

Суицидология №2 2011

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

И.Н. Габсалямов (Тюмень)

О.Д. Жевелик
(Нижевартовск)

К.Ю. Ретюнский
(Екатеринбург)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

Н.Б. Семенова (Красноярск)

С.М. Уманский (Тюмень)

В.Л. Юлдашев (Уфа)

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

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

ISSN 2224-1264

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

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А,
оф. 201, 202

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

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

Заказ № 186 Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 29.09.11 г.
Цена свободная

При перепечатке
материалов ссылка на журнал
"Суицидология" обязательна

Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов

Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»,
г. Тюмень, Володарского, 45
Телефон: (3452) 46-90-03

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

Содержание

- С.И. Ворошилин*
Расстройства половой идентификации
и суицидальное поведение 3
- Н.Б. Семенова*
Особенности эмоциональной сферы коренной молодежи
Севера как фактор риска суицидального поведения 11
- К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов*
Психологические защиты от страха смерти у людей
с разным опытом суицидального поведения 14
- С.О. Кузнецова, А.А. Абрамова*
Гендерные особенности проявлений косвенной агрессии .. 15
- Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина*
К проблеме агрессивного поведения
в детско-подростковом возрасте 18
- Р.М. Масагутов, В.А. Юлдашев*
Факторы риска и распространенность агрессивного
поведения детей в общей популяции (на примере г. Уфы) ... 20
- Н.Г. Церковникова*
Психологические особенности личности подростка,
склонного к суицидальному поведению 25
- Т.П. Злова, А.Н. Ишимбаева, В.В. Ахметова*
Социально-психологические особенности
незавершенных суицидов у детей и подростков
(Забайкальский край, г. Чита) 27
- О.П. Ворсина*
Суицидальные попытки детей и подростков в г. Иркутске .. 28
- Т.Д. Азарных*
Суицидальные идеации у студентов 29
- Л.М. Бардеништейн, Г.А. Алешикина,
Я.М. Славгородский, А.Г. Крупкин*
К проблеме суицидов при острых и преходящих
психотических расстройствах..... 31
- Т.Г. Опенко, М.Г. Чухрова*
Самоубийство как многофакторное явление: системный
анализ на примере популяции Новосибирска 32
- Е.В. Бачило, Ю.Б. Барыльник, А.А. Антонова*
Влияние некоторых относительных факторов риска
суицидального поведения на суицидальную активность
населения Саратовской области 38

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

| | |
|---|---|
| <i>Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева</i> Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России как научно-доказательное обоснование развития программ превенции суицидов 41 | <i>А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, И.Н. Михайличенко, Л.А. Сазонова</i> Развитие кризисной помощи и проблемы при ее оказании (на опыте работы суицидологической службы г. Омска) 47 |
| <i>О.А. Гильбурд, Е.А. Глотова</i> Полинаркотоксикомания как фактор суицидального риска 43 | <i>А.Ф. Давыденко, Н.Б. Семенова, Ю.Н. Щеглова, Е.Е. Долгушина, Е.С. Коцарева, М.Н. Кузьмина, О.В. Тропина, Г.Р. Гайнутдинова</i> Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 48 |
| <i>С.А. Серкова, Е.Н. Бычков, Л.А. Арсентьева, В.Б. Бородулин</i> Суицидальное поведение у больных наркологическими расстройствами на территории Саратовской области в 2000-2007 годах 44 | <i>Б.Ю. Приленский, Е.В. Родяшин, А.В. Приленская</i> Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения 49 |
| <i>А.А. Лучина</i> Роль СМИ в формировании суицидальной настроенности молодежи и ее превенции 45 | <i>Е.В. Вальздорф</i> Судебно-психиатрическая экспертиза как процедура для выявления нефатальных суицидентов среди подозреваемых и обвиняемых 51 |

Contents

| | |
|--|--|
| <i>S.I. Voroshilin</i> Gender identity disorders and suicidal behavior . 3 | <i>E.V. Bachilo, J.B. Baryluk, A.A. Antonova</i> Influence of some relative risk factors for suicide suicidal activity of population Saratov 38 |
| <i>N.B. Semyonova</i> Features of emotional of native youth of the north as a risk factor for suicide 11 | <i>E.B. Lyubov, M.V. Morev, O.I. Falaleeva</i> The social and economic burden associated with suicide mortality in Russia as a science based evidence for development of suicide prevention programs 41 |
| <i>K. Chistopolskaya, S. Enikolopov</i> Psychological defenses against the fear of death in people with various suicidal experiences 14 | <i>O.A. Gilburd, E.A. Glotova</i> Polynarcototoxicomania as a factor in suicide risk 43 |
| <i>S.O. Kuznetsova, A.A. Abramova</i> Gender-specific manifestations of indirect aggression 15 | <i>S.A. Serkova, Eu.N. Bychkov, L.A. Arsentieva, V.B. Borodulin</i> Connection of narcological disorders prevalence with suicide number in Saratov region in the period 2000-2007..... 44 |
| <i>G. Butorin, N. Butorina</i> About the problem of aggressive behaviour at children and adolescents 18 | <i>A.A. Luchina</i> Role of mass media in suicidal predisposition genesis and its prevention 45 |
| <i>R.M. Masagutov, V.L. Yuldashev</i> Risk factors and distribution of child aggres- sive behavior in the general population (for example, Ufa)..... 20 | <i>A.I. Cheperin, O. Stepanov, I.N. Mickle, L.A. Sazonov</i> The development of crisis care and problems with its delivery (on the experience of suicidal service Omsk) 47 |
| <i>N.G. Tserkovnikova</i> Psychological features of the person of the teenager inclined to suicide behavior 25 | <i>A.F. Davydenko, N.B. Semenova, Yu.N. Shcheglova, E.E. Dolgushina, E.S. Kotsareva, M.N. Kuzmina, O.V. Tropina, G.R. Gainutdinova</i> Organization of the "Hotline" office in the structure of the Krasnoyarsk Territorial Psychoneurological Clinic № 1..... 48 |
| <i>T.P. Zlova, A.N. Ishimbaeva, V.V. Akhmetova</i> Socially-psychological features of incomplete suicides at children and teenagers (Transbaikalian edge, Chita) 27 | <i>B.Y. Prilensky, E.V. Rodyashin, A.V. Prilenskaya</i> Integrative approach in psychotherapy of suicidal behavior 49 |
| <i>O.P. Vorsina</i> Suicidal attempts of children and adolescents in Irkutsk 28 | <i>E.V. Valzdorf</i> Psychiatric examination of procedures for identifying as nonfatal suicide among sus- pects and defendants 51 |
| <i>T.D. Azarnyh</i> Suicidal ideation among students 29 | |
| <i>L.M. Bardenstein, G.A. Aleshkina, Y.M. Slavgorodsky, A.G. Krupkin</i> The problem of suicide in patients with acute psychoses 31 | |
| <i>T.G. Openko, M.G. Chukhrova</i> Suicide as multifactorial phenomenon: system analysis by example of Novosibirsk population 32 | |

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

E-mail автора: voros04@gmail.com

В числе психологических и микросоциальных факторов, выступающих в качестве факторов, способствующих стремлению к самоубийству, упоминаются, хотя и относительно редко, сексуальные и гендерные переживаниями. Часто сами факторы, связанные с сексуальными проблемами, могут не упоминаться в качестве причины суицида, поскольку в качестве пускового фактора, непосредственно определяющего суицидальное поведение, обычно отмечаются семейные конфликты, сниженное настроение, вызванное неприятием человека в обществе, потеря работы, за которыми исходно могут стоять конфликты сексуального характера. Особенно тяжелыми являются переживания, обусловленные расстройствами половой идентификации.

Понятие об этих расстройствах сформировалось лишь в середине прошлого века. До этого они терялись в группе нарушений, которые мы в настоящее время рассматриваем как три различные группы расстройств, включающие собственно расстройства половой идентификации, расстройства половой ориентации и фетишистский трансвестизм, входящий в группу расстройств сексуальных предпочтений. При этом большинство людей видело в этом расстройстве, в первую очередь, стремление к переодеванию в одежду другого пола (трансвестизм), а также несоответствующее нормальному человеку половое влечение к лицам своего пола (гомосексуализм). Такое поведение практически во всех культурах рассматривалось как ненормальное, развратное, а с позиций верований и религий, как греховное, хотя в различных культурах отношение к нему было различным.

Длительное время пол человека рассматривался как едва ли не самое инвариантное свойство человека, определенное при рождении генетическими факторами и физиологическими механизмами. Человек может не видеть себя принадлежащим к определенной национальности, сословию, профессии, семье, но не может не рассматривать себя как человека определенного пола. При этом аксиомой считалось, что между анатомическими и генетическими признаками пола и его психологическими проявлениями, а именно самоидентификацией принадлежности индивидуума к своему анатомическому полу и его сексуальным влечением к лицу другого пола,

всегда имеется определенное соответствие. Считалось, что человек с мужскими признаками автоматически чувствует себя мужчиной и имеет сексуальное влечение к женщине (и наоборот).

Однако оказалось, что не всегда можно точно определить пол по его морфологическим проявлениям, в том числе по наружным и внутренним половым органам. Были обнаружены феномены гермафродитизма, истинного и ложного [8]. Цитогенетические исследования показали, что наблюдаются случаи, когда у человека с нормальным мужским генотипом (по половым хромосомам) формируются внешние женские половые признаки, и индивидуум вырастает с психологией женщины, выходит замуж и обнаруживает свою мужскую генетическую природу лишь при случайном цитогенетическом исследовании. В течение многих лет таких «женщин», показывавших выдающиеся спортивные результаты, дисквалифицировали, и лишь недавно этот порядок был частично отменен. Более того, были обнаружены индивидуумы как мужского, так и женского пола, у которых генетический пол оказалось невозможно определить, так как у них в организме обнаруживались клетки обоих полов (с набором половых хромосом XX, XY) [8]. У них также обнаруживались клетки с аномальными наборами половых хромосом, характерных как для мужчин (XXY, XXXY), так и для женщин (XXX, X0). У некоторых из них формировались половые железы обоих полов как, например, у женщины имелся с одной стороны яичник, а в большой губе с другой стороны – семенник.

Но самым неожиданным оказалось установление факта, что у лиц с полностью нормальным развитием внутренних и внешних половых признаков определенного пола может отсутствовать признание себя личностью, принадлежащей к этому полу, а иметь место самоидентификация себя человеком другого пола. Степень выраженности этих переживаний у различных людей была различной, и могла иметь проявления различной выраженности – от желания иногда надевать на себя одежду желаемого пола (трансвестизм) до стремления полностью сменить пол [1, 10]. Желание сменить пол могло появиться только во второй половине XX века, поскольку до этого такая возможность просто отсутствовала.

Также обнаружилось, что наблюдающееся с древних времен и достаточно распространенное половое влечение к лицам своего пола (гомосексуализм, лесбийская любовь) также не связано определенным образом ни с набором половых хромосом, ни с анатомическим строением половых органов, ни с самоидентификацией своего пола.

Оказалось, что определение пола является более сложным явлением, чем полагалось ранее. Можно выделить три компонента признаков, определяющих пол: 1) биологические: пол генетический; пол гонадный; пол гормональный; пол морфологический; 2) психологические: половая аутоидентификация, направленность полового влечения; 3) социальные: пол гражданский; пол паспортный. И не всегда при установлении половой принадлежности легко решить, какие из этих компонент являются доминирующими [6].

Расстройства половой идентификации в целом в населении воспринимаются негативно, в первую очередь, с позиций моральной оценки особенностей поведения лиц с этими расстройствами в обществе. Это негативное восприятие обусловлено тем, что лица с такими расстройствами оказываются нарушителями одних из главных табу человеческого поведения. Во всех культурах половое поведение относится к числу тех, социальная регуляция которых через заповеди и табу всегда подвергалось жесткой регуляции, хотя степень выраженности негативного отношения в разных культурах и народах различны. Пол и возраст всегда в наибольшей степени определяли положение человека в обществе. При этом отношение к категории пола у различных народов было не одинаковым. Оно могло зависеть от возраста и рода занятий. При этом смена рода занятий могла приводить к переводу человека в другой пол.

Хотя феномены аномальной половой идентификации достаточно редки и привлекли к себе внимание лишь в последние десятилетия, исторические свидетельства и этнографические исследования показывают, что у многих народов и культур прошлого и настоящего обнаруживались лица, половая принадлежность и половое поведение которых отличаются от общепринятого [12].

Так еще в древнем Шумере культ богини Инанны (аккадской Иштар, фригийской, древнегреческой Кибелы) – «Великой Матери Богов» требовал, чтобы его служителями были только оскотленные мужчины. Каждый год, в конце марта, люди посвящали себя Кибеле, оскотляя себя или друг друга в оргиастическом экстазе перед её изваяниями. Оскотленные посвящали себя служению Богине и до конца жизни обязаны были носить женские одежды и украшения,

занимаясь храмовой гомосексуальной проституцией [6, 12]. Евнухами были также жрецы Артемиды Эфесской, Астарты.

Шаманы у многих народов Севера Азии (Северной Сибири) считались принадлежащими к женскому полу. У многих народов Юго-Восточной Азии помимо мужского и женского пола выделялся и выделяется третий пол. Обычно это были мужчины, ведущие женский образ жизни. Таковы и в настоящее время Akava'ine на островах Кука, Vaschá в Бухаре, Самарканде, Иране, Афганистане, Transpinau на Филиппины, Kõçek в Турции, Fakaleiti на островах Тонга), Fa'afafine на островах Самоа, Femminiello в Неаполе, Galli в древнем Риме, Hijra в Индии, Пакистане, Бангладеш, Kathoeу в Таиланде, Acault и Meinmasha в Бирме, Meti в Непале, Maknyah в Малайзии, Sworn virgin (женщины, поклявшиеся оставаться девственницами) в Албании и Черногории, Takatāpui у Маори в Новой Зеландии, Waria, Wanita Pria в Индонезии, Khanith, Khaneeth, Xanith, Mukhannath или Khuntha в Омане), Futanari в Японии, бердачи у индейцев Северной Америки. Наиболее многочисленны и известны из приведенного списка катое таиланда, хиджры Индии и Пакистана и бердачи индейцев Северной Америки.

Катой, катое (kathoeу) – название «третьего пола» в Таиланде, состоящего из мужчин, сменивших пол на женский (транссексуалов), и мужчин, принимающих женский облик поведением и переодеванием (трансвеститов). Представители катой называются в Таиланде также «другой тип женщин» (sao /или phuying/ praphet song), или «третий пол» (phet thee sam). Катое распознаются в раннем возрасте, и их «третий пол» считается врожденным качеством. Они работают обычно на женских работах – в магазинах, кофейнях, ресторанах, салонах красоты, в туристских центрах, в индустрии развлечений, где они танцуют, выступают в кабаре, а также занимаются проституцией. Обычно катоями были мужчины, которые носили женскую одежду и исполняли в семье женские обязанности. Одним из мотивов такого перехода в женский пол было то, что такие мужчины, как более сильные, могли вносить больший вклад в ведение в семье домашнего хозяйства.

Хиджра (Hijras, Hijaras) – трансвеститы-евнухи в Индии, Бангладеш и Пакистане, которые одеваются и ведут себя как женщины, называют себя женским именем, но не относят себя ни к одному полу. Многие из них добровольно становятся евнухами, считая, что с кровью при кастрации из них выходит все мужское начало. Они служат Великой Богине Матери (Bahuchara Mata) и занимаются культовой гомосексуальной проституцией, вследствие чего общество отвер-

гает их, из-за чего они образуют в Индии одну из каст неприкасаемых. Численность хиджр по разным оценкам составляет от 50 тысяч до 5 миллионов человек. Хиджры имеют культовый статус. На празднествах (свадьбах, рождениях детей) они поют и танцуют, требуя вознаграждение за благословение и угрожая, в противном случае, наложить проклятие.

У североамериканских индейцев, чукчей и алеутов важное место в жизни играют Бердаче (berdache) или «люди с двумя душами» (англ. twin-spirit) – люди третьего пола. Это мальчики, юноши, мужчины, воспитанные семьей как девочки, обладающие женской внешностью, одевающиеся в женское платье, выполняющие традиционно женские хозяйственные функции. Они могут вступать в гомосексуальные связи с мужчинами, но часть из них ведёт гетеросексуальный образ жизни. Berdaches выполняют, главным образом, церемониальные и культовые социальные функции. Этот феномен зафиксирован у 113 племён, живущих в Северной Америке, у чукчей, алеутов, а также у индонезийских даяков, в африканском племени баконго. Berdaches часто становятся шаманами.

В некоторых племенах Африки (масаи, нанди, нуба), у австралийских аборигенов и ряда других народностей обряд инициации включает временное ритуальное превращение мальчика в женщину с переодеванием его в женскую одежду. В племени суто в мужское платье обряжают иницируемых девочек. У африканской народности азанде имеется традиция выдавать замуж мальчиков в возрасте 12-20 лет, которые обязаны вести домашнее хозяйство и выполнять все женские работы в доме «мужа». Он также выполняет роль жены и в сексуальном отношении. После достижения социальной зрелости он покидает своего «мужа» и становится воином [11].

В современной психиатрии проводится четкое разграничение между двумя формами расстройств половой идентификации – трансвестизмом и транссексуализмом.

Термин «трансвестизм», точнее «трансвестизм двойной роли» или «трансролевое поведение» (F64.1 в МКБ-10), применяется для описания поведения человека, который по тем или иным причинам переодевается в одежду противоположного пола с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания постоянного изменения пола. При этом переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением, что характерно для фетишистского трансвестизма (F65.1), относящегося к расстройствам половых предпочтений. При фетишистском трансвестизме переодевание может сочетаться с разглядыванием себя в зеркале,

мастурбацией, гетеросексуальным коитусом, причем, после получения сексуальной «разрядки» одежда-фетиш снимается [9].

Для народов, исповедующих христианство и иудаизм, является недопустимым даже ношение одежды другого пола. В основе этого лежал библейский запрет. В пятой книге Моисея (22:5) было сказано: «На женщине не должно быть мужской одежды, и мужчины не должны одеваться в женское платье, ибо мерзок пред Господом Богом твоим, всякий делающий сие» [2]. В послании апостола Павла сказано: «...если бы мужи не уподобились блудливым женщинам, и облачились в одежды их, и не ходили бы [так] открыто по городским улицам и торжищам» и «потому предал их Бог постыдным страстям: женщины заменили естественное употребление противоестественным; подобно и мужчины, оставив естественное употребление женского пола, разжигались похотью друг на друга, мужчины на мужчинах делая срам и получая в самих себе должное возмездие за свое заблуждение» (Римлянам, 1:26-27) [2].

В Европе в Средние века женщину за ношение мужской одежды могли приговорить к сожжению на костре, наравне с ведьмами и еретиками (в частности, одним из обвинений Жанне д'Арк, приведших к ее сожжению, было систематическое ношение ею мужской одежды). В Англии с 1317 по 1789 г. прошло 73 процесса, осудивших на сожжение за содомию. К содомии церковь относил любые запрещенные «непроизводящие потомство» сексуальные сношения, вплоть до орального, анального секса и мастурбации, но в первую очередь гомосексуализм и скотоложество. Но чаще наказаниями были штрафы. Так, в Венеции с 1443 года было запрещено мужчинам под угрозой крупного денежного штрафа и тюремного заключения, появляться на улицах в женском платье.

К концу XIX века сформировалось представление, что стремление к ношению одежды другого пола должно рассматриваться как психическое расстройство. В настоящее время этот вид расстройства включен в группу расстройств половой идентификации, описываемый в МКБ-10 в разделе F64, включающую два расстройства: трансвестизм двойной роли и транссексуализм. Первоначально их не различали, замечая более бросающийся в глаза внешний признак таких лиц – переодевание в одежду другого пола. Часть случаев относят к расстройству половых предпочтений – трансвестистскому фетишизму.

Психологические побуждения, определяющие ношение одежды противоположного пола, различны. Одни люди получали кратковременное удовольствие от переодевания, развлекаю-

шее их, у других возникает сексуальное удовлетворение, третьи при этом чувствуют себя человеком другого пола.

Переодевание на карнавалах и на сцене европейское общество принимало как допустимое, по крайней мере, с XVIII века. В XIX веке в ряде стран отмечались случаи, когда переодевались в мужскую одежду женщины, желавшие принять участие в военных действиях, как Наталья Дурова в России в войне 1812 г. Большое число таких женщин было описано в США во время войны Севера и Юга (Мэри Скабелли, Сара Эдмондс и др.). Только в армии Конфедератов их было около 250, а в Армии Северян – порядка 750 человек [3]. Все они участвовали в войне, скрывая свой пол в мужской одежде, под чужими именами.

В Европе в XIX веке практиковали ношение брюк отдельные экстравагантные женщины, как Жорж Санд во Франции или Амелия Блумер, редактор феминистского журнала "Лили" в Англии. Во Франции ношение брюк женщинами было запрещено Наполеоном I. Лишь в конце века было разрешено их носить при верховой езде и при езде на велосипеде. В XX веке ношение брюк женщинами стало широко допускаться в спорте, в связи с работой в промышленности или в армии. С 1964 г. мода на ношение женщинами брюк стала общепринятой. Но в СССР женщины в брюках не допускались в помещения обкомов КПСС до самого конца СССР в 1991 г. Кстати, почти в том же году (в 1990) женщина конгрессмен Сьюзан Молилари впервые пришла в брюках на заседание конгресса США и произнесла речь. Нетерпимо относится к женским брюкам до настоящего времени Русская Православная Церковь, как и ряд других конфессий. В то же время любые попытки ношения женской одежды мужчинами в Европе рассматривались и раньше, и теперь как извращенное поведение, за исключением ношения шотландской юбки «килт» в Англии. В последние годы дома мод все чаще выставляют в порядке экспериментов варианты мужской одежды с юбками различной длины. Но общественное мнение не принимает эти предложения.

Стремление к переодеванию в одежду противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения рассматривается как расстройство сексуального предпочтения – «фетишистский трансвестизм». К тем, кто получает от переодевания не сексуальное удовлетворение, применяется термин «трансвестизм двойной роли». Оба расстройства в настоящее время обнаруживаются почти исключительно у мужчин, поскольку женский трансвестизм, при допустимости ношения женщинами брюк, трудно опознать.

По некоторым данным от 20 до 30% всех мужчин переодеваются в женскую одежду хотя бы раз в жизни. Трансвестизм рассматривают как разновидность мужского сексуального поведения, такую же как использование порнографии, мастурбации, и, в большинстве случаев, он не имеет никакого отношения к проблемам половой идентичности. Гиперсексуальные мужчины, надевая части одежды другого пола, могут испытывать повышенное возбуждение и получать от этого удовольствие. В США от 2 до 3% всех мужчин постоянно применяет практику переодевания, делая это, как правило, в одиночестве, или специализированных клубах для кросдрессеров [10]. Но встречаются люди с той или иной степенью трансгендерности, которые используют переодевание (кросдрессинг) как средство ослабить стрессовые состояния и депрессии. Сексуальное наслаждение в данном случае играет вторичную роль. Таких людей, не руководствующихся исключительно трансвеститскими побуждениями, иногда называют кросдрессерами. Иногда кросдрессеры, особенно те, у которых трансгендерность достаточно сильно выражена, переодеваются не только в клубах и дома, но и на улице, и даже на работе, носят женскую одежду 24 часа в сутки. Но это обычно те кросдрессеры, которые начинают осознавать себя как трансгендерных женщин [10].

В США выделяли категорию «Drag Queens» (аббревиатура от "Dressed As Girl" – "Одетый как девушка"), к которым относили гомосексуалистов, которые переодевались женщинами для забавы и, посещая бары и клубы, выступали там, веселя публику. Они ощущали себя настоящими мужчинами, и их не привлекала идея смены пола [10].

Но наиболее серьезным расстройством половой идентификации, часто являющимся причиной суицида, является стремление к смене пола, определяемое как транссексуализм.

Впервые четко разделил трансвестизм и транссексуализм в 1928 г. Эллис, который в работе «Исследования психологии сексуальности» выделил две группы: в первую группу он отнес людей, одевающихся как противоположный пол, а во вторую группу - людей, относящих себя к противоположному полу. В 1949 г., Колдуэлл и Бенджамин (Caldwell, Benjamin G.) предложили термин "психопатия транссексуализма", включавший всех лиц с расстройством идентификации. В 1953 году Бенджамин провел разграничение между "транссексуализмом" и «трансвестизмом». В 1966 г. в его монографии "Феномен транссексуализма" было описано 152 наблюдения транссексуалов, причем у 51 из них были выполнены операции по смене пола в Дании, Голландии, Швеции, Мексике, США и Ма-

рокко. В СССР операция по смене пола была впервые выполнена в Риге в 1970 году доктором В.К. Калнберзом [1]. Его пациента выполненная операция спасла от самоубийства.

Транссексуализм является крайней формой неудовлетворённости своим полом, когда человек полностью рассматривает себя как лицо противоположного пола. Пациент при этом переживает дисфорию по поводу неудовлетворённости своим полом, что нередко приводит к депрессии, деструктивному, самоубийственному поведению. Нередко отмечаются случаи самокастрации, часто обусловленные невозможностью иным путем получить необходимые документы для законной смены пола. Транссексуалы в настоящее время стремятся к получению гормонального и хирургического лечения с целью приведения своих первичных и вторичных половых признаков в соответствие с полом, с которым они себя идентифицируют. Лицо с транссексуализмом испытывает желание жить и быть принятым обществом в качестве лица противоположного пола, что сочетается с желанием анатомического изменения своего тела, чтобы оно как можно более соответствовало избранному социальному полу.

Транссексуализм встречается во всех этнических группах и не зависит от культурных, интеллектуальных и прочих различий. Распространенность его среди мужчин, по данным разных сексопатологов, варьирует от 1:37000 до 1:100000 человек, частота среди женщин – 1:130000 [6]. Мужчин-транссексуалов больше, чем женщин. В Германии общее число взрослых транссексуалов оценено в пределах 2000-4000 (на 82 млн.), т.е. 1-2:41000. В Голландии транссексуализм наблюдается у 1 из 12000 биологических мужчин и у 1 из 30400 биологических женщин. Число выявленных транссексуалов в США достигает 700 тыс. (0,3%). Некоторые авторы считают, что частота их еще выше: 1 на 11000 мальчиков и 1 на 25000 женщин. По мнению Дж. Банкрофта и А. Оффита, частота транссексуалов изначально в 4 раза больше и достигает 1:3000 среди мальчиков, так как 2 из 4-х совершают самоубийства в подростковом и молодом возрасте, а еще один отказывается от "борьбы за свой пол", смиряется со своим паспортным полом [1, 6].

Соотношение между мужчинами и женщинами колеблется от 2:1 до 8:1. В странах, в которых информация о транссексуализме известна населению, выражают желание изменить свой пол хирургическим путем 1 из 30000 мужчин и 1 из 100000 женщин. Средний возраст обращения к врачам с этой целью составляет у мужчин 23-24 года, у женщин – 25 лет.

По данным литературы и МКБ-10, расстройства половой идентификации появляются до начала пубертата, уже с 4-5-летнего возраста, и характеризуются постоянной интенсивной неудовлетворённостью по поводу своего пола вместе с настойчивым желанием принадлежать (или даже убежденностью в принадлежности) к противоположному полу [1, 6, 7, 9]. Такие дети проявляют интерес к одежде и занятиям, свойственным другому полу, они отказываются от поведения и одежды, присущих своему биологическому полу, могут проявлять негативное отношение к своим наружным половым признакам. Мальчики могут заявлять, что «когда они вырастут, то превратятся в женщину», а их половой член и яички исчезнут. Девочки, напротив, выражают надежду, что у них имеется или вырастет половой член, что у них не будет молочных желез и менструаций. Они отказываются мочиться в сидячем положении.

Мальчики имеют сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек. Их любимыми игрушками являются куклы женского пола. Партнёрами их игр чаще всего оказываются девочки. В связи с таким поведением в период обучения ребёнка в младших классах школы возникает общественный остракизм в форме унижительных насмешек со стороны других мальчиков, достигающий максимума в среднем школьном возрасте. Девочки обычно подвергаются социальному остракизму в меньшей степени, чем мальчики, хотя тоже могут страдать от насмешек в позднем детстве или юности.

97% школьников и студентов первых курсов, обнаруживающих признаки расстройств половой идентификации и ориентации, сталкиваются с «гомофобным» отношением сверстников, а 53% таких школьников и студентов сталкиваются с «гомофобным» отношением педагогов. 80% из них страдают от тотального одиночества.

Подростки-транссексуалы мужского пола испытывают чувство, что их половой член и яички им омерзительны, что для них было бы лучше, если бы их не было. Поэтому некоторые перевязывают или прибинтовывают к промежности половой член с помощью повязок. У юношей-транссексуалов наблюдаются случаи самооскопления – ампутации полового члена или полной кастрации – удаления и пениса, и яичек.

С подросткового возраста отмечается рост числа суицидов среди транссексуалов. Количество самоубийств среди транссексуалов (вместе с гомосексуалистами) превышает число суицидов среди гетеросексуалов в 40-100 раз [1, 6]. При этом статистика фиксирует не все летальные исходы, причиной которой является

гомосексуальность или транссексуальность. При «ядерных» вариантах транссексуализма высока вероятность совершения попыток самоубийства из-за того, что жить для них человеком «другого пола» невыносима. У них часто бывают затяжные депрессии. По данным В.М. Маслова, у 60% мужчин и у 23% женщин с транссексуализмом возникают мысли о самоубийстве. Реализуют их 20% мужчин и 8% женщин. Подавляющее число всех самоубийств среди гомосексуалов и трансгендеров совершаются в возрасте 16-21 года.

По мнению Джона Банкрофта, число самоубийств и суицидальных попыток за шесть подростковых лет, с 13 до 19 лет, составляет 100 самоубийств и 700 покушений на самоубийство на 100000 человек этого возраста. За эти 6 лет из жизни добровольно уходят столько же человек, сколько за 50 следующих лет жизни. По данным скандинавских исследователей, 8 из 10 транссексуалов и трансвеститов заканчивают жизнь суицидом. По данным Фридемманна Пфаффа, 54,8% мужчин и 46,5% женщин из числа транссексуалов предпринимали одну или несколько суицидальных попыток перед лечением или в его процессе. Таким образом, суицидальное поведение является одной из основных проблем транссексуализма.

Примерно каждый четвертый молодой суицидент на протяжении нескольких лет проявлял отчетливые признаки транссексуализма: интерес к девичьим играм и занятиям, попытки носить женскую одежду. В связи с чем подвергался насмешкам, критике, остракизму и физической агрессии. В предсмертных записках эти подростки (16-17 лет) прямо или косвенно мотивировали свой уход из жизни конфликтами с ближайшим окружением именно по этим причинам.

Особенностью течения транссексуализма в РФ является высокая отягощенность суицидальным поведением, которое отмечается у 86,4% пациентов, и связано с репрессивной половой моралью и общественной агрессией в отношении лиц с сексуальными отклонениями. По мнению А.О. Бухановского (1999), практически можно говорить о социальной дискриминации лиц, страдающих транссексуализмом. Типичные реакции на транссексуализм, с которыми транссексуалы сталкиваются, это: непонимание, вплоть до отрицания этого феномена – 87,6%; осуждение, вплоть до презрения – 78,1%; удивление – 75,1%; директивное принуждение и пресечение, вплоть до административного и физического воздействия и побоев – 27,9%; табуирование, вплоть до запретов и изгнания из трудового или учебного коллектива, неформальной группы, гостиниц, самолетов и прочее – 37,2%. Суицидальное поведение при транссексуализме

отражает неразрешимый характер, возникших в связи с дисгармонией личности, противоречий. О.А. Бухановским показано на материале 541 больных с транссексуализмом, что у всех больных специфические транссексуальные конфликты создают суицидальную готовность и выступают причиной возникновения суицидального поведения [4]. Различные его проявления отмечены у 86,4% больных, что подчёркивает экстремальный характер транссексуализма. В.А. Тихоненко (1978) и А.Г. Амбрумова с соавт. (1980) показали, что суицидальное поведение у транссексуалов было формой разрешения конфликтов путем самоустранения и самоуничтожения, что свидетельствует об экстремальном характере этого расстройства.

В настоящее время наиболее радикальной мерой по профилактике суицидов и иных проблем транссексуалов является приведение биологического и паспортного пола в соответствие с полом психическим, т.е. смена пола, или частичная – с использованием только гормонов, или полная – с применением хирургии. Первая операция по смене пола была проведена в 1930 году на датском художнике Эйнаре Вегенере, которому были пересажены яичники женщины. Он был доволен результатами операции, но умер в 1931 году. Но систематическое оперативное лечение транссексуализма началось в 1950-е годы, и связано было, в первую очередь, с американским хирургом (германского происхождения) Гарри Бенджамином.

Смена мужского пола на женский обозначается как MtF, смена женского пола на мужской как FtM, Стоимость в Таиланде составляет для MtF 7200 – 12600\$, для FtM – 15100 – 18600\$ (17).

Полная схема медицинской помощи транссексуалам включает следующие этапы:

- 1) психиатрический;
- 2) эндокринологический (пациенты приобретают черты желаемого пола гормонами);
- 3) хирургический (проводится коррекция черт лица, удаляется кадык у MtF, кастрация);
- 4) реконструктивный (производится пластика наружных половых органов);
- 5) эстетической коррекции;
- 6) косметический;
- 7) социально-бытовой адаптации.

Последний этап сравнивают с адаптацией эмигранта и жизни в другой стране, включающей освоение манер поведения и обычаев. Оно включает освоение умения носить одежду, обувь, манеру говорить и двигаться, общаться и т.п. В большинстве случаев транссексуалы удовлетворены результатами перехода. Для многих трудности, связанные с отсутствием опыта как жить в качестве лица другого пола, часто носят

временный характер и преодолеваются в пределах года после хирургической смены пола. Утверждается, что менее 1% сожалеют о переменах. Среди прошедших через оперативную коррекцию отмечается меньше 1% самоубийств.

Дисфория по причине транссексуализма у нераскрывшегося транссексуала может наблюдаться в течение всей жизни вплоть до глубокой старости, и, следовательно, создавать опасность совершения суицида на протяжении всей жизни [15]. В настоящее время все чаще описывают случаи смены пола в пожилом возрасте.

Заключительным этапом трансформации пола являются реконструктивные операции на наружных половых органах, которые обычно проводят после двух лет испытательного срока у лиц прошедших и продолжающих гормональную терапию. В этот период транссексуальные лица открыто ведут образ жизни в соответствии со своим новым полом, учатся вести себя соответствующим образом, официально получают новое имя, новые свидетельства о рождении и водительские права [4]. Операции по смене пола носят необратимый характер, хотя при желании, в принципе, возможно проведение операции в обратном направлении, с худшим результатом. Российский опыт также показывает, что единственно приемлемой для пациентов формой разрешения транссексуальных конфликтов является приведение биологического и паспортного пола в соответствие с полом психическим. Эта возможность реализуется в постепенно консолидирующееся убеждение о необходимости изменения гражданского и телесного пола. Именно появление данного убеждения знаменует собой апогей формирования транссексуала и максимальную степень выраженности симптома отвергания пола – возникновение транссексуальной установки на изменение пола [4].

Однако при оперативном лечении не всегда достигается желаемый результат. Если искусственное влагалище может давать своему владельцу практически полный набор сексуальных ощущений, то эрекция искусственно сформированного полового члена добиваются с помощью имплантированных в него механических приспособлений, а возможность эякуляции в настоящее время исключается. Поэтому у лиц, перенесших операцию, не всегда наблюдается достижение удовлетворения, получения ожидаемого эффекта, не всегда наблюдается получение состояния эмоционального комфорта и иных положительных психологических изменений. Некоторые работы показали, что у 8 из 13 пациентов через 12 лет после формирования искусственного влагалища не произошло психологического улучшения, они продолжали пребывать в эго-дистонном состоянии [14]. Лишь у трети

пациентов влагалище функционировало надлежащим образом, принося им ожидаемое удовлетворение. До 20% мужчин транссексуалов MtF, подвергшихся операции, в последующем сожалел об окончательной смене пола [16]. Чаще неудовлетворённость полученными результатами наблюдалась среди лиц более старшего возраста. В то же время женщины транссексуалы FtM, получившие в результате операции признаки наружных мужских половых органов, чаще были довольны достигнутыми результатами, хотя и не все. Так, в выборке FtM, 44% пациентов после смены своего пола на мужской воздерживались от сексуальной активности; 19% были сексуально активными, но не использовали созданный пластической операцией фаллос для получения сексуального удовольствия. И лишь 37% были сексуально активными, использовали в сексе свой фаллос, получая от этого удовлетворение [13]. Таким образом, транссексуальная хирургия не решает проблемы во всех случаях.

Ряд исследований показал, что психотерапия может быть эффективной для многих пациентов, особенно с вторичной дисфорией, поскольку в формировании транссексуализма существенное место занимают психологические факторы [6]. Имеются сообщения об успешном лечении транссексуалов психотерапевтическими методами с сохранением биологического пола [6]. По данным Пфаффлина, результаты хирургии у MtF были удовлетворительными или хорошими лишь в 56% случаев, у FtM оценка косметических результатов редукции молочных желёз и фаллопластики оказалась неудовлетворительной в 50% случаев.

В связи со сменой пола MtF возникла новая половая группа, так называемых shemale (dick-girls или ladyboys). Это транссексуалы, прошедшие и продолжающие гормональную терапию, которая изменила их облик и придала им облик лица желаемого пола, но не подвергнувшиеся оперативному вмешательству на половых органах ради изменения пола. Они представляют собой мужчин, изменивших свою внешность с помощью гормонов и операций на лице, удаливших кадык, но не удаливших мужские половые органы. В секс-бизнесе (особенно в Таиланде) на них возник особый спрос, поскольку они, как проститутки, способны удовлетворять как бисексуальных, так и пресыщенных гетеросексуальных партнеров, ищущих приключений. Мужчины, посещающие Таиланд в рамках сексуального туризма, отмечают, что таиландские шимейл выглядят привлекательнее (женственнее), чем таиландские женщины проститутки. Существование шимейл породило обилие эротической и порнографической продукции, представленной наборами фото и видео шимейл оде-

тых и не одетых. При этом большое распространение имеют видеоклипы с изображением мастурбирующих шимейл, имеющих женский облик. Истинные транссексуалы относятся к ним враждебно и не считают их настоящими трансгендерами.

В добавление к обычным шимейл появилась еще одна группа – кастрированные шимейл (castrated shemales, shemales with no balls). Эту группу составляют шимейл, которые решили не подвергать себя дорогостоящей операции пластики женских органов. При этом они желают снизить дозу гормонов, которые они вынуждены принимать, чтобы ограничить ущерб здоровью, который приносят высокие дозы тестостерона. Некоторые из них сохраняют после этого способность заниматься проституцией.

И, наконец, некоторое место среди эротической и порнографической продукции занимают фотографии, видеоклипы и рассказы нормальных гетеросексуальных мужчин, которые добровольно подвергли себя кастрации. Мотивы здесь встречаются различные. Наблюдаются случаи кастрации по религиозным мотивам, продолжающие традиции сектантов «скопцов». Описываются в самоотчетах случаи, когда мужчины желают совершить кастрацию, чтобы избавиться от чрезмерного полового влечения, в том числе имеющего характер патологического и чреватого привлечением к уголовной ответственности (при педофилии). Утверждается, что некоторые проводят кастрацию в немолодом возрасте по настоянию жены, чтобы прекратить случайные связи на стороне, а также для продления долголетия (имеется мнение, что кастрация удлиняет жизнь мужчины на 15 лет).

Но смена пола (полная или частичная) не решает полностью всех проблем, поскольку после смены пола возникают новые проблемы, связанные с потерей прежних социальных связей и адаптацией к жизни в новой для них среде. И многое зависит от того, насколько они будут восприниматься окружающими представителями желаемого пола, от конкурентоспособности в поиске жизненного партнера. Для многих единственной сферой, где они находят себя, становится проституция. Возможно, мы еще не видим заключительных глав драмы, переживаемой транссексуалами, совершившими полный «переход» в другой пол, поскольку большинство из них еще не достигли пожилого и старческого возраста. Но в некоторых самоотчетах таких лиц отмечаются переживания, связанные с завершением молодости, с потерей привлекательности того пола, к которому они стремились, особенно у MtF, которые начинают утрачивать женскую привлекательность. Это особенно тяжело для тех, кто все же не нашел для себя иной социаль-

ной ниши, кроме проституции, а в этой области не смог подняться до роли организаторов сексбизнеса. В этой социальной подгруппе («разочарованных» транссексуалов) также можно ожидать возрождение суицидальных настроений. Кроме того, у этих лиц должна усиливаться социальная изоляция, неудовлетворенность своим положением в обществе, для которого они всегда будут оставаться чужаками, аутсайдерами.

Оригинальная точка зрения была высказана в 1995 году Хаусманом, который высказал мнение, что само появление специфической «транссексуальной идентичности» – явление новейшего времени, обусловленное успехами медицины, и, в частности, доступностью информации о возможности коррекции пола, в том числе гормонотерапией и операциями. Он поставит под сомнение само существование транссексуалов как явления, считая транссексуальность искусственным, ятрогенным феноменом, и задаёт вопрос о правомерности названия транссексуалами людей с гендерной дисфорией, живших до 1940-х годов, когда информация о возможности гормонально-хирургической коррекции пола ещё не была доступна [18].

Однако следует иметь в виду, что в настоящее время борьба транссексуалов за свои права, гарантированные им Декларацией ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности от 18 декабря 2008 г., которая принята в РФ, достигает большой степени накала [5]. Наблюдаемое до сих пор непонимание официальными органами положение транссексуалов, создание на пути их стремления к смене пола дополнительных препятствий, усиливает, протестные настроения среди них, порождает дополнительные психические конфликты. Вероятно, следовало бы облегчить получение ими возможности и права прохождения обратимых этапов смены пола с тем, чтобы, в случае разочарования предоставить им возможность остановки процесса или даже в какой-то степени возвращению в первоначальное состояние.

Таким образом, контингент транссексуалов, в связи с его повышенной суицидальностью, требует специфической сексологической и психологической помощи, и вопрос о переходах MtF и FtM должен решаться с предельной осторожностью и индивидуальным подходом. Для некоторых транссексуалов, возможно, было бы достаточно ограничиться психотерапевтической помощью, умеренным трансвеститским поведением, не совершая изменения своего пола. Большинство потенциальных трансгендеров в прошлом адаптировались к жизни именно таким образом. Но в современных условиях, когда реальна смена пола, большая часть из них будут избирать путь смены пола, со всеми его нега-

тивными последствиями. Идеальным решением проблем лиц с транссексуализмом было бы нахождение метода медикаментозного воздействия на патогенетические механизмы формирования сексуальной идентификации, с осуществлением их коррекции без изменения пола.

Литература:

- Белкин А. Третий пол. Судьбы пасынков Природы. М.: Изд. Олимп, 2000. – 432 с.
- Библия. М.: Российское Библейское общество, 2008. – 928 с.
- Блэнтон Ди Энн Женщины-солдаты на Гражданской войне. BLANTON, Dee Anne «Women Soldiers in the Civil War» in NARA: Prologue. Spring 1993. <http://america-xix.org.ru/library/blanton/>
- Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация // Материалы научно-практической конференции психиатров Юга России (с международным и Всероссийским участием), 21-23 декабря 1999 г.; Ростов-на-Дону, Россия.
- Декларация ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности. UN Declaration on Sexual Orientation and Gender Identity // "General Assembly: 70th and 71st plenary meeting, morning session, 18 dec. 2008.
- Дерягин Г.Б. Криминальная сексология. М.: МосУ МВД России, Щит-М, 2008. – 552 с.
- Котогонова В. Транссексуалы и организация семейной жизни // Семейные узы: Модели для сборки: Сборник статей. Кн. 1. Сост. и редактор С. Ушакин. - М.: Новое литературное обозрение, 2004. – 632 с.
- Либерман Л.Л. Врожденные нарушения полового развития. Л.: Медицина, 1966. – 231 с.
- Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х. – 1999. 232 с.
- Веб-страница Линн Конвей (Lynn Conway): <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/conway.html>
- Evans-Pritchard E.E. Sexual inversion among the Azande // Am. Anthropol. – 1970. – Vol. 72. – P. 1428-1434.
- Gender Reversals and Gender Cultures: Anthropological and Historical Perspectives // Ed. By Sabrina Petra Ramet. Routledge (December 12, 1996). – 256 p.
- Leavitt F., Berger J. Clinical patterns among male transsexual candidates with erotic interest in males // Arch. Sex. Behav. – 1990. – Oct. – Vol. 19, № 5. – P. 491-505.
- Lindemalm G., D.Korlin D., Uddenberg N. Long-term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals // Arch. Sex. Behav. – 1986. – Vol.15. – P. 187-210.
- Lothstein L.M. The aging gender dysphoria (transsexual) patient // Arch. Sex. Behav. – 1979. – Sep. – Vol. 8, № 5. – P. 431-444.
- Sorenson T. A follow-up study of operated transsexual males // Acta Psychiatrica Scand. – 1981. – Vol. 63. – P. 486-503.
- Сайт Destinaion Beauty: www.destinationbeauty.ru/smena-pola/s-zhenskogo-na-muzhskoy.html
- Hausman, B. L. Changing Sex: Transsexualism, technology and idea of gender. Durham, NC: Duke University Press, 1995. – 116 p.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

С.И. Ворошилин

Уральская ГМА, г. Екатеринбург

Частота суицидов у лиц с расстройствами половой идентификации превышает нормальный уровень в 40-100 раз. Трансформация пола решает не все психологические проблемы транссексуалов, в силу чего они нередко совершают суициды. Необходима целенаправленная психотерапия и осторожность при решении вопроса о смене пола.

Ключевые слова: половая идентификация, суицид, суицидальное поведение.

GENDER IDENTITY DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekaterinburg

The frequency of suicide in people with gender identity disorders than the normal level at 40-100. The transformation of sex does not solve all psychological problems of them, and transgender people also commit suicide. A targeted therapy and caution in deciding on a sex change is necessary.

Keywords: gender identity, suicide, suicidal behavior.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ КОРЕННОЙ МОЛОДЕЖИ СЕВЕРА КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.Б. Семенова

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

E-mail автора: rsimprn@scn.ru

Проблема суицидов, особенно среди детей и подростков, является весьма актуальной для России.

Россия занимает 3 место в мире по частоте суицидов среди подростков с показателем 23,6 на 100 000 населения, в то время как среднемировой показатель самоубийств в данной возрастной группе составляет 7,4 на 100000.

Распространенность суицидов в Российской Федерации представлена весьма неравномерно, что обусловлено территориальными пространствами страны, особенностями хозяйственного развития регионов, многообразием климатогеографических и этнокультуральных различий вследствие многонациональности народонаселения. Именно в национальных субъектах РФ по-

казатель суицидов значительно превышает средний показатель по стране. Наиболее высокий уровень самоубийств среди детей и подростков регистрируется в республике Тыва (РТ), республике Саха–Якутия (РС(Я)) и в Бурятии. По данным Росстата, в 2009 г. показатель распространенности самоубийств среди подростков 10-14 лет на 100 000 населения составил в РТ – 15,6, в РС(Я) – 13,4, в Бурятии – 12,6. Еще выше данный показатель среди молодежи 15-19 лет: в республике Тыва он составляет 120,6 на 100 000, в Бурятии – 86,6 на 100 тысяч, в республике Саха (Якутия) – 74,2 на 100000. Для примера, в социально благополучном регионе, к которому относится Москва и Московская область, данный показатель составляет – 4,4 на 100 тысяч.

В настоящее время в качестве причин самоубийств рассматривается множество факторов риска, как социальных так и биологических. Несомненно, что среди причин высокой суицидальной активности коренной молодежи Севера и Сибири, наряду с социальными факторами риска, следует рассматривать этнические особенности эмоциональной сферы и особенности эмоционального реагирования в стрессовых ситуациях.

Цель исследования: изучение особенностей эмоциональной сферы и эмоционального реагирования в стрессовых ситуациях у коренной молодежи Севера, как одной из предпосылок суицидального поведения.

Материал и методы:

Обследованы выпускники общеобразовательных школ, проживающие на севере республики Саха (Якутия). Всего обследовано 163 человека, из них 122 коренных старшеклассника (70 девушек и 52 юноши) и 41 пришлых старшеклассников (22 девушки и 19 юношей). Диагностика эмоциональной сферы проводилась по методике «Самооценка психических состояний» с определением уровня тревожности, фрустрированности, агрессии и личностной ригидности. Самооценка личности определялась по шкале Дембо-Рубинштейн, включающей в себя следующие шкалы: здоровье, внешность, умственные способности, характер и настроение.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window Version VI. Статистический анализ качественных порядковых данных проводился с подсчетом медианы (Me) и интерквартильного интервала (ИКИ). Статистический анализ количественных признаков проводился с подсчетом среднего арифметического значения (M) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Сравнение двух несвязанных групп, по качественному признаку, проводилось с использованием непара-

метрического метода U-критерия Манна-Уитни. Величина уровня значимости различий принималась при $p=0,05$, т.е. при ошибке 5%.

Обследование проведено в рамках Постановления Правительства РС (Я) от 24 декабря 2009 года № 583 «Об утверждении Межведомственного плана профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних на 2010-2012 годы «Я выбираю жизнь».

Результаты и обсуждение.

Методом сплошной выборки были обследованы девушки и юноши коренного и пришлого населения, обучающиеся в 10-11 классах общеобразовательных школ Усть-Янского района РС(Я). Обследованием было охвачено 5 поселков. Коренная молодежь была представлена в основном якутами (70,5%) и эвенками (26,2%), небольшую долю составили другие северные народности – юкагиры и эвенки – (3,3%). Средний возраст коренной молодежи составил 16,9 лет, пришлой молодежи – 16,4 года. Обследование проводилось анонимно.

Развитие личности в период перехода из подросткового возраста в юношеский характеризуется улучшением коммуникативных способностей и общего эмоционального самочувствия. В юношеском возрасте, по сравнению с подростковым, происходит большая дифференцированность эмоций и способов выражения эмоционального состояния, повышение самоконтроля и саморегуляции. Все основные структуры темперамента и его зависимость от свойств нервной системы формируются к подростковому возрасту, поэтому в юношеском возрасте уже более четко определяются биологические особенности личности, в том числе этнические различия психических процессов. Это позволило нам включить данный возрастной период в исследование для изучения этнических особенностей эмоциональной сферы и личностных черт коренных народов Севера.

При анализе эмоционального состояния молодежи с позиции этнических различий выявлено, что коренная молодежь отличается повышенной тревожностью, по сравнению с пришлой молодежью. Так показатель уровня тревожности у коренной молодежи равен 9,0 (ИКИ=6,0-12,0), у пришлой молодежи 7,0 (ИКИ=4,0-9,0), $p=0,3$. У большинства пришлой молодежи (63,4%) уровень тревожности определяется в границах нормативного разброса. В то время как среди коренной молодежи тревога отсутствует всего у 38,5% старшеклассников, у 57,3% старшеклассников уровень тревожности соответствует умеренному, у 4,1% – выраженному.

Для коренной молодежи типичными являются такие черты характера как неуверенность, мнительность, беспокойство, повышенное чув-

ство вины, «застреваемость» на негативных переживаниях, настороженность и недоверчивость. Это подтверждается результатами проведенных исследований. Так, 72,9% коренных старшеклассника считают себя мнительными ($p=0,006$); 61,5% высказались о том, что «нередко чувствуют себя беззащитными» ($p=0,003$); 71,3% испытывают «беспокойство о только воображаемых неприятностях» ($p=0,03$); 72,9% отметили, что «склонны винить себя без достаточных оснований» ($p=0,04$); 73,8% высказались о том, что «очень настороженно относятся ко всему новому» ($p=0,003$).

Признаки повышенной застреваемости и неустойчивая самооценка отмечаются у 59% коренных старшеклассника, которые дали утвердительный ответ о том, что «любят копать в своих недостатках» ($p=0,04$).

У большинства коренной молодежи эмоциональное состояние отличается нестабильностью, неустойчивостью, склонностью к унынию. О том, что они «легко впадают в уныние» высказались 55,8% старшеклассника ($p=0,04$). Эти выводы подтверждаются и результатами самооценки по шкале Дембо-Рубинштейн. При оценке своего настроения по 10-балльной шкале показатель «настроения» у коренной молодежи составил 7,2 (6,8-7,7), в отличие от пришлой молодежи – 8,1 (7,5-8,7), $p=0,03$. Эмоциональная нестабильность сопровождается повышенной вегетативной реактивностью у 59,8% старшеклассников, которые отметили, что «часто из-за пустяков краснеют» ($p=0,04$).

Выявленные особенности эмоциональной сферы коренной молодежи объясняют их сниженную стрессоустойчивость и недостаточную адаптивную способность к фрустрирующим факторам, что обуславливает поведение в стрессовых ситуациях. В ситуации стресса у них возникает чувство растерянности, трудности принятия решения, блокирование активности. О том, что «неприятности их сильно расстраивают, и они падают духом» высказались 70,5% коренных старшеклассника ($p=0,007$).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод об индивидуально-типологических особенностях коренной молодежи Севера, для которой характерным является высокий уровень тревоги, неуверенность, мнительность, беспокойство, повышенное чувство вины, «застреваемость» на негативных пережи-

ваниях, настороженность и недоверчивость. Перечисленные особенности личностной и эмоциональной сферы обуславливают неконструктивный стиль поведения в стрессовых ситуациях и являются предпосылками повышенного суицидального риска.

Для улучшения ситуации и снижения уровня суицидов среди коренной молодежи необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий в общеобразовательных учреждениях, который должен включать направления как медицинского содержания (своевременное оказание психотерапевтической помощи), так и психолого-педагогического характера (проведение тренинговых групп по формированию жизнестойкости и стрессоустойчивости у молодежи).

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ КОРЕННОЙ МОЛОДЕЖИ СЕВЕРА КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.Б. Семенова

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
г. Красноярск

В статье рассматриваются биологические факторы риска суицидального поведения у коренной молодежи Севера. Выявлены этнические особенности эмоциональной сферы, которые заключаются в высоком уровне тревожности, склонности к унынию, повышенной мнительности и чувстве беззащитности. Эмоциональное реагирование в стрессовых ситуациях характеризуется блокированием активности.

Ключевые слова: суицидальное поведение, Север, коренные народы, молодежь, психическое здоровье

FEATURES OF EMOTIONAL OF NATIVE YOUTH OF THE NORTH AS A RISK FACTOR FOR SUICIDE

N.B. Semyonova

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

The article reviews the biological risk factors of suicidal behavior in native youth of North. Identified ethnical features of emotional that consists in high level of anxiety, tendency to despondency, heightened suspiciousness and feeling of defencelessness. Emotional reactions in stress situations characterized by blocking of activity.

Keywords: suicide, North, native peoples, youth, mental health.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ ОТ СТРАХА СМЕРТИ У ЛЮДЕЙ С РАЗНЫМ ОПЫТОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, г. Москва

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, г. Москва

Теория управления страхом смерти [7] была создана на основе идей культурного антрополога Э. Бекера [5]. Авторы полагают, что большая часть человеческого поведения может быть понята как психологическая защита от страха смерти. Главной защитой является культура, которая поднимает людей над другими животными. Культурный буфер тревоги состоит из (а) веры в культурную картину мира и (б) самооценку [6, 10]. Ради чувства собственной ценности и картины мира люди склонны больше подвергать свою жизнь риску (например, «лихачить» при вождении), высказывать резкие суждения о противоположной точке зрения, предпочитать авторитарных лидеров, требовать жёстких наказаний для тех, кто совершил незначительные проступки. Кроме того, от страха смерти защищают близкие отношения, привязанности [9] – потому что обеспечивают безопасную основу деятельности, чувство ностальгии [12, 13], которое помогает человеку вспомнить себя и не растеряться перед лицом неизведанного, и творчество [11], которое также придаёт жизни смысл.

Цель исследования: изучение разных типов совладания со страхом смерти после суицидальной попытки и в относительном психологическом благополучии.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 308 добровольцев. 156 являлись студентами гуманитарных факультетов Государственного университета управления 2-3 курсов в возрасте 18-25 лет (40 юношей и 116 девушек). Группа сравнения (n=152) состояла из пациентов мужского и женского отделений острых отравлений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и кризисного стационара ГКБ №20 г. Москвы. Возраст участников был тот же, 18-25 лет (40 юношей, 112 девушек). Все они пережили недавнюю попытку самоубийства (от 2 до 14 дней). У 28 людей было 2 или более суицидальных попыток в анамнезе, у 90 – одна и 34 человека не признавали свой поступок самоубийством (объяснения были разными: «случайно» или «хотел(а) попугать»).

Мы адаптировали опросники «Отношение к смерти» [3, 4, 14, 15] и «Страх личной смерти» [3, 4, 8], а также использовали методику Ф. Зимбардо по временной перспективе личности [2, 16], тест жизнестойкости С. Мадди [1] и опросник депрессии А. Бека.

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS 11.0 с применением корреляционного анализа Пирсона и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение.

От выборки нормы люди, которые не признают свой поступок самоубийством (n=34), отличаются более высокими результатами по шкалам «Избегание темы смерти в повседневной жизни», «Последствия смерти для тела» и «Последствия смерти для личности». Корреляционный анализ показал, что различные варианты страха смерти связаны у них с ориентацией на позитивное прошлое, чувство ностальгии.

Люди с одной суицидальной попыткой (n=90) также избегают и боятся смерти, но эта тенденция выражена у них гораздо более ярко, чем у людей, которые отрицают свою попытку. Помимо прочего, они боятся потери социальной идентичности (забвения), у них низкие баллы по шкалам «Принятие-приближение смерти» (вера в посмертие) и «Нейтральное принятие» (взгляд на смерть как на естественное и неизбежное событие). Шкала «Принятие смерти как бегства» положительно коррелирует у них с ориентацией на негативное прошлое (болезненные воспоминания) и отрицательно – со всеми показателями жизнестойкости. Страх последствий смерти для тела также является для них стрессовым фактором: он положительно связан со шкалами «Негативное прошлое» и «Фаталистическое настоящее» (неверие, что человек способен противостоять обстоятельствам) и отрицательно – с показателями жизнестойкости. Шкала «Будущее» (готовность работать на отдалённые цели), напротив, связана со страхами последствий смерти для личности, личных стремлений и близких, и это их ресурс.

Люди с несколькими суицидальными попытками (n=28) отличаются от нормы более высокими результатами по шкалам «Принятие смерти как бегства» и «Страхом забвения». Они не боятся и не избегают темы смерти. Шкала «Избегание смерти» у них отрицательно связана с ориентацией на негативное прошлое, а «Принятие смерти как бегства» положительно коррелирует с «Фаталистическим настоящим». Шкалы «Гедонистическое настоящее», «Будущее» и «Позитивное прошлое» положительно коррелируют с различными вариантами страха последствий смерти – но они одинаково низки.

Выводы: Подтвердилась гипотеза исследования: люди, отрицающие свою суицидальную попытку, с одной и несколькими попытками самоубийства по-разному относятся к смерти и используют разные психологические защиты.

Литература:

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
2. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41-54.
3. Чистопольская К.А. Адаптация на русскоязычной выборке методик исследования отношений к смерти и страхов смерти // Практична психология та соціальна робота. – 2010. – № 9. – С. 73-77.
4. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Бадалян, А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия (в печати).
5. Becker, E. The denial of death. – N.-Y: The Free Press, 1973. – P. 314.
6. Goldenberg J.M., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Kluck B., Cornwell R. I am not an animal: Mortality Salience, Disgust and the Denial of Human Creatureliness. // Journal of Experimental Psychology. – 2001. – Vol. 130, № 3. – P. 427-435.
7. Greenberg J., Pyszczynski T., & Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory / *Public self and private self* // Ed. by Baumeister R.F. – New-York: Springer-Verlag, 1986. – P. 189-212.
8. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 39-63.
9. Mikulincer M., Florian V., Hirschberger G. The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love // Personality and Social Psychology Review. – 2003. – Vol. 7. – P. 20-40.
10. Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Arndt J., Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review // Psychological Bulletin. – 2004. – Vol. 130. – P. 435-468.
11. Routledge C., Arndt J., Sheldon K.M. Task engagement after mortality salience: The effects of creativity, conformity, and connectedness on worldview defense // European Journal of Social Psychology. – 2004. – Vol. 34. – P. 477-487.
12. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia as enabler of self-continuity. / Self-Continuity. Individual and Collective Perspectives. // F. Sani, ed. – New-York: Psychology Press, 2008. – P. 227-239.
13. Wildshut T., Sedikides C., Arndt J., Routledge C. Nostalgia: Content, triggers, functions // Journal of Personality and Social Psychology. – 2006. – Vol. 91, № 5. – P. 975-993.
14. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994. – P. 121-148.
15. Wong, P.T. Meaning Management Theory and Death Acceptance // Existential and Spiritual Issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds.. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 65-87.
16. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. // J. Personal. Soc. Psychology. – 1999. – Vol. 77, № 6. – P. 1271-1288.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ ОТ СТРАХА СМЕРТИ У ЛЮДЕЙ С РАЗНЫМ ОПЫТОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов

Московский НИИ психиатрии, г. Москва
НЦ психического здоровья РАМН, г. Москва

Представлены результаты сравнительного исследования защит от страха смерти у молодых людей, отрицающих суицидальную попытку, с одной и несколькими попытками самоубийства.

Ключевые слова: теория управления страхом

PSYCHOLOGICAL DEFENSES AGAINST THE FEAR OF DEATH IN PEOPLE WITH VARIOUS SUICIDAL EXPERIENCES

K. Chistopolskaya, S. Enikolopov

These are the results of comparative study on defenses against the fear of death in people, declining or admitting one or several suicidal acts.

Keywords: terror management theory

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ КОСВЕННОЙ АГРЕССИИ

С.О. Кузнецова, А.А. Абрамова

Научный центр психического здоровья РАМН, г. Москва

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

Традиционно исследование агрессии имеет тенденции к поляризации результатов в двух направлениях: мужской агрессивности и женской пассивности. Агрессия часто приравнивается к прямым формам агрессии, таким как физическая и словесная агрессии. Такое узкое по-

нимание человеческой агрессии приводит к возникновению предвзятости к мужской агрессии в литературе, в то время как женская агрессия часто игнорируется [4]. Следует отметить, что есть свидетельства того, что женщины по уровню гнева не уступают мужчинам, и что женщи-

ны имеют одинаковый с мужчинами потенциал для нанесения вреда [3]. Так, в криминологической литературе отмечается, что агрессивные тенденции мужчин и женщин отличаются, особенно это заметно при сопоставлении совершенных убийств и преступлений насильственного характера с отягчающими последствиями. Лабораторные исследования также подтверждают существование половых различий, однако с оговоркой, что серьезная провокация может сглаживать половые различия в проявлениях физической агрессии, и что для мужчин и женщин существуют специфические провоцирующие стимулы, после которых возникает агрессия.

Однако столь явная дихотомия является лишь следствием малоизученности данной сферы, так как в настоящее время отсутствует комплексное исследование скрытых форм проявления агрессивности у людей старшего возраста, когда агрессия всё менее может быть проявляема в открытых формах.

В последние десятилетия исследование человеческой агрессии происходило только в формах прямой физической и словесной агрессии. Эти формы отличались от «косвенных», «социальных» и «реляционных». Термин «косвенная» означает форму агрессивного поведения, отличного от прямой агрессии из-за отсутствия явной выраженности и определенной направленности. На наш взгляд, необходимо рассматривать и учитывать направленность агрессии и ее цель, а не простое ее наличие. Преимущество такого различия заключается в том, что оно позволяет отказаться от использования в анализе результатов, которые опираются на данные, полученные от отдельных респондентов и использовать те показатели, которые раскрывают социально-значимые связи и зависимости.

К. Vjorkquist [1] разработал модель развития форм агрессии, которая в настоящее время широко используется. Так, было показано, что дети начинают с прямого физического насилия (например, пинки, удары, пощечины), заменяемого на прямую словесную агрессию (например, криками, бранью, ругательствами), которая при физической агрессии не применяется. Это увеличение словесной агрессии совпадает с возрастанием словесных навыков. В дальнейшем социальное созревание детей и подростков приводит к развитию менее наблюдаемой косвенной агрессии. При этом, развитие и совершенствование косвенной агрессии связывается с увеличением сложности социальных навыков.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что у девочек в целом косвенная агрессия развивается раньше, чем у мальчиков. Это происходит из-за того, что девочки вынуждены отказываться от применения

грубой силы в играх с самого раннего возраста, и более чувствительны к словесным замечаниям. Поэтому девочкам необходимо разрабатывать менее очевидные стратегии выхода агрессии в более раннем возрасте. Паттерны, основывающиеся на гендерных различиях, теряют свою отчетливость после начала среднего подросткового возраста, поэтому большинство исследований в данной сфере проводилось в рамках изучения косвенной агрессии в школьном возрасте. К. Vjorkquist и др. [1, 2] показал, что существуют значительные различия в том, как мужчины и женщины реализуют косвенную агрессию на рабочих местах, обнаруживая, что, хотя оба пола использовали косвенную агрессию, мужчины все же предпочитают использовать рационально-появляющуюся агрессию, а женщины продолжали использовать менее сложные социальные манипуляции.

Цель исследования: изучение проблемы косвенной агрессии взрослых людей и выявление влияния половозрастных факторов на уровень косвенной агрессии, а также апробирование Психометрической Шкалы оценки косвенной агрессии, разработанной С. Форрест.

Материалы и методы исследования.

Исследование косвенной агрессии проводилось по качественным и количественным критериям, с учётом гендерных и возрастных параметров. Выборка состояла из 266 человек (187 женщин и 79 мужчин) в возрасте от 16 до 58 лет (средний возраст – 36 лет). В приведенном исследовании описывается разработка, психометрическая оценка и обработка двух способов измерения взрослой косвенной агрессии. Оба измерения состоят из одних и тех же трех подшкал: социальная изоляция объекта (10 пунктов); использование злонамеренного юмора (9 пунктов); вменение вины (6 пунктов).

Результаты и обсуждение.

Не было установлено никаких существенных гендерных различий, но отношения между каждой подшкалой и возрастом были отрицательными и существенными для обоих измерений. Есть мнение также, что социальная нежелательность косвенной агрессии упирается в сложность ее рефлексии. Данные, полученные в данном исследовании, коррелируют с ранее проведенными исследованиями по определению уровня косвенной агрессии, а также по организации исследования, однако данная шкала IAS значительно упростила выявление жертв косвенной агрессии. Степень выявления в данном исследовании выше, чем в предыдущих, а ошибок в измерениях – меньше. Возможно, причиной этого является то, что проще признать себя жертвой косвенной агрессии, чем признать, что провоцировал косвенную агрессию. Что же является

более точным методом: метод самоописания или метод экспертных оценок – покажут дальнейшие исследования. Будущее использование методов выявления косвенной агрессии по IAS может способствовать развитию этой области исследований.

В результате исследования нами были выявлены статистически значимые различия в результатах мужчин и женщин. Так, например, в версии «агрессоры» средние значения баллов, набранные мужчинами по субшкале – фактору 1 (социальная изоляция) через унижение статистически значимо превосходят аналогичный показатель женской группы. Таким образом, мужчины российской выборки чаще, чем женщины, предпочитают такой вид косвенной агрессии как социальная изоляция через унижение. По остальным субшкалам и общей шкале версии «агрессоры» психометрической шкалы оценки косвенной агрессии статистически значимых различий между показателями мужчин и женщин не выявлено.

Таблица 1

Методика измерения косвенной агрессии (IAS-A): версия «Агрессоры». Параметры внутренней надежности полученных субшкал-факторов

| Показатель | Внутренняя непротиворечивость шкалы (α -Кронбаха) | | |
|--|---|-------|-------|
| | общая | Женщ. | Мужч. |
| n=266; ж – n=187; м – n=79 | | | |
| Фактор 1. Социальная изоляция через унижение | 0,83 | 0,81 | 0,85 |
| Фактор 2. Сарказм и оскорбительная критика | 0,83 | 0,84 | 0,84 |
| Фактор 3. Манипуляция чувствами | 0,64 | 0,66 | 0,63 |
| Общая шкала IAS-A | 0,91 | 0,90 | 0,94 |

Гендерные различия были установлены при анализе форм используемой косвенной агрессии. В некоторых исследованиях мужчины продемонстрировали предпочтение «рационально появляющейся агрессии», тогда как женщины предпочитали социальное манипулирование, сходное с поведением в группе девушек-подростков. Учитывая, что мужчины и женщины в одинаковой мере являются и жертвами и подстрекателями косвенной агрессии, будущие исследования должны сосредоточиться на анализе причин и обстоятельств эскалации подобного скрытого поведения.

Кроме того, это исследование помогло нашему пониманию того, что представляет собой косвенная агрессия у взрослого населения, и насколько сопоставима она с детской и юноше-

ской косвенной агрессией. Поведение, направленное на социальную изоляцию, в значительной степени схоже с поведением социального манипулирования, зафиксированным в юности и детстве, хотя они, зачастую, более скрытые и сложные.

Таблица 2

Значения (и стандартное отклонение) мужских и женских показателей в подшкалах IAS-A и IAS-T

| Подшкала | | Мужчины | Женщины |
|---------------------|-------|--------------|--------------|
| Социальная изоляция | IAS-A | 15.73 (5.02) | 15.87 (4.07) |
| | IAS-T | 20.28 (5.84) | 21.15 (6.42) |
| Злонамеренный юмор | IAS-A | 18.86 (6.64) | 17.80 (5.11) |
| | IAS-T | 19.61 (6.78) | 20.64 (5.79) |
| Вмененная вина | IAS-A | 12.48 (3.88) | 12.33 (3.93) |
| | IAS-T | 13.58 (3.99) | 14.12 (4.42) |

Проявление злонамеренного юмора схоже с «рационально - проявляемой агрессией», в рамках которой можно было казаться невинным и защищенным, также как с помощью шутки можно нанести вред жертве и защитить подстрекателя. В дальнейшем исследовании необходимо исследовать эти подтипы косвенной агрессии более глубоко, так же как исследовать отношения между этими подтипами и прямой агрессией.

Слабые, но значимые корреляции между возрастом и косвенной агрессией предполагают, что подобное поведение уменьшается с возрастом, таким образом, выявляя динамичность развития выбранной модели агрессии на протяжении длительного времени. В настоящее время исследования в данной сфере ограничены только выборками детей и подростков, и результаты показывают возрастание уровня косвенной агрессии с возрастом. Как словесные и социальные навыки возрастают с возрастом, косвенная агрессия становится привилегированной стратегией. Нехватка исследований среди взрослого населения всех возрастных групп не позволяет сделать однозначный вывод о том, что уровень использования скрытой агрессии продолжает возрастать с возрастом или остается на устойчивом уровне, или же падает с возрастанием навыка эмпатии. Walker и др. [5] доказали, что косвенная агрессия может быть особенно распространена и в более старших возрастах. Однако исследования должны рассматривать проявление косвенной агрессии через более широкий возрастной диапазон.

В итоге, исследование отразило разработку, психометрическую оценку и анализ двух методов измерения взрослой косвенной агрессии. Предварительные психометрические измерения адекватны, хотя дальнейшая работа по валидации методик на российской выборке с использованием факторного анализа является необходимой.

Изучение косвенной агрессии связано с большими сложностями в основном потому, что, она практически незаметна, и, как следствие, не поддается оценке ее уровень. Обеспокоенность, поднимающаяся в литературе, в связи с ростом социально нежелательного поведения, ведет лишь к недооценке распространенности скрытой формы агрессии.

Выводы:

1. Методика диагностики косвенной агрессии (ISA) продемонстрировала, по результатам проведенной адаптации на русскоязычной выборке, положительную работоспособность двух своих версий: ISA-A (версия «агрессоры») и ISA-T (версия «жертвы»). Общие шкалы методики показали достаточную внутреннюю надежность, согласованную работу пунктов.

2. В общем массиве результатов русскоязычной методики IAS была выявлена устойчивая структура внутренних субшкал-факторов. Рассмотрение полученных факторов и учёт баллов, набранных испытуемыми по этим субшкалам-факторам, дает преимущество в виде дополнительной информации по конкретным видам косвенной агрессии.

3. Сравнение результатов мужчин и женщин по общим шкалам методики ISA, а также по каждой из субшкал отдельно показало, что в русскоязычном варианте методики ISA были выявлены статистически значимые различия в результатах мужчин и женщин по субшкале-фактору 1. Социальная изоляция через унижение. Мужчины российской выборки чаще, чем женщины предпочитают данный вид косвенной агрессии.

Литература:

1. Bjorkquist K. Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression // A review of recent research. *Sex Roles*. – 1994. – № 30. – P. 177-188.
2. Bjorkquist K, Lagerspetz K.M.J., Osterman K. The Direct and Indirect Aggression Scales. – Vaasa, 1992.
3. Frost WD, Averill JR. Differences between men and women in the everyday experience of anger. In: Averill JR, editor. *Anger and aggression: An essay on emotion* // New York: Springer-Verlag, 1982. – P. 281-316.
4. Tavris C. The mismeasure of woman // *Feminism and Psychology*. – 1993. – № 3. – P. 149-168.
5. Walker S, Richardson DR, Green LR. Aggression among older adults: The relationship of interaction networks and gender role to direct and indirect responses // *Aggress Behav*. – 2000. – № 26. – P. 145-154.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ КОСВЕННОЙ АГРЕССИИ

С.О. Кузнецова, А.А. Абрамова

НЦ психического здоровья РАМН, г. Москва

В работе представлены результаты эмпирического исследования, посвященного изучению проблемы косвенной агрессии взрослых людей, выявлению влияния половых факторов на уровень косвенной агрессии.

Ключевые слова: агрессия, косвенная агрессия, гендер.

GENDER-SPECIFIC MANIFESTATIONS OF INDIRECT AGGRESSION

S.O. Kuznetsova, A.A. Abramova

NC Mental Health, RAMS, Moscow, Russia

This paper presents the results of an empirical study on the issue of indirect aggression adults, revealing the influence of age and gender factors on the level of indirect aggression.

Keywords: aggression, indirect aggression, gender.

К ПРОБЛЕМЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина

Челябинский государственный педагогический университет, г. Челябинск
Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

E-mail авторов: g_butorin@mail.ru

В настоящее время тревожным симптомом является рост числа несовершеннолетних с девиантным поведением, проявляющимся в асоциальных действиях (хулиганство, вандализм, агрессивность, аддикции).

Цель и основные положения. На основании обобщённых результатов собственных исследований и данных специальной литературы описать и определить характер агрессивного поведения в процессе онтогенеза. Девиантное

поведение – франц. *déviation*, от лат. *deviare* сбиваться с пути; поведение – совокупность действий, осуществляемых индивидом в процессе взаимодействия со средой. Исследователи отмечают появление всё новых форм отклоняющегося поведения: подростки участвуют в военизированных формированиях политических организаций экстремистов, в рэжете, сотрудничают с мафией, занимаются проституцией и сутенёрством. Такое поведение принято называть «де-

линквентным», то есть выходящим за пределы соответствия социокультуральным нормами, достигшими уровня противоправных действий. Обычно делинквентное поведение начинается с прогулов – уклонения от учебы и труда и присоединения к асоциальной группе сверстников или более старших по возрасту. Обычные действия делинквентного поведения – мелкое хулиганство, отбирание у младших детей денег, издевательство над ними. Агрессивность как черта формирующейся личности состоит в разрядке аффекта и проявляется в виде нападения на обидчиков или случайных лиц, нанесения побоев, «вымещения злобы», разрушительных действий. В генезе такого поведения имеет значение: особенности семьи, неправильное воспитание, неблагоприятные материально-бытовые условия, влияние теле- и видеофильмов, содержащих сцены жестокости (Гиндикин В.Я., 1999).

В МКБ-10 приводится критерий нарушенного поведения в виде антиобщественного, враждебного, негативного и агрессивного, с нарушением прав других людей и выходящего за рамки возрастных и социальных норм, который носит устойчивый характер и наблюдается более чем в одном окружении. Согласно проведенным исследованиям установлено, что при диагностике агрессивного поведения в детском возрасте важно учитывать её проявление в онтогенетическом аспекте. Агрессивные тенденции могут закономерно возрастать на фоне повышения активности ребёнка с возрастанием его аффективного развития, при этом может наблюдаться переход детей от непосредственной физической агрессии к косвенной, вербальной. Нижняя возрастная граница отклонений в поведении очень подвижна и причины отклонений глубоко индивидуальны. Впервые агрессия может появляться в период первого возрастного кризиса (3-4 года) и быть направлена к своим близким (упрямство, неуступчивость, дети могут ударять, плевать, кусаться). Так, в старших группах детских садов такое поведение выявлялось в 12–13% детей, у которых наблюдалось отсутствие контакта со сверстниками, стремление дезорганизовать коллективную игру, если в ней не удовлетворяются его сугубо личные интересы, отсутствие элементарных навыков и привычек культурного поведения, при этом проявлялись обидчивость, упрямство, вспышки озлобленности и агрессии. В предпубертативном возрасте (10-11 лет) у ребёнка возникало критическое отношение к себе: около 30% мальчиков и 26% девочек при психологическом обследовании давали себе отрицательные характеристики, отмечая плохое поведение, в том числе грубость, злобность, агрессивность. У детей этого возраста отмечалось преобладание физической агрессивности, и ме-

нее всего агрессивность косвенная. Отрицательная характеристика себя, обусловленная в значительной мере оценками окружающих, сохранялась в I стадии подросткового возраста (12–13 лет). В нарушенном поведении выраженными оказывались негативизм, отмечался рост физической и вербальной агрессии, в то время как косвенная агрессивность становилась менее выраженной. Во II стадии возраста (14–15 лет) подростки начинали ориентироваться в своих личных особенностях и формах поведения, соотнося их с формами поведения, принятыми в референтных группах, куда он стремились войти. Агрессивные подростки при всём различии их личностных характеристик и особенностей поведения отличались некоторыми общими характеристиками: бедность ценностных ориентаций, их примитивность, отсутствие увлечений, узость и неустойчивость интересов, низкий уровень интеллектуального развития, повышенная внушаемость, подражательность, недоразвитие нравственных форм поведения. В то же время среди подростков наблюдались лица, имевшие достаточно высокие показатели интеллектуального и социального развития. В этих случаях агрессивность выступала средством поднятия престижа, демонстрации своей самостоятельности, взрослости. Они претендовали на более авторитетное положение.

Заключение. Терапевтические подходы должны включать два основных метода: психотерапевтическую и коррекционно - педагогическую работу с ребёнком и психотерапевтическую работу с семьёй.

К ПРОБЛЕМЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Г.Г. Буторин, Н.Е. Буторина

Челябинский ГПУ, г. Челябинск
Челябинская ГМА, г. Челябинск

На основании обобщённых результатов собственных исследований и данных специальной литературы описан и определён характер агрессивного поведения на разных этапах онтогенеза. Показано, что в генезе такого поведения имеет значение особенности семьи, неправильное воспитание, неблагоприятные материально-бытовые условия, влияние теле- и видеофильмов, содержащих сцены жестокости.

Ключевые слова: девиантное поведение, делинквентное поведение, агрессия, онтогенез.

ABOUT THE PROBLEM OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR AT CHILDREN AND ADOLESCENTS

G. Butorin, N. Butorina

Chelyabinsk State Pedagogical University, Russia
Chelyabinsk State Medical Academy, Russia

On the basis of own results and the data of the special literature the character of aggressive behavior at different stages of ontogenesis was described and defined. It is shown that in the genesis of such behavior such factors as family features, adverse is material-conditions of life, influence a tele- and

the video films containing scenes of cruelty play an essential role.

Keywords: deviant behavior, delinquency, aggression, ontogenesis.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ (на примере г. Уфы)

Р.М. Масагутов, В.А. Юлдашев

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

В последнее десятилетие в России происходят значительные преобразования в экономической, социальной и культурной жизни общества. Эти изменения повлекли за собой и ряд негативных последствий, действующих разрушительно на нравственное и психическое здоровье населения. Особенно губительно их воздействие на детей и подростков. Не случайно в последние годы наблюдается беспрецедентный рост преступности, суицидов, потребления психоактивных веществ, пограничной психиатрической morbидности, социально-психологической дезадаптации среди несовершеннолетних.

В Башкирии несовершеннолетними и с их участием совершается более трех тысяч преступлений в год. Увеличивается количество правонарушений, совершенных подростками с наркотической зависимостью и в состоянии алкогольного опьянения.

Дети и подростки все чаще проявляют и другие формы агрессии – вандализм, спортивный фанатизм, граффити, зоосадизм, самоповреждения и др. [1, 2, 5].

В связи с этим предпринимаются многочисленные попытки выделения ранних прогностических критериев, факторов риска возникновения агрессивного поведения у несовершеннолетних.

Обобщая литературные данные по этой проблеме, Комитет превентивной психиатрии выделил биологические, психологические и социокультурные факторы, связанные с насильственным поведением. К ним относятся: низкий социально-экономический статус, "трудный" характер ребенка, хроническая болезнь, психиатрическая коморбидная и родительская психопатология. Доступ к огнестрельному оружию в культуре насилия представляет особенно серьезный риск. Защитные факторы включают гармоничную структуру семьи, просоциальные группы сверстников и поддержку общества [3].

Известно, что большинство антисоциальных форм поведения у взрослых субъектов, таких как совершение насильственных правонарушений, суициды, употребление наркотиков, имеет связь

с повышенной агрессивностью в детском и подростковом возрасте.

Лонгитюдные исследования показали возрастную последовательность возникновения у детей нарушений поведения – в начале "оппозиционного вызывающего поведения", а затем "расстройства поведения". Начальные признаки, в виде повышенного упрямства в возрасте 3 лет, в дальнейшем дополнялись раздражительностью и протестными реакциями (6 лет), ложью (8 лет), затем жестокостью к животным, драками, порчей имущества (10 лет). В подростковом возрасте продолжает нарастать склонность к насилию (11 лет), а к 13 годам учащаются эпизоды воровства и побегов из дома [4].

По некоторым данным 40% детей с расстройством поведения в возрасте 7 и 8 лет обнаруживают рецидивирующее делинквентное поведение к подростковому периоду, а у свыше 90% подростков-правонарушителей расстройство поведения отмечалось в детстве [6].

С другой стороны, некоторые авторы подчеркивают, что расстройство поведения в детском возрасте включает в себя большую и гетерогенную популяцию. И расстройство поведения само по себе мало, что может дать в смысле предсказания дальнейших результатов [7, 8].

Цель исследования: оценка распространенности и определения факторов риска агрессивного поведения в общей популяции детей от 3 до 11 лет.

Выбранный возраст определялся как дошкольный и младший школьный возраст. Планировалось проследить динамику различных форм агрессии с возрастом; оценить их распространенность с учетом гендерных особенностей; ранжировать факторы риска агрессивного расстройства поведения детей по степени их значимости с использованием симметризованного расстояния Кульбака-Лейблера.

Материал и методы исследования: обследовано 197 детей 3-6 лет (97 мальчиков и 100 девочек) и 1080 детей 7-11 лет (492 мальчика и 588 девочек), посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ), либо обучающих-

ся в средних школах г. Уфы. Для выполнения поставленных задач на подготовительном этапе была разработана карта обследования в виде структурированного интервью (опросник), предназначенного для матерей обследуемых детей. Заполнение опросников матерями происходило в домашних условиях, самостоятельно, анонимно. Опросники состояли из 260 вопросов и 696 предлагаемых вариантов ответов. Кроме того, в дальнейшем некоторые вопросы были объединены в агрегированные признаки на основании их родства, например, в виде отдельных синдромов.

Полученные данные из правильно заполненных анкет переносились в компьютерную базу данных и обрабатывались с помощью специально созданной программы статистической обработки, позволяющей ранжировать полученные признаки из групп, создаваемых в любой конфигурации.

Необходимо отметить, что вышеуказанные признаки агрегированы. Агрегирование представляет собой управляемый автоматизированный способ выборки в виде объединения в одну группу тех детей, которые имеют различные по "форме", но единые по "содержанию" проявления агрессии. Например, в группу детей с физической агрессией вошли те, кто часто кусался, толкался, дрался, ставил подножки и т.д.

Результаты и их обсуждение.

Полученные данные показывают, что наибольшие показатели практически всех форм агрессии наблюдаются у мальчиков 3-6 лет. По данным литературы, мальчиков, страдающих в детском возрасте расстройством поведения, в 3 раза больше, чем девочек [6]. По нашим данным, у мальчиков почти в 5 раз чаще, чем у девочек, наблюдалось расстройство поведения агрессивного типа, но в 1,5 раза реже – расстройство неагрессивного типа.

Самым высоким показателем оказалась косвенная (непрямая) агрессия. Эпизодические агрессивные реакции косвенного характера встречались у более, чем 60% мальчиков 3-6 лет. Они включали в себя частую порчу вещей, швыряние в гнев игрушки, использование в играх и рисунках тем насилия и жестокости, агрессивное фантазирование, плевки в других детей и пр. Около половины мальчиков 3-6 лет проявляли эпизодические реакции враждебного или оппозиционного характера: неуступчивость, неуживчивость в детском коллективе, стремление сделать назло, враждебное отношение к родителям. Свыше 40% мальчиков 3-6 лет имели эпизоды неласкового обращения или, реже, умышленного причинения боли животным и примерно одна треть - проявляли агрессивные вербальные реакции. Преобладание в этом возрасте несоциализированных форм агрессии объясняет более высокую распространенность симптомов таких поведенческих расстройств, как оппозиционно-вызывающее (40%) и агрессивного типа (27%). Весьма распространены в этом возрасте у мальчиков и симптомы гиперактивности и дефицита внимания. В изолированном друг от друга виде они встречались примерно в 60% случаев, а в смешанном варианте – около 40% случаев.

У девочек 3-6 лет распространенность почти всех видов агрессии была примерно в 1,5–3 раза ниже, чем у мальчиков того же возраста. Исключение составили проявления враждебности и оппозиционности и симптомы расстройства поведения неагрессивного типа. Факт значительных гендерных различий в проявлении агрессии уже с раннего детского возраста подтверждается и данными других исследователей, пытающихся связать преобладание агрессивности у мальчиков с полоролевым воспитанием и гормональным статусом [9, 10].

Большинство агрессивных реакций у детей 3-6 лет можно объяснить: незрелостью механизмов самоконтроля над импульсивностью у детей с возбудимым темпераментом; имитацией поведения другими детьми; а также психотравмирующей обстановкой в семье и нарушениями правильного психологического развития.

В дальнейшем, с биологическим созреванием и ростом социализации, частота агрессивных реакций и поведенческих расстройств снижается как у девочек, так и у мальчиков. При этом несколько изменяется внутренняя структура и соотношение различных форм агрессии. Так, если в 3-6 лет чаще происходит открытое нападение на других, то в 7-11 лет начинают преобладать неявные формы агрессии (упреки, обвинения, ссоры, оскорбления, высмеивание, издевки и пр.). В 7-11 лет также уменьшается и частота симптомов поведенческих расстройств. В то же время у девочек с возрастом несколько учащаются проявления аутоагрессии и симптомы агрессивного расстройства поведения, что проявляется также и увеличением количества девочек, характеризующихся матерями как "повышенно агрессивных".

Увеличение частоты признаков дефицита внимания в 7-11 лет объясняется, по всей видимости, трудностями адаптации к началу учебы в школе и обеспокоенностью в связи с этим родителей.

В последующем, для выделения факторов риска агрессивного поведения у детей дошкольного (3-6 лет) и младшего школьного (7-11 лет) возраста, был проведен сравнительный анализ 2-х групп по каждой возрастной группе.

В первую группу вошли дети с систематической физической агрессией, которая по своей

длительности и тяжести соответствовала критериям расстройства поведения (агрессивного типа) по МКБ-10. Во 2-ю группу (контрольную) - дети без симптомов расстройства поведения.

В возрастной группе 3-6 лет оказалось 16 детей с агрессивным поведением (8,12%), а среди 7-11 летних – 68 (6,3%). Эти данные согласуются с литературными данными о том, что расстройство поведения у детей наблюдается приблизительно у 4% сельского и 9% городского населения [6].

Необходимо отметить, что в МКБ-10 в диагностическую рубрику "Расстройство социального поведения" у детей входят критерии как агрессивного, так и неагрессивного поведения. Однако ряд авторов подразделяют расстройство социального поведения на скрытые формы (ложь, кражи), которые имеют лучший прогноз, и явные, открытые формы (агрессия против других), имеющие худший прогноз [8].

Полученные факторы риска агрессивного поведения были ранжированы при помощи коэффициента симметризованного расстояния Кульбака-Лейблера (ККЛ).

Общими для обеих возрастных групп оказались такие факторы риска агрессивного поведения, как мужской пол, родительская агрессия и возбудимые черты темперамента ребенка. В то же время с возрастом значимость некоторых факторов риска существенно меняется.

При сравнительном анализе 2 таблиц видно, что в первой таблице (дети 3-6 лет) в целом преобладают разделы, включающие биологические факторы риска, такие как осложненный период протекания беременности и родов, симптомы повышенной нервной возбудимости, гиперактивности, нарушение сна. Определенное значение имеют также микросоциальные (психогенные) и социальные факторы. Таковы, например, родительская агрессия и эмоциональная депривация ребенка в раннем возрасте. В других разделах отражены некоторые социальные параметры (уровень образования родителей, особенности воспитания, социально-экономический статус семьи и пр.).

Таким образом, приблизительный групповой портрет детей 3-6 лет с агрессивным расстройством поведения складывается из следующих признаков. Это: дети, имеющие родителей с высшим образованием (свыше 60%), воспитывающиеся в семьях с достаточно высоким социально-экономическим статусом. Отцы довольно часто (56%) занимали руководящие посты. В то же время многие матери, имея высшее образование, имели статус домохозяйки (62,5%). Возможно, именно незапланированная беременность (43,75%) мешала осуществлению планов служебного роста и карьеры. Негативным отношением к беременности и рождению ребенка можно объяснить и то, что многие матери при-

нимали алкоголь (43,75%) или лекарственные средства (50%) во время беременности.

Таблица 1

Факторы риска агрессивного расстройства поведения у детей 3-6 лет (в %)

| Факторы риска | 1 гр. (n=16) | 2 гр. (n=178) | ККЛ |
|--|--------------|---------------|--------|
| 1. Равнодушное отношение к ребенку | 37,5 | 0 | -- |
| 2. Употребление алкоголя во время беременности | 43,75 | 1,6853 | 1,6047 |
| 3. Место работы матери: домохозяйка | 62,5 | 8,9887 | 1,5121 |
| 4. Пол ребенка: мужской | 93,75 | 43,258 | 1,5043 |
| 5. Систематическое физическое наказание (шлепки) | 93,75 | 43,82 | 1,4762 |
| 6. Ночные кошмары у ребенка | 50 | 3,9325 | 1,4722 |
| 7. Беспокойный сон у ребенка | 56,25 | 7,8651 | 1,3123 |
| 8. Мать сразу реагировала на плач ребенка | 56,25 | 96,629 | 1,2535 |
| 9. Мать иногда испытывала ненависть к своему ребенку | 50 | 6,1797 | 1,192 |
| 10. Обидчивость как черта характера ребенка | 87,5 | 38,764 | 1,1712 |
| 11. Мать сразу реагировала на протянутые ручки ребенка | 50 | 92,696 | 1,0849 |
| 12. Случаи обращения к невропатологу | 62,5 | 17,415 | 0,9320 |
| 13. Национальность матери: башкирка | 43,75 | 6,1797 | 0,9275 |
| 14. Место работы отца: руководящий пост | 56,25 | 14,044 | 0,8706 |
| 15. Ребенок был крайне беспокойным в грудном возрасте | 68,75 | 24,719 | 0,8375 |
| 16. Ребенок легко возбудим | 93,75 | 58,426 | 0,8363 |
| 17. Имелись осложнения в родах | 50 | 10,674 | 0,8354 |
| 18. Родители часто физически наказывают ребенка за агрессивность | 50 | 10,674 | 0,8354 |
| 19. Образование отца: институт | 62,5 | 20,224 | 0,7961 |
| 20. Ребенок родился с обвитием пуповины | 56,25 | 15,73 | 0,7819 |
| 21. Ребенок родился синюшным | 50 | 11,797 | 0,7685 |
| 22. Ребенок с трудом засыпает | 68,75 | 26,404 | 0,7679 |
| 23. Ребенок внимательный | 31,25 | 73,595 | 0,7679 |
| 24. Ребенок неспособен к тихому времяпрепровождению | 68,75 | 26,966 | 0,7457 |
| 25. Отравления ребенка | 43,75 | 8,9887 | 0,7173 |
| 26. Ребенок по навыкам и внешнему виду кажется старше | 43,75 | 8,9887 | 0,7173 |
| 27. Слабый самоконтроль и повышенная возбудимость ребенка | 50 | 14,044 | 0,6513 |
| 28. Частое высказывание ребенком своих страхов | 43,75 | 10,112 | 0,6504 |
| 29. Нахождение ребенка на учете у невропатолога | 43,75 | 10,112 | 0,6504 |
| 30. Привыкание к детсаду с трудом | 62,5 | 24,719 | 0,6137 |
| 31. Ребенок родился «очень слабым» (по мнению врачей) | 37,5 | 7,3033 | 0,6130 |

| | | | |
|--|-------|--------|--------|
| 32. Мать часто обзывает своего ребенка | 43,75 | 11,235 | 0,5903 |
| 33. Ребенок часто размахивает руками и ногами и вертится на сиденьях | 68,75 | 31,46 | 0,5843 |
| 34. Чрезмерное любопытство ребенка | 68,75 | 31,46 | 0,5843 |
| 35. Употребление матерью лекарств во время беременности | 50 | 16,853 | 0,5290 |

Беременность часто сопровождалась осложнениями; роды проходили в условиях гипоксии мозга плода; каждый третий новорожденный имел низкие показатели по шкале Апгар (37,5%).

Перинатальная гипоксия приводила к раннему органическому поражению головного мозга ребенка, что проявлялось в последующем эмоционально-волевыми нарушениями – импульсивностью, беспокойством, гиперактивностью, невнимательностью, трудностями в коммуникации, повышенной агрессивностью, аффективной неустойчивостью.

Такое поведение усугублялось враждебным отношением, негативизмом, раздражительностью, вербальной и физической агрессией со стороны матери. Скрытое или явное отвержение, пренебрежение и жестокое отношение к ребенку нарушали его психологическое развитие. Базовая для раннего детского возраста психологическая потребность в ощущении безопасности, необходимая для гармоничного развития личности ребенка, оставалась неудовлетворенной. В то же время подобное отношение к ребенку в некоторых случаях могло быть ответной реакцией матери на его неправильное поведение.

Определенную роль в качестве фактора риска агрессивного поведения играет и принадлежность ребенка к мужскому полу (94%), что некоторыми авторами объясняется влиянием на мозг мужских половых гормонов [9, 10].

В таблице 2 (дети 7-11 лет) чаще встречаются разделы, отражающие, в основном, аспекты дисгармоничной семьи, неуравновешенного воспитания и родительской агрессии между собой и по отношению к ребенку.

Таблица 2

Факторы риска агрессивного расстройства поведения у детей 7-11 лет (в %)

| Факторы риска | 1 гр. (n=68) | 2 гр. (n=990) | ККЛ |
|---|--------------|---------------|--------|
| 1. Родительская агрессия (агрегированный признак) | 94,117 | 76,262 | 0,2866 |
| 2. Воспитание ребенка уравновешенное | 57,352 | 80,606 | 0,2623 |
| 3. Ребенок часто безрассуден | 30,882 | 11,515 | 0,2389 |
| 4. Отец с самого рождения плохо относился к ребенку | 10,294 | 0,909 | 0,2371 |
| 5. Увлеченность ребенка фильмами-боевиками | 58,823 | 35,454 | 0,2233 |

| | | | |
|---|--------|--------|--------|
| 6. Родители часто физически наказывают ребенка за агрессивность | 23,529 | 7,4747 | 0,2146 |
| 7. Пол ребенка: мужской | 66,176 | 44,343 | 0,1961 |
| 8. Ребенок страдает аллергией | 25 | 8,9898 | 0,1947 |
| 9. Образование матери: учительнице | 47,058 | 26,363 | 0,1881 |
| 10. У ребенка поверхностный сон | 29,411 | 13,232 | 0,1626 |
| 11. Употребление матерью анальгетиков во время беременности | 17,647 | 5,4545 | 0,1599 |
| 12. Предпочтение ребенком компьютерных игр с агрессивным сюжетом | 27,941 | 12,323 | 0,1584 |
| 13. Несдержанность матери в отношениях с ребенком | 58,823 | 39,09 | 0,1571 |
| 14. Муж не хотел рождения ребенка | 11,764 | 2,7272 | 0,1409 |
| 15. Ребенок обычно шумный в игре и неспособен к тихому времяпрепровождению | 42,647 | 25,151 | 0,1389 |
| 16. У ребёнка более трех друзей в школе | 82,352 | 66,363 | 0,1376 |
| 17. Ребенок предпочитает подвижные игры | 95,588 | 85,252 | 0,1365 |
| 18. Ребенок учится в школе на "хорошо" | 42,647 | 60,505 | 0,1290 |
| 19. Упрямство как черта характера ребенка | 58,823 | 41,212 | 0,1253 |
| 20. Возбудимые черты характера ребенка (агрегированный признак) | 88,235 | 75,05 | 0,1204 |
| 21. Родители наказывают ребенка за проступок немедленно | 70,588 | 53,939 | 0,1194 |
| 22. Ребенок часто обманывает | 20,588 | 8,6868 | 0,1193 |
| 23. Ребенок нарушает дисциплину преднамеренно | 14,705 | 5,0505 | 0,1135 |
| 24. Причина травм головы у ребенка: неосторожность, невнимательность | 7,3529 | 1,3131 | 0,1078 |
| 25. Мать часто кричит на ребенка | 39,705 | 24,747 | 0,1038 |
| 26. Мать считает отца ребенка конфликтным человеком | 23,529 | 11,616 | 0,1013 |
| 27. Финансовое положение семьи: среднее | 82,352 | 68,888 | 0,1003 |
| 28. Ребенок часто становился свидетелем родительских драк | 8,8235 | 2,1212 | 0,1002 |
| 29. Ребенок занимается (занимался) боевыми единоборствами | 10,294 | 2,9292 | 0,0983 |
| 30. Симптомы оппозиционно-вызывающего расстройства (агрегированный признак) | 23,529 | 11,919 | 0,0953 |
| 31. У ребенка часто наблюдается тоскливое настроение | 16,176 | 7,1717 | 0,0824 |
| 32. Артериальная гипертензия у матери во время беременности | 23,529 | 12,828 | 0,0789 |
| 33. Постоянное непослушание ребенка | 10,294 | 3,6363 | 0,0740 |
| 34. Ребенок любит командовать другими детьми | 47,058 | 34,04 | 0,0707 |
| 35. Мать считает отца ребенка жестоким человеком | 16,176 | 7,7777 | 0,0695 |

При этом значительно возрастает негативная роль отца, который характеризуется как вспыльчивый, конфликтный, агрессивный человек. Психопатические черты отца могут указывать на возможную роль наследственности в генезе детской агрессии, особенно у мальчиков. С другой стороны, психопатические черты характера отца повышают вероятность его грубого или жестокого отношения к детям, что также может усиливать их агрессивность. В 7-11 лет важными факторами риска повышенной агрессивности, по-прежнему, остаются возбудимые черты характера ребенка, его импульсивность и гиперактивность. Однако при этом они сочетаются с появившимися признаками невротизации и соматизированных расстройств. В 7-11 лет снижается значение гендерных различий (мальчиков – 66%), что, вероятно, объясняется возрастающей ролью микросоциальных факторов, по мере социализации ребенка. У агрессивных детей в возрастной группе 7-11 лет оказались ниже социально-экономический статус семьи и образовательный уровень родителей; более частыми были семейные конфликты. Для этого возраста снижается роль перинатальной патологии и гипоксии мозга плода или ребенка. В 7-11 лет более отчетливо выступают проблемы, связанные с поведением ребенка, школьной успеваемостью, агрессивными увлечениями; его адаптационными и коммуникативными возможностями.

Таким образом, анализ показателей коэффициента Кульбака-Лейблера показывает, что агрессивное поведение у детей 3-6 лет связано, скорее с биологическими факторами (перинатальная энцефалопатия, влияние мужских половых гормонов), а также с ранним негативным эмоциональным опытом. Напротив, агрессивное поведение у детей 7-11 лет больше объясняется неблагоприятным микросоциальным окружением (негативная роль отца, родительская агрессия), а биологические факторы (темперамент ребенка, симптомы СГДВ и ОВР) играют второстепенную роль.

Необходимо также отметить, что показатели коэффициента Кульбака-Лейблера оказались гораздо ниже (от 0,29) для всех факторов риска агрессивного поведения в возрасте 7-11 лет, чем в возрасте 3-6 лет (от 1,61). Это, вероятно, связано с тем, что с возрастом увеличивается количество и усложняется качество взаимоотношений биологических и социальных факторов, которые способствуют становлению повышенной агрессивности у детей. Поэтому связь каждого из них, взятого в отдельности, ослабевает, что находит свое отражение в снижении показателей коэффициента Кульбака-Лейблера.

Выводы:

1. Распространенность агрессивного поведения в общей популяции дошкольников и младших школьников довольно высока. В среднем примерно половина детей демонстрирует различные формы агрессивного поведения (физическая, косвенная, вербальная агрессия, зооагрессия, враждебность). Однако, в подавляющем большинстве случаев агрессивные реакции являются результатом биологического и психосоциального созревания личности ребенка.

2. Возраст от 3 до 6 лет можно считать наиболее рискованным с точки зрения проявления несоциализированных (открытых, явных) форм агрессии, в большей степени для мальчиков, и в меньшей – для девочек. Преобладание агрессивного поведения у мальчиков свидетельствует о более высоком риске антисоциального поведения у мужского пола в целом.

3. Возраст 7-11 лет характеризуется более высоким уровнем адаптации, коммуникативных способностей и навыков самоконтроля, что сопровождается снижением явных агрессивных реакций у детей обоего пола. Однако в этом возрасте растет риск агрессивного и аутоагрессивного поведения у девочек.

4. Наиболее значимые показатели риска агрессивного поведения у детей 3-6 лет, определенные при помощи коэффициента Кульбака-Лейблера, связаны с биологическими факторами (перинатальная энцефалопатия, влияние мужских половых гормонов), а также с ранним негативным эмоциональным опытом.

5. Агрессивное поведение у детей 7-11 лет связано скорее с неблагоприятными средовыми факторами (негативная роль отца, родительская агрессия, агрессивные увлечения), а биологические факторы (темперамент ребенка, симптомы гиперактивности, травматическое повреждение головного мозга) играют второстепенную роль.

Ограничения! Необходимо отметить, что речь идет лишь о приблизительных оценках распространенности того или иного поведенческого расстройства, поскольку данные основаны на материнских оценках поведения их собственных детей.

Литература:

1. Евменова Е.В. Агрессия и вандализм // Применение психологических знаний в юридической практике. Тезисы докладов научно-практической конференции. – Уфа, 1991. – С. 37-40.
2. Скороходова А.А. Граффити: значение, мотивы, восприятие // Психологический журнал. – 1998. – Том 19, № 1. – С. 144-154.
3. Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Preventive Psychiatry. Violent behavior in children and youth: preventive intervention from a psychiatric

- perspective // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1999. – Vol. 38, № 3. – P. 235-241.
4. Loeber R., Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood // Annu. Rev. Psychol. – 1997. – №48. – P. 371-410.
 5. Repo E., Virkkunen M., Rawlings R., Linnoila M. Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists // Acta Psychiatr. Scand. - 1997. - Vol. 95, № 4. – P. 318-323.
 6. Scott S. Aggressive behavior in childhood // BMJ. – 1998. – № 316. – P. 202-206.
 7. Sholevar G. (ed): Conduct Disorders in Children and Adolescents. Washington, DS, American Psychiatric Press, 1995.
 8. Steiner H., Cauffman E. Juvenile justice, delinquency, and psychiatry // Child and adolescent psychiatric clinics of North America. – 1998. – № 3. – P. 653-672.
 9. Tricker R., Casaburi R., Storer T.W. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. –1996. – № 10. – P. 3754-3758.
 10. Van Goozen S.H., Cohen Kettenis P.T., Gooren L.J. et al. // Psychoneuroendocrinol. – 1995. – Vol. 20, № 4. – P. 343-363.

ФАКТОРЫ РИСКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ (на примере г. Уфы)

Р.М. Масагутов, В.А. Юлдашев

Башкирский ГМУ, г. Уфа

С целью оценки распространенности и определении факторов риска агрессивного поведения в общей популяции детей от 3 до 11 лет обследовано 197 детей 3-6 лет

(97 мальчиков и 100 девочек) и 1080 детей 7-11 лет (492 мальчика и 588 девочек), посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ), либо обучающихся в средних школах г. Уфы.

Показано, что примерно половина детей демонстрирует различные формы агрессивного поведения (физическая, косвенная, вербальная агрессия, зоосадизм, враждебность). Однако в подавляющем большинстве случаев агрессивные реакции являются результатом биологического и психосоциального созревания личности ребенка.

Ключевые слова: агрессия, дети.

RISK FACTORS AND DISTRIBUTION OF CHILD AGGRESSIVE BEHAVIOR IN THE GENERAL POPULATION (FOR EXAMPLE, UFA)

R.M. Masagutov, V.L. Yuldashev

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

In order to assess the prevalence and identify risk factors for aggressive behavior in the general population of children ages 3 to 11 years were examined 197 children of 3-6 years (97 boys and 100 girls) and 1,080 children aged 7-11 years (492 boys and 588 girls) attending day preschool (DDU), or students in secondary schools in the city of Ufa.

It is shown that about half of the children demonstrating various forms of aggressive behavior (physical, indirect, verbal aggression, zoosadizm, *hostility*). However, in most cases, aggressive reactions are the result of biological and psychosocial maturation of the child.

Keywords: aggression, and children.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА, СКЛОННОГО К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Н.Г. Церковникова

Уральская государственная юридическая академия, г. Екатеринбург

E-mail автора: Natalyts@e1.ru

Известно, что пик суицидальных действий приходится на период полового созревания. Подростковый возраст и ранняя юность представляет собой группу повышенного риска, так как сказываются внутренние трудности переходного возраста, начиная с психогормональных процессов и заканчивая построением Я-концепции; появляются противоречия, обусловленные перестройкой механизмов социального контроля.

Анализ результатов теоретических и эмпирических исследований позволяет констатировать у подростка с девиантным поведением следующие психологические особенности:

- неприятие педагогических воздействий;
- неумение преодолевать трудности;
- игнорирование препятствий; сверхнапряженность;

– апатичная подчиненность группе с асоциальными установками;

– сниженная самокритичность, экстернальный локус контроля;

– синдром тревожного ожидания, неуверенность в себе;

– негативные установки к учебной деятельности, физическому труду, к себе и окружающим людям;

– слабость самоконтроля; крайняя степень эгоцентрированности;

– агрессивность;

– эмоциональная неустойчивость.

Статистика утверждает, что лишь в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), а в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи».

Цель исследования: изучение психологических особенностей личности подростка, склонного к суицидальному поведению.

Материал и методы исследования.

Обследованы 50 подростков (25 девочек и 25 мальчиков) в возрасте от 14 до 16 лет, учеников общеобразовательной школы г. Екатеринбург.

Исследование проводилось при помощи следующих методик: шестнадцатифакторный личностный опросник Р. Кеттела (16 PF), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е., опросник «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП) А.Н. Орла.

Результаты исследования и обсуждение.

По результатам шкалы склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению (СОП) вся выборка была поделена на подгруппы с учетом полового признака. Среди участников исследования склонность к суицидальному поведению была выявлена у 48% мальчиков и 36% девочек.

Мальчики, с повышенной суицидальной готовностью, проявляли большую склонность к преодолению норм и правил ($U=22,5$; $p=0,002$), аддиктивному ($U=22$; $p=0,002$) и делинквентному поведению ($U=18,5$; $p=0,001$), а также тенденцию к агрессии и насилию ($U=8$; $p<0,001$) по сравнению с мальчиками, без суицидальных аддикций.

Девочки, группы повышенного риска в отличие от здоровых, демонстрировали склонность к преодолению норм и правил ($U=24,5$; $p=0,007$), к агрессии и насилию ($U=22$; $p=0,004$), к делинквентному поведению ($U=15$; $p=0,001$). Они же не принимали женскую социальную роль ($U=11$; $p<0,001$).

Мальчики, проявляющие низкую ценность собственной жизни и склонность к риску, саморазрушению обладали слабым характером, были мечтательны, зависимы, непрактичны (фактор I, 16PF) ($rs=0,710$, $p<=0,001$). Слабость волевого контроля эмоциональных реакций у мальчиков сочеталась с застенчивостью, робостью, чувством собственной недостаточности ($rs = -0,626$, $p<=0,05$). Хитрость и проницательность (фактор N, 16PF) позволяла мальчикам, с суицидальной готовностью, проявлять большую склонность к преодолению норм и правил, неконформистские тенденции во взаимодействии ($rs = 0,604$, $p<=0,05$). Агрессивность и насилие со стороны подростков выступали результатом недовольства и фрустрированных потребностей (фактор F3, 16PF) ($rs = - 0,738$, $p<=0,001$).

Девочек, склонных к саморазрушающему и делинквентному поведению, можно охарактери-

зовать как не принимающих женскую социальную роль, отвергающих традиционные женские ценности, реализующих мужские стереотипы поведения ($rs = - 0,692$, $p<=0,05$). Показатель высокой готовности девочек к реализации делинквентного поведения находился в прямой значимой связи с проявлениями слабости, зависимости, недостаточной самостоятельности (фактор I, 16PF) ($rs=0,733$, $p<=0,05$). Показатель склонности к преодолению норм и правил находился в прямой значимой связи с фактором интраверсии-экстраверсии ($rs=0,698$, $p<=0,05$). Таким образом, изначально успешное установление социальных контактов девочками способствует дальнейшему проявлению негативизма и неконформистских установок.

Показатель истероидной акцентуации характера у девочек находился в обратной значимой связи с показателем склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению ($rs = - 0,703$, $p<=0,05$).

Своевременное обращение внимания со стороны родителей и педагогов на специфику формирования личностных особенностей подростков, склонных к суицидальному поведению, поможет остановить нежелательное формирование их личностей, предотвратить возникновение большой утраты. Коррекционно-развивающие программы, с нашей точки зрения, должны быть ориентированы на формирование навыков к самопознанию, саморазвитию, самореализации, развитие мотивации к достижению позитивных жизненных целей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА, СКЛОННОГО К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Н.Г. Церковникова

Уральская ГЮА, г. Екатеринбург

В работе рассматриваются личностные особенности девочек и мальчиков, склонных к суициду, а также специфика их отклоняющегося поведения.

Ключевые слова: личность, отклоняющееся и суицидальное поведение

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PERSON OF THE TEENAGER INCLINED TO SUICIDE BEHAVIOR

N.G. Tserkovnikova

In article personal features of girls and the boys inclined to a suicide, and also specificity of their deviating behavior are considered.)

Keywords: the person, deviating and suicide behavior.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (Забайкальский край, г. Чита)

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

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

E-mail авторов: tat-zlova@yandex.ru

Целью настоящего исследования стало изучение социально-психологических особенностей детей и подростков парасуицидентов.

Материал и методы исследования.

В ходе выполнения работы сплошным методом были обследованы 28 детей в возрасте от 0 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в соматический стационар (Краевая детская клиническая больница и отделение токсикологии Городской клинической больницы №1 г. Читы) в 2010-2011 гг.

Социально-демографический анализ показал преобладание респондентов, проживающих в городе (n=23, 83%), меньшую часть составили жители сельской местности. По возрасту большую часть обследованных составили подростки (n=23, 81%), меньшую (n=5, 19%) – дети до 14 лет. Более половины респондентов, на момент совершения суицида, обучались в средних и средне-специальных учебных заведениях (учащиеся школ – 42%, ПУ – 21%), либо нигде не учились (32%). Гендерный анализ выявил отчетливое преобладание девочек: в младшей возрастной группе (0-14 лет) соотношение девочек : мальчиков составило 4:1, в старшей (15-18 лет) – 3:1.

Преобладающим способом парасуицидов у подростков было самоотравление, у детей до 14 лет отмечены также случаи нанесения самопорезов, самоповешения и прыжка с высоты.

В числе основных причин попытки суицида обследуемые называли:

- конфликт с родителями (n=9, 31%);
- конфликт в школе с учителями / одноклассниками (n=5, 17%);
- «несчастную любовь» (n=5, 17%);
- ссору с братом / сестрой – (n=3, 11%).

При этом подавляющее большинство подростков (n=18, 79%) имели неудовлетворительную или посредственную успеваемость в школе, и одной из основных причин конфликтов с родителями и учителями была именно школьная успеваемость.

Все подростки были признаны психически здоровыми, лишь у одного суицидальная попытка была обусловлена имеющейся психопатологической симптоматикой (шизофрения с бредовыми идеями).

Подробный социально - психологический анализ, на наш взгляд, целесообразней провести на примере подростков – как более многочисленной группы. Анализ преморбидных особенностей позволил выявить у большей части подростков (n=18, 79%) наличие акцентуации характера: чаще астенического, психастенического, сензитивного (всего 60%), а также истеро-возбудимого (15%) типов. У 9% респондентов выявлена психопатологически отягощенная наследственность, у 13% подростков отмечено наличие суицидов среди близких родственников. Два респондента из обследуемой группы (11%) совершили суицидальную попытку повторно, при этом у одного из них в анамнезе более 2-х попыток.

Отмечено, что 14% подростков на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного опьянения.

Анализ микросоциальных факторов показал, что большая часть подростков - парасуицидентов воспитывались в неполных и многодетных семьях. Анализ стиля воспитания в семье показал преобладание гипоопеки (n=11, 50%) – в этих семьях наиболее часто, по сравнению с другими, отмечалось злоупотребление алкоголем родителями и жестокое обращение с детьми (со слов подростков, оба фактора, главным образом, характерны для отца, нежели для матери).

Для выявления особенностей межличностных отношений и характера коммуникаций в семье использовали проективную методик «Рисунок семьи». Большинство подростков (n=17, 75%) рисовали «себя» внизу, либо в стороне от остальных членов семьи, что свидетельствует о переживании эмоциональной отверженности и отчужденности. При этом «собственная фигура» была размером меньше, по сравнению с остальными членами семьи, что может говорить о наличии заниженной самооценки. У половины подростков в рисунке видны различные нарушения детско-родительских отношений: конфликты (главным образом, с отцом или отчимом) или наоборот, симбиотическая привязанность (чаще к матери).

Выявлена коморбидность суицидального поведения с другими видами девиантного поведения: употребление алкоголя и курение (n=12, 55%), эпизоды бродяжничества (n=9, 40%)

Выводы.

Таким образом, можно отметить основные черты подростка, входящего в группу риска совершения суицидальной попытки:

- подростковый возраст (15-18 лет);
- женский пол;
- наличие акцентуации характера (главным образом, тормозного круга);
- проживание в неполной, многодетной, социально неблагополучной семье;
- семейное воспитание по типу гипоопеки (в особенности в сочетании с жестоким обращением и алкоголизацией отца или отчима);
- наличие других форм девиантного поведения.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ НЕЗАВЕРШЕННЫХ
СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(Забайкальский край, г. Чита)

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

Читинская ГМА, г. Чита

Проведен проспективный анализ. Представлен социально-психологический портрет детей и подростков, проживающих в Забайкальском крае, совершивших суицидальную попытку.

Ключевые слова: суицид, дети, подростки.

SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF
INCOMPLETE SUICIDES AT CHILDREN AND
TEENAGERS (Transbaikalian edge, Chita)

T.P. Zlova, A.N. Ishimbaeva, V.V. Akhmetova

Prospective analysis was made. The socially-psychological portrait of children and the teenagers living in Transbaikalian edge, made suicidal attempt is presented.

Keywords: suicide, children, teenagers.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В Г. ИРКУТСКЕ

О.П. Ворсина

Областная клиническая психиатрическая больница №1, г. Иркутск

E-mail автора: ovorsina@mail.ru

Цель исследования: оценка частоты суицидального поведения среди детей и подростков г. Иркутска с учетом их основных медико-социальных характеристик.

Материал и методы. С помощью эпидемиологического метода изучена частота покушений на самоубийство среди детей и подростков г. Иркутска за период 2006-2009 гг.

Использовались данные Городской станции скорой и неотложной медицинской помощи (ГССМП) г. Иркутска, Областного токсикологического центра, Городской Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска. Всего выявлено 833 случая суицидальных попыток. Из них дети в возрасте 10-14 лет составили 9,1% (n=76); подростки 15-19 лет – 90,9% (n=757).

Результаты и обсуждение. Ввиду того, что данные о количестве суицидальных попыток детей и подростков по городу Иркутску за предыдущие годы отсутствуют, можно лишь констатировать факт высоких показателей суицидальных попыток за 2006-2009 гг. (53,3-79,0 на 100000 населения у детей 10-14 лет и 440,2-507,4 на 100000 населения у подростков 15-19 лет).

Соотношение числа суицидальных попыток детей 10-14 лет и подростков 15-19 лет колеба-

лось от 1:5,9 до 1:8,5. При сравнении распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток детей и подростков за 2006-2009 гг. оказалось, что динамика их соотношения представлена как 1:19,8; 1:28,4; 1:26,7; 1:50,2.

Соотношение полов, как среди детей, так и подростков, указывает на большую представленность покушений на самоубийство среди лиц женского пола: среди детей 9-14 лет – от 1:1,3 до 1:3,7; среди подростков – от 1:1,8 до 1:2,1.

По социальному положению дети и подростки, совершившие суицидальные попытки, распределились следующим образом:

- лица, нигде не учащиеся и не работающие – от 35,0 до 38,3%;
- учащиеся школ – 20,1-23,4%;
- учащиеся средних специальных учебных заведений – 18,0-22,9%;
- студенты ВУЗов – 10,9-13,5%.
- рабочие и служащие, совершившие суицидальные попытки – 9,0-13,5%.

При анализе представленного материала обращает внимание высокий процент детей и подростков, дезадаптированных в учебно-трудовой сфере.

Изучение способов покушений на самоубийство показало, что дети и подростки, со-

вершившие суицидальные попытки в 2006-2009 гг., наиболее часто прибегали к отравлению, в первую очередь медикаментозными препаратами (60,3-64,5%), и самопорезам (31,0-35,5%). Реже отмечался такой способ как повешение (2,5-3,5%).

У лиц мужского пола за анализируемый период доминировали самопорезы (51,4-61,5%), реже встречались отравления (30,8-41,2%) и повешение (5,7-7,4%). Девушки и девочки чаще всего прибегали к отравлению медикаментозными средствами (72,9-78,0%), реже – наносили себе резаные раны (20,5-24,3%) и пытались повеситься (0,7-1,5%).

Серьезность суицидальных намерений при суицидальных попытках детей и подростков г. Иркутска можно проследить по результатам вызовов бригад ГССМП. В большинстве случаев требовалась токсикологическая помощь (33,0-41,0%) и госпитализация детей и подростков в соматические стационары (16,5-21,1%). В психиатрические стационары были госпитализированы от 2,0 до 3,8% суицидентов. Для четверти детей и подростков, совершивших суицидальные попытки, помощь, оказанная силами бригад ГССМП по месту вызова, оказалась достаточной и не влекла за собой госпитализацию в лечебные учреждения.

Проведенное исследование позволило выявить следующие особенности суицидального поведения детей и подростков г. Иркутска:

1. Подавляющее число в детско - подростковой выборке г. Иркутска, совершивших суицидальные попытки, составляли подростки 15-19 лет.

2. Преобладание среди парасуицидентов лиц женского пола в соотношении до 1:3,7 среди детей и 1:2,1 среди подростков.

3. Преобладание среди парасуицидентов лиц, дезадаптированных в учебно-трудовой сфере.

4. До 2/3 суицидентов прибегли к такому способу покушения на самоубийство как отравление медикаментозными препаратами, 1/3 суицидентов – к самопорезам;

5. Девочки и девушки в 72-78% случаев из всех способов выбирали отравление медикаментами; мальчики и юноши чаще предпочитали нанесение самопорезов (51,4-61,5%).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости неотложной разработки комплексной медико-психолого-педагогической программы по превенции суицидального поведения детей и подростков.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В Г. ИРКУТСКЕ

О.П. Ворсина

ОКПБ №1, г. Иркутск

Изучена частота покушений на самоубийство среди детей и подростков г. Иркутска за 2006-2009 гг. Проведен анализ распространенности суицидальных попыток в зависимости от пола, возраста, социального статуса, описаны наиболее часто встречающиеся способы парасуицидов.

Ключевые слова: суицидальные попытки, дети, подростки.

SUICIDAL ATTEMPTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN IRKUTSK

O.P. Vorsina

Regional psychiatric hospital № 1, Irkutsk, Russia

The prevalence of suicide attempts among children and adolescents of Irkutsk in the period between 2006 and 2009 is reviewed. The prevalence of attempted suicide versus socio-demographic variables such as gender, age and social status is examined and oft-occurring methods of parasuicides are described.

Keywords: suicidal attempts, children, adolescents.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Т.Д. Азарных

Воронежская государственная технологическая академия, г. Воронеж

E-mail автора: azarnykh_t@mail.ru

Посттравматический стресс [крайняя выраженность - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)] включает весь спектр нарушений психики, возникающих после стрессов, связанных с переживанием страха, ужаса или беспомощности [4]. СИ являются инициальной частью суицидального поведения [1; 2].

Цель исследования: изучение выраженности суицидальных мыслей – идеаций (СИ) при посттравматических стрессах (ПС) в юношеском возрасте.

Материал и методы исследования.

В исследовании были использованы тесты: Миссисипская шкала (MS, гражданский вариант, Кин Т.М.) [4]; SCL-90-R, Derogatis L. [4]; BDI

(депрессия, Бек А.) [4]; LEQ (виды стрессов и их балльная оценка) [4]. В группу с наличием СИ вошли студенты, у которых регистрировались положительные ответы (есть мысли о суициде) в разной степени выраженности хотя бы в одном из трех тестов (MS, BDI, SCL-90-R).

Исследования проведены на студентах дневных отделений государственных ВУЗов г. Воронежа инженерных и экономических специальностей в возрасте 18-20 лет в течение 2003-2011 г.г. Всего в исследовании приняли участие 1789 человек (1213 девушек и 576 юношей). В качестве контрольных служили две группы:

1) были стрессы из опросника LEQ, но нет ПС (+стрессы);

2) не было стрессов из этого опросника (0-стрессы).

В группе с острой реакцией на стресс (ОРС) после психотравмы прошло менее месяца, а в группе с ПС – не менее полугодия. Статистическая обработка данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов (SPSS, версия 13).

Результаты исследования и обсуждение.

Установлено, что в группе с посттравматическими стрессами суицидальные идеации встречаются чаще, чем в контрольной (+стрессы) у девушек в 2,8 раза, а у юношей в 3,9 раза и составляет 45,3% и 37,5% против 16,2% и 9,7% соответственно (χ^2 -Пирсона = 102,908 и 52,178, $p = 0,000$ в обоих случаях). По сравнению с группой, в которой не было стрессов (0-стрессы), частота встречаемости суицидальных идеаций выше у девушек в 4,8 раза и в 4,2 раза у юношей (9,5% и 9% соответственно). Таким образом, при ПС почти каждая вторая девушка и каждый третий юноша имеет СИ. Установлена также достоверно более частая встречаемость СИ при ПС по сравнению с группой с ОРС у девушек и отсутствие разницы у юношей. Это означает, что СИ возникают очень рано после психотравмы, в течение первого месяца, и в дальнейшем их частота не редуцируется у юношей и учащается у девушек.

Достоверной разницы в частоте встречаемости СИ между группами переживших стрессы (+стрессы) и не переживавших их (0-стрессы) не установлено ни у девушек, ни у юношей. Это означает, что тяжелые стрессы, которые не привели к развитию посттравматических стрессов, не увеличивают частоту появления СИ. Частота встречаемости СИ в этих группах совпадает с таковой, установленной в восточных регионах страны (10%) [3]. Частота встречаемости СИ различается в зависимости от тяжести посттравматических стрессов. В качестве границ, определяющих группы тяжести посттравматических

стрессов, были выбраны квартили распределения MS (нижние 25% – «нет ПС», 26-75% – «частичный ПС» и выше 75% – «ПС»). Точками деления служили следующие баллы: 79 и 104 у девушек и 78 и 103 у юношей. Установлено, что частота встречаемости СИ в ряду «нет ПС» – «частичный ПС» – «ПС» растет как у девушек, так и у юношей и составляет 14,0% – 40,3% – 85,0% у первых и 9,1% – 28,4% – 84,1% у вторых (χ^2 -Пирсона = 123,73 и 59,01, $p = 0,000$ в обоих случаях). Таким образом, самая высокая частота встречаемости в группе с ПС при баллах MS, превышающих 103 и 104 соответственно. Следовательно, наибольший вклад в возникновение СИ вносят средне и тяжело протекающие посттравматические стрессы.

Установлена также связь между количеством пережитых стрессов и их общим баллом и частотой суицидальных идеаций. Так, при посттравматических стрессах у девушек в группе с СИ количество стрессов составляет 5,8 (SD=3,6) против 4,5 (SD=2,9), общий балл стрессов – 18,8 (SD=14,1) против 13,5 (SD=9,9) ($p=0,000$ в обоих случаях), а у юношей 6,0 (SD=3,4) против 5,3 (SD=3,0) (разница недостоверна), общий балл стрессов – 18,4 (SD=12,9) против 13,3 (SD=9,5) ($p=0,007$). Это означает, что рост количества пережитых стрессов будет увеличивать выраженность суицидальных идеаций у девушек, а рост общего балла стресса, отражающего степень актуализированности прошлых стрессов при текущем ПС, будет увеличивать выраженность СИ как у девушек, так и у юношей. Иначе говоря, последний стресс, приведший к суициду, может быть «последней каплей горя», за которой тянется шлейф стрессов.

Таким образом, суицидальные идеации возникают в первый месяц после психотравмы и имеют наибольшую частоту встречаемости в группе с текущим посттравматическим стрессом. Частота встречаемости СИ зависит от количества пережитых стрессов. Это значит, что превенция суицидов должна включать дезактуализацию стрессов. Тезис о том, что суицид – выбор каждого человека и не стоит ему мешать в этом, является неверным, т.к. суицидальные идеации, являющиеся инициальной стадией суицидального поведения, связаны с пережитыми психотравмами в детстве, подростковом возрасте и юности. Эти психотравмы являются результатом, прежде всего, агрессии по отношению к детям и отражают неблагополучие самого общества.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды МНИИП, 1978. – Том 82. – С. 6-28.

2. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19. Вып. 2. – С. 17-25.
3. Дубровская О.В. Психологические особенности учащихся и студентов подростково-юношеского возраста с наличием суицидальных мыслей в состоянии дезадаптации. Автореферат: канд психол. наук. – СПб.: СПб НИИПИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 20 с.
4. Тарабрина Н.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1. Теория и методы. Психология посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Т.Д. Азарных

Воронежская ГТА, г. Воронеж

Изучена выраженность суицидальных мыслей при посттравматических стрессах в юношеском возрасте. Показа-

но, что суицидальные идеации возникают в первый месяц после психотравмы и имеют наибольшую частоту встречаемости в группе с текущим посттравматическим стрессом. Частота встречаемости СИ зависит от количества пережитых стрессов.

Ключевые слова: суицидальные идеации, посттравматические стрессы.

SUICIDAL IDEATION AMONG STUDENTS

T.D. Azarnyh

State Technological Academy, Voronezh, Russia

Studied the expression of suicidal thoughts in post traumatic stress in young age, those. It is shown that suicidal ideation occur in the first month after the trauma and have a higher incidence of NAI-occurrence in the group with the current post-traumatic stress. The frequency of encounters of SR-bridge depends on the number of stressful experiences.

Keywords: suicidal ideas, posttraumatic stress.

К ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДОВ ПРИ ОСТРЫХ И ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

А.М. Бардеништейн, Г.А. Алешкина, Я.М. Славгородский, А.Г. Крупкин

Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

E-mail: gallka82@yandex.ru

Данные многих исследований указывают на ежегодный рост числа суицидов, в основном совершаемых лицами, страдающими психическими заболеваниями. К отдельной группе суицидального риска относятся больные с острыми и преходящими психотическими расстройствами, в силу особенностей клинической структуры психотического состояния. Острые психозы, в большинстве случаев, характеризуются доминированием в клинической картине острого чувственного бреда, аффективных нарушений, нередко депрессивного спектра, психомоторного возбуждения с импульсивными действиями, что сопряжено с высоким суицидальным риском.

Цель исследования: клинический и психометрический анализ депрессивных нарушений и суицидальных тенденций в структуре острых преходящих психотических расстройств.

Материал и методы.

Обследован 21 больной мужского пола в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст 27,3±8 года), с развившимся, впервые в жизни, острым психотическим состоянием. В соответствии с критериями МКБ–10 эти психотические эпизоды были квалифицированы как острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0), другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства

(F23.3), другие острые и преходящие психотические расстройства (F23.8). Использовались клинико - психопатологический, психометрический, статистический методы. Для объективизации результатов исследования применялась шкала HDRS–21 (шкала Гамильтона М. для оценки депрессий, Hamilton M., 1967).

Результаты исследования и обсуждения. Средняя длительность психоза составила 8,8±8,6 суток. В связи с ненормальным распределением значений вариационного ряда для оценки продолжительности психотического состояния применялся анализ квартильных соотношений, по результатам которого, у 25% больных длительность психотического эпизода составила 1 день, у 50% пациентов – от 6 до 12 дней и от 12 до 30 дней у 25% обследованных. У 47,6% больных психотическое состояние дебютировало нарастанием тревожно – депрессивной симптоматики. Средний балл тяжести депрессии в структуре психотического состояния составил 26,7±5,3, что во всех случаях соответствовало депрессивному эпизоду тяжелой степени. Суицидальные тенденции отмечались у 30% пациентов с депрессивной симптоматикой, при этом 20% больных с депрессивными симптомами в структуре психоза предприняли серьезные суицидальные попытки. Во всех случаях паци-

енты «внезапно осознали, что должны умереть» и совершили самоповешение, сопровождавшееся тяжелой странгуляционной асфиксией с коматозным состоянием, эпилептиформным синдромом в раннем postanоксическом периоде, амнезией суицидальной попытки, явлениями энцефалопатии. Все больные с суицидальными тенденциями имели общий балл шкалы Гамильтона более 30 (от 32 до 37 баллов).

Структура психотического состояния определялась как депрессивно-параноидная, с клинически очерченными идеями вины, отношения, преследования. В целом сочетание депрессивной и бредовой симптоматики определялась у 28,6% всех обследованных больных, что свидетельствует о высоком потенциальном риске самоповреждений у пациентов с острыми переходящими психотическими расстройствами.

Выводы: Таким образом, острые психотические состояния в половине случаев дебютировали депрессивной симптоматикой, достигавшей тяжелой степени на высоте психоза. Аффективные нарушения в сочетании с бредовыми идеями персекуторной тематики образуют сложные симптомокомплексы в структуре острых переходящих психотических расстройств. Полученные результаты демонстрируют неоднородность клинической картины, требующую дальнейшего

изучения синдромальной структуры этих состояний, а также закономерностей динамического взаимодействия аффективных и психотических симптомов.

К ПРОБЛЕМЕ СУИЦИДОВ ПРИ ОСТРЫХ И ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

*Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешикина,
Я.М. Славгородский, А.Г. Крупкин*

Московский ГМСУ, г. Москва

Работа посвящена проблеме суицидального риска у больных с острыми переходящими психотическими расстройствами. Представлены данные, касающиеся аффективной симптоматики в структуре острых психотических состояний.

Ключевые слова: суицид, острое психотическое состояние

THE PROBLEM OF SUICIDE IN PATIENTS WITH ACUTE PSYCHOSES

*L.M. Bardenstein, G.A. Aleshkina,
Y.M. Slavgorodsky, A.G. Krupkin*

This article describes the problem risk of suicide in patients with acute psychosis. Ours data concerned affective symptoms in structure of acute psychotic disorder.

Keywords: suicide, acute psychosis.

САМОУБИЙСТВО КАК МНОГОФАКТОРНОЕ ЯВЛЕНИЕ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА

Т.Г. Опенко¹, М.Г. Чухрова²

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск¹

Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск²

Психоэмоциональная сфера человека является важным и самым чувствительным индикатором неблагополучия окружающей среды. В книге «Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля» академик В.П.Казначеев высказывает предположение, что мозг является органом, непосредственно воспринимающим комплекс физических факторов, проникающих на Землю из Космоса [1]. В литературе появляется все больше данных, подтверждающих, что головной мозг человека и его психические функции зависят от геомагнитного состояния среды, от сил гравитации, активности Солнца, космических лучей и метеорологических факторов. Это подтверждено работами отечественных ученых К.В. Судакова, Е.А. Умрюхина, Б.М. Кершенгольца, Л.И. Афтанаса, Д.В. Девицина, В.Ю. Куликова, К.В. Гайдуля, Е.Б. Бурлаковой и других [2-9].

Исследования Т.Т. Schory, N. Piecznski, S. Naig и др. показали связь между частотой гелиогеомагнитных возмущений и числом обращений за психиатрической помощью. Была выявлена связь между гелиогеофизическими факторами и обострением депрессивного состояния [10], были описаны метеореакции у здоровых людей в периоды неблагоприятных погодных условий, которые выражались в изменении настроения и появлении головных болей [11]. Количество ошибок у летчиков, в периоды геофизических возмущений увеличивается. Это сопровождается реакциями тревоги и утомления, замедлением условных рефлексов [12, 13].

В экстремальных по геофизическим и погодным условиям зонах в структуре личности начинают выступать ипохондрические черты, появляется склонность к плохому настроению, тревожность, ограничиваются социальные кон-

такты [14]. Это может приводить к ослаблению психической адаптации и к появлению пограничных нервно-психических расстройств.

На связь поведения человека с внешними природными факторами (солнечной активностью) впервые указал в начале прошлого века великий ученый, основатель гелиобиологии А.Л. Чижевский [15]. Современные исследования подтвердили его вывод о том, что законченные самоубийства имеют сезонность в виде весеннего пика и зимнего снижения у мужчин и весеннего (или в начале лета) и осеннего пиков (октябрь и ноябрь) у женщин [16-18]. Сейчас не вызывает сомнения, что помимо индивидуальных факторов, межличностных конфликтов и социальных предпосылок, внешние природные факторы оказывают существенное влияние на реализацию суицидального намерения [19-21].

Большие исследования по изучению связи самоубийств с космофизическими факторами показали связь частоты самоубийств с сезонами года и температурой окружающей среды. У мужчин найдена положительная связь с температурой и солнечной активностью и отрицательная - с влажностью воздуха и осадками. [21, 22]. В других исследованиях было найдено, что самоубийство значимо связано с внезапным изменением погоды [23]. Изучены отношения между Ариндексом геомагнитной штормовой активности и самоубийствами. Некоторые авторы описывают так называемые суицидальные эпидемии, связанные с сейсмической активностью Земной коры [24]. Современные исследования в области нейрофизиологии позволяют надеяться на получение дополнительных знаний в этой области. А в настоящее время результаты изучения влияния метеорологических факторов на самоубийства имеют еще неокончательный и иногда противоречивый характер. Это происходит из-за разнообразия методических подходов к изучению проблемы.

В качестве рабочей гипотезы исследования было выбрано предположение о том, что существует комплексное влияние гелиогеофизических, метеорологических, личностных и социальных факторов на смертность от самоубийств в популяции.

Цель исследования: изучить комплексное влияние личностных, социальных, гелиогеофизических и метеорологических факторов на частоту самоубийств в популяции Новосибирска, разработать и научно обосновать теоретическую модель формирования аутоагрессивного поведения и предложить пути профилактики суицидов на популяционном уровне.

Задачи исследования:

– провести анализ смертности от самоубийств и выявить группы риска;

– изучить общее влияние природных гелиогеофизических и метеорологических факторов на частоту самоубийств;

– выявить личностные особенности, способствующие суицидальному поведению;

– изучить частоту предшествующей самоубийству алкоголизации;

– на основе полученных данных разработать модель формирования аутоагрессивного поведения и предложить пути профилактики.

Материалы и методы.

В исследовании были использованы данные за 2001-04 гг., полученные из официальных источников:

– Федеральное бюро государственного комитета статистики по Новосибирской области – о смертности,

– Новосибирский городской гидрометеорологический центр – о ежедневном метеорологическом и геомагнитном состоянии;

– Новосибирская городская станция скорой медицинской помощи – о незавершенных самоубийствах;

– Новосибирское областное бюро СМЭ – о самоубийствах;

– данные обследования пациентов Новосибирской областной психиатрической больницы № 2 (в 2002–04 гг.).

Для исследования влияния природных факторов на смертность от самоубийств был применен метод сплошного наблюдения. Каждый случай самоубийства с кодом по МКБ-10 X70-X84 был сопоставлен с 8 гелиофизическими и метеорологическими показателями, которые наблюдались в этот день: числом Вольфа, Ар- и К-индексом, уровнем космического излучения, температурой воздуха, влажностью воздуха, атмосферным давлением и скоростью ветра. Полученная база данных была статистически обработана в пакете прикладных программ SPSS. Распределение всех переменных было нормальным, поэтому были использованы параметрические методы, а именно корреляционный анализ по Пирсону, t-тест сравнения средних величин для однородной выборки и сравнение средних при парном сочетании признаков.

Результаты исследования.

Было проанализировано 4148 суицида (82,6% мужчин и 17,4% женщин). Средний возраст совершения суицида у мужчин был 43,4 года и у женщин 52,0 года. Частота суицидов у мужчин составила 68,6; у женщин 12,5 на 100000 жителей (относительный показатель) или 58,8 / 100 000 и 9,3 / 100 000 соответственно (мировой стандарт).

Частота суицидов среди мужчин была в 5,5 раза выше, чем среди женщин. Наибольшая частота самоубийств у мужчин наблюдалась в воз-

растных группах 50-54 года, 70-74 года и 75 лет и старше, у женщин – в 65-69 лет, 70-74 лет и 75 лет и старше. Лиц в возрасте 70-74 и 75 лет и старше можно отнести к группе риска совершения суицида (оба пола).

Исследование влияния гелиогеофизических и метеорологических показателей на частоту самоубийств показало наличие значимых слабых положительных корреляций между частотой суицидов и величиной Ар-индекса (у мужчин коэффициент корреляции $r=0,25$, у женщин $r=0,22$), средней температурой воздуха (0,35 и 0,32 соответственно) и значимые слабые отрицательные корреляции между частотой суицидов и числами Вольфа (солнечная активность) (-0,27 и -0,22), атмосферным давлением (-0,29 и -0,21) и влажностью воздуха (-0,27 и -0,26).

Анализ по возрастным группам тоже показал наличие статистически значимых корреляций той же направленности между частотой суицидов и числами Вольфа, Ар-индексами, средней температурой воздуха и атмосферным давлением.

Сравнение средних частот суицидов в дни с разной интенсивностью природных факторов показало, что в дни с высокими показателями температуры воздуха, Ар- и К-индекса (4 квантиль) частота суицидов была больше и составила 2,7-3,0 случая в день у мужчин и 0,61-0,68 у женщин, а в дни с низкими показателями этих переменных частота суицидов была меньше и составила 2,0-2,4 случая в день у мужчин и 0,46-0,52 у женщин ($p<0,05$). И наоборот, в дни с высокими показателями чисел Вольфа, космического излучения, влажности и атмосферного давления частота суицидов была меньше и составила 2,3-2,4 в день у мужчин и 0,43-0,52 у женщин, а в дни с низкими показателями этих переменных частота суицидов была больше и составила 2,8-2,9 у мужчин и 0,64-0,72 у женщин. Таким образом, была показана связь между изменениями величины гелиогеофизических и метеорологических параметров и частотой самоубийств в популяции Новосибирска.

По данным Областного бюро СМЭ, в Новосибирске за период 2001-04 гг. произошло 1763 самоубийства (78,2% мужчин и 21,8% женщин). Алкоголь в крови суицидентов был обнаружен у 55,8±6,5% мужчин и 42,1±9,9% женщин.

В 2001-04 гг. в Новосибирске была зарегистрирована официально 2371 суицидальная попытка (29,1% мужчин и 70,9% женщин). Их истинное количество не известно. Состояние алкогольного опьянения во время оказания медицинской помощи отмечалось в 50,0% случаев; депрессия (соматогенная, эндогенная, реактивная) в 20,0%; демонстративные суицидальные попытки в 10,0%; ситуационные реакции с аффективными суицидальными попытками в 20,0%.

Детальный анализ показывает, что алкоголь в ряде случаев играл вспомогательную роль растормаживающего агента, облегчающего реализацию суицидального намерения.

В течение 2002-04 гг. на базе Психиатрической больницы №2 с целью выявления личностных особенностей, предрасполагающих к самоубийству, было проведено психологическое обследование мужчин, страдающих алкоголизмом ($n=188$). Лица, имевшие в анамнезе попытки самоубийства ($n=66$), составили основную группу и лица, не имевшие таких попыток ($n=122$), - контрольную. Был собран наркологический анамнез, проведено психологическое интервью, тестирование по методу Айзенка, Тейлор, Зунге и ассоциативный тест. Было найдено, что конституциональные личностные особенности парасуицидентов значительно отличались от личностных качеств людей без суицидальных попыток в анамнезе.

Различия в балльной оценке личностных особенностей у испытуемых отличались статистически значимо по всем показателям, кроме вегетативного компонента тревожности по Тэйлор (табл. 1).

Таблица 1
Личностные особенности пациентов, злоупотребляющих алкоголем

| Методика исследования | Количество баллов | | p |
|------------------------------------|-------------------|----------|-------|
| | Парасуициденты | контроль | |
| Экстраинтроверсия по Айзенку | 7,2±0,3 | 18,8±0,3 | 0,001 |
| Нейротизм по Айзенку | 18,1±0,4 | 14,5±0,3 | 0,001 |
| Неискренность по Айзенку | 1,8±0,1 | 2,8±0,1 | 0,027 |
| Депрессия по Зунге | 69,0±1,0 | 54,0±0,6 | 0,033 |
| Тревожность по Тейлор общая | 25,8±0,5 | 18,6±0,4 | 0,008 |
| Импрессивный компонент тревожности | 16,8±0,6 | 10,1±0,2 | 0,002 |
| Вегетативный компонент тревожности | 9,0±0,4 | 8,5±0,3 | 0,055 |
| Ассоциативный тест | 6,8±0,1 | 2,3±0,1 | 0,001 |

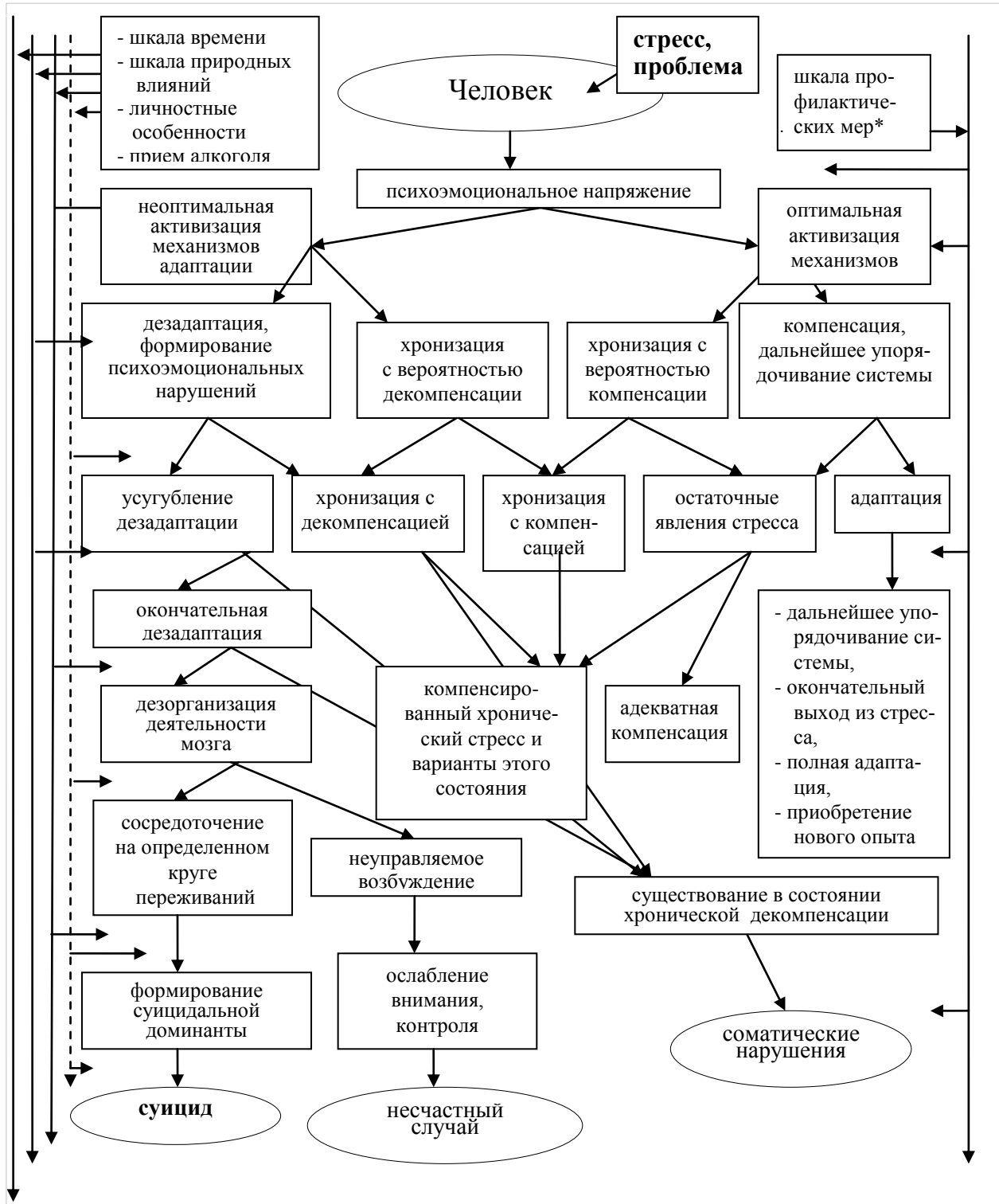
Такие конституциональные личностные особенности как интроверсия, ригидность, высокая тревожность, эмоциональная лабильность, склонность к депрессии и неспособность к компромиссам при стечении обстоятельств могут стать благоприятной почвой для развития суицидальности.

Психологическое обследование этой же группы парасуицидентов показало следующие основные побудительные мотивы:

- демонстративный характер попытки самоубийства ($n=22$; 33,3%);
- трудности в сфере межличностных отношений ($n=56$; 84,8%);
- вынужденное отчуждение от той социаль-

ной среды, к которой ранее принадлежал индивид (n=45; 68,2%),
 – интерперсональные кризисы, ощущение одиночества в мире (n=23; 34,8%);
 – ситуация нависшей тревоги (n=33; 50,0%);

– жизненный кризис, маргинальная ситуация (n=15; 23,1%);
 – чувство «реализованности жизни», ощущение отсутствия перспектив (n=18; 27,3%).



Примечание: * Под профилактическими мерами понимается составление прогноза и информирование населения о предстоящих неблагоприятных сочетаниях гелиогеофизических и метеорологических факторов, индивидуальная психотерапевтическая и медикаментозная профилактика среди лиц, относящихся к группам риска (незавершенные суициды в анамнезе, злоупотребление алкоголем, жизненный кризис и др.) и другие факторы, уменьшающие риск суицида.

Рис. 1. Модель влияния природных, личностных и социальных факторов на смертность от внешних причин.

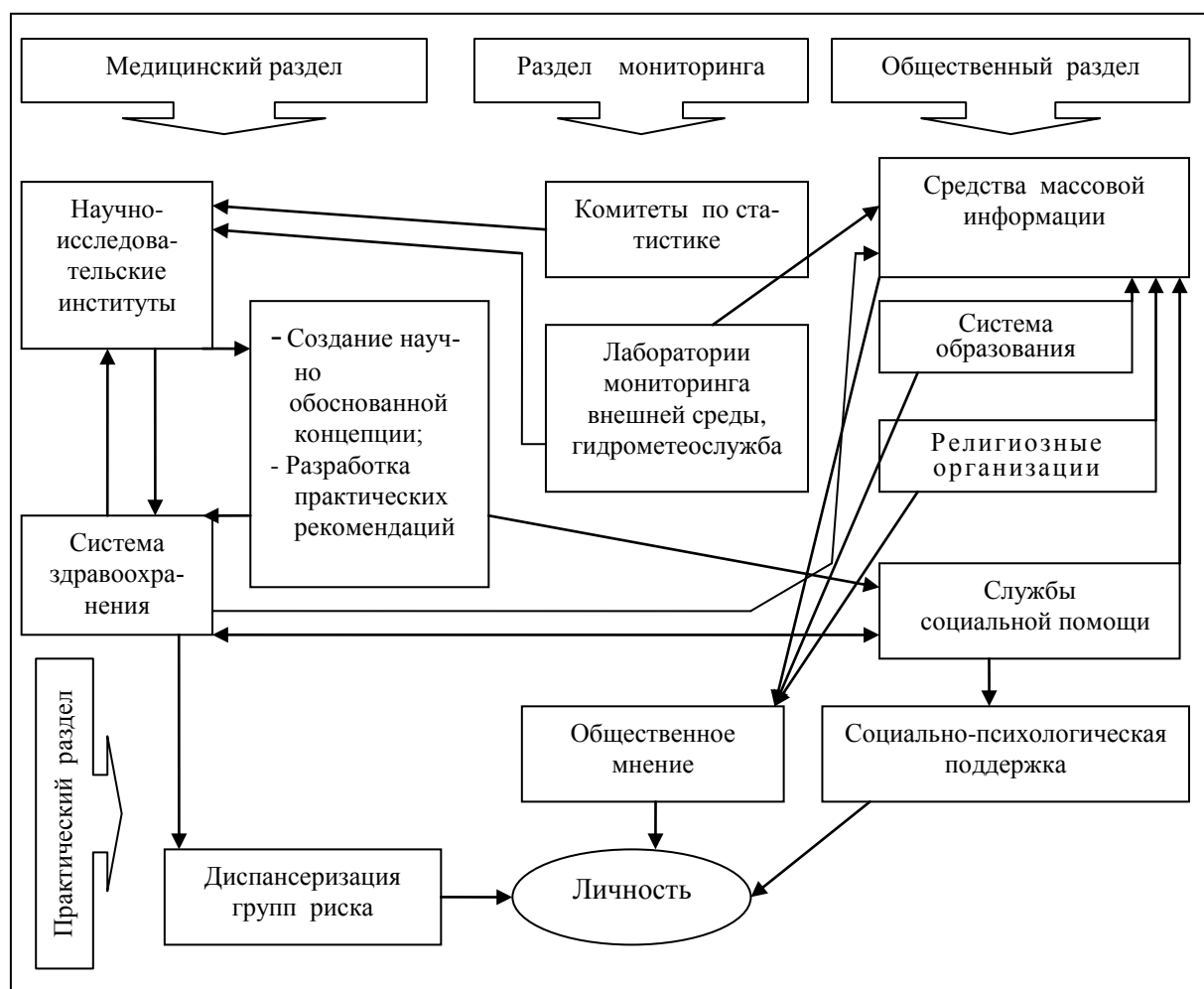


Рис. 2. Организационная схема профилактики суицидального поведения в современном обществе.

В целом, исследование показывает, что изменения параметров внешней среды в сочетании с социальными и психологическими предпосылками могут выступать в роли провоцирующих факторов неадекватных поступков, что отражается на уровне популяции в виде повышения частоты самоубийств.

Психологический ретроспективный анализ суицидов и обследование парасуицидентов показали, что самоубийству предшествует кризис. В момент кризиса незначительное воздействие может вывести систему из равновесия и послужить толчком для реализации суицидального замысла. Алкоголизация и гелиогеофизические факторы могут усиливать действие остальных предрасполагающих факторов до критической величины.

Все сказанное выше было представлено в виде теоретической модели влияния природных, социальных и личностных факторов на смертность от внешних причин. На рисунке 1 показано, что человек подвергается воздействию разнообразных факторов, которые приводят к возникновению состояния неравновесия, так называемой точки бифуркации. Внешним проявлени-

ем этого состояния становится психоэмоциональное напряжение. Ситуация развивается по бифуркационному типу. В зависимости от интенсивности и направленности факторов и их сочетания происходит выбор пути развития. В ответ на раздражение механизмы адаптации активизируются. Если они адекватны ситуации, наблюдается дальнейшее упорядочивание системы (адаптация, компенсация повреждения, получение нового опыта, усиление иммунитета).

Если адаптивные усилия организма недостаточны, развивается декомпенсация. По мере развития ситуации, периодически возникают новые точки бифуркации, в каждой из которых опять появляется возможность выбора из двух сценариев. Воздействующие извне и изнутри факторы при этом не остаются неизменными: меняется их сила и направленность. Результатом полной дезадаптации может стать, в отдельных случаях, самоубийство, несчастный случай или чаще всего - развитие соматических нарушений.

Представленная модель имеет универсальный характер. Это значит, что при любых сочетаниях внешних воздействий и внутренних качеств личности процесс стрессовой адаптации

будет развиваться именно таким образом, как представлено в модели. Поэтому исход процесса носит закономерный, прогнозируемый в рамках теории вероятности характер. Параллельные сценарии развития, после прохождения определенных моментов, становятся невозможными

Согласно нашей модели, развитие событий всегда происходит по дихотомическому типу. Это согласуется с теорией диссипативных систем, предложенной лауреатом Нобелевской премии И.Р. Пригожиным [24]. В рамках этой теории, учитывая свойство фрактальности окружающего мира, представленные нами основные этапы процесса адаптации могут быть перенесены на общество в целом [25].

Поскольку социальная значимость смертности от самоубийств очень велика, необходимо разработать меры профилактики. До сих пор не существует общей теории самоубийств. Наша модель может служить как основой для дальнейшей разработки такой теории, так и для планирования профилактических мероприятий, поскольку представляет явление смертности от внешних причин не как одномоментное непредсказуемое событие, не как случайность, а как определенную последовательность, цепь взаимосвязанных событий, исход которых можно прогнозировать. Это дает возможность увидеть точки приложения профилактических воздействий.

Исходя из этого, мы предлагаем принципиальную схему профилактики суицидального поведения (рис. 2). Интересы человека помещены в центр внимания таких важных социальных институтов, как наука, медицина, образование, церковь и служба социальной поддержки. Три составляющие профилактической работы, а именно: медицинская, информационная и общественная – взаимодействуют следующим образом. Мониторинг состояния природы и общества проводится органами государственной статистики, гидрометеоцентрами и лабораториями мониторинга окружающей среды. Эта информация обрабатывается и предоставляется для анализа в научные учреждения, которые разрабатывают научную концепцию и дают практические рекомендации учреждениям здравоохранения. Информация в виде сведений о днях с неблагоприятным сочетанием гелиогеофизических и метеорологических показателей, рекомендации врачей, ученых, психологов поступает в средства массовой информации – газеты, на телевидение и радио, публикуется в Интернете.

В учреждениях здравоохранения (в первую очередь, в наркологических, гериатрических и психологических службах) формируются группы высокого риска суицидального поведения и с ними проводится профилактическая работа, психотерапевтические сессии, медикаментозная под-

держка в случае необходимости. Специалисты этих служб работают с лицами, обращающимися по «телефону доверия». С группами риска проводят профилактическую работу специалисты службы социальной поддержки: помогают в трудоустройстве, в решении личных проблем.

Средства массовой информации, система образования и религиозные организации формируют общественное мнение, отрицательно оценивающее все варианты аутодеструктивного поведения членов общества и не допускающее романтического ореола вокруг него, особенно в молодежной среде.

В целом, это отражено на рисунке в практической составляющей профилактической работы: диспансеризация групп риска, социально-психологическая поддержка и формирование общественного мнения, объектом которых является личность.

Таким образом, нами доказано комплексное влияние внешних природных факторов, личностных особенностей и алкоголизации на частоту суицидов в популяции, на примере г. Новосибирска, и предложена принципиальная схема профилактических мероприятий для снижения частоты суицидов в современном российском обществе. Схема может служить основой для организации практических мероприятий. Радикально повлиять на уровень самоубийств в обществе можно только путем активной согласованной деятельности многих структур, способных проводить профилактику на тех стадиях суицидального процесса, когда его исход еще можно предотвратить.

Литература:

1. Казначеев В.П., Трофимов А.В. Очерки о природе живого вещества и интеллекта на планете Земля: Проблемы космопланетарной антропоэкологии // Новосибирск: Наука, 2004. – 312 с.
2. Афтанас Л.И., Деряпа Н.Р., Валимухаметова Д.А. Адаптация к экстремальным геофизическим факторам и профилактика метеотропных реакций // Новосибирск, 1989. – С. 22-26.
3. Судаков К.В. Теория функциональных систем // М.: изд-во «Медицинский музей», 1996. – 95 с.
4. Умрюхин Е.А., Судаков К.В. Теория хаоса: преобразующая роль функциональных систем // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова – 1997. – Том 83.
5. Кершенгольц Б.М., Чернобровкина Т.В., Колосова О. Н. и др. Алкоголь, экология и здоровье человека: физиологические и биохимические реакции организма на экотоксиканты, пути их оптимизации // Наркология. – 2004. – № 7. – С. 45-54.
6. Бурлакова Е.Б., Конрадов А.А., Мальцева Е.Л. Действие сверхмалых доз биологически активных веществ и низкоинтенсивных физических факторов // Химическая физика. – 2003. – № 2. – С. 21-40.
7. Гайдунь К.В., Воронин А.Ю., Куликов В.Ю. и др. Влияние гипогеомагнитного поля на реакции клеточного и гуморального иммунного ответа у мы-

- шей // Гелиогеофизические факторы и здоровье человека: Новосибирск, 15-16 ноября 2005 г. – С. 117.
8. Девицин Д.В. Особенности влияния космофизических факторов на организм человека при высокоградных воздействиях преформированных магнитных полей // Там же. – С. 106-107.
 9. Куликов В.Ю. Итоги и перспективы исследований биотропных свойств факторов гелиофизической природы // Там же. – С. 9-11.
 10. Schory T.J., Piecznski N., Nair S. et al. Barometric pressure, emergency psychiatric visits, and violent acts // *Can J Psychiatry*. – 2003. – Oct. – Vol. 48, № 9. – P. 624-627.
 11. Фресс П. Эмоции. Экспериментальная психология. Вып. 5. М., 1975.
 12. Komarov F.I., Oraevskii V.N., Sizov Iu.P. et al. Helio-geophysical factors and aviation accidents // *Biofizika*. – 1998. – Vol. 43, № 4. – P. 742-745.
 13. Usenko G.A. Psychosomatic status and quality of work of pilots in years of the quiet and the active sun years // *Aviakosm Ekolog Med*. – 1993. – Vol. 27, № 1. – P. 18-23.
 14. Хаснулин В.И., Хаснулина А.В., Волкова Т.В. Реакции человека на метеорофизические средовые факторы // Гелиогеофизические факторы и здоровье человека 15-16 ноября 2005 г. Новосибирск, 2005. – С. 15-16.
 15. Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь. – М.: Мысль, 1976.
 16. Polewka A., Szkolnicka B., Targosz D. et al. Fluctuations and seasonality in suicidal attempts // *Przegl Lek*. – 2004. – Vol. 61, № 4. – P. 269-273.
 17. Polewka A., Groszek B., Targosz D. et al. The frequency of suicide attempts depending on gender and the age structure // *Przegl Lek*. – 2004. – Vol. 61, № 4. – P. 265-268.
 18. Gomez Gonzalez M.J., Alonso Garcia C., Pinana Lopez A. Effects of bioclimatology on suicides // *Aten Primaria*. – 1997. – Vol. 15, № 19 (4). – P. 177-182.
 19. Cornelissen G., Halberg F., Wendt H. et al. Resonance of about-weekly human heart rate rhythm with solar activity change // *Biologia, Bratislava*. – 1996. – № 51 (5). – P. 749-756.
 20. Deisenhammer E.A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour // *Acta Psychiatr Scand*. – 2003. – Vol. 108, № 6. – P. 402-409.
 21. Partonen T., Haukka J., Pirkola S. et al. Time patterns and seasonal mismatch in suicide // *Acta Psychiatr Scand*. – 2004. – Vol. 109, № 2. – P. 110-115.
 22. Trepinska J., Piotrowicz K., Bakowski R. et al. Influence of weather factors on suicidal hangings // *Przegl Lek*. – 2005. – Vol. 62, № 8. – P. 788-794.
 23. Sitar J. Chronobiology of human aggression // *Cas Lek Cesk*. – 1997. – Vol. 19, № 136 (6). – P. 174-180.
 24. Berk M., Dodd S. Do ambient electromagnetic fields affect behaviour? A demonstration of the relationship between geomagnetic storm activity and suicide // *Bioelectromagnetics*. – 2006. – № 2. – P. 151-155.
 25. Пригожин И., Стенгерс И. Время, хаос, квант. – М., 1994. – С. 4-12, 41-73, 247-263.
 26. Хакен Г. Тайны природы. Синергетика: учение о взаимодействии // Москва-Ижевск: Институт компьютерных исследований, 2003.

САМОУБИЙСТВО КАК МНОГОФАКТОРНОЕ ЯВЛЕНИЕ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА

Т.Г. Опенко¹, М.Г. Чухрова²

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск¹
Новосибирский ГПУ, г. Новосибирск²

В исследовании изучено комплексное влияние личностных, социальных, гелиогеофизических и метеорологических факторов на частоту самоубийств в популяции Новосибирска, разработана и научно обоснована теоретическая модель формирования аутоагрессивного поведения. Предложены пути профилактики суицидов на популяционном уровне.

Ключевые слова: популяционное исследование, суицид, аутоагрессивное поведение, профилактика.

SUICIDE AS MULTIFACTORIAL PHENOMENON: SYSTEM ANALYSIS BY EXAMPLE OF NOVOSIBIRSK POPULATION

T.G. Openko¹, M.G. Chukhrova²

Institute of Internal Medicine, Russian Academy of Medical Science, Siberian Branch, Novosibirsk, Russia¹
Pedagogical University, Novosibirsk, Russia²

Has been study of the complex influence of personal, social, heliogeophysical and meteorological factors on the suicides in Novosibirsk population, has developed and scientifically based the theoretical model of autoaggressive behavior, and have been suggested the ways of preventing suicide at the population.

Keywords: the population-based study, suicide, autoaggressive behavior, prevention.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.В. Бачило, Ю.Б. Барыльник, А.А. Антонова

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

E-mail авторов: bach.87@mail.ru

Сегодня проблема суицидов продолжает оставаться одной из самых острых медико-социальных проблем во всём мире [7, 10]. По данным Всемирной Организации Здравоохране-

ния, каждый год завершённые суициды совершают более 1 млн. человек. В 2010 г. в РФ распространённость суицидов составила 23,5 случая на 100000 населения. Необходимо отметить, что

максимальные показатели суицидов отмечаются у лиц трудоспособного возраста [4, 9].

Несмотря на значительное количество исследований по проблемам суицида в России и за рубежом [1-6, 8 и др.], многие аспекты данной проблемы остаются недостаточно изученными, что мешает эффективной организации и профилактике суицидов в обществе.

Назрела необходимость в более детальном рассмотрении сходств и различий в условиях формирования суицидального поведения и его распространённости среди населения отдельных регионов России. Так, по данным официальной статистики, на территории Саратовской области в 2010 г. зарегистрировано 61,7 случаев суицида (включая суицидальные попытки) на 100000 населения, что почти в 2,5 раза выше, чем в среднем по России. Показатели распространённости суицидов на территории Саратовской области на протяжении ряда лет остаются стабильно высокими. Недостаточная изученность клинико-социальных аспектов суицидов на территории Саратовской области препятствует развёртыванию программ суицидологической помощи в регионе и, тем самым, обуславливает медико-социальную значимость исследований в данной области.

Цель исследования: изучение распространённости завершённых и незавершённых суицидов на территории Саратовской области с 2001–2010 гг., а также оценка влияния значимости уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальное поведение в наиболее неблагополучных районах Области.

Материалы и методы.

Для проведения данного исследования были использованы специально разработанные анкеты, характеризующие суицидологическую и наркологическую ситуацию в районах Саратовской области, которые заполняли районные психиатры с 2001 по 2010 гг. На основании данных анкет были составлены сводные таблицы. Кроме того, использовались отчёты Министерства занятости, труда и миграции Саратовской области в виде «Мониторинга рынка труда Саратовской области» за 2001–2010 гг. Были выделены наиболее «неблагополучные», с суицидологической точки зрения районы, в которых выделялись пики суицидальной активности и устанавливались корреляционные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения.

Для обработки данных было использовано офисное приложение «Microsoft Excel». При этом были использованы методы: информационно-аналитический, графический.

Результаты и обсуждение. В результате анализа данных по суицидологической активно-

сти населения Саратовской области было выделено 6 ранговых районов, в которых наблюдался самый высокий уровень суицидов за 2001–2010 гг.

К данным районам были отнесены: Балаковский, Энгельский, Аркадакский, Духовницкий, Пугачёвский и Перелюбский районы. Влияние уровня безработицы и уровня алкоголизации на суицидальную активность населения был неоднозначен для каждого конкретного района. Так, самым «неблагополучным», с точки зрения уровня суицидов, на территории Саратовской области является Балаковский район (рис. 1).

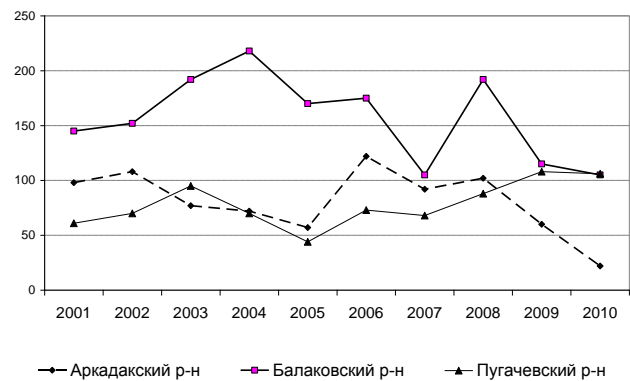


Рис. 1 Динамика уровня завершённых и незавершённых случаев суицидов в 2001-2010 гг. в Аркадакском, Балаковском и Пугачёвском районах (на 100000 населения).

С 2001 по 2010 гг. в данном районе наблюдались стабильно высокие цифры уровня суицидов (завершённых и незавершённых) с пиками в 2004 году – 217,5 случаев и в 2008 году – 190,9 случаев на 100000 населения, при том, что средний уровень суицидальной активности в среднем по Саратовской области был 91,6 и 82,0 случаев на 100000 населения в 2004 и 2008 гг., соответственно. Количество завершённых суицидов на территории Балаковского района в 2004 году составляло 43,0 случая на 100000 населения, а в 2008 – 31,4 случая на 100000 населения. Одновременно с ростом уровня суицидов в 2004 году наблюдался подъём уровня безработицы в 2 раза, по сравнению с предыдущим 2003 г. (0,8 в 2004 г. и 0,4 в 2003 г.). В 2004 году также наблюдался незначительный рост алкогольных психозов (в 2003 г – 82,2, в 2004 г. – 87,7 на 100000 населения), больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учёте (в 2003 г. – 1527,5, в 2004 г. – 1566,7 на 100000 населения), а также лиц, которые злоупотребляли алкоголем и состояли на профилактическом учёте (в 2003 г. – 269,9, в 2004 г. – 280,4)..

Другой пик уровня суицидов, приходящийся на 2008 год, коррелирован с пиком числа больных алкоголизмом, находящихся на диспансер-

ном учёте (2006 г. – 1600,2; 2007 г. – 1698,1 и в 2008 г. – 1719,0 случаев на 100000 населения). Надо отметить, что уровень больных алкоголизмом с 2006 года начал резко расти. Так в 2005 г. он составлял 1552,4 на 100000 населения, а в 2008 г. – 1719,0 на 100000 населения. А в 2009 г. произошёл резкий рост уровня безработицы с 0,7 в 2008 г. до 2,7 в 2009 г. Однако на уровне суицидов это не отразилось. Также, следует отметить, что на протяжении 2001–2010 гг. наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,76), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учёте (0,68).

Несколько иная ситуация наблюдалась в Энгельском районе Саратовской области. Пики суицидальной активности приходились на 2004 и 2009 гг. Так, в 2004 г. средний уровень суицидов на 100000 населения составил 127,2 случая (в 2003 г. – 79,6). В этом же году наблюдался рост алкогольных психозов с 61,2 в 2003 г. до 80,6 в 2004 г., а также лиц, злоупотреблявших алкоголем, находящихся на профилактическом учёте – с 61,6 в 2003 г. до 64,9 в 2004 г. Также в 2004 году повысился уровень безработицы, который составлял 1,6, против 1,1 в 2003 г. 2009 г. уровень суицидов в Энгельском районе составил 91,2 (в отличие от 2008 г. – 70,9) на 100000 населения. Средний же уровень суицидов в целом по Саратовской составлял в 2009 г. – 77,9 случаев на 100000 населения. В 2009 на территории Энгельского района наблюдался рост уровня безработицы до 1,3, в отличие от 2008 г. – 0,8. При этом не наблюдалось рост уровня алкогольных психозов, больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учёте, и лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учёте. Для данного района характерны положительные коэффициенты корреляции на протяжении 2001–2010 гг. между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,27), уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учёте (0,45), а также уровнем безработицы (0,37).

Парадоксальная ситуация наблюдалась в двух других «неблагополучных» по суицидальной активности районах – Аркадакском и Пугачёвском. Здесь в 2004 г. наблюдался резкий рост уровня безработицы – 2,4 в Аркадакском районе (против 1,3 в 2003 г.) и 2,2 в Пугачёвском районе (против 1,2 в 2003 г.). Затем в 2005 г. отмечается рост алкогольных психозов и больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учёте. Уровень алкогольных психозов в Аркадакском и Пугачёвском районах составил 57,2 и 128,9 соответственно (в отличие от 2004 г. – 36,0 в Аркадакском районе и 108,4 в Пугачёвском рай-

оне). Уровень больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учёте, составил 1336,9 в Аркадакском районе (в 2004 г. – 901,1) и 1301,0 в Пугачёвском районе (в 2003 г. – 1241,5). И далее, в 2006 отмечается пик суицидальной активности в каждом из рассматриваемых районов. Уровень суицидов в 2006 г. в Аркадакском районе составил 122,8 на 100000 населения (в отличие от 2005 г. – 53,9) и в Пугачёвском районе – 68,7 (против 41,9 в 2005 г.).

Однако следует обратить внимание на тот факт, что если на протяжении 2001–10 гг. в Аркадакском районе наблюдался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем алкогольных психозов (0,12), уровнем безработицы (0,16), то в Пугачёвском районе положительного коэффициента корреляции между данными параметрами выявлено не было.

В Перелюбском районе Саратовской области наблюдалось 2 пика суицидальной активности в 2007 и 2009 гг. В 2007 г. уровень суицидов составлял 152,1 на 100000 населения (против 96,7 в 2006 г.), при среднем уровне суицидов по Саратовской области – 82,0, а в 2009 г. – 114,3 (против 103,2 в 2008 г.) и в среднем по области – 77,9. В 2007 г. на территории Перелюбского района наблюдался рост уровня алкогольных психозов с 16,1 в 2006 г. до 54,3 в 2007 г. Также, отмечался некоторый рост уровня безработицы с 1,7 в 2006 г. до 1,9 в 2007 г. В 2009 г. наравне с повышением уровня суицидов не отмечалось повышения уровня алкогольных психозов и уровня безработицы. Отмечалось лишь повышение уровня лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учёте с 27,6 в 2008 г. до 84,3 в 2009 г. На протяжении 2001–2010 гг. был выявлен положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем безработицы (0,26).

Ещё одним районом, с наиболее высоким уровнем суицидальной активности, является Духовницкий район. Пик суицидальной активности в этом районе наблюдался в 2007 г. Уровень суицидов здесь составил 151,7 (против 88,4 в 2006 г.) случаев на 100000 населения. При этом в 2007 г. не выявлялось повышения уровня алкогольных психозов, уровня больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учёте и уровня безработицы. Однако следует отметить, что на протяжении 2001–2010 гг. отмечался положительный коэффициент корреляции между уровнем суицидов и уровнем больных алкоголизмом, находящихся на диспансерном учёте (0,51), уровнем лиц, злоупотреблявших алкоголем и находящихся на профилактическом учёте (0,23), а также уровнем безработицы (0,36).

Проведённое исследование показало, что такие факторы риска развития суицидального

поведения, как уровень безработицы и уровень алкоголизации населения являются значимыми, хотя и не ведущими в развитии суицида. Надо отметить, что значение того или иного фактора зависит от данного конкретного района области. И если для одного района ведущим был фактор уровень безработицы (Перелюбский район), то для другого района ведущим был уровень алкоголизации (Балаковский район). Для Духовницкого и Энгельсского районов ведущим является фактор алкоголизации населения, однако, не менее значимым остаётся уровень безработицы. Кроме того, следует обратить внимание на так называемый «эффект накопления» в Аркадакском и Пугачёвском районах, когда в один год повышался уровень безработицы, следующий год повышался уровень алкоголизма и затем, как суммарный результат предыдущих годов – резко возрастал уровень суицидов. Вероятно, данный «эффект накопления» соотносится с термином «склонность к контейнированию (накоплению) аффекта», который употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций.

Заключение. Полученные в результате исследования данные о распространённости завершённых и незавершённых суицидов на территории Саратовской области в 2001–2010 гг., а также установленные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения в наиболее неблагополучных районах области позволят выделить некоторые предикторы суицидального поведения для конкретного района. Выделенные предикторы войдут в так называемую «Карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области». Данные критерии позволят разработать направления совершенствования суицидологической помощи на территории области и тем самым снизить уровень суицидов.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 44-59.

2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980. – С. 163-164.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – С. 5-19.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 25-27.
5. Войцех В.Ф. К проблеме суицидального поведения // Проблемы организационной и социальной психиатрии. – М., 2000. – С. 312-313.
6. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М., 2008. – С. 9-31.
7. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М., 2003. – 458 с.
8. Дубравин В.И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультурный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 31 с.
9. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. – 1979. – Vol. 36, № 9. – P. 1119-1124.
10. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. – 1986. – № 149. – P. 401-405.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.В. Бачило, Ю.Б. Барыльник, А.А. Антонова

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Были выделены наиболее «неблагоприятные» с суицидологической точки зрения районы, а также установлено влияние уровня безработицы и алкоголизации на суицидальную активность населения в этих районах.

Ключевые слова: Суицидальное поведение, безработица, алкоголизация.

INFLUENCE OF SOME RELATIVE RISK FACTORS FOR SUICIDE SUICIDE ACTIVITY OF POPULATION SARATOV

E.V. Bachilo, J.B. Barylник, A.A. Antonova

Saratov State Medical University, Russia

There were chosen more unfavorable suicidal regions, and established the influence of unemployment and alcoholism, to suicidal activity of the population in these areas.

Keywords: Suicidal behavior, unemployment, alcoholization.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ КАК НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ

Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева

Московский НИИ психиатрии, г. Москва

Е-mail авторов: lyubov.evgeny@mail.ru

Материалы и методы. Социально-экономическое бремя самоубийств измерено стандартизированными единицами ВОЗ, сум-

марными потерянными из-за суицида годами трудоспособной жизни (Years of Life Lost, или YLL), т.е. до выхода на пенсию по старости (55

лет для женщин и 60 – для мужчин). Половозрастное распределение суицидентов в возрасте с 5 лет получено из официального статистического источника. Экономические потери суицидов в рублях 2009 г., на уровнях страны и отдельного региона, определены умножением YLL на потерянный доход общества в виде душевых ВВП или ВРП соответственно.

Результаты и обсуждение.

Потери от самоубийств в России (YLL 645.061, или 0,46% ВВП) превышают таковые от любых других причин смерти класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» и сравнимы с потерями от наиболее распространенных причин смерти как злокачественные новообразования (640.249) и ишемическая болезнь сердца (675.369). По потерям ВРП от самоубийств лидирующие места в стране заняли Чукотский автономный округ (2,7%), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6%).

При самоубийствах, в сравнении с другими причинами смерти, наибольшая доля (37%) суммарных потерь YLL в группе «молодежи и молодых взрослых» (20-29 лет); она составляет 27,5% трудоспособного населения. Среди молодежи (15-29 лет) YLL в связи с суицидами составляет 339.999, или 1008,1 на 100.000 населения соответствующего возраста; почти как из-за транспортных несчастных случаев (YLL 320.102), но более чем в 2,5 раза превышают суммарное бремя сердечных и онкологических заболеваний. На лиц до 24 лет пришлось 34% суммарных YLL от самоубийств. Самоубийства, наряду с дорожно-транспортными происшествиями (43% суммарных YLL), наносят наибольший экономический ущерб молодым людям. У лиц трудоспособного возраста (20-59 лет) суммарные YLL в связи с сердечными и онкологическими заболеваниями (1.608.234) немного превосходят таковые в связи с внешними причинами (1.576.934), в объеме которых на суициды приходится 35,7% потерь, тогда как в связи с транспортными несчастными случаями – 29,8%.

У мужчин бремя потерь (571.575 YLL, или 129,180 млрд. руб.) в связи с самоубийствами уступают лишь ишемической болезни сердца (608.686 YLL). Среди женщин суициды (73.486, или 16,608 млрд. руб.), при меньшей в 7,2 раза частоте, чем у мужчин, лидируют по сравнению с любыми иными причинами смерти. Суммарные YLL вследствие суицидов в России составляют 645.061, или 722,6 на 100000 населения «допенсионного» возраста; на долю мужчин пришлось 89%. Бремя самоубийств наибольшее в Приволжском (161.155 YLL, или 0,5% ВРП у мужчин и 17.687 YLL, или 0,06% ВРП у женщин) и Сибирском (у мужчин: 130.878 YLL, или

0,7% ВРП, у женщин: 19.553 YLL, или 0,1% ВРП) Федеральных округах. Экономическое бремя суицида мужчин и женщин трудоспособного возраста соответствует 308.331,7 и 226.002,3 руб., а каждый суицид мужчины и женщины 4.961.782,2 и 806.939,7 рублей соответственно, что привлекает внимание к «цене» жизни россиянина.

Выводы.

Консервативная оценка (возраст дожития в России выше для обоих полов) социально-экономического бремени суицидов обосновывает необходимость развития национальной и региональной программ превенции суицидов, имеющих априорно ресурсосберегающий потенциал.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ
СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ
КАК НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНОЕ
ОБОСНОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ
ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ

Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева

Московский НИИ психиатрии, г. Москва

Суммарные годы потерянной трудоспособной жизни вследствие суицидов (YLL) в России составили 723 на 100 тыс. населения трудоспособного и моложе трудоспособного возраста; или 0,46% ВВП; на долю мужчин пришлось 89%. На группу лиц 15-29 лет пришлось 1008 YLL на 100.000 населения, или более 30% суммарных YLL. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами. Поэтому можно предполагать ресурсосберегающий эффект профилактических программ суицидов на национальном и региональном уровнях.

Ключевые слова: суицид, социально-экономическое бремя.

THE SOCIAL AND ECONOMIC BURDEN
ASSOCIATED WITH SUICIDE MORTALITY
IN RUSSIA AS A SCIENCE BASED EVIDENCE
FOR DEVELOPMENT OF SUICIDE
PREVENTION PROGRAMS

E.B. Lyubov, M.V. Morev, O.I. Falaleeva

The magnitude of socioeconomic burden of premature death from suicides of Russian residents before age 55 (for women) and 60 (for men) in 2009 and for the specific groups of youth and young adults was assessed using the years-of-life-lost (YLL) method. The total of YLL was 723 per 100000 population (89% for men) or 0.46 GDP. The high burden is particularly notable in the 15-29 age group (i.e., 1008 per 100000 age specific population) where up to 30% of the total YLL are due to suicide. Suicide ranks first as a burden of external death among youth. So we can assume cost-saving effect of national or regional suicide prevention programs.

Keywords: suicide, socioeconomic burden.

ПОЛИНАРКОТОКСИКОМАНИЯ КАК ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

О.А. Гильбурд, Е.А. Глотова

Сургутский государственный университет, г. Сургут
Сургутский клинический психоневрологический диспансер, г. Сургут

E-mail авторов: ogilbur@gmail.com

К настоящему времени жители Сургута и Сургутского района Ханты-Мансийского автономного округа Тюменской области, демонстрирующие признаки химической аддикции, не отдавая предпочтение какому-либо одному наркотику, почти в 100% случаев страдают полинаркотоманией. Эти пациенты находятся в непрерывном поиске новых психофизических ощущений и склонны к «тестированию» различных токсических веществ, включая алкоголь, что, в свою очередь, приводит к формированию сочетанной полинаркотоксической зависимости [2].

Клиническая картина полинаркотоксикоманий определяется не просто суммированием эффектов отдельных химических агентов, а результатом их сложного взаимодействия. В итоге полиорганная патология и личностная деградация больных выглядят более злокачественными и необратимыми, асоциальное поведение принимает более тяжелые и уродливо-криминальные формы, чаще наблюдаются психозы с затяжным течением, рано обнаруживает себя прогрессирующее когнитивное снижение [1].

Известно, что стремление к употреблению психоактивных веществ относится к полиморфной типологии т.н. «потенциально губительного поведения» [4]. В связи с этим следует предполагать у полинаркотоксикоманов повышенную готовность к суицидальным действиям [3].

Цель исследования: выявление значимых факторов суицидального риска у лиц с сочетанными формами токсиконаркотизма.

Материалы и методы исследования.

В 2010-2011 гг. на базе Сургутского клинического психоневрологического диспансера мы обследовали 63 впервые выявленных пациентов (40 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 17 до 32 лет с алкогольно-полинаркотоксической зависимостью, часть из которых совершила попытки самоубийства. Группу сравнения составили 58 впервые выявленных пациентов (39 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 25 до 54 лет с алкогольной непсихотической монозависимостью, часть из которых также проявляла суицидальную активность.

Применялись клиничко - психопатологический, клиничко-динамической, экспериментально-психологический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение:

1. Суицидальные попытки у пациентов с сочетанной алкогольно - полинаркотоксической зависимостью наблюдались в 3 раза чаще, чем у пациентов с «чистым» алкоголизмом (38 больных или 60,3% против 12 больных или 20,7% соответственно).

2. Среди полинаркотоксикоманов – парасуицидентов доминировали больные с наличием в структуре сочетанной зависимости барбитуратов (n=27; 71,1%).

3. Подавляющее число (n=33; 86,8%) пациентов с алкогольно-полинаркотоксической зависимостью совершили повторные попытки самоубийства, тогда как среди парасуицидентов-алкоголиков таковых зарегистрировано лишь 33,3% (n=4).

4. Средний предпочтительный возраст лиц, склонных к парасуициду, полинаркотоксикоманов – 22,8 года, а в группе сравнения – 53,2 года.

5. Суицидальные попытки у лиц с алкогольно-полинаркотоксической зависимостью были преимущественно демонстративно-шантажными и имели целью добывание наркотических веществ, разрешение семейных конфликтов, избегание гражданской или уголовной ответственности, выход на свободу из мест заключения, уклонение от стационарного лечения.

6. Парасуициды при «чистом» непсихотическом алкоголизме, как правило, являлись осложнением астено-депрессивного состояния с идеями самообвинения или самоуничтожения в рамках тяжело протекающего синдрома отмены либо опьянения.

7. Отличительными психологическими особенностями полинаркотоксикоманов, совершивших суицидальные действия, были:

- избыточный конформизм при парадоксально сниженной способности к компромиссам;
- склонность к субмиссивному поведению и переключению аллоагрессии на аутоагрессию;
- пассивность;
- значительные расхождения идеального и реального образа «Я»;
- низкая самооценка;
- амбивалентность в стремлении к самовыражению и в отношении к смерти.

Результаты данного исследования будут использованы при разработке программы мероприятий по ранней диагностике и эффективной превенции суицидальных тенденций среди лиц с сочетанной алкогольно-полинаркотоксической зависимостью.

Литература:

1. Балашов П.П., Степанов А.Д., Музыра А.Ю. Динамика наркологической ситуации среди городского населения Севера Сибири // Реабилитация в наркологии. – Томск: Изд-во «РАСКО», 2002. – С. 88-89.
2. Балашов П.П., Чертов В.В. Региональный аспект распространенности наркоманий (на примере Сургута) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 36-38.
3. Гильбурд О.А. Социобиология суицидального поведения в русском этносе и внеэтнические корни потребности в самоубийстве // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. – 1995. – Vol. 2, № 3. – P. 60-75.
4. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. – Сургут: Северный Дом, 1994.

ПОЛИНАРКОТОКСИКОМАНИЯ КАК ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

О.А. Гильбурд, Е.А. Глотова

Сургутский ГУ
Сургутский КПНД

С использованием сравнительного метода анализируются возрастные, психопатологические и психологические факторы суицидального риска у лиц с полинаркотоксической зависимостью.

Ключевые слова: полинаркотоксическая зависимость, суицид.

POLYNARCOTOXICOMANIA AS A FACTOR IN SUICIDE RISK

О.А. Gilburd, E.A. Glotova

Surgut State Medical University, Surgut, Russia

The age-related, psychiatric and psychological factors of suicide risk in patients with polynarcotoxic addiction are analyzed using the comparative method.

Keywords: polynarcotoxic addiction, suicide.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000-2007 ГОДАХ

С.А. Серкова, Е.Н. Бычков, Л.А. Арсентьева, В.Б. Бородулин

Саратовский государственный медицинский университет, им. В.И. Разумовского, г. Саратов

E-mail авторов: serkova-1982@mail.ru

Нами проведен анализ заболеваемости наркологическими расстройствами и установлены связи с частотой случаев завершеного суицида среди данной категории больных на территории Саратовской области в 2000-2007 годах.

Использованы данные отчета Областной психиатрической службы по заболеваемости наркологическим расстройствам и Бюро судебно-медицинской экспертизы по суицидальной составляющей в данной группе больных в расчете на 100000 населения.

В 2000 году впервые на диспансерный учет у нарколога в Саратовской области поставлено 158,3 человек на 100000 населения области. Из них: с диагнозом наркомания 63,3 человека (40%), с диагнозом алкоголизм 66 человек (42%), с алкогольными психозами 28,9 больных (17,9%), с токсикоманиями – 0,2 человек (0,1%). Распространенность завершенных суицидов среди данной категории больных в 2000 году составила 12,7 человек на 100000 населения (8%).

В 2001 году впервые на диспансерный учет взято 143,2 на 100000 населения области. Из них с диагнозом наркомания 51,8 человек (36%), с

диагнозом алкоголизм 65,6 (45,8%), с алкогольными психозами 25,4 пациентов (17,8%), с токсикоманиями 0,3 человек (0,4%). Распространенность завершенных суицидов в данной группе больных в 2001 году составила 10,9:100000 населения (7,6%).

В 2002 году впервые на диспансерный учет взято 130,7:100 000 населения области. Из них: с диагнозом наркомания 20,6 (15,8%), с диагнозом алкоголизм 74,5 человек (57%), алкогольные психозы отмечены у 34,6 больных (26,4%), с токсикоманией поставлен на учет 1 больной (0,8%). Распространенность завершенных суицидов в данной группе больных в 2002 году составила 8,3:100000 населения (6,4%).

В 2003 году впервые к наркологу обратилось 135:100000 населения области. С диагнозом наркомания 14,3 человек (10,6%), с диагнозом алкоголизм 84,9 больных (63%), с алкогольными психозами 34,9 (25,8%), с токсикоманиями 0,9 (0,6%). Распространенность завершенных суицидов среди данной категории больных, в 2003 году составила 8,5:100000 населения (6,3%).

В 2004 году впервые на диспансерный учет поставлено 116,5:100000 населения области. С наркоманиями 6,4 (5,5%), с алкоголизмом 75 (64,5%), с алкогольными психозами 34 (29%), с токсикоманиями 1,2 (1%). Распространенность завершенных суицидов в данной группе больных в 2004 году составила 7,7:100 000 населения (6,6%).

Показатели 2005 года следующие: впервые взято на учет 127,4:100000 населения области. С наркоманиями 5,6 (4,4%), с алкоголизмом 71,8 (56,4%), с алкогольными психозами 48,6 (38%), с токсикоманиями 1,4 (1,2%). Распространенность завершенных суицидов среди данной категории больных в 2005 году составила 8,2:100 000 населения (6,4%).

В 2006 году наркологами впервые взято на учет 121,6:100000 населения области. С наркоманиями 5,9 (4,9%), с алкоголизмом 67,5 (55,5%), с алкогольными психозами 46,5 (38,2%), с токсикоманиями 1,8 (1,4%). Распространенность завершенных суицидов в данной группе больных составила 7,9:100000 населения (6,5%).

В 2007 году впервые на диспансерный учет взято 128,8 : 100000 населения области. С наркоманиями 4 (3,1%), с алкоголизмом 78,3 (60,8%), с алкогольными психозами 45,4 (35,2%), с токсикоманиями 1,1 (0,9%). Распространенность завершенных суицидов в данной группе больных составила 8,4:100000 населения (6,5%).

Выводы:

1. Проведенный сравнительный анализ заболеваемости наркологическими расстройствами показал, что среди заболеваний наркологического профиля на территории Саратовской области за период 2000-2007 гг. лидировали алкоголизм и алкогольные психозы. Заболеваемость наркоманиями постепенно снижалась, оставаясь на достаточно высоком уровне. Наибольшее

число заболевших наркоманиями зафиксировано в 2000 году на фоне роста общей заболеваемости наркологическими расстройствами.

2. Наркологические расстройства выступают одним из факторов риска, приводящим к суицидальному поведению. Рост числа больных наркологическими расстройствами приводит к увеличению числа завершенных суицидов среди больных данной категории. За период с 2000-2007 гг. наибольшее число завершенных суицидов среди данной категории больных в 2000 году и составляет 12,7 человек на 100 000 населения (8%).

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000-2007 ГОДАХ

*С.А. Серкова, Е.Н. Бычков,
Л.А. Арсентьева, В.Б. Бородулин*

Саратовский ГМУ, им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Установлены связи между распространенностью наркологических расстройств по Саратовской области и количеством завершенных суицидов среди данной категории больных в 2000-2007 годах.

Ключевые слова: наркологические расстройства, суициды.

CONNECTION OF NARCOLOGICAL DISORDERS PREVALENCE WITH SUICIDE NUMBER IN SARATOV REGION IN 2000-2007

*S.A. Serkova, Eu.N. Bychkov,
L.A. Arsentieva, V.B. Borodulin*

Connection of narcological disorders prevalence with accomplished suicide attempts is established in Saratov oblast in the period 2000-2007.

Keywords: narcological disorders, suicide.

РОЛЬ СМИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОЙ НАСТРОЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ И ЕЕ ПРЕВЕНЦИИ

А.А. Лучина

Государственный университет управления, г. Москва

E-mail: Anna.Luchina@gmail.com

Молодежь особенно восприимчива к влиянию средств массовой информации (СМИ), т.к. находится на этапе формирования собственной системы ценностей. И если рядом не оказываются люди, способных как-то повлиять на этот процесс, направить молодого человека и указать ему правильные ориентиры, то ему приходится самому расставлять для себя приоритеты, в том

числе под воздействием агрессивного напора СМИ.

По данным статистики молодые люди смотрят телевизор в среднем около 4 часов в день. Большинство этого времени уходит на просмотр развлекательных программ, преимущественно достаточно низкого качества, рассчитанных не на развитие аудитории, а на удовлетворение (и

закрепление) самых невзыскательных предпочтений.

У современной молодежи распространены эгоцентричные установки (TNS). Они являются опасными с точки зрения суицидогенеза – их подкрепление СМИ и последующее неудовлетворение может стать причиной фрустраций и стрессов.

Кроме таких фундаментальных явлений как влияние на систему ценностей, СМИ способны вызывать единичные случаи вспышек суицида, основанные преимущественно на подражании. Это относится к некорректным или слишком подробным вариантам освещения самоубийств, особенно среди знаменитостей.

ВОЗ разработала специальный документ-руководство, перечисляющий правила упоминания информации и суициде в СМИ, позволяющие снизить риск негативного влияния информации такого рода. Документ является частью программы SUPRE, глобальной инициативы ВОЗ по предотвращению суицида.

В российских СМИ, к сожалению, почти никакие из этих рекомендаций не выполняются. Телеканалы, газеты и сайты Интернета в погоне за рейтингом, выносят остросоциальные новости на первые полосы, а также всячески смакуют детали, стараясь привлечь максимальное внимание аудитории. Особенно это касается Интернета, как наименее подверженного цензуре медиа. Кроме телевизионных программ, молодежь также много времени тратит на Интернет. В интернете молодые люди уже не просто развлекаются и отдыхают, но, кроме того, ищут самую разнообразную информацию и общаются.

Нами было проведено специальное исследование суицидальных сайтов. Основным выводом проведенной работы является подтверждение гипотез о том, что суицидальные сайты важны для молодежи:

1. Целевая аудитория в целом оценивает такие сайты положительно, отзывается об их работе с благодарностью.

2. Общение между пользователями на сайтах строится преимущественно вокруг обсуждения эмоциональных проблем, а не обсуждения методов ухода из жизни или поиска партнеров для этого.

Действительно, Интернет, несмотря на отсутствие реального контакта, дает людям эмоционально значимое содержание общения. Возможность выговориться, найти единомышленников, а также оказанная ими поддержка позволяют людям обсудить чувства, которые у них, возможно, иначе нет возможности выразить. Пользователи интернет-форумов сообщают, что принятие и эмпатия, которые они там находят, неопределимы.

Из положительных сторон влияния интернет-ресурсов на суицидальную настроенность можно выделить: свободное выражение мыслей, удовлетворение потребности в понимании, принятии и социальной поддержке, расширение диапазона социальных связей, получение информации о возможностях профессиональной помощи. Негативными сторонами являются: потенциальный риск усиления суицидальных намерений у предрасположенных к суициду пользователей, отдаление от реальных социальных контактов, доступ к потенциально опасной информации о методах самоубийства, иллюзия решения своих проблем на форуме – дискредитация реальной психологической помощи.

На данный момент нет единого, профессионально курируемого ресурса по превенции суицида (в отличие от большинства других стран) – возможности интернета в суицидальной превенции недоиспользуются. Необходимость создания такого ресурса очевидна.

Выводы: роль СМИ в суицидогенезе и профилактике настроенности на самоубийства на сегодняшний день очень сильно недооценена:

1. СМИ не регулируются специальными программами, разработанными для снижения риска суицида и профилактики настроенности на самоубийства при освещении тех или иных событий. И это происходит несмотря на то, что роль определенных сообщений в появлении вспышек суицида доказана и очевидна.

2. СМИ не используются в полной мере для пропаганды здорового отношения к жизни, укрепления системы ценностей, просвещения относительно вопросов суицида, вообще каких-либо мер суицидной профилактики. Такого рода информация до сих пор считается «неудобной» и коммерчески не привлекательной. Особенно это касается телевидения и Интернета, как наиболее популярных для молодежи СМИ. Особенно важным является задействование Интернета в федеральных программах по борьбе с суицидом, т.к. он предоставляет обширные возможности не только по охвату, но и по информационной значимости и возможности интерактивного контакта с молодежью.

РОЛЬ СМИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОЙ НАСТРОЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ И ЕЕ ПРЕВЕНЦИИ

А.А. Луцина

Государственный УУ, г. Москва

Рассматривается роль СМИ в суицидогенезе молодежи, включая обзор факторов риска и рекомендации по снижению отрицательного влияния (в том числе на основе авторского исследования).

Ключевые слова: суицид, самоубийство, молодежь, СМИ, интернет, профилактика суицида.

ROLE OF MASS MEDIA IN SUICIDAL
PREDISPOSITION GENESIS
AND ITS PREVENTION

A.A. Luchina

State University of Management, Moscow, Russia

Review of the role of mass media in youth suicide genesis, including risk factors and recommendations for decreasing of negative influence (with findings on the basis of the author's research).

Keywords: suicide, youth, mass media, Internet, suicide prevention.

**РАЗВИТИЕ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ
(на опыте работы суицидологической службы г. Омска)**

А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, И.Н. Михайличенко, Л.А. Сазонова

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

E-mail авторов: okpb.buzoo@gmail.com

Суицидологическая служба, как подразделение клинической психиатрической службы города Омска, в этом году отметит 20-летие своего существования. Долгое время отделение было представлено одним круглосуточным каналом «Телефона доверия» и кабинетом медико - психологической помощи. С 2009 года, при активной поддержке Министерства здравоохранения Омской области, была проведена реорганизация службы.

В настоящее время оказание экстренной дистантной медико-психологической (кризисной) помощи ведется на дневном психологическом «Телефоне доверия», где работают медицинские психологи в дневное время, и круглосуточном «Телефоне доверия», где консультирует врач-психиатр, врач-психотерапевт или врач-нарколог круглосуточно и психолог, работающий в дневное время, один день в неделю, в дневное время консультируют православные священники. С 2009 г. на круглосуточном «Телефоне доверия» открыта сотовая линия – введены бесплатные трафики основными сотовыми операторами: МТС, ТЕЛЕ-2, Мегафон и Билайн. Это расширило возможности службы по оказанию кризисной помощи лицам, находящимся в кризисном, суицидоопасном состоянии и с суицидальным поведением. Теперь из любого района Области они могут незамедлительно получить профессиональную консультацию специалиста и кризисную помощь. Благодаря этому решению, количество обращений на «Телефон доверия» от кризисных пациентов в течение 2010 г. выросло на 160%, появились звонки из других регионов и даже из-за рубежа. Всего на сотовый канал «Телефона доверия» в 2010 г. принято 4496 звонков – это 33,6% от всех обращений.

Одной из задач службы является сбор и обработка статистической информации о суицидальных попытках и завершённых суицидах. Долгое время информация была неполной – сведения поступали только со Станции скорой помощи, токсикологического отделения Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) и детской областной больницы, Бюро судебно - медицин-

ской экспертизы и из некоторых ЛПУ города. В 2009 г. была организована работа «защищенного» рабочего места VIPNet, куда ежемесячно стекается вся информация по суицидам из ЛПУ города и районов Области. За последний год поступление сведений из 32 районов Омской области происходит регулярно и своевременно. Кроме того, была создана подпрограмма (по форме 2150) в отделе АСУ больницы для подсчета числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением и совершивших суицидальные попытки. Ведется учет суицидов по полу, возрасту и способу совершения суицида, в последнее время дополнительно введена рубрика «Алкогольное опьянение», поскольку количество суицидальных попыток, совершаемых в алкогольном опьянении, является значительным и продолжает расти.

Было заключено соглашение между УВД Омской области и БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» об организации взаимного обмена информацией по электронной почте на базе интегрированного банка данных УВД по Омской области, что позволило проанализировать достоверность получаемых службой сведений о попытках и завершённых суицидах. При сопоставлении сведений из УВД и суицидологической службы установлено, что количество суицидов по данным суицидологической службы значительно превышает данные из УВД. Например, в августе 2011 г. в службе зарегистрировано 108 случаев суицидальных попыток и завершённых суицидов, за этот же период по сведениям из УВД их было – 56, совпали сведения в 30% случаев. Исходя из того, что информация, поступающая от сотрудников правоохранительных органов, является достоверной и подтверждается протоколами обследования мест происшествия и сведениями, получаемыми от родственников и самих суицидентов, мы предположили, что часть сведений, поступающих в службу, например, из токсикологического отделения БСМП или со Станции скорой медицинской помощи являются завышенными. Это объясняется тем, что, используемые нами

для статистики сведения при поступлении пациентов, часто при выписке не подтверждаются и являются субъективными, используемый сотрудниками скорой помощи термин «суицидальный настрой» и, передаваемый как «суицидальная попытка», не подтверждается при беседе с психиатром. Мы считаем, что получение полной и достоверной информации о суицидальных попытках и завершённых суицидах по городу Омску и Омской области возможно только при объединении усилий суицидологической службы и УВД.

Создана Межведомственная рабочая группа по взаимодействию в целях предупреждения социально-стрессовых расстройств, кризисных состояний и суицидального поведения среди населения Омской области. В состав группы вошли представители Министерства здравоохранения Омской области, Министерства труда и социального развития Омской области, Министерства культуры Омской области, Министерства образования Омской области, Министерства по делам молодежи, физической культуре и спорту Омской области. Результатом работы группы явилось создание единого Паспорта служб, оказывающих кризисную помощь населению города Омска и Омской области. На расширенном заседании Межведомственной рабочей группы обсуждались вопросы алгоритма действия консультантов «Телефонов доверия» в сложных кризисных и суицидоопасных состояниях с привлечением служб экстренного реагирования МЧС и полиции, взаимодействия кон-

сультантов различных служб при оказании помощи, вопросы обучения специалистов, оказывающих кризисную помощь, разработка единого кодификатора обращений на «Телефон доверия», создание единой базы и системы учета суицидов и суицидальных попыток.

РАЗВИТИЕ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ
И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ (на опыте
работы суицидологической службы г. Омска)

*А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, И.Н. Михайличенко,
Л.А. Сазонова*

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

В последние годы в г. Омске активно и динамично развивается суицидологическая служба. Введена сотовая линия «Телефона доверия», открыты 2 кабинета, улучшена статистика, создана межведомственная рабочая группа.

Ключевые слова: суицид, психологическая помощь.

THE DEVELOPMENT OF CRISIS CARE AND PROBLEMS
WITH ITS DELIVERY (ON THE EXPERIENCE
OF SUICIDAL SERVICE OMSK)

A.I. Cheperin, O. Stepanov, I.N. Mickle, L.A. Sazonov

Clinical Psychiatric Hospital, Omsk, Russia

In recent years, in Omsk actively and dynamically suitsidologicheskaya service. Introduced cellular line "helpline" open 2 offices, improved statistics, an interdepartmental working group.

Keywords: suicide, psychological help.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» В СТРУКТУРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА №1

*А.Ф. Давыденко, Н.Б. Семенова, Ю.Н. Щеглова, Е.Е. Долгушина,
Е.С. Коцарева, М.Н. Кузьмина, О.В. Тропина, Г.Р. Гайнутдинова*

Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1, г. Красноярск

E-mail авторов: www.terpsihora6664@rambler.ru

Телефонная помощь для людей, находящихся в состоянии психологического кризиса или решивших расстаться с жизнью, была открыта 6 сентября 2010 года на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1. Телефон доверия представляет собой телефонную службу, куда может обратиться нуждающийся абонент в поисках потенциального помощника по поводу возникшей проблемы или затрудненной жизненной ситуации, чтобы обсудить её или найти способ разрешения.

Актуальностью телефонной службы является, то что человек, который находится в кризисной ситуации и нуждающийся в экстренной пси-

хологической помощи и поддержке, может её получить не выходя из дома, анонимно, круглосуточно и бесплатно. Задачами службы является: оказание экстренной психологической помощи; эмоциональная поддержка; профилактика суицида; помощь в принятии решения в сложной жизненной ситуации; предоставление информации об организациях и социальных службах, куда может обратиться абонент.

Служба телефона доверия является первым звеном профилактики суицида, куда может обратиться абонент с суицидальными тенденциями или родственники, опасаящиеся за близкого человека. Ведущая форма помощи – это беседа, собственно установление контакта между абонентом и консультантом, а так же действия

предпринимаемые консультантом в целях изменения состояния и помощи в разрешении ситуации абонента.

Консультирование осуществляется бригадой специалистов, состоящей из медицинских психологов, врача психиатра и психотерапевта. График работы медицинских психологов является круглосуточным, посменным, врач психиатр и психотерапевт принимают звонки в определенные часы. Также введена услуга очного, анонимного консультирования у врача психотерапевта амбулаторного приема в психоневрологическом диспансере для абонентов телефона доверия. Уникальность этой услуги в том, что клиент имеет право выбора дальнейшего лечения: анонимного, платного консультирования, либо согласие на заведение карточки.

В службе телефона доверия проходят супервизии, т.е. собрания на которых осуществляется предотвращение феномена эмоционального выгорания у консультантов, исследование сложных случаев работы, а так же отработка навыков консультирования с помощью тренинговых занятий и теоретического материала.

При подведении итогов за год работы телефонной службы всего было зарегистрировано 3316 обращений граждан по различным проблемам, требующим психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи. Самые сложные по тактике оказания помощи, так называемые «кризисные звонки», с риском суицидального и деструктивного поведения, составляют 5,3%, от общего количества. Это непосредственно заявленное суицидальное поведение – 2,6%, тяжелое переживание утраты – 1,7%, различного вида насилия – 1,08%. Причиной суицидальных звонков являются как психические расстройства, тяжелые заболевания, зависимости, так и проблемы семейных отношений. Наибольшее количество, 31% консультаций, было проведено по проблемам связанных со здоровьем: психические расстройства обратившихся и их родственников – 16,9%, отклонения в соматическом здоровье – 8,2%, зависимости – 5,8%. Значительное количество (29,8%) консультаций приходится на проблемы психологического климата в семье, в браке, в со-

циуме. Это взаимоотношения членов семьи (10,4%), детей и родителей (8,4%), любовных отношений в диаде (10%), сексуальные проблемы (1,02%). Консультации по проблемам адаптации в социуме составляют – 11%, среди них трудности общения – 6,7% и проблемы на работе – 4,3%.

Важной функцией телефона доверия является информационное консультирование с целью сориентировать человека, куда ему нужно обратиться за конкретной помощью без участия в решении его проблемы – 22,8% звонков.

По возрастному признаку более всего обращается за помощью работоспособное население зрелого возраста 30-55 лет – 54% и молодые люди 21-30 лет – 31,2%. Всего обращений за год: мужчины – 18,2%, женщины – 81,8%.

Таким образом, кабинет «Телефон доверия» за время своей работы показал высокую эффективность и востребованность у населения города в качестве первого звена в оказании психологической помощи населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА «ТЕЛЕФОН
ДОВЕРИЯ» В СТРУКТУРЕ КРАСНОЯРСКОГО
КРАЕВОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
ДИСПАНСЕРА №1

*А.Ф. Давыденко, Н.Б. Семенова, Ю.Н. Щеглова,
Е.Е. Долгушина, Е.С. Коцарева, М.Н. Кузьмина,
О.В. Тропина, Г.Р. Гайнутдинова*

Красноярский КПНД №1

В работе представлена организация кабинета «Телефон доверия». Описан опыт проделанной работы за год, приведены статистические данные.

Ключевые слова: организация работы, «телефон доверия».

ORGANIZATION OF THE “HOTLINE” OFFICE
IN THE STRUCTURE OF THE KRASNOYARSK
TERRITORIAL PSYCHONEUROLOGICAL
CLINIC № 1

*A.F. Davydenko, N.B. Semenova, Yu.N. Shcheglova,
E.E. Dolgushina, E.S. Kotsareva, M.N. Kuzmina,
O.V. Tropina, G.R. Gainutdinova*

The article presents the organization of the “Hotline” office. The experience of the work done for the year is described, the statistics are given.

Keywords: organization of work, “hotline”

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Б.Ю. Приленский, Е.В. Родяшин, А.В. Приленская

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

В последние десятилетия отечественная психотерапия активно формирует свой самостоятельный статус. Сохраняется устойчивый интерес к услугам психотерапевта среди активной части населения, заинтересованной в своем здоровье и улучшении качества жизни.

Процесс индивидуального развития по Ф. Перлзу – это процесс расширения зон самознания; основной фактор, препятствующий психологическому росту – избегание сознания. Великая вещь – понять, что сознание уже само по себе может быть целительным. Перлз очень

доверял «мудрости организма», самостоятельной саморегуляции здорового зрелого человека [5].

Средний человек осознает реальность в той мере, в какой цель выживания делает такое осознание необходимым. Сознание среднего человека является главным образом «ложным сознанием», ибо составлено из вымыслов и иллюзий, тогда как именно то, что он не осознает, и есть реальность [7]. Еще выдающийся американский психолог Уильям Джеймс [1] неоднократно подчеркивал, что «наше нормальное, или, как мы его называем, разумное сознание представляет лишь одну из форм сознания, причем другие, совершенно от него отличные, формы существуют рядом с ним, отделенные от него лишь тонкой перегородкой».

В последнее время в психологической теории и психотерапевтической практике наиболее актуальной является задача построения целостной многомерной языковой среды, трансформационного пространства, в котором могли бы найти свое творческое выражение все состояния сознания, и которое обеспечивало бы общение между различными его слоями, структурными компонентами личности и самосознания.

В основе суицидального поведения, явного или прикрытого саморазрушительным аддитивным поведением лежат различные по уровню, глубине и осознанию невротические конфликты и травмы. Прикрытые обилием психологических защит, они приводят к значительному защитному сужению сознания, лишают пациента выбора при выходе из сложной ситуации. Поэтому поведение пациентов, деструктивно. Чрезмерные психологические защиты лишь позволяют загнать в глубины бессознательного психологический конфликт. Такая стратегия не является эффективной, поскольку чревата непредсказуемыми эмоциональными взрывами, неконструктивными и разрушительными.

Традиционный путь подавления невротической симптоматики с помощью транквилизаторов, антидепрессантов и малых доз нейролептиков не является этиопатогенетическим, поскольку не приводит к избавлению от причин страдания. Неслучайно Б.Д. Карвасарский отмечал, что без психотерапии лечение неврозов бесперспективно. В.В. Козлов [4] рассматривает смерть как один из способов выхода из шоковой зоны кризиса личности, что требует экстренной и интенсивной, глубоко профессиональной помощи.

На протяжении 20 лет наш коллектив применяет в своей практике при работе с личностными кризисами интенсивные дыхательные психотехнологии, которые используют измененные состояния сознания. Задача интенсивных такого подхода – расширение границ осознания клиента. Экспериментально и клинически доказано, что дыхательные психотехнологии оказывают позитивное воздействие, как на физиологическом, так и на психологическом уров-

нях [2, 3, 6]. Интегративная клиническая психотерапия позволяет осуществить проработку психологического конфликта на всех его уровнях – поведенческом, личностном, телесном, межличностном, надличностном и духовном, добиваясь его качественных результатов.

Глубинная проблематика, пережитые в далеком детстве или недавнем прошлом травмы, невротические противоречия, раздражающие личность потенциального суицидента, могут годами лежать в основе душевных страданий, никем не выявляемых и не диагностируемых. Суицидальное поведение – это возможный выбор личности, у которой сломлены защитные механизмы, находящейся в экзистенциальном тупике и не получающей понимания и поддержки в силу специфичности переживаний.

Как показывает наш опыт, полученные результаты достаточно стойкие, затрагивают изменения не только стратегии поведения, но и приводят к перестройке личности, с появлением новых метапотребностей.

Самая большая проблема в современной России – это обеспечить встречу потенциального потребителя психиатрического сервиса со специалистом. Посещать психиатра никогда не было престижно – отпугивает вывеска, возможность социальных ограничений. Предлагаемые новые подходы к диагностике и профилактике психических расстройств позволяют проводить эффективный скрининг доклинических проявлений стрессозависимых нарушений и осуществлять дифференцированные реабилитационные программы в зависимости от глубины дезадаптации.

Нам представляется перспективным создание Центра психического здоровья в г. Тюмени, включающего в поле зрения и суицидально угрожаемых контингентов. Весьма актуальной проблемой является внедрение в работу центра высокотехнологичных методов, позволяющих объективно и оперативно определять функциональное состояние людей и сохранять его на нормальном уровне с помощью здоровьесберегающих технологий.

Литература:

1. Джеймс У. Многообразие сознания: исследование закиси азота. // Пути за пределы «Эго» Трансперсональная перспектива. – М.: ИТИ, 1996. – С. 112-113.
2. Козлов В.В. Трансперсональная психология. Учебник для ВУЗов. М.: Изд-во ЭКСМО, 2010. – 512 с.
3. Козлов В.В., Бубеев Ю.А. Измененные состояния сознания: системный анализ. М., 2005 – 396 с.
4. Козлов В.В., Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. – СПб, «Речь». – 1999. – 286 с.
5. Майер Э. Фредерик С. Перлз и гештальт-терапия // Гуманистическая и трансперсональная психология. Хрестоматия. Минск. – М., АСТ, 2000. – С. 343-382.
6. Приленский Б.Ю. и др. Трансперсональная и телесно-ориентированная психотерапия - перспективы применения в клинике // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 1999. – Том 5, № 3. – С. 37-39.

7. Фромм Э. Природа благополучия. // Психотерапия и духовные практики. Подход запада и Востока к лечебному процессу. – Минск: Вида-Н, 1998. – 116 с.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Б.Ю. Приленский, Е.В. Родяшин, А.В. Приленская

Тюменская ГМА, г. Тюмень

Обобщается 20-летний опыт применения психотерапии при работе с кризисными состояниями. Предлагается использование интегративного психотерапевтического подхода при выявлении и терапии суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, психотерапия

INTEGRATIVE APPROACH IN PSYCHOTHERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR

B.Y. Prilensky, E.V. Rodyashin, A.V. Prilenskaya.

Tyumen State Medical Academy, Russia

This paper summarizes 20 years of experience in the application of integrative clinical therapy when dealing with crisis. It is proposed to use an integrative psychotherapeutic approach in the identification and treatment of suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, psychotherapy

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ПРОЦЕДУРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФАТАЛЬНЫХ СУИЦИДЕНТОВ СРЕДИ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ И ОБВИНЯЕМЫХ

Е.В. Вальздорф

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

E-mail автора: Marisabel100@yandex.ru

Вопросы рассмотрения и выявления ауто-агрессивных действий подозреваемых и обвиняемых (лиц, привлекаемых к уголовной ответственности) подвластны при назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Подавляющее большинство судебно - психиатрических экспертиз в России проводится в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях, деятельность которых регламентируется, помимо процессуального законодательства, также ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Согласно ст. 11 этого Закона, государственными судебно-экспертными учреждениями являются либо специализированные государственные учреждения, либо специализированные подразделения государственных учреждений, предназначенные для производства судебно-экспертиз. Экспертиза назначается в случаях, когда в ходе производства по уголовному делу требуются специальные знания в науке, технике, искусстве или ремесле. Основная деятельность судебного эксперта состоит в проведении исследований представленных ему объектов и материалов и даче заключения по поставленным перед ним вопросам. Потребность в специальных знаниях и проведении экспертизы, подготовка материалов и объектов для экспертного исследования, а также формулировка вопросов, подлежащих экспертному разрешению, осуществляются лицом (органом), ведущим производство по делу, т.е. дознавателем, следователем, прокурором, судом. Возникающая в ходе судопроизводства потребность в психиатрических знаниях служит фактическим основанием для назначения судебно - психиатрической экспертизы. Наиболее часто судебно - психиатрическая экспертиза назначается в связи с

сомнениями в психической полноценности лица, участвующего в деле [7]. Следователи, как правило, специальные знания опосредуют путем назначения судебно-экспертиз и дальнейшего использования в доказывании их результатов. Исходя из этого, назначение судебной экспертизы можно определить как следственное действие, состоящее в поручении следователем (выражаемом в форме постановления) специалистам произвести в пределах своей компетенции исследование представленных им объектов и на этой основе дать ответы на сформулированные следователем вопросы с целью использования полученных результатов в доказывании по уголовному делу. Судебная экспертиза может назначаться в отношении любых объектов, определено или предположительно связанных с совершением преступления [1].

Во время проведения самой судебно - психиатрической экспертизы, врач судебно - психиатрический эксперт при описании физического, неврологического и психического состояния излагает в заключении комиссии эксперта (экспертов) данные наружного осмотра, в частности, наличие на коже рук, шеи, туловища рубцов от самопорезов, которые могли быть совершены в местах лишения свободы, следственных изоляторах и изоляторах временного содержания, а также на воле; странгуляционные борозды, травмы: головы, грудной клетки, верхних и нижних конечностей; места бывших пулевых ранений, фиксируются состояние внутренних органов, признаки поражения ЦНС. Приводятся результаты лабораторных исследований и иные данные, характеризующие соматическое и неврологическое состояние обследуемого лица и свидетельствующие о наличии или отсутствии в этой сфере патологических изменений.

По данным ряда исследований, в качестве причины для возникновения аутоагрессивного поведения подозреваемых и обвиняемых служит избрание вида меры пресечения, такого как заключение под стражу или подписка о невыезде и надлежащем поведении. В зависимости от избранной меры, лицо, привлекаемое к уголовной ответственности, может выбрать наиболее оптимальный способ совершения аутоагрессивных действий. Так, демонстративно-шантажная форма нефатального суицидального поведения характерна для суицидентов, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу (нанесение самопорезов в область левого и правого предплечья, живота, нижних конечностей острым режущим предметом, лезвием бритвы, заточенной монеткой, проволокой; демонстративное самоповешение), тогда как форма суицидального поведения в виде действий, имеющих целью намеренное прекращение собственной жизни (отравление психотропными средствами, самоповешение, выстрел в себя из огнестрельного оружия, прыжки с высоты двухэтажного и четырехэтажного дома, нанесение глубоких самопорезов на переднемедиальную поверхность левого и правого предплечья) более характерна для лиц, в отношении которых избрана мера пресечения в виде подписки о невыезде и надлежащем поведении [3].

Немаловажную роль в выборе способа совершения суицида как аутоагрессивного акта играет вид выявленного психического расстройства у подозреваемого или обвиняемого. У подэкспертных (лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и направленных органами дознания, следствия и суда для прохождения судебно-психиатрической экспертизы) с органическим расстройством личности меньше всего выявлялась склонность к аутоагрессивному поведению [5]. А у подэкспертных с имеющимся психическим расстройством в виде эмоционально-неустойчивого расстройства личности пограничного типа, выявлена наибольшая предрасположенность к совершению нефатального демонстративно-шантажного варианта суицидального поведения [4, 6].

Описаны случаи «квазисамоубийств», когда у суицидента нет истинных намерений уйти из жизни. Напротив, попытка рассматривается как инструмент давления в целях получения различных моральных, материальных или социальных льгот, ослабления общественного или тюремного режима, освобождения от неприятных обязанностей, наказания окружающих и т.д. [2].

Таким образом, проведенный анализ литературных источников, указывающих на наличие высокой распространенности нефатальных суицидов среди лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, предопределил занятие значимого положения в иерархии суицидального по-

ведения этих аутоагрессивных актов между различными социальными слоями населения.

Литература:

1. Баев О.Я., Солодов Д.А. Производство следственных действий: криминалистический анализ УПК России, практика, рекомендации: практическое пособие. – М.: Эксмо, 2009. – 208 с.
2. Борохов А., Резников Е. Выбор способа самоубийства и корреляция с психопатологическими синдромами // Мат. 4 Съезда психиатров Чувашии. – Чебоксары, 2010. – С. 245-247.
3. Вальддорф Е.В. Вид меры пресечения как причина суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 14-15.
4. Вальддорф Е.В., Цилли Е.И. и др. Взаимосвязь выявленных психических расстройств с совершением суицида и частотой преступлений уголовной направленности // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 26-27.
5. Вальддорф Е.В. Виды аутоагрессивного поведения, выявленные в условиях отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы // Там же. – 2010. – № 4. – С. 47-48.
6. Вальддорф Е.В., Цилли Е.И. и др. Зависимость выявленных психических расстройств с наличием суицидального поведения у лиц, подверженных судебно-психиатрической экспертизе // Мат. 15 Съезда психиатров России. – М.: М. – 2010. – С. 337.
7. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии. – М.: Медицина. – 2004. – 592 с.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
КАК ПРОЦЕДУРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
НЕФАТАЛЬНЫХ СУИЦИДЕНТОВ СРЕДИ
ПОДОЗРЕВАЕМЫХ И ОБВИНЯЕМЫХ

Е.В. Вальддорф

Иркутский ГМУ
Иркутский ОПНД, Иркутск

Определена значимость судебно-психиатрической экспертизы, как процедуры для выявления ранее произведенных аутоагрессивных актов подэкспертными. Дальнейшее изучение данного вопроса позволит определить прогнозы, усовершенствовать профилактические мероприятия и разработать методы по предотвращению совершения аутоагрессивных действий данной категорией лиц в условиях судебно-следственной ситуации.

Ключевые слова: суицидальное поведение, демонстративно-шантажный суицид, самопорезы.

PSYCHIATRIC EXAMINATION OF PROCEDURES
FOR IDENTIFYING AS NONFATAL SUICID
AMONG SUSPECTS AND DEFENDANTS

E.V. Valzdorf

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

The studies were carried out in Irkutsk and Irkutsk region. The importance of forensic-psychiatric expertise as a procedure for revealing the autoaggressive acts performed earlier by the persons under investigation was determined. Further study of the issue will make it possible to make forecasts, improve preventive measures and develop methods for averting self-destructive behavior in this category of individuals.

Key words: suicidal behavior, blackmailing demonstrative suicide, self-cuttings.