1921.
106. Vartiainen H., Tiihonen J., Putkonen A. et al. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1995. – Vol. 91. – P. 348-351.
107. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27, № 2. – P. 129-141.
108. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review // *Psychol. Med.* – 2003. – Vol. 33. – P. 589-599.
109. Wilkinson G., Bacon N.A. A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics // *Psychol. Med.* – 1984. – Vol. 14. – P. 899-912.
110. Winokur G., Tsuang M. The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1975. – Vol. 132. – P. 650-651.
111. Zigmond A.S. Learning from adverse events // *Adv. Psychiatric Treatment.* – 1998. – Vol. 1.4. – P. 263-269.
112. Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M. et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 71. – P. 915-922.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktičeskaja suīdāl'nogo povedenija. Metodičeskie rekomendacii. – M., 1980. – 24 s.
2. Bylim I.A., Ljubov E.B. Pervyj jepizod šizofrenii: kliniko-social'nyj i jekonomičeskij jefekty celevoj psihosocial'noj po-moshhi // *Psihicheskoe zdorov'e.* – 2011. – № 1 (56). – S. 60-65.
3. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakojepidemiologija i farmakojekonomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika, 2003. – 264 s.
4. Kornetov N.A. Mul'tiaspektnaja model' profilaktiki suīdov // *Tjumenskij medicinskij žurnal.* – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 11-12.
5. Levina, N.B., Ljubov E.B., Rusakova G.A. Trud i tjazheloe psihicheskoe rasstrojstvo. Chast' I // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2010. – Tom 20. – Vyp. 1. – S. 91-99.

6. Ljubov E.B. Mnogostoronnij analiz jeffektivnosti dlitel'nogo lechenija šizofrenii ris-poleptom konsta v povsednevnoj psihiatriche-skoj praktike (dannye 12 mesjacev lechenija pacientov rossijskoj kogorty mezhdunarodnogo issledovanija e-STAR) // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2011. – Tom 11. – Vyp. 3. – S. 66-73.
7. Ljubov E.B. i gruppа issledovatelej. Ocenka bol'nichnymi pacientami svoih potrebnostej i udovletvorennosti psihiatriche-skoj pomo-shh'ju // *Social'naja i kliničeskaja psihiatrija.* – 2012. – Tom 22. – Vyp. 4. – S. 51-56.
8. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Suīdāl'noe pove-denie pri šizofrenii. Chast' I: Jepidemiologija i faktory riska // *Suīdologija.* – 2013. – Tom 4, № 1 (10). – S. 15-28.
9. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suīdologii [Jelektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. žurn.* – 2013. – № 2 (19).
10. Chuprikov A.P., Piljagina G.Ja., Vojceh V.F. Glossarij suīdologičeskikh terminov. – Kiev, 1999.

SUICIDAL BEHAVIOUR AND SCHIZOPHRENIA:
PROMISING PREVENTATIVE AND CURATIVE
BIOPSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

E.B. Lyubov, V.E. Tsuprun

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

This article reviews the literature dealing with the treatment of at-risk patients with schizophrenia and suicidal behaviour. With the purpose of assisting mental health professionals to better understand some of the treatment challenges. The treatment of suicidal patients with a diagnosis of schizophrenia involves careful assessment of risk factors and formulation of a comprehensive safety plan involving biopsychosocial interventions. Although there is at least modest evidence suggesting that antipsychotic medications protect against suicidal risk, the evidence appears to be most favourable for second-generation antipsychotics, particularly clozapine. In addition, treating depressive symptoms in patients with schizophrenia is an important component of suicide risk reduction. This includes building patients' social support networks and teaching positive coping skills. Furthermore, both psychosocial and pharmacological approaches applied in the long term should help minimize the risk of suicide. Further research is needed to more effectively personalize the treatment of suicidal thoughts and behaviours and the prevention of suicide in patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, suicidal risk, treatment, prevention.

УДК: [616.89-008.441.44]-055.1

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН: УТОЧНЕНИЕ РОЛИ БЕЗНАДЕЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ МЕТОДАМИ СТРУКТУРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ. ЧАСТЬ I. ВЛИЯНИЕ БЕЗНАДЕЖНОСТИ НА РИСК ТЯЖЕЛЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова
Институт последипломного образования, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Мидько Андрей Анатольевич – врач-психиатр, заочный аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Место работы: врач-психиатр, коммунальное предприятие "Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1", г. Одесса. Телефоны: +380-63-735-00-53, e-mail: midko@ukr.net

Бирон Богдан Владимирович – аспирант кафедры социальной и прикладной психологии Института математики, экономики и механики Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-395-20-26, e-mail: biron@i.ua

В первой части статьи представлены результаты использования метода структурного моделирования для оценки влияния стрессовой нагрузки на тяжесть суицидального поведения. Изучали влияние накопленного стресса (негативных событий жизни) на риск суицидальной попытки с тяжелыми медицинскими последствиями. В качестве медиаторов исследовались латентные переменные *Аффективная дисрегуляция* и *Ригидная адаптация*. Последняя включала в себя *Безнадежность* как проявление крайней степени пессимизма (согласно модели А. Бека). Полученная модель адекватно описывает экспериментальные данные и обладает средним уровнем прогностичности ($R^2=0,29$).

Протестированы альтернативные модели, в которых *Безнадежность* в латентной переменной *Ригидная адаптация* заменена на *Индекс депрессии Бека*, а также модель, из которой данные переменные были исключены. Обсуждаются теоретические и клинические приложения полученных моделей.

Ключевые слова: завершённый суицид, тяжёлые суицидальные попытки, предикция суицида, безнадежность, депрессия.

Предсказание тяжелых суицидальных попыток и, соответственно, риска завершённого суицида является одной из актуальных клинических проблем суицидологии. Эта проблема имеет четкое гендерное измерение: предикция завершённого суицида особенно важна в мужской популяции [11, 16, 24]. Однако среди этого контингента предсказать самоубийство сложнее [27]. Практика предикции часто опирается на детекцию и измерение того или иного ключевого признака. В таком качестве используются ряд конструктов, таких, например, как «душевная боль», «депрессия» или «безнадежность». Последний конструкт, как показывают исследования, тесно связан с развитием суицидального процесса [5], а также с особенностями факторно-аналитической структуры

личности суицидентов [4] и гендерными паттернами суицидального поведения [3]. Эти обстоятельства указывают на вероятность системного влияния феномена безнадежности (ФБ) на суицидальность.

Безнадежность в рамках системного подхода стала исследоваться лишь в последнее десятилетие (см. например [18, 25]) в связи с развитием специальной методологии в математической статистике – моделирования структурными уравнениями [8]. Понимание взаимосвязей и динамики взаимовлияния переменных, связанных с теми или иными особенностями суицидального поведения, с риском более тяжелых (по медицинской шкале самоповреждений) суицидальных попыток открывает перспективу для выстраивания более точных ин-

тервенций, в данном случае – в отношении вторичной и третичной превенции завершеного суицида (ЗС).

Сама по себе системная точка зрения на суицидальность подразумевает некоторую формализацию и фокусирование внимания на взаимодействии широкого круга переменных. Например, стрессовые события и (в широком смысле – негативный жизненный опыт) социально-демографические факторы, личностные особенности и т.п. включены в качестве важных детерминант в ряде концепций суицидальности [2, 36]. В то же время очевидным является тот факт, что такие факторы как пол, возраст, социальный и семейный статус являются факторами «расслаивающими», стратифицирующими общую популяцию в отношении суицидального риска [11]. Концептуально совокупность этих факторов описывается как социально-психологическая адаптация / дезадаптация [1]. С другой стороны, следует учитывать, что многие социально - демографические признаки, являющиеся факторами повышенного суицидального риска, опосредуют своё влияние на суицидальность через личностные переменные [21]. К последним можно отнести такие черты личности как гнев и риск насильственных действий.

Гнев и склонность к насилию (агрессии) связаны как с самой суицидальностью [20, 31], так и с переживанием суицидентами ФБ [6]. Несмотря на значительный объём исследований, освещающих как клиничко - прогностическое значение ФБ, так и тесные взаимосвязи свойств личности и темперамента с ФБ и с суицидальностью в целом, работ описывающих системный уровень организации суицидального поведения, относительно немного. Настоящая работа призвана восполнить этот дефицит.

Основной задачей исследования было тестирование гипотезы о наличии медиаторов связи между стрессом и степенью летальности суицидальной попытки. В качестве таковых мы рассматривали две сконструированные нами переменные, описывающие аффективную и поведенческую дисрегуляцию, включающие в себя риск гневных реакций и насильственных действий, а также круг переменных, описывающих уровень социальной адаптации (более подробно эти переменные описаны ниже).

Второй целью было уточнение места таких переменных как ФБ и депрессия в процессе взаимодействия этих факторов, в силу того, что ФБ и депрессия рассматриваются в литературе

как конкурентные предикторы суицидальности [19]. Преследуя эту цель, мы надеялись оценить уровень специфичности, уникальности вклада ФБ в предикцию риска тяжелых суицидальных попыток. Кроме того, представлялось важным сравнение двух методологических подходов к оценке влияния ФБ на риск тяжелой суицидальной попытки: 1) оценка влияния ФБ в рамках общей, «универсальной» модели, построенной для всей выборки суицидентов; 2) оценка системной организации суицидального поведения для двух выборок – суицидентов, переживающих ФБ («безнадежных»), и не переживающих такого («небезнадежных»). Дополнительно мы планировали в рамках второго подхода оценить специфичность вклада ФБ путем построения альтернативных моделей.

Методы исследования. Из базы данных лиц, совершивших суицидальные попытки (СП), была отобрана группа мужчин суицидентов численностью в 337 человек (данная группа состояла из пациентов стационаров и амбулаторных учреждений города Одесса в возрасте от 18 до 79 лет).

Критерием исключения было наличие сопутствующего психотического расстройства или интеллектуального снижения различного происхождения. Средний возраст мужчин составил $24,57 \pm 6,23$ лет.

В данной выборке суициденты распределились по степени тяжести СП следующим образом: 02 – $n=89$, 03 – $n=125$, 04 – $n=68$, 05 – $n=36$, 06 – $n=6$, 07 – $n=3$.

Средняя тяжесть суицидальной попытки $3,25 \pm 1,11$. Из них 135 человек совершили попытки путем самоповреждения острыми предметами, 83 – самоотравления, 43 – падения с высоты, 39 – самоповешения, 11 – самоутопления, 6 – посредством огнестрельного оружия, 4 – повреждения тупыми предметами, 6 – падения под движущийся объект, 3 – путем провоцирования автоаварии, 7 – другими способами. Количественное соотношение между методами попыток в выборке было близким к наблюдаемому в общей популяции в г. Одессе в ходе многолетних наблюдений [10].

Обследование респондентов проводилось в стационаре, с учётом соматического и психологического состояния, обычно на 3-5 день после совершённой попытки, либо в домашних условиях и / или в ситуации психологического консультирования после выписки из стационара. Обследование заключалось в сборе анамнестических сведений, оценке тяжести совер-

шённой СП и использованного метода, а также в заполнении испытуемым батареи инструментов включающей: личностный опросник NEO-PR (*NEO Personality Inventory*), [17]; опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory, BDI*) [39]; шкалу характеристик гнева (*Traite Anger Scale, TAS*) [37], включающую две подшкалы – Temperament (Т) и Reaction (R); шкалу оценки общего функционирования (*Global Assessment Functioning, GAF*) – Ось V диагностической системы DSM-IV, предназначенную для общей оценки функционирования (психологические, социальные и профессиональные аспекты); шкалу благополучия ВОЗ (*Well-being Index, WHO*) [26]; шкалу оценки риска насильственных действий Плутчика (*Plutchik Feelings and Acts of Violence Scale, PFAV Scale*) [35]; шкалу безнадежности Бека (*Beck Hopelessness Scale, BHS*) в модифицированном А.-М. Aish и D. Wasserman варианте [12]; полуструктурированный опросник «ОСЖ» («Опросник событий жизни»), который включает в себя перечень вопросов о пережитых негативных событиях жизни [38]. Полученные списки негативных событий жизни первой сотни испытуемых подверглись субъективному ранжированию с последующим вычислением «весов» тех или иных событий. В дальнейших вычислениях использовался десятичный логарифм, позволивший придать полученным данным свойства нормального распределения. Данная переменная – «накопленный стресс» (НС) – использовалась нами как показатель суммы накопленной индивидом стрессовой нагрузки на момент исследования.

Тяжесть суицидальной попытки (ТСП) оценивалась при помощи «Медицинской шкалы самоповреждений» с 8-балльной размерностью (0 баллов без последствий, 8 баллов – летальный исход). В базе данных содержались сведения о лицах совершивших попытку, оцениваемые в 2 балла и более (2 балла подразумевают наличие лёгких, однако клинически ясно определяемых медицинских последствий совершённого акта самоповреждения). Кроме того, исследуемая группа была просканирована при помощи опросника «Комплексное международное диагностическое интервью Всемирной Организации Здравоохранения» (*The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*), который представляет собой полностью структурированное интервью, предназначенное для

оценки распространённости психических расстройств в соответствии с определениями и критериями МКБ-10 и DSM-IV [28]. В настоящей работе результаты приведены в виде укрупнённых диагностических категорий: F1 – употребление психоактивных веществ («вредные последствия» и «химическая» зависимость), F31 – биполярное аффективное расстройство, F32 – депрессивные эпизоды, F33 – рекуррентное депрессивное расстройство, F40 – тревожно-фобические расстройства. Кроме того, учитывались такие диагнозы, как дистимия (F34.1) и посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

В качестве основного исследовательского инструмента нами использовался современный метод статистического анализа – моделирование структурными уравнениями (*Structural Equation Modeling*, в дальнейшем *SEM*). *SEM* представляет собой совокупность различных приемов многомерного анализа (прежде всего корреляционного, регрессионного и эксплораторного факторного). Он дает возможность изучать статистические взаимосвязи как между эмпирически наблюдаемыми, так и ненаблюдаемыми явлениями (переменными) [9]. Последние (именуемые «латентными переменными», ЛП), позволяют исследовать на более глубоком уровне взаимодействие переменных и их аддитивные эффекты в рамках факторного анализа.

В данном случае нами исследовалась гипотеза о наличии медиаторов связи между уровнями НС и ТСП. В качестве медиаторов рассматривались две группы переменных, образующих, в свою очередь двелатентные переменные. Первая переменная – «Ригидная Адаптация» (РА) включала в себя пять манифестных переменных, являющихся модераторами влияния ФБ на ТСП [7]. Сюда входили общая оценка функционирования (ООФ), диагноз «химическая зависимость» (F1), подшкалы «Действия» и «Ценности», а также переменная «Безнадежность». Термин «ригидная» применительно к адаптации отражает то обстоятельство, что по ранее полученным данным ФБ оказывает непосредственное влияние на ТСП только у тех мужчин, кто является носителем, с одной стороны, личностных черт, связанных с меньшей «гибкостью», т.е. ригидностью, а с другой – хорошо адаптированы и функциональны [7]. Таким образом, ФБ был включён в состав ЛП РА как показатель, с од-

ной стороны, субъективной оценки перспективы адаптации в этом мире, с другой стороны – стабильности такой оценки.

Переменная «Аффективная Дисрегуляция» (АД) включала Гневный Темперамент (ГТ), Реактивная Гневливость (РГ), Риск Насильственных Действий (РНД). Данный выбор вытекает из наших исследований [6], показавших, что именно эти личностные предикторы риска тяжелой суицидальной попытки наиболее значимы у «безнадежных» суицидентов мужского пола. Характеристики гнева ГТ и РГ послужили индикаторами ЛП «Гнев». Таким образом, ЛП АД включала в свой состав соподчинённую ЛП «Гнев» и переменную РНД. В качестве критериальной (оцениваемой, согласно методологии структурного моделирования) переменной выступала тяжесть суицидальной попытки (ТСП).

Объектом исследования были суициденты мужского пола в силу того факта, что именно для мужчин было ранее выявлено явление роста степени ТСП под влиянием ФБ [7]. Гипотеза о медиации связи НС → ТСП тестировалась

с учетом различных вариантов ЛП РА. Первый вариант включал в состав латентной переменной ФБ, второй – предполагал замену ФБ альтернативным индикатором ИДБ (Индекс депрессии Бека), третий – исключал присутствие обоих индикаторов, отражающих аффективное состояние суицидента. Подобный подход, по нашему мнению, позволяет оценить уровень специфичности полученной первичной (универсальной) модели, описывающей вклад ФБ в предсказание ТСП.

Для анализа использовался программный пакет IBM SPSS Amos 20, позволяющий производить моделирование с помощью структурных уравнений и изображать модели в виде путевых диаграмм. Уровень статистической значимости моделей определялся на основе следующих подходов. С помощью интегрального показателя *RMSEA (Root mean square error of approximation)* – Квадратичная усредненная ошибка аппроксимации – определялось, насколько теоретическая модель, представленная на путевой диаграмме, в целом соответствует экспериментальным данным.

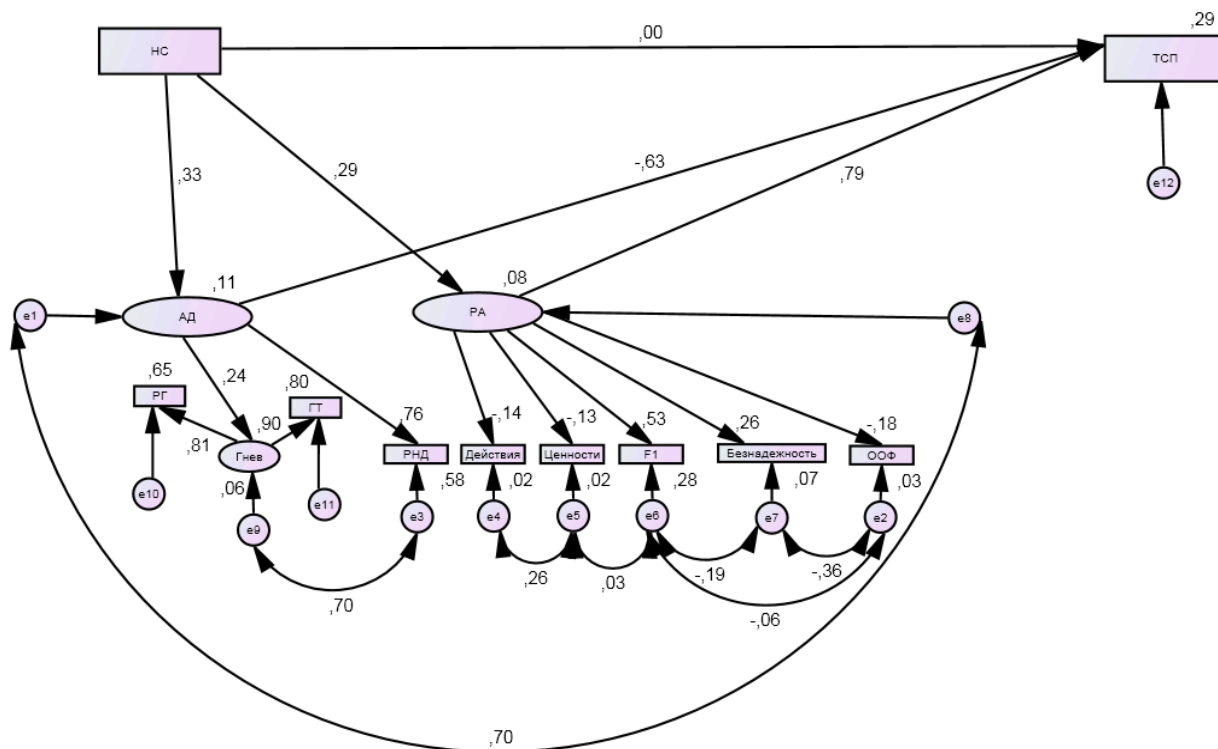


Рис 1. Модель 1.*

*Прямые стрелки обозначают регрессионные связи, округлые-ковариационные. Соответственно, цифры возле первых обозначают уровни стандартизованных коэффициентов корреляции, возле вторых-коэффициентовковариации. Прямоугольные фигуры обозначают индикаторы латентных переменных, независимую и критериальную переменные. Овальные фигуры обозначают латентные переменные, круглые – остатки. Цифры возле фигур обозначают величины коэффициентов детерминации, цифры возле прямых стрелок, соединяющих индикаторы и ЛП-уровни факторных нагрузок.

Этот показатель находится в пределах от 0 до 1, но модель не рекомендуется рассматривать при $RMSEA > 0,100$ [14]. Также отношение χ^2 к числу степеней свободы df не должно превышать 2 [8]. Наиболее предпочтительными являются те значения критерия χ^2 , при которых уровень статистической значимости составляет $p \geq 0,05$. Согласно Дж. Арбаклу в таком случае принято говорить, что модель адекватно описывает имеющиеся данные [13].

Результаты и их обсуждение.

В результате процедуры SEM были получены три модели, описывающие взаимодействие означенных выше переменных в предсказании переменной ТСП (рис. 1, 2 и 3).

Интегральные индексы, рассчитанные для Модели 1, были следующими: $\chi^2=36,265$ ($df=25$, $p=0,068$), $RMSEA=0,046$. Они указывают на адекватность модели эмпирическим данным. Модель отличается средним уровнем прогностичности по отношению к критериальной переменной: $R^2=0,29$. Нулевое значение регрессионной связи $HC \rightarrow TSP$ указывает на то, что накопленный стресс оказывает свое влияние на ТСП не напрямую, а посредством исследуемых переменных (АД и РА). Выделение этих переменных было обосновано тем, что их влияние на ТСП являлось противоположным по знаку, чем значительно повысилась предсказательная сила модели (несмотря на то, что они являются двумя хорошо коррелирующими конструктами ($r=0,70$)). По-видимому, эти ЛП имеют общую дисперсию, которая не связана с ТСП, в то время как дисперсия, не являющаяся общей у каждой ЛП, влияет на ТСП, и делает это различным образом.

На наш взгляд достоинством модели является то, что она объединяет целый ряд «классических» суицидогенных измерений, начиная от стресса жизни и заканчивая ФБ, показывая пути их взаимодействия в предсказании тяжелых СП и причинно-следственные связи. Переменная НС позитивно предсказывает обе ЛП, которые, в свою очередь, разнонаправленно предсказывают ТСП.

Вполне логичным выглядит то, что стресс «предсказывает» уровни обеих ЛП: пережитые психологические травмы могут оставлять эмоциональные «следы» в виде склонности к насилию, аффективной неустойчивости (ЛП АД), снижения уровня общего функционирования, безнадежности, развития «химической зависимости» и уменьшения выраженности

Открытости опыту (в аспектах описываемых подшкалами *Ценности* и *Действия*) как психологического свойства личности (ЛП РА).

Из полученной модели видно, что латентная переменная РА действительно опосредует влияние НС на величину ТСП, причем в сторону повышения влияния ($\beta=0,29$ vs $\beta=0,79$), а латентная переменная АД – в прямо противоположную сторону, т.к. медиация приводит к смене знака регрессионного коэффициента ($\beta=0,33$ vs $\beta=-0,63$). Анализ факторных нагрузок индикаторов латентных переменных показывает, что наибольший вклад в процесс медиации вносят «химическая» зависимость, ФБ (для ЛП РА) и уровень риска насильственных действий, в меньшей степени – уровень гневливости как черта личности (для ЛП АД). Эта особенность модели может указывать на наличие специфического и в чем-то парадоксального влияния стресса на суицидальность. Действительно, из модели следует, что стресс, вызывая увеличение риска насильственных действий и выраженности гневливости как черты личности, в то же самое время уменьшает риск тяжелой суицидальной попытки. Такое явление можно объяснить, предположив наличие «конкурентных» отношений между риском завершённого суицида (как дистальной точкой суицидального континуума) с одной стороны, и склонностью к переживанию гнева и риском насильственных действий, с другой.

Это наблюдение хорошо согласуется с классической психодинамической трактовкой суицидальности: неспособность индивида, совершившего акт самоповреждения, отреагировать «накопленный стресс» через более «нормативное» (экстернализированное) агрессивное поведение в этом смысле выглядит как вполне понятное и естественное явление. Что касается аффекта гнева, то, несмотря на значительно меньшую величину факторной нагрузки для ЛП, «Гнев» по сравнению с РНД ($\beta=0,24$ vs $\beta=0,76$), и для этой черты личности можно полагать вероятным наличие антагонизма с риском ЗС. Возможно, речь идет о сложности психической репрезентации стресс-индуцированных аффектов, в данном случае – аффекта гнева при их оценке с помощью опросников. Можно полагать, что у таких индивидов перманентно или временно (на период повышенного риска самоповреждений в рамках суицидального процесса) доминируют специфические (т.е. аутоагрессивные) формы «моторно-

го» отреагирования накопленной стрессовой нагрузки. Один из аспектов такой склонности – направление гнева на самого себя. В таком случае можно полагать, что использованный инструмент (шкала TAS) измеряет лишь «экстернализованный» гнев. Соответственно встает вопрос о критериях различения такого рода аффектов (экстернализованных и инвертированных), их свойствах, инструментарии для измерения и т.п. Данный вопрос является самостоятельной проблемой и требует специального исследования.

Если полагать, что Модель 1 адекватно отражает особенности экспрессии гнева суицидентами, то стоит обратить внимание на несколько моментов. То, что суицидальное поведение может быть способом регуляции недепрессивных аффектов, подтверждается как в отношении «легких» попыток самоповреждения (парасуицидов), так и в отношении завершённых суицидов [22, 23, 29]. Одно из самых больших по объёму исследований, основанных на психологической аутопсии (392 случая завершённого суицида в возрасте 15-34 лет и 416 здоровых человек контрольной группы), проведённого J. Zhang, W.F. Wieczorek, Y. Conwell и X.M. Tu показало, что основным предикто-

ром завершённого суицида является психологическое «напряжение» («psychologicals trains»), понимаемое как сумма депривации в отношениях со Значимыми Другими, нереализованных устремлений и дефицита копинг-навыков. Причем данное влияние сохранялось даже в условиях контроля уровня психических расстройств [41].

Значимость данного исследования ограничивается этническими социальными факторами (сельское население китайских провинций), хотя аналогичные исследования, подтверждающие роль эскалации эмоционального дистресса, проводились и на выборках с совсем другой культурной спецификой [30, 40], в том числе и для подростков [33, 34]. В этом смысле, в соответствии с полученными нами моделями, мы можем предполагать наличие своего рода «шунтирующей» (снижающей психологическое напряжение) функции у гневных переживаний, особенно в сочетании с высоким риском насильственных действий. Y. Levi с соавт. прямо указывают на то, что трудности в выражении чувств в большей степени, чем депрессия являются предиктором почти летальных суицидальных попыток [32].

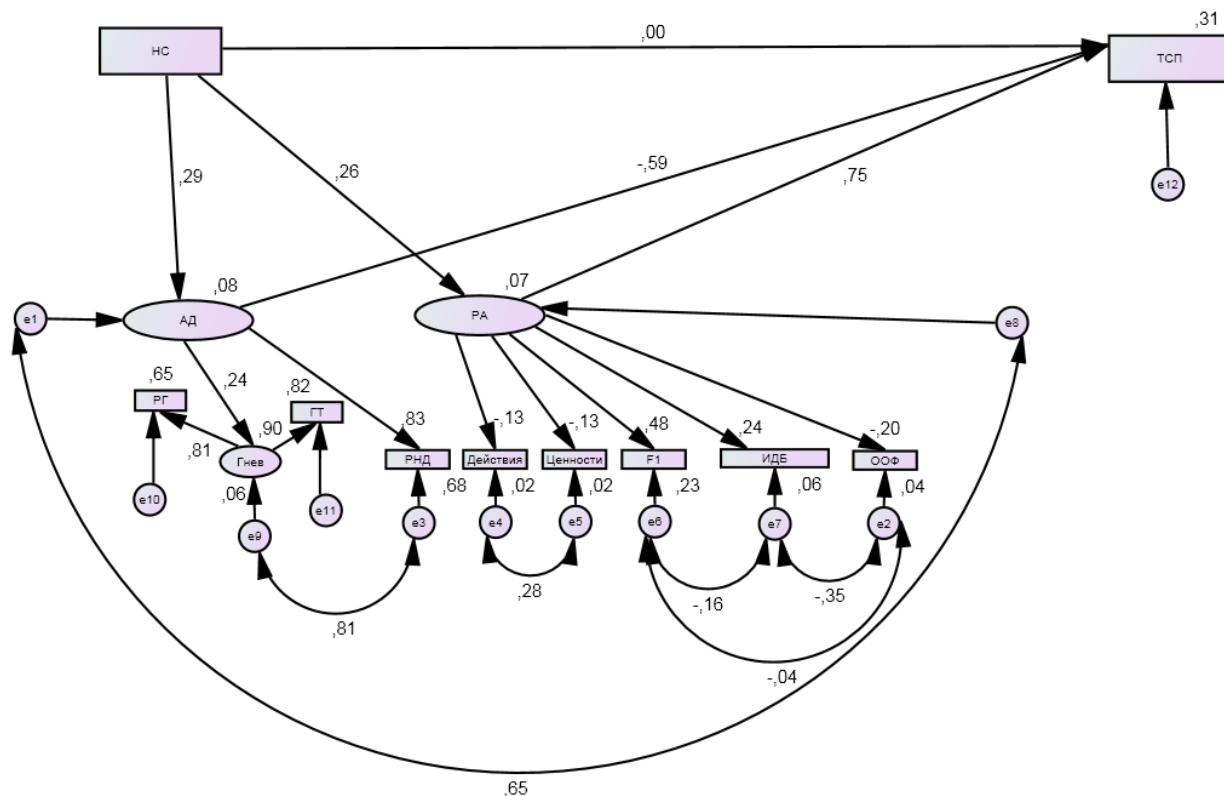


Рис 2. Модель 2. ($\chi^2=38,332$ ($df=26$, $p=0,056$), $RMSEA=0,050$).

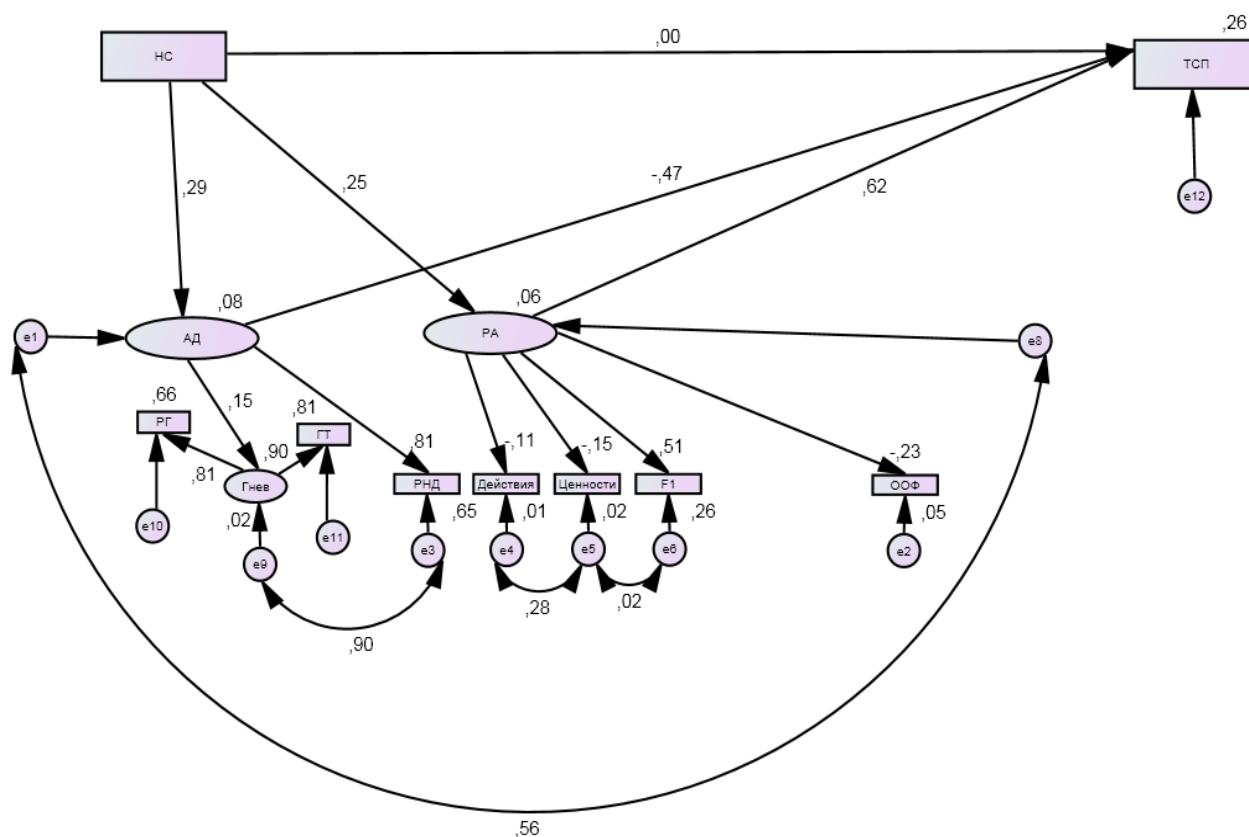


Рис. 3. Модель 3 ($\chi^2=26,277$ ($df=20$, $p=0,157$), $RMSEA = 0,039$).

В то же время в одной из работ показано, что мотивы СП у военнослужащих хотя и связаны, прежде всего, со стремлением к редукции неприятного внутреннего состояния, но такая мотивация относительно слабо связана с суицидальной намеренностью ($Spearman's r=0,22$) и ещё слабее – с летальностью попытки ($Spearman's r=0,18$) [15].

Переменная РА в тестируемых моделях по своей смысловой «наполненности» отражает широкий круг личностных и экстраперсональных качеств, в той или иной степени известных как факторы риска суицидального поведения. Максимальной факторной нагрузкой отличается факт химической зависимости – индикатор F1 (0,53). Учитывая то, что ЛП РА позитивно предсказывает риск тяжёлой суицидальной попытки, редукция «химической» зависимости как эпидемиологического явления, похоже, является ключевым моментом в превенции тяжёлых попыток самоубийства и завершённого суицида, что совпадает с мнением многих авторов.

Однако основной целью данной работы было сравнение значения переменных ФБ и депрессии в суицидальном поведении. В дан-

ной модели ФБ, судя по величине факторной нагрузки, является вторым по значимости индикатором РА после переменной F1 (0,26 vs. 0,53). Учитывая этот момент, нами были протестированы две альтернативные модели, в которых ФБ: а) был заменен на ближайший по смысловой нагрузке конструкт – «Индекс депрессии Бека»; б) был исключен из модели. Построенные модели представлены на рисунках 2 и 3.

Анализ качественных характеристик приведенных моделей показывает, что Модель 1 является недостаточно специфичной в отношении влияния ФБ: удаление индикатора «Безнадежность» лишь немного понижает объяснительную мощность модели ($R^2=0,26$), а замена индикатора «Безнадежность» индикатором «ИДБ» даже приводит к незначительному, но увеличению объяснительной мощности модели ($R^2=0,31$).

Дальнейший анализ этих альтернативных моделей не представляет интереса, они лишь служат важным, на наш взгляд, выводу, который намечает план дальнейшего анализа.

Мы считаем, что полученные результаты подтверждают наши полученные ранее данные

о том, что ФБ ассоциирован с рядом важных личностных характеристик суицидентов. Поведение альтернативных моделей дает основание полагать, что подвыборки «безнадежных» и «небезнадежных» суицидентов имеют ряд существенных динамических различий и могут представлять собой различные генеральные совокупности. В этом смысле дальнейшим перспективным направлением исследования может быть тестирование аналогичных моделей для каждой из подгрупп суицидентов – «безнадежных» и «небезнадежных», о чем пойдет речь во второй части настоящей работы.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
2. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М.: Смысл, 2005. – С. 28-46.
3. Мидько А.А. Феномен безнадежности и гендерный тип суицидальности в связи с факторно-аналитической структурой личности // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2010. – Том 15. – Вып. 9. – С. 71-84.
4. Мидько А.А. Феномен безнадёжности у суицидентов как типологическая личностная категория: возрастной аспект // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2010. – Том 5. – Вып. 4. – С. 18-23.
5. Мидько А.А. Факторы опыта и личностной predispositions как условия развития суицидального процесса // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2012. – Том 17. – Вып. 9 (21). – С. 153-164.
6. Мидько А.А., Розанов В.А. Гнев и другие личностные предикторы тяж ести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадёжности // Медицинская психология. – 2011. – № 1. – С. 70-77.
7. Мидько А.А., Розанов В.А., Карака В.В. Моделирование дифференцированного влияния феномена безнадежности на риск тяжёлых суицидальных попыток (модерационный анализ) // Актуальные проблемы суицидологии: Сборник научных статей. Материалы Первой Международной научно-практической конференции (26 октября 2012 года) // Под общей редакцией В.В. Сулицкого. – Горловка-Донецк, 2012. – 35 с.
8. Митина О.В. Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений // Экспериментальная психология. – 2008. – № 1. – С. 131-148.
9. Остапенко Р.И. Основы структурного моделирования в психологии и педагогике: учебное пособие для студентов и аспирантов психологических и педагогических специальностей вузов. – Воронеж: ВГПУ, 2012. – 120 с.
10. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. // Социальная и киническая психиатрия. – 2009. – Том 19, № 2. – С. 35-41.
11. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
12. AishA-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? // Psychological Medicine. – 2001. – Vol. 31. – P. 367-372.
13. Arbuckle J.L. IBM SPSS Amos 20 User's Guide. – IBM Corporation, Armonk, NY, 2011. – 654 p.
14. Browne M.W., Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long, J.S. [Eds.] Testing structural equation models. – Newbury Park, CA: Sage, 1993. – P. 136-162.
15. Bryan C.J., Rudd M.D., Wertenberger E. Reasons for suicide attempts in a clinical sample of active duty soldiers // Journal of Affective Disorders. – 2013. – Vol. 144, № 1-2. – P. 148-152.
16. Canapary D., Bongar B., Cleary K.M. Assessing risk for completed suicide in patients with alcohol dependence: clinicians' views of critical factors // Prof. Psychol. Res. Pr. – 2002. – Vol. 33. – P.464-469.
17. Costa P.T., McCrae R.R. NEO RI-R. Professional Manual / Psychological Assessment Resources. Inc. Florida, 1992.
18. Cunningham S., Gunn T., Alladin A., Cawthorpe D. Anxiety, Depression and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model // J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2008. – Vol. 17, № 3. – P. 137-144.
19. Dean P.J., Range L.M. The escape theory of suicide and perfectionism in college students // DeathStud. – 1996. – Vol. 20, № 4. – P. 415-424.
20. Giegling I., Olgiati P., Hartmann A.M. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity // Journal of Psychiatric Research. – 2009. – Vol. 43, № 16. – P. 1262-1271.
21. Grucza R.A., Przybeck T.R., Cloninger C.R. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample // Comprehensive Psychiatry. – 2005. – Vol. 46, № 3. – P. 214-222.
22. Hendin H., Maltsberger J.T., Lipschitz A., Haas A.P., Kyle J. Recognizing and responding to a suicide crisis // Suicide Life Threat.Behav. – 2001. – Vol. 31, № 2. – P. 115-128.
23. Hendin H., Maltsberger J.T., Haas A.P., Szanto K., Rabinowicz H. Desperation and other affective

- states in suicidal patients // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2004. – Vol. 34, № 4. – P. 386-394.
24. Houle J., Mishara B.L., Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men // *J. Affect. Disord.* – 2008. – Vol. 107, № 1. – P. 37-43.
 25. Iliceto P., Pompili M., Lester D. et al. Relationship between Temperament, Depression, Anxiety, and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model // *Depress. Res. Treat.* – 2011. – Vol. 11. – P. 160-175.
 26. Kaplan R., Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being // *Health Services Research.* – 1976. – Vol. 11. – P. 478-507.
 27. Kapur N. Suicide in the mentally ill // *Psychiatry.* – 2006. – Vol. 5, № 8. – P. 279-282.
 28. Kessler R.C., Üstun T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) // *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* – 2004. – Vol. 13, № 2. – P. 93-121.
 29. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence // *Clinical Psychology Review.* – 2007. – Vol. 27, № 2. – P. 226-239.
 30. Klonsky E.D. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation // *Psychiatry Research.* – 2009. – Vol. 166, № 2-3. – P. 260-268.
 31. Korn M.L., Botsis A.J., Kotler M. Et al. The Suicide and Aggression Survey: A semi structured instrument for the measurement of suicidality and aggression // *Comprehensive Psychiatry.* – 1992. – Vol. 33, № 6. – P. 359-365.
 32. Levi Y., Horesh N., Fischel T., Treves I., Or E., Apter A. Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation” // *Journal of Affective Disorders.* – 2008. – Vol. 111, № 2-3. – P. 244-250.
 33. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Precipitant Stressors in Adolescent Suicide // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 1993. – Vol. 32, № 6. – P. 1178-1183.
 34. Nixon M.K., Cloutier P.F., Aggarwal S. Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 2002. – Vol. 41, № 11. – P. 1333-1341.
 35. Plutchik R., Praag H.M. van A self-report measure of violence risk, II // *Comprehensive Psychiatry.* – 1990. – Vol. 31, № 5. – P. 450-456.
 36. Selby E.A., Anestis M.D., Bender T.W. et al. Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal – Psychological Theory of Suicide // *Clinical Psychology Review.* – 2010. – Vol. 30, № 3. – P. 298-307.
 37. Spielberger C.D., Jacobs G., Russell S., Crane R. Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. – 1983. – Vol. 3. – P. 112-134.
 38. Spurgeon A., Jackson C.A., Beach J.R. The Life Events Inventory: re-scaling based on an occupational sample // *Occup. Med. (Lond).* – 2001. – Vol. 51. – P. 287-293.
 39. Storch E.A., Roberti J.W., Roth D.A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students // *Depression and anxiety.* – 2004. – Vol. 19, № 3. – P. 187-189.
 40. Zayas L., Gulbas L.E., Fedoravicius N., Cabassa L.J. Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by young Latinas // *Social Science & Medicine.* – 2010. – Vol. 70, № 11. – P. 1773-1779.
 41. Zhang J., Wiczorek W.F., Conwell Y., Tu X.M. Psychological strains and youth suicide in rural China // *Social Science & Medicine.* – 2011. – Vol. 72, № 12. – P. 2003-2010.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadap-tacii lichnosti // *Aktual'nye voprosy suici-dologi.* – M., 1978. – S. 6-28.
2. Vasserman D. Model' stress-ujazvivosti i razvitie suicidal'nogo processa // *Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv.* – M.: Smysl, 2005. – S. 28-46.
3. Mid'ko A.A. Fenomen beznadezhnosti i gen-dernyj tip suicidal'nosti v svjazi s faktor-no-analiticheskoy strukturoj lichnosti // *Visnik Odes'kogo nacional'nogo universitetu. Psihologija.* – 2010. – Tom 15. – Vyp. 9. – C. 71-84
4. Mid'ko A.A. Fenomen beznadezhnosti u suici-dentov kak tipologicheskaja lichnostnaja katego-rija: vozrastnoj aspekt // *Visnik Odes'kogo nacional'nogo universitetu. Psihologija.* – 2010. – Tom 5. – Vyp. 4. – C. 18-23.
5. Mid'ko A.A. Faktory opyta i lichnostnoj predispozicii kak uslovija razvitija suici-dal'nogo processa // *Visnik Odes'kogo nacional'nogo universitetu. Psihologija.* – 2012. – Tom 17. – Vyp. 9 (21). – C. 153-164.
6. Mid'ko A.A. Rozanov V.A. Gnev i drugie lich-nostnye prediktory tjazh esti suicidal'noj popytki v svjazi s perezhivanim beznadezhnosti // *Medicinskaja psihologija.* – 2011. – № 1. – S. 70-77.
7. Mid'ko A.A., Rozanov V.A., Karaka V.V. Modelirovanie differencirovannogo vlijanija fe-nomena beznadezhnosti na risk tjazhjolih suici-dal'nyh popytok (moderacionnyj analiz) // *Aktual'nye problemy suici-dologii: Sbornik nauchnyh statej. Materialy Pervoj Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (26 oktjabrja 2012 goda) // Pod obshej redakciej V.V. Sulickogo.* – Gorlovka-Donetsk, 2012. – 35 s.
8. Mitina O.V. Modelirovanie latentnyh izme-nenij s pomoshh'ju strukturnyh uravnenij // *Jeksperimental'naja psihologija.* – 2008. – № 1. – C. 131-148.
9. Ostapenko R.I. Osnovy strukturnogo modeli-rovanija v psihologii i pedagogike: uchebnoe posobie dlja studentov i aspirantov psiholo-gicheskikh i pedagogicheskikh special'nostej vu-zov. – Voronezh: VGPU, 2012. – 120 s.

10. Rozanov V.A., Zaharov S.E., Zhuzhulenko P.G., Krivda G.F. Danne monitoringa suicidal'-nyh popytok v g. Odessa za period 2001-2005 gg. // Social'naja i kinicheskaja psihiatrija. – 2009. – Tom 19, № 2. – S. 35-41.
11. Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija: Mo-nografija. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 472 s.

SUICIDAL BEHAVIOR IN MALES: EVALUATION OF HOPELESSNESS AND DEPRESSION ROLES USING STRUCTURAL EQUATION MODELING PART I. THE EFFECT OF HOPELESSNESS ON THE RISK OF SEVERE SUICIDE ATTEMPTS

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

Odessa I. Mechnikov national university
Institute of innovative and post-diploma education,
Odessa

In the first part of the article the results of structural model ing of the influence of stress load on the severity

of suicide attempt are presented. The mediating effects of possible latent variables between accumulateds tresand severity of suicide attempt were in vestigated. Latent variables Affective dysregulation (AD) and Rigid adaptation (RA) were studiedas mediators. There sulting model appeared to adequately describe the experimental data and had an average level of predictability ($R^2=0,29$). Alternative model sinwhich such indicator of the latent variable Rigid adaptatonas Hopelessness (according to A. Beck model) were replacedby a variable Beck Depression Index, and the model with the absence of both variables were also tested. The theoretical and clinical applications of the semodelsare discussed.

Key words: completed suicide, serious suicide attempts, prediction of suicide, hopelessness, depression.

УДК: [616.89–008.441.44]–058

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – младший научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – к.психол.н., заведующий отделом клинической психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук, г. Моква. E-mail: enikolopov@mail.ru

Магурдумова Людмила Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ. Адрес: г. Москва, ул.Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

В обзорной статье представлены основные нозологии, которые несут в себе риск суицида, а также ведущие концепции, раскрывающие психологические механизмы суицидального поведения, и сведения об исследованиях, проверяющих взаимосвязь данных подходов.

Ключевые слова: суицид, клинический коморбид суицидальных состояний, феноменология самоубийства, социальные аспекты суицида, психологические модели суицидального поведения.

Суицид в психиатрии.

Суицидальное поведение и психические расстройства. С XVIII века суицид связывается с безумием или меланхолией. Например, Х.В. Гуфеланд дает описание melancholia suicidium, Ф. Буасье де Соваж – melancholia anglica, Ф. Пинель говорит о меланхолии с сопутствующей склонностью к суициду [83]. В XIX веке Ж.-Э. Эскироль утверждал, что все самоубийцы – душевнобольные, но суицид зависит «от громадного количества различных при-

чин», будучи неспецифическим симптомом [35]. Однако его ученик Ж.-П. Фальре исследовал связь самоубийства и ипохондрии и включил суицидальное поведение в описанный им маниакально-депрессивный синдром [37]. З. Фрейд предположил, что депрессия и суицид суть выражение гнева по отношению к интроцированному, амбивалентно рассматриваемому, потерянному объекту [20]. И в наши дни в психиатрии прочно закрепилась связь суицидального поведения с *аффективными рас-*

стройствами. Замечено, что расстройства настроения, особенно в сочетании с тревогой на ранних этапах заболевания, повышают риск суицида [52, 56, 65], хотя суицидоопасность сохраняется на протяжении всей болезни [40] и даже спустя какое-то время после угасания симптомов.

Самоубийство больных *шизофренией* связывают с безнадежностью, усталостью, осознанием надвигающегося «распада Я», отчаянием и неудовлетворенностью лечением [42]. Большому суицидальному риску подвержены больные параноидной формой шизофрении, меньшему – пациенты с негативной симптоматикой [41]. Самоубийства наиболее часты в период ремиссии и / или же при подавленном настроении, в остром периоде – при депрессивно-параноидном и параноидном синдромах [9]. В ряду факторов риска суицида пациентов с шизофренией обычно рассматривают молодой возраст, раннюю стадию заболевания, хороший преморбид (успехи в учебе и работе), интеллектуальные способности, частые эпизоды психоза и постпсихотическую депрессию [12, 62, 70].

В качестве суицидоопасных диагнозов выделяют *тревожные расстройства* (риск импульсивности) [10, 19]; *расстройства пищевого поведения* (больной крайне недоволен своим телом) [6, 15]; *адаптационные расстройства и реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство* (больному трудно найти копинг-стратегию) [1, 7, 17], *злоупотребление психоактивными веществами* (обостряются импульсивность, внутренние конфликты; в некоторых случаях алкоголь употребляют после решения о суициде, чтобы облегчить реализацию намерения) [3, 5, 17, 23]. После принятия в СССР закона об ограничении продажи спиртного в 1985 г. произошло резкое снижение уровня самоубийств [18]. Суицидоопасны мучительные и смертельные *соматические болезни* (человек приближает неотвратимый конец или его страшат потеря трудоспособности и беспомощность) [11, 17].

Суицидальное поведение называют «визитной карточкой» пограничного и нарциссического личностных расстройств (по DSM-IV) [15]. Связь *нарциссизма* (тщеславия) и суицидальности замечена в 30-х гг. XX века [91]. Термин «злокачественный нарциссизм» ввел в 1964 г. Э. Фромм [47], считавший его «квинт-эссенцией зла» и безусловным отрицательным феноменом. Х. Кохут [61] отмечал недостаточ-

ную развитость супер-эго пациентов, не способствующего благоприятному разрешению сложной ситуации, но выступающего в роли палача. При злокачественном нарциссизме с характерными садизмом и расщеплением как защитными механизмами, атака на «Я» и собственное тело в виде самоповреждений или суицидальных попыток служит парадоксальной мерой поддержания цельности «Я», причем тело воспринимается суицидентом как чуждое ему, как собственность обидчика [48, 60]. Суицидальные попытки совершаются с целью запугать, вызвать ужас, отвращение и беспомощность у близких: так подтверждается картина мира «нарциссов», где окружающие безразличны к ним или враждебно настроены.

По непсихоаналитической концепции [87], нарциссизм определен как психическая активность, направленная на поддержание структурной связности, временной стабильности и позитивной аффективной окраски образа «Я». Задача решается адаптивными или дезадаптивными средствами. В контексте нарциссизма здоровая самооценка противопоставлена нарциссическому самообману [68], «подлинная» самооценка – «хрупкой» [26], «незащитная» – «защитной» [78]. Исследования самосознающих эмоций нарциссических личностей [89] показывают, что последние склонны приписывать позитивные события внутренним, стабильным и неконтролируемым факторам («я горд собой», а не «я горд тем, что я сделал», «я получил «пять», потому что я очень умный», а не «потому что старался»), что способствует тщеславию вместо здорового чувства гордости, негативные же самоописания прячутся глубоко «вовнутрь». Нарциссы постоянно ищут подтверждения своей грандиозности вовне, чтобы не раскрыть для себя болезненное самосознание, способное вызвать суицидальные импульсы. Такое поведение закономерно ведет к хрупкости самооценки. Напротив, люди с внутренней оценкой, соответствующей внешней и не зависящей от условностей, менее склонны к патологическому стыду и к агрессивному (аутоагрессивному), асоциальному поведению при неудаче, а при успехе испытывают «истинную» гордость в сочетании с уверенностью, продуктивностью и самооценностью. Они приписывают и успех, и неудачу нестабильным, но контролируемым аспектам «Я» (как усилие), которые способны меняться, а не абстрактному «величию».

Ключевым механизмом суицидальности пациентов с *пограничным личностным расстройством* является импульсивность – нарушение эмоциональной регуляции. Эта врожденная ранимость – особенность темперамента, утяжеленная недостатком воспитания. Суицидальные попытки и самоповреждения становятся стереотипом совладания с «неуправляемыми» эмоциями и средством привлечения внимания к своим нуждам. Тем не менее, М. Lihenap [63] полагает, что называть такое поведение «манипулятивным» неточно и вредно. Задача терапевта – научить пациента справляться со своими чувствами, решать типовые проблемы адекватными способами, показать, что в примирении полярных взглядов содержатся возможности изменений. Хотя исследования, призванные подтвердить эффективность диалектической поведенческой терапии пограничных пациентов, недостаточно доказательны [82], она является одной из самых известных. В схема-терапии [93] противопоставлены укоренившиеся паттерны поведения и «здоровое» поведение; терапия, сфокусированная на переносе [30] основана на теории объектных отношений О. Кернберга [60]; лечение-ментализация [24] обучает интерпретации поведения других людей. Так или иначе, терапевты имеют дело с эмоциональной дисфункцией и повторяющимся поведением.

Феноменологические концепции: суицид как процесс.

Е. Ringel ввел в психиатрию понятие *пресуицидального синдрома* [75], в котором ключевыми являются феномены сужения сознания, сдерживаемой и направленной на себя агрессии и фантазии о смерти и суициде. Сужение сознания проявляется и в том, что человек перестает замечать варианты выхода из проблемной ситуации, становится пассивным, ригидным, у него снижается действие эго-защит, и в сужении межличностных отношений, изоляции, и в снижении ценности себя, различных областей мира, взглядов других людей. Позднее Е. Ringel выделил *невроз искажения жизни*, который, не будучи прерванным, приводит к самоубийству [76].

W. Poeldinger [69] описал пресуицид как ряд последовательных стадий. На *стадии решения* человек рассматривает суицид вариантом решения проблем. Происходит обращение на себя агрессии, усиленной изоляцией. *Стадия амбивалентности* характеризуется внутренней борьбой между конструктивными и

деструктивными силами в человеке, нерешительностью. Возникают суицидальные угрозы, частично как призывы о помощи, выполняющие успокаивающую функцию. Человек желает и жить, и умереть, но если жить, то по-другому. Затем суицидент *принимает решение* и становится спокойным – неожиданно для близких, обычно заключающих, что опасность миновала. Инфантильные, эксплозивные, психопатические личности, психотические больные проходят стадии очень быстро, тогда как у больных с психогенными реакциями, депрессиями стадия амбивалентности длится дольше.

L. Farber [38] представил динамику суицидального поведения психологической лестницей, ведущей к неизбежной кульминации, «суицидальной жизни» и суициду. Психотерапевт должен обнаружить мотив за мотивом, чтобы дать пациенту предписания, как избежать каждого звена суицидальной цепи. Суицид может казаться «тузом в рукаве», универсальным решением жизненной проблемы, проявлением нравственной правоты и мужества, оправданием невыносимости существования. Но такой взгляд лишает смысла саму жизнь (любое событие равнозначно смерти), отрицает личный выбор (суицид ощущается как неизбежность) и ответственность.

N. Retterstol [74] определил суицидальный процесс как развитие от суицидальных мыслей до завершенных действий. Суицидальные попытки и суицид могут быть рассмотрены как количественно различающиеся выражения фундаментальной суицидальной тенденции. Актуальный процесс может длиться в течение дней, недель, месяцев или лет, быть хроническим или острым, но ему предшествует период длительного развития, истоки которого лежат в раннем детстве. Если происходит что-то, смягчающее давление, суицидальный процесс переходит в «молчаливую» фазу. Он развивается в тесном общении с близкими суициденту людьми: их понимание и поддержка так же важны, как их безнадежность, пренебрежение, молчаливое санкционирование самоубийства. Триггерами кризисных ситуаций часто являются интимные и семейные конфликты, потеря или угроза потери близких партнеров, физическое заболевание, изменение среды или социальная изоляция.

Концепции социального окружения.

Суицид и общество. Э. Дюркгейм [8] первым оспорил медицинскую концепцию самоубийства. На основании социального устрой-

ства он выделил три типа самоубийств. Эгоистическое самоубийство происходит в обществах, где проповедуется индивидуализм (протестантские страны). Стремление к знаниям есть лекарство против этой «болезни», но помогает и общественная сплоченность, семья. Аномичное самоубийство возникает при социальных и экономических кризисах. В кризисные состояния включены и бедность, и богатство: в обоих случаях определяющим фактором служит отчуждение. Альтруистическое самоубийство наиболее часто случается в армии как акт защиты социальных ценностей, оно противопоставлено эгоистическому самоубийству.

Одиночество. Первой теорией о роли одиночества в формировании суицидального поведения стала работа З. Фрейда «Печаль и меланхолия» (1917), где говорится о тоске по утраченному объекту [20]. Н. Фарбероу и Э. Шнейдман (1961) описали различные причины одиночества [39]: недостаточную социализацию (расхождение между ценностями индивида и группы), попадание в среду с пониженной коммуникативностью или сложные личные и социальные обстоятельства (эмиграция, статус беженца, резкие социально-экономические изменения в стране), потерю близких, работы, статуса, внутренний мир творческого человека и «одиночество вдвоем», когда человек не может найти общий язык с близким. Суицидальная попытка служит призывом о помощи, попыткой сообщить обществу о глубоком внутреннем неблагополучии. О жалобах суицидальных пациентов на одиночество писали А.Г. Амбрумова и О.Э. Калашникова [4]. Популяционное исследование А. Stravynski и R. Boyer [88] показало, что ощущение одиночества чаще, чем формальное отсутствие близких связей сопутствует суицидальным переживаниям. Оно же предшествует разрыву с ближайшим окружением.

Этно-культуральные факторы. Б.С. Положий [14] изучал различия в суицидальном поведении финно-угорской и славянской групп. Распространенность самоубийств на севере нашей страны на порядок выше уровня суицидов в центральной части и на юге. К суицидальным факторам финно-угорской группы автор относит позднее принятие христианства, порицающего самоубийство; значимость реальных объектов (одежды, жилища, предметов быта, религиозных амулетов) как важных ас-

пектов самооценности; предвосхищение лишь эмоционально положительных событий (несоответствие планирования с реальностью становится суицидогенным фактором); веру в загробную жизнь, мало отличимую от реальной, закрепление суицидального поведения в эпосе.

Психологические концепции.

Мотивы суицидального поведения. К. Меннингер [13] выделил три мотивационных компонента самоубийства: желание умереть, убить и быть убитым, – и распространил понятие самоубийства на родственные явления, назвав их хроническим (аскетизм и мученичество, неврастения, алкогольная зависимость, антиобщественное поведение и даже психоз), локальным (членовредительство, многочисленные хирургические операции, несчастные случаи) или органическим суицидом (психологический фактор соматического заболевания).

Э. Шнейдман и Н. Фарбероу [85] ввели понятие психологической аутопсии, метода исследования личности погибшего суицидента. Это анализ последних поступков человека на основе интервью с его близкими, его дневниковых и иных записей. Авторы обратили внимание на алогичность суицида: суицидальные записки отличались чрезмерным вниманием к малозначимым подробностям, тривиальным, обыденным вещам и склонностью к нейтральным фразам. Помимо озабоченности, как воспримут поступок окружающие, люди просили не думать о них плохо. Важной особенностью суицидентов оказалась вера в жизнь после смерти: они угрожают наказать обидчика или обещают следить за любимыми с небес. Тогда же авторами был введен термин «душевной боли» (психалгии). Суицид проистекает из ее невыносимости: убивая себя, человек пытается прекратить тяжелое переживание.

Э. Шнейдман [84] сформулировал общие характеристики суицида, исходя из мотивационной модели: цель – нахождение решения, задача – прекращение сознания, стимул – невыносимая душевная боль, стрессор – фрустрированные потребности, эмоция – безнадежность-беспомощность, внутреннее отношение – амбивалентность, состояние психики – сужение когнитивной сферы, действие – бегство, коммуникативный акт – сообщение о своем намерении, закономерность – соответствие жизненному стилю. Ученый полагал, что стоит утолить душевную боль суицидента, уменьшив его страдания в силу фрустрированных психо-

логических потребностей, и побуждение к самоубийству исчезнет. Он выбрал 20 основных потребностей из списка Г. Мюррея [66], фрустрация которых вызывает суицидальное поведение: самоуничтожение, достижение, дружба, агрессия, автономия, противодействие, самооправдание, почтение, доминирование, демонстративность, избегание опасности, неприкосновенность, забота о другом, порядок, игра, отвержение, чувственность, избегание стыда, получение поддержки и понимание. Автор предложил оценивать значимость каждой потребности в обычном и суицидальном состоянии и указал проблемные сочетания потребностей: неудовлетворенность в любви (стремление к поддержке и дружбе), нарушение контроля (потребности в достижении, независимости, порядке и понимании), нарушение образа «Я» (потребности в дружбе, самооправдании и избегании стыда), разрушение значимых отношений и горе от потери (потребности в дружбе и заботе о другом) и чрезмерный гнев (потребности в доминировании, агрессии и противодействии) [22].

Ситуационные реакции. Ключевым понятием концепции А.Г. Амбрумовой [1] является ситуационная реакция (микросоциальный конфликт), возникающая при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения важнейших жизненных потребностей, которое не может быть устранено способами решения проблем, известными личности из ее жизненного опыта. Во всех «непатологических ситуационных реакциях» их суицидоопасность определяется резким снижением способности конструктивного планирования (степенью безнадежности). Однако важны и личностные параметры: динамические и энергетические условия эмоциональных процессов (уровень их лабильности или торпидности, стеничности или астеничности), степени интеллектуального контроля и характеристики коммуникативной сферы личности. Описаны 6 ситуационных реакций: 1) эмоционального дисбаланса; 2) пессимистическая; 3) отрицательного баланса; 4) демобилизации; 5) оппозиции и 6) дезорганизации. Позже А.Г. Амбрумова выделила две центральные группы суицидальных мотивов: мотивы неблагополучия (одиночество, тяжесть жизни, потеря близких) и мотивы конфликта, в который вовлечены и другие лица, и различала суицид диалогический, несущий смысл протеста, призыва о помощи, избегания страдания, и монологический – как результат внутреннего

монология или размышления о смысле жизни [2].

Когнитивная модель суицидального поведения. В 1967 году А. Бек сформулировал концепцию негативной когнитивной триады: негативный взгляд человека на себя, мир и собственное будущее [27]. Позже он заметил, что суицидальные кризисы происходят, когда человек воспринимает ситуацию невыносимой и *безнадежной* [29]: безнадежность и сопутствующие ей когнитивные искажения играют роль катализаторов самоубийства. Он также разработал шкалы суицидальных намерений и летальности, которые оценивают тяжесть суицидального состояния [28].

Идеи А. Бека адаптированы рационально-эмотивной поведенческой терапией Т. Эллиса и К. Рэтлифа [34]. Авторы сформулировали проблемы суицидального мышления: люди склонны строить цепочку «событие – ответ», пропуская мысли по поводу события, преувеличивая тяжесть событий и снижая их переносимость, оценивая себя вместо своего поведения (условное принятие себя).

Ученик А. Бека М. Rudd [77] разработал концепцию гибкой ранимости и суицидального модуса поведения. При активации суицидального модуса возникают суицидальные мысли, негативный аффект, физиологическое возбуждение и намерение покончить с собой. Этот модус легче активируется у людей, которые уже совершали попытки самоубийства, и регулируется особыми триггерами и факторами, отвечающими за длительность и силу суицидального эпизода. Автор выделил когнитивную (трудности в решении проблем, недостаток когнитивной гибкости, суицидальная система убеждений), биологическую (физиологические и аффективные симптомы) и поведенческую (недостаток навыков межличностных отношений, самоконтроля и регуляции эмоций) ранимость. Терапия фокусируется на этих факторах, а не на психиатрическом диагнозе.

Недавние исследования [33, 67] показали преимущество модели душевной боли (Э. Шнейдман) над безнадежностью (А. Бек) в понимании суицидальности в группах риска (студенты, бездомные). Душевная боль лучше предсказывала широкий спектр суицидального поведения, нежели безнадежность, депрессия и низкая осмысленность жизни, хотя эти концепты тоже имеют объяснительную силу.

Модель диатез-стресса подразумевает, что у человека существует врожденный или

приобретенный в результате жизненного опыта недостаток некой способности, который провоцирует суицидальное поведение.

Решение проблем и суицидальный риск. Люди с нехваткой дивергентного мышления (метод творческого мышления для решения задач, к которым нет готовой инструкции) испытывают трудности в совладании с неблагоприятными жизненными событиями, в результате чего переживают чувство безнадежности, что, в свою очередь, чревато суицидом [79]. Люди с суицидальными мыслями способны дать вполнину меньше решений на задачи о межличностном общении [80]. Связь между решением проблем и самоубийством была подтверждена [64] с указанием депрессии как отдельного предиктора суицида [35].

Перфекционизм. Связь перфекционизма (нереалистичных и идеалистичных требований человека к себе) и суицидальности отмечена полвека назад [55]. Показана потенциальная суицидоопасность чрезмерных требований человека к себе [79] и со стороны значимых других [51]. Перфекционизм и чувствительность к критике связаны с суицидальными мыслями [69]. R. Baumeister [25] выдвинул концепцию, по которой внутренние требования к себе и воспринимаемые требования общества запускают цепь реакций: сфокусированность на себе, внутренние атрибуции как самообвинение, негативный аффект и попытки избежать болезненного самосознания, что провоцирует снятие внутреннего запрета на самоубийство. P. Hewitt и G. Flett показали, что перфекционизм вкупе со стрессом предсказывают суицидальность и депрессию, причем ориентированный на «Я» перфекционизм вносит больший вклад [52, 53]. Видимо, люди с завышенными стандартами воспринимают больше событий в качестве стрессовых, у них меньше вариантов положительного исхода, так как они стремятся только к полному успеху. Восприятие ситуации может повлиять и на самооценку, и у этих людей могут включиться «перфекционистское мышление» и самокритика, увеличивающие шанс неудачи. С другой стороны, социально предписываемый перфекционизм порождает безнадежность, так как человеку кажется, что он не может повлиять на окружение, и провоцирует отчуждение, а также коррелирует с низкой адаптацией в обществе. P. Dean и L. Range, взяв за основу модель «шести шагов бегства» R. Baumeister [25], показали, что со-

циально предписываемый перфекционизм предсказывает депрессию, депрессия – безнадежность, безнадежность – одновременно недостаток смыслов жизни и суицидальные мысли [31, 32]. Психалгия опосредует отношения между социально предписываемым перфекционизмом и суицидальностью, а отношения между социально предписываемым перфекционизмом и психалгией, в свою очередь, опосредуются неудовлетворенными психологическими потребностями [42].

A. Graham [47] и коллеги предложили экзистенциальную модель перфекционизма и депрессивных симптомов. Перфекционисты не только склонны к катастрофическому мышлению (преувеличению преград и идеализации цели), но и испытывают трудности принятия жизненного опыта, ощущения целенаправленности, осмысленности и связности собственной жизни. Они придерживаются катастрофического взгляда на свое настоящее и мрачно видят прошлое, что сказывается на склонности к депрессиям и суицидальному поведению. Е.Т. Соколова и П.В. Цыганкова полагают, что для суицидальных пациентов с высоким перфекционизмом характерны такие особенности мышления как сверхобобщения, оценочность, игнорирование ограничений, императивность и низкая дифференцированность, что снижает ресурсный потенциал и адаптационные возможности в новых, трудных, неопределенных или кризисных ситуациях [16].

Автобиографическая память. Модель крика боли. J. Williams и C. Broadbent [90] показали, что в остром постсуициде люди описывают негативные события так же, как в норме, различия обнаруживаются при воспроизведении позитивных воспоминаний: пациенты вспоминают «сверхобобщенно», не могут вспомнить подробности, им нужно больше времени для ответов. Из-за этого суициденты испытывают трудности в эффективном решении проблем: хотя изначально сверхобобщения играют защитную роль (не дают травматическим воспоминаниям проникнуть в сознание), в итоге они сказываются и на планировании будущего, а неудачи приводят к ощущению беспомощности [36]. Трудности в решении проблем и безнадежность относительно будущего порождают ощущение западни, что, в свою очередь, провоцирует суицид [91]. Сверхобобщенная автобиографическая память играет опосредующую роль между социально предписываемым

перфекционизмом, суицидальными мыслями и депрессией; особенно задействованы позитивные воспоминания [73].

Концепция сепарации. Концепцию «внутренних голосов», которые высказывают критические суждения о человеке и направляют его на путь саморазрушения, выдвинул R. Firestone [43]. «Внутренний голос», или негативный мыслительный процесс якобы существует у всех людей, и крайним проявлением его являются императивные и комментирующие слуховые галлюцинации при шизофрении. Интериоризованные высказывания и негативные родительские образы актуализируются в любых жизненных ситуациях и являются ответом на расплывчатые страхи поражения и, шире, смерти. Суицид становится самонаказанием и попыткой стать хозяином собственной смерти. В отличие от когнитивной психотерапии, предлагающей переформулировать негативные мысли, автор считает необходимым вычленять из мыслительного процесса эти высказывания и делать упор на то, что они являются негативными артефактами воспитания, исключительно разрушительными по своей сути, а не здоровым ядром «Я».

Концепции суицидального поведения в позитивной психологии.

Концепцию надежды С. Snyder [86] разработал в качестве антитезы когнитивной теории безнадежности А. Бека [29], утверждающей негативные мысли о будущем у суицидальных пациентов, тогда как теория надежды делает упор на недостатке позитивных ожиданий от будущего и объясняет появление надежды в онтогенезе: сначала появляется продумывание направлений деятельности (достижения целей) и потом – авторство, ощущение возможных свершений. Надежда может быть как чертой характера, так и преходящим состоянием; ей можно обучаться, ее можно тренировать, в чем и заключается терапия суицидальности [50].

Межличностный психологический подход. По Т. Joiner [59], риск самоубийства высок при: 1) желании и 2) готовности умереть. Желание умереть определено кажущейся обременительностью существования для окружающих (низким ощущением собственной значимости) и нарушенными душевными связями с другими, разомкнутой привязанностью (отсутствием поддержки близких), что ведет к суицидальным мыслям. Но готовность к суициду приобретает через повторяющиеся переживания болезненных провоцирующих событий и при-

выкание к ним: человек научается терпеть боль и не бояться смерти. Поэтому риск самоубийства повышается с числом суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждений. Обременительность опосредует отношения между неадаптивным перфекционизмом и суицидальными мыслями [72].

Концепция расширения и построения позитивных эмоций. В. Fredrickson [45] предположил, что функция негативных эмоций (страх, гнев и отвращение) заключается в вызове особых действий. Так, страх вызывает стремление бежать, гнев – нападать, отвращение – оттолкнуть. Адаптивные ответы в угрожающей жизни ситуации способствуют выживанию, сужая репертуар мыслей индивида, вырабатывая специфические стили поведения. Поэтому при переживаниях печали, безнадежности, боли, выход через самоубийство кажется единственной возможностью. Напротив, позитивные эмоции расширяют репертуар мыслей и действий. Радость порождает желание игры, расширения границ, творчества, интерес вызывает стремление исследовать и узнавать новое, удовлетворение дает стремление смаковать жизнь. Люди, переживающие позитивный аффект, более гибкие, творческие, открыты новой информации, более эффективны в мыслительном плане [58]. Итак, позитивные эмоции могут построить систему стрессоустойчивости. Возникнет своеобразная спираль [46]: от позитивных мыслей к позитивным действиям, вызывающим позитивные эмоции. Для запуска спирали пациенту предлагают вспомнить позитивные события жизни, помимо обучения навыкам решения проблем.

Заключение.

Проблема самоубийства является мультидисциплинарной: суицид принято называть биопсихосоциальным феноменом. Изначально изучение суицидальности началось в рамках психиатрической патологии. Социальные исследования и экспериментальная психология раскрывают новые механизмы суицидального поведения, выделяют маркеры суицидального риска и обосновывают модели психотерапии. Психологические подходы многочисленны, но они дополняют друг друга, по-разному высвечивая особенности суицидальных пациентов, что способствует поиску решений в проблемах превенции, интервенции и поственции самоубийств. Тем не менее, необходимы длительные и широкие исследования, систематизирующие и уточняющие условия и границы диф-

ференцированного применения и эффективности психотерапевтических методов в системе лечения и профилактики суицидального поведения.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике / Научные и организационные проблемы суицидологии. – М.: МНИИП, 1983.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1980.
4. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Психологические аспекты одиночества // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 3. – С. 53-63.
5. Вассерман Д. Алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами и самоубийство / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 65-75.
6. Вассерман Д. Расстройства пищевого поведения и самоубийство / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 82-86.
7. Вассерман Д. Адаптационные расстройства и самоубийство / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 87-89.
8. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – М.: «Мысль», 1994.
9. Жерехова Е.М., Уманский С.М. Особенности суицидального поведения больных шизофренией // Проблемы суицидологии / Сборник научных работ. Под ред. С.М. Уманского, П.Б. Зотова. – Тюмень: «Вектор-Бук», 2003.
10. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Диалект», 2004.
11. Ленквист Ю. Соматические заболевания и самоубийство / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 106-113.
12. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении: эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
13. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
14. Положий Б.С. Суицидальное поведение: клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты. – М.: ГНЦССП, 2010.
15. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при соматических и пограничных личностных расстройствах. – М.: SvR-Аргус, 1995.
16. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. – 2011. – № 2. – С. 90-100.
17. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: «Когито-центр», 2005.
18. Трайнина Е.Г. Наркологические аспекты суицидологии // Методические рекомендации. – М., 1990.
19. Фосетт Я. Тревожные расстройства, симптомы тревоги и самоубийство // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 76-81.
20. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Виллюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
21. Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие. Томск: Сибирский ГМУ, 2011.
22. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001.
23. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: «Когито-центр», 2004.
24. Bateman, A., Fonagy, P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004.
25. Baumeister R.F. Suicide as escape from self // Psychological Review. – 1990. – Vol. 97. – P. 90-113.
26. Baumeister R.F. Self-esteem: The puzzle of low self-regard. New York: Plenum Press, 1993.
27. Beck A.T. Depression. New York: Harper and Row, 1967.
28. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. Development of suicidal intent scales // The prediction of suicide / A.T. Beck, H.L.P. Resnik, D.J. Lettieri (Eds.). Bowie, MD: Charles Press, 1974.
29. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trezler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness scale // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1974. – Vol. 42. – P. 86-865.
30. Clarkin J.F., Foelsch P.A., Levy K.N., Hull J.W., Delaney J.C., Kernberg O.F. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change // Journal of Personality Disorders. – 2001. – Vol. 15. – P. 487-495.
31. Dean P.J., Range L.M. The escape theory of suicide and perfectionism in college students // Death Studies. – 1996. – Vol. 20. – P. 415-424.
32. Dean P.J., Range L.M. Testing the escape theory of suicide in an outpatient population // Cognitive theory and research. – 1999. – Vol. 23, № 6. – P. 561-572.
33. DeLisle M., Holden R. Differentiating between depression, hopelessness and psychache in univer-

- sity undergraduates // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. – 2009. – Vol. 42, № 1. – P. 46-63.
34. Ellis T.E., Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients // *Cognitive Therapy and Research*. – 1986. – Vol. 10. – P. 625-634.
 35. Esquirol E. *Des maladies mentales*. – Bruxelles, 1838.
 36. Evans J., Williams J., O'Loughlin S., Howells K. Autobiographical memory and problem-solving strategies of suicidal patients // *Psychological Medicine*. – 1992. – Vol. 22. – P. 399-405.
 37. Falret J-P. *Des maladies mentales et des asiles d'aliènes*. – Paris, 1864.
 38. Farber L. *Lying, despair, jealousy, envy, sex, suicide, drugs, and the good life*. New York: Basic Books, 1976.
 39. Farberow N.L., Shneidman E.S. *The cry for help*. New York, 1961.
 40. Fawcett J., Scheftner W.A., Fogg L., Clark D.C., Hedeker D., Gibbons R., Coryell W. Time-related predictors of suicide in major affective disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 147. – P. 1189-1194.
 41. Fenton W.S., McGlashan T.H., Victor B.J., Blyler C.R. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders // *American Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154, № 2. – P. 199-204.
 42. Fenton W.S. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 34-49.
 43. Firestone R.W. The “inner voice” and suicide // *Psychotherapy*. – 1986. – Vol. 23, № 3. – P. 439-447.
 44. Flamenbaum R., Holden R. Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality // *Journal of Counseling Psychology*. – 2007. – Vol. 54, № 1. – P. 51-61.
 45. Fredrickson B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // *American Psychologist*. – 2001. – Vol. 56. – P. 218-226.
 46. Fredrickson B.L., Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being // *Psychological Science*. – 2002. – Vol. 57. – P. 212-228.
 47. Fromm E. *The heart of man: Its genius for good and evil*. New York: Harper and Row, 1964.
 48. Goldblatt M., Maltzberger J. Self-attack as a means of self-preservation // *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. – 2010. – Vol. 7, № 1. – P. 58-72.
 49. Graham A., Sherry S., Stewart S., Sherry D., McGrath D., Fossum K., Allen S. The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study // *Journal of Counseling Psychology*. – 2010. – Vol. 57, № 4. – P. 423-438.
 50. Grewal P.K., Porter J.E. Hope theory: A framework for understanding suicidal action // *Death Studies*. – 2007. – Vol. 31. – P. 131-154.
 51. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 205-228.
 52. Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend, E., Harris L. Comorbidity of axis 1 and axis 2 disorders in patients who attempted suicide // *American Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160. – P. 1494-1500.
 53. Hayes R.L., Sloat R.S. Gifted students at risk for suicide // *Roeper Review*. – 1989. – Vol. 12. – P. 102-107.
 54. Hewitt P.L., Flett G.L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1991. – Vol. 60. – P. 456-470.
 55. Hewitt P.L., Flett G.L., Weber C. Dimensions of perfectionism and suicide ideation // *Cognitive therapy and research*. – 1994. – Vol. 5, № 18. – P. 439-460.
 56. Himmelhoch J.M. Lest treatment abet suicide // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1987. – Vol. 48. – P. 44-54.
 57. Hollender M.H. Perfectionism // *Comprehensive Psychiatry*. – 1965. – Vol. 6. – P. 94-103.
 58. Isen A.M. Positive affect and decision making // *Handbook of emotions (2nd ed.)* / M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (Eds.). New-York: Guilford Press, 2000. – P. 417-435.
 59. Joiner Jr., T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
 60. Kernberg O.F. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press, 1984.
 61. Kohut H. Narcissism and narcissistic rage // *The Psychoanalytic Study of the Child*. – 1972. – Vol. 27. – P. 360-400.
 62. Lewis L. Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia // *Bulletin of Menninger Clinic*. – 2004. – Vol. 68, № 3. – P. 231-244.
 63. Linehan M.M. Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide // *Journal of Personality Disorders*. – 1987. – Vol. 1. – P. 328-333.
 64. Linehan M., Camper P., Chiles J., Strosahl K., & Shearin E. Interpersonal problem solving and parasuicide // *Cognitive Therapy and Research*. – 1987. – Vol. 11. – P. 1-12.
 65. Maris R.W. Suicide // *The Lancet*. – 2002. – Vol. 360. – P. 319-326.
 66. Murray H.A. *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press, 1938.

67. Patterson A., Holden R. Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2012. – Vol. 42, № 2. – P. 147-156.
68. Paulhus D. L. Two-component models of socially desirable responding // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1984. – Vol. 46. – P. 598-609.
69. Poeldinger W. Die Abschaetzung der Suizidalitaet. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Stuttgart, 1968.
70. Pompili M., Amador X., Girardi P., Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K., Krausz M., Lester D., Meltzer H., Modestin J., Montros L., Mortensen P., Munk-Jorgensen P., Nielsen J., Nordentoft M., Saarinen P., Zisook S., Wilson S., Tattarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future // *Annals of General Psychiatry*. – 2007. – Vol. 6. – P. 10. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/10>
71. Ranieri W.F., Steer R.A., Lavrence T.I., Rissmiller D.J., Piper G.E., Beck A.T. Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients // *Psychological Reports*. – 1987. – Vol. 61. – P. 967-975.
72. Rasmussen K., Slish M., Wingate L., Davidson C., Grant D. Can perceived burdensomeness explain the relationship between suicide and perfectionism? // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2012. – Vol. 42, № 2. – P. 121-128.
73. Rasmussen S., O'Connor R., Brodie D. Autobiographical memory in a sample of parasuicide patients // *Crisis*. – 2008. – Vol. 29, № 2. – P. 64-72.
74. Retterstol N. Suicide: A European Perspective. Cambridge University Press, 1993.
75. Ringel E. Das Leben wegwerfen? Reflexionen ueber Selbstmord. – Wien, 1978.
76. Ringel E. Lesebuch. Wien, 1986.
77. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2000. – Vol.30. – P.18-33.
78. Salmivalli C., Kaukiainen A., Kaistaniemi L. & Lagerspetz K. M. J. Self-evaluated self-esteem, peer-evaluated self-esteem, and defensive egotism as predictors of adolescents' participation in bullying situations // *Personality and Social Psychology Bulletin*. – 1999. – Vol. 25. – P. 1268-1278.
79. Schotte D., Clum G. Suicide ideation in a college population: A test of a model // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1982. – Vol. 50. – P. 690-696.
80. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – Vol. 55. – P. 49-55.
81. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1974. – Vol. 15. – P. 275-291.
82. Sheel K. The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2000. – Vol. 7. – P. 68-86.
83. Shneidman, E. Current overview of suicide / E. Shneidman (Ed.), *Suicidology: Contemporary developments*. – New York: Grune & Stratton, 1976. – P. 2-12.
84. Shneidman E. Definition of suicide. New York: Wiley, 1985.
85. Shneidman E., Farberow N. The logic of suicide // *Clues to suicide* / E. Shneidman, N. Farberow (Eds.) New York, 1957. – P. 31-40.
86. Snyder C. R. The psychology of hope: You can get there from here. New York: Free Press, 1994.
87. Stolorow R. Toward a functional definition of narcissism // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1975. - Vol. 56. – P. 179-185.
88. Stravynski A., Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31, № 1. – P. 32-40.
89. Tracy J. L., Robins R. W. The psychological structure of pride: A tale of two facets // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2007. – Vol. 92. – P. 506-525.
90. Williams E.Y. Some observations on the psychological aspects of suicide // *Journal of abnormal and social psychology*. – 1936. – Vol. 31, № 3. – P. 260-265.
91. Williams J.M.G. Cry of pain: Understanding suicide and self-harm. Harmondsworth, England: Penguin, 1997.
92. Williams J., Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1986. – Vol. 95, № 2. – P. 144-149.
93. Young J. E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G. Nepatologicheskie situacionnye reakcii v suicidologicheskoy praktike / Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii. – M.: MNIP, 1983.
2. Ambrumova A.G. Psihologija samoubijstva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1996. – Tom 6, № 4. – S. 14-20.
3. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija // Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980.
4. Ambrumova A.G., Kalashnikova O.Je. Psihologicheskie aspekty odinochestva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1996. – Tom 6, № 3. – S. 53-63.
5. Vasserman D. Alkogolizm, zloupotreblenie drugimi psihoaktivnymi veshhestvami i samoubijstvo / Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 65-75.
6. Vasserman D. Rasstrojstva pishhevogo povedenija i samoubijstvo / Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 82-86.

7. Vasserman D. Adaptacionnye rasstrojstva i samoubijstvo / Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 87-89.
8. Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud. – M.: «Mysl'», 1994.
9. Zhrehova E.M., Umanskij S.M. Osobennosti suicidal'nogo povedenija bol'nyh shizofrenij // Problemy suicidologii / Sbornik nauchnyh rabot. Pod red. S.M. Umanskogo, P.B. Zotova. – Tjumen': «Vektor-Buk», 2003.
10. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: «Dialekt», 2004.
11. Lenkvist Ju. Somaticheskie zabojevanija i samoubijstvo / Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 106-113.
12. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Suicidal'noe povedenie pri shizofrenii: jepidemiologija i faktory riska // Suicidologija. – 2013. - Tom 4, № 1 (10). – S. 15-28.
13. Menninger K. Vojna s samim soboj. – M.: JeKSMO-Press, 2000.
14. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie: kliniko-jepidemiologicheskie i jetnokul'tural'nye aspekty. – M.: GNCSSP, 2010.
15. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri somaticheskix i pogranychnyh lichnostnyh rasstrojstvax. – M.: SvR-Argus, 1995.
16. Sokolova E.T., Cygankova P.V. Perfekcionizm i kognitivnyj stil' lichnosti u lic, imevshih popytku suicida // Voprosy psihologii. – 2011. – № 2. – S. 90-100.
17. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. – M.: «Kogito-centr», 2005.
18. Trajnina E.G. Narkologicheskie aspekty suicidologii // Metodicheskie rekomendacii. – M., 1990.
19. Fosett Ja. Trevozhnye rasstrojstva, simptomy trevogi i samoubijstvo // Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / Pod red. D. Vasserman. – M.: Smysl, 2005. – S. 76-81.
20. Frejd Z. Pechal' i melanholiya // Psihologija jemocij. Teksty / Pod red. V.K. Viljunasa, Ju.B. Gippenrejter. – M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984.
21. Shelehov I.L., Kashtanova T.V., Kornetov A.N., Tolstoles E.S. Suicidologija: uchebnoe posobie. Tomsk: Sibirskij GMU, 2011.
22. Shnejdman Je. Dusha samoubijcy. – M.: Smysl, 2001.
23. Shustov D.I. Autoagressija, suicid i alkoholizm. – M.: «Kogito-centr», 2004.

MEDICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO SUICIDAL BEHAVIOR

*K. Chistopolskaya, S. Enikolopov,
L. Magurdumova*

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia
Mental Health Research Centre of RAMS, Russia

The article reviews main diagnoses, which carry suicide risk, leading theories that explore the psychological mechanisms of suicidal behavior and contemporary studies that evaluate the correspondence of these approaches.

Key words: suicide, clinical comorbidity of suicidal states, phenomenology of suicide, social aspects of suicide, psychological models of suicidal behavior

УДК: [616.89-008.441.44]-092

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ФОРМЫ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ*

Г.Я. Пилягина

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Контактная информация:

Пилягина Галина Яковлевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: Украина, г. Киев, ул. Дорогожицкая, д. 9. Телефон: (067) 902-58-31, e-mail: GP-doctor@mail.ru

В статье рассмотрены патогенетические особенности формирования эквивалентной формы саморазрушающего поведения (ЭквСрПв). Представлены основные положения терминологического понятия ЭквСрПв. А также описан вклад аутодеструктивных копинг-стратегий и механизма смещенной активности в формирование ЭквСрПв. На основе анализа клинических примеров показаны особенности системной диагностики и принципов терапии ЭквСрПв.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение, эквивалентная форма саморазрушающего поведения, психические расстройства, девиантные детско-родительские отношения.

*Данное сообщение основано на материалах монографии: Г.Я. Пилягина «Саморазрушающее поведение: феноменология, принципы патогенетической динамики и диагностики» (в печати).

Значимость проблем саморазрушающего поведения (СрПв) очевидна в связи с постоян-

ным повсеместным высоким уровнем как самоубийств, так и суицидальных попыток. Ос-

новая лечебно-профилактическая работа в суицидологии в Украине, несмотря на ее реальную неадекватность и несоответствие актуальности данной проблемы, направлена на суицидентов, совершивших самоповреждающие действия. Такие внешние проявления СрПв, а также суицидальные мысли (внутренняя форма СрПв) [1, 8, 13] большинством психиатров и психологов рассматриваются как основные проявления аутодеструктивной активности. Такая профессиональная позиция приводит к тому, что многочисленные и самые разнообразные эквивалентные формы саморазрушения, приносящие существенный ущерб личности и обществу, остаются вне поля зрения клиницистов. Кроме того, в отношении эквивалентных проявлений СрПв практически не разработаны концептуальные модели их этиопатогенеза именно как вариантов аутодеструктивной активности. Чаще всего аутодеструктивные эквиваленты, варианты эквивалентной формы СрПв (ЭквСрПв) относят к другим психическим и поведенческим нарушениям (например, так расцениваются синдромы химической зависимости), либо рассматривают их как неболезненные, социально приемлемые и одобряемые формы поведения (например, к таким вариантам можно отнести «работоголизм», профессии, связанные с обязательным жизненным риском и т.д.). Хотя к ЭквСрПв можно отнести практически все варианты психических и поведенческих расстройств, так как все они включают в свой патогенез различные виды смещенной активности. Однако в реально существующей практике оказания помощи больным саморазрушающая сущность психических и поведенческих нарушений, их этиопатогенетическая сущность как ЭквСрПв, чаще всего, просто игнорируется.

Однако в начале обсуждения необходимо обсудить используемую терминологию.

Итак, эквивалентная форма СрПв – это любые осознанные действия или стратегии поведения, которые находятся под волевым контролем, но продвигают индивида к более ранней физической смерти, вопреки ее естественному и ожидаемому сроку. Это разнообразные варианты поведения без прямого осуществления самоповреждающих действий. Преимущественно такая поведенческая активность не несет осознанных интенций к непосредственной психофизической деструкции или осмысленного переживания привлекатель-

ности собственности смерти. Напротив, при реализации аутодеструктивных стратегий в эквивалентной форме индивид осознанно стремится к максимально быстрому достижению состояния удовлетворенности и удовольствия. Тем не менее, именно такие поведенческие стратегии со временем приводят к психическому (психологическому) саморазрушению личности, а также физической деструкции организма в процессе и в результате их реализации [8, 9, 13, 14]. Хотя аутоагрессивная мотивация поведения достаточно часто понимается индивидом, осознание последствий своих поступков отсутствует, что способствует формированию и закреплению аутодеструктивных личностных установок, а также последующему регулярному воспроизведению аутодеструктивных поведенческих паттернов.

Таким образом, поведение, соотносимое с ЭквСрПв, направлено на неосознаваемое или осознанное саморазрушение, является потенциально губительным, и ускоряет смерть индивид, хотя им непосредственно не осуществляются суицидальные или другие самоповреждающие действия. Смерть, возможная в подобных случаях, воспринимается и квалифицируется как несчастный случай. Э. Дюркгейм назвал подобного рода аутодеструктивное поведение «символическим суицидом» [3]. К. Меннингер ввел понятие «саморазрушающий стиль жизни» (self-destructive lifestyle). Это понятие описывает стратегии поведения, когда инстинкты саморазрушения и желание убить, конверсированные на самого себя, проявляются во взаимодействии с более сложной, неоднозначной мотивацией, которая значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению, но запрещает непосредственную реализацию саморазрушающих действий [7]. Однако конечным результатом такой поведенческой активности становится именно саморазрушение личности. Прежде всего, К. Меннингер к саморазрушающему стилю жизни относил алкоголизм, наркоманию и курение. В русскоязычной литературе этому понятию соответствует термин «хроническое самоубийство» или «перманентный суицид».

К терминам, описывающим ЭквСрПв, также относят такие термины, как непрямое, частичное, полунамеренное, скрытое самоубийство; бессознательное суицидальное поведение; субсуицидальные феномены или суицидальный эквивалент; поведение, связанное с

комплексом факторов потенциальной гибели [11, 15], фокальный суицид [14].

К. Фредерик описал основные характеристики непрямого суицида [2]: частое отсутствие осознания последствий своих поступков; рационализация, интеллектуализация или отрицание своего поведения; постепенное начало деструктивного поведения, которое все же стремительно приближает смерть; крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций; вероятность долготерпеливого, мученического поведения; извлечение вторичной выгоды из сочувствия или проявлений враждебности во время воплощения эквивалентных форм саморазрушения; случаи смерти почти всегда представляются окружающим – случайной.

ЭквСрПв характерна как для предиспозиционного, так и для манифестного этапа СрПв [1, 8, 13, 15], и чаще наблюдается в начальном периоде его прогрессивной динамики. Несмотря на крайне низкий уровень суицидального риска, эквиваленты СрПв имеют относительно высокий аутодеструктивный потенциал, так как самоповреждающий эффект их наличия накапливается со временем. Достаточно часто, при длительном существовании ЭквСрПв, особенно в психотравмирующих условиях, они трансформируются во внутреннюю или внешнюю формы аутодеструктивной активности с резким ростом уровня аутодеструктивного потенциала.

Формирование ЭквСрПв происходит на основе девиаций онтогенетического развития. Хроническое неудовлетворение базисных потребностей индивида, попытка преодоления длительно переживаемых негативных эмоций и высокой степени фрустрации служат аффективной основой ее развития. Когнитивный компонент ее прогрессии базируется на хронической фрустрационной неудовлетворенности и потенцирует гиперактивацию различных психологических защит. Когнитивный компонент ЭквСрПв выражается в трансформации фрустрационной энергии и закрепленных аутодеструктивных личностных установок в различные аутодеструктивные стратегии поведения.

Так, стеничный вариант аутодеструктивной копинг-стратегии как ЭквСрПв проявляется поведением с повышенной агрессивностью в виде неадекватной и неоправданной самостоятельности (уходы из дому, активный саботаж и протест в возрасте до 14–16 лет), эпатажности (чрезмерный татуаж, пирсинг), склонности к асоциальному поведению и группированию (участие в специфических молодежных груп-

пах, подобных готам, эмо, стритрейсерам, паркурщикам или другим субкультуральным группам с рискованным поведением). А астеничный вариант аутодеструктивной копинг-стратегии (как ЭквСрПв) характеризуется различными вариантами поведенческих нарушений на основе регрессивной инертности (симбиотическая зависимость в детско-родительских отношениях, в том числе, во взрослом возрасте), интенциональной слабости (пассивность, стеснительность, замкнутость в межличностных контактах), субмиссивной виктимности (позиция выученной беспомощности) и виртуальной самореализации (бегство в фантазии от пугающей реальности).

К вариантам ЭквСрПв относятся самые разнообразные формы поведения и образа жизни человека. Чаще всего к ней относят синдромы зависимости вследствие злоупотребления психоактивных веществ (токсикомании, алкоголизм). Они трактуются как хронический или перманентный суицид, так как необратимая психофизическая деструкция и преждевременная смерть есть непосредственный результат реализации этих аутодеструктивных стратегий поведения. Различные варианты нехимических зависимостей (эмоциональных, виртуальных, пищевых и рискованного поведения) обладают не меньшим уровнем аутодеструктивного потенциала, хотя и с большим временным периодом его накопления.

К ЭквСрПв можно отнести любое рискованное поведение – необоснованное, неадекватное и непосредственно сопряженное с угрозой для здоровья и жизни, которое чаще всего встречается в условиях военных действий, при профессиональной деятельности (включая научные эксперименты), в спорте или в рамках активности социальных, прежде всего, молодежных групп (паркур, стритрейсинг и т.д.). Аутодеструктивными эквивалентами являются все формы фанатизма или аскетизма, которые чаще всего формируются на основе сверхценных идей различного содержания: религиозного (включая извращенное понимание духовного поиска), идеологического, ипохондрического (например, идеи «ипохондриии здоровья») и т.д.

Таким образом, к вариантам эквивалентной формы СрПв в определенной степени можно отнести большинство вариантов невротических, аффективных и личностных расстройств, так как существенное влияние в их патогенезе имеют аутодеструктивные личностные установки, а хронификация подобных пси-

хопатологических нарушений сопровождается социально-психологической дезадаптацией и психофизической деструкцией.

Формирование клинически манифестных вариантов аутодеструктивной активности осуществляется благодаря механизму смещенной активности, который соотносится с патодинамикой СрПв следующим образом. При формировании любой психической патологии, несмотря на формирование психопатологических симптомокомплексов и дезадаптивного поведения, основной задачей организма является стабилизация психофизического гомеостаза и максимальное уменьшение критического уровня фрустрационной неудовлетворенности. Но критический уровень фрустрационной неудовлетворенности практически всегда обусловлен мощными эмоциональными переживаниями как реакции на определенный внешний объект, во взаимодействии с которым они чаще всего возникают и проявляются. Обычно таким объектом есть другой человек, отношения с которым субъективно значимы для пациента, или конкретные жизненные обстоятельства, воспринимаемые им как судьбоносные. Неконтролируемый осознанием переизбыток эмоциональных переживаний вызывает критическое повышение уровня фрустрации. Это проявляется, прежде всего, в виде состояния длительного психофизического перенапряжения, повышенной агрессивности или интенсивной тревоги, страха, а также хаотичности целенаправленной активности. Одним из способов стабилизации психического состояния в таких случаях есть смещение внутриличностной, когнитивно-эмоциональной и внешней поведенческой активности. Такой процесс является сутью смещенной активности, которая, в свою очередь, включена как один из основных механизмов развития ЭквСрПв.

В психологии смещенная активность выделяется как определенный вид психологической защиты, который активируется в ситуации фрустрации жизненных мета-потребностей часто в сочетании с другими видами психологических защит [4, 5, 8-10, 12]. СрПв, по сути, является результативным проявлением смещенной поведенческой активности, манифестирующей в психотравмирующих обстоятельствах.

Становление смещенной активности можно описать следующим образом. Невозможность адекватно выразить, канализировать

высокий уровень агрессии, страха или других интенсивных эмоций вследствие фрустрации достижения субъективно желаемого результата в отношениях или обстоятельствах, и адаптивно снизить фрустрационное напряжение способно вызвать внутреннее совмещение объекта переживаний и субъекта, испытывающего эти чувства. Так, в условиях стрессорного воздействия у человека формируется смещение пути эмоционального и поведенческого отреагирования и закрепляются аутодеструктивные паттерны поведения, реализация которых в некоторой степени снижает критический уровень фрустрации приводит к стабилизации психофизического гомеостаза. Следовательно, смещенная активность включена в развитие всех видов и форм СрПв, так как оно основано на механизме смещенной активности, при которой объект и субъект отреагирования агрессии и других негативных эмоций совпадают.

Любые проявления невротического поведенческого смещения представляют собой ЭквСрПв, а становление смещенной активности происходит в ранних периодах онтогенеза, уже в раннем детском возрасте. Приспособительная целесообразность развития смещенной активности и ЭквСрПв проявляется в том, что только таким патологическим способом ребенок в какой-то мере может отреагировать накопившуюся агрессию, страх или вину и снизить уровень фрустрационного напряжения. Например, в повторяющихся обстоятельствах отвержения и непонимания ребенок регулярно злится на родителя, однако не может выразить свою злость, так как в ходе воспитания у него уже закреплен жесткий паттерн поведения – запрет на выражение каких-либо сильных эмоций по отношению к опекающему взрослому (злости, горя, радости). При этом, если родитель еще и ситуативно обвиняет маленького ребенка, испытывающего по отношению к нему злость, в недопустимости подобных чувств и их выражения («...как ты смеешь так себя вести... разве можно такое говорить маме... только плохие дети позволяют так себя вести по отношению к маме и папе...»), то у него направленность агрессии переадресовывается на себя. Подсознательная модель смещения как психологической переадресации выглядит следующим образом:

- на маму нельзя злиться, а я злюсь →
- значит, я – плохой и меня нужно наказать →

– значит, меня нужно всегда наказывать, потому, что я часто испытываю злость →

– значит, злость выражать никогда нельзя, а я всегда должен быть наказан за злость, которую испытываю →

– значит, в любом случае, когда я злюсь, даже если меня не наказывают другие, я накажу себя сам, так как я – плохой и должен быть наказан.

Безусловно, маленький ребенок (как и взрослый человек) не осознает весь этот путь формирования смещенной активности и личностных аутоагрессивных установок, в силу недосформированности когнитивных механизмов и отсутствия опыта. Кроме того, процесс психологического смещения реализуется в течение длительного времени (месяцы, годы) и постоянно подкрепляется по принципу развития патологической доминанты в нервно-психической деятельности. Приведенный условный пример модели формирования смещенной активности отображает механизм детской психотравматизации, возникающий при девиантных детско-родительских отношениях. То есть, в основе формирования смещенной поведенческой активности лежит детская психотравматизация, которая всегда сопровождается интенсивными переживаниями вины, обиды, протеста, психологической боли и вытеснением в подсознание агрессивной энергии этих чувств. Подобная вытесненная энергия трансформируется в смещенную, переадресованную активность в связи с тем, что ребенок в девиантных детско-родительских взаимоотношениях не в состоянии адекватно выражать накопившиеся негативные эмоции по отношению к агрессору – опекающему взрослому [2, 5, 9, 10, 12].

Такая смещенная активность может приобретать черты экстернальности (реализация во вне) или интернальности (реализация внутри). Смещенная активность с внешней реализацией закритического фрустрационного напряжения приводит к формированию клинически манифестных вариантов СрПв с поведенческим выражением переживаемых ребенком, подростком или взрослым интенсивных негативных переживаний в виде суицидального или аутодеструктивного поведения с реализацией самоповреждающих действий. В случае подавленной поведенческого компонента переживаемых интенсивных эмоций их энергия трансформируется и выражается в виде раз-

личных вегетативных дисфункций и идеаторных конструктов. В обоих случаях в клинической картине смещенной активности выявляются те или иные невротические симптомокомплексы.

Так, в любом возрасте, начиная с детского, при неудовлетворенной потребности в поддержке и взаимопонимании, формируется смещенная аутоагрессивная личностная установка с последующим развитием и закреплением стеничного, астеничного или амбивалентного варианта аутодеструктивной копинг-стратегии. Девиантные детско-родительские отношения всегда имеют перманентный характер, что формирует у ребенка состояние хронического перенапряжения, так как он постоянно испытывает чрезмерные эмоциональные переживания, не в силах преобразовать характер сложившихся взаимоотношений и адекватно их отреагировать. Вследствие чрезмерного и длительного психофизического перенапряжения у ребенка достаточно быстро запускается процесс патологизации нервно-психической деятельности, в частности, развития ЭквСрПв.

Одним из проявлений смещенной активности у детей при перманентной невозможности отреагировать высокий уровень эмоциональных переживаний и фрустрационной неудовлетворенности вследствие девиантных детско-родительских взаимоотношений есть, например, закрепление такого, казалось бы, распространенного паттерна поведения как грызение ногтей. Подобное поведение представляет собой начальную стадию реализации стеничной или амбивалентной аутодеструктивной копинг-стратегии, в основе которой лежит смещение неотрагированной злости на причинение вреда самому себе. Подобный механизм аутодеструктивной переадресации агрессии лежит в основе психогенных тикозных подергиваний мышц, других патологических привычек или невротических стереотипий, а также неорганического энуреза. В какой-то мере этот процесс сходен с образованием патологической доминанты и стереотипий, развивающихся в раннем возрасте при психозах развития.

В клинической практике при системном диагностическом анализе СрПв достаточно часто встречаются смешанные варианты смещенной активности, включающие как патологию поведения, так и соматизацию (с диссоциативно-конверсионными механизмами). Примером такого варианта смещенной активности является анорексия, представляющая собой

нарушения пищевого поведения в сочетании со специфическим проявлением обсессивно-депрессивной симптоматики и выраженными соматическими нарушениями. В клинической зарисовке 1 представлен один из вариантов анорексии, развившейся в подростковом возрасте, а также ее диагностический анализ и принципы терапии.

Клиническая зарисовка 1.

Пациентка Д., 14 лет. Образование: неоконченное среднее, учащаяся 8-го класса. Проживает с родителями.

Клинический диагноз (по МКБ-10) [6].

Ось I: нервная анорексия (F 50.0), в анамнезе эпизод психогенной потери аппетита (F 50.8).

Ось II – III: без расстройств.

Ось IV: сопутствующие диагнозы – хронический гастрит (K29)

Ось V: проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства (Z63); общая оценка функционирования (GAF) – 60 баллов.

Ось VI: умеренные нарушения социального функционирования.

Суицидологический диагноз.

Вид СрПв – аутодеструктивное несуйцидальное поведение. Эквивалентная форма СрПв (нервная анорексия). Парасуйцидальный клинко-патогенетический тип СрПв при осмотре. Суйцидальная мотивация отсутствует. Общий уровень аутодеструктивного потенциала – крайне высокий; уровень суйцидального риска при осмотре – низкий, возможный горизонт прогноза – несколько недель.

Жалобы: конфликты с мамой из-за ее неадекватного контроля по поводу еды.

Из анамнеза. Раннее психофизическое развитие без особенностей, в соответствии возрасту. В период с двух до семи лет часто болела простудными заболеваниями, с начала учебы в школе периодически наблюдались приступы острого гастрита (лечилась и наблюдалась гастроэнтерологом). По характеру пациентка описывает себя как сдержанную, упрямую, ранимую.

Родители в разводе с 12-летнего возраста пациентки. Ее отец занимается частным бизнесом, в настоящий момент частично финансово обеспечивает семью. По характеру (со слов матери пациентки) – крайне эмоционально-неустойчив, злоупотребляет спиртным, в состоянии алкогольного опьянения – агрессивен. Такое поведение мужа вызвало в семье постоянные конфликты и стало основанием для развода родителей. Мать пациентки – медсестра, психастеничная личность, субмиссивная, интровертированная (в ходе беседы крайне неохотно описывает события в семье и свое поведение в конфликтах с мужем, настаивая на том, что настоящие проблемы связаны только с неадекватным поведением и упрямством дочери). Д. имеет 4-х летнего брата.

Первый эпизод потери аппетита относится к возрасту 11 лет, когда после сильного пищевого отравления девочка попала в реанимационное отделение и в течение двух недель одна проходила лечение в гастро-энтерологическом отделении, так как мама находилась дома с грудным братом. Период отравления и последующие дни сопровождались интенсивным спастическим и болевым синдромом. Пациентке была назначена жесткая диета, в связи с чем, она потеряла в весе до 10 кг за две недели (со слов мамы вес при выписке из отделения не превышал 35 кг при росте 150 см). После выписки из стационара незначительное послабление в диете привело к повторному спастическому, болевому приступу. После чего пациентка опять попала в стационар, где вновь была назначена строгая диета. У девочки появился страх перед приемом пищи, так как он мог опять вызвать интенсивную боль. Во время госпитализаций, в связи с необходимостью обеспечить выполнение диеты, мать пациентки много времени проводила вместе с ней (несмотря на наличие маленького ребенка), часто приходил отец. Девушка, описывая тот период, сообщила, что, несмотря на страх есть и отказ от пищи, чувствовала себя в больнице намного спокойнее, чем дома, так как «...не видела вечно ругающихся родителей, а в больнице они были вместе со мной...». В дальнейшем периодический болевой синдром на фоне приступов гастрита продолжался в течение полугода. Весь этот период пациентка ела крайне мало и исключительно диетическую (перетертую) пищу, хотя описывает, что испытывала постоянное чувство голода, а «...отказывалась от еды только из-за страха перед болью...». Постепенно состояние улучшилось, и пациентка вернулась к обычному режиму питания (после отдыха на море со всей семьей во время летних каникул).

В течение последующих двух лет гастралгические приступы и эпизоды потери аппетита у пациентки не возобновлялись, но в семье продолжались постоянные конфликты, приведшие к разводу родителей. В течение всего последнего года до настоящего момента в семье были крайне конфликтные отношения. Отец уже не жил вместе с семьей, но регулярно приходил к ним, так как пациентка, ее брат и мама (недавно вышедшая на работу после декретного отпуска) финансово зависели от него. Часто был пьяным, что провоцировало скандалы между родителями. В очередном конфликте между родителями (за три месяца до осмотра), когда пациентка попыталась защитить мать от нападков отца, он ответил ей: «А ты, корова, что лезешь...». Д. достаточно точно описывает этот момент, как начало настоящего эпизода отказа от еды: «...на следующий день я посмотрела на себя в зеркало и поняла, что я, действительно, корова, и решила – надо срочно худеть...». На тот момент пациентка имела рост 159 см и вес – 48 кг, (на момент осмотра вес пациентки был 37 кг, менструация последние два месяца

отсутствовала). После этого девушка стала соблюдать строгую диету, считать калории и практически отказалась от еды, потеряв в весе за несколько недель больше десяти кг. Мать пациентки заметив, потерю веса у дочери сразу обратилась к гастроэнтерологу, однако после обследования врач направил пациентку к психиатру. Но мать обратилась к психологу, с которым девушка несколько раз встречалась, однако считает, что безрезультатно: «...все это, ни к чему... я контролирую вес, это мать паникует и кричит на меня, а мне еще нужно сбросить пару килограммов...». За прошедшее время пациентка сконцентрировалась исключительно на проблеме лишнего веса, попытки матери заставить дочь поесть сопровождались уговорами или конфликтами. Социальная активность пациентки существенно не изменилась: она встречается с друзьями, посещает школу, хотя стала более небрежно относиться к учебе. Утверждает, что стала «...намного лучше выглядеть, а многие одноклассники даже завидуют мне...».

На осмотр психиатра пациентка согласилась только по настоянию матери, обследование проводилось с согласия обоих родителей.

Диагностический анализ СрПв.

Анализ психопатологического аспекта суицидогенеза. При осмотре в клинической картине ведущей симптоматикой есть проявления нервной анорексии. Выражены сверхценные идеи избыточности веса и крайней неудовлетворенности своей внешностью, имеющие обсессивный характер, а также самооправдание собственного поведения, направленного на снижение веса. Критика к опасности отказа от пищи отсутствует. Внешне эмоционально сдержана: тревожная и депрессивная симптоматика отсутствует, однако выявляет дисфорическое реагирование в ответ на провокативные утверждения матери о поведении пациентки. При осмотре не обнаружены интеллектуальные нарушения и психотическая симптоматика.

Первый эпизод потери аппетита в 11 лет необходимо квалифицировать как психогенную потерю аппетита (F50.8). Его основным патогенетическим фактором был страх возобновления гастралгии, а сопутствующими обстоятельствами конфликтная обстановка в семье и возможное наличие сиблингового соперничества (в беседе пациентка подтверждает это). Эти факторы компенсировались при ухудшении ее физического состояния, включая потерю веса, и в ситуации лечения в стационаре. Подтверждением такому диагностическому выводу есть факт окончания первого эпизода анорексии на фоне совместного семейного отдыха.

Настоящий эпизод анорексии – рецидив привычного механизма психогенного, невротического реагирования в условиях сохраняющихся психотравмирующих обстоятельств в семье. Нервная анорексия в данном случае (как и во всех иных) относится к аутодеструктивному несуйцидальному поведению как виду СрПв, его эквивалентной форме и

парасуйцидальному клинко-патогенетическому типу, так как не несет в себе осознаваемой суицидальной мотивации. Тем не менее, аутодеструктивный потенциал состояния пациентки очевидно высок, что есть следствием патодинамики психопатологического расстройства, наносит значительное повреждающее воздействие физическому здоровью девушки и непосредственно угрожает ее жизни.

Анализ патопсихологического аспекта суицидогенеза. Основная патопсихологическая мотивация формирования настоящего эпизода нервной анорексии у пациентки – специфический способ диссоциирования, переключения внимания с неизменно конфликтной ситуации в отношениях в семье. Для пациентки такой невротический механизм является эмоционально закрепленным способом патологической адаптации к непереносимому уровню психалгии, вызванной неразрешимой семейной ситуацией, в которой в течение многих лет существует девушка.

Однако основой первого эпизода анорексии была иная психологическая мотивация – все, что происходило вокруг отказа от еды, приводило к вниманию со стороны родителей и улучшению в их отношениях. Хотя собственно анорексия была вызвана страхом боли и первым опытом встречи с состоянием беспомощности. Можно сделать вывод, что закрепление аноректического поведенческого паттерна как реакции на беспомощность (в настоящем эпизоде ощущение беспомощности вызывает нескончаемость конфликтов между родителями) и возможности компенсировать базисную проблему (получить их внимание за счет необходимости решать проблемы со здоровьем пациентки) обусловлено патологической адаптивностью данного невротического механизма. В повторной эпизоде анорексии – пациентка стала старше, а ее взросление продолжает происходить в сохраняющихся психотравмирующих условиях, что активизировало закрепленный механизм психологической защиты. Но в данном эпизоде он проявился в более тяжелом психопатологическом варианте: в развитии нервной анорексии с поведением отказа от пищи вследствие формирования сверхценных, обсессивных идей как ЭквСрПв с высоким уровнем аутодеструктивного потенциала. Такой вариант психопатологии очевидно угрожает жизни Д., несмотря на отсутствие осознаваемой суицидальной мотивации.

Безусловно, в основе развития ЭквСрПв в данном случае есть патопсихологические проблемы и дезадаптивное поведение родителей пациентки. Пациентка испытывает противоречивые отношения к обоим родителям. Она описывает, что отец любит и ее, и брата, но часто до развода родителей, будучи пьяным, мог ударить и ее, и мать. Тем не менее, отец часто покупал подарки и баловал дочь. С мамой отношения девушки не менее амбивалентны, так как мать, не справляясь со сложившейся жизненной ситуацией, часто кричит на пациентку, об-

виния ее в неблагодарности и отсутствии помощи. После развода родителей отношения девушки с мамой ухудшились: «...она только орет на меня, но я молчу... я знаю, ей тяжело с нами двумя (о себе и брате), но зачем на меня все время орать?...». Также амбивалентными являются отношения родителей друг к другу и их поведение. Подобная совокупность амбивалентных чувств, отношений и поведенческих паттернов в семье способствовала формированию нервной анорексии как инверсированной протестной реакции у пациентки на невозможность разрешить подобную амбивалентность. Подтверждением этому тезису есть распространенная психологическая метафора: отказ от еды – это единственная возможная форма протеста пациентки на невозможность принять (поглотить) «неперевариваемую реальность» сложившихся отношений с родителями.

Д. не акцентирует внимание на наличии сиблингового соперничества в отношениях с младшим братом, однако анализ первого эпизода психогенной анорексии свидетельствует об этом, так как тот период произошел вскоре после его рождения. Таким образом, протест в виде конверсионного отказа от пищи (ЭквСрПв) возник у пациентки как ответ на внезапное изменение жизни (рождение брата) и собственного состояния (страх возобновления острого болевого синдрома) и закрепился как пассивный протест на переживание состояния беспомощности в межличностных отношениях (перманентные конфликтные отношения в семье). Психологические установки Д. – пассивно-протестные и инфантильные: «стать внешне совершенной, чтобы заслужить любовь отца и спокойствие матери». Данный случай – пример пассивно-протестного варианта смещенной активности и ЭквСрПв. Патологическая адаптивность анорексии – переключение фокуса внимания с состояния беспомощности в попытке изменить ситуацию в семье, потребность в чем испытывают подросток в подобных условиях.

Модель формирования ЭквСрПв в данном случае можно представить так:

- всё совсем складывается не так, а я стала совсем ужасной, если даже отец считает меня «коровой» (закрепление аутодеструктивной копинг-стратегии самоотвержения и самообесценивания) →
- я стану такой, как должна быть, а для этого надо только худеть (этап становления ЭквСрПв) →
- а когда я болею, они начинают замечать и слушать меня →
- я не должна есть, чтобы быть худой и все изменилось к лучшему.

Принципы терапевтической тактики.

Согласно современным клиническим протоколам, лечение нервной анорексии основано на приеме нейрорептиков и семейной психотерапии. Однако пациентка в качестве психофармакологической терапии согласилась на прием только препаратов из группы седативных ноотропов (от стационарного

лечения отказалась и пациентка, и ее родители). Также пациентке и родителям была предложена психотерапевтическая помощь. Было проведено шесть еженедельных консультативных встреч с пациенткой и две с родителями (от совместных консультаций родители отказались).

В процессе краткосрочного психотерапевтического вмешательства основной мишенью было взаимодействие с родителями, на которых был прояснено влияние конфликтных взаимоотношений в семье как основного причинного фактора развития анорексии у пациентки (с учетом ее возраста) и необходимость взаимоотношения между ними как единственный реальный путь изменения поведения дочери. Были проанализированы пути конструктивного взаимодействия с дочерью со стороны каждого из родителей в отдельности.

Фокус психотерапевтической работы с пациенткой был направлен на формирование доверительного контакта, а также поиска ресурсных зон в сложившейся ситуации. Результатом комплексной терапии было улучшение состояния пациентки: прекратилась потеря веса, за время лечения вес пациентки увеличился на 3 кг. Д. стала намного спокойнее, она отметила, что отношения между родителями изменились: продолжая общаться, они прекратили постоянно при встречах скандалить, улучшилось взаимодействие с дочерью у каждого из родителей. На фоне полученных результатов пациентка прекратила лечение.

Прогностическая оценка патодинамики СрПв в данном случае относительно благоприятная, так как психическое состояние пациентки и поведение родителей в период проведения терапии существенно изменились. Однако качественный результат возможен только, если проведенная психотерапевтическая работа с родителями изменила системный характер взаимоотношений в семье. Тем не менее, краткосрочность проведенной терапии не дает оснований утверждать, что ЭквСрПв у пациентки была полностью купирована ■

Смещенная активность имеет высокий аутодеструктивный потенциал и выраженный повреждающий эффект для человека, несмотря на отсутствие в течение длительного времени внешних поведенческих проявлений СрПв. Критический уровень фрустрационной энергии на основе вытесненной в подсознание агрессии по отношению к агрессору (чаще всего – к родителям или партнеру) или психотравмирующим обстоятельствам реализуется не конкретными поступками, а внутренним хроническим психофизическим перенапряжением. Практически всегда пациент со смещенной активностью испытывает сочетание интенсивных эмоциональных переживаний (не только агрессию, но и страх, вину, стыд), подавляя и вытесняя в

подсознание весь комплекс этих переживаний. Подавление чрезмерных негативных эмоциональных переживаний направлено на снижение субъективно непереносимого уровня психической боли – основного энергоёмкого компонента фрустрационной энергии. В большинстве случаев мотивационной основой такого варианта смещенной активности есть аутодеструктивная установка: я позволяю разрушаться себе, не имея возможности уничтожить другого или обстоятельства, не переносимые для меня.

Специфическим вариантом эквивалентов СрПв есть анозогнозия или попустительство по отношению к здоровью как при конкретном заболевании, так и к ухудшению состояния в целом, например, в процессе деволуции. Попустительское отношение к состоянию собственного здоровья отражает наличие закрепленной аутодеструктивной внутриличностной установки игнорирования явных нарушений в работе органов и систем организма. Такой патогенетический механизм (невротической избирательности внимания и туннельного мышления) лежит в основе формирования психосоматических расстройств, трансформирующихся со временем в тяжелые варианты соматической патологии с очевидным разрушением организма.

Пример такого невротически - соматоформного полюса смещенной активности в виде попустительства по отношению к своему здоровью представлен в клинической зарисовке 2. Поведение Ш. можно соотнести с тем, что Е. Shneidman квалифицировал как одобряющие смерть или искатели смерти [14].

Клиническая зарисовка 2.

Пациентка Ш., 54 года. Высшее образование. Адвокат. Не замужем, бездетна. Проживает одна в собственной квартире.

Клинический диагноз (по МКБ-10).

Ось I: Дистимия (F34.1) в сочетании со злоупотреблением алкоголя (F10.1), психологические и поведенческие факторы, связанные с болезнями, классифицированными в других рубриках (F54), синдром апатической депрессии, антивитаальные переживания.

Ось II–III: без расстройств.

Ось IV: сопутствующие диагнозы – хронический вирусный гепатит В (B18.1), хронический холецистопанкреатит (K81.1 + K86.1), хронический пиелонефрит (N11.0), синдром вторичной гипертензии (I15.1).

Ось V: проблемы, связанные с образом жизни (Z72) и с факторами социального окружения: проживание в одиночестве (Z60.2); в личном анамнезе

болезни и болезненные состояния (Z87) и невыполнение лечебных мероприятий и несоблюдение режима (Z91.1); общая оценка функционирования (GAF) – 60 баллов.

Ось VI: умеренные нарушения социального функционирования.

Суицидологический диагноз.

Вид СрПв – патологический вариант аутоагрессивного поведения. Форма СрПв при осмотре: внутренняя (антивитаальные переживания) и эквивалентная (ухудшение течения соматических расстройств как варианта психосоматической патологии). Парасуицидальный клинико-патогенетический тип СрПв при осмотре. Суицидальная мотивация – избегание непереносимого уровня психалгии. Общий уровень аутодеструктивного потенциала – высокий; уровень суицидального риска при осмотре – низкий, возможный горизонт прогноза – несколько недель.

Жалобы: активно жалоб не предъявляет («... а что собственно говорить... жизнь идет не туда?... ну, идет... под откос идет, так сколько ее осталось... как-нибудь перетерплю...»).

Из анамнеза. Пациентка родом из маленького городка, выросла в многодетной семье (пятеро детей, имеет трех старших братьев и младшую сестру), поэтому всегда стремилась «...вырваться из нищеты...», добиться финансовой независимости и иметь собственную жилплощадь.

Со слов Ш. отец был добрым человеком, но злоупотреблял спиртным, в связи с этим дома часто были скандалы между родителями. Мать – «...всегда уставшая, забеганная... дом и хозяйство были на ней, и мы были на ней... старшие – мальчишки, особенно маме не помогали, а мы с сестрой были еще маленькие... и отец с работы практически всегда приходил пьяным... поэтому мама, особенно с нами и не разговаривала, часто кричала, что мы ей не помогаем... позже стала сильно болеть... а к врачам тоже не ходила... только, когда совсем было плохо – ложилась, а потом опять бежала что-то делать...». Родители умерли более двадцати лет назад. Отмечает, что отношения в семье были «...нормальными, но говорить «по душам», рассказывать что-то, жаловаться было не заведено...»

В 16 лет пациентка уехала из дому в Киев, училась в строительном училище, работала маляром, долго жила в общежитии. Заочно окончила юридический факультет. Дважды непродолжительно жила в гражданском браке: «...первый раз в течение трех лет жила с мужчиной, когда училась в институте, но он пил, а когда еще стал бить меня – я ушла... а второй раз – встречались года три... он жил в одной квартире с бывшей женой, а я в то время у сестры... а после того, как я купила квартиру, он перешел ко мне... но он оказался альфонсом, не работал, а все время «искал» работу... стал деньги мои забирать... а когда я узнала, что он еще и продолжает ходить к бывшей жене – выгнала...».

Ш. отмечает, что много лет «...тяжело работала...», чтобы заработать деньги для покупки собственной квартиры и возможности сделать в ней ремонт: «...поэтому, наверное, и с семьей не получилась – некогда было, все время работала... очень хотелось не зависеть от мужчины и иметь свое жилье...». Семь лет назад купила квартиру.

Хроническим пиелонефритом страдает с молодого возраста («...последствия работы на стройке...»), острый гепатит В перенесла в 35 лет, после которого долго восстанавливалась. Отмечает, что «...почки периодически болят, иногда бывают острые приступы боли... и слабость часто, и проблемы с поджелудочной... но ничего нового нет, обхожусь своими средствами, все равно ведь не вылечат...». В менопаузе в течение пяти лет, считает, что климактерический период прошел без осложнений.

Отмечает, что «...в свое время приятелей и подруг было много, но в последние годы все заняты, а я перестала бывать на вечеринках, и практически никого рядом не осталось...». Сложившуюся жизненную ситуацию считает причиной замкнутости и отсутствия внешних контактов. С братьями встречается редко. Наиболее теплые отношения в настоящее время поддерживает с младшей сестрой, по настоянию которой (и вместе с ней) пришла на консультацию.

Со слов сестры состояние Ш. стало изменяться через некоторое время после разрыва отношений со вторым мужем и постепенно ухудшалось. Уже 2–3 года назад изменения в стиле жизни и своем состоянии сама пациентка перестала скрывать и объяснять: она резко сократила круг общения, стала замыкаться; постепенно явно сократила объем работы, который по ее характеру может регулировать сама (частная адвокатская деятельность); перестала, как прежде, ухаживать за собой; стала злоупотреблять спиртным. Сестра не может объяснить причины изменения состояния пациентки: «...почти сразу после развода она стала говорить, что больше ждать от жизни нечего... и даже квартира, которую она не просто хотела, а жаждала иметь, в которой долго и тщательно занималась ремонтом – и та перестала ее интересовать... и здоровье резко стало ухудшаться только потому, что она ничего не хочет делать – то некогда, то денег нет...», но я же знаю, что это только отговорки..., а других каких-то причин и не было...». Несмотря на существенное ухудшение состояния соматического здоровья, пациентка, выдумывая различные предлоги, категорически отказывалась обращаться за медицинской помощью и лечиться. В последние несколько месяцев перенесла три тяжелых гипертонических криза, резко усилились отеки, физическая слабость, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта – в связи с этим практически перестала работать и выходить из дому, одновременно практически ежедневно употребляла спиртное (до пол-литра вина в сутки).

На обращении за помощью настояла сестра, под ее давлением пациентка согласилась обследовать соматическое состояние и пройти осмотр у психиатра.

Диагностический анализ СрПв.

Анализ психопатологического аспекта суицидогенеза. В контакт вступает неохотно, так как считает консультацию «...бесполезной...»: «...если бы не обещание сестре, я бы вообще никуда не пошла...». Тем не менее, контакт адекватный, продуктивный. В процессе беседы начинает более открыто и полно отвечать на вопросы. Вначале осмотра: речь медленная, гипомимична, сидит в характерной депрессивной позе: плечи опущены, поза сгорбленная, взгляд отводит в сторону или пристально смотрит перед собой, мышцы лица напряжены.

В клинической картине ведущей является нарастающая симптоматика апатической, ангедонической депрессии в сочетании с бытовым пьянством. Алкоголизация носит характер именно бытового пьянства, так как не выявляется первичной обсессивной патологической тяги к алкоголю, снижения количественного контроля его употребления и выраженных симптомов абстиненции. Тем не менее, пациентка осознает формирование алкогольной зависимости как проблему, однако относится к этому внешне безразлично, как и к проблемам с психическим состоянием и соматическим здоровьем, а также к резкому дезадаптивному изменению образа жизни: «... а мне уже вообще ничего не надо... ни денег, ни мужиков, ни здоровья – ничего не хочу...». Антивитальные переживания не отрицает. Объясняет свое состояние тем, что «...я сама себе надоела..., а пью, чтобы, если стукнет инсульт, я его не заметила..., выпью – и хоть чуть-чуть на душе легче становится...». Ухудшение соматического здоровья можно расценить как соматизированный компонент депрессии, но одновременно существенное нарастание соматической декомпенсации потенцирует и ухудшение депрессивной симптоматики.

Данный вариант СрПв относится к парасуицидальному клинко-патогенетическому типу, так как его психологическая мотивация – избавление от непереносимой душевной боли одиночества и бессмысленности. Одновременно данный вариант аутодеструктивной активности можно отнести как к внутренним формам (антивитальные переживания), так и к эквивалентным формам СрПв (нарастание соматических проблем как специфический вариант эвтаназии – попустительство по отношению к своему здоровью и отказ в получении адекватной медицинской помощи в сочетании с алкоголизацией) при осознанном запрете на реализацию саморазрушающих действий («...но я ничего такого с собой делать не собираюсь – я и так скоро помру...»).

Выраженная симптоматика апатической депрессии с обесцениванием качества здоровья и собственной жизни есть проявлением интернальной

смещенной активности и манифестного, клинически наблюдаемого варианта СрПв. Этот тип интернальной смещенной активности имеет выраженный аутодеструктивный потенциал, несмотря на отсутствие внешних саморазрушающих поведенческих проявлений кроме поведения, связанного с отказом от медицинской помощи. Но приспособительное значение СрПв у пациентки проявляется в специфическом психологическом, «душевном обезболивании» путем парадоксального торможения нервно-психической деятельности, которое достигается алкоголизацией и нарастанием апатической (обездвиживающей, замирающей) депрессии.

Анализ патопсихологического аспекта суицидогенеза.

Основной девиацией ЭОР у Ш. стало нарушение привязанности по избегающему типу в раннем детстве вследствие особенностей воспитания в многодетной семье, а также психологических и психопатологических (алкоголизация отца) проблем у ее родителей. Такой вариант взросления потенцировал сверххранное формирование достигающего преодоления (работоголизма) как успешной, но крайне истощающей аутодеструктивной копинг-стратегии в попытке «...отвоевать личностное пространство и возможности у жизни...». Это способствовало формированию и закреплению еще в детстве психологически истощающей установки «одиночкой сверхсамостоятельности» – «...я всегда знала, что должна добиваться всего сама...». Внутренняя психологическая установка «...я должна была вырваться из нищества...» и обязательно достигнуть значимости и состоятельности, в том числе в виде собственной жилплощади, обусловила слишком ранний переход пациентки к самостоятельной социальной жизни с 16 лет практически без поддержки родителей.

Необходимость преждевременной и результативной социальной самостоятельности в подростковом возрасте при недосформированности адаптивных копинг-стратегий и механизмов психологической защиты не позволило пациентке выработать адаптивную психологическую самоидентификацию. Закрепление аутодеструктивной копинг-стратегии как основного жизненного сценария, в свою очередь, потенцировало формирование ЭквСрПв с выраженными нарушениями в тестировании внутренней и внешней реальности как следствия ригидных, закреплённых искаженных представлений о себе, своих потребностях и способах их удовлетворения. Психологические установки с однозначной необходимостью получения образования и достижения материального благополучия, прежде всего, покупки собственной жилплощади как «гарантии счастливой жизни» привели к резкому, критическому обесцениванию идеализированных представлений о смысле жизни в момент реализации поставленных целей. Отсутствие собственной семьи и длительного межличностного партнерства, наличие синдрома выгорания в профессиональной деятельности у Ш.,

обесценивание основных жизненных целей, реализуемых на основе базисной аутодеструктивной копинг-стратегии работоголизма, стало основным пусковым моментом манифестации клинически наблюдаемых форм СрПв и формирования хронического депрессивного расстройства. Однако старт патологических процессов у пациентки произошел значительно раньше при формировании синдрома хронической усталости и развития соматической патологии. Но пациентка считает, что поведение второго мужа и ничто другое стало причиной резкого изменения состояния в настоящем: «...его предательство подкосило меня... не знаю, почему... так хотелось пожить в своей квартире с надежным человеком, а оказалось все не так... я никому не нужна, и мне никто не нужен... детей нет, здоровья нет, работа надоела... так, доживаю, как могу...». Однако глубинной причиной формирования манифестных психопатологических расстройств есть нарушения личностной самоидентификации, а мотивацией – избавление от непереносимой душевной боли одиночества и бессмысленности как следствия ригидных подсознательных идеализированных установок о том, как «правильно должна пройти жизнь»: «...я добилась всего того, что хотела, достигла всех целей, которые ставила, а жизни-то нет...».

Основной жизненный, личностный сценарий пациентки, ее ведущая поведенческая стратегия – «личностная независимость и материальные достижения любой ценой» – помог Ш. выдерживать чрезмерную психологическую нагрузку в течение длительного времени. Однако эта ведущая поведенческая стратегия обусловила пребывание пациентки в состоянии хронического психофизического перенапряжения в течение многих лет с истощением личностных ресурсов. Через резкое изменение соматического и психического состояния Ш. пришла к состоянию внутренней психологической стабилизации на новом качественном витке состояния в виде выраженной апатической депрессии, коморбидной бытовому пьянству. В этом проявляется трансформация накопленного многолетнего перенапряжения в состояние психофизического истощения в момент осознания недостижимости идеализированных установок о качестве и результативности в жизни теми способами, какими пациентка всю жизнь пыталась их реализовать (тяжелый, постоянный труд для достижения материальных благ). Патологическая адаптивность апатической депрессии в данном случае выражается в том, что такая симптоматика позволяет пациентке за счет обесценивания любой целенаправленной активности, внутреннего поведенческого замирания и эмоционального обезболевания выраженной психалгии приемом алкоголя компенсировать, подавлять и вытеснять переживание бесперспективности и бессмысленности дальнейшей жизни.

Патодинамическое развитие СрПв у пациентки можно смоделировать следующим образом:

– я всю жизнь тяжело работала, чтобы добиться счастья, а в результате у меня есть только стены и мебель (реализация аутодеструктивной копинг-стратегии жертвенного перфекционизма) →

– зачем что-то делать и к чему-то стремиться, если результат все равно совсем не тот, что ждешь →

– я ничему и никому не верю, и, прежде всего, себе →

– мне все равно как я буду жить дальше и буду ли я жить вообще (этап формирования суицидального поведения и внутренней формы СрПв: антивитальных переживаний) →

– я не буду убивать себя, но я помогу себе быстрее умереть, отказавшись от жизни (этап реализации ЭквСрПв).

Принципы терапевтической тактики.

Пациентке была назначена антидепрессивная психофармакотерапия. Суть и направленность кризисного психотерапевтического вмешательства была обусловлена нежеланием самопомощи и неверием пациентки в эффективность работы. Поэтому интервенция носила когнитивно-разъясняющий, но достаточно директивный характер с пошаговым определением действий пациентки на период до следующей консультации. Терапевтическая мишень интервенции: «вы добились многого, что означает – вы умеете добиваться, благодаря силе воли; даже если вам не хочется жить, но вы живете – значит, используя умение добиваться, можно весь оставшийся период жизни прожить максимально качественно». Направленность кризисного вмешательства была сконцентрирована на поиске и определении реальных, возможных интересов и увлечений для переключения депрессивного фокуса самообесценивания у Ш.

В результате проведенного психофармакологического вмешательства и краткосрочной кризисной терапии (три консультативные встречи) психическое состояние пациентки улучшилось: уменьшилась выраженность депрессивной симптоматики. Однако от дальнейшей терапии пациентка отказалась.

Катамнез случая. Спустя несколько месяцев, сестра Ш. сообщила, что пациентка вернулась к работе, стала значительно меньше пить и чаще общаться с родными, съездила в туристическую поездку, но по-прежнему отказывается адекватно лечить соматические заболевания ■

Клиническая суть смещенной активности (как в виде психопатологических поведенческих расстройств, так и невротически - соматоформных симптомокомплексов) существенно отличается от аутодеструктивных копинг-стратегий, формирующихся и реализующихся исключительно как predispositional, клинически ненаблюдаемые формы СрПв. Характерным примером этого есть такая аутодеструктивная копинг-стратегия как работоголизм. Работоголизм – вариант психологиче-

ской, поведенческой зависимости и социально одобряемая, но явно аутодеструктивная копинг-стратегия с характерным для нее хроническим психофизическим перенапряжением. Однако во многих случаях, без дополнительных психотравмирующих воздействий работоголизм не трансформируется в манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв и нуждается исключительно в психологической коррекции. При этом смещенная активность в подавляющем большинстве случаев является ведущей характеристикой процесса развития клинически очерченных психопатологических расстройств, к которым относятся и различные манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв, в которые неизбежно преобразуются аутодеструктивные копинг-стратегии в условиях прогрессивного усиления психической патологии.

Данное сообщение – это попытка обратить внимание клиницистов на необходимость понимания многоликости и сложности форм и вариантов СрПв при работе с пациентами. Речь идет о том, что любые психические и поведенческие нарушения обязательно включают аутодеструктивный компонент. Патогенетические особенности влияния ЭквСрПв на процесс развития и течения психического расстройства, а также ее внутреннюю целесообразность и адаптивную значимость для личности крайне важно учитывать в диагностике и лечении психических, психосоматических и поведенческих нарушений.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология. Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Под ред. А. Моховикова. – М.: Когито-Центр, 2001. – С. 270–352.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К.: А.Л.Д., 1996. – С. 104–148.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы. – М.: Академический проект, г. Екатеринбург: Деловая книга, 2001. – 368 с.
5. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. – СПб.: Детство-пресс, 1999. – 144 с.
6. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.

7. Менингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 480 с.
8. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения. – Дис. ... докт. мед. наук. – К., 2004. – 436 с.
9. Пилягина Г.Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 6 (38). – С. 49–56.
10. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия (Под ред. Д.Я. Райгородского). – Самара: «БахраХ-М», 2003. – 656 с.
11. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. – М.: Видар-М, 2011. – 336 с.
12. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии (Под ред. А.М. Боковикова). – Т. II. – М.: Когито-Центр, 2001. – С. 88 – 102.
13. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия: Методическое пособие. – К., 1999. – 60 с.
14. Farberow N. The many faces of suicide indirect self destructive behaviour. – NY: McGraw, Hill Boo Company, 1980. – 644 p.
15. Suicide. An Unnecessary Death (Eds. D. Wasserman). – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
5. Kamenskaja V.G. Psihologicheskaja zashhita i motivacija v strukture konflikta. – SPb.: Detstvo-press, 1999. – 144 s.
6. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. – Kiev: Fakt, 1999. – 272 s.
7. Meninger K. Vojna s samim soboj. – М.: JeKSMO-Press, 2000. – 480 s.
8. Piljagina G.Ja. Autoagressivnoe povedenie: patogeneticheskie mehanizmy i kliniko-tipologicheskie aspekty diagnostiki i lechenija. – Dis. ... dokt. med. nauk. – К., 2004. – 436 s.
9. Piljagina G.Ja. Mehanizmy patologicheskogo prispoblenija i detskaja travmatizacija v suicidogeneze // Ukr. med. chasopis. – 2003. – № 6 (38). – С. 49–56.
10. Samosoznanie i zashhitnye mehanizmy lichnosti. Hrestomatija (Pod red. D.Ja. Rajgorodskogo). – Samara: «BahraH-M», 2003. – 656 s.
11. Samohvalov V.P., Gil'burd O.A., Egorov V.I. Sociobiologija v psihiatrii. – М.: Vidar-M, 2011. – 336 s.
12. Henzeler H. Vklad psihoanaliza v problemu suicida // Jenciklopedija glubinnnoj psihologii (Pod red. A.M. Bokovikova). – Т. II. – М.: Kogito-Centr, 2001. – С. 88–102.
13. Chuprikov A.P., Piljagina G.Ja., Vojceh V.F. Suicidologija. Osnovnye terminy i ponjatija: Metodicheskoe posobie. – К., 1999. – 60 s.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii. – М., 1980. – 48 s.
2. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija // Suicidologija. Proshloe i nastojashhee. Problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah / Pod red. A. Mohovikova. – М.: Kogito-Centr, 2001. – С. 270–352.
3. Djurkgejm Je. Samoubijstvo // Suicid. Hrestomatija po suicidologii. – К.: A.L.D., 1996. – С. 104–148.
4. Kalshed D. Vnutrennij mir travmy. – М.: Akademicheskij proekt, g. Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2001. – 368 s.

PATHWAY ASPECTS OF EQUIVALENT FORM OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR

Galina Pilyagina

Shupyk national medical Academy of postgraduate education
Kiev, Ukraine

There are different aspects of pathway of self-destructive behavior equivalent form (EqvSDB) described in article. Terminological concept of EqvSDB is determined. Engagement of self-destructive coping strategy and displacement mechanism include in of EqvSDB description. Clinical examples help to understand system diagnostic approach and therapy principles to EqvSDB.

Key words: self-destructive behaviour, self-destructive equivalents, mental disturbances, deviant child-parental mutual relations

УДК: 616.89-008.441.13

НЕУМЫШЛЕННЫЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАРКОТИКА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ

П.Б. Зотов, Н.В. Михайловская

ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень
ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы: Центр суицидальной профилактики ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: (3452) 270-552, e-mail: sibir@sibtel.ru

Михайловская Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, врач психиатр-нарколог. Место работы и должность: заместитель главного врача по детской наркологии ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: г. Тюмень, ул. Семакова, 11. Телефон: (3452) 50-82-62

Приводятся данные литературы о высокой частоте неумышленных передозировок наркотика и суицидального поведения среди больных наркоманиями. С целью оценки этих двух показателей проведено сплошное (невыборочное) обследование 426 больных опийной наркоманией (F11), обратившихся в центр реабилитации. Различные формы суицидального поведения были выявлены у 347 человек (81,5%), которые и составили основную группу исследования (мужчины – 81,6%, женщины – 18,4%; средний возраст – 22,1±1,8 года). Длительность потребления опиатов 3,6±0,9 лет. Группа сравнения подобрана с учетом критериев сопоставимости – 74 наркозависимых, не имеющих суицидальных тенденций.

Показано, что у 51,6% наркозависимых с суицидальным поведением, аутоагрессивные тенденции прослеживаются до начала потребления опиатов. Развитие заболевания, ведущее к социально-психологическому и соматическому неблагополучию, потенцирует суицидальную активность и повышает суицидальный риск. 90,6% наркозависимых рассматривают самоотравление (преимущественно передозировка наркотического средства) как наиболее вероятный способ суицида. Неумышленные передозировки наркотиков регистрируются достоверно чаще (27,1%) среди лиц с суицидальным поведением, что подтверждает тесную связь этих событий и обосновывает обязательное выявление случаев передозировок при сборе анамнеза для оценки повышенного суицидального риска среди данной категории больных.

Ключевые слова: суицид, наркотик, неумышленная передозировка наркотика, наркомания.

Наркомании относят к одной из наиболее важных медико-социальных проблем [8]. Несмотря на регистрируемую в последние годы тенденцию снижения уровня заболеваемости (в 2008 г. – 249,2, в 2011 г. – 231,7 на 100000 населения) в России состоит на учете более 300 тысяч наркозависимых [21].

Высокая распространенность наркоманий оказывает негативное влияние на показатели смертности, особенно заметную в отдельных возрастных группах и контингентах больных. По наблюдениям G. Hulse и соавт. [34] показатель смертности среди лиц, употребляющих запрещенные опиаты, в 13 раз выше, чем аналогичный показатель общего населения. P. Zickler [45] приводит данные о более значительном превышении среднепопуляционного уровня смертности в группе наркозависимых – в 50-100 раз.

Причины смерти наркозависимых могут быть различны. К ведущим относят: непосредственное потребление наркотиков, медицинские заболевания, травмы и самоубийство [41,

44]. Принято считать, что основной причиной смерти этого контингента является отравление наркотиками [8, 26]. Однако данные отечественной статистики не позволяют однозначно ответить на этот вопрос [5, 21] (табл. 1).

Можно отметить, что в приводимых Росстатом показателях, количество умерших от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических средств и других психоактивных веществ, по всей стране в течение года не превышает 170 человек. Количество погибающих больных наркоманиями, конечно, значительно больше. Однако регистрируемые случаи смерти квалифицируются по другим категориям, что приводит к различным оценкам структуры причин смерти.

Так, некоторые отечественные авторы [15] указывают, что в период с 2005 по 2011 гг. острое отравление (передозировка наркотика) стало регистрироваться реже: в 2005 г. – 20,3%, в 2011 г. – 12,4%.

Таблица 1

Некоторые демографические показатели, состоящих на учёте с диагнозом наркомания и токсикомания, в Российской Федерации в 1995-2011 гг.

Показатель	1995	2000	2005	2010	2011
Число умерших от всех причин, n	2203811	2225332	2303935	2028516	1925720
Число больных состоящих на учёте с диагнозом наркомания и токсикомания, n	72600	281200	342500	343000	331500
Число умерших от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических средств и других психоактивных веществ, n	160	--	98	170	139
Доля умерших наркоманов, от состоящих на учете, в %	0,220	--	0,028	0,049	0,041

На первое место среди причин смерти выходят соматические заболевания – 48,6%. Вместе с тем, несмотря на отмеченную положительную динамику в отдельных регионах страны, доля смертельных случаев от отравлений наркотиками по-прежнему высока. Например, в Сибирском федеральном округе этот показатель достигает 26,8% [7], что в целом согласуется с данными зарубежных исследователей, согласно которым частота летальных случаев от неумышленной передозировки составляет 21,6% [45].

Реальные цифры числа отравлений могут значительно отличаться. Сложности могут быть обусловлены, во-первых, с достоверной посмертной диагностикой наркомании, а, во-вторых, с самим фактом передозировки наркотика. Быстрая биотрансформация алкалоидов опия снижает вероятность их выявления в крови и тканях умерших от отравления наркоманов, а выраженная множественная сопутствующая патология ограничивает диагностические возможности результатов секционного и гистологического исследования органов и тканей [12]. При этом актуальность верификации наркотической смерти высока, так как отравления опиатами могут быть обусловлены целым рядом причин: случайной или преднамеренной передозировкой, действием высокотоксичных примесей, возможным бинарным эффектом, непредсказуемой реакцией организма на введение нового химического вещества и др. [23, 24, 43].

Риск передозировки может повышаться при употреблении обычных доз после длительного воздержания от него или при значительном колебании концентрации диацетилморфина в кустарно-производимом наркотике [33]. Не менее распространенная причина отравлений – приём фальсифицированных опиатов. В виде примесей могут использоваться тальк (детская присыпка), мел (каолин), питьевая сода, димедрол, сульфат магния, сульфат бария, крахмал, сибазон, стиральный порошок и др. [24].

Риск передозировки наркотика значительно увеличивается при одновременном употреблении других наркотических, психотропных средств или алкоголя [3, 12, 25]. Так, по данным Е.А. Кошкиной и соавт. [11], при анализе результатов судебно-медицинской экспертизы причин смерти наркозависимых доля отравлений преимущественно морфином составила лишь 28,6%. Во всех остальных случаях регистрировались комбинированные отравления. Среди дополнительных компонентов наиболее

часто присутствовал этиловый спирт (50,0%), в остальных случаях – различные лекарственные средства – кодеин, димедрол, делагил и фенобарбитал. Для примера, в Америке отмеченный рост передозировок наркотиков на 63% в 2006 г. связывали с тем, что преступные синдикаты стали смешивать с героином фентанил [32].

Бинарный эффект большинством из этих веществ, преимущественно обусловлен прямым или опосредованным отрицательным влиянием на активность дыхательного центра. Известно, что под воздействием этанола в крови усиливается эффект подавления дыхания, производимыми метаболитами героина (6-моноацетилморфином, морфином и его 6-глюкуронидом) [14]. Важную роль в летальном исходе играет нарушение функции легких и печени [39].

Смерть так же может наступить от аспирации содержимого желудка при смертельной концентрации наркотика в организме и других причин [12].

В пользу высокой частоты отравлений с летальным исходом, вероятно, могут служить данные о количестве передозировок наркотиков, выявленных в анамнезе. В ряде зарубежных исследований было показано, что частота угрожающих жизни передозировок наркотика составляет от 30 [29] до 56% [28, 31, 38, 40]. При этом, более одного случая передозировки в течение заболевания переносят не менее, чем от 18 до 45,5% наркоманов [30, 33, 35], а три и более случаев – 19,8% [30]. Свидетелями случайной передозировки по разным данным являются от 58% [29] до 93% [40] больных. Однако не более трети из них знают об эффекте налоксона и возможностях оказания экстренной помощи в этих ситуациях [40, 42].

Особую сложность вызывает дифференциация случайных и преднамеренных причин смерти, среди которых наибольшую важность имеет посмертная диагностика самоубийств. Для подтверждения факта самоотравления больного большое значение имеют посмертные записки, заявления близких и родственников суицидента, а так же анализ имеющейся медицинской документации и учет ранее зарегистрированных случаев суицидальных попыток у данного индивида.

Данные о частоте суицидальных действий наркоманов противоречивы, хотя многими авторами [4, 6, 18, 20 и др.] отмечается повышенная суицидальная готовность этого кон-

тингента больных. Как правило регистрируются только случаи гибели пациентов, применивших с суицидальной целью огнестрельное оружие, совершивших самоповешение, падение с высоты или другие, так называемые, «жесткие» способы самоубийства. Случаи самоубийств, совершённые путем самоотравления, и, соответственно, не повлекшие внешние нарушения целостности организма суицидента, регистрируются значительно реже, что связано как с трудностью посмертной диагностики наркомании, так и установки факта преднамеренного отравления [12].

Наглядно это подтверждают исследования А.В. Кирдяпкиной [9]. При анализе смертности наркоманов за десятилетний период в регионе было выявлено 70 самоубийств – 14% от всех 494 случаев насильственной смерти больных наркоманией. Среди причин смерти суицидентов ведущее место занимала механическая асфиксия, вследствие сдавления шеи петлей при повешении (77%), на втором месте – падение с высоты (17%), на третьем – резаные раны предплечий (6%). В то же время из 277 наблюдений острых отравлений при судебно-медицинской экспертизе ни в одном случае не было выявлено объективных данных самоубийства. При этом автор справедливо отмечает, что, несмотря на отсутствие признаков самоотравления, нельзя не предполагать в некоторых случаях преднамеренной передозировки психоактивных веществ в целях суицида.

Несмотря на редкость патологоанатомически подтвержденных случаев самоотравлений и трудность их диагностики, случаи преднамеренного повышения дозы с суицидальной целью и случайные отравления по данным клинических исследований взаимосвязаны. Так, в наблюдениях R. Ingeborg и соавт. [35] среди 2051 больного наркоманией, поступавших на стационарное лечение, 45,5% перенесли более одной угрожающих жизни передозировок, а 32,7% сообщали о пережитой более одной суицидальной попытке. То есть каждый третий из этих пациентов совершил не менее двух попыток самоубийства. J. Neale [37] при обследовании больных наркоманией после несмертельной передозировки запрещенных наркотиков выявила суицидальные намерения в 49% случаев. Соизмеримые цифры приводятся и в исследованиях С. Wahren и соавт. [41]: при анализе случаев смерти от неестественных причин больных наркоманией, находившихся под дол-

госрочным наблюдением, доля самоубийств составила 31%, а несчастных случаев – 39%.

По данным, приводимых другими авторами, частота суицидальных действий варьирует в достаточно широком диапазоне. Так, среди 300 погибших больных героиновой наркоманией, наблюдаемых P. Zicker [45], частота самоубийств, убийств и несчастных случаев составила 19,5%. В наблюдениях В. Smyth и соавт. [39] из 149 стационарных больных суицидальные попытки в течение года были зарегистрированы в 12% случаев. В исследованиях, проведенных в Новом Южном Уэльсе (Австралия), среди причин смерти доля самоубийств наркоманов составила 8,8% [44].

Среди отечественных авторов частота смертей от самоубийств и травм, как правило, значительно ниже. Например, по данным Ю.В.Солодун и соавт. [24] при исследованиях 168 случаев смерти в отделе судебно-медицинской экспертизы г. Иркутска доля погибших наркоманов от самоубийств и травм составила лишь 7%. В других исследованиях [15] этот показатель не превысил 9,6%.

Известно, что, помимо регистрации попыток и завершённых самоубийств, о повышенной суицидальной готовности могут свидетельствовать данные о частоте, так называемых, внутренних форм суицидального поведения. Сведения, приводимые в литературе, о частоте суицидальных идей у наркоманов сильно разнятся: от 6,7 до 51%, и обычно ассоциированы с состоянием абстиненции [2, 22, 39]. Так же считается, что в сравнении с общей популяцией суицидальные мысли при злоупотреблении наркотиками встречаются в 2,1-3,7 раза чаще [36]. Однако, учитывая сведения о частоте суицидальных действий, приведенные выше, можно предположить более высокую распространенность суицидального поведения среди этих больных. В пользу этого говорят и данные о мотивах самоубийства наркозависимых. Исследования ряда авторов показывают, что суицидальные действия наркоманов мотивируются преимущественно психосоциальными, депрессивными факторами [35, 36], а так же ВИЧ-инфекцией [1, 27], регистрируемой у 11,7% наркозависимых [15] и др. Наличие этих факторов может, с одной стороны, способствовать активному выявлению суицидальных идей и разработке индивидуальной программы реабилитации, а с другой – установлению истинной причины гибели пациента.

Изучение особенностей психического статуса наркозависимых, выявление факторов риска суицида является важным условием ранней диагностики аутоагрессивных идей и своевременной дифференцированной профилактики суицидального поведения [10, 16, 19], в том числе повторных суицидальных попыток, включая методы психокоррекционной работы [13, 17].

Цель исследования: оценить суицидальную активность и случаи неумышленных передозировок наркотиков у больных опийной наркоманией.

Материал и методы исследования.

На первом этапе было обследовано сплошное (невыборочное) обследование 426 больных опийной наркоманией (F11), впервые обратившихся в центр реабилитации. Различные формы суицидального поведения были выявлены у 347 человек (81,5%), которые и составили основную группу исследования. Мужчин было 81,6% (n=283), женщин – 18,4% (n=64); средний возраст – 22,1±1,8 года. Длительность потребления опиатов составляла от 3-х месяцев, до 6,5 лет, в среднем 3,6±0,9 лет.

На момент обращения за медицинской помощью 44,4% больных (n=154) имели клинические проявления абстинентного синдрома (F11.3), 42,6% (n=148) принимали наркотические вещества и находились в состоянии острой опийной интоксикации (F11.0) и лишь 13,0% (n=45) наблюдались с ремиссией различной длительности (F11.20 и F11.23).

Группа сравнения подбиралась в соответствии с критериями сопоставимости по полу, возрасту, нозологической форме и стадии заболевания. В неё вошли 74 наркозависимых, не

имеющих суицидальных тенденций. Мужчины составляли 82,4% (n=61), женщины – 17,6% (n=13). Возраст больных – от 13 до 38 лет, средний – 23,1±2,1 года.

Отдельную группу наблюдений составили выявленные 37 случаев суицидальных действий (покушений и завершённых самоубийств), совершённых наркозависимыми (мужчины – n=33, женщины – n=4; средний возраст – 23,3±1,8 года).

Методы исследования: клиничко - психопатологический, клиничко-анамнестический.

Результаты и обсуждение.

При анализе структуры суицидального поведения в основной группе было установлено, что на момент обращения за медицинской помощью у больных опийной наркоманией наиболее часто присутствовали суицидальные замыслы (42,3%), достоверно преобладающие у мужчин (47,0%), чем у женщин (21,9%). Суицидальные мысли выявлялись у 32,6% больных (34,6% – у мужчин, 23,4% – у женщин). Суицидальные намерения регистрировались в 9,5% случаев, представленные с равной частотой у мужчин (9,6%) и женщин (9,4%).

Суицидальные идеи в большинстве случаев (77,5%) высказывались на фоне депрессивных переживаний, в структуре которых доминировал астено-депрессивный синдром (64,8%), достоверно чаще регистрируемый у лиц, принимающих наркотики (n=129) и находящихся в ремиссии (n=35). Дисфорический синдром был диагностирован у 19,0% человек, преимущественно с симптомами абстиненции (n=53).

Таблица 2

Структура способов суицидальных действий

Способ	Вероятный выбор (основная группа)		Суицидальные попытки в анамнезе (основная группа)		Завершённые суициды наркозависимых		Суициды в общей популяции в 2012 г. (г. Тюмень)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Самоповешение (X70)	3	1,7	2	3,7	16	43,3	94	86,2
Самострел (X72-74)	6	3,3	--	--	1	2,7	5	4,6
Самоотравление (X60-69)	163	90,6	44	81,5	6	16,2	4	3,7
Самопорезы (X78)	2	1,1	7	13,0	3	8,1	4	3,7
Падение с высоты (X80)	2	1,1	--	--	11	29,7	2	1,8
Другие	4	2,2	--	--	--	--	--	--
Всего	180	100,0	54	100,0	37	100,0	109	100,0

Тревожно-депрессивный симптомокомплекс с жалобами на тревогу, внутреннюю напряженность, предчувствие беды выявлялся у 12,7% пациентов, так же преимущественно на фоне абстиненции (n=31). Апатические симптомы, определяющие ведущую психопатологическую картину, присутствовали у 3,5% обследуемых и характеризовались вялостью, безразличием по отношению болезни, своей личности и будущему.

При предъявлении суицидальных идей подавляющее большинство лиц основной группы (90,6% – в структуре суицидальных мыслей, замыслов и намерений) наиболее вероятным способом самоубийства рассматривали самоотравление, преимущественно с помощью передозировки наркотика или сочетанием наркотика и какого-либо психотропного средства (табл. 2). При этом самоотравление, как наиболее подходящий метод самоубийства, предполагали 90,0% мужчин и 95,0% женщин. Лишь единицы (в основном мужчины) среди других методов указывали на возможность застрелиться (n=6), броситься под транспортное средство (n=4), совершить самоповешение (n=3), самопорезы (n=2) или броситься с высоты (n=1).

Дальнейший анализ показал, что полученные результаты достаточно четко соотносятся с данными анамнеза. Было установлено, что различные формы суицидального поведения присутствовали до развития наркомании у 51,6% лиц основной группы (сравнения – 24,3%). Наиболее часто они указывали на суицидальные мысли (19,9%), несколько реже суицидальные замыслы (12,4%) и намерения (10,9%); 54 человека (15,6%) в прошлом совершали суицидальные попытки, из них 9 пациентов – дважды, а одна больная – 3 раза (в группе сравнения случаев суицидальных действий выявлено не было).

Таблица 3

Гендерные распределения способов суицидальных попыток, совершенных больными основной группы (в анамнезе)

Способ	Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%
Самоотравление (X60-69)	19	76,0	25	86,2
Самопорезы (X78)	3	12,0	4	13,8
Самоповешение (X70)	2	8,0	--	--
Падение с высоты (X80)	1	4,0	--	--
Итого:	n	25	29	100,0
	%	100,0	46,3	53,7

Большинство из них (81,5%) предпочли самоотравление. При этом доля женщин, выбравших этот способ, составила 86,2%, а мужчин – 76,0%, т.е. соотношение было практически соизмеримым. Всего среди случаев суицидальных попыток мужчины составили 46,3%, женщины – 53,7% (табл. 3).

В целом, эти данные подтверждают, что имеющиеся в анамнезе различные формы суицидального поведения можно рассматривать как фактор повышенного суицидального риска в условиях сформировавшейся наркотической зависимости, который должен обязательно выявляться при сборе анамнеза у данного контингента больных.

Не менее важными явились результаты опроса о характере и частоте злоупотребления другими психически активными веществами в период сформировавшейся наркотической зависимости (табл. 4).

Таблица 4

Частота злоупотребления другими психически активными веществами больными в период сформировавшейся наркотической зависимости

Психоактивное вещество	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Алкоголь	*102	29,4	6	8,2
Другие наркотические вещества	*81	23,3	6	8,2
Токсикомании	19	5,5	2	2,7
Суррогаты алкоголя	7	2,0	--	--

Примечание: *P<0,05 – различия с группой сравнения достоверно значимы

Можно отметить, что лица с суицидальным поведением практически в 3-3,5 раза чаще прибегали к злоупотреблению алкоголем (29,4%; P<0,05) и другими психически активными веществами (23,3%; P<0,05). Такое поведение, с одной стороны, безусловно, свидетельствует о повышении риска неумышленных передозировок наркотика, а с другой, характеризует данную группу как личностей, имеющих значительное снижение провитальной активности, и, соответственно, более подверженных суицидальной угрозе.

Результаты оценки суицидальной активности больных основной группы значительно расходились с данными, полученными в группе завершённых суицидов (табл. 2). Среди выявленных 37 случаев самоубийств наркозависимых, частота самоотравлений составила

лишь 16,2%. Наибольшую группу составили случаи самоповешения (43,3%), либо умышленных падений с высоты (29,7%).

Таблица 5

Гендерные распределения способов самоубийств, в группе завершенных суицидов наркозависимых (n=37)

Способ	Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%
Самоотравление (X60-69)	4	12,1	2	50,0
Самоповешение (X70)	16	48,5	--	--
Падение с высоты (X80)	9	27,3	2	50,0
Самопорезы (X78)	3	9,1	--	--
Самострел (X72-74)	1	3,0	--	--
Итого:	n	*33	4	100,0
	%	100,0	10,8	89,2

Примечание: *P<0,05 – различия достоверно значимы

Значительно реже были зарегистрированы случаи самопорезов (8,1%) и самострелы (2,7%). Доля суицидов, совершенных мужчинами (89,2%), в 9 раз превышала количество самоубийств женщин (10,8%), (табл. 5).

Интересны для сравнения и приводимые данные о структуре способов завершенных суицидов в общей популяции региона исследования (г. Тюмень): ведущее место занимает самоповешение – 86,2%; самоотравление – лишь 3,7%.

Безусловно, малое количество наблюдений не позволяет сделать однозначные выводы, но представленные в таблице данные все же обращают внимание своим значительным несоответствием как с «предпочтениями» и реализованными попытками больных основной группы, так и общей популяцией.

На наш взгляд, это является дополнительным подтверждением недостаточного учета случаев самоубийств, совершаемых наркоманами вообще, и с помощью передозировки наркотика в частности. Как было показано ранее, передозировка наркотика с суицидальной целью является для этого контингента наиболее простым, доступным и «приятным» способом добровольного ухода из жизни. Тем более, что большинство из них, даже если и не имели случая неумышленной передозировки, то, по крайней мере, являлись свидетелем передозировки наркотика, в том числе и с летальным исходом, у других.

В нашем исследовании о неумышленных передозировках наркотика в прошлом сообще-

ли 27,1% (P<0,05) больных основной группы (сравнения – 9,5%). При этом с определённой долей уверенности можно ожидать, что какая-то часть из них скрыли этот факт. Тем не менее, расчет корреляционной зависимости передозировок и суицидальных действий в основной группе дал высокий результат (r=0,83), что свидетельствует о тесной связи обоих событий. Это подтверждает и достоверность различий в группах исследования.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что и наличие суицидального анамнеза, и случаи неумышленных передозировок можно отнести к факторам риска добровольного ухода из жизни наркозависимых, в связи с чем, эти элементы требуют обязательного акцентного внимания специалистов при сборе анамнеза. Установление факта перенесённых передозировки и / или суицидального поведения в прошлом может быть одним из путей ранней диагностики суицидальной готовности данной категории больных.

Не менее важным так же является анализ ведущих причин суицидогенеза. При углубленном опросе больные основной группы исследования указали следующие потенцирующие факторы:

30,5% – невозможность получить наркотик (финансовые затруднения, утрата диллера, заключение под стражу и др.);

18,2% – выявление ВИЧ-инфекции;

11,8% – конфликты с близкими (родители, супруги, друзья);

9,5% – выявление вирусного гепатита (обычно гепатита С и/или группы гепатитов);

7,8% – возникновение признаков выраженной соматической патологии (эндокардит, трофические язвы и др.);

4,9% – другие факторы.

В 11,2% случаев причина первого появления суицидальных мыслей не была названа.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что суицидальное поведение больных наркоманией определяется преимущественно самой опийной аддикцией и её осложнениями (соматическими и психо-социальными). Это определяет важность проведения комплексных мер профилактики.

Выводы:

1. У половины наркозависимых с суицидальным поведением аутоагрессивные тенденции прослеживаются до начала потребления опиатов. Развитие заболевания, ведущее к со-

циально-психологическому и соматическому неблагоприятно, потенцирует суицидальную активность и повышает суицидальный риск.

2. Подавляющим большинством наркозависимых передозировка наркотического средства рассматривается как наиболее вероятный способ суицида.

3. Неумышленные передозировки наркотиков регистрируются достоверно чаще среди лиц с суицидальным поведением, что подтверждает тесную связь этих событий и обосновывает обязательное выявление случаев передозировки при сборе наркологического анамнеза для оценки повышенного суицидального риска среди данной категории больных.

Литература:

1. Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ // Терапевтический архив. – 1996. – Том 68, № 4. – С. 71-73.
2. Власова И.Б. Суицидальное поведение больных наркоманией // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 23-28.
3. Галактионов О.К. Структура смертности наркоманов в Приморском крае за период 1991-2000 гг. Рекомендации для работников учебных заведений, руководителей местных органов здравоохранения и учреждений общелечебной сети, работников наркологической службы и врачей разных специальностей / Владивосток: Агентство "Время, ЛТД", 2001. – 39 с.
4. Гильбурд О.А., Глотова Е.А. Полинаркотикомания как фактор суицидального риска // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 43-44.
5. Демографический ежегодник России. 2012: Стат.сб./ Д 31 Росстат.-М., 2012. – 535 с. ISBN 978-5-89476-353-8
6. Емяшева Ж.В. Психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне наркотической зависимости // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 24-25.
7. Ёлгин С.Г., Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Селедцов А.М. Показатели смертности от острых отравлений наркотиками в 1999-2008 гг. и выездов бригад «скорой помощи» на случаи острых отравлений наркотиками в 2003-2008 гг. в Сибирском федеральном округе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 25-29.
8. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. Киржанова В.В. и др. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 105-118.
9. Кирдяпкина А.В. Десятилетняя динамика смертности лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского Края // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2001. – 28 с.
10. Кожевникова Т.А., Кожевников В.Н. Методы оптимизации профилактики суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 69-71.
11. Кошкина Е.А., Кокорина Н.П., Селедцов А.М., Лопатин А.А. Основные характеристики умерших больных наркоманией и причины их смерти в Кемеровской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 15-17.
12. Кригер О.В., Могутов С.В., Бутовский Д.И. и др. Судебно-медицинская экспертиза смертельных отравлений наркотическими веществами // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 2. – С. 9-14.
13. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
14. Мелентьев А.Б., Новиков П.И. О роли алкоголя при передозировке героина // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. – № 11. – С. 12-17.
15. Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Абрамов А.Ю. Эпидемиологическая ситуация по психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Том 26, № 4. – С. 8-12.
16. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
17. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
18. Пронин С.В., Баданова Т.С., Карпачев Д.А., Пронин В.С. Особенности аутоагрессивного поведения у опийных аддиктов // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 41-42.
19. Розанов В.А., Мидько А.А. Метафакторы Big Five и феномен безнадёжности в предикции суицидальности // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34-43.
20. Розанов В.А., Мидько А.А., Емяшева Ж.В. Некоторые особенности парасуицидального поведения на фоне наркотической зависимости // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 22-23.
21. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат.сб./Росстат. – Р 76. – М., 2012. – 786 с. ISBN 978-5-89476-352-1

22. Рохлина М.Л., Киткина Т.А., Благов Л.Н. Психические расстройства у больных, злоупотребляющих самодельными опиатами // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1996. – № 4. – С. 42.
23. Серкова С.А., Арсентьева Л.А., Бычков Е.Н., Бородулин В.Б. Современные методы идентификации наркотических веществ // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 52.
24. Солодун Ю.В., Лелюх Т.Д., Маслаускайте Л.С. и др. Клинико-морфологические параметры героиновой наркомании и связанной с ней патологией // Судебно - медицинская экспертиза. – 2001. – № 6. – С. 6-10.
25. Солохин Е.В., Каниболоцкий А.А., Чернолихова И.А. и др. Отравление опиатами (анализ секционного материала) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. – № 2. – С. 32-35.
26. Токар А.В. Факторы, связанные с опытом передозировок наркотиками опиоидного ряда у потребителей инъекционных наркотиков // Контроль над табаком и общественное здоровье в Восточной Европе. – 2011. – Том 1, № 2. – С. 96.
27. Юшкова О.В. К вопросу о суицидальной активности больных ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 41-43.
28. Barry J. Policy response to opioid misuse in Dublin // J. Epidemiol. and community health. – 2002. – Vol. 56, № 1. – P. 6-7.
29. Bennett G.A., Higgins D.S. Accidental overdose among injecting drug user in Dorset, UK // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 8. – P. 1179-1189.
30. Best D., Gossop M., Lermann P. et al. The relationship between overdose and alcohol consumption among methadone maintenance patients // J. Subst. Use. – 1999. – Vol. 4, № 1. – P. 41-44.
31. Cunningham K., Keenan E., Barry J. et al. Accidental overdose among injecting drug users in Dublin: Abstr. 8th Intern. Conf. on Emergency Med. "Emergency Meed. In the Third Millennium", Boston, mass May 4-7, 2000 // Ann. Emergency. Med. – 2000. – Vol. 35, № 5. – P. 215.
32. Friedman L.S. Real-time surveillance of illicit drug overdoses using poison center data // Clin. Toxicol. – 2009. – Vol. 47, № 6. – P. 573-579.
33. Heroin Overdose deaths – Multnomah County, Oregon, 1993-1999 // Morbid. Mortal. Wkly rep. – 2000. – Vol. 49, № 2. – P. 633-636.
34. Hulse G.K., English D.R., Miler E., Holann C.D.L. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 2. – P. 221-229.
35. Ingeborg R., Grethe L. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 2. – P. 209 – 219.
36. Levy J.C., Deykin E.Y. Suicidality, depression and substance abuse in adolescence // Amer. J. Psychiatry. 1989. – Vol. 146, № 11. – P. 1462-1467.
37. Neale J. Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose // Addiction. – 2000. – Vol. 95, № 1. – P. 85-93.
38. Powis J., Strang J., Griffiths P. et al. Self-reported overdose among injecting drug user in London: Extend and nature of the problem // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 4. – P. 471-478.
39. Smyth B.P., Keenan E., Cotter M. et al. Two-3-year follow-up of opiate dependent inpatients admitted to a specialist drug dependency unit: Abstr. from the Society for the Study addiction Annual Symposium. Edinburgh, 4-5 Nov., 1999 // Addict. Boil. – 2000. – Vol. 5, № 2. – P. 221.
40. Strang J., Powis B., Best D. et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: Pre-launch study of possible impact and acceptability // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 2. – P. 199-204.
41. Wahren C.A., Allebeck P., Rajs J. Unnatural causes of death among drug addicts in Stockholm: An analysis of health care and autopsy records // Substance Use and Misuse. – 1997. – Vol. 32, № 14. – P. 2163-2183.
42. Winstock A., Sherman J., Lovel S. et al. Availability of overdose resuscitation facilities: A survey of drug agencies in England and Wales // J. Subst. Use. – 2000. – Vol. 5, № 2. – P. 99-102.
43. White J.M., Irvine R.J. Mechanisms of fatal opioid overdose // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 7. – P. 961-972.
44. Zador D., Sunjic S. Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995 // Addiction. – 2000. – Vol. 95, № 1. – P. 77-84.
45. Zickler P. 33-year study finds lifelong, lethal consequences of heroin addiction // NIDA Notes. – 2001. – Vol. 16, № 4. – P. 1-7.

Транслитерация:

1. Beljaeva V.V., Ruchkina E.V., Pokrovskij V.V. Suicidal'noe povedenie lic, inficirovan-nyh VICH // Terapevticheskij arhiv. – 1996. – Tom 68, № 4. – S. 71-73.
2. Vlasova I.B. Suicidal'noe povedenie bol'-nyh narkomaniej // Voprosy narkologii. – 2008. – № 2. – S. 23-28.
3. Galaktionov O.K. Struktura smertnosti nar-komanov v Primorskom krae za period 1991-2000 gg. Rekomendacii dlja rabotnikov ucheb-nyh zavedenij, rukovoditelej mestnyh orga-nov zdravoohraneniya i uchrezhdenij obshhele-chebnoj seti, rabotnikov narkologicheskoy sluzhby i vrachej raznyh special'nostej / Vladivostok: Agentstvo "Vremja, LTD", 2001. – 39 s.

4. Gil'burd O.A., Glotova E.A. Polinarkotoksi-komanija kak faktor suicidal'nogo riska // Suicidologija. – 2011. – № 2. – S. 43-44.
5. Demograficheskij ezhegodnik Rossii.2012: Stat.sb./ D 31 Rosstat.-M., 2012. – 535 c. ISBN 978-5-89476-353-8
6. Emjasheva Zh.V. Psihologicheskie osobennosti lic, sovershivshih suicidal'nuju popytku na fone narkoticheskoy zavisimosti // Akademi-cheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 5. – S. 24-25.
7. Jolgin S.G., Lopatin A.A., Kokorina N.P., Seledcov A.M. Pokazateli smernosti ot ostryh otravlenij narkotikami v 1999-2008 gg. i vvezdov brigad «skoroy pomoshhi» na sluchai ostryh otravlenij narkotikami v 2003-2008 gg. v Sibirskom federal'nom okruge // Sibirskij vestnik psihiatrii i nar-kologii. – 2010. – № 4 (61). – S. 25-29.
8. Ivanec N.N., Koshkina E.A. Kirzhanova V.V. i dr. Smertnost' bol'nyh narkomaniej v Ros-sijskoj Federacii. Analiz dannyh fede-ral'nogo statisticheskogo nabljudenija // Vo-prosy narkologii. – 2008. – № 3. – S. 105-118.
9. Kirdjapkina A.V. Desjatiletnijaja dinamika smernosti lic, zloupotrebljajushhh vnutri-vennym priemom psihoaktivnyh veshhestv, na territorii Primorskogo Kraja // Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – Vladivostok, 2001. – 28 s.
10. Kozhevnikova T.A., Kozhevnikov V.N. Metody optimizacii profilaktiki suicidal'nogo po-vedenija // Suicidologija. – 2010. – № 1. – S. 69-71.
11. Koshkina E.A., Kokorina N.P., Seledcov A.M., Lopatin A.A. Osnovnye karakteristiki umershih bol'nyh narkomaniej i prichiny ih smerti v Kemerovskoj oblasti // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2010. – № 4 (61). – S. 15-17.
12. Kriger O.V., Mogutov S.V., Butovskij D.I. i dr. Sudebno-medicinskaja jekspertiza smer-tel'nyh otravlenij narkoticheskimi veshhestvami // Sudebno-medicinskaja jekspertiza. – 2001. – № 2. – S. 9-14.
13. Kudrjavcev I.A. Psihologicheskij prognoz po-vtornyh popytok samoubijstva // Suicidolo-gija. – 2012. – № 3. – S. 10-14.
14. Melent'ev A.B., Novikov P.I. O roli alkoholja pri peredozirovke heroina // Sudebno-medicinskaja jekspertiza. – 2002. – № 11. – S. 12-17.
15. Mihajlova Ju.V., Nechaeva O.B., Abramov A.Ju. Jepidemiologicheskaja situacija po psihicheskim i povedencheskim rasstrojstvam, svjazannym s upotrebleniem psihoaktivnyh veshhestv, v Ros-sijskoj Federacii // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. – 2012. – Tom 26, № 4. – S. 8-12.
16. Polozhij B.S., Panchenko E.A. Differenciro-vannaja profilaktika suicidal'nogo povedenija // Suicidologija. – 2012. – № 1. – S. 8-13.
17. Prilenskij B.Ju., Rodjashin E.V., Prilenskaja A.V. Integrativnyj podhod v psihoterapii suicidal'nogo povedenija // Suicidologija. – 2011. – № 2. – S. 49-51.
18. Pronin S.V., Badanova T.S., Karpachev D.A., Pronin V.S. Osobennosti autoagressivnogo povedenija u opijnyh addiktov // Suicidolo-gija. – 2010. – № 1. – S. 41-42.
19. Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Metafaktory Big Five i fenomen beznadzjozhnosti v predikcii suicidal'nosti // Suicidologija. – 2012. – № 2. – S. 34-43.
20. Rozanov V.A., Mid'ko A.A., Emjasheva Zh.V. Nekotorye osobennosti parasuicidal'nogo povedenija na fone narkoticheskoy zavisimosti // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 22-23.
21. Rossijskij statisticheskij ezhegodnik. 2012: Stat.sb./Rosstat. – R 76. – M., 2012. – 786 s. ISBN 978-5-89476-352-1
22. Rohlina M.L., Kitkina T.A., Blagov L.N. Psihicheskie rasstrojstva u bol'nyh, zloupotrebljajushhh samod-el'nymi opiatami // Zh. nevropat. i psihiatrii im. S.S.Korsakova. – 1996. – № 4. – S. 42.
23. Serkova S.A., Arsent'eva L.A., Bychkov E.N., Borodulin V.B. Sovremennye metody identi-fikacii narkoticheskikh veshhestv // Akademice-skij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 6. – S. 52.
24. Solodun Ju.V., Leljuh T.D., Masluskajta L.S. i dr. Kliniko-morfologicheskie parametry geroinovoj narko-manii i svjazannoj s nej patologiej // Sudebno - medicinskaja jeksperti-za. – 2001. – № 6. – S. 6-10.
25. Solohin E.V., Kanibolockij A.A., Chernoli-hova I.A. i dr. Otravlenie opiatami (analiz sekcionnogo materiala) // Sudebno-medicinskaja jekspertiza. – 2002. – № 2. – S. 32-35.
26. Tokar A.V. Faktory, svjazannye s opytom pe-redozirovok narkotikami opioidnogo rjada u potrebitelej in#ekcionnyh narkotikov // Kontrol' nad tabakom i ob-shhestvennoe zdoro-v'e v Vostochnoj Evrope. – 2011. – Tom 1, № 2. – S. 96.
27. Jushkova O.V. K voprosu o suicidal'noj ak-tivnosti bol'nyh VICH-infekciej // Akademi-cheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2013. – Tom 9, № 2. – S. 41-43.

UNINTENTIONAL DRUG OVERDOSE AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG DRUG ADDICTS

P.B. Zotov, N.V. Michaylovskaya

Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

The data of literature about the high frequency of unintentional drug overdose and suicidal behavior among drug addicts. In order to evaluate these two indicators conducted continuous (non-selective) survey of 426 patients with opioid addiction (F11), applied to the rehabilitation center. Various forms of suicidal behavior were found in 347 persons (81.5%), which main group study (men – 81.6%, women – 18.4%, age – 22.1±1.8 years). Duration of opiate 0,9±3,6 years. The comparison group is chosen according to the criteria of comparability – 74 drug addicts who do not have suicidal behavior.

It is shown that in 51.6% of drug addicts with suicidal behavior, autoaggressive trends are observed prior to the use of opiates. The development of the disease, leading to social and psychological and somatic distress, suicidal potentiates the activity and increases the risk of suicide. 90.6% of drug addicts treated self-poisoning (mainly drug overdose) as the most likely method of suicide. Unintentional drug overdose recorded significantly more often (27.1%) among persons with suicidal behavior, confirming the close relationship between these events and justifies the mandatory identification of cases of overdose when collecting medical history to estimate the increased risk of suicide among this group of patients.

Key words: suicide, drug, overdose unintentional drug addiction

ВЛИЯНИЕ ПРОШЛОЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ПРОЧИЕ АУТОАГРЕССИВНЫЕ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. Меринов

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Работа посвящена изучению влияния прошлой суицидальной активности у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на прочий спектр аутоагрессивного поведения, их экспериментально - психологические и наркологические показатели. Выяснено, что присутствие прошлых парасуицидов у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, резко увеличивает вероятность обнаружения у них различных форм несуйцидальных аутодеструктивных актов. Данная категория пациентов имеет специфические личностно-психологические особенности и своеобразную клиническую картину основного наркологического заболевания, что диктует необходимость более пристального внимания к группе как с позиций суицидологии, так и наркологии.

Ключевые слова: мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, алкогольная зависимость, суицид, аутоагрессия

Хорошо известно, что суицидальные попытки и, соответственно, самоубийства являются «визитными карточками» алкогольной зависимости [1-3, 6]. Тем не менее, до настоящего времени они наиболее часто рассматриваются как атрибут, дополняющий заболевание – «который с каждым может случиться».

Безусловно, к настоящему времени появляется все больше работ, подчеркивающих неслучайность таковой связи [1, 4], а также исследований, выделяющих «парасуицидальный» алкоголизм в некую обособленную клиническую группу [4, 7-9].

Однако вопрос отношения аутоагрессивного поведения и алкогольной зависимости требует дальнейшего прояснения. Одним из аспектов затрагиваемой проблемы является дальнейшая клиническая спецификация группы больных алкоголизмом, имеющих «классические» аутоагрессивные проявления, а именно – суицидальную активность.

В своей работе мы попытались ответить на вопрос: является ли само суицидальное поведение тем единственным отличием между группами парасуицидальных и несуйцидальных мужчин, страдающими алкогольной зависимостью (МСАЗ), либо отнесение к суицидальному алкогольному кластеру подразумева-

ет наличие и других, значимых для суицидологии и наркологии особенностей.

Материал и методы исследования.

Для ответа на поставленные вопросы проведено обследование 52 МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную активность (суицидальные попытки), и 73 МСАЗ, таковой активности не имеющих. Возраст в первой группе составил – 41,3±4,1 года, во второй – 42,1±4,4 года. Срок семейной жизни – 14,0±6,5 и 16,2±6,0 года соответственно. Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания, тип употребления алкоголя был псевдозапойный.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [5]. Для экспериментально-психологической оценки использовались: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, опросник STAXI, а также тест Mini-Mult.

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 и обсуждение.

Значимые отличия в спектре несуйцидальных аутоагрессивных поведенческих паттернов между МСАЗ, имеющими и не имеющими в прошлом суйцидальную активность, представлены в таблице 1. Напомним, что такие суйцидологические показатели, как суйцидальные мысли и попытки, отсутствуют в представленной таблице, поскольку они являются фактором группообразования. Отличия в отношении основных предикторов аутодеструктивного поведения между МСАЗ, имеющими и не имеющими в анамнезе суйцидальную активность, представлены в таблице 2.

Из предложенных таблиц видно, что изучаемые группы имеют значительные отличия по представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, а также предикторов саморазрушающего поведения. МСАЗ, имеющие суйцидальную активность, по многим параметрам, характеризующим рискованно-виктимную сферу, достоверно более неблагоприятны, нежели МСАЗ без суйцидальных паттернов в прошлом. Это касается таких феноменов, как склонность к неоправданному риску, подверженность насилию, наличие потенциально опасного для жизни хобби, травматической патологии (ЧМТ). Так же у МСАЗ с суйцидальными паттернами в анамнезе досто-

верно чаще встречается термическая травма в виде обморожений (более половины из которых получены в состоянии алкогольного опьянения), а так же чаще страдает профессиональная сфера, что является мощным просуйцидальным фактором [10].

Рассматривая представленность предикторов аутоагрессивного поведения, можно с уверенностью констатировать, что по большинству из них группа МСАЗ с суйцидальными паттернами значительно отличается от МСАЗ без таковых. Стоит отметить, что их спектр охватывает большинство наиболее изученных и активно используемых в суйцидологической практике. Представлен как бихевиоральный блок предикторов (наличие суйцидентов среди близких родственников и друзей), так и блок суйцидогенных эмоциональных состояний (одиночество, безысходность, склонность к депрессиям, длительному переживанию вины, мучительным угрызениям совести).

Суйцидальным паттернам поведения у МСАЗ достоверно сопутствует склонность к гетероагрессии (субъективная оценка собственной личности как сверхагрессивной), подтверждаемая частыми актами насилия в отношении МСАЗ (поскольку насилие зачастую провоцируется собственным агрессивным и провоцирующим поведением, особенно в отношении сотрудников МВД, службы охраны и пр.), а так же фактами семейного насилия.

Таблица 1

Характеристика несуйцидальной аутоагрессивной сферы МСАЗ, имеющих и не имеющих суйцидальную активность в анамнезе (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суйцидальной активностью в анамнезе	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суйцидальной активности в анамнезе
*Опасные для жизни хобби в добрачный период	34,62%	10,96%
Опасные для жизни хобби в анамнезе вообще	55,77%	15,07%
*Подверженность насилию в добрачный период	25,49%	9,59%
Подверженность насилию в период брака	36,54%	10,96%
Подверженность насилию в анамнезе вообще	50,0%	13,70%
*Употребление наркотических веществ в добрачный период	36,54%	6,85%
*Склонность к риску в добрачный период	50,0%	21,92%
Склонность к риску в период брака	38,46%	17,81%
*ЧМТ в добрачный период	36,54%	17,81%
ЧМТ в анамнезе вообще	53,85%	27,40%
Наличие обморожений в анамнезе	44,23%	21,92%
Потеря работы из-за проблем с алкоголем за последние пять лет	40,38%	17,81%

Сравнение спектра предикторов саморазрушающего поведения МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе
Наблюдение у психиатра в анамнезе	17,31%	2,74%
Суицид у ближайшего родственника	38,46%	6,85%
Трагические смерти родственников	55,77%	27,40%
*Близкое общение с будущим суицидентом в добрачный период	44,23%	10,96%
Близкое общение с будущим суицидентом за период брака	30,77%	9,59%
Склонность к долгопереживаемой вине в анамнезе вообще	55,77%	27,40%
*Острое одиночество в добрачный период	28,85%	6,85%
Депрессивные реакции в анамнезе вообще	59,62%	31,51%
*Депрессивные реакции в добрачный период	36,54%	13,70%
Склонность к депрессивным реакциям в период брака	63,46%	28,77%
Склонность к депрессивным реакциям в анамнезе вообще	65,38%	34,72%
Моменты безысходности в последние два года	57,69%	23,29%
*Моменты безысходности в добрачный период	26,92%	6,85%
Моменты безысходности в период брака	48,08%	24,66%
*Наличие навязчивых угрызений совести в добрачный период	25,0%	9,59%
Навязчивые угрызения совести в период брака	48,08%	23,29%
Повышенная агрессивность в последние два года	67,31%	24,66%
*Повышенная субъективная агрессивность в добрачный период	40,38%	15,07%
Повышенная субъективная агрессивность в период брака	63,46%	24,66%

Таким образом, из представленных данных отчетливо видно, что в общей массе обследованных МСАЗ основной объем выявляемых предикторов аутоагрессивного поведения в значительной части формируется за счёт показателей группы МСАЗ с суицидальными феноменами в анамнезе (эта же закономерность касается и несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, что было показано выше).

Необходимо отметить большое количество несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов аутодеструктивного поведения в группе МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную активность, которое достоверно характеризует группу в период жизни до вступления в брачные отношения. То есть многие пациенты этой группы и до вступления в брак, а главное, ещё до развития у большинства из

них алкогольной зависимости, имели выраженные антивитальные паттерны в поведении, мыслях и чувствах, что разительно их отличает от пациентов несуйцидальной группы МСАЗ (в таблице строки выделенные цветом).

Характерно, что отличия затрагивают важнейшие суицидологические предикторы, такие как склонность к депрессивным реакциям, периоды одиночества, при формально присутствующих социальных контактах, моменты безысходности, навязчивые угрызения совести. Отличия в отношении несуйцидальных аутоагрессивных феноменов касаются рискованно-виктимных модусов поведения: травматической патологии (ЧМТ, в том числе неоднократных), подверженности насилию, склонности к риску, наличия потенциально опасных для жизни увлечений, субъективно расценива-

емых как таковые, употребления наркотических средств – аутоагрессия, опосредованная через приём психоактивных веществ [6]. Отметим, что многие из обнаруженных различий сохраняют своё значение в период брачной жизни, то есть добрачный аутоагрессивный фон транслируется и в ряде случаев усиливается после вступления в брак. В данном случае не приходится говорить о «алкогольном генезисе» аутоагрессивного поведения, поскольку воздействие алкоголя приходится на хорошо подготовленную антивитальную почву и, возможно, алкоголь, в данном случае является лишь инструментом и / или катализатором развития «доалкогольно-добрачной» аутоагрессии. Безусловно, сейчас мы говорим о той части МСАЗ, у которых алкогольная зависимость сформировалась уже в период семейной жизни, поскольку определённая часть обследованных мужчин при вступлении в брак уже имела клинику алкогольной зависимости (порядка 11%).

Перейдём к характеристике личностных и экспериментально - психологических особенностей изучаемой группы. Достоверные отличия между группами МСАЗ с и без суицидальной активности, в отношении личностно - психологических показателей, приведены в таблице 3.

Из представленной таблицы видно, что МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе, в большей степени характеризует тенденция во всех собственных неприятностях и неудачах видеть чужую вину, что сочетается с собственной пассивной позицией в отношении возможности влиять на ситуацию («что я

могу сделать, если все против меня»). С этим хорошо сочетается использование регрессии и замещения как ведущих механизмов психологической защиты, когда субъект заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, зачастую не устраняющие проблемной или конфликтной ситуации, и для разрядки подавленных эмоций свою активность направляет на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

Данные теста STAXI также весьма показательны. МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе обнаруживают достоверно высокие показатели по шкалам, отражающим оба направления выражения гнева и агрессии: как вовне (на других – гетерокомпонент), так и на себя (аутокомпонент), при значительно более низких показателях субъективной способности контролировать процесс немедленного выражения агрессивных импульсов.

Сочетание шкал теста Mini-Mult Hs (1), D (2), Pd (4), Sch (8), показатели которых достоверно выше у МСАЗ с суицидальной активностью, характеризует испытуемых как людей пассивных, не уверенных в себе, медленно приспосабливающихся, легко теряющих равновесие в социальных конфликтах, что приводит к социальной дезадаптации, сопровождающейся агрессией и склонностью к конфликтному поведению, пренебрежению социальными нормами и ценностями.

Таблица 3

Характеристика личностных и экспериментально-психологических показателей МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность в анамнезе (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе
Склонность к внешнеобвиняющим реакциям	57,69%	39,73%
Представленность защитного психологического механизма «Регрессия»	7,4±3,0	5,0±2,6
Представленность защитного психологического механизма «Замещение»	6,8±2,9	4,2±2,7
Шкала STAXI AX/IN (гнев на себя)	16,0±4,7	12,5±4,0
Шкала STAXI AX/OUT (гнев во вне)	17,0±4,6	12,9±3,8
Шкала STAXI AX/CON (контроль агрессии)	15,6±4,9	19,9±5,4
Шкала Mini-Mult Hs (1)	10,1±2,9	8,2±2,7
Шкала Mini-Mult D (2)	9,8±3,6	7,2±3,0
Шкала Mini-Mult Pd (4)	12,7±2,8	10,0±3,0
Шкала Mini-Mult Sch (8)	17,3±4,2	13,1±3,6

Наркологические и терапевтические показатели МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, с суицидальной активностью в анамнезе	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, без суицидальной активности в анамнезе
Наркологические характеристики		
Высокопрогредиентное течение заболевания	55,77%	6,85%
Среднепрогредиентное течение заболевания	34,62%	65,75%
Низкопрогредиентное течение заболевания	9,62%	27,40%
Возраст формирования абстинентного синдрома (лет)	28,3±5,2	33,9±3,8
Употребление «лёгких» суррогатов алкоголя	73,08%	36,99%
Употребление «тяжёлых» суррогатов алкоголя	38,46%	5,48%
Оказание реанимационных пособий	57,69%	20,55%
Средняя продолжительность псевдозапойного периода (в днях)	9,2±6,9	5,4±4,9
Толерантность к алкоголю (в литрах в пересчёте на водку)	1,3±0,5	1,0±0,4
Потеря веса за время псевдозапой	67,32%	27,40%
Терапевтические характеристики		
Срок терапевтической ремиссии (в месяцах)	19,1±15,6	27,0±19,6
Множественные факты лечения (более 2-х)	55,77%	24,66%

Настроение – часто неустойчивое, при малейших неудачах – впадают в отчаяние. Характерной чертой является сложность в принятии самостоятельных решений, эмоциональная холодность и отчуждённость в межличностных отношениях. Что хорошо сочетается с профилем психологических защитных механизмов и данными теста STAXI.

Анализируя наркологические показатели в группах МСАЗ, имеющих и не имеющих суицидальную активность, обнаружено, что имеется целый ряд отличий по клиническим характеристикам заболевания, особенностям формирования алкогольной зависимости и результатам терапии, что отражено в таблице 4.

Как следует из таблицы, группы МСАЗ, имеющие и не имеющие суицидальную активность в анамнезе, обладают существенными отличиями в клинике и динамике алкогольной зависимости. Тип течения алкогольной зависимости в случае наличия у пациента суицидальных паттернов в поведении и/или мышлении можно описать как гораздо более неблагоприятный (агрессивный), нежели у остальных МСАЗ. Прежде всего, это касается частоты

высокопрогредиентного типа формирования алкогольной зависимости и относительной редкости низкопрогредиентного развития. Формирование абстинентного синдрома в группе возникает в более раннем возрасте.

Пациенты, имеющие суицидальную активность, более склонны к употреблению различных суррогатов алкоголя с нередкими отравлениями. Продолжительность псевдозапойного периода, толерантность к алкоголю в группе МСАЗ с суицидальной активностью в анамнезе значительно выше, чем у остальных МСАЗ. Обращает на себя внимание существенная разница в отношении результатов лечения, продолжительность ремиссий в группе МСАЗ с суицидальной активностью значительно меньше, большинство из пациентов этой группы неоднократно unsuccessfully лечились в прошлом.

Заключение.

С позиций суицидологической и наркологической практик группы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с и без суицидальной активности в анамнезе, имеют большое количество отличий. Несмотря на общую нозологическую сущность, наличие суицидальной

активности вносит существенные коррективы в глобальный аутоагрессивный профиль группы, нозоморфоз и клиническое своеобразие алкогольной зависимости.

Полученные данные, во-первых, представляют теоретический научный интерес, расширяя наши знания о роли и месте феномена аутоагрессии в клинике алкогольной болезни. Во-вторых, имеют непосредственное практическое значение, акцентируя внимание наркологов на значении выявления аутоагрессивных, в частности, суицидальных паттернов у пациентов, зависимых от алкоголя.

Выделение парасуицидальной группы из общей массы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, оправдано с позиций наркологической специфичности и возможности использовать дифференцированные схемы лечения с привлечением провитальных психотерапевтических техник.

Литература:

1. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 27-28.
2. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 23-33.
3. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
4. 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; 14.01.06. – М., 2012. – 48 с.
5. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. – Москва, 2000. – 20 с.
6. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – Москва: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
7. Berglund M., Tunving K. Assaultive alcoholics 20 years later // Acta Psychiatr. Scand. – 1985. – Vol. 71, № 2. – P. 141-147.
8. Buydens-Branchev L., Branchev M.N., Noumair D. Age of alcoholism onset. I. Relationship to psychopathology [see comments] // Arch. Gen. Psychiatr. – 1989. – Vol. 46, № 3. – P. 225-230.
9. Cloninger C.R. Geneticheterogenety and classification of alcoholism // Adv. Alcohol. and Subst. Abuse. – 1988. – Vol. 7, № 3-4. – P. 3-16.
10. Pritchard C. Suicide, unemployment and gender in British Isles and European Economic Community (1974-1985) // Soc. Psychiatry. – 1988. – Vol. 23, № 2. – P. 85-86.

Транслитерация:

1. Aminov H.A., Imamov Sh.A., Dusov A. Nekoto-rye dannye o svyazi mezhdru lichnostnymi osobennostjami bol'nyh hronicheskim alkogo-lizmom i harakterom suicidal'nyh dejstvij // Suicidologija. – 2010. – № 1. – S. 27-28.
2. Voroshilin S.I. Alkogol'nyj faktor sredi prichin rosta samo-ubijstv v SSSR i v postso-vestskih gosudarstvah // Suicidologija. – 2012. – № 2. – S. 23-33.
3. Merinov A.V. K voprosu diagnostiki suici-dal'nogo povedenija pri alko-gol'noj zavisi-mosti u muzhchin // Suicidologija. – 2012. – № 2. – S. 21-24.
4. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alko-gol'noj zavisi-most'ju i chlenov ih semej: avto-ref. dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 48 s.
5. Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnostika auto-agressivnogo povedenija pri alkogo-lizme metodom terapevticheskogo interv'ju. – Moskva, 2000. – 20 s.
6. Shustov D.I. Autoagressija, suicid i alkogo-lizm. – Moskva: Kog-ito-Centr, 2005. – 214 s.

THE INFLUENCE OF PAST SUICIDAL ACTIVITY ON OTHER AGGRESSIVE, EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL AND NARCOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Russia

The article studies the influence of suicidal tendencies in men suffering from alcohol dependence on the rest of the spectrum of autoaggressive behavioral patterns, experimental- psychological and narcological indexes of patients. It has been found out that the presence of suicidal tendencies in men suffering from alcohol dependence sharply increases the probability of various forms of non-suicidal autodestructive acts in them. This category of patients has specific personal-psychological peculiarities and peculiar clinical presentation of the prior narcological disease that dictates the necessity of more careful attention to the group from the standpoint of suicidology and narcology.

Key words: men suffering from alcohol dependence, alcohol dependence, suicide, autoaggression

СПОСОБЫ И СРЕДСТВА СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ МУЖЧИН, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ

П.В. Кузнецов

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Кузнецов Павел Владимирович – врач-психиатр, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: (3452) 462-452, 50-70-99, e-mail: k-p-v79@rambler.ru

Обследованы 100 следственно-арестованных мужчин после совершения суицидальной попытки. Показано, что в условиях пенитенциарной системы способы и средства реализации суицидальных действий качественно отличаются от общей популяции: самопорезы, в том числе проникающие ранения – 60,0%; проглатывание инородных тел – 27,0%, повешение – 13,0%. Шантажные формы присутствовали в 71,0% случаев. У большинства исследуемых ведущие мотивы суицидальной активности напрямую связаны с привлечением к уголовной ответственности и заключением под стражу. Делается вывод о том, что профилактические мероприятия помимо повышения контроля доступа к указанным в работе средствам суицида, должны включать методы психокоррекционной работы, а так же меры по выявлению лиц, с повышенной суицидальной активностью.

Ключевые слова: суицид, самоповреждения, аутоагрессия, пенитенциарная система, заключенные.

Заключение под стражу относится к одним из наиболее тяжелых психотравмирующих факторов, определяющих развитие у многих людей различных психофизиологических реакций, оцениваемых как «пенитенциарный стресс» [21].

Наиболее травматичным считается период содержания в следственном изоляторе, когда происходит ломка привычного жизненного стереотипа, образа жизни, крушение планов. У многих подследственных в этот период наблюдаются признаки угнетённости, подавленности, безнадежности, обречённости, тоски по дому, родным и близким, чувство вины перед ними, неверие в свои силы, в том числе в возможность снова обрести прежний статус. Это влечет за собой пассивность, апатию, снижение жизненного тонуса и влечений, расстройство сна, потерю интересов, безразличие к себе, психологическую отчужденность. Тоскливо-тревожное состояние осложняется постоянной нервно-психической напряженностью с недоверием к окружающим вплоть до подозрительности из-за необходимости постоянно быть начеку, сдерживать свои чувства и эмоции в условиях «вынужденного общего сожительства» [1, 15, 23].

Негативно влияют на человеческую психику в этих условиях сохранившиеся ритуалы встречи «новичков», проверки их осведомленности о тюремных обычаях и терминологии,

камерные игры, которые имеют целью подавить личность новичка, подчинить его влиянию криминальных «авторитетов». Превышение барьера резистентности нередко ведет к аффективным реакциям с возбуждением, напряженным отношением к окружающим, раздражительностью, нетерпимостью, повышенной ранимостью, обидчивостью и завышенной реактивностью. Расширяется спектр возможных конфликтных ситуаций [15, 18, 24]. Особенно уязвимы в отношении неблагоприятных воздействий в условиях изоляции лица с психической патологией, частота которой среди данного контингента в 3 с лишним раза выше, чем в общей популяции [3, 6, 7, 17].

Одним из результатов действия пенитенциарного стресса у лишенных свободы является повышение частоты развития агрессивного поведения, направленного как во вне (как правило, на окружающих, в том числе сотрудников исправительного учреждения), так и на себя (аутоагрессивные проявления, связанные с членовредительством, суицидом и пр.) [8, 15, 16].

К ведущим предикторам самоповреждающего поведения относят депрессию и чувство безнадежности. S. Brown [26] показано, что заключенные с более высокой степенью одиночества проявляют более высокий уровень депрессии, безнадежности и индикаторов суицидального поведения, что в целом согласуется с данными отечественных авторов [2, 13, 20].

Основными пенитенциарными причинами аутоагрессивного поведения лиц, содержащихся под стражей, являются: конфликт с представителями администрации исправительного учреждения (реакция на законные требования, факты притеснения); конфликт с другими осужденными (физическое, психическое насилие, принуждение к вступлению в гомосексуальную связь, долги), приобретение авторитета в глазах других подследственных (осужденных), раскаяние в содеянном, отсутствие жизненной перспективы после отбывания наказания, несогласие с приговором суда [9, 16, 21, 22].

Приводимые в доступной литературе данные о частоте аутоагрессивных действий неоднозначны [25]. Так, по оценкам М.Г. Кузнецовой и Е.Н. Фоменко [14] в следственных изоляторах УФСИН России по г. Москве в 2007-2009 г. в общей структуре деструктивных форм поведения заключенных под стражу преобладали членовредительства и самоповреждения, превышающие число завершенных суицидов в десять и более раз (табл. 1).

Таблица 1

Число деструктивных форм поведения заключенных в следственных изоляторах УФСИН России по г. Москве в 2007-2009 г. [14]

Действия	2007	2008	2009
Завершенные суициды	11	7	9
Суицидальные попытки или незавершенные суициды	13	11	12
Членовредительства и самоповреждения	120	77	119
Отказы от приема пищи и объявление голодовки	13	16	20
Групповые конфликты с сокамерниками	98	26	15

По наблюдениям А.М. Сысоева [23] частота самоповреждений в исследуемом контингенте может достигать 19%. Зарубежные авторы [27] приводят более высокие показатели распространенности этих нарушений – до 37%.

Число суицидальных действий, приводимых в отечественной литературе так же относительно невелико. При этом указывается, что 29% всех суицидов подозреваемых, обвиняемых и осужденных совершается в условиях предварительного заключения под стражу [14]. Между тем S. Brown и соавт. [26], напротив, считают, что тюремные самоубийства стали

проблемой здравоохранения, достигающей размеров кризиса во всем мире. Для примера, исследования, проведенные в Южном Уэльсе (Австралия) за период с 1995 по 2005 г., показали, что самоубийства составили 41% от всех случаев смерти заключенных. За 10 лет число самоубийств снизилось, тем не менее, продолжает десятикратно превышать суицидальность в общей популяции [28].

Таким образом, несмотря на имеющиеся исследования в этой области, изучение суицидальной активности заключенных является важной медико-социальной задачей, требующей анализа самых различных аспектов этой проблемы. Одним из таких направлений является анализ выбора способа и средств суицидальных действий исследуемого контингента лиц.

Известно, что выбор способа суицидальных действий и средств для его реализации определяется многими факторами, среди которых, помимо особенностей личности и психопатологической почвы, важное значение имеют: доступность, степень летальности (в зависимости от цели: шантаж или смертельный исход), приемлемость по эстетическим параметрам, болезненность и др. [4, 5, 12 и др.]. В условиях пенитенциарной системы ограниченность свободы и доступа к средствам может определять особый характер этих предпочтений, что должно учитываться при планировании и проведении профилактических мероприятий [19].

Цель исследования: оценка способов и средств суицидальных попыток мужчин, содержащихся под стражей.

Материалы и методы.

Основную группу исследования составили 100 следственно-арестованных мужчин, совершивших суицидальную попытку. Возраст обследуемых – от 14 до 65 лет (средний – 39,5±1,7 лет). Все мужчины в постсуицидальном периоде наблюдались в медицинской части СИЗО.

Включение в основную группу исследования проводилось при отнесении регистрируемых аутоагрессивных действий к покушениям на самоубийство. Оценивался характер, мотивы действий, наличие внешних признаков – вербальные проявления, суицидальные угрозы, шантаж и др. После анализа всего комплекса данных исключались случаи, квалифицируемые нами как самоповреждение с неопределёнными намерениями («на спор», игра в карты и др.).

Группа сравнения включала 100 мужчин общей популяции, совершивших суицидальную попытку, в период проведения исследования не находящихся под стражей / следствием, и не привлекаемых ранее к уголовной ответственности. Мужчины этой группы после совершенной суицидальной попытки наблюдались в амбулаторно-поликлиническом отделении и Центре суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница».

Группа сравнения подбиралась с учетом критериев сопоставимости с основной группой исследования по полу, возрасту и виду суицидальных действий (попытка).

Методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, статистические.

Результаты и обсуждение.

Оценка реализованных покушений на самоубийство показала, что ведущим способом в обеих группах являлись самопорезы (табл. 2).

Таблица 2

Способы суицидальных попыток мужчин исследуемых групп

Способ суицидальной попытки	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Самопорезы, в том числе проникающие ранения	60	60,0	54	54,0
Проглатывание инородных тел	27	*27,0	1	1,0
Самоповешение	13	13,0	10	10,0
Самоотравление	--	--	23	23,0
Падение с высоты	--	--	9	9,0
Самострел	--	--	3	3,0
Итого:	100	100,0	100	100,0

Примечание: *различия достоверно значимы ($p < 0,05$)

Обращает внимание, что, несмотря на систему ограничений доступа как к предметам прямого повреждающего действия (режущих, колющих средств и др.), так и продуктам промежуточного обращения с возможным повреждающим эффектом (металлические и стеклянные консервы, банки, карманные зеркала и др.), частота повреждений целостности кожных покровов с суицидальной целью среди заключённых под стражу составила 60,0% ($n=60$). В 43 случаях подследственные для нанесения поверхностных самопорезов использовали лезвие бритвы («мойку»), реже, проволоку ($n=6$) или осколки стекла ($n=4$). При этом раны локализовались не только на предплечьях, локтевых сгибах (рис. 1), но и наблюдались

в области шеи ($n=13$), реже – грудной клетки, живота ($n=8$). В 9 случаях повреждения включали две и более зон тела.



Рис. 1. Резаная рана в области локтевого сгиба левой руки после суицидальной попытки (в стадии заживления).

У семи человек причинённые раны носили более глубокий, проникающий характер. С помощью «заточки» из ложки, вилки или гвоздя, в одном случае острым предметом, изготовленным из хлеба, обожённым определённым образом, что сделало его твёрдым, как камень, заключенные наносили повреждения в области грудной клетки или живота. При всех ранениях грудной клетки «заявленной» целью являлось сердце («... чтобы умереть быстро и не мучаясь»). Однако отсутствие знаний анатомии, а так же явно демонстративно-шантажный характер поведения не приводил к тяжёлому или прямому повреждению сердечной мышцы. Ранения живота так же не затрагивали паренхиматозных органов.

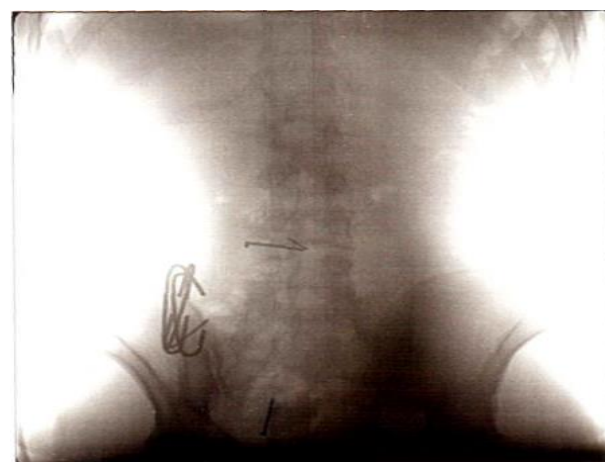


Рис. 2. Рентгенограмма с изображением следственно - арестованного, принявшего внутрь гвозди и «скрутку» из проволоки.

В группе сравнения доля мужчин, сделавших выбор в пользу самопорезов, была так же высока – 54,0% (n=54). Однако в отличие от заключённых под стражу большинство использовали нож (n=32). В остальных случаях выбор останавливался на других колюще-режущих, преимущественно металлических предметах (лезвие бритвы, шило, стамеска, ручная пила и др.). Лишь двое мужчин демонстративно изрезали себе руки в изломах разбитого ими оконного стекла. В подавляющем большинстве случаев выбор средств суицидальной попытки этих лиц носил ситуационно обусловленный характер и определялся доступностью данного средства в настоящий момент. Имелись различия и в зонах наносимых повреждений. В группе сравнения раны обычно ассоциировались с пересечением подкожных вен средней и дистальной третьей предплечий, реже – более крупных вен локтевых сгибов.

На втором месте по частоте, регистрируемый у 27,0% заключённых, был приём с суицидальной целью инородных тел внутрь (табл. 2). В группе сравнения такой вариант носил скорее казуистический характер и был отмечен у одного исследуемого (табл. 3).

Таблица 3

Средства (инородные тела) для приёма внутрь, с целью совершения суицидальных действий, в %

Средства, принятые внутрь	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Шурупы-саморезы	12	12,0	--	--
Сапожные гвозди	8	8,0	--	--
Металлическая производственная стружка	3	3,0	--	--
Длинные гвозди и скрученная проволока	2	2,0	1	1,0
Мелкие кусочки лезвия бритвы	1	1,0	--	--
Стекланные осколки стекла от лампочек	1	1,0	--	--
Итого:	*27	27,0	1	1,0

Примечание: *различия достоверно значимы (p<0,05)

В структуре принимаемых внутрь инородных тел заключёнными, преобладало заглатывание шурупов-саморезов (n=12) и сапожных гвоздей (n=8). В двух случаях сочетание гвоздей и «скруток» из проволоки (рис. 2). Обычно размер саморезов и гвоздей не превышал 2 см, что объяснялось целью меньшей травматиза-

ции слизистой желудочно - кишечного тракта и большей легкостью проглатывания. Для этой же цели большинство подследственных спиливали острие шурупов и гвоздей и связывали их тонкой резинкой по 2-3-4 шт., располагая шляпками в противоположные стороны. Проглоченная в таком виде «капсула», поступив в желудок, должна была распасться при разрушении резинки под действием желудочного сока. Количество проглоченных шурупов и гвоздей у одного человека составляло от 2 до 11 штук. Однако в 2 случаях отмечалось значительное превышение размеров гвоздей (до 70 мм) и «скрутки» из проволоки аналогичного размера и 1 случай значительного превышения количества шурупов – 28 штук.

Среди других инородных тел, принятых внутрь с суицидальной целью, были металлическая производственная стружка (n=3), осколки стекла лампочки накалывания (n=1) и мелкие кусочки лезвия бритвы (n=1).

Анализ этих случаев свидетельствовал о том, что заключенные достаточно тщательно готовили попытку, сохраняли использованные лезвия, накапливали шурупы и гвозди, надпиливая их. Шурупы предварительно выворачивались из строительного материала или стен помещений. Гвозди добывались из обуви. В этой связи можно отметить, что выявление накопления данных предметов может способствовать своевременной диагностике суицидальной активности и служить методом профилактики попыток самоубийства [23].

На третьем месте по частоте были попытки самоповешенья (табл. 2), регистрируемые у 13,0% подследственных и 10,0% мужчин группы сравнения. При этом, если последние для реализации суицида во всех случаях использовали бытовую веревку, то лица заключенные под стажу выбирали подручные средства: скрученный жгут из обрывков постельного белья (n=4), простыни (n=4), ремень (n=3) или шнурки от обуви (n=2). Выбор такого способа суицида, не всегда характеризовался шантажностью. Семи мужчинам основной группы и шести группы сравнения спасти жизнь помогла вовремя оказана помощь.

Другие способы суицидальных действий регистрировались лишь в группе сравнения: попытка самоотравления – 23,0%, падение с высоты – 9,0%, самострел – 3,0%, что в целом отражает общие тенденции в общей популяции в регионе исследования [10, 11]. В основ-

ной группе подобных видов попыток не отмечалось.

Таким образом, результаты исследования показали, что среди заключённых под стражу, ведущими способами покушений на суицид являются самопорезы и проглатывание инородных тел. Такие предпочтения в большинстве случаев можно объяснить условиями режимного учреждения, а так же характером суицидальной активности – достоверным ($P < 0,05$) преобладанием среди следственно-арестованных шантажных форм суицидальной активности – 71,0% (группа сравнения – 53,0%). Эти данные могут указывать на направления необходимых мер профилактики подобных действий, среди которых важное значение имеет не только поддержание дисциплинарной стабильности в работе сотрудников режимного учреждения, но и психологическая поддержка, в том числе профессиональная помощь психолога и психиатра.

Данные оценки психического состояния и целенаправленного опроса показали, что признаки так называемого «пенитенциарного стресса» присутствуют у всех заключённых. Именно условия ограничения свободы в большинстве случаев выступают в качестве просуицидальных факторов. Основными из них были названы: участие в судебно-следственных действиях (75,0%); ломка жизненного стереотипа (60,0%); конфликты между обвиняемыми в условиях вынужденной скученности в камере (41,0%); ожидание наказания и страх перед ним (33,0%); представления о бесцельности дальнейшего существования (30,0%); утрата надежды на изменение к лучшему (19,0%) и др. В группе сравнения ведущими мотивами суицидальной активности указывались переживания преимущественно депрессивного спектра, обусловленные социально-психологическим стрессом: конфликты в семье (94,0%); чувство одиночества и ненужности (73,0%); утрата надежды на изменение к лучшему (41,0%); представления о бесцельности дальнейшего существования (32,0%) и др.

Выводы.

Таким образом, проведенный анализ показал, что условия ограниченной доступности определяют у следственно-арестованных отличный от общей популяции выбор способов и средств суицидальной активности. Ведущие мотивы суицидального поведения напрямую связаны с привлечением к уголовной ответственности и заключением под стражу.

Профилактические мероприятия помимо повышения контроля доступа к указанным в работе средствам суицида, должны включать методы психокоррекционной работы, а так же меры по выявлению лиц, с повышенной суицидальной активностью.

Литература:

1. Бойков С.В., Юлдашев В.Л. Аутоагрессия у больных с аффективными нарушениями // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 53–56.
2. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 35-44.
3. Ботти Д. Швейцария: две трети заключённых нуждаются в помощи психиатра // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2011. – № 11. – С. 33-35.
4. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-17.
5. Вальздорф Е.В. Самопорезы среди способов суицидальной активности уголовно ответственных // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 56-57.
6. Вальздорф Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза как процедура для выявления нефатальных суицидентов среди подозреваемых и обвиняемых // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 51-52.
7. Вальздорф Е.В., Иванова О.В. Психологическая характеристика подследственных, совершивших аутоагрессивные действия // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 40.
8. Губенкова Е.В. Юрико-психологические аспекты аутоагрессивного поведения осужденных в исправительных учреждениях РФ // Вестник АГТУ. – 2011. – № 1 – С. 51.
9. Диденко А.В., Аксенов М.М. Особенности динамики социального статуса осужденных с расстройством личности в процессе отбывания уголовных наказаний в местах лишения свободы // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 7-8.
10. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
11. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 44-45.
12. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 37-38.
13. Кривулин Е.Н., Голодный С.В., Охтяркин Е.В. Клинико-динамические особенности депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у

- подростков с резидуально-органической церебральной недостаточностью и коморбидной наркологической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 96-98.
14. Кузнецова М.Г., Фоменко Е.Н. Особенности психологического сопровождения подозреваемых и обвиняемых, содержащихся од стажей // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2012. – № 11. – С. 30-34.
 15. Малкин Д.А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения. Методические рекомендации. – Москва, 2011. – 22 с.
 16. Масагутов Р.М., Пронина М.Ю., Николаев Ю.М. Распространенность и факторы риска суицидального поведения осужденных мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 43–50.
 17. Насруллаев Ф.С. Раннее выявление психических расстройств у осужденных: Методические рекомендации. – М., 1996. – 20 с.
 18. Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальный аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – С. 43
 19. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
 20. Розанов В.А., Мидько А.А. Метафакторы Big Five и феномен безнадёжности в предикции суицидальности // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34-43.
 21. Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико-динамические и социально-психологические параллели // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 72-78.
 22. Спадерова Н.Н., Зотов П.Б. Суицидальное поведение у подэкспертного, обвиняемого в совершении развратных действий в отношении несовершеннолетних // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 2. – С. 109-111.
 23. Сысоев А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. – Рязань, 2002. – 44 с.
 24. Шабанов В.Б., Кашинский М.Ю. Организационно-правовые проблемы противодействия суицидальным и несуйцидальным аутоагрессивным проявлениям осужденных в местах лишения свободы // Вестник Воронежского института МВД России. – 2012 – № 3. – С. 17-24.
 25. Blasko B.L., Jeglic E.L., Malkin S. Suicide risk assessment in jails // J. Forens. Psychol. Pract. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 67-76.
 26. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. – 2008. – Vol. 47, № 4. – P. 433-449.
 27. Caponetti T., Caponetti R., Fierro A. Autolesionismo e syndrome ansioso-depressiva in pazienti afferenti alla Medicina Protetta dell' Ospedale Sandro Pertini di Roma // Clin. Ter. – 2010. – Vol. 161, № 2. – P. 139-141.
 28. O'Driscoll C., Samuels A., Zacka M. Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005. Towards a better understanding // Austral. and N. Z. J. Psych. – 2007. – Vol. 41, № 6. – P. 519-524.
- Транслитерация:
1. Bojkov S.V., Juldasev V.L. Autoagressija u bol'nyh s affektivnymi narushenijami // Suicidologija. – 2012. – № 1. – S. 53–56.
 2. Borisov I.V., Gladysheva A.G., Ljubov E.B. Ontologičeskij vzgljad: suicidal'noe povedenie i fenomen zhiznestojkosti // Suicidologija. – 2013. – Tom 4, № 2. – S. 35-44.
 3. Botti D. Shvejcarija: dve treti zaključjonnyh nužhdajutsja v pomoshhi psihiatra // Vedomosti ugovolno-ispolnitel'noj sistemy. – 2011. – № 11. – S. 33-35.
 4. Vagin Ju.R. Voprosy fenomenologičeskoj suicidologii // Suicidologija. – 2011. – № 3. – S. 3-17.
 5. Val'zdorf E.V. Samoporezy sredi sposobov suicidal'noj aktivnosti ugovolno otvetstvennyh // Suicidologija. – 2011. – № 1. – S. 56-57.
 6. Val'zdorf E.V. Sudebno-psihiatricheskaja jekspertiza kak procedura dlja vyjavlenija nefatal'nyh suidentov sredi podozrevaemyh i obvinjaemyh // Suicidologija. – 2011. – № 2. – S. 51-52.
 7. Val'zdorf E.V., Ivanova O.V. Psihologičeskaja harakteristika podsledstvennyh, sovershivshih autoagressivnye dejstvija // Akademičeskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 6. – S. 40.
 8. Gubenkova E.V. Juridiko-psihiologičeskie aspekty autoagressivnogo povedenija osuždennyh v ispravitel'nyh uchrezhdenijah RF // Vestnik AGTU. – 2011. – № 1 – S. 51.
 9. Didenko A.V., Aksenov M.M. Osobennosti dinamiki social'nogo statusa osuždennyh s rasstrojstvami lichnosti v processe otbyvanija ugovolnyh nakazanij v mestah lishenija svobody // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2011. – № 1. – S. 7-8.
 10. Zotov P.B., Rodjashin E.V. Cuicidal'nye dejstvija v g. Tjumeni i juge Tjumenskoj oblasti (Zapadnaja Cibir'): dinamika za 2007-2012 gg. // Suicidologija. – 2013. – Tom 4, № 1. – S. 54-61.
 11. Zotov P.B., Rodjashin E.V., Rjahina N.A. Sistemnyj uchet suicidal'nyh popytok: pervyj opyt raboty suicidologičeskogo registra v Tjumenskoj oblasti // Akademičeskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 6. – S. 44-45.
 12. Kasimova L.N., Svjatogor M.V., Vtjurina M.V. Analiz suicidal'nyh popytok putem samootravlenija // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2011. – № 2. – S. 37-38.
 13. Krivulin E.N., Golodnyj S.V., Ohtjarkin E.V. Kliniko-dinamicheskie osobennosti depressivnyh reakcij pri penitenciarnoj dezadaptacii u podrostkov s rezidual'no-organičeskoj cerebral'noj nedostatočnost'ju i komorbidnoj narkologičeskoj patologiej // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2008. – № 3. – S. 96-98.
 14. Kuznecova M.G., Fomenko E.N. Osobennosti psihologičeskogo soprovoždenija podozrevaemyh i obvinjaemyh, soderzhashhihsja od stazhej // Vedomosti

- ugolovno-ispolnitel'noj sistemy. – 2012. – № 11. – S. 30-34.
15. Malkin D.A. Psihicheskie rasstrojstva u osuzhdennyh, trebujushhie stacionarnogo psichiatricheskogo lechenija. Metodicheskie rekomendacii. – Moskva, 2011. – 22 s.
 16. Masagutov R.M., Pronina M.Ju., Nikolaev Ju.M. Rasprostranennost' i faktory riska suicidal'nogo povedenija osuzhdennyh muzhchin // Suicidologija. – 2012. – № 2. – S. 43–50.
 17. Nasrullaev F.S. Rannee vyjavlenie psicheskikh rasstrojstv u osuzhdennyh: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1996. – 20 s.
 18. Obrosof I.F. Rasstrojstva lichnosti u osuzhdennyh v mestah lishenija svobody (kliniko-dinamicheskij i mediko-social'nyj aspekty): Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2004. – S. 43
 19. Polozhij B.S., Panchenko E.A. Differencirovannaja profilaktika suicidal'nogo povedenija // Suicidologija. – 2012. – № 1. – S. 8-12.
 20. Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Metafaktory Big Five i fenomen beznadzjozhnosti v predikcii suicidal'nosti // Suicidologija. – 2012. – № 2. – S. 34-43.
 21. Semke V.Ja., Didenko A.V., Aksenov M.M. Adaptacija osuzhdennyh s rasstrojstvami lichnosti v penitenciarnoj srede: kliniko-dinamicheskie i social'no-psihologicheskie paralleli // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – № 4. – S. 72-78.
 22. Spaderova N.N., Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie u podjekspertnogo, obvinjaemogo v sovershenii razvratnyh dejstvij v otnoshenii nesovershennoletnih // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2013. – № 2. – S. 109-111.
 23. Sysoev A.M. Psihologija autoagressivnogo povedenija osuzhdennyh i ego preduprezhdenie: Avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. – Rjazan', 2002. – 44 s.
 24. Shabanov V.B., Kashinskij M.Ju. Organizacionno-pravovye problemy protivodejstvija suicidal'nym i nesuicidal'nym autoagressivnym pojavlenijam osuzhdennyh v mestah lishenija svobody // Vestnik Voronezhskogo instituta MVD Rossii. – 2012 – № 3. – S. 17-24.

WAYS AND MEANS OF SUICIDE ATTEMPTS OF MEN IN CUSTODY

P.V. Kuznetsov

TyumSMA, Tyumen, Russia

The study included 100 investigative men arrested after the suicide attempt. It is shown that in the penal system of the ways and means of suicidal acts are qualitatively different from the general population: self-cuts, including penetrating injuries – 60.0%, ingestion of foreign bodies – 27.0%, hanging – 13.0%. Blackmailing forms present in 71.0% of cases. The majority of study leading motives of suicidal activity directly related to the criminal charges and imprisonment. It is concluded that the preventive measures to improve by controlling access to the means specified in the work of suicide should include methods of psycho-correction, as well as measures to identify individuals with increased suicidal activity.

Key words: suicide, self-harm, autoaggression, the prison system, prisoners

УДК: 616.89-008.441.44-036.22-036.8(477)

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УКРАИНЕ: СТАТИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Л.Н. Юрьева, А.Е. Юрьев

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины, г. Днепропетровск, Украина
Гарлемский госпиталь, г. Нью-Йорк, США

Контактная информация:

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

Юрьев Андрей Евгеньевич – MD, PhD. Место работы: врач-психиатр, Гарлемский госпиталь, г. Нью-Йорк, США. E-mail: aeyuryev@gmail.com

В статье представлен анализ статистических данных, отражающих динамику суицидальной смертности в Украине за тридцать лет (1981-2010 годы). Выделено 4 периода исторической динамики уровня самоубийств. Представлен анализ данных эпидемиологических исследований, отражающих распространённость суицидального поведения (идеи, планы, попытки) среди жителей различных регионов Украины. Полученные результаты позволили получить более объективную картину суицидологической ситуации в стране, выявить специфические для Украины факторы суицидального риска и создать региональные дифференцированные профилактические программы.

Ключевые слова: суицид, Украина, эпидемиология, статистика

С каждым годом проблема самоубийств приобретает все более глобальный характер, а суициды все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в кризисной ситуации. Частота самоубийств является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья и социального благополучия населения. Однако, по мнению бывшего главного психиатра ООН, Грегори Залбурга, «статистические данные о суицидах, какими они являются сегодня, не заслуживают доверия. Слишком много суицидов не называются своими собственными именами». Как правило, немалая доля замаскированных суицидов скрывается за рубрикой «несчастные случаи» и «дорожно - транспортные происшествия».

Эксперты ВОЗ считают, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным приблизительно на 20%, а в некоторых регионах – на все 100% – в результате преобладающих социальных или религиозных взглядов на самоубийство [5]. Еще менее достоверны сведения о суицидальных попытках, так как их учет и регистрация осуществляются по-разному в разных регионах мира, и часто не отражают истинную суицидологическую ситуацию. Кроме того, было установлено, что только один из четырех случаев суицидальных попыток (24,3%) попадает в поле зрения сотрудников системы здравоохранения. Этот феномен получил название «феномена айсберга», у которого выступающая над водой часть относится к подводной в пределах от 1:4 до 1:10 [10, 11]. Поэтому, для получения более объективной картины суицидологической ситуации в регионе, для прогнозирования суицидальных рисков и создания профилактических программ более корректным является анализ и сопоставление данных официальной статистики и данных эпидемиологических исследований.

Цель работы: анализ статистических и эпидемиологических данных, отражающих суицидальную ситуацию в Украине.

Материал и методы исследования.

В анализ были включены данные по 24 областям Украины, а так же по Автономной республике Крым и городу Киеву. Данные о суицидальной смертности на 100 тыс. населения (1981-2010 гг.) были получены из совместной базы данных центра медицинской статистики Украины и базы данных ВОЗ «Здоровье для всех». Анализ эпидемиологических данных

проведен с использованием результатов эпидемиологического исследования, проведенного в Украине в рамках программы ВОЗ «Психическое здоровье в мире, 2000» (World Mental Health-2000-WMH, 2000).

Результаты и обсуждение.

Динамика уровня самоубийств в Украине и ее региональные особенности.

При проведении анализа динамики уровня суицидов в Украине за тридцатилетний период (с 1981 по 2010 годы) были выявлены значительные колебания суицидальной смертности (рис. 1), что позволило нам выделить 4 периода исторической динамики уровня самоубийств в Украине [6, 8, 16]

1. Период снижения суицидальной смертности времен позднего СССР («застой») и антиалкогольной кампании (1981-1988 гг.). Наивысший показатель суицидальной смертности в Украинской ССР был зафиксирован в начале изучаемого периода (25,06 самоубийств на 100000 населения в 1982 г.). В течение следующих четырех лет число суицидов сократилось почти в 1,4 раза и достигло своего минимума в 1986 году (18,47 самоубийств на 100000 населения). В дальнейшем уровень самоубийств колебался незначительно вплоть до распада СССР в 1991 г. В этот период, известный как «перестройка», ожидания позитивных перемен в обществе были очень высоки. В это же время во всех союзных республиках проводилась масштабная антиалкогольная кампания. В работах ряда авторов выдвинута гипотеза о взаимосвязи между антиалкогольной кампанией и снижением уровня суицидов [2, 12, 17-19, 20].

2. Период роста суицидальной смертности времен «кризиса после распада СССР» (1991-1996 гг.). Характеризуется стремительным ростом самоубийств среди населения Украины. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершённых суицидов увеличился в 1,4 раза с 20,6 самоубийств на 100000 населения в 1991 г. до 29,4 в 1996 году. Данный период исторически характеризуется глубокими и стремительными изменениями связанными с трансформацией в социальной, экономической, культурной и иных сферах в связи с переходом от социалистического к капиталистическому строю в государстве. Данный период так же характеризуется отменой антиалкогольных ограничений и широкой доступностью алкоголя для населения.

3. Период стабилизации суицидальной смертности (1996-2000 гг.). Характеризуется стабильно высоким уровнем суицидов на протяжении 4 лет. Исторически этот период совпал с постепенным улучшением экономической ситуации в государстве и ростом индекса промышленного развития с последующим неожиданным для населения экономическим кризисом 1998 года.

С учетом того, что в Украине максимум завершённых суицидов был зафиксирован в 1996 году и этот показатель оставался стабильно высоким в 1997 и 1998 годах, была проанализирована динамика структуры завершённых суицидов в Украине за 15-летний период (1983-1997 гг.). Выявлено, что в группе лиц, в анамнезе которых не отмечено психических расстройств, изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983 году 94,6% суицидов приходилось на возрастную группу 20-60 лет, то в 1997 году в эту группу было отнесено только 87,4% суицидентов. Наибольшее количество завершённых суицидов в 1997 году совершили лица работоспособного возраста (71,5%). Средний возраст смерти среди этой категории составил 48,3 года. На 1,5% возросло число лиц моложе 20 лет и на 8,4% – старше 60 лет. Кроме того, по сравнению с 1983 г., в 1997 году более чем в шесть раз возросло количество суицидов среди неработающих (2,4% и 15,2% соответственно) [4].

4. Период снижения суицидальной смертности (2000-2010 гг.). Характеризуется снижением уровня распространенности суицидов. С 2006 г. Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100000 населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств.

Описанная динамика самоубийств в Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4-6 лет после распада СССР [3]. В этот период была особенно выражена психическая дезадаптация населения, вызванная социально-экономическими потрясениями, сменой и ломкой национальной мотивации, кризисом идентичности, аномией. Затем наступает адаптация населения к новым социокультуральным условиям и наблюдается постепенное снижение частоты суицидов.

Динамика уровня самоубийств в Украине за 1980-2010 гг. представлена на рисунке 1.

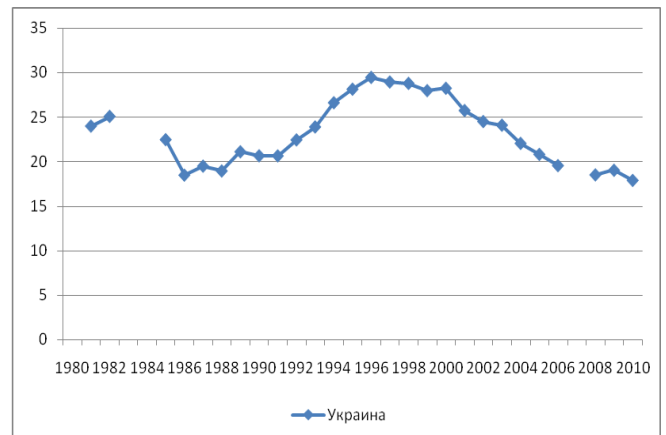


Рис. 1. Динамика уровня самоубийств в Украине за 1980-2010 гг. (стандартизованные данные на 100000 населения).

Для анализа региональной динамики уровня смертности в результате суицидов были вычислены усреднённые показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных и южных регионах Украины за последние 15 лет (1996-2010) [7].

К восточным регионам Украины были отнесены: Днепропетровская, Донецкая, Запорожская, Луганская, Сумская и Харьковская области.

К западным регионам Украины: Волынская, Закарпатская, Ивано-Франковская, Львовская, Тернопольская и Черновицкая области.

К центральной Украине: Винницкая, Житомирская, Киевская, Кировоградская, Полтавская, Черкасская, Черниговская, Ровенская, Хмельницкая области и г. Киев

К южной Украине: АР Крым, Николаевская, Одесская, Херсонская область и г. Севастополь.

Было выявлено, что в западных регионах уровень частоты самоубийств (на 100000 населения) в среднем в 1,6 раза ниже, чем в целом по Украине. За пятнадцатилетний период этот показатель уменьшился на 20%. Согласно шкале ВОЗ все области этого региона относятся к территориям со средним уровнем частоты самоубийств. Исключение составляет Львовская область, которая с 2001 года и по настоящее время относится к территориям с низким уровнем частоты самоубийств.

В восточных и южных регионах частота суицидов приблизительно одинакова и превышает общеукраинский уровень в среднем в 1,2 раза. Причем, если в 1996 году усредненные

показатели частоты суицидов в восточном регионе превышали таковые в южном регионе в 1,12 раз, то с 2002 года эти показатели практически сравнялись. Необходимо отметить, что во всех областях этих регионов за 15-летний период распространенность суицидов уменьшилась, хотя согласно шкале ВОЗ все области этих регионов относятся к территориям с высоким или «критическим» уровнем частоты самоубийств. Исключение составляет Харьковская область, в которой за 15-летний период уровень частоты самоубийств снизился с 35,2 в 1996 году до 12,2 на 100000 населения в 2010 году. По данным 2010 года – это единственная область восточного региона Украины со средним уровнем частоты самоубийств.

В центральных регионах Украины уровень суицидов ниже, чем в восточных и южных, хотя превышает общеукраинский. Во всех областях этих регионов за 15-летний период распространенность суицидов уменьшилась, хотя согласно шкале ВОЗ в течение этого периода только в Хмельницкой области уровень суицидов уменьшился настолько, что эта область с 2004 года и по настоящее время относится к территориям со средним уровнем частоты самоубийств. Остальные области относятся к территориям с высоким уровнем частоты самоубийств.

Региональная динамика уровня частоты самоубийств в Украине за 1996-2010 годы представлена на рисунке 2.

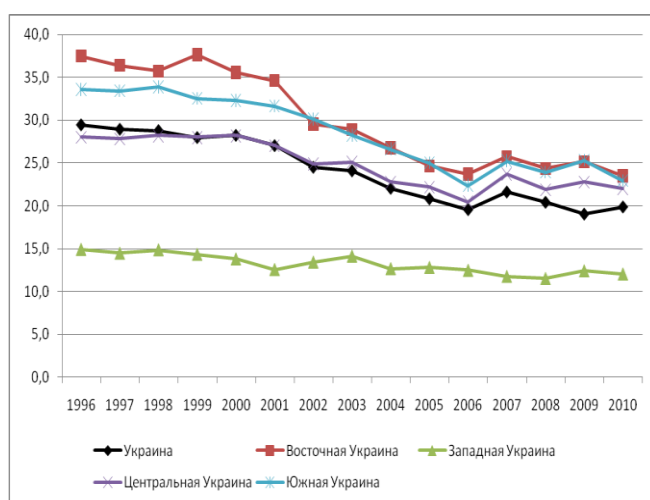


Рис. 2. Динамика усредненных показателей уровня частоты самоубийств в регионах Украины за 1996-2010 годы (на 100000 населения).

В ходе проведенных нами исследований установлено, что различие в частоте завершённых суицидов в областях Украины в 2010 году

составляет 4 раза и колеблется от 7,9 – в Львовской области до 30,9 на 100000 населения в Сумской области. В городах Украины эти различия еще более выражены: например, в г. Киеве частота завершённых суицидов – 3,3, а в г. Севастополе – 16,6 на 100000 населения.

Столь выраженный разброс показателей завершённых суицидов в различных регионах одной страны в один исторический период времени свидетельствует о значительных социокультуральных и социально - экономических различиях этих регионов, а также о различной ментальности населения этих областей [4, 21].

Таким образом, до 2006 года Украина относилась к странам с высоким уровнем самоубийств (более 20,0 на 100000 нас.). С 2006 года по 2011 год Украина переместилась и находится в группе стран со средним уровнем самоубийств. Количество самоубийств на протяжении десятилетий выше в сельских районах, чем в городах [22]. Наиболее распространенным методом самоубийства является повешение [13], а наиболее распространенным способом суицидальных попыток – отравление медикаментами [1]. Региональные различия частоты самоубийств особенно выражены между западными и восточными регионами страны [7, 14, 15].

Данные эпидемиологических исследований.

В 2002 году в Украине было проведено первое дескриптивное эпидемиологическое исследование в рамках программы ВОЗ «Психическое здоровье в мире, 2000» (World Mental Health-2000-WMH, 2000). Изучалась распространенность тревожных и аффективных расстройств, алкогольной зависимости и суицидального поведения в различных регионах Украины и ее взаимосвязь с демографическими, гендерными и другими социально - экономическими факторами [9].

Это национальное репрезентативное эпидемиологическое исследование было проведено отделом эпидемиологии кафедры психиатрии Государственного университета Нью-Йорка в Стоун-Брук, Киевским международным институтом социологии и Ассоциацией психиатров Украины.

Были использованы следующие методики:

1. WMH – WHO версия CIDI – интервью.
2. Полное структурированное диагностическое интервью, включающее 4,5 тысячи вопросов.

3. Модифицированная версия полуструктурированного интервью для диагностики психических расстройств 1-й оси DSM-IV-TR (SCID для DSM-IV-TR).

Было проведено 4725 CIDI-интервью во всех областях Украины и 186 SCID – интервью в трех наиболее репрезентативных регионах страны: г. Киев и Киевская область, г. Донецк и Донецкая область, г. Львов и Львовская область.

В результате проведенных эпидемиологических исследований было выявлено, что распространенность суицидальных идей на протяжении жизни во всей выборке составила 8,2%. Этот уровень был гораздо выше у женщин (10,1%), чем у мужчин (5,8%).

12,7% украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения (идеи, планы, попытки) в течение жизни и 3% – в течение последних 12 месяцев. Причем, распространенность всех проявлений суицидального поведения у женщин была почти в 2 раза выше, чем у мужчин (табл. 1). Было выявлено также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения, только 25,1% (18,8% – мужчин и 28,0% женщин) обращались за медицинской помощью. 32,9% респондентов с суицидальными идеями имели план суицида, а в 21,6% тех, кто имел суицидальные идеи, совершали попытки суицида.

Средний возраст первого появления суицидальных идей и первых планов составил 30-35 лет как для женщин, так и для мужчин. Средний возраст первых попыток был несколько ниже для женщин (25,3 года), чем для мужчин (30,9 года). Для большинства планы и попытки суицида впервые проявились в том же году, что и первые суицидальные идеи (90% и 77% соответственно).

Были выявлены корреляции между местом проживания и распространенностью суицидального поведения. Наименьшая распространенность суицидального поведения была зафиксирована в Западных регионах Украины, наи-

высшая – в Юго-Восточных областях Украины (табл. 2).

На основании проведенных эпидемиологических исследований распространенности суицидального поведения, были выявлены следующие факторы риска суицидального поведения на протяжении жизни для жителей Украины:

- пол: женский;
- возраст: до 35 лет;
- предшествующие травматические события;
- психические расстройства в анамнезе у родителей, особенно алкоголизм;
- место жительства: не в Западном регионе Украины;
- образование: ниже высшего;
- семейное положение: не состоящие в браке;
- состояние здоровья: плохое и его ухудшение в течение последнего года;
- значительным фактором риска является наличие алкогольной зависимости, аффективных и тревожных расстройств.

Наличие коморбидных расстройств в прошлом сильно ассоциировалось с последующей суицидальностью населения. Сопутствующая алкогольная зависимость и перемежающееся эксплозивное расстройство вели к 10-кратному повышению риска суицидальных идей; сопутствующие депрессивные и тревожные расстройства – к 7-кратному повышению, а наличие двух и более классов расстройств – к 8-кратному.

У 56,1% респондентов с суицидальными идеями на протяжении жизни отмечались психические и поведенческие расстройства (преимущественно алкогольная зависимость, депрессивные и тревожные расстройства). У лиц без суицидальных идей – эти расстройства встречались в два раза реже (а 29,5%).

Следует отметить, что в проведенных эпидемиологических исследованиях было показано, что каждый третий житель Украины на протяжении жизни имеет признаки либо аффективных и тревожных расстройств, либо страдает от алкогольной зависимости.

Таблица 1

Распространённость суицидального поведения среди жителей Украины (по данным WMH-2000), в %

Категория	В течение жизни			На протяжении 12 месяцев		
	Идеи	Планы	Попытки	Идеи	Планы	Попытки
Мужчины	5,8*	1,5	1,3	1,1**	0,4	0,4
Женщины	10,1 *	3,5	2,2	2,3**	1,1	0,4
Всего:	8,2	2,7	1,8	1,8	0,8	0,4

Примечание: различия достоверно значимы – * $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Таблица 2

Распространенность суицидального поведения среди жителей различных регионов Украины
(по данным WMH-2000), в %

Регион	В течение жизни			На протяжении 12 месяцев		
	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
Запад	4,72*	4,20	5,13	0,91**	0,69	1,08
Север – Центр	8,96*	6,59	10,82*	2,47**	1,56	3,18
Юг – Восток	9,61*	6,07	12,64*	1,92**	1,25	2,49

Примечание: различия достоверно значимы – * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Распределение распространенности этих расстройств в различных регионах страны представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распространенность WMH-CIDI расстройств в различных регионах Украины в течение жизни, в %

Регион	Аффективные р-ва	Тревожные р-ва	Алкогольная зависимость
Украина	15,81	6,10	13,49
Запад	12,33	3,05	11,81
Центр (без Киева)	13,59	6,08	13,09
Киев	22,55	8,36	15,94
Восток	17,40	7,17	14,04

Получен ряд специфических для Украины данных. В отличие от других стран, где раздельное проживание и развод коррелируют с появлением суицидальных идей, в Украине таких взаимосвязей не выявлено. Выявлены не типичные корреляции: группа наивысшего риска суицидального поведения представлена молодыми взрослыми людьми в расцвете сил, женатыми, строящими карьеру и создающими семью. Не выявлено связи с повышенной суицидальностью у лиц, переживших экологические и техногенные (Чернобыль) катастрофы. Но выявлена ассоциация личных травм с суицидальными идеями. Выявлено отрицательное воздействие суицидальных идей на жизнедеятельность и частоту обращения за медицинской помощью.

Таким образом, анализ статистических данных, отражающих историческую динамику суицидальной смертности за тридцатилетний период и анализ данных эпидемиологических исследований, отражающих распространенность суицидального поведения (идеи, планы, попутки) среди жителей Украины, позволил получить более объективную картину суицидологической ситуации в стране, выявить специфические для Украины факторы суицидаль-

ного риска и создать региональные дифференцированные профилактические программы.

Литература:

1. Как нам уменьшить число суицидов в Украине / [Домбровская В.В., Розанов В.А., Юрьева Л.Н. и др.]. – Одесса, 2007. – 50 с. – (Проект междисциплинарной программы суицидальной превенции).
2. Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
3. Положий Б.С. Макросоциальные детерминанты частоты суицидов в России // Материалы съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 446-447.
4. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: [монография]. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
6. Юрьева Л.Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15, вип. 1 (50). – С. 34–36.
7. Юрьева Л.Н., Зинченко Е.Н., Юрьев А.Е. Динамика уровня самоубийств в Украине и ее региональные особенности // Психічне здоров'я. – 2010. – Випуск 2 (27). – С. 75–78.
8. Юрьева Л.Н., Юрьев А.Е. Динамика суицидальной смертности в Украине // Український вісник психоневрології. – 2012. – Том 20, вип. 3 (72). – С. 239.
9. Bromet E.J., Havenaar J.M., Tintle N., Kostyuchenko S., Kotov R., Gluzman S. // Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health Survey // Psychological Medicine. – 2007. – Vol. 37, № 6. – P. 807-819.
10. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide // Preventive strategies on suicide / R. Diekstra et al. (Eds.). Leiden : Brill, 1995. – P. 1-34.
11. Diekstra R.F.W. Suicide and parasuicide. A global perspective Suicide and Attempted Suicide. Risk Factors Management and Prevention. – London, 1991.
12. Kolves K., Varnik A., Tooding L.M., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36, № 7. – P. 923-930.
13. Kondrichin S.V., Lester D. Suicide in the Ukraine // Crisis. – 2002. – Vol. 23, № 1. – P. 32-33.

14. Kryzhanovskaya L., Pilyagina G. Suicidal Behavior in the Ukraine, 1988–1998 // *Crisis*. – 1999. – Vol. 20, № 4. – P. 184-190.
15. Mikhovikov A., Donets O. Suicide in the Ukraine: epidemiology, knowledge, and attitudes of the population // *Crisis*. – 1996. – Vol. 17, № 3. – P. 128-134.
16. UKRSTAT. 2010. Database of the State Statistics Committee of Ukraine (<http://www.ukrstat.gov.ua/>).
17. Varnik A., Kolves K., Vali M., Tooding L.M., Wasserman D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? // *Addiction*. – 2007. – Vol. 102, № 2. – P. 251-256.
18. Wasserman D., Varnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1998. – Vol. 94, Suppl. № 3. – P. 1-4.
19. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 89, Suppl. № 5. – P. 306-313.
20. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1998. – Vol. 94, Suppl. № 3. – P. 26-33.
21. Yur'yev A., Yur'yeva L., Varnik P., Varnik A. Risk and Protective Factors for suicide mortality in Ukraine // *Chinese Mental Health Journal*. – 2011. – Vol. 25, Suppl. 19. – P. 261.
22. Yur'eva L. Rural-Urban Variation in Suicide Rates // *Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: Social and Public Health Determinants A Foundation for Designing Interventions Summary of a Conference*. – 2013. – P. 54-64.
2. Nemcov A.V. Alkogol'naja istorija Rossii: Novejšij period. – M.: «LIBROKOM», 2009. – 320 s.
3. Polozhij B.S. Makrosocial'nye determinanty chastoty suicidov v Rossii // *Materialy s#ezda psihiatrov Rossii*. – M., 2005. – S. 446-447.
4. Jur'eva L.N. Istorija. Kul'tura. Psihicheskie i povedencheskie rasstrojstva. – K.: Sfera, 2002. – 314s.
5. Jur'eva L.N. Klinicheskaia suidologija: [monografi-ja]. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 472 s.
6. Jur'eva L.N. Suidologicheskaia situacija v Ukraine: realii i perspektivy // *Ukraïns'kij visnik psihonevrologii*. – 2007. – Tom 15, vyp. 1 (50). – S. 34–36.
7. Jur'eva L.N., Zinchenko E.N., Jur'ev A.E. Dinamika urovnja samoubijstv v Ukraine i ee regional'nye osobennosti // *Psihichne zdorov'ja*. – 2010. – Vipusk 2 (27). – S. 75–78.
8. Jur'eva L.N., Jur'ev A.E. Dinamika suicidal'noj smertnosti v Ukraine // *Ukraïns'kij visnik psihonevrologii*. – 2012. – Tom 20, vip. 3 (72). – S. 239.

SUICIDE IN UKRAINE: STATISTICS AND EPIDEMIOLOGY

*L.N. Yur'yeva, *A.E. Yur'yev***

*Dnipropetrovsk State Medical Academy,
Dnipropetrovsk, Ukraine

**Harlem Hospital Center, New York, USA

Article presents the analysis of statistical data, reflecting to the dynamics of suicide mortality in Ukraine during last 30 years (1981-2010). Four periods of historical dynamics of suicide mortality were separated. Analysis of epidemiologic data reflecting to prevalence of suicide behavior (ideation, plan and attempt) among residents of Ukraine was presented. Results introduce more objective picture of the problem of suicide mortality in Ukraine and discover country specific risk factors and facilitate regional suicide prevention programs.

Key words: dynamics of suicide mortality, prevalence of suicide behavior, epidemiology.

Транслитерация:

1. Kak nam umen'shit' chislo suicidov v Ukraine / [V.V. Dombrovskaja, V.A. Rozanov, L.N. Jur'eva i dr.]. – Odessa, 2007. – 50 s. – (Proekt mezhdisciplinarnoj programmy suicidal'noj prevencii).

УДК: 616.89–008.44

ТЕМПОРАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМОУБИЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX ВЕКА (на материалах Курской губернии)

С.В. Богданов

ФГАУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
г. Белгород, Россия

Контактная информация:

Богданов Сергей Викторович – доктор исторических наук. Место работы и должность: профессор кафедры истории ФГАУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».
Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (905) 677-64-09, e-mail: dr.bogdanov_sv@mail.ru

Показано, что динамика суицидальной активности населения Курской губернии на протяжении пореформенного периода (второй половины XIX века) характеризовалась постоянным увеличением количества умерших от самоубийств. Темпы роста и городского и сельского населения Курской губернии значительно опережали темпы ро-

ста числа самоубийств. Значительное преобладание мужчин, добровольно совершивших акт насилия над собой, над женщинами в этой губернии явилось достаточно типичным для губерний Европейской части России.

Ключевые слова: самоубийство, смертность от насильственных и внезапных причин.

Проблемы высокой смертности населения России от внешних причин продолжают фокусировать на себе внимание специалистов различных отраслей научного знания. Однако, не смотря на вполне очевидные успехи отечественных специалистов, отдельные аспекты исторической демографии продолжают быть слабо изученными. Одним из таких своеобразных «белых пятен» является выявление динамики, основных тенденций и особенностей одного из видов насильственной смертности среди населения Курской губернии в пореформенные десятилетия – самоубийств.

Справедливости ради необходимо напомнить, что отдельные проблемы насильственной смерти в Курской губернии получили свое отражение еще 1832 г. в одном из немногочисленных исследований, специально посвященных данной проблеме. Речь идет о докладе действительного члена Императорской Академии наук К.Ф. Германа «Изыскания о числах убийств и самоубийств в России в 1819-1820 годах, который был им озвучен в 1823 г. Однако тематика, затронутая в докладе, вызвала крайне негативную реакцию в правящих кругах. Поэтому вплоть до отмены крепостного права на пути научных исследований данных проблем «народной нравственности» стояли серьезные препятствия.

Кратко остановимся на структуре смертности населения Курской губернии в пореформенные десятилетия. В 1884 г. она распределилась следующим образом: более 95% умерло от естественных причин, около 2% пришлось на внешние причины и около 3% так и остались невыясненными.

В абсолютных цифрах основные причины смерти населения Курской губернии в 1884 г. выглядели следующим образом: от естественных причин умерло 92818 человек обоего пола, от ушибов, ран, замерзших и отравившихся – 1720 человек. Насильственно погибших (убийства и самоубийства) было зафиксировано 137 человек. При этом доля самоубийств в общем количестве насильственных смертей составила в этом году более половины – 56,9%.

В самой структуре смертности населения губернии от внешних причин сложилась следующая ситуация. Наибольшее количество погибших от данного вида причин смерти бы-

ло от ушибов, ран, падений и пр. – чуть более 81%. Затем шли отравления – около 8%, самоубийства – 4%. Число убитых и замерзших оказалось одинаковым – по 3%. В то же время, вряд ли эти цифры полностью отражают реально существовавшую в действительности ситуацию со смертностью населения Курской губернии в разрезе причин убыли населения. Дело в том, что фактически у 3% от общего количества умерших (2959 человек) причины смерти оказались невыясненными.

Безусловно, здесь могут возникать сомнения в полноте учета и правильной диагностике судебно-медицинских органов, прежде всего, фактов насильственной смерти, которая могла быть замаскирована под смерть от естественных причин. В то же время, по мнению полицейских статистов, цифры корректировки вряд ли существенно изменили бы общую картину причин смерти населения в губерниях Европейской части Российской империи.

Абсолютные показатели свидетельствуют о том, что на территории Курской губернии на протяжении практически двух с половиной десятилетий пореформенного развития постепенно увеличивалось количество погибших как от насильственных и внезапных причин смерти, так и в результате суицида. За период с 1870 по 1893 г. в Курской губернии 1430 человек свели счеты с жизнью. Таким образом, в среднем в год от данного вида насильственной смерти погибали около 60 человек. Сравнение по данному показателю с другими губерниями Европейской части Российской империи позволяет отнести данную губернию к разряду территорий со средним уровнем самоубийств.

Коэффициент смертности от самоубийств, в общем числе умерших насильственно и внезапно на протяжении исследуемого временного отрезка, в целом по губернии изменялся следующим образом: в 1870–1874 гг. он составил 9,0, в 1875–1887 гг. – 10,4, в 1888–1893 гг. – 10,5.

Итак, данный коэффициент на протяжении практически двух с половиной десятилетий в губернии, хотя постепенно и повышался, в то же время не подвергался значительным колебаниям. Об этом, в частности, свидетельствует динамика суицидальной активности населения Курской губернии в 1870-1893 годы.

Доля погибших от самоубийств в общем количестве погибших насильственно и внезапно в Курской губернии в пореформенные десятилетия была не столь значительной. Однако и число самоубийств, и их доля в общем количестве умерших от насильственных и внезапных причин в 1870–1893 гг. постоянно увеличивалась. Расчеты показывают, что в 1893 г. смертность населения в этом регионе от насильственных и внезапных причин увеличилась в сравнении с 1870 г. в 1,8 раза, от самоубийств – в 1,32 раза.

На протяжении всего рассматриваемого периода численность мужчин–самоубийц значительно превышала вклад женщин в этот вид смертности. Например, в 1870–1874 гг. среди всех покончивших жизнь самоубийством мужчин оказалось 81,8%, женщин – 18,2%; в 1875–1887 гг. мужчин – 73,8%, женщин – 26,2%; в 1888–1893 гг. мужчин – 68,3%, женщин – 31,7%. В то же время на протяжении этих практических двух с половиной десятилетий увеличивалась доля женщин в общем количестве покончивших жизнь самоубийством в Курской губернии.

Безусловно, данное явление явилось одним из противоречивых следствий масштабных социальных изменений, которые произошли в результате падения крепостного права в Российской империи и ускорившегося разрушения патриархальной семьи.

Итак, за 1871–1895 гг. количество погибших от самоубийств горожан в Курской губернии составило 249 человек, селян – 1181 человек. Количество погибших от самоубийств селян в этой губернии оказалось в 4,7 раза больше, чем горожан. Это отражало территориальное распределение и социальную стратификацию российской провинции второй половины XIX в., когда в сельской местности проживало более 85% населения страны. В то же время по количеству погибших от самоубийств в расчете на 100 умерших насильственно и внезапно жители городов опережали селян практически в два раза.

Выводы.

1. Динамика суицидальной активности населения Курской губернии на протяжении пореформенного периода характеризовалась постоянным увеличением количества умерших от данной причины. В то же время темпы роста и городского и сельского населения Курской

губернии значительно опережали темпы роста числа самоубийств.

2. Анализ статистики смертности населения в Курской губернии в исследуемый период свидетельствует о наличии около 3 тысяч скончавшихся в ежегодном исчислении, у которых причина смерти осталась неизвестной. Данное обстоятельство порождает сомнение в цифрах официальной статистики в отношении умерших насильственно и внезапно.

3. Значительное преобладание мужчин, добровольно совершивших акт насилия над собой, над женщинами в этой губернии явилось достаточно типичным для губерний Европейской части России.

Литература:

1. Рашин А.Г. Население России за 100 лет (1813–1913). Статистические очерки / Под ред. акад. С.Г. Струмилина. – М., 1956. – С. 44–45.
2. Розов Н.И. О наружном осмотре мертвых тел, производимых врачом по требованию полиции // Архив Судебной Медицины и общественной гигиены. – 1869. – № 1. – С. 81–83.

Транслитерация:

1. Rashin A.G. Naselenie Rossii za 100 let (1813–1913). Statisticheskie ocherki / Pod red. akad. S.G. Strumilina. M., 1956. – S. 44–45.
2. Rozov N.I. O naruzhnom osmotre mertvyh tel, proizvodimyh vrachom po trebovaniyu policii // Arhiv Sudebnoj Mediciny i obshhestvennoj gigieny. – 1869. – № 1. – S. 81–83.

TEMPORAL CHARACTERISTICS OF SUICIDE IN THE RUSSIAN PROVINCE IN THE SECOND HALF OF XIX CENTURY (BASED ON KURSK PROVINCE MATERIALS)

S.V. Bogdanov

Belgorod National Research University, Russia

It is shown that the dynamics of suicidal activity of the population of Kursk province during the post-reform period (the second half of XIX century) was characterized by a constant increase in the number of deaths from suicide. The pace of growth and the urban and rural population of the province of Kursk significantly outpaced the growth in the number of suicides. Significant predominance of men voluntarily committed an act of violence against oneself, against women in this province was fairly typical of the provinces of the European part of Russia.

Key words: suicide, mortality from violent and sudden causes

УДК: [616.89–008.441.41]+21

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕЛИГИОЗНОСТЬ (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей)

С.В. Лубсанова, А.А. Базаров

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» МЗ РФ, г. Улан-Удэ, Россия
Центр восточных рукописей и ксилографов ИМБТ СО РАН, г. Улан-Удэ, Россия

Контактная информация:

Лубсанова Светлана Викторовна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет».

Адрес: 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а. Телефон: (3012) 21-19-86, e-mail: lsv1972@mail.ru

Базаров Андрей Александрович – д.ф.н. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник Центра восточных рукописей и ксилографов Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН.

Адрес: 670047, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, д. 6, г. Улан-Удэ. E-mail: bazarow_andr@mail.ru

В статье представлены результаты изучения взаимосвязи религиозности и уровня безнадежности с суицидальным риском. Исследование проведено поэтапно, опрошены студенты бурятской и русской национальностей. Полученные результаты позволяют говорить о наличии разнонаправленной корреляционной связи между религиозностью и уровнем безнадежности у молодежи разной конфессиональной принадлежности.

Ключевые слова: суицид, религиозность, безнадежность.

Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения [6, 13]. По определению ВОЗ критическим уровнем суицидальной активности является уровень суицидов 20 случаев на 100 тыс. населения.

По данным Федеральной службы государственной статистики Республика Бурятия находится на 6 месте в России по количеству завершённых суицидов, превышая «критический» порог ВОЗ в 3-4 раза [5, 24, 26]. Предположительно в 10-20 раз большее количество людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на шестое место среди причин потери трудоспособности в мире. По данным мониторинга суицидальных попыток в 2012 году в Республике Бурятия было зарегистрировано 102 попытки на 100000 населения. При этом около 40% парасуицидентов – лица молодого возраста, от 15 до 25 лет.

В связи с такой выраженностью аутоагрессивной активности среди молодежи, а также социально-экономической значимостью данного возраста, вопрос об изучении факторов риска, компенсаторных механизмов является весьма актуальным [7].

Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества специалистов разного профиля в единую превентивную

стратегию, т.к. суицид – это феномен полифакторный, и включает в процесс своего формирования биологические, социальные, личностные, психологические и другие компоненты [4, 8, 9, 13, 28].

Оценивая суицидальное поведение можно говорить о нескольких основных теориях: социальной, биологической, психологической и интегративной.

Социальная концепция суицида была предложена в начале 20 века Э. Дюркгеймом, который рассматривал суицид как меру социальной интегрированности человека, степени связи индивида с частью общества [14].

Биологическая теория связывает суицидальное поведение преимущественно с генетической предрасположенностью к данному типу поведения, т.е. отмечают повышенную частоту суицидов в определенных семьях.

В психологической теории (Фрейд З., Меннингер К.) подчеркивается роль агрессии, направленной на себя [21].

Интегративная теория предполагает наличие детерминант суицидального поведения, т.е. иерархического соотношения предрасполагающих факторов (детерминанты 1, 2 и 3 ранга) [13, 24].

Мы исходим из теоретических предположений проф. А.Г. Амбрумовой, согласно которым, суицид представляет собой один из вариантов поведенческих реакций человека (независимо от наличия психического расстройства)

в состоянии психологической дезадаптации, проявляющихся широкой гаммой переживаний, как психологически понятных, так и патологических [1, 2]. Следует отметить, что понятия социально - психологической адаптации и дезадаптации в применении к суициду как единичного явления, остаются незыблемыми. Эта концепция вобрала в себя социальные и личностные категории, факторы внутренней и внешней среды, их ролевое значение в формировании суицидального поведения. То есть суицид рассматривается как определенное сочетание факторов риска и пусковых факторов. К основным факторам риска принято относить социально - демографические, биографические, медицинские, индивидуально - психологические и др. К социально-демографическим факторам суицидального риска относят: пол, возраст, профессиональный статус, семейное положение и религию. При этом большинство авторов считают, что уровень суицидов выше среди атеистов, по сравнению с верующими, а среди основных конфессий максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение [15, 25, 27]. Религиозность относится к социально-демографическим факторам, а если говорить точнее, к социально-политическим, т.е. тем факторам, которые вполне определены, регулируются и наиболее подвижны при проведении законодательно обоснованных мероприятий.

Российская религиоведческая наука накопила достаточно много материала для обоснования такого сложного и актуального феномена как религиозность [10, 22, 29]. Тем не менее, споры вокруг ее теоретической и эмпирической интерпретации не закончены. Один из сложных вопросов в изучении религиозности – это определение ее критериев. Следует различать две концепции, к которым могут быть сведены различные варианты критериев религиозности: классическая и постклассическая.

Классическая концепция определения религиозности основана на исключительно стороннем, объективированном взгляде на религию. Исследователи, работающие в рамках данного подхода, выделяют два принципиальных момента для определения религиозности. Во-первых, практическое подтверждение религиозной позиции субъекта, выражающееся в регулярных культовых действиях (посещение храма, соблюдение постов и пр.). Во-вторых, приверженцы этой концепции говорят о ком-

плекности критерия религиозности, выражающейся в строгом соблюдении канонической чистоты и полноты образа действий и образа мысли, предписываемого той или иной религиозной традицией. Религиозная самоидентификация в данной концепции не играет роли, так как она не предполагает, что данный человек разделяет соответствующие религиозные верования и следует религиозным практикам.

Постклассическая концепция акцентирует внимание на особенностях конкретной религии. Это достигается совмещением классического объективированного подхода и подхода интроспективного, предполагающего взгляд с позиций верующего данной религии. Основным критерием религиозности в данном случае является религиозная самоидентификация личности. То есть если человек причисляет себя к православным, то мы как исследователи должны считать его членом Православной Церкви. Более того, для определения себя человеку не обязательно быть «религиозно грамотным».

Нам представляется наиболее интересным изучение этнокультурального (религиозного) признака у активной в суицидальном плане возрастной группы (молодой возраст), так как по данным ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ коренные национальности финно-угорской, монголоидной групп имеют большую предрасположенность к реализации суицидального поведения [27]. Вопрос влияния этнокультуральных факторов на суицидальное поведение населения республики Бурятия остается недостаточно изученным.

В связи с этим, целью проведенной работы является: определение характера взаимосвязи религиозности и степени выраженности тревожно-депрессивных состояний как основы развития суицидального поведения.

Материал и методы исследования.

Исследование проведено среди лиц молодого возраста бурятской и русской национальности (средний возраст – $19,7 \pm 0,2$ лет).

Согласно статистическим данным, население республики Бурятия с учетом этнического фактора состоит из русских (66,1%), бурят (29,5%) и прочих национальностей (4,4%). В отчетных формах мониторинга суицидальных попыток нет данных, отражающих национальную принадлежность суицидентов. Поэтому при проведении исследования была взята случайная выборка испытуемых.

Для достижения цели исследования на базе медицинского факультета Бурятского государственного университета и Центра восточных рукописей и ксилографов ИМБТ СО РАН был разработан комплексный опросник, состоящий из трёх блоков. Первый – социально - демографический, включает 10 вопросов о гендерной, возрастной, национальной, религиозной принадлежности, социальном происхождении и т.д.). Второй блок содержит вопросы, определяющие уровень религиозности (11 вопросов). Третий блок оценивает уровень религиозной осведомленности (6 вопросов).

На формирование первого и второго блока данного опросника повлияли методические разработки ряда современных исследований в области социальной психологии и социологии религии [10, 22, 29]. При разработке третьего блока были задействованы предварительные социо-источниковедческие исследования, в ходе которых было изучено содержание популярных буддийских текстов на тибетском и монгольском языках, распространенных среди бурят до первой четверти XX века, а также связанных с суицидальным поведением внутри буддизма [29]. Выделение именно буддийской составляющей в формировании третьего блока было продиктовано рядом авторитетных заявлений ведущих психиатров страны [26].

Учитывая условие обязательного комплексного исследования суицидального поведения, помимо опросника религиозности были дополнительно использованы шкала депрессии Бека и шкала тревожности Спилбергера.

Обработка данных производилась с использованием MS Excel 9.0

Результаты и обсуждение.

На первом этапе исследования было опрошено 63 студента 3 курса медицинского и восточного факультетов Бурятского государственного университета. Расчет средних значений позволил получить следующие результаты:

– уровень религиозности составил 25,5 баллов, что соответствует показателю «ниже среднего» (из 5 определенных уровней);

– уровень религиозной осведомленности – 13,2 балла, соответствует уровню «выше среднего»;

– уровень ситуационной тревожности (шкала Спилбергера) – 37,9 баллов (умеренный уровень);

– личностная тревога (шкала Спилбергера) – 41,5 баллов (умеренный уровень);

– уровень депрессии по шкале Бека – 9,2 балла – отсутствие депрессивной симптоматики.

Оценка патопсихологических данных была соотнесена и подтверждена клинической оценкой респондентов.

Таким образом, данный этап работы позволил распределить полученные баллы по религиозности (2 блок) по 5 уровням (низкий – 11-21 балл; ниже среднего – 22-27 баллов; средний – 28-35 баллов; выше среднего – 36-43 балла; высокий – 44-50 баллов). Кроме этого был определен уровень тревожно - депрессивной симптоматики в данной возрастной группе. Полученные результаты послужили поводом для последующих внесений изменений при проведении дальнейших этапов исследования.

Большая часть респондентов отмечала излишнюю длительность процедуры тестирования. В связи с чем в программу исследования нами были внесены, с учетом теоретической обоснованности [28], следующие изменения: шкала депрессии Бека и шкала тревоги Спилбергера были заменены на шкалу безнадежности Бека, так как по мнению некоторых авторов безнадежность представляет собой депрессивное восприятие реальности и «собственного Я» и будущих перспектив в негативно окрашенных, негативных тонах, то есть объединяет в себе характеристики и тревоги. Также, по данным некоторых исследователей, риск развития суицида коррелирует не с выраженностью собственно депрессивных проявлений, а с выраженностью безнадежности. Кроме этого сокращение времени тестирования может благоприятно отразиться на качестве и достоверности процедуры тестирования.

Опросник религиозности также был подвергнут исправлениям. Для дальнейшей работы учитывался только второй блок, определяющий религиозность и не содержащий вопросов о религиозной осведомленности.

Следующий этап охватил 104 респондента (молодые люди бурятской и русской национальности). Из них лиц титульной нации было 76 человек (58 девушек и 18 мужчин), а молодежи русской национальности – 28 человек (20 девушек и 8 мужчин). Обе группы были сопоставимы по возрасту. Всем испытуемым был предъявлен опросник религиозности и шкала безнадежности Бека. Полученные результаты были подвергнуты корреляционному анализу.

При оценке полученных данных было отмечено, что у молодежи бурятской националь-

ности существует отрицательная корреляционная связь между показателем безнадежности и степенью выраженности религиозности. Коэффициент корреляции равен $-0,347$, при $R_{крит}=0,308$; $p \leq 0,01$.

У русской молодежи, наоборот, не было достоверной отрицательной корреляции между уровнем безнадежности и степенью выраженности религиозности. Коэффициент корреляции равен $0,232$, при $R_{крит} = 0,381$; $p \leq 0,05$.

Если рассматривать девушек и молодых людей обеих групп, то отрицательная корреляционная связь обнаружена только у мужчин бурятской национальности. Коэффициент корреляции составляет $-0,5103$, при $R_{крит} = 0,606$; $p \leq 0,01$.

Таким образом, полученные в исследовании результаты свидетельствуют в пользу обратной корреляционной зависимости между уровнем безнадежности и степенью религиозности среди молодежи бурятской национальности. Другими словами, следование бурятским религиозным традициям, обрядам, канонам и т.п. нельзя однозначно относить к факторам повышенной суицидальной готовности. Высокие показатели распространенности самоубийств в этой популяции, вероятно, следует искать среди других негативных психологических, психосоциальных и биологических факторах, что требует дополнительных исследований.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14-20.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 1978. – С. 6-28.
3. Анискин Д.Б. Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Сб. научных трудов. – М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1996. – С. 13-16.
4. Биркин А.А., Войцех В.Ф., Закондырина В.А., Кучер А.А. Профилактика суицидального поведения. – Мурманск, 2004. – 77 с.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
6. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22-27.
7. Войцех В.Ф. К проблеме деструктивного поведения молодежи и методам профилактики // Проблемы современной молодежи. Материалы Всероссийской конференции. – С-Пб, 2002. – С. 25-26.
8. Войцех В.Ф. К проблеме суицидального поведения // Материалы 13 Съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 312-313.
9. Гальцев Е.В. Критерии серьезности суицидальной попытки в плане прогнозирования суицидального риска // Материалы 14 Съезда психиатров России. – 2005. – С. 436-437.
10. Граджа В.И. Социология религии – М., 2005.
11. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18-49.
12. Данилова М.Б., Елисеев М.Б., Постовалова Л.И. Некоторые социально-клинические характеристики группы высокого суицидального риска. // В сб.: Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 171-184.
13. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник российской АМН. – 2006. – № 8. – С. 18-22.
14. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – С-Пб.: Союз, 1998. – 493 с.
15. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб-Диалект, 2004 – 479 с.
16. Ефремов В.С., Точилон В.А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. Материалы конференции. – СПб., 2000. – С. 158-162.
17. Козлов А.Б. Сравнительный демографический анализ контингента лиц, совершивших суицидальную попытку // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 27-30.
18. Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – Том 10, № 5. – С. 95-102.
19. Конончук Н.В. О суицидальных попытках при депрессиях // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Том 90, вып. 4. – С. 76-80.
20. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение. – Смоленск, 2000. – 155 с.
21. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: "ЭКСПО-Пресс", 2000. – 480 с.
22. Мягков И.Ф. и др. Психологический анализ уровня индивидуальной религиозности // Психологический журнал. – 1996. – Том 17, № 6. – С. 120-122.
23. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и практики. – Спб.: ВМедА, 2007. – 528 с.
24. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 16-17.
25. Положий Б.С. Культурные аспекты психического здоровья населения России // Материалы XII съезда психиатров России. – Москва, 1995. – С. 102-103.

26. Положий Б.С. Этнокультуральный аспект суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 76-79.
27. Семке В.Я. Новые импульсы к развитию этнокультурального направления в психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 3-8.
28. Сокович Н.А. Суицидальное поведение: профилактика и коррекция: учебно-методическое пособие: ГУО «Академия последипломного образования». – Минск: АПО, 2011 – 138 с.
29. Цыдендамбаева Б.Н., Базаров А.А. Буддийская каноническая литература о суициде (числовые матрицы) // Мир буддийской культуры – 2011. Чита-Агинское. – С. 71-76.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G. Psihologija samoubijstva // Social'naja i kliničeskaja psihiatrija. – 1996. – № 4. – S. 14-20.
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid, kak fenomen social'no-psihiologičeskoj dezadap-tacii ličnosti // Aktual'nye problemy sui-cidologii. Tr. Moskovskogo NII psihiatrii MZ RF. – M., 1978. – S. 6-28.
3. Aniskin D.B. Social'no-psihiatricheskie aspekty problemy samoubijstv v Rossii // Social'naja i sudebnaja psihiatrija: istorija i sovremennost'. Sb. nauchnyh trudov. – M.: RIO GNCS i SP im. V.P. Serbskogo, 1996. – S. 13-16.
4. Birkin A.A., Vojceh V.F., Zakondyrina V.A., Kucher A.A. Profilaktika suicidal'nogo povedenija. – Murmansk, 2004. – 77 s.
5. Vojceh V.F. Kliničeskaja suicidologija. – M.: Mikhlosh, 2007. – 280 s.
6. Vojceh V.F. Dinamika i struktura samo-ubijstv v Rossii // Social'naja i kliničeskaja psihiatrija. – 2006. – № 3. – S. 22-27.
7. Vojceh V.F. K probleme destruktivnogo povedenija molodezhi i metodam profilaktiki // Problemy sovremennoj molodezhi. Materialy Vserossijskoj konferencii. – S-Pb, 2002. – S. 25-26.
8. Vojceh V.F. K probleme suicidal'nogo povedenija // Materialy 13 S#ezda psihiatrov Rossii. – M., 2000. – S. 312-313.
9. Gal'cev E.V. Kriterii ser'eznosti suicidal'-noj popytki v plane prognozirovaniya sui-cidal'nogo riska // Materialy 14 S#ezda psihiatrov Rossii. – 2005. – S. 436-437.
10. Garadzha V.I. Sociologija religii – M., 2005.
11. Garanjan N.G., Holmogorova A.B., Judeeva T.Ju. Perfekcionizm, depressija i trevoga // Moskovskij psihoterapevtičeskij zhurnal. – 2001. – № 4. – S. 18-49.
12. Danilova M.B., Eliseev M.B., Postovalova L.I. Nekotorye social'no-kliničeskie harakteristiki grupy vysokogo suicidal'nogo riska. // V sb.: Aktual'nye problemy suicidologii. – M., 1978. – S. 171-184.
13. Dmitrieva T.B., Polozhij B.S. Social'nye i kliničeskie problemy suicidologii v sisteme mer po snizheniju prezhdvremennoj smertnosti i uveličeniju prodolzhitel'nosti zhizni naselenija // Vestnik rossijskoj AMN. – 2006. – № 8. – S. 18-22.
14. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologičeskij jetjud. – S-Pb.: Sojuz, 1998. – 493 s.
15. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb-Dialekt, 2004 – 479 s.
16. Efremov V.S., Tochilov V.A. Depressija i sui-cid // Sovremennye podhody k diagnostike i lečeniju nervnyh i psihičeskikh zabojevanij. Materialy konferencii. – SPb., 2000. – S. 158-162.
17. Kozlov A.B. Sravnitel'nyj demografičeskij analiz kontingenta lic, sovershivshih sui-cidal'nyju popytku // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2007. – № 4. – S. 27-30.
18. Kononchuk N.V. O psihologičeskom smysle suicidov // Psihiologičeskij zhurnal. – 1989. – Tom 10, № 5. – S. 95-102.
19. Kononchuk N.V. O suicidal'nyh popytkah pri depressijah // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1990. – Tom 90, vyp. 4. – S. 76-80.
20. Lapickij M.A., Vaulin S.V. Suicidal'noe povedenie. – Smolensk, 2000. – 155 s.
21. Menninger K. Vojna s samim soboj. – M.: "JeKSPo-Press", 2000. – 480 s.
22. Mjagkov I.F. i dr. Psihiologičeskij analiz urovnja individual'noj religioznosti // Psihiologičeskij zhurnal. – 1996. – Tom 17, № 6. – S. 120-122.
23. Nechiporenko V.V., Shamrej V.K. Suicidologija: voprosy kliniki, diagnostiki i praktiki. – Spb.: VMedA, 2007. – 528 s.
24. Polozhij B.S. Suicidal'naja situacija v so-vremennoj Rossii // Profilaktika zabojevanij i ukreplenie zdorov'ja. – 2007. – № 5. – С. 16-17.
25. Polozhij B.S. Kul'turnye aspekty psihičeskogo zdorov'ja naselenija Rossii // Materialy XII s#ezda psihiatrov Rossii. – Moskva, 1995. – S. 102-103.
26. Polozhij B.S. Jetnokul'tural'nyj aspekt sui-cidal'nogo povedenija // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. – № 3. – S. 76-79.
27. Semke V.Ja. Novye impul'sy k razvitiju jetnokul'tural'nogo napravlenija v psihiatrii // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. – № 3. – S. 3-8.
28. Sokovich N.A. Suicidal'noe povedenie: profilaktika i korekcija: uchebno-metodičeskoe posobie: GUO «Akademija poslediplomnogo obrazovanija». – Minsk: APO, 2011 – 138 s.
29. Cydenambaeva B.N., Bazarov A.A. Buddijskaja kanoničeskaja literatura o suicide (chislovye matrici) // Mir buddijskoj kul'tury – 2011. Chita-Aginskoe. – S. 71-76.

SUICIDAL BEHAVIOR AND RELIGIOSITY
(FOR EXAMPLE, YOUNG PEOPLE BURYAT
AND RUSSIAN NATIONALITIES)

S.V. Lubsanova, A. A. Bazarov

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia
Center of Oriental manuscripts and block-prints IMBTS
RAS, Ulan-Ude, Russia

The results of the study of the relationship of religion and the level of hopelessness and suicidal risk. The study was conducted in stages, interviewed students Buryat and Russian nationalities. The results suggest that there is multidirectional correlation between religiosity and the level of hopelessness among young people of different confessional affiliation.

Key words: suicide, religion, hopelessness

Исследование проведено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 11-16-03002 а/Т «Медико-социальный аспект суицидального поведения молодежи Бурятии»

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция печатного периодического научно-практического журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.
8. Другие близкие темы.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru

В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале, *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице статьи указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы.

Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единицы измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru