

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, член-корр. РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
Е.Н. Кривулин, д.м.н., профессор
(Челябинск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jugki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Niko Seppälä M.D. (Финляндия)

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- М.В. Морев, Ю.Е. Шматова, Е.Б. Любов*
Динамика суицидальной смертности населения
России: региональный аспект 3
- Б.С. Положий, А.Ы. Куулар, С.М. Дуктен-оол*
Особенности суицидальной ситуации в регионах
со сверхвысокой частотой самоубийств
(на примере Республики Тыва) 11
- Ж.В. Емяшева, В.А. Розанов*
Некоторые позитивные события жизни
могут быть ассоциированы с суицидальными
проявлениями 18
- А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина,
А.В. Сафронова, Д.Р. Коршунова*
Аутоагрессивные и личностно-психологические
характеристики женщин, ранее состоявших в
браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом .. 25
- В.В. Васильев, Ю.В. Ковалёв, Э.Р. Имашева*
Суицидальные мысли при депрессивном
синдроме 30
- О.А. Вишневецкая, Н.Н. Петрова*
Суицидальное поведение больных
в ремиссии шизофрении 35
- В.А. Руженков, В.В. Руженкова*
Некоторые аспекты терминологии и
классификации аутоагрессивного поведения 41
- А.В. Сахаров, Н.В. Говорин,
О.А. Тарасова, О.Б. Плюснина*
Некоторые клинические и социально-
психологические характеристики студентов,
совершивших суицидальные попытки 51
- М.В. Пулькин*
Самосожжения старообрядцев:
проблема лидерства 56

EDITOR IN CHIEF

P.B. Zotov, Ph. D., prof.
(Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY

M.S. Umansky, M.D.
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, corresp. RAMS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
(Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
E.N. Krivulin, Ph. D., prof.
(Chelyabinsk, Russia)
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
A.V. Merinov, Ph. D.
(Ryazan, Russia)
N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)
G. Pilyagina, Ph. D., prof.
(Kiev, Ukraine)
B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
(Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(Odessa, Ukraine)
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
(Belgorod, Russia)
N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)
A.V. Semke, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
(Ufa, Russia)
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
(Dnipropetrovsk, Ukraine)
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof.
(Finland)
Niko Seppälä, M.D. (Finland)

Журнал

«Суицидология»

включен в Российский
индекс научного
цитирования
(РИНЦ)

I.V. Sinova

Современный взгляд на детские суициды
в Российской империи второй половины
XIX – начала XX веков 63

Информация для авторов 72

*Contents**M.V. Morev, J.E. Shmatova, E.B. Lyubov*

Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level 3

B.S. Polozhy, L.Y. Kuular, S.M. Dukten-ool

Peculiarities of suicidal situation in the regions with
ultrahigh suicide rate (on an example
of The Republic of Tyva) 11

Zh.V. Emyasheva, V.A. Rozanov

Some positive life events may be associated
with suicidal manifestations 18

A.V. Merinov, O.Y. Somkina, A.V. Saphronova, D.R. Korshunova

Aggressive and personal-psychological characteristics of
women previously married men suffering from alcoholism 25

V.V. Vasilyev, Y.V. Kovalev, E.R. Imasheva

Suicidal ideas in depressive syndrome 30

O.A. Vishnevskaya, N.N. Petrova

Suicidal behavior in remission of schizophrenia 35

V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova

Some aspects of terminology and classification
of self-injurious behavior 41

A.V. Sakharov, N.V. Govorin, O.A. Tarasova, O.B. Plyusnina

Clinical and socio-psychological characteristics
of students, committed a suicide attempts 51

M.V. Pulkin

Old believers self-immolation: a problem of leadership 56

I.V. Sinova

Modern look at children's suicide in the Russian Empire
second half XIX - early XX centuries 63

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на 2014 год.

Индекс подписки: **57986** Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать».

Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74

Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202 Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600

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

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru, www.medpsy.ru

Заказ № 44. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 14.03.2014 г. Распространяется по подписке.

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

При перепечатке материалов ссылка на журнал «Суицидология» обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

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

УДК: 616.89–008.44

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

М.В. Морев, Ю.Е. Шматова, Е.Б. Любов

ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий РАН», г. Вологда, Россия
ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Морев Михаил Владимирович – кандидат экономических наук. Место работы и должность: заведующий лабораторией исследования социальных процессов ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук. Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-03, e-mail: 379post@mail.ru

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук. Место работы и должность: младший научный сотрудник ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук. Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-03, e-mail: 379post@mail.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

В статье представлены результаты долгосрочного мониторинга суицидального поведения в России и Вологодской области в частности. Указаны особенности динамики уровней самоубийств в Российской Федерации на примере Вологодской области в 2000-х гг., рассчитан реальный уровень суицидальной смертности с учётом латентных случаев.

Ключевые слова: суицидальное поведение, территориальный анализ, латентный уровень.

Наметившийся в последнее десятилетие тренд к снижению суицидальной смертности в стране (Россия впервые за годы открытой статистики замкнула десятку неблагополучных стран в рейтинге ВОЗ) не может дезориентировать профессионалов и общество в целом. Уровень самоубийств в стране в 1990–2012 гг. неизменно превышает критическое значение ВОЗ (20 случаев на 100000 населения).

Цель исследования: динамический анализ и уточнение масштабов суицидальной смертности (с учетом латентного уровня) населения на государственном и местном уровнях.

Материалы и методы.

Использованы данные Федеральной службы государственной статистики (www.gks.ru). Динамика показателей суицидальной смертности (на 100000 населения) на региональном уровне представлена посредством методики ЮНИСЕФ [5].

1. Данные за три года объединены для сглаживания возможных колебаний уровней самоубийств.

2. Из анализа исключены автономные округа кроме Чукотского, что обусловлено малой численностью населения и высокой вариабельностью показателей, а также республи-

ки Чечня и Ингушетия в силу вызывающей сомнения статистики смертности.

3. Территории разделены на группы с низким, средним и высоким показателями смертности от суицидов, при этом в группу средних значений вошли территории, где смертность в границах показателей «средняя \pm стандартное отклонение»; территории, где значения суицидальной смертности ниже этого коридора, отнесены в группу «благополучных» с низкими значениями показателя; соответственно, регионы, где искомый показатель оказался выше коридора значений – в «неблагополучные» с высоким уровнем смертности. Группировка позволяет оценить степень наполняемости каждой из групп (с низким, средним и высоким уровнем суицидов) в различные исторические периоды [4].

Для выявления латентного уровня самоубийств проанализированы следующие причины смертности: случайное удушение; прочие случайные отравления; падение, прыжок или столкновение с высоты с неопределенными намерениями и несчастный случай, вызванный огнестрельным оружием. Отбор именно этих причин смертности обусловлен тем, что они наиболее распространены как способы суицида [2]. По частоте причины смертности располо-

жены в следующем порядке: случайные отравления, случайные удушения, падения с высоты, огнестрельные ранения. Аналогичная структура способов ухода из жизни выявлена соавтором статьи [3].

Результаты и обсуждение.

Динамика уровней суицидов в Российской Федерации и Вологодской области в частности, судя по официальным данным сходна (рис. 1).

Уровни суицидальной смертности в Вологодской области с начала 1990-х гг. ухудшились. Если в 1990 г. по уровню суицидальной смертности область занимала 52 место среди субъектов РФ и 5 место в Северо-Западном Федеральном округе, то в 2012 г. – 37 и 4 соответственно. В 1991-2000 гг. уровень смертности испытывал значительные колебания. В 1999 г. по отношению к 1990 г. рост смертности от самоубийств составил 146% на фоне распада СССР и экономических кризисов 1991 и 1998 гг.

С 2000 года смертность от самоубийств постепенно снижается (примерно вдвое), чему способствовала относительная стабилизация политической и социально-экономической ситуации. При этом темпы снижения смертности от суицидов несколько замедлены после 2008 г., что отчасти связано с последствиями мирового финансового кризиса. К 2012 году уровень смертности от самоубийств в России снижен до критического показателя смертности ВОЗ, что можно объяснить социальной адаптацией и восстановлением населения от последствий кризиса.

В группе особого риска сельчане, вопреки классической социологической позиции [4]. Так, уровень суицидов в 2012 г. сельских жителей составил 33,7 против 16,2 у горожан (74% населения страны).

Мужчины чаще совершают самоубийства. Это общемировая тенденция. По официальным данным 2011 г. индекс сверхсуицидальности мужчин (число самоубийств мужчин на одно женское) составил 5 в среднем по России и 4 – в Вологодской области (рис. 2).

Наибольший риск самоубийств лиц трудоспособного возраста (рис. 2) сопряжен с существенными демографическими (снижение ожидаемой продолжительности жизни) и экономическими потерями [6]. Показан ресурсосберегающий потенциал типовых лечебно - профилактических мероприятий на государственном и региональном уровнях.

Анализируя суицидальное поведение населения, следует учитывать тот факт, что субъекты РФ существенно отличаются по социально-экономическим, культурно-историческим, демографическим характеристикам (табл. 1). Различия уровней суицидальной смертности на региональном уровне достигают двух порядков. Так, по данным на ноябрь 2013 г. в субъектах РФ он отличен от 0,5 (республика Ингушетия) до 67,2 (республика Алтай).

Критерии распределения субъектов РФ изменились: в 1992–1994 гг. пороговым значением группы с низким уровнем суицидальной смертности служил уровень 25, то в 2010–2012 гг. – 11 (табл. 2).

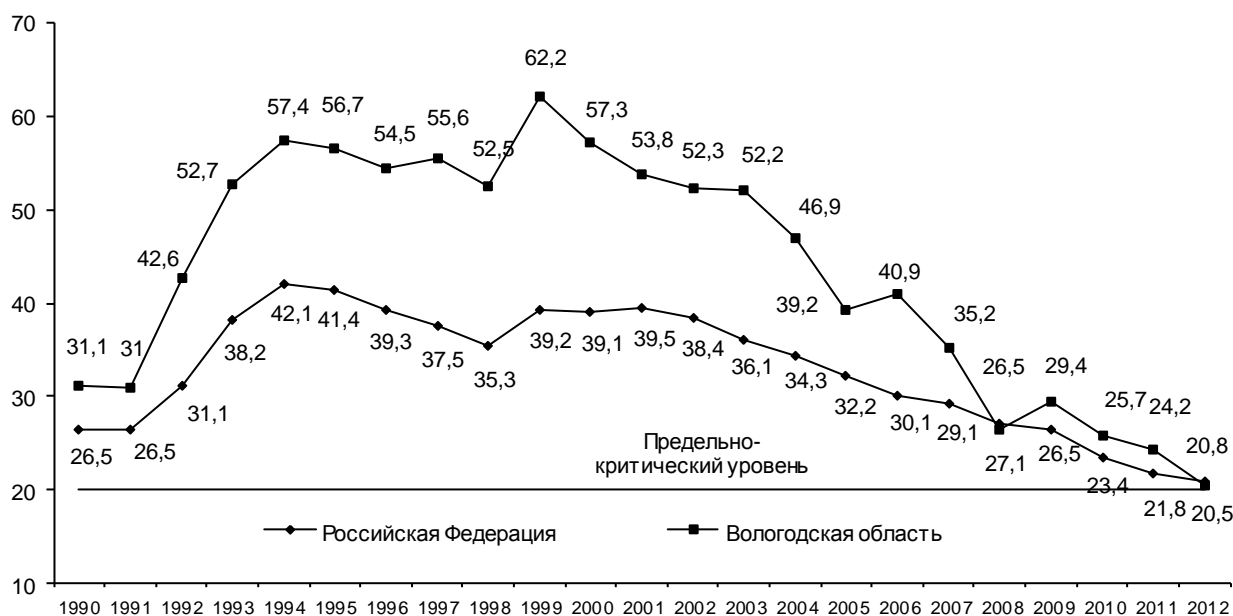


Рис. 1. Уровни самоубийств в Российской Федерации и Вологодской области.

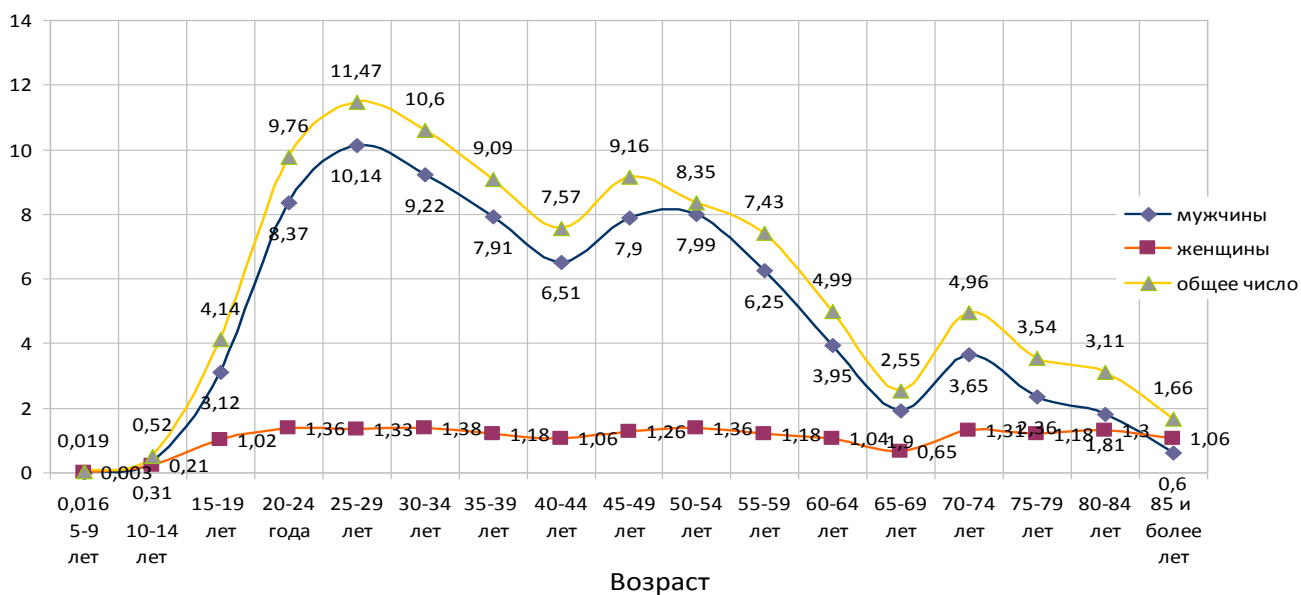


Рис. 2. Уровни суицидальной смертности в поло-возрастных группах в 2012 г. (на 100000 населения).

Таблица 1
Ранжир Федеральных округов (ФО) по уровням суицидов населения (2011)

Федеральный округ	Уровень суицидов (на 100000 населения)
Сибирский	35,7
Дальневосточный	31,9
Приволжский	27,8
Уральский	27,5
Северо-Западный	19,6
Южный	15,1
Центральный (в т.ч. Москва)	13,7 (5,2)
Северо-Кавказский	5,7
Средний уровень по России	21,8

За 1992-2012 гг. произошли позитивные изменения: часть регионов из группы с высоким уровнем суицидальной смертности переместилась в группу со средним значением показателя, соответственно доля территорий с высокими показателями суицидальной смертности в общем числе субъектов РФ сократилась с 14% до 11% (табл. 3).

Структура территорий РФ по уровню самоубийств в 1992–2012 гг. существенно не изменилась. Однако 16 из 79 регионов, или 20% субъектов: 9 регионов перешли из группы с более высоким уровнем смертности в группу с более низким уровнем самоубийств, 7 территорий – наоборот (табл. 4).

Таблица 2
Критерии классификации российских регионов по уровню смертности от самоубийств

Уровень суицидов	1992-1994	1995-1997	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Низкий	< 25,0	< 26,1	< 25,1	< 24,0	< 19,5	< 15,0	< 11,0
Средний	25,0 – 54,0	26,1 – 60,1	25,1 – 59,0	24,0 – 61,8	19,5 – 54,5	15,0 – 48,8	11,0 – 42,3
Высокий	> 54,0	> 60,1	> 59,0	> 61,8	> 54,5	> 48,8	> 42,3

Таблица 3
Распределение субъектов Российской Федерации в зависимости от уровней суицидов

Уровень суицидов	1992-1994		1995-1997		1998-2000		2001-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Низкий	10	12,7	12	15,2	10	12,7	11	13,9	10	12,7	9	11,4	10	12,7
Средний	58	73,4	55	69,6	57	72,1	55	69,6	57	72,2	58	73,4	60	75,9
Высокий	11	13,9	12	15,2	12	15,2	13	16,5	12	15,1	12	15,2	9	11,4

Таблица 4

Изменение уровня самоубийств в регионах РФ
с 1992-1994 по 2010-2012 гг.

Позиции регионов улучшились	Позиции регионов ухудшились
Архангельская область Кировская область Курская область Новгородская область Республика Башкортостан Республика Карелия Республика Марий Эл Рязанская область Самарская область	Амурская область Воронежская область Курганская область Республика Адыгея Республика Тыва Ставропольский край Чукотский авт. округ

Относительно неизменный уровень суицидов можно объяснить устойчивыми социально-демографическими и экономическими характеристиками регионов, включая доступность медицинской (специализированной) помощи.

Об относительном постоянстве суицидов на территориальном уровне писал и Э.Дюркгейм: «...общий процент смертности от самоубийства ... не только постоянен для долгого периода времени, но неизменяемость его оказывается еще большею, чем та, которой обладают главные демографические явления» [4].

В начале 1990-х территории с высоким уровнем суицидальной активности населения находились в центральной и юго-восточной части России (рис. 3).

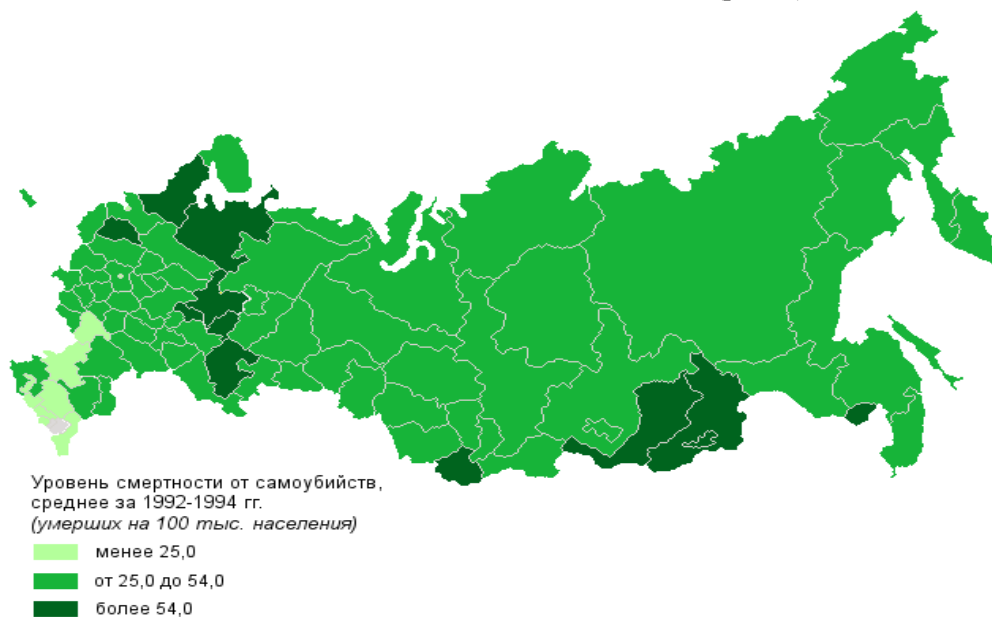


Рис. 3. Уровень смертности населения от самоубийств в Российской Федерации в 1992–1994 гг.

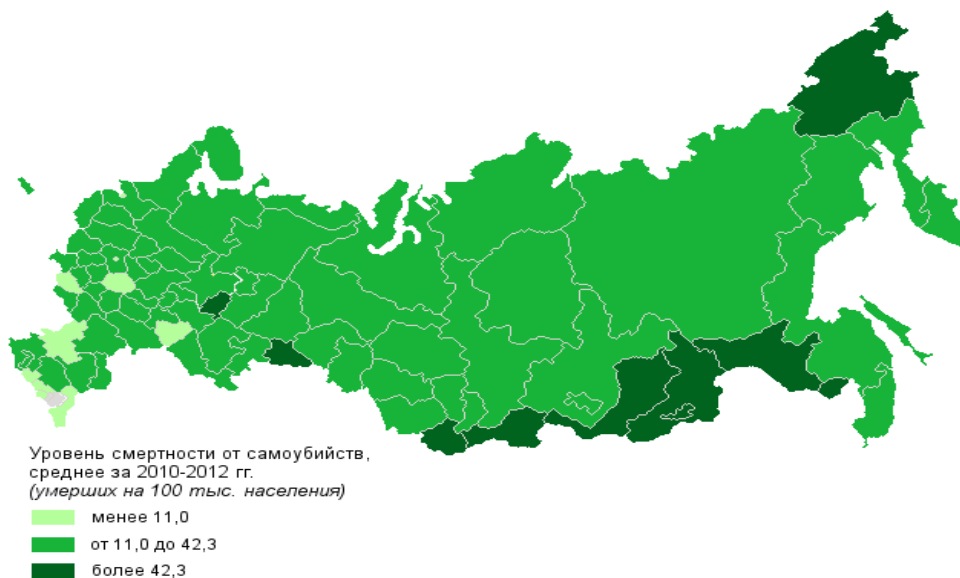


Рис. 4. Уровень смертности населения от самоубийств в Российской Федерации в 2010–2012 гг.

Низкий (до 25,0)	Высокий (выше 54,0)
Карачаево-Черкесская Республика (2,83) Республика Дагестан (4,00) Республика Северная Осетия-Алания (4,87) Кабардино-Балкарская Республика (12,57) Воронежская область (14,73) Ставропольский край (18,00) г. Москва (19,67) Ростовская область (20,40) г. Санкт-Петербург (23,20) Республика Адыгея (23,63)	Новгородская область (54,27) Еврейская автономная область (60,10) Архангельская область (60,37) Республика Башкортостан (60,43) Республика Бурятия (61,03) Кировская область (61,97) Республика Марий Эл (62,13) Забайкальский край (62,27) Республика Карелия (63,33) Удмуртская Республика (63,80) Республика Алтай (68,67)

Низкий (до 11,0)	Высокий (выше 42,3)
Республика Дагестан (2,94) г. Москва (5,22) Республика Северная Осетия-Алания (5,77) Рязанская область (7,13) Карачаево-Черкесская Республика (7,41) Ростовская область (8,49) Самарская область (9,33) Курская область (9,52) г. Санкт-Петербург (10,14) Кабардино-Балкарская Республика (10,20)	Курганская область (44,60) Удмуртская Республика (45,98) Амурская область (49,72) Еврейская автономная область (61,62) Забайкальский край (63,10) Республика Тыва (63,13) Республика Бурятия (63,24) Республика Алтай (67,82) Чукотский автономный округ (76,19)

В 2010-2012 гг. неблагополучие охватило юго-восточную Россию (рис. 4). Центральные территории переместились в группу со средним уровнем суицидальной смертности в связи с относительной стабилизацией политической и социально-экономической ситуации 2000-х гг.

Повышенный уровень суицидальной смертности в субъектах юго-восточной России носит традиционный характер, что отчасти связано с удаленностью от федерального центра, и, как правило, более медленным социально-экономическим развитием; отчасти с культурно-историческими традициями района [8].

Группу территорий, формирующих картину суицидальной смертности России, составили Удмуртская Республика, Забайкальский край, Еврейская АО, Республики Бурятия и Алтай.

Сходный анализ суицидальной смертности проведен в Вологодской области. Смертность от самоубийств в регионе выше, чем в стране (рис. 1), поэтому группировка муниципальных образований региона требует более высоких показателей смертности. Так, в 2010-2012 гг. в группу районов с низким уровнем самоубийств попали территории с уровнем суицидов до 18,7, а не 11 в среднем по стране (табл. 5).

Если в России в 2000-х гг. преобладали территории с высоким уровнем суицидов, то в Вологодской области противоположная ситуация. Группа «благополучных» муниципальных образований больше, чем «неблагополучных» (на 3–7 п.п.) за исключением 2007–2009 гг., когда область столкнулась с последствиями мирового финансового кризиса, обострившими, среди прочих, проблему безработицы (табл. 6).

Таблица 5

Критерии классификации районов Вологодской области по уровню самоубийств

Уровень суицидов	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Низкий	< 45,9	< 43,4	< 26,1	< 18,7
Средний	45,9 – 82,9	43,4 – 80,2	26,1 – 80,0	18,7 – 64,0
Высокий	> 82,9	> 80,2	> 80,0	> 64,0

Количество районов Вологодской области по уровням суицида

Уровень суицидов	2001-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Низкий	5	17,9	5	17,9	5	17,9	6	21,4
Средний	19	67,9	20	71,4	18	64,3	18	64,3
Высокий	4	14,3	3	10,7	5	17,9	4	14,3

В 2010–2012 гг. принадлежность к выделенным группам изменили 10 муниципальных образований из 28 (35% территорий области), более чем в среднем по России (20%), но гипотеза Э. Дюркгейма о территориальном постоянстве уровня самоубийств подтверждена на региональном уровне. Ареал неблагополучных территорий располагается в центре области (Верховажский, Сямженский, Усть-Кубинский, Тарногский районы). Однако уровень суицидальной смертности, регистрируемый официальной статистикой, не отражает реальную ситуацию. Согласно ЮНИСЕФ, определить реальный уровень суицидов (с учетом латентных случаев) можно путем сравнительного анализа с случаями смертности, имеющими сходный механизм реализации [5]. Подход позволяет выявить возможные «резервуары» латентных потерь от самоубийств, объективно оценить масштабы суицидального поведения.

Изменения динамики причин смертности совпадают с изменениями социально-экономической ситуации. Вряд ли события носили исключительно случайный характер: в них присутствовала «преднамеренная» компонента [5].

Так, частота смертности от случайных падений резко меняется в 1984, 1987, 1992, 1998, 2008 гг., согласно началу антиалкогольной кампании и негласным ее свертыванием, началом гайдаровских реформ, экономическим кризисом. При исследовании латентного уровня самоубийств в Вологодской области мы не располагали данными за продолжительный промежуток времени (в исследовании ЮНИСЕФ взят период 1965–2009 гг.), но в 2008–2009 годы, наибольшего влияния мирового финансового кризиса, на территории области отмечен рост смертности по указанным выше причинам.

Таблица 7

Латентный уровень самоубийств в России и Вологодской области в 2012 г.

Причины смерти	Случайное удушение	Прочие случайные отравления*	Падение, прыжок или столкновение с высоты с неопределенными намерениями**	Несчастный случай, вызванный огнестрельным оружием	Итого, латентный уровень самоубийств	Официальный уровень самоубийств	Реальный уровень суицидов	Латентный в % к официальному	Реальный уровень в % к официальному
Российская Федерация									
Случаев на 100000 населения	6069	9578	2476	173	18296	29735	48031	61,5%	161,5%
	4,2	6,7	1,7	0,1	12,8	20,7	33,6		
Вологодская область									
Случаев на 100000 населения	78	251	51	0	380	245	625	155%	255,1%
	6,5	20,9	4,2	0	31,7	20,5	52,0		

* Прочие случайные отравления не включают в себя отравления от алкоголя и наркотиков. Показатель был выбран для того, чтобы исключить эпизоды случайных алкогольных и наркотических отравлений.

** С 2011 г. уточненная формулировка «падение с одного уровня на другой» регистрируется отдельно от причин «падение на поверхности одного уровня». До 2011 г. – общая формулировка «случайные падения».

Анализ латентного уровня самоубийств в Российской Федерации и Вологодской области в частности выявил следующие моменты. Если в России в 2012 г. доля латентных суицидов составила 61,5% по отношению к официально зарегистрированным случаям, то в регионе превышала в 1,5 раза (табл. 7).

Смертность от случайных удушений, прочих случайных отравлений, огнестрельных ранений и падений с неопределенными намерениями в регионе почти втрое выше среднероссийской (31,7 и 12,8 соответственно).

Предполагая, что среди эпизодов смертности от случайных удушений, отравлений, падений с высоты и огнестрельных ранений велика доля «скрытых» суицидов, уровень латентной суицидальной смертности снижается меньшими темпами, чем официально зарегистрированной. За 2006 – 2012 гг. латентная смерт-

ность от суицидов снизилась на 12%, уровень официальных самоубийств – вдвое (рис. 5).

Если в 2006 г. уровень официально регистрируемой смертности от самоубийств превышал число латентных случаев (на 14%), то с 2007 г. обратная ситуация. К 2012 году латентный уровень превышает регистрируемый на 55%, что говорит о том, что, несмотря на устойчивую положительную тенденцию сокращения официально регистрируемых случаев суицида, высока вероятность намеренного и случайного недоучета официальной статистики.

Уровень суицидов в 2006–2012 гг. мужчин (городских и сельских) падает, но среди женщин возрос на треть (табл. 8).

Динамика латентного и официально регистрируемого уровня суицидов среди мужчин сходна (рис. 6).

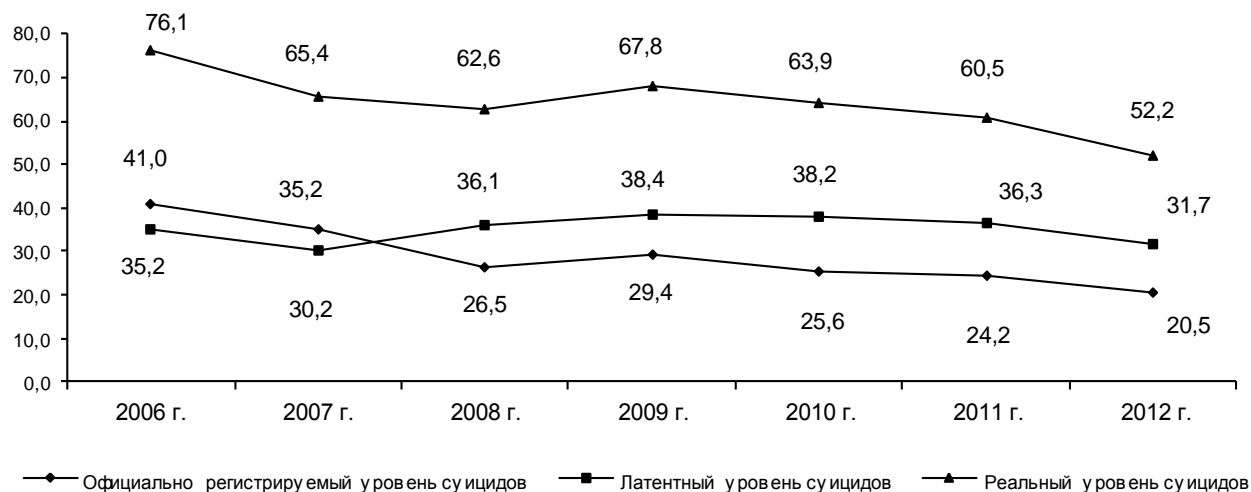


Рис. 5. Динамика уровня официальной, латентной и реальной суицидальной смертности в Вологодской области в 2006–2012 гг.

Таблица 8

Динамика суицидов в 2006-2012 гг. в Вологодской области среди мужчин, женщин, городских и сельских жителей (в % по отношению к 2006 г.)

Причины смерти	Жители области	Мужчины	Женщины	Город	Село
Случайное удушение	- 11	- 17	+ 23	- 3	- 18
Прочие случайные отравления	- 6	- 15	+ 24	- 10	+ 1
Падение, прыжок или столкновение с высоты с неопределенными намерениями	- 34	- 55	- 30	- 26	- 74
Латентный уровень суицидальной смертности	- 12	- 24	+ 28	- 12	- 14
Самоубийства	- 51	- 54	- 37	- 54	- 49
Реальный уровень суицидальной смертности	- 33	- 40	- 2	- 32	- 36

У женщин обратная зависимость: каждый год изменения в официальном уровне самоубийств сопровождаются противоположными изменениями уровня смертности от случайных падений, удушений, отравлений и огнестрельных ранений (рис. 7), возможно в связи с тем, что «замалчивание» суицида женщин особенно актуально. В этом случае уровень женских суицидов в области занижен, хотя он не выше такового мужчин.

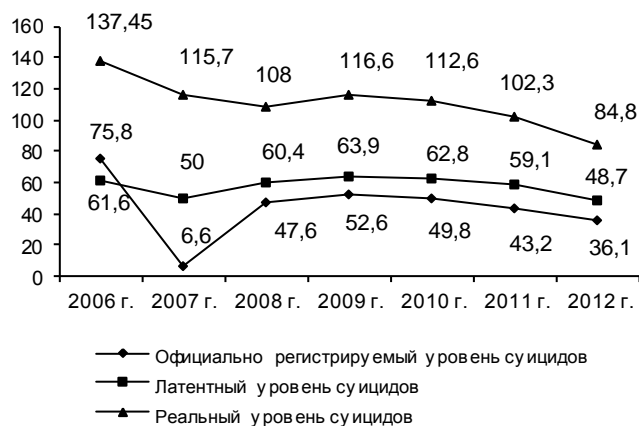


Рис. 6. Официально регистрируемый латентный и реальный уровень суицидальной смертности мужчин в Вологодской области.



Рис. 7. Официально регистрируемый латентный и реальный уровень суицидальной смертности женщин в Вологодской области.

Индекс сверхсуицидальности мужчин составляет не 4,3, по официальной статистике, а 3,1, сходно с общемировыми тенденциями [1, 2].

С 2009 г. стабильны количество смертей от случайных удушений на сельских территориях и число смертей от падений с высоты горожан. Эти способы ухода из жизни связаны с высоким риском смерти (в отличие от самоотравле-

ний и вскрытия вен). Этот важный социально-психологический показатель стабильности «истинных» суицидов на фоне уменьшения «демонстративно-шантажных» эпизодов. То есть при всех положительных тенденциях снижения официально регистрируемого и латентного уровней самоубийств стабильно число людей, для которых суицид – окончательное решение.

Выводы:

1. За 2010–2012 гг. доля субъектов Российской Федерации из группы с высоким, по российским меркам, уровнем суицидов снижена с 17 до 11%. В Вологодской области показатель неизменен (доля муниципальных образований в группе 14%).

2. Периоды кризисов (1991, 1998, 2008 гг.) оказали влияние на уровень самоубийств в России и на их территориальное распределение. В Вологодской области доля территорий с повышенным уровнем самоубийств наиболее велика (18%) в 2001–2012 гг.

3. Уровень суицидальной смертности в России и на региональном уровне определен относительным постоянством высокого уровня суицидов в отдельных группах областей. «Неблагополучные» субъекты Российской Федерации и их отдельные районы должны стать объектом многофакторного изучения, возможно при сопоставлении с районами с контрастно «благополучной» статистикой суицидальной смертности, а также первоочередного внимания при формировании национальных и местных антисуицидальных программ.

4. Реальный уровень смертности от самоубийств вдвое выше, чем отмеченный официальной статистикой. На примере Вологодской области показано, что уровень латентной суицидальной смертности снижается меньшими темпами (за 2006–2012 гг. на 12%), чем официально зарегистрированной (на 51%). Среди женского населения проблема «замалчивания» суицидальной статистики особенно актуальна.

Литература:

1. Валиахметов Р., Мухамедиева Р., Хилажева Г. Российские самоубийства: случай Башкортостана // Демоскоп Weekly. – №523 – 524, 17-30 сентября. – 2012. [Электронный ресурс]. <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0523/tema05.php>
2. Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Том 18. – Вып. 1. – С. 81-88.

3. Гулин К.А., Морев М.В. Анализ факторов и причин суицидальных попыток / Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – 2008. – № 42. – С. 69-76.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
5. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. – Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). – 2011. – 132 с.
6. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в Россию // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23. – Вып. 2. – С. 38-44.
7. Статистика депрессии [Электронный ресурс]. <http://lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm>
8. Щербакова Е. Демоскоп Weekly №313 – 314. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>

DYNAMICS OF SUICIDE MORTALITY IN RUSSIA: THE REGIONAL LEVEL

M.V. Morev, J.E. Shmatova, E.B. Lyubov

Institute socio-economic development territories of Russian Academy Science, Russia
The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

The article presents the results of long-term monitoring of suicidal behavior problems in Russia and in the Vologda region. It is considered the territorial features of suicides distribution in Russia and in the Vologda region in the 2000s. It is calculated the actual level of suicide deaths taking into account the latent suicides.

Keywords: suicidal behavior, territorial analysis, latent level.

УДК: 616.89-008.44

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНАХ СО СВЕРХВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ САМОУБИЙСТВ (на примере Республики Тыва)

Б.С. Положий, А.Ы. Куулар, С.М. Дуктен-оол

ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ГБУ «НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва», г. Кызыл, Россия
ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница», г. Кызыл, Россия

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., д. 23. Телефон: (906) 776-24-68, e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Куулар Лариса Ывьевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заместитель директора по научной работе ГБУ «Научно-исследовательский институт медико-социальных проблем и управления Республики Тыва». Адрес: 667000, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Ленина, д. 48. Телефон: (394-22) 2-41-38

Дуктен-оол Снежана Малчиновна – главный врач ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница». Адрес: 667000, Республика Тыва, г. Кызыл, п. Строитель. Телефон: (394-22) 5-60-74, e-mail: rguzrpb@yandex.ru

Суицидальная ситуация в России характеризуется наличием регионов со сверхвысокой частотой суицидов – 60 и более случаев на 100000 населения. Одним из таких регионов является Республика Тыва, на модели которой проведено изучение эпидемиологических особенностей распространенности самоубийств и факторов высокого риска развития суицидального поведения. Установлено, что столь неблагоприятная суицидальная ситуация связана с комплексом климато-географических, социально-экономических и этнокультуральных факторов, особенностей организации системы здравоохранения. Полученные данные могут быть экстраполированы на другие регионы со сверхвысокой частотой суицидов.

Ключевые слова: суицидальная ситуация, региональные особенности, сверхвысокая частота суицидов, факторы высокого суицидального риска.

Суицидальная ситуация в современной России характеризуется не только высоким показателем частоты суицидов (20,8 на 100000 населения в 2012 г.), но и его большим раз-

бросом в отдельных регионах страны. Так, по данным Росстата, в этом же году минимальный показатель был зарегистрирован в Республике Ингушетия (0,5 на 100000 населения), а макси-

мальный – в Республике Алтай (67,3 на 100000 населения). Таким образом, различие составило 134 (!) раза. Это требует особого внимания к изучению *региональных особенностей* суицидальной ситуации в стране.

При проведении настоящего исследования нами использовались критерии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), согласно которым выделяются 3 уровня суицидальной активности населения: низкий (0-10 случаев завершённых суицидов на 100000 населения), умеренный (11-20 случаев) и высокий (более 20 случаев на 100000 населения). Учитывая российские реалии, характеризующиеся наличием регионов с крайне высокой частотой самоубийств, нам представилось целесообразным выделить дополнительно *четвёртый (сверхвысокий)* уровень - более 60 случаев на 100000 населения.

В таблице 1 показано, что в 2012 году в эту группу вошли 6 субъектов Российской Федерации (РФ). Обращают на себя внимание две особенности данной группы. Первое, все регионы со сверхвысокой частотой суицидов расположены на Востоке страны (за исключением Ненецкого автономного округа, находящегося на Севере Европейской части России). Второе, все эти регионы являются национальными образованиями.

В качестве модельного объекта для изучения причин столь неблагоприятной суицидальной ситуации в данной группе регионов нами была избрана Республика Тыва. Исследование проводилось с участием местных специалистов, при этом использовались сведения Тывинского республиканского статистического управления.

Таблица 1

Субъекты РФ с максимальными показателями частоты завершённых суицидов в 2012 г. (на 100000 населения)

Место	Субъекты РФ	Частота суицидов
1	Республика Алтай	67,3
2	Ненецкий автономный округ	64,1
3	Республика Бурятия	64,0
4	Еврейская автономная область	62,7
5	Чукотский автономный округ	62,1
6	Республика Тыва	<u>61,0</u>
Российская Федерация		20,8

Установлено, что по частоте суицидов Тыва занимает 6 место среди 82 субъектов Российской Федерации. В 2012 г. данный показатель составил 61 случай на 100000 населения, что превышает среднероссийский уровень в 2,9 раза. Если продолжить сравнения, то частота суицидов в Тыве выше «критического уровня» ВОЗ – в 3 раза, а среднемирового – в 4,2 раза.

Таблица 2

Частота завершённых суицидов в субъектах Сибирского федерального округа в 2012 г. (на 100000 населения)

Место	Субъекты РФ	Частота суицидов
1	Республика Алтай	67,3
2	Республика Бурятия	64,0
3	Республика Тыва	<u>61,0</u>
4	Забайкальский край	59,9
5	Иркутская область	40,3
6	Кемеровская область	36,1
7	Алтайский край	35,0
8	Республика Хакасия	33,0
9	Новосибирская область	28,9
10	Красноярский край	19,7
11	Томская область	17,3
12	Омская область	8,0
Сибирский федеральный округ		32,6

В рамках Сибирского федерального округа (СФО) Тыва занимает 3 место по величине показателя частоты суицидов, уступая только Республике Алтай и Республике Бурятия (табл. 2). Уровень частоты суицидов в Тыве в 1,9 раза превышает средний показатель по Округу (32,6 на 100000) и в 7,6 раза – наиболее благоприятный в этом отношении показатель в Омской области (8 на 100000 населения).

Важной характеристикой суицидальной ситуации является динамика, позволяющая определить основные тенденции её изменения (позитивные, негативные, либо стабильный уровень) в конкретный период времени. С этой целью нами проанализированы показатели частоты завершённых суицидов в Республике Тыва за период 2004–2012 гг. (табл. 3).

Из данных таблицы следует, что минимальный показатель частоты завершённых суицидов в республике был зарегистрирован в

2005 г. (51,6 на 100000), а максимальный – в 2010 г. – 66,4 на 100000 населения.

Таблица 3
Частота суицидов в Республике Тыва в 2004-2012 гг.
(на 100000 населения)

Год	Частота суицидов
2004	60,2
2005	51,6
2006	62,5
2007	52,8
2008	60,1
2009	57,7
2010	66,4
2011	60,2
2012	61,0

Средний показатель за 2004-2012 гг. составил 59,2 случая на 100000 населения. Таким образом, на протяжении всего анализируемого периода суицидальная ситуация в республике оставалась стабильно неблагоприятной, о чем свидетельствуют ежегодные высокие показатели частоты суицидов с их незначительными колебаниями в отдельные годы. При этом важно отметить, что за тот же период времени частота суицидов в Российской Федерации снизилась на 36,5%, а в Сибирском федеральном округе – на 25%. Отсюда следует вывод о том, что суицидальная ситуация в Тыве является не только критической, но и не имеет тенденции к какому-либо улучшению. Это повышает значение углубленного изучения разнообразных факторов риска формирования суицидального поведения с целью разработки действенных мер по улучшению суицидальной ситуации в республике.

Таблица 4
Частота завершенных суицидов в мужской и женской популяциях Республики Тыва, СФО и РФ
(на 100000 соответствующих групп населения)

Регион	Мужчины	Женщины
Республика Тыва	98,5	21,6
Сибирский Федеральний округ	62,1	12,8
Российская Федерация	38,7	7,3

Начнем с сопоставления уровня суицидов в мужской и женской популяциях Тывы, Российской Федерации и Сибирского федерального округа (табл. 4).

В 2012 г. в Тыве частота суицидов среди мужчин составила 98,5, а среди женщин – 21,6 на 100000 лиц каждого пола. Соответствующие показатели в Сибирском федеральном округе оказались равными 62,1 и 12,8, а в России – 38,7 и 7,3. Таким образом, в Тыве частота суицидов среди мужчин превышает соответствующий показатель в Сибирском федеральном округе в 1,6 раза, а среднероссийский показатель – в 2,5 раза. Среди женщин частота суицидов в Тыве больше, чем в СФО в 1,7 раза, и чем в России в целом – в 3 раза.

Динамика суицидальной ситуации в мужской и женской популяциях Тывы имеет существенные различия (табл. 5).

Таблица 5
Динамика частоты завершенных суицидов
в мужской и женской популяциях
Республики Тыва в 2008-12 гг.
(на 100000 лиц соответствующего пола)

Год	Мужчины	Женщины
2008	91,0	32,5
2009	91,7	28,6
2010	115,9	27,8
2011	93,9	26,9
2012	98,5	21,6

В анализируемый период времени в мужской группе населения Тывы ситуация была крайне напряженной с тенденцией к ухудшению. В 2008-2009 гг. уровень суицидов составлял 91 случай на 100000 мужского населения. В 2010 г. произошел резкий скачок показателя до 115,9, на следующий год частота снизилась до 93,9, но в 2012 г. она вновь повысилась – 98,5 на 100000 мужчин. Таким образом, суицидальная смертность мужского населения Тывы в последние пять лет находилась на сверхвысоком уровне, варьируя в диапазоне – 91-115 случаев на 100000 мужчин.

В женской популяции ситуация выглядит относительно благополучней. Так, начиная с 2008 года, показатель частоты суицидов ежегодно снижался, достигнув в 2012 году уровня 21,6 случая на 100000 женского населения. Таким образом, за 5 последних лет частота суицидов среди женщин снизилась в 1,5 раза, что

можно расценивать как позитивную динамику. Вместе с тем, достигнутый на сегодня уровень женского суицида в 3 раза превышает среднероссийский и является высоким, по критериям ВОЗ.

Однозначная трактовка приведенных выше распределения и динамики частоты суицидов среди мужского и женского населения Тывы представляется на сегодняшний день затруднительной. Гипотетически можно связать сверхвысокий уровень частоты суицидов среди мужчин с более высоким, по сравнению с женщинами, уровнем алкоголизации, а также с большей социально-психологической нагрузкой, выпадающей на мужчин как субъектов материального обеспечения жизни своих семей. В целом же данный аспект проблемы нуждается в дальнейшем углубленном медико-социальном изучении.

Переходим к анализу возрастных характеристик лиц, совершивших завершённые самоубийства, в Тыве. Согласно классическим суицидологическим представлениям, наибольшая частота суицидов отмечается среди лиц пожилого и старческого возраста [6-7]. Это обусловлено психологически трудно переживаемыми процессами старения, снижением или утратой многих физиологических функций, накапливаемым к этому времени «веером» соматических заболеваний, снижением барьера психической адаптации, одиночеством и другими причинами. Однако в последние годы в большинстве стран мира идет процесс «омоложения» суицидов [5]. Это происходит за счет не ясной пока тенденции к увеличению случаев самоубийств в молодом, в том числе подростковом и трудовом (20-60 лет) возрасте, что имеет место и в сегодняшней России [2].

Анализ частоты суицидов в 2012 г. в различных возрастных группах населения Тывы (табл. 6) показал, что наибольший уровень этого показателя отмечается в возрастных группах «20-24 года», «35-39 лет» и «25-29 лет» – соответственно 112,9; 110,8 и 102,9 на 100000 лиц данных возрастных групп. Наименьший уровень зарегистрирован в группах «0-14 лет», «55-59 лет» и «65-69 лет» – соответственно 7,6; 16,9 и 18 на 100000 населения. Остальные возрастные группы занимают промежуточное положение.

Таким образом, частота суицидов является минимальной среди детей до 14 лет. Вместе с тем, зарегистрированный показатель превышает среднероссийский (2,5 на 100000) в 3 раза.

Таблица 6

Частота завершённых суицидов в различных возрастных группах населения Тывы (на 100000 лиц соответствующего возраста)

Пол	Возрастные группы (лет)			
	0-14	15-19	20-24	25-29
М+Ж	7,6	96,5	112,9	102,9
М	10,6	121,1	181,0	189,3
Ж	4,5	69,8	46,2	20,8

Пол	Возрастные группы (лет)			
	45-49	50-54	55-59	60-64
М+Ж	50,9	47,5	16,9	44,8
М	91,9	108,8	--	54,5
Ж	18,3	--	29,8	38,1

В группе подросткового возраста (15-19 лет) показатель резко (в 12,7 раза) увеличивается и достигает 96,5 случая на 100000. Это – поистине «астрономическая» величина для подросткового возраста. Достаточно сказать, что она превышает российский уровень в 6, а мировой – в 13 (!) раз. Далее с увеличением возраста частота суицидов продолжает увеличиваться, достигая максимальных цифр у лиц 20-29 лет. Начиная с возрастной группы 40-44 года, показатель снижается, а затем вновь резко возрастает у лиц 70 лет и старше. В целом, такое распределение указывает на максимальную суицидальную смертность в Тыве у лиц молодого и зрелого возраста в диапазоне 15-45 лет, что свидетельствует об огромной социальной значимости проблемы.

В мужской группе населения установлено сходное с общей группой возрастное распределение суицидальной активности. При этом её пик приходится на группу «35-39 лет» – 213,6 на 100000, а наименьшие показатели выявлены у детей до 14 лет и у взрослых в возрасте 55-69 лет. В женской популяции пик суицидальной активности имеет место у лиц подросткового возраста – 69,8 случая на 100000 лиц 15-19-ти лет. Такой факт еще не встречался нам в мировой литературе. Для сравнения: среднероссийский показатель равен 8,1, то есть в 8,6 раза меньше. Второе по уровню частоты суицидов место занимает возрастная группа «20-24 года» – 46,2 случая на 100000. Отсюда следует, что у женщин суицидальная активность в ещё большей степени сдвинута в сторону подросткового

и молодого возраста. При этом во всех возрастных группах частота суицидов среди мужчин выше, чем среди женщин. Наиболее выраженные различия отмечаются в группе «70 и более лет» – 12 раз, и в группе «25-29 лет» – 9 раз. Наименьшее различие установлено в возрастной группе «60-64 года» – 1,4 раза.

Из литературы известно, что показатели частоты суицидов могут различаться (иногда весьма существенно) в административно-территориальных образованиях любого государства [3, 4, 8]. Это обусловлено значительным числом факторов, влияющих на показатели распространенности суицидов на отдельных территориях. К числу таких факторов относятся климато-географическое положение районов, уровень их социально-экономического развития, этнокультуральный состав населения, ведущая сфера его занятости (промышленность, сельское хозяйство), уровень жизни людей, их обеспеченность общей и специализированной медицинской помощью, ее доступность, отдаленность от республиканского (областного, краевого) центра, уровень развития социальной инфраструктуры, и многие другие факторы.

Все это в полной мере относится к Республике Тыва. Будучи одним из крупных субъектов РФ по территории (168604 км², 21 место в России), республика занимает лишь 80 место по численности населения – 310460 человек (по данным 2013 г.). В результате, плотность населения составляет лишь 1,84 человека на один квадратный километр. Указанные особенности представляют значительные трудности для обеспечения полноценных социальных условий жизни населения, в том числе и для оказания медицинской (особенно специализированной) помощи.

Переходим к рассмотрению суицидологической ситуации в отдельных административно-территориальных образованиях Республики Тыва. Учитывая то, что при незначительном количестве населения, проживающего в конкретных районах, даже единичные случаи суицидов могут существенно повлиять на показатели их частоты, нами были предприняты меры по повышению достоверности первичных данных. С этой целью были рассчитаны средние за пятилетний период (2008-2012 гг.) показатели частоты совершенных суицидов по каждому административно-территориальному образованию республики.

Проведенный анализ позволил разделить административно-территориальные образования Тывы на 3 группы по уровню суицидальной активности населения. Первая группа включает в себя 5 наиболее неблагополучных по суицидальной ситуации кожуунов (районов) – Чаа-Хольский, Монгун-Тайгинский, Тере-Хольский, Бай-Тайгинский и Овюрский. Их объединяет сверхвысокий (даже по масштабам Тывы) уровень частоты суицидов – более 100 случаев на 100000 населения.

Во вторую группу вошли 8 административно-территориальных образований с частотой суицидов от 65 до 100 случаев на 100000 населения. Это – Барун-Хемчикский, Эрзинский, Тоджинский, Чеди-Хольский, Тандинский, Дзун-Хемчикский, Тес-Хемский кожууны и город Ак-Довурак.

Третью группу составили районы Тывы с наименьшими показателями частоты суицидов – от 30 до 64 случаев на 100000 населения. В их число вошли Улуг-Хемский, Каа-Хемский, Сут-Хольский, Кызылский и Пий-Хемский кожууны, а также столица республики – город Кызыл. Сразу же следует отметить, что, несмотря на более благополучную, по сравнению с районами первой и второй групп ситуацию, показатели третьей группы также превышают критический уровень ВОЗ.

Переходим к анализу данных о столь выраженных различиях в частоте суицидов в административно-территориальных образованиях республики. В первую очередь, коснемся климато-географического фактора. В соответствии с данными литературы, наиболее высокие показатели частоты суицидов регистрируются на северных территориях Земного шара, убывая по направлению к югу [6]. Это связывается с суровыми, зачастую экстремальными климатическими условиями, недостаточным количеством солнечных дней и рядом других факторов. Тыва относится к регионам, приравненным к районам Крайнего Севера, и характеризуется резко континентальным климатом с коротким и жарким летом и продолжительной холодной зимой. Такой климат расценивается в качестве предрасполагающего к повышенной частоте суицидов среди проживающего в этих условиях населения. Неслучайно, к регионам с традиционно высокой частотой суицидов относятся субъекты РФ, расположенные в Сибири и на Крайнем Севере Европейской части страны,

а Сибирский федеральный округ занимает по этому показателю первое место в России.

Вместе с тем, анализ полученных нами результатов не выявил сколь-либо четких зависимостей в этом отношении. Действительно, среди районов с наиболее неблагоприятной суицидальной ситуацией Монгун-Тайгинский и Бай-Тайгинский расположены на Западе Тывы, Чаа-Хольский – в центре республики, Тере-Хольский – на Юго-Востоке, Овюрский – на Юге республики. Точно также не выявлено закономерностей по расположению районов с наименьшей суицидальной активностью населения: Каа-Хемский, Улуг-Хемский, Кызылский кожууны и г. Кызыл находятся в центре, Сут-Хольский – на Северо-Западе, Пий-Хемский – на Севере республики. Из этого можно сделать вывод о том, что географическое положение районов не оказывает значимого влияния на суицидальную активность населения Тывы.

Следующим аспектом является место проживания с позиции «город – село». В настоящее время в Российской Федерации частота самоубийств среди сельского населения превышает аналогичный показатель среди городского в 2,1 раза – соответственно 35,3 и 17 случаев на 100000 жителей. Согласно полученным нами данным, суициды чаще совершаются в сельских районах Тывы. Это может быть связано с рядом факторов: несовершенной социальной инфраструктурой, меньшей доступностью медицинской (в особенности специализированной) помощи, низким уровнем психологической культуры значительной части населения, большей распространенностью бытового пьянства и алкоголизма, отдаленностью от столицы республики, и др.

Еще одним фактором, способным оказывать влияние на частоту суицидов в районах, является этнокультуральный. Республика Тыва является одним из немногочисленных национальных образований России, где выражено преобладает коренное население – тывинцы (82%). Доля русских составляет 16,3%, а представителей прочих национальностей – 3,7%. Исходя из этого, можно предположить, что высокий уровень суицидальности в республике связан, прежде всего, с тывинским этносом.

Несмотря на то, что в этническом отношении тывинцы относятся к тюркской группе Алтайской семьи, их культуральные особенности в большей степени соответствуют таковым

у монгольских этносов. В первую очередь, это обусловлено доминирующими в культуре тывинцев религиозными воззрениями. Дело в том, что традиционной для них религией являлось сочетание буддизма-ламаизма и шаманизма. В отличие от христианства и ислама, к особенностям этих культов относится достаточно терпимое отношение к самоубийству. Корни данного явления лежат в бытовавших в этих религиях убеждениях о реинкарнации. Как показывают наши исследования, в настоящее время такие убеждения отсутствуют у большей части населения. Вместе с тем, меньший страх перед уходом из жизни и, соответственно, более терпимое отношение к самоубийству сохраняются (возможно, на бессознательном уровне) у представителей таких этносов. Подтверждением данной гипотезы являются результаты наших предыдущих исследований, показавшие достоверно более высокую частоту самоубийств среди коренного населения финно-угорских республик в сравнении с проживающим в тех же условиях славянским (русским) населением [1].

В Республике Тыва ситуация представляется аналогичной. Это подтверждается установленным нами фактом наиболее высокой суицидальной активности там, где население практически полностью (98-99,9%) представлено тывинцами – Бай-Тайгинский, Чаа-Хольский, Монгун-Тайгинский, Овюрский, Тере-Хольский кожууны. Напротив, в районах с наименьшими показателями частоты суицидов (г. Кызыл, Каа-Хемский, Пий-Хемский и Кызылский кожууны) доля тывинцев достоверно меньше – 64-82%. Все это позволяет прийти к заключению о том, что тывинский этнос в силу своих этнокультуральных особенностей относится к народам с повышенным риском развития суицидального поведения и нуждается в целенаправленных и этнокультурально обоснованных подходах к его профилактике.

Следующий важный фактор – это уровень социально-экономического развития региона. Это обусловлено тем, что социально - экономическое неблагополучие, высокий уровень безработицы резко снижают уровень и качество жизни населения, способствуют возникновению психических (в первую очередь депрессивных, тревожных и стрессовых) расстройств и формированию суицидального поведения. В этом отношении Тыва является

весьма неблагополучным регионом. Это подтверждается следующими данными. В рейтинге социально-экономического положения регионов России Тыва по итогам 2012 г. занимает предпоследнее (81-е) место, опережая лишь Республику Алтай (лидера по частоте суицидов). Также предпоследнее место занимает республика по рейтингу качества жизни населения (ниже только Республика Ингушетия). По величине валового регионального продукта Тыва занимает 79 место среди субъектов России, опережая лишь Ингушетию, Калмыкию и Республику Алтай. По уровню безработицы Тыва находится на третьем (после Ингушетии и Чечни) месте. При этом уровень безработицы (по состоянию на октябрь 2013 г.) составил 18,7 % от общего количества населения экономически активного возраста, что превышает общероссийский показатель (5,3%) в 3,5 раза. Приведенные сведения позволяют прийти к выводу, что высокая частота суицидов в республике в значительной степени связана с ее неблагополучным социально-экономическим положением.

Еще одним важным аспектом является общее состояние здоровья населения в республике. К сожалению, здесь ситуация также неблагополучная. Согласно материалам Сессии совместного общего собрания РАН и РАМН 2004 г., все регионы России разместились в группах с повышенным и средним уровнем здоровья населения. Только Республика Тыва (единственная в РФ) попала в число территорий с низким уровнем общественного здоровья. Данный факт связан со многими, в том числе климатическими, географическими, социально-экономическими факторами, а также с качеством и доступностью медицинской помощи населению.

Здесь следует сказать, что доступности медицинской помощи препятствуют большая территория, значительная отдаленность многих населенных пунктов и низкая плотность населения. В особой степени это отражается на возможностях оказания специализированных видов медицинской помощи, к числу которых относятся психиатрическая и суицидологическая. В таких условиях уровень выявления лиц с психическими расстройствами является, как правило, недостаточным, что ведет к увеличению частоты суицидов. Так, по данным наших собственных и зарубежных исследований, доля лиц с психическими (преимущественно де-

прессивными) расстройствами среди суицидентов достигает 90%. В свою очередь, около 70% от их общего количества ранее не имели каких-либо контактов с психиатрическими службами. Таким образом, совершенствование системы психиатрической помощи, включающей в себя суицидологический компонент, может внести вклад в нормализацию суицидальной ситуации в республике.

В заключение, позволим себе прийти к следующему выводу. Учитывая определенное сходство климато-географических, социально-экономических, этнокультуральных, здравоохраненческих характеристик Республики Тыва с таковыми в других регионах со сверхвысокой частотой суицидов, полученные нами сведения можно экстраполировать на суицидальную ситуацию в этих регионах и использовать при разработке программ по ее улучшению.

Литература:

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: М, 2003. – 448 с.
2. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
3. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: ООО «МИА», 2009. – 544 с.
4. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
5. Bertolote J.M. Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000 // Suicide. An unnecessary death. Ed. Danuta Wasserman. – London: Martin Dunitz, 2001. – P. 3-10.
6. Goldney R.D. Suicide Prevention. - Oxford University Press, 2008. – 256 p.
7. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2-nd ed. – Beacon: Hill Press, 1988. – 457 p.
8. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html

PECULIARITIES OF SUICIDAL SITUATION IN THE REGIONS WITH ULTRAHIGH SUICIDE RATE

(on an example of The Republic of Tyva)

B.S. Polozhy, L.Y. Kuular, S.M. Dukten-ool

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

Suicide situation in Russia is characterized by the presence of regions with ultrahigh rate of suicides – more than 60 cases per 100000 population. One of these re-

gions is the Republic of Tyva, on the model of which studied the epidemiological peculiarities of suicide rate and high-risk factors of development of suicidal behavior. Found that such an unfavorable situation is connected with complex climatic and geographical, socio-

economic, ethnocultural and health professionals factors. The obtained data can be extrapolated to other regions with ultrahigh rate of suicides.

Key words: suicidal situation, the regions peculiarities, ultrahigh suicide rate, high suicide risk factor.

УДК: 616.89-008.441.44

НЕКОТОРЫЕ ПОЗИТИВНЫЕ СОБЫТИЯ ЖИЗНИ МОГУТ БЫТЬ АССОЦИИРОВАНЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Ж.В. Емяшева, В.А. Розанов

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

Контактная информация:

Емяшева Жанна Валентиновна – клинический психолог, аспирантка кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2.
Телефон: +380-48-761-60-17, e-mail: shanna2006@ukr.net

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

Многочисленные суицидологические исследования говорят о том, что негативные жизненные события (НЖС) определенного характера (потери близких, разрывы отношений, конфликты, утраты, жизненные кризисы и т.д.) способствуют суицидальным проявлениям. Роль позитивных жизненных событий (ПЖС) в этом плане не ясна. Ряд исследований говорят о том, что они могут выступать как компенсаторы, в то время как ряд других свидетельствуют о том, что ПЖС иногда могут также выступать в роли дополнительных стрессоров. Нами опрошено 618 здоровых добровольцев и 201 – лиц с аддиктивным поведением (алкоголизм и наркомания), проходивших реабилитацию от своей зависимости. Выяснено, что аддикты чаще сообщают о ПЖС, однако среднее число ПЖС на одного респондента в обеих группах примерно одинаково и близко к двум. Некоторые ПЖС предсказывали снижение риска суицидальных мыслей и попыток (служба в армии у мужчин контрольной группы и наличие близких отношений у мужчин-аддиктов). В то же время, значительно большее число декларируемых ПЖС предсказывали повышенный риск суицидальных мыслей и попыток, причем чаще у мужчин, чем у женщин. В контрольной выборке независимо от пола – это «Религия», в то время как среди мужчин повышенный риск несет фактор «Работа», а среди женщин – фактор «Отношения». Среди аддиктов-мужчин повышенный риск предсказывали «Улучшение бытовых условий» и «Отдых». Эти данные свидетельствуют о том, что некоторые свободно декларируемые ПЖС отражают скрытые факторы, обуславливающие повышение риска суицидальности. В связи с этим следует различать понятие «протективные факторы» и «позитивные события жизни».

Ключевые слова: позитивные события жизни, суицидальные мысли, суицидальные попытки, аддикты, гендерные особенности.

Одно из популярных высказываний в суицидологии звучит так: «Никто не кончает с собой от радости». Тем самым стремятся подчеркнуть тяжесть экзистенциальных, психологических и / или психиатрических проблем человека, решившегося на крайний шаг. Это вытекает из известной разрушительной роли жизненного стресса, так называемых негативных жизненных событий (НЖС), которые создают тяготы жизни и вызывают «психическую боль», в ряде случаев становясь непосредствен-

ной причиной желания прекратить поток сознания. Роль таких событий исследовалась во многих работах в рамках концепции факторов и ситуаций риска. Было установлено, что переживание острого горя, разрыв отношений, межличностные конфликты (в том числе семейные), финансовые проблемы, иные потери, а также проблемы с законом или жизненные «провалы и катастрофы» могут быть связаны с суицидальным поведением [9]. Характер и интенсивность таких событий варьирует в разные периоды

жизни, а их накопление (аккумуляция) является явным фактором риска суицида [4, 6, 13].

В то же время, в жизни человека, естественно, присутствуют и позитивные, эмоционально приятные и приносящие радость события. Вопрос о том, способны ли они сбалансировать эффекты жизненных неприятностей и могут ли, соответственно, выступать протективными факторами в отношении суицидальности, депрессии и нарушений адаптации, является открытым. Позитивные жизненные события (ПЖС) анализируются в психологии и психиатрии с нескольких позиций. Так, в работе [8], объектом которой были лица старше 60 лет, подчеркивается культурно-обусловленная субъективная природа ПЖС. Основная масса ПЖС принадлежат ранним этапам жизни, при этом какой-либо связи ПЖС с депрессией и симптомами посттравматического стрессового расстройства выявить не удалось, в то время как НЖС такую связь явно демонстрируют. Другая точка зрения заключается в том, что ПЖС не только не защищают, но и могут выступать как своеобразные дополнительные стрессоры, однако их влияние на вероятность возникновения аффективных нарушений проявляется только в присутствии большого количества негативных событий. Такое сочетание ярких и разнонаправленных событий в жизни характеризуется как «хаотический жизненный сценарий» [14].

В то же время, в некоторых исследованиях подчеркивается, что ПЖС все же имеют значение в предотвращении рекуррентных депрессивных эпизодов, причем их влияние зависит от выраженности таких личностных черт, как нейротизм и экстраверсия, а также от когнитивного стиля личности [18]. В то время как негативный (ригидный, непродуктивный или пессимистический) когнитивный стиль, взаимодействуя с НЖС, способствует развитию депрессии, позитивное мышление и оптимизм, «подпитываясь» позитивными событиями, защищает от нее [12]. Кроме того, негативные и позитивные жизненные события противоположным образом влияют на выраженность нейротизма в течение жизни: частые НЖС его усиливают, а ПЖС – снижают, при этом НЖС ассоциированы с тревогой и депрессией, а ПЖС действуют независимо [11]. При этом выраженный нейротизм сопутствует суицидальным проявлениям, в частности, суицидальной попытке [17].

Все эти данные не дают возможности однозначно оценить роль ПЖС в суицидальности. Их влияние может зависеть от контекста, преобладающих личностных особенностей и культурно-обусловленного восприятия жизненных ситуаций при их воспроизведении автобиографической памятью. В связи с этим представляет интерес изучение возможной связи ПЖС с суицидальными проявлениями как среди здоровых добровольцев, так и у лиц с теми или иными нарушениями психического здоровья, в частности с алкогольной и наркотической зависимостью. Ранее мы охарактеризовали те негативные события жизни, которые с наибольшей вероятностью влекут за собой суицидальность у алко- и наркозависимых лиц и выявили существенные отличия в значимости этих событий у них по сравнению с «нормативной» выборкой [3]. В данной работе внимание было уделено позитивным событиям в разрезе тех же различий и с учетом половой принадлежности. Согласно исходной гипотезе, ряд ПЖС у аддиктов все же являются протективными факторами, способными снизить риск суицидальных тенденций.

Объектом нашего исследования были пациенты медицинского центра «Вита» г. Одессы, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью в количестве 201 человек. Возраст аддиктов колебался в пределах от 18 до 68 лет. В состав контрольной группы вошли слушатели курсов обучения вождения автомобилей, мужского и женского пола, социально адаптированные – 618 человек в возрасте от 17 до 77 лет. Подробно характеристика обеих групп дана в нашей предыдущей публикации [3]. Испытуемым предъявляли опросник негативных жизненных событий (НЖС), разработанный в Шведском Национальном Центре исследований и предупреждения суицидов и нарушений психического здоровья, включающий также вопросы о суицидальных мыслях и имевших место суицидальных попытках. В заключительной части опросника испытуемым была предоставлена возможность сообщить: «Были ли какие-либо позитивные событие(я) или обстоятельство(а), оказавшие благотворное влияние на вашу жизнь и которые помогли вам в жизни?». В отличие от опроса по негативным событиям, который был структурирован и предусматривал необходимость отметить наличие в жизни того или иного события из списка (28 различных вариантов жизненных

неприятностей и проблем), опрос о ПЖС носил открытый характер и предусматривал произвольное изложение любого числа таких событий.

После анализа ответов все позитивные события или обстоятельства, которые по мнению респондентов благотворно повлияли на их жизнь или помогли им в жизни, мы смогли расклассифицировать на следующие логические группы: образование (школа, колледж, ВУЗ); отношения (женится, вышла замуж, познакомился(лась), с близким человеком); улучшение бытовых условий (появилась квартира, машина); хорошая работа; прохождение службы в армии; религия; события, связанные с близкими (родились брат, сестра, ребенок, выздоровели отец, мать, брат, сестра, ребенок); улучшение состояния здоровья; отдых (путешествия, развлечения, хобби).

Результаты и их обсуждение.

Первое, на что мы обратили внимание – это число лиц в двух группах, отметивших наличие каких-либо ПЖС в открытой части опросника. Как выяснилось, среди здоровых добровольцев только 72% сделали это, в то время как среди аддиктов такие события отметили 86%, что заметно выше. Что касается среднего числа событий на одного человека, то в контрольной группе оно составило 2,09, а в основной – 1,86, то есть принципиально не отличалось, и было близко к 2-м. Ранее мы получили данные о том, что общее число и кратность ПЖС в группе аддиктов вдвое выше, чем в контрольной выборке [2]. Таким образом, зависимые личности отмечают намного боль-

ше жизненных неприятностей, в то время как различий в количестве ПЖС между ними и нормативной выборкой не обнаружено.

Анализ частот различных ПЖС в исследуемых двух выборках показал, что иерархия важности данных событий в сравниваемых группах имеет как общие, так и отличительные особенности (табл. 1).

Для представителей контрольной выборки наиболее часто упоминаемым позитивным событием является «Отношения» (32,4%), вторым – «Учеба» (30,9%), третьим – «Близкие» (24,9%).

Для респондентов основной группы состав первых трех позиций в иерархии был аналогичным, однако первое место в ней занимали «Близкие» (46,8%), второе – «Отношения» (37,3%) и третье – «Учеба» (17,4%).

Следует отметить, что статистически значимые различия в частоте ПЖС обнаружены только для событий «Учеба» ($V=0,122$; $p=0,001$) и «Близкие» ($V=0,231$; $p=0,000$). В первом случае это указывает на большую субъективную значимость образования для здоровых испытуемых, а во втором – более выраженную позитивную роль ближайшего социального окружения. Данное обстоятельство может отражать реальную зависимость аддиктов от своих близких, включая материальную, а также может быть обусловлено переживанием ими одиночества. Одиночество потенцирует суицидальное поведение [7], поэтому часто упоминая свое социальное окружение, аддикты, возможно, проецируют свое стремление найти защиту от переживаний и проблем.

Таблица 1

Частотный анализ позитивных событий для двух выборок исследования

Позитивные события жизни	Контрольная выборка		Основная выборка	
	п	%	п	%
Учеба	191	30,9%	35	17,4%
Отношения	200	32,4%	75	37,3%
Улучшение бытовых условий	75	12,1%	33	16,4%
Работа	88	14,2%	33	16,4%
Армия	17	2,8%	8	4,0%
Религия	7	1,1%	4	2,0%
Близкие	154	24,9%	94	46,8%
Здоровье	18	2,9%	10	5,0%
Отдых	56	9,1%	24	11,9%

Для оценки влияния ПЖС на суицидальные проявления использовался метод бинарной логистической регрессии. В качестве независимых переменных в регрессионное уравнение включались показатели, характеризующие ПЖС, а в качестве зависимой величины – наличие или отсутствие соответствующего компонента суицидального поведения (суицидальных мыслей или суицидальной попытки). Ниже приведены только статистически значимые зависимости.

В контрольной выборке (суммарно мужчины и женщины) статистически значимое влияние на мысли о самоубийстве оказывали два показателя: «Армия» и «Религия». Причем если первый параметр способствовал снижению данной тенденции, то указание религии как позитивного фактора наоборот, было ассоциировано с усилением суицидальных переживаний.

Соответствующее регрессионное уравнение приводится ниже:

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,903 - 2,242 \times [\text{Армия}] + 1,825 \times [\text{Религия}]$$

Коэффициент детерминации Нагелькерке (показатель зависимости одной случайной переменной от множества других) для данной модели составил 0,024. Очевидно, что позитивное событие «армия», указывает на жизненный опыт, который характерен лишь для лиц мужского пола, поэтому в данном случае ключевым является построение моделей отдельно для мужского и женского пола. Как и можно было ожидать, модели со статистически значимыми предикторами для женщин построить не удалось, в то время как модель для мужчин была подтверждена с более высоким коэффициентом (0,061).

Таким образом, служба в армии как декларируемое ПЖС, предсказывает сниженные шансы суицидальных мыслей.

В то же время, указание религии в качестве ПЖС ассоциируется с повышенным риском суицидальных мыслей. Эта зависимость выглядит парадоксально, однако необходимо учитывать особенности постановки вопроса. В нашем случае речь не идет о типичных декларациях типа «я религиозный человек», что согласно многим исследованиям является прогностическим фактором в отношении суицидальности, ослабляя эффекты стресса и депрессии [16]. Можно предположить, что в нашем слу-

чае, сообщая о позитивной роли религии в своей жизни, респонденты отражают эпизоды из своей автобиографической памяти, когда обращение к религии позволило преодолеть имеющиеся экзистенциальные переживания, связанные, в том числе, и с мыслями о смерти и самоубийстве. Именно этим можно объяснить то, что данное ПЖС ассоциировано с наличием суицидальных мыслей у здоровых людей.

Если взять в качестве зависимой переменной суицидальные попытки, то для всей выборки лиц контрольной группы получено следующее уравнение:

$$\text{Суицидальные попытки} = -3,643 + 1,295 \times [\text{Отношения}]$$

Коэффициент Нагелькерке для данного уравнения составил 0,057. Как следует из данной зависимости, для всей контрольной выборки жизненный опыт близких отношений, описываемый респондентами в качестве позитивного события, является фактором риска, повышающим вероятность суицидальных попыток. Возможно, это отражает уязвимость индивидуумов, их излишнюю зависимость от отношений, «застревание» на них или сверхценность этих отношений, тревогу относительно их сохранения.

При рассмотрении выборки в гендерном аспекте выясняется, что данная зависимость особенно выражена только у женщин, где логистическое регрессионное уравнение имело следующий вид:

$$\text{Суицидальные попытки} = -4,483 + 2,537 \times [\text{Отношения}]$$

Для данного уравнения коэффициент детерминации Нагелькерке был значительно выше – 0,182. Таким образом, близкие отношения, как фактор риска, более всего характерны среди женщин. Можно предположить, что включение этих событий в число позитивных на самом деле может отражать тревогу за их устойчивость, обусловленную, вполне возможно, пограничными личностными свойствами или сложностями в поддержании отношений, испытанными ранее.

Среди мужчин из контрольной выборки отношения не имели существенного значения, в то же время значимым предиктором являлась другая переменная – «Работа». Соответствующий вид имело и регрессионное уравнение:

$$\text{Суицидальные попытки} = -3,132 + 1,130 \times [\text{Работа}]$$

Коэффициент Нагелькерке был равен 0,033. В данном случае жизненный опыт, связанный с работой, ассоциирован у мужчин контрольной выборки с повышением риска суицидальных попыток. Работа для мужчин является значимой в плане самореализации, в связи с чем и выдвигается ими в число позитивных факторов, однако на самом деле предсказывает повышенный риск суицидального поведения. Возможно, здесь также проявляется двойственный и неоднозначный характер отношения мужчин к своей работе – с одной стороны, ее наличие является очевидным позитивным моментом, но одновременно выдвижение этого события может быть связано с переживаниями и тревогой относительно ситуации с работой.

Регрессионные уравнения лиц с аддиктивным поведением строились аналогичным образом. В этой группе зависимости и предикторы оказались иными. Суицидальные мысли у указанных респондентов (если не разделять выборку по полу) предсказываются единственным статистически значимым предиктором – «Улучшение бытовых условий». Уравнение, описывающее данную зависимость, было следующим:

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,355 + 1,048 \times \\ \times [\text{Улучшение бытовых условий}]$$

Коэффициент Нагелькерке для данной модели составил 0,051. Таким образом, улучшение условий жизни ассоциировано у аддиктов с суицидальной идеацией.

При разбиении выборки по полу статистически значимые предикторы были обнаружены только для мужской подвыборки. В данном случае было выявлено два предиктора, один из которых повторился – «Улучшение бытовых условий», как и для всей выборки он оказывал прямое влияние на критериальную переменную, а другой – «Отношения» – обратное. Коэффициент Нагелькерке для данной модели был равен 0,136.

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,086 + 1,382 \times [\text{Улучше-} \\ \text{ние бытовых условий}] - 0,892 \times [\text{Отношения}]$$

Итак, для мужчин, отличающихся зависимым поведением, «Отношения» ассоциированы со снижением риска суицидальных мыслей. Это позволяет расценивать данный фактор как протективный. Протективная роль социальной поддержки в отношении суицидальных тен-

денций подтверждена исследованиями и является хорошо установленным фактом [15]. Что же касается связи такого положительного события, как улучшение бытовых условий (материальные приобретения) с суицидальными проявлениями, то в данном случае можно предполагать, что эти события для лиц с нарушением психологического равновесия и сниженными адаптивными возможностями, сопряжены с повышенной психологической нагрузкой, могут способствовать повышению уровня тревоги и, соответственно, усиливать риск. Интересно, этот же фактор предсказывал большую частоту не только суицидальных мыслей, но и попыток. Влияние на суицидальные попытки выразилось в виде следующего уравнения:

$$\text{Суицидальные попытки} = -1,634 + 0,941 \times \\ \times [\text{Улучшение бытовых условий}]$$

Коэффициент Нагелькерке для данного уравнения составил 0,039. Итак, для лиц с зависимостями улучшения бытовых условий, появление приобретений, материальных ценностей ассоциировано с имевшими ранее место суицидальными попытками и мыслями.

Помимо этого суицидальные попытки у мужчин с аддиктивным поведением оказались ассоциированы с таким событием, как «Отдых». Уравнение для лиц основной выборки мужского пола имело следующий вид и характеризовалось коэффициентом Нагелькерке, равным 0,070:

$$\text{Суицидальные попытки} = -4,483 + 2,537 \times [\text{Отдых}]$$

В данном случае можно также предположить роль тревоги, кроме того, возможно, для лиц с аддиктивным поведением отдых зачастую рассматривается как возможность употребить то или иное психоактивное вещество, которое способствует расслаблению.

Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что ПЖС оказались неоднозначно связанными с суицидальными проявлениями. Позитивная протективная роль ПЖС выявилась исключительно среди мужчин. Так, в нормативной выборке такую роль играет служба в армии, а среди мужчин-аддиктов – наличие близких отношений, то есть социальной поддержки. Число ПЖС, предсказывающих повышенный риск суицидальных мыслей и попыток, оказалось большим, чем защищающих от него. В нормативной выборке незави-

симо от пола – это «Религия», в то время как среди мужчин повышенный риск несет фактор «Работа», а среди женщин – фактор «Отношения». Среди аддиктов-мужчин повышенный риск предсказывали «Улучшение бытовых условий» и «Отдых».

Ассоциация декларируемых ПЖС с суицидальными проявлениями может быть обусловлена различными причинами. В ряде случаев, например, когда речь идет об отношениях (у женщин) или о работе (у мужчин), возможно, имеет место подсознательная тревога за поддержание их позитивного влияния. В других случаях, когда в число позитивных факторов выдвигается религия, может иметь место гиперкомпенсация существующих психологических и экзистенциальных проблем, сопутствующих данному индивидууму, то есть приход в религию может быть спровоцирован этими проблемами и поисками утешения и надежды.

В обеих выборках заметно проявились гендерные различия роли ПЖС. У лиц контрольной группы мы получили очередное подтверждение того, что для женщин большее значение имеют «Отношения», и утрата их может способствовать повышению уровня суицидальности, тогда как для мужчин наиболее значимым становится фактор «Работа». Выдвижение этого события можно рассматривать как отражение стремления к самореализации, что сопряжено с тревогой и фрустрациями, напряжением сил, успехами и неудачами.

Обсуждая полученные данные, необходимо учитывать, что отдельные декларируемые события и факторы, стоящие за ними, а также сочетания позитивных жизненных событий, не являются униполярными. Трактовка наблюдаемых зависимостей возможна с позиций таких глубинных характеристик, как стрессоустойчивость и жизнестойкость [1], которым противостоят аутоагрессия и рискованный модус поведения [5]. С другой стороны, декларируемые ПЖС, возможно, отражают стремление человека к благополучию в его утилитарном, бытовом выражении. Отсюда, как можно полагать, проистекает их парадоксальная связь с суицидальностью. Ощущение благополучия часто строится на балансе позитивного и негативного аффектов. В данном контексте его не следует смешивать с понятием «психологическое благополучие», которое как ключевой элемент психического здоровья предусматривает устойчивость к естественным жизненным

стрессам и способность справляться с проблемами [10]. Преобладание гедонистических настроений у лиц с аддиктивным поведением провоцирует низкую способность к адаптации в окружающей среде, ведет к снижению самооценки, отсутствию социально-позитивных установок, нарушению психического здоровья и социальной дезадаптации. В этом контексте, возможно, следует понимать негативную роль таких ПЖС как «Улучшение уровня жизни» и «Отдых» у лиц с аддиктивным поведением.

Подводя итог, следует отметить, что возможность сообщить о позитивных жизненных событиях, задуманная как своеобразная заключительная позитивная компенсация респондентам за необходимость отвечать на тревожащие воспоминания вопросы о жизненных неприятностях, выявила интересные закономерности. Многие позитивные события оказались ассоциированы с суицидальными мыслями и ранее совершенными суицидальными попытками. Таким образом, их роль как «компенсаторов» суицидальных наклонностей просматривается далеко не всегда. В то же время, в нашей выборке, в том числе среди аддиктов, не подтвердилась концепция «хаотического жизненного сценария» – число ПЖС в контрольной и основной группе существенно не различалось. Эти наблюдения вскрывают неоднозначный характер самого понятия «позитивного жизненного события», его связь с внутренними переживаниями и проблемными сферами личности и его отличие от понятия протективного фактора, обычно противопоставляемого факторам риска в моделях, где центральную роль занимает жизненный стресс [19].

Литература:

1. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 35-44.
2. Емяшева Ж. В. Влияние стрессовых жизненных событий на формирование аддиктивного поведения с учетом гендерного признака // Медична психологія. – 2010. – № 2. – С. 45-47.
3. Емяшева Ж.В. Некоторые закономерности влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном поведении // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4 (13). – С. 32-41.
4. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Бирон Б.В. Оценка степени выраженности жизненного стресса в половозрастном аспекте и его связи с суицидальными тенденциями // Медицинская психология. – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.

5. Погодин И.А. Психология суицидального поведения. – Мн.: Тесей, 2005. – 208 с.
6. Розанов В.А., Емяшева Ж.В., Бирон Б.В. Характеристика стрессовых событий, значимо влияющих на риск возникновения суицидальных тенденций. Гендерный аспект // Практична психология та соціальна робота. – 2012. – № 2. – С. 62-69.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
8. Berntsen D., Rubin D.C., Siegler I.C. Two versions of life: emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity // *Emotion*. – 2011. – Vol. 11, № 5. – P. 1190-1201.
9. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood // *Psychological Medicine*. – 2000. – Vol. 30. – P. 23-39.
10. Jahoda M. Current concepts of positive mental health, NY.: Basic Books Inc., 1956. – 172 p.
11. Jeronimus B.F., Ormel J., Aleman A. Et al. Negative and positive life events are associated with small but lasting change in neuroticism // *Psychol. Med.* – 2013. – Vol. 43, № 11. – P. 2403-2415.
12. Haefffel G.J., Vargas I. Resilience to depressive symptoms: The buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 42, № 1. – P. 13-18.
13. Liu X., Tein J.Y. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 86. – P. 195-203.
14. Overbeek G., Vermulst A., de Graaf R. et al. Positive life events and mood disorders: longitudinal evidence for a chaotic life-course hypothesis // *Tijdschr. Psychiatr.* – 2011. – Vol. 53, № 6. – P. 321-332.
15. Park S.M., Cho S.I., Moon S.S. Factors associated with suicidal ideation: role of emotional and instrumental support // *J. Psychosom. Res.* – 2010. – Vol. 69, № 4. – P. 389-397.
16. Praag van H.M. The role of religion in suicide prevention. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention*. Ed. D. Wasserman & C. Wasserman, Oxford University Press, 2009. – P. 7-12.
17. Rozanov V.A., Mid'ko A. Personality Patterns of Suicide Attempters: Gender Differences in Ukraine // *Spanish Journal of Psychology*. – 2011. – Vol. 14, № 2. – P. 693-700.
18. Spinhoven P., Elzinga B., Roelofs K. et al. The effects of neuroticism, extraversion, and positive and negative life events on a one-year course of depressive symptoms in euthymic previously depressed patients versus healthy controls // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2011. – Vol. 199, № 9. – P. 684-689.
19. Wasserman, D. *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz, 2001. – 160 p.

SOME POSITIVE LIFE EVENTS
MAY BE ASSOCIATED WITH SUICIDAL
MANIFESTATIONS

Zh.V. Emyasheva, V.A. Rozanov

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

There is a plethora of research which confirms the role of negative life events (NLE) such as death of a loved one, painful break of relations, conflicts, losses and life crises in provoking suicidal tendencies. In contrast with this, the role of positive life events (PLE) is not well understood. Some studies consider that they may balance NLE acting as protective factors, while there are also studies in which possible stressful nature of PLE is discussed. In this study 618 healthy volunteers and 201 persons with addictive behavior (alcohol and drug abuse) were questioned regarding their NLE (structured interview) and PLE (free representation by respondent). It was found that addicts reported about any PLE more often than controls though the average number of PLE per person was almost the same and equaled 2. Some PLE in males predicted lower suicidal thoughts, i.e. Army service and healthy males and close relations in addicts. The number of PLE that were associated with higher risk of suicidality was bigger than proactive ones. In a control group regardless gender it was "Religion", in healthy males it was "Occupation" while in healthy females – "Relations". In male addicts higher risk was predicted by "Better living conditions" and "Rest". The data obtained testify that some freely declared PLE reflect hidden psychological or existential problems which enhance suicidality. In view of this it is important to differentiate between PLE and "protective factors" of suicide.

Keywords: positive life events, suicidal thoughts, suicide attempts, addicts, gender differences.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

УДК: [616.89-008.441.13]-055.1

АУТОАГРЕССИВНЫЕ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, РАНЕЕ СОСТОЯВШИХ В БРАКЕ С МУЖЧИНАМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛКОГОЛИЗМОМ

А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина, А.В. Сафронова, Д.Р. Коршунова

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

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Сомкина Ольга Юрьевна – врач-психиатр, аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. Телефон: 8 (491) 275-43-73

Сафронова Анна Владимировна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. E-mail: annasafronova1988@mail.ru

Коршунова Дарья Романовна – студентка шестого курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. E-mail: korshunsun@yandex.ru

Рассмотрено влияние развода и постразводного состояния на суицидологические и личностно-психологические характеристики жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Обнаружено, что бывшие жёны мужчин, зависимых от алкоголя, имеют высокие показатели аутоагрессивной активности спустя значительный период времени после супружеской сепарации. То есть, факт распада семьи и устранения патологического действия мужа, не является фактором, полностью устраняющим имеющиеся в браке саморазрушающие паттерны поведения и личностно-созависимые типы реагирования. Изучена как суицидальная, так и несуйцидальная составляющие аутоагрессивного поведения у бывших жён, мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: развод, алкогольная зависимость, жёны мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, аутоагрессия.

Хорошо известно, что в большинстве стран мира отмечается стабильно высокий уровень разводов, с формированием постразводной «прослойки» популяции [1, 4]. Алкогольной зависимости, как причине развода, традиционно принадлежит одна из основных ролей [4, 6]. Процент разведённых женщин, назвавших причиной развода алкогольную зависимость мужа, остаётся стабильно высоким (в нашей стране порядка 50-70%), а в ряде стран – определяющим низкую устойчивость брачных отношений [2, 4].

Существует укоренившееся мнение, что проблемы жен в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, носят «реактивный» характер (то есть, созависимая реакция вторично вызывается воздействием мужа, имеющего алкогольные проблемы) [3, 12, 15]. Приводятся данные, говорящие в пользу того,

что для бывшей жены, зависимо от алкоголя мужчины, развод является фактором, приводящим к улучшению ее общего соматического состояния, стабилизации психологических нарушений, сформированных в результате созависимой реакции, которые основываются в основном на фокусных клинических наблюдениях [3, 11, 15]. Этот факт на житейско-бытовом уровне является для многих неспециалистов – априори саморазумеющимся.

К сожалению, в известной нам литературе крайне мало исследований подтверждающих это фактически. Тем более нет работ, прямо затрагивающих послеразводные суицидологические и иные аутоагрессивные характеристики в этой группе (которые должны бы соответствовать формуле послеразводного «общего улучшения»). Однако опубликованные нами ранее данные, посвященные суицидологиче-

ским особенностям женщин из действующих браков, страдающих алкоголизмом мужчин, заставили нас подвергнуть «устоявшееся» положение сомнению [8-10], поскольку полученные нами результаты в значительной степени не соответствовали «реактивной» модели [3, 12], обнаруженных аутоагрессивных феноменов.

В предлагаемой работе впервые предпринята попытка статистической оценки аутоагрессивного и личностно-психологического профилей женщин, ранее проживавших в браках с зависимыми от алкоголя мужчинами.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач нами были обследованы 62 бывших жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), и 125 жен МСАЗ, состоящих в браке.

Возраст в первой группе составил – 40,2±5,4 года, во второй – 40,5±4,7 года. Срок семейной жизни составил 12,1±5,6 года и 16,5±5,3 года соответственно. Длительность послеразводного периода в первой группе – 8,8±3,6 года. Все респондентки на момент обследования в повторном браке не состояли и не планировали в него вступить.

В качестве второй контрольной группы обследованы 62 женщины, состоящие в браке с мужчиной, не страдающим алкогольной зависимостью. Возраст респонденток – 42,3±5,2 г., срок семейной жизни – 20,2±5,1 года.

Обследованные группы сопоставимы по социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [13]. В нем оценивалось

наличие признака в анамнезе вообще, а так же в такие временные отрезки, как последние два года, добрачный, брачный и послеразводный периоды. Сравнения между группами, для характеристики послеразводной динамики изучаемых показателей, проводилось с использованием периода «два последних года», поскольку для бывших жен МСАЗ во всех имеющихся у нас наблюдениях этот отрезок приходился на состояние после развода.

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использован тест Mini-Mult, а так же ряд вопросов, проясняющих степень и качество формирования созависимых отношений [7].

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты исследования.

Рассмотрим характеристику суицидологических показателей бывших жён МСАЗ в сравнении с жёнами из действующих «алкогольных» семей, представленную в таблице 1.

Показатели суицидальной активности (суицидальные мысли и суицидальные попытки) за период брака, а так же совокупные данные за весь анамнестический период, достоверно не отличаются в группах бывших супругов МСАЗ и жён МСАЗ, сохраняющих брачные отношения.

Таблица 1

Показатели суицидальной активности разведённых жён МСАЗ и жён МСАЗ, состоящих в браке (достоверные отличия между группами отсутствуют)

Признак	Бывшие жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью	Жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	22,58%	16,0%
Суицидальная попытка в период брака	16,13%	14,4%
Суицидальная попытка в последние два года	3,23%	7,2%
Суицидальная попытка в послеразводный период вообще	9,68%	--
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	22,58%	26,4%
Суицидальные мысли в период брака	16,13%	22,4%
Суицидальные мысли в последние два года	12,9%	19,2%
Суицидальные мысли в послеразводный период вообще	19,35%	--

То есть, в целом, разведённые жены МСАЗ в отношении рассматриваемых признаков, после нескольких лет после развода, продолжают оставаться достаточно типичным «срезом» популяции жён МСАЗ вообще. За послеразводный период (всю его длительность) показатели суицидальной активности незначительно отличаются от таковых в браке. Тем не менее, отметим обнаруженную тенденцию у бывших жён МСАЗ к снижению суицидальной активности в последние два года (что во всех наблюдениях пришлось на последние два года постразводного периода). Характерно, что наиболее «нагруженным» периодом в отношении суицидальной активности, женщины, имеющие таковую, называли первые три года после фактического развода с МСАЗ.

Таким образом, количество суицидальных попыток у разведённых женщин после расторжения брака и сепарации с мужем ниже, чем у женщин, проживающих в браке с МСАЗ. Отмечается снижение их количества с увеличением срока, прошедшего после развода, что подтверждают показатели за очерченный (последний двухгодичный) период жизни. Ту же самую тенденцию мы можем отметить и в отношении суицидальных мыслей.

В этом контексте не лишне вспомнить и одну из особенностей российского постразводного периода, заключающуюся в том, что супруги часто длительно продолжают жить вместе после фактического развода [5], что, безусловно, фактически существенно не из-

меняет сложившуюся систему «алкогольного» брака.

Охарактеризуем послеразводную суицидальную активность. У шестерых респондентов в период после развода отмечались суицидальные попытки (9,68%), у одной – повторная. Четыре парасуицида возникли в период двух лет после развода, у двух респонденток – спустя четыре-пять лет.

Всем парасуицидам предшествовал более или менее длительный период депрессии. Несмотря на то, что трое из шести женщин, пытавшихся покончить с собой, сами имели с их слов «проблемы с алкоголем», появившиеся или усилившиеся после развода, на момент парасуицида у всех них алкогольное опьянение отсутствовало. Все парасуициды были осуществлены посредством попытки отравления.

Отметим так же и то, что по признакам, отвечающим за детекцию несуйцидальных форм саморазрушения и предикторов аутоагрессивного поведения, рассматриваемые группы имеют минимум отличий. Это касается лишь таких признаков, достоверно отличающих женщин из распавшихся и действующих семей МСАЗ, как: частота моментов острого одиночества в первой группе (70,97% и 45,6% соответственно; $p < 0,05$) и злоупотребление алкоголем в последние два года (38,71% и 15,2% соответственно; $p < 0,05$).

Оба феномена бывшие жены МСАЗ связывают с воздействием факта разведённости и фактического одиночества.

Таблица 2

Достоверные отличия показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии и их предикторов между группой бывших жён МСАЗ и жён из семей, где муж не имел алкогольной зависимости (приведены пары сравнения с $p < 0,05$)

Признак	Бывшие жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью	Жены мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью
Суицидальные мысли в последние два года	6,45%	0%
Склонность к долго переживаемому чувству стыда в последние два года	35,48%	8,06%
Периоды острого одиночества в последние два года	51,61%	6,45%
Периоды депрессии в последние два года	51,61%	29,03%
Моменты безысходности в последние два года	45,16%	14,52%
Долго переживаемое чувство вины в последние два года	22,58%	8,06%
Склонность к неоправданному риску в последние два года	16,13%	3,23%
Ощущение отсутствия смысла жизни в последние два года	16,13%	0%
Навязчивые угрызения совести в последние два года	41,94%	17,74%

Отличительные признаки личностно-созависимого и экспериментально-психологического характера между группами бывших жён МСАЗ и жён из действующих «алкогольных» браков (приведены пары сравнения с $p < 0,05$)

Признак	Разведённые жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью	Жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью
Реальная оценка вклада супруга в семейную нестабильность	70,97%	48,0%
Понимание «вредности» проживания в браке с МСАЗ	83,87%	56,8%
Легко рассказываю/ла про внутрисемейные проблемы	61,29%	30,4%
Создание видимости счастливой семьи	35,48%	64,0%
Шкала Mini-Mult Sch (8)	10,6±5,1	14,2±3,4

Следует учитывать и тот факт, что в исследование вошли выжившие парасуицидентки, и у нас на настоящий момент не было возможности оценить вклад женщин, изучаемой группы, в показатели завершённых суицидов, что могло еще больше конкретизировать их суицидальный потенциал. Данное направление исследования планируется осуществить в ближайшем будущем.

В серии сравнения бывших жен МСАЗ с женами из семей, где муж не страдает алкогольной зависимостью, за период всего анамнеза в отношении паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов, нами обнаружен спектр достоверных отличий аналогичный таковому для жен МСАЗ, состоящих в браке.

Данный факт подтверждает лишь бывшую общность женских групп (разведённых и состоящих в браке жен МСАЗ) в отношении суицидологических характеристик. Поэтому акцент в данной серии сравнения был сделан на показателях за последние два года, поскольку они способны отразить имеющуюся динамику аутоагрессивных паттернов и их предикторов в группе бывших жен МСАЗ после развода. Обнаруженные достоверные отличия между группами представлены в таблице 2.

Как хорошо видно из представленной таблицы 2, между группами имеется значительное количество отличий, отражающих высокий антивитаальный фон в группе бывших жен МСАЗ, сохраняющийся спустя значительное время после развода.

Перейдём к характеристике личностно-созависимых и экспериментально - психологических особенностей бывших жён МСАЗ в

сравнении с супругами из действующих браков МСАЗ. Имеющиеся отличия представлены в таблице 3.

Прежде всего, обращает на себя внимание большая реалистичность в оценке роли супруга в генезе имевшихся в браке проблем, а так же понимание негативных последствий существования в подобных отношениях, характеризующая бывших жён МСАЗ, что вероятно послужило возможным катализатором развода. То же касается и меньшей частоты выявления такого феномена созависимого поведения, как синдрома «счастливой семьи» [12].

Обращает на себя внимание низкий уровень шкалы Sch (8) у бывших жён МСАЗ по тесту Mini-Mult, говорящий о большей склонности испытуемых к экстраверсии, отсутствию у них эмоциональной отчуждённости в межличностных отношениях и склонности искать причину происходящего только «в себе», без использования объективной обратной связи.

Обсуждение и выводы.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о некотором снижении аутоагрессивного потенциала группы бывших жен МСАЗ, не достигающем, однако, достоверной разницы с соответствующими показателями жен из аналогичных, но действующих браков. Группа в «неостром» послеразводном периоде обнаруживает как значительное количество аутодеструктивных предикторов, так и нередкую парасуицидальную активность.

Результаты исследования позволяют нам условно расположить изучаемую группу в средней части континуума, отражающего общее количество суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и их предик-

торов (по убывающей): жены МСАЗ – бывшие жены МСАЗ – жены мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью.

Тем не менее, с учётом минимальных достоверных отличий разведённых жён МСАЗ от супругов МСАЗ из действующих браков, можно утверждать, что по суицидальным и несуйцидальным аутоагрессивным показателям в этом континууме, разведённые жёны МСАЗ значительно ближе к жёнам из действующих браков МСАЗ, нежели к женщинами из «чистой» контрольной группы.

Иными словами, после развода у бывших жён МСАЗ отмечается тенденция к снижению суицидологических показателей, однако, далеко не достигающая нормативных в этой возрастной категории, даже после нескольких лет жизни вне брака с МСАЗ (то есть, после исключения воздействия традиционного экзогенного фактора в виде самого МСАЗ и генерируемой им внутрисемейной атмосферы!).

В заключении хотелось бы отметить ещё один момент, позволяющий более дифференцировано взглянуть на последствия для женщин развода по алкогольной и параалкогольной причинам. Речь идёт о факторе длительности брачных отношений.

В своей работе мы рассматриваем семьи МСАЗ, распавшиеся после достаточно длительного периода брачной жизни и, следовательно, сформировавшихся за это время системных семейных особенностей, характерных для этого типа браков. Как отмечают ряд исследователей [3, 14], данные патологические отношения (назовём их по традиции, созависимыми) в полной мере формируются после не менее трех лет совместной жизни с аддиктом [6]. Все исследованные нами пациентки имели срок семейной жизни более двух лет – $12,1 \pm 5,6$ года, то есть, согласно этому определению, были созависимыми.

Однако согласно возрастной статистике разводов в нашей стране [4], многие браки распадаются сроком до двух лет совместной жизни. И в этих случаях процент разводов по причине алкогольной зависимости мужа достаточно велик. То есть многие женщины, создав первично брак с МСАЗ, не формируют полноценной созависимой реакции и достаточно быстро расторгают семейные отношения. Данные браки нередко распадаются потому, что супруга изначально не имеет созависимой предрасположенности и не способна просоответствовать

«роли» классической созависимой жены (то есть, присутствует эгодистоничная реакция на продуцируемую мужем ситуацию). Это согласуется с мнением ряда исследователей о добрачном происхождении созависимой реакции [7, 12, 15]. Вероятно это совсем другая группа бывших жён МСАЗ с позиций суицидологической практики, что требует дальнейшего изучения.

Резюмируя вышесказанное, можно утверждать, что после развода у бывших жён МСАЗ появляются определённые позитивные сдвиги в отношении снижения уровня аутодеструкции, однако развод не является тем нормализующим фактором, который полностью освободил бы женщин от саморазрушающих форм поведения, тем самым выводя их за рамки интереса суицидологической службы.

Аутоагрессивный потенциал группы остаётся высоким, и факт бывшего супружества с МСАЗ является диагностически значимым критерием для суицидологической практики.

Литература:

1. Авдеев А.А. Браки и разводы в России // Гендерная экспертиза и законодательная политика / В 2-х т., Т. 1 / Ред-сост. – Е.В. Изотова, Е.В. Кочкина, Е.В. Машкова. – М.: Аванти-плюс, 2004. – С. 204-221
2. Актуальные проблемы семей в России. Под ред. Т.А. Гурко. - М.: Ин-т. социологии РАН, 2006. – 223 с.
3. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости. Пер. с англ / М. Битти. - М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
4. Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / М., Росстат., 2009. – 557 с.
5. Закирова В.М. Развод и насилие в семье – феномены семейного неблагополучия // Социологические исследования. – 2002. – № 12. – С. 131-134.
6. Кошкина Е.А. и соавт. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи / Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000 / – М.: Российская Ассоциация общественного здоровья, 1998. – С. 233-248.
7. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 277 с.
8. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 15-19

9. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпикрип как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 28-39.
10. Меринов А.В., Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная, личностно-психологическая характеристики жен мужчин, больных алкоголизмом, имевших в анамнезе суицидальную активность // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4 (13). – С. 27-31.
11. Москаленко В.Д., Гуныко А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невроп. и психиатр. – 1994. – Том 94. – Вып. 1. – С. 51-54
12. Уайнхолд Б., Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости: Перевод с английского. – М.: "Класс", 2008. – 233 с.
13. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 2 0 с.
14. Schaef A.W. Codependence: Misunderstood-Mistreated. - Perennial library: Harper and Row Publ. – Sun-Francisco ect., 1986. – 105 p.
15. Ziter M.Z.P. Treating alcoholic families: The resolution of boundary ambiguity // Alcohol. Treatment

Quart. – 1989. – Vol. 5, № 3-4. – P. 221-233.

AGGRESSIVE AND PERSONAL- PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN PREVIOUSLY MARRIED MEN SUFFERING FROM ALCOHOLISM

*A.V. Merinov, O.Y. Somkina,
A.V. Saphronova, D.R. Korshunova*

Ryazan State Medical University, Russia

In the article the influence of divorce and post-divorce state on suicidal and personal-psychological characteristics of wives whose husbands suffer from alcohol dependence has been studied. It has been found out that ex-wives of alcohol dependent men have high indexes of autoaggressive activity after a long period of time after matrimonial separation. In other words, the fact of family disruption and elimination of husband's "pathological" influence is not the factor which completely removes self-destructive patterns of behaviour and personal co-dependant types of reaction which existed in the family. Both suicidal and non-suicidal components of autoaggressive behaviour in ex-wives of men suffering from alcohol dependence have been studied.

Key words: divorce, alcohol dependence, wives of alcoholics, autoaggression.

УДК: 616.89-008.441.42

СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ

В.В. Васильев, Ю.В. Ковалёв, Э.Р. Имашева

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск, Россия
ГБУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница», г. Ижевск, Россия

Контактная информация:

Васильев Валерий Витальевич – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru

Ковалёв Юрий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru

Имашева Эльвира Ринатовна – врач-психиатр. Место работы и должность: врач-психиатр ГБУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» МЗ Удмуртской Республики. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-61-87

С целью выявления зависимости интенсивности суицидальных мыслей от различных клинических характеристик депрессивного синдрома, клинико-психопатологическим и клинико-психометрическим методами было обследовано 30 пациентов (18 стационарных и 12 амбулаторных) с различными психическими расстройствами. Было установлено, что интенсивность суицидальных мыслей при депрессии прямо пропорциональна степени ее тяжести. Наибольшая интенсивность суицидальных мыслей отмечена при экзогенной депрессии, на втором месте по данному показателю экзогенная депрессия, на третьем – эндогенная. Среди клинических вариантов депрессивного синдрома наиболее суицидоопасными являются бредовая, тревожная и деперсонализационная депрессии. Суицидальный риск повышают тревога и чувство вины.

Ключевые слова: депрессия, суицидальные мысли, суицидальный риск.

Депрессивный синдром является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов [14, 15]. Более того, это единственный синдром, при котором суицидальные мысли являются одним из наиболее постоянных симптомов. По этой причине не удивительно и чрезвычайно высокая частота суицидальных действий при депрессии: согласно данным литературы до 30-50% депрессивных больных предпринимают суицидальные попытки, в 10-15% случаев, заканчивающиеся летальным исходом [1, 5, 8, 11]. В связи со столь высоким риском суицидальное поведение при этом синдроме давно стало объектом многочисленных исследований [6, 7, 12, 13 и др.]. Тем не менее, несмотря на активное изучение этого вопроса и практическое внедрение разнообразных подходов к профилактике самоубийств, уровень суицидов при депрессивном синдроме, по-прежнему, остается высоким.

Одним из условий успешной профилактики суицидов при депрессии является возможность достаточно точно оценить суицидальный риск у конкретного пациента с депрессией [4, 9]. Для этого необходимо иметь четкое представление о наиболее суицидоопасных клинических характеристиках и компонентах депрессивного синдрома [2, 3]. Между тем, именно в этом вопросе до сих пор отсутствует единство точек зрения. Данные литературы, посвященные этому вопросу, отличаются противоречивостью, разные авторы выдвигают на первый план, с точки зрения суицидоопасности, разные компоненты депрессии: тоску, тревогу, ажитацию, дисфорию, деперсонализацию, идеи вины и т.д. [1, 8, 10, 11, 13]. На наш взгляд, это происходит по той причине, что большинство исследований в данной области носит чисто клиничко-описательный характер, без использования достаточного психометрического аппарата. Мы решили попытаться восполнить данный пробел и оценить влияние различных характеристик и компонентов депрессивного синдрома на его суицидоопасность более объективно. При этом в качестве основного маркера суицидоопасности депрессии мы рассматривали интенсивность суицидальных мыслей у пациента.

Целью настоящего исследования явилось установление зависимости интенсивности суицидальных мыслей при депрессивном

синдроме от различных его клинических характеристик.

Материалы и методы исследования.

Было обследовано 30 пациентов с депрессивным синдромом разной этиологии, проходивших амбулаторное или стационарное лечение на базе БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (г. Ижевск). Из них 13 мужчин и 17 женщин. Возраст обследуемых был от 20 до 62 лет, средний $40,3 \pm 4,6$ года.

По социальному статусу обследуемые распределены следующим образом: работающие – $n=11$, студенты – $n=2$, пенсионеры по возрасту – $n=5$, инвалиды – $n=7$, неработающие – $n=5$.

На момент обследования 18 пациентов проходили стационарное лечение, 12 – амбулаторное. Диагностическое распределение обследуемых согласно МКБ-10 было следующим: органические психические расстройства (F0) – $n=7$, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) – $n=9$, аффективные расстройства (F3) – $n=14$.

Исследование проводилось следующими методами:

1. Клиничко-психопатологический метод.

Применение данного метода состояло в клинической диагностике актуального психопатологического синдрома и установлении его клинического варианта.

2. Клиничко-психометрический метод.

Применение данного метода состояло в использовании для оценки состояния пациентов ряда клинических шкал: 1) шкала Гамильтона для оценки депрессии (НАМ-D) – оценка степени тяжести депрессии; 2) шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-A) – оценка степени тяжести тревоги; 3) шкала деперсонализации Нуллера – Генкиной – оценка выраженности деперсонализации; 4) шкала суицидальных мыслей Бека – выявление суицидальных мыслей и оценки их интенсивности.

Каждый пациент по ходу исследования подвергался обследованию однократно. Основным предметом исследования составили суицидальные мысли пациентов, оцениваемые по шкале Бека. Остальные клинические характеристики пациентов рассматривались как факторы, влияющие на их суицидальные мысли. Таким образом, была изучена зависимость интенсивности суицидальных мыслей у больных от таких характеристик депрессии, как ее тя-

жесть, этиология, клинический вариант, а также от выраженности различных компонентов депрессивного синдрома.

Результаты исследования.

В зависимости от степени тяжести депрессии, оцениваемой по шкале HAM-D, все исследуемые были разделены на четыре группы:

- 1) с легкой депрессией – n=13;
- 2) с умеренной депрессией – n=11;
- 3) с тяжелой депрессией – n=5;
- 4) с крайне тяжелой депрессией – n=1.

Была вычислена средняя интенсивность суицидальных мыслей в каждой из перечисленных групп (табл. 1). В результате оказалось, что интенсивность суицидальных мыслей у обследуемых возрастала прямо пропорционально степени тяжести депрессивного синдрома.

Таблица 1

Зависимость интенсивности суицидальных мыслей от степени тяжести депрессивного синдрома

Степень тяжести депрессии (по шкале Гамильтона)	Средняя интенсивность суицидальных мыслей (по шкале Бека)
Легкая (8–13 баллов)	10,3
Средней тяжести (14–18 баллов)	10,7
Тяжелая (19–22 балла)	19,7
Крайне тяжелая (23 и более баллов)	23,0

При этом коэффициент линейной корреляции (r) между показателями интенсивности суицидальных мыслей и степени тяжести депрессии у обследуемых составил 0,60, что соответствует слабой положительной связи.

В зависимости от этиологии депрессивного синдрома все обследуемые пациенты были разделены на три группы: 1) с эндогенными депрессиями – n=9; 2) с экзогенными депрессиями – n=7; 3) с психогенными депрессиями – n=14. Здесь также была вычислена средняя интенсивность суицидальных мыслей в каждой из перечисленных групп (табл. 2).

Было установлено, что наиболее высокая интенсивность суицидальных мыслей была при психогенной депрессии, на втором месте по данному показателю оказалась депрессия экзогенная и лишь на третьем – психогенная.

Таблица 2

Зависимость интенсивности суицидальных мыслей от этиологии депрессивного синдрома

Этиологический вариант депрессии	Средняя интенсивность суицидальных мыслей (по шкале Бека)
Эндогенная	9,1
Экзогенная	10,2
Психогенная	13,5

При изучении зависимости интенсивности суицидальных мыслей от клинического варианта депрессивного синдрома у исследуемых пациентов были квалифицированы следующие его варианты:

- 1) тоскливая депрессия – n=6;
- 2) тревожная депрессия – n=7;
- 3) апатическая депрессия – n=3;
- 4) астеническая депрессия – n=5;
- 5) деперсонализационная депрессия – n=3;
- 6) дисфорическая депрессия – n=4;
- 7) бредовая депрессия – n=2.

Вычисление средней интенсивности суицидальных мыслей у больных с каждым из перечисленных вариантов депрессии показало, что наиболее высока она была у лиц с бредовой депрессией (табл. 3).

Таблица 3

Зависимость интенсивности суицидальных мыслей от клинического варианта депрессивного синдрома

Клинический вариант депрессивного синдрома	Средняя интенсивность суицидальных мыслей (по шкале Бека)
Бредовая	24,0
Тревожная	16,7
Деперсонализационная	14,2
Тоскливая	8,2
Дисфорическая	7,8
Апатическая	7,7
Астеническая	7,4

Высокий уровень интенсивности суицидальных мыслей был отмечен также при тревожной и деперсонализационной депрессии. Наименьшим же данный показатель оказался

при апатическом, астеническом и дисфорическом вариантах депрессивного синдрома.

Для выявления наиболее суицидоопасных компонентов депрессивного синдрома была изучена корреляция между показателями шкалы суицидальных мыслей Бека и показателями шкалы тревоги Гамильтона, шкалы деперсонализации Нуллера-Генкиной, а также показателями каждого пункта шкалы депрессии Гамильтона в отдельности. В результате было выявлено, что коэффициент корреляции между показателями шкалы суицидальных мыслей Бека и шкалы тревоги Гамильтона составил 0,82, что соответствует сильной положительной связи. Коэффициент корреляции между показателями шкалы Бека и шкалы деперсонализации Нуллера-Генкиной составил 0,76 – умеренная связь. Изучение корреляций между показателем шкалы суицидальных мыслей Бека и отдельно взятыми показателями каждого пункта шкалы Гамильтона дало следующие результаты (табл. 4).

Таблица 4

Показатель корреляции между шкалой суицидальных мыслей Бека и отдельными признаками шкалы Гамильтона

Признак	r
чувство вины	0,82
ранние пробуждения	0,72
бессонница	0,68
нарушения аппетита	0,68
трудности при засыпании	0,67
расстройства половой сферы	0,65
потеря веса	0,61
сниженное настроение	0,58
ухудшение работоспособности	0,50
ажитация	0,47
общие соматические нарушения	0,45
снижение критики к своему состоянию	0,17
ипохондрия	0,16
заторможенность	0,06

Таким образом, согласно принятой градации коэффициента корреляции, практически не влияли на интенсивность суицидальных мыслей такие компоненты депрессивного синдрома, как заторможенность, ипохондрия и снижение критики к своему состоянию. Все

остальные компоненты депрессии по мере своего усиления значимо усугубляли суицидальные мысли. Однако степень их влияния на данные мысли была неодинакова. Так, сильная связь интенсивности суицидальных мыслей была отмечена с такими компонентами депрессивного синдрома, как тревога и чувство вины; умеренная – с нарушениями сна (трудности засыпания, бессонница и ранние пробуждения), аппетита, сексуальными расстройствами и деперсонализацией. Наконец, слабая – с такими компонентами, как сниженное настроение, нарушение работоспособности, ажитация и общие соматические нарушения.

Обсуждение.

Полученные в ходе настоящего исследования результаты позволяют констатировать, что интенсивность суицидальных мыслей, а, следовательно, и суицидоопасность депрессии, нарастает прямо пропорционально ее тяжести. Таким образом, в нашем исследовании не нашло подтверждения высказывавшееся прежде некоторыми авторами предположение о более высокой суицидоопасности легких, непсихотических депрессий в сравнении с тяжелыми, психотическими [10]. В то же время, слабая степень корреляции между тяжестью депрессии и интенсивностью суицидальных мыслей свидетельствует о том, что степень тяжести депрессии является хотя и значимым, но не решающим фактором ее суицидоопасности. Очевидно, что более значимое влияние здесь имеют иные характеристики депрессивного синдрома, такие как его этиология и клиническая структура.

С точки зрения этиологии, как показало настоящее исследование, наиболее суицидоопасной является психогенная депрессия. Этот результат представляется вполне объяснимым, поскольку психогенная депрессия часто сопровождается сверхценными идеями вины, связанными с вызвавшей депрессию психотравмирующей ситуацией, которые способствуют возникновению суицидальных переживаний с мотивом самонаказания. Сложнее объяснить более высокую интенсивность суицидальных переживаний при экзогенной депрессии (то есть вызванной органическими поражениями головного мозга, интоксикациями и т.д.) в сравнении с эндогенной. С нашей точки зрения, возможным объяснением здесь может служить характерная для экзогенных депрессий дисгармоничность и атипичность их кли-

нической структуры, а также распространенность при экзогенных психических расстройствах тревожного варианта депрессивного синдрома, поскольку, согласно данным проводившихся ранее исследований, все эти клинические особенности депрессии повышают уровень ее суицидоопасности [1, 8, 10 и др.].

Результаты настоящего исследования, касающиеся интенсивности суицидальных мыслей при различных клинических вариантах депрессивного синдрома, в целом подтверждают ранее приводившиеся в литературе данные. Действительно, и прежде многими авторами указывалось на особенно высокую суицидоопасность бредовой, тревожной и деперсонализационной депрессий. При этом достаточно понятными выглядят и причины высокой суицидоопасности именно этих вариантов депрессивного синдрома. Так, суицидальный риск при бредовой депрессии обусловлен наличием бредовых идей самообвинения, самоуничужения или ипохондрических идей. При тревожной депрессии склонность больного к самоубийству связана с пугающими его ужасными предчувствиями, страхом грядущих мучений, а при деперсонализационной – крайней субъективной тягостностью самого феномена хронической деперсонализации.

Низкая суицидоопасность астенического, апатического и дисфорического вариантов депрессивного синдрома, выявленная в ходе настоящего исследования, также представляется вполне объяснимой. В частности, при астенической и апатической депрессиях она обусловлена недостаточной активностью и низким уровнем побуждений больного, а при дисфорической – отреагированием всех его аутодеструктивных переживаний во внешнюю агрессию.

Достаточно интересными представляются нам результаты, касающиеся влияния на интенсивность суицидальных мыслей различных компонентов депрессивного синдрома. Здесь, наряду с ожидаемыми результатами, такими как высокая суицидоопасность тревоги и чувства вины, было получено и несколько результатов, которые можно расценивать как неожиданные. К последним относится более выраженное влияние на интенсивность суицидальных мыслей таких компонентов депрессивного синдрома, как нарушения сна, аппетита и сексуальных функций в сравнении с такими, считающимися традиционно суицидоопасными

его компонентами, как сниженное настроение и ажитация. На сегодняшний день мы можем дать лишь гипотетическое объяснение этим данным, более точная их интерпретация требует дальнейших исследований. Можно предположить, что суицидоопасность нарушений сна связана с субъективно мучительным для больного характером этого симптома. Суицидоопасность нарушений сексуальных функций – с большой их психологической значимостью, в особенности для больных мужского пола, а суицидоопасность нарушений аппетита – с возможностью развития на их почве сверхценных ипохондрических переживаний.

Заключение.

Полученные в ходе настоящего исследования результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Интенсивность суицидальных мыслей при депрессии прямо пропорциональна степени ее тяжести. В то же время, данная связь является слабой, из чего следует, что тяжесть депрессии не является решающим фактором ее суицидоопасности.

2. С точки зрения этиологии наиболее суицидоопасной следует считать психогенную депрессию, на втором месте по данному показателю экзогенная депрессия, на третьем – эндогенная.

3. Из числа клинических вариантов депрессивного синдрома наиболее суицидоопасными являются бредовая, тревожная и деперсонализационная депрессии, а наименее суицидоопасными – апатическая, астеническая и дисфорическая. Тоскливая депрессия занимает по степени суицидоопасности среднее положение.

4. Наиболее суицидоопасными компонентами депрессивного синдрома являются тревога и чувство вины. Наряду с этим, существенное влияние на суицидоопасность депрессии оказывают такие ее симптомы, как нарушения сна и аппетита, расстройства половой сферы и деперсонализация.

Следует подчеркнуть, что знание вышеописанных закономерностей является важным с точки зрения оценки суицидоопасности состояния пациентов с депрессивным синдромом, что, в свою очередь, необходимо для успешной профилактики у них самоубийств.

Литература:

1. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – С. 120-131.

2. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
3. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 48-56.
4. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
5. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
6. Логутенко Р.М., Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных шизофренией с религиозным бредом // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 54-55.
7. Лутова Н.Б. Суицидальные тенденции и комплаентность больных эндогенными расстройствами // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 8-10.
8. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – С. 41-49.
9. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
10. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии. – 1981. – Том 92. – С. 150-167.
11. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Козырев В.Н. Депрессии и суицидальное поведение / Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003. – С. 191-210.
12. Солдаткин В.А., Бобков А.С., Анцыборов А.В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 26-27.
13. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: «Когито-Центр», 2005. – С. 213-214.
14. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. – 2002. – October. – Vol. 1, № 3. – P. 181-185.
15. Sartorius N. The burden of mood disorder. Progression in the treatment of depression // XXIII CINP Congress. – 2002. – P. 1-4.

SUICIDAL IDEAS IN DEPRESSIVE SINDROME

V.V. Vasilyev, Y.V. Kovalev, E.R. Imasheva

Izhevsk State Medical Academy, Russia

For the purpose of the determination of suicidal ideas' intensity's dependence from various clinical characteristics of the depressive syndrome, 30 depressive patients (18 in-patient and 12 out-patient) had been surveyed by psychopathological and psychometric methods. As a result it has been determined that intensity of suicide ideas in depression is directly proportional to degree of its severity. The greatest intensity of suicide ideas was noted in psychogenic depression, on the second place for the given indication was exogenous depression, on the third – endogenous. From among clinical variants of the depressive syndrome highest suicidal risk was noted in delirious, anxious and depersonalization depressions. From among components of the depressive syndrome the most suicide-dangerous were anxiety and guilt.

Keywords: depression, suicidal ideas, suicide risk.

УДК: 616.89-008.44

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ

О.А. Вишневская, Н.Н. Петрова

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Вишневская Оксана Александровна – заочный аспирант кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, В.О., 21-я линия, д. 8 а. Телефон: (911) 750-91-24, e-mail: saba69@yandex.ru

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, В.О., 21-я линия, д. 8 а. Телефон: (911) 211-26-07, e-mail: petrova_nn@mail.ru

На примере 95 больных параноидной шизофренией изучены клиничко - феноменологические особенности депрессии, развивающейся в ремиссии заболевания. Показано, что депрессии в ремиссии шизофрении наблю-

даются у 58,7% больных, не превышают умеренной степени выраженности, неоднородны и характеризуются преимущественно сложной клинической структурой (63,6%).

Установлены особенности суицидального поведения, которые различались в зависимости от клинического типа и синдромальной характеристики депрессии. Показано, что в развитии суицидальных тенденций принимают участие биологические, психологические и социальные факторы, соотношение которых определяется типом ремиссии.

Ключевые слова: шизофрения, ремиссия, суицидальное поведение.

Многообразие методологических подходов к изучению проблемы суицида связано с тем, что самоубийство является "сложным медико-социальным феноменом", имеющим многофакторный характер. Результаты ряда исследований в рамках биопсихосоциального подхода согласуются с гипотезой о том, что суицид является результатом суммации или взаимодействия факторов психического заболевания, социальных факторов риска и других факторов внешней среды (в том числе лекарственных воздействий) с генетической предрасположенностью, специфичной в отношении суицидального поведения [13, 15, 16, 27, 29, 30].

Проблема суицида пациентов с психическими расстройствами особенно актуальна для пациентов внебольничной психиатрии. Так, суицидальный риск среди больных, состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц [24].

Необходимость изучения суицидального поведения у больных шизофренией обусловлена высокой социальной значимостью заболевания [6, 20]. По данным Г. Каплан и Б. Сэдок [8] около 50% больных шизофренией за двадцатилетний период болезни совершили суицидальные попытки. А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко [1] отмечают, что наиболее суицидоопасными являются первые 3-5 лет заболевания.

Суицидальный риск при шизофрении по мнению А.Г. Амбрумовой и соавт. [3], обусловлен тремя группами факторов. Первый тип определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах созревания ремиссии, особенно после 2-3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Мотивы суицидального поведения понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей. Второй тип определяется своеобразным, аутистическим мировосприятием. Третий тип связан с характером психопатологических расстройств.

Известно, что депрессия является ведущим фактором риска суицида [1-3]. Частота аффективных расстройств среди суицидентов составляет 70-80% [8]. Отмечено, что суицидальный риск выше в случаях депрессий лёгкой и средней степени выраженности, "открытых" для влияния средовых воздействий и личностных установок больных, и большинство суицидальных попыток (89,9%) реализуется на фоне психических расстройств непсихотического уровня [5, 19].

Частота депрессивных расстройств в структуре шизофрении колеблется в широких пределах от 25 до 80% [4, 25]. Сведения о частоте депрессии на различных этапах течения шизофрении также противоречивы [9, 11, 12, 26].

В современных исследованиях отмечают такие черты «шизофренических депрессий», как психомоторная заторможенность, беспомощность, чувство безнадежности, суицидальные мысли [9, 21-23, 32]. Подчёркивается большая частота субсиндромальных проявлений депрессии, незавершённость их психопатологической структуры. В качестве отличительных признаков депрессии при шизофрении выделяют «поверхностность», «нев्यраженность» собственно аффективных расстройств при стёртости витальных проявлений и нарушений циркадного ритма [7, 11, 12, 17, 18, 23, 25].

Нет единого мнения относительно прогностической значимости депрессии у больных шизофренией [9, 17, 18]. Большинство авторов рассматривают наличие депрессии как неблагоприятный прогностический фактор, усиливающий страдание, причиняемое заболеванием, снижающий качество жизни, усугубляющий нарушения в психосоциальном функционировании, и, кроме того, напрямую связанный с высоким риском суицида у данной категории пациентов [28, 31].

Цель исследования: изучение особенностей суицидального поведения больных шизофренией на этапе ремиссии заболевания в зависимости от наличия депрессивных расстройств.

Материал и методы.

В условиях реальной клинической практики обследовано 95 больных параноидной шизофренией (67 женщин и 28 мужчин) в возрасте $44,9 \pm 1,2$ лет на этапе поддерживающей терапии. Давность заболевания составила $16,8 \pm 1,0$ лет. Частота обострений шизофрении реже, чем один раз в 2 года была выявлена в 50,7% случаев. Частота обострений 1 раз в 2 года наблюдалась в 37,3% случаев. В 18,0% случаев частота обострения была чаще, чем один раз в два года. Количество перенесённых приступов достигло $5,7 \pm 0,3$ случаев. Галлюцинаторно-параноидные приступы переносили 62,7%, аффективно-бредовые – 24,0%, параноидные – 13,3% больных.

Продолжительность ремиссии на момент наблюдения составила $2,8 \pm 0,3$ года. У 78,7% больных длительность ремиссии составила от 1 до 3 лет. У 17,3% пациентов продолжительность ремиссии колебалась в пределах от 3 до 8 лет, у 4,0% – превысила 8 лет.

В 80,0% случаев больные имели инвалидность по психическому заболеванию (2 группа – 76,0%; 3 группа – 4,0%).

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический и клинико-шкальный (PANSS, шкала Калгари и шкала тревоги Гамильтона).

При описании суицидального поведения использовалась классификация А.Г. Амбрумовой и соавт. [1].

Статистический метод был реализован с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 21. Применялись показатели описательной статистики: определение средних величин описываемой совокупности и величины стандартной ошибки среднего, расчет удельного веса. Сравнение средних величин осуществлялось с помощью методов дисперсионного анализа (для нормального распределения) и определения медианы для выборок с ненормальным распределением; оценка средних значений проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для оценки взаимонезависимости данных использовался критерий χ^2 . При сравнении пропорций столбцов использовался односторонний z-критерий. Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Ремиссия шизофрении устанавливалась в соответствии со стандартизированными кли-

нико-функциональными критериями ремиссии при шизофрении [14].

Результаты и обсуждение.

Обследованные больные параноидной шизофренией составили две группы сравнения: 54 больных, у которых в течение динамического двухлетнего наблюдения развилась депрессия (58,7%) и 41 больной, у которых ремиссия шизофрении протекала без депрессивных расстройств (41,3%).

В обеих группах преобладали пациенты старше 40 лет, но среди пациентов с депрессией в ремиссии шизофрении было достоверно больше больных молодого возраста (от 18 до 29 лет) ($p = 0,036$), при этом во всех возрастных категориях преобладали женщины ($p < 0,05$).

Обследование больных по шкале Калгари подтвердило наличие депрессии, причем выраженность отдельных симптомов не превысила двух баллов, что соответствует лёгкой степени расстройства (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика депрессии у больных параноидной шизофренией в ремиссии

Показатель шкалы Калгари	Средний балл (M±m)
Депрессия	1,7±0,1
Безнадёжность	1,4±0,1
Самоуничужение	1,5±0,1
Идеи обвинения	0,3±0,1
Патологическое чувство вины	1,1±0,1
Утренняя депрессия	1,4±0,1
Раннее пробуждение	1,2±0,1
Суицид	0,4±0,1
Наблюдаемая депрессия	1,6±0,1
Общий балл	10,5±0,4

Пациенты с депрессией в ремиссии шизофрении предъявляли жалобы на постоянное отчётливо сниженное настроение, ощущение безнадёжности (время от времени или ежедневно), идеи самоуничужения и виновности (менее 50% времени). Идеи обвинения либо отсутствовали, либо были нестойкими и сохранялись менее 50% времени. В структуре депрессии в большей степени были выражены гипотимия, идеи самоуничужения, чувство безнадёжности и ранние пробуждения.

В результате проведённого клинико - психопатологического исследования были выделены два типа депрессивных расстройств у больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Первый тип представлен типичными (простыми) депрессивными состояниями (36,4% больных). Депрессии соответствовали диагностической категории депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32) и характеризовались отчётливо сниженным настроением, утратой интересов и способности получать удовольствие, снижением способности концентрации внимания, заниженной самооценкой, присутствием идей самообвинения и самоуничужения, мрачным, пессимистическим видением будущего, расстройствами сна и аппетита. Витализация аффекта наблюдалась у 30,8%, типичная суточная динамика – у 76,9% человек. Показано, что типичные варианты депрессий, развивающиеся при параноидной и тимопатической ремиссии, при достижении степени большого депрессивного эпизода (15,0±2,0 балла по шкале Калгари) следует рассматривать не в рамках текущей ремиссии, а в качестве признака обострения шизофрении.

При депрессиях первого типа внутренние формы суицидального поведения были выявлены в 68,8% наблюдений. Суицидные мысли ограничивались рассуждениями о смысле жизни, пассивным желанием ухода из жизни, не превышали лёгкой степени. Большинство пациентов (76,9%) тяготились своим состоянием и имели установку на лечение.

Частота суицидных мыслей различалась в зависимости от преобладающего тимического компонента депрессивной триады, в соответствии с которым были выделены подтипы депрессивных состояний в ремиссии шизофрении:

1. Тревожно-депрессивный (56,3%). Выраженность депрессии достигала средней и лёгкой степени (соответственно 63,6% и 36,4% случаев, в соответствии с критериями депрессивного эпизода по МКБ-10), (11,7±0,9 балла по шкале Калгари). Пассивные суицидальные мысли имели место более, чем у половины пациентов с тревожной депрессией (58,3%).

2. Меланхолический, при котором преобладала тоска (12,5%). Депрессия соответствовала критериям умеренного депрессивного эпизода по МКБ-10, (15,0±2,0 балла по шкале Калгари). У пациентов с меланхолической де-

прессией пассивные суицидальные мысли встречались в 25,0% случаев.

3. Апатно-адинамический подтип (18,8%). Симптоматика соответствовала критериям лёгкого депрессивного эпизода по МКБ-10 (11,3±2,3 балла по шкале Калгари). У пациентов с апатно-адинамической депрессией антивитаальные переживания наблюдались в 8,3% случаев.

Второй тип депрессий представлен атипичными депрессивными состояниями, не укладывающимися в критерии депрессивного эпизода (F32) МКБ-10 (63,4% больных; $p=0,005$). Эти депрессии характеризовались неравномерной выраженностью компонентов депрессивной триады. Отсутствовала типичная суточная динамика состояния, не наблюдалось витализации аффекта. Характерными чертами были стёртость тимического компонента, преобладание апатии, раздражительности. Выявлялось субъективное переживание собственной несостоятельности, неуверенность, пессимистическая оценка перспектив. Моторный компонент депрессивной триады характеризовался либо адинамической, либо астенической окрашенностью. Проявления идеаторных нарушений колебались от снижения интеллектуальной продуктивности, замедленности темпа мышления, жалоб на неясность мышления до отчётливых расстройств мышления в сочетании с элементами деперсонализации. При внешней безучастности, апатичности, равнодушии у пациентов сохранялась готовность к сопереживанию, заинтересованность в лечении, потребность в доверительном контакте.

Суицидальные тенденции были выявлены у 27,3% больных со вторым типом депрессии и носили нестойкий характер, выражались в пассивном желании уйти из жизни. Имели место суицидальные высказывания, носящие манипулятивный, демонстративный характер. В структуре депрессии встречалось сочетание депрессивных симптомов с резидуальными психотическими расстройствами, имели место неконгруэнтные депрессивному аффекту отрывочные параноидные идеи.

Наследственность пациентов с депрессией в ремиссии шизофрении была отягощена суицидальным поведением родственников (20,5% случаев), большей частотой случаев аффективных расстройств, по сравнению с пациентами без депрессии (15,9% и 6,5% соответственно; $p<0,05$) и алкоголизма (34,1% и 6,5% соответственно; $p<0,05$).

Таблица 2

Клиническая характеристика больных в зависимости от наличия депрессии, в %

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	P
Наследственная отягощённость психическим заболеванием	34,1	29,0	0,32
Синдром манифестного периода:			
Галлюцинаторно-параноидный	43,2	71,0	0,01*
Депрессивно-параноидный	40,9	12,9	0,01*
Параноидный	11,4	6,5	0,24
Маниакально-бредовой	2,3	9,7	0,08
Аффективные расстройства в продромальном периоде	59,1	16,1	0,001*
Депрессии во время приступа шизофрении	71,0	22,6	0,001*
Синдром во время последнего приступа:			
Галлюцинаторно-параноидный	53,5	83,9	0,003*
Депрессивно-параноидный	32,9	3,2	0,001*
Параноидный	13,6	12,9	0,46
Аффективные расстройства в постприступном периоде в анамнезе	68,2	--	--

Примечание: * – z-критерий сравнения пропорций при $p < 0,05$.

Тенденция к большей частоте случаев шизофрении среди родственников отмечена у больных группы сравнения (29,1% и 21,0% соответственно; $p > 0,05$). Пациенты основной группы отличались большей частотой аффективных расстройств в продромальном периоде при превалировании тревожно - депрессивного синдрома, депрессивно - параноидного синдрома в манифестном периоде и в период последнего обострения, депрессии в структуре приступа шизофрении (табл. 2).

В большинстве случаев депрессивная симптоматика развивалась аутохтонно. Однако психотравмирующие факторы в развитии депрессии у больных с суицидальным поведением имели место в 33,3% случаев. Преобладающим было сочетание конфликтов в различных сферах (неудачи в работе, сложности во взаимоотношениях в коллективе, материальное неблагополучие, семейные проблемы). Реже наблюдались изолированные конфликты в личностно-семейной сфере (соответственно 82,0% и 18,0%; $p = 0,001$).

Типичным было триггерное влияние внешних раздражителей на пациентов, тип ремиссий которых относился к синдромологическим (астенические, психопатоподобные) [18]. Открытость пациентов для повседневных стрессов могла рассматриваться как проявление чрезмерной «уязвимости» к внешним воздействиям в результате таких негативных по-

следствий заболевания, как «реактивная лабильность» [10].

Аффективные расстройства у пациентов с симптоматическими ремиссиями (тимопатическая, ипохондрическая, параноидная) в большинстве случаев оказались детерминированными патокинезом собственно шизофренического процесса (психогенные триггеры выявлены лишь в 5,0% случаев).

При синдромологических ремиссиях (астенической, психопатоподобной) влияние психогенных факторов было значительно выше. У 20,0% больных выявлены психогенные механизмы развития депрессии ($p < 0,05$). При астенической ремиссии чаще встречались конфликты в профессиональной сфере (11,0%), отражавшиеся в структуре депрессивных переживаний, при психопатоподобной ремиссии преобладали конфликты в семейной сфере (9,0%).

Выводы:

1. У большинства больных (58,7%), страдающих параноидной шизофренией, в ремиссионном периоде возникают эпизодические депрессивные расстройства, преимущественно умеренно выраженные, но отличающиеся сложной клинической структурой (63,6%).

2. Установлена значительная частота внутренних форм суицидального поведения, которая различалась в зависимости от клинического типа и синдромальной характеристики де-

прессии в период ремиссии шизофрении. В развитии суицидальных тенденций принимают участие биологические, психологические и социальные факторы, соотношение которых определялось типом ремиссии. Молодой возраст и женский пол предрасполагают к развитию депрессии в ремиссии шизофрении, и могут быть сопряжены с развитием суицидальных тенденций. Наличие аффективных расстройств и суицидального поведения у родственников больных параноидной шизофренией, значительная представленность аффективных нарушений на различных этапах течения болезни могут служить основанием для скрининга суицидального поведения.

3. Работа полипрофессиональных бригад в амбулаторной практике должна быть нацелена на своевременное выявление депрессии и суицидального поведения у больных шизофренией в ремиссии и расширение спектра индивидуальных и групповых видов психотерапевтической помощи этим пациентам. В процессе психосоциальной реабилитации больных шизофренией на этапе поддерживающей терапии необходимо акцентировать внимание на профилактике суицидального поведения.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения / Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Сб. науч. Трудов МНИИП МЗ РСФСР. – М., 1986. – С. 7-26.
3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
4. Бубнова Ю.С., Дорофейков В.В., Мазо Г.Э., Петрова Н.Н. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2012. – Том 14, № 4. – С. 21-26.
5. Ваулин С.В., Цыганков Б.Д. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – М., 2012. – 232 с.
6. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск: РИО НГМА. – 2003. – 20 с.
7. Дресвянников В.П., Старичков Д.А., Овчинников А.А. и др. Аффективные нарушения в ремиссии при шизофрении (клиника, патогенез, терапия) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Том 9, № 5. – С. 8-11.
8. Каплан Г.И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер. с англ. – М.: Медицина. – 1994. – 1200 с.
9. Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н. Депрессии у больных шизофренией после купирования острого психоза // Клиническая медицина. – 2008. – Том 86, № 11. – С. 53-59.
10. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксёнова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 335 с.
11. Мазо Г.Э. Депрессия как осевой симптом шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2 (36). – С. 23–25.
12. Мазо Г.Э., Горбачёв С.Е. Депрессии при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 5-14.
13. Морозов П.В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Том 12, № 1. – С. 4-7.
14. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Дедюрина Ю.М. и др. Валидизация международных критериев на популяции амбулаторных больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Том 110, № 5. – С. 71–75.
15. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
16. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-62.
17. Смулевич А. Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Том 5, № 5. – С. 184–186.
18. Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинко-эпидемиологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – № 5. – С. 4–13.
19. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия // Суицидальный синдром в соматической клинике. – М.: «Когито-Центр», 2005. – С. 308-331.
20. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессия и коморбидные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. – М.: РАМН, 1997. – С. 12–26.
21. Чайка Ю.Ю. К проблеме постшизофренических депрессий // Журнал психиатрии и медицинской психологии (Донецк). – 1999. – № 1. – С. 117–121.
22. Чайка Ю.Ю. Типология и динамика постшизофренических депрессий // Украинский вестник психоневрологии. – 1999. – Том 7, Вып. 3. – С. 130–134.

23. Шумская К.Н. Постпсихотическая депрессия (психопатологические особенности и вопросы типологии, клиническое значение, терапевтические подходы): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 21 с.
24. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
25. Addington D. Prevalence of depression in schizophrenia – results of international survey. Abstracts // 10th congress SNS.-Nice, 1997.-P. 7-9.
26. Addington D.D., Azorin J.M., Fallon I.R. et al. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 105, № 3. – P. 189-195.
27. Bani-Fatemi A., Goncalves V.F. et al. Analysis of CpG SNPs in 34 genes: association test with suicide attempt in schizophrenia // Schizophr Res. – 2013. – Jul. – Vol. 147, № 2-3. – P. 262-268.
28. Fenton N.S. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia // Suicide Life Threat. Behav. – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 34-39.
29. Jagodic H.K., Agius M. et al. Psychopharmacotherapy prescription and suicidal behavior // Psychiatr Danub. – 2013. – Sep; 25 Suppl. 2. – S. 324-328.
30. Mathews D.C., Richards E.M. et al. Neurobiological aspects of suicide and suicide attempts in bipolar disorder // Trans Neurosci. – 2013. – Vol. 4, № 2. Doi: 10.2478/s13380-013-0120-7.
31. Restito K., Harkavy-Friedman J.M. et al. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis // J. Nerv. Ment. Dis. – 2009. – Vol. 197, № 3. – P. 147-153.
32. Zisook S., McAdams L.A., Kuck J. et al. Depressive symptoms in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, № 11. – P. 1736-1743.

SUICIDAL BEHAVIOR IN REMISSION OF SCHIZOPHRENIA

O.A. Vishnevskaya, N.N. Petrova

St. Petersburg State University, Russia

In example of 95 paranoid schizophrenia patients was shown that depression developed in most patients in remission schizophrenia (58,7%) and was characterized by predominantly difficult clinical structure (63,6%). A significant number of cases, the development of which involved psychogenic factors were noted.

Key words: schizophrenia, remission, suicidal behavior.

УДК: 616.89-008.441

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В.А. Руженков, В.В. Руженкова

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

Контактная информация:

Руженков Виктор Александрович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (4722) 34-43-81, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Руженкова Виктория Викторовна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (4722) 34-43-81, e-mail: ruzhenkova@yandex.ru

Анализируются терминологические противоречия, существующие в психиатрической суицидологической литературе относительно описания феноменологических проявлений и механизмов формирования различных вариантов аутоагрессивного поведения. Излагается авторская классификация аутоагрессивного поведения, уточняются значения терминов.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение, парасуицид, аутодеструктивное поведение, несчастный случай.

Анализ психиатрической суицидологической литературы свидетельствует о том, что имеется ряд терминов: «аутоагрессивное пове-

дение», «аутодеструктивное поведение», «суицидальное поведение», «парасуицид», «пре-рванный парасуицид», «абортивный парасуи-

цид», «скрытый суицид», «несуицидальное аутоагрессивное поведение», «несуицидальная аутоагрессия», «суицидальные эквиваленты», «непрямое саморазрушение», «непрямое самоубийство», «аутоагрессивный акт», «саморазрушительное поведение», «членовредительство», «самовред», «неслучайное несуицидальное самоповреждение», которые, нередко, употребляются как синонимы, однако, их смысловая нагрузка различна. Кроме того, используются термины «суицидальные и несуицидальные саморазрушающие действия», указывается на необходимость разделения этих двух видов аутодеструкции [24].

Многие авторы отождествляют суицидальное и аутоагрессивное поведение [5, 10, 17, 23, 26, 40], считая, что аутоагрессивное поведение, в контексте риска фатального исхода вследствие недоучета реальных обстоятельств – фактически эквивалентно суицидальному поведению [8].

В некоторых случаях [35], наоборот, под аутоагрессивным поведением понимают бессознательные (в психологическом аспекте) «механизмы формирования психосоматических расстройств». Ряд авторов рассматривают аутоагрессию, как отсроченное по времени причинение вреда своему здоровью посредством злоупотребления алкоголем [46, 47], табакокурения [39], а также скоростную езду на автомобиле с пренебрежением правилами дорожного движения и провокацию окружающих на драки [46]. Выделяется термин «непрямое самоубийство» [28], к которому относят управление автомобилем в нетрезвом состоянии, превышение скорости, случайное употребление большого количества таблеток. Как проявление аутоагрессии рассматривается нервная анорексия [3] – «стойкое, сознательное ограничение в еде, приводящее к тяжелым сомато-эндокринным расстройствам». Выделяют суицидальное аутоагрессивное поведение и несуицидальное аутоагрессивное поведение [7]; к последнему причисляется «вовлеченность в несчастные случаи».

При изучении аутоагрессивного поведения осужденных [19] выделено 2 варианта аутоагрессивного поведения: один – имеющий целью лишение себя жизни, и второй – аутоагрессивные действия без цели самоубийства, нередко приносящие серьезный вред здоровью и создававшие прямую угрозу жизни.

Изучая аутоагрессию больных полинаркоманией И.М. Елисеев [14] установил, что у них имеются три наиболее частых, качественно различных проявления аутоагрессии: самоповреждения, суицидальные тенденции (собственно внутренние формы суицидального поведения) и попытки самоубийств (внешние формы суицидального поведения). Подчеркивается неоднородность указанных вариантов аутоагрессии как по мотивам их возникновения, так и по механизмам реализации. В каждой подгруппе предлагается выделять три варианта проявлений: демонстративные, по типу замены гетероагрессии аутоагрессией и истинные. При этом часть больных полинаркоманией совершали самоповреждения и суицидальные попытки вследствие переключения гетероагрессии на аутоагрессию. Эти лица занимали как бы промежуточное положение между истинными суицидентами и покушающимися на жизнь других. Если механизм переключения агрессии на себя «не включался», больные могли представлять серьезную опасность для окружающих.

Существующие терминологические разногласия в суицидологической литературе мотивировали необходимость [4] создания нового максимально широкого понятия, включающего в себя как сознательную, так и бессознательную, как внешнюю, так и внутреннюю, как прямую, так и непрямую активность, направленную на сокращение и/или прекращение жизни. Такую активность автор предложил называть авитальной («а» (лат.) – частица отрицания, «vita» (лат.) – жизнь). При этом под авитальной активностью понимается биологическая, психическая и поведенческую активность, направленная на сокращение и/или прекращение собственного социального и биологического функционирования. К проявлениям авитальной активности автор относит четыре группы феноменов, наблюдаемых в психологической и психопатологической клинической практике: пресуицидальную активность, суицидальную активность, парасуицидальную активность и десоциальную активность. Наряду с этим автор [4] вводит термин «псевдосуицидальная активность» – использование суицидальных моделей поведения для достижения несуицидальных целей, которая по своей сути не является авитальной, поскольку направлена на улучшение биологического, психологического и социального функционирования индивида. За несчастным случаем, приведшим к

смерти, по мнению автора, может скрываться авитальная активность, но за псевдосуицидальным поведением, приведшим к смерти, может скрываться только несчастный случай.

Терминологическая неоднозначность в суицидологии во многом связана с ее междисциплинарным характером. Так в социологической модели [9] сформирована категориальная структура самоубийства через определение и разведение в нем четырех основных форм, составляющих две группы по две формы: 1) непосредственного и опосредованного самоубийства; и 2) действительного и недействительного самоубийства.

Непосредственное самоубийство – осознаваемое лишение себя жизни без участия в этом процессе других людей или внешних условий – обстоятельств, например: застрелился, повесился, отравился, бросился с высоты. Опосредованное самоубийство – осознаваемое лишение себя жизни при участии в этом процессе других людей или созданных с участием самоубийцы внешних условий – обстоятельств, закономерно приводящих его к смерти; например, когда человек осознанно идет на смертельный риск (ложится на амбразуру, лезет в драку с толпой, летит на скейтборде с отвесного склона или с повышенной скоростью, да на красный свет) и т.п.

Непосредственное самоубийство обнаруживает четыре его основных разновидности: преднамеренное, аффективное, фарс, несчастный случай. Опосредованные самоубийства также обнаруживают четыре основных своих разновидности: жертва (самопожертвование), эвтаназия, экстремальное поведение, смертельное бездействие.

По *мотивационному* основанию авторы разделяют самоубийства на шесть основных типов: «табу», «подвиг», «поступок», протест» (или «укор»), «выход» и «уход».

А.Г. Амбрумова с соавт. [1], под аутоагрессивным поведением понимают действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, то есть вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Агрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические механизмы, соотносимые по типу «клапанного взаимодействия», когда сформировавшееся агрессивное поведение может направляться либо на окружающих, либо на себя (защитный механизм

ретрофлексия, в терминах гештальтпсихологии). Авторы выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения:

- суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;

- суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;

- несуицидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть (или заведомо неопасные для жизни).

Таким образом, аутоагрессивное поведение объединяет сознательные и неосознанные суицидальные действия, действия аутодеструктивного характера (ведущие к саморазрушению) и умышленные самоповреждения [1, 11].

Предлагают дифференцировать аутоагрессивное и суицидальное поведение украинские исследователи [29, 30, 31, 48]. При этом используется ряд авторских терминов: «суицидальный тип», «парасуицидальный тип», «псевдосуицидальный тип», «асуицидальный тип», широко не принятых в суицидологии. Подчеркивается [30, 31], что формирование суицидальной активности как частного варианта аутоагрессии и саморазрушающих эквивалентов аутоагрессивного поведения, к которым относятся самые разнообразные формы поведения и состояний (алкоголизм, наркомания и токсикомания, девиантные формы поведения, а также, в какой-то степени – любые невротические и соматизированные расстройства), имеют отличия в этиопатогенетических и приспособительных механизмах [29].

А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко [11] считают, что самоубийство – это намеренное лишение себя жизни. Намеренное – соответственно осознанное. Таким образом, собственно суицидальным поведением называются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Другими словами, под внешним суицидальным поведением понимаются осознанные действия индивида (или бездействие), направленное на лишение себя жиз-

ни. Авторы особо подчеркивают, что термин «поведение» объединяет разнообразные внутренние (в том числе вербальные) и внешние формы психических актов, которые, согласно современным психологическим воззрениям, находятся в отношениях генетического родства. Соответственно суицидальное поведение разделяется на внутренние и внешние его формы и завершённые суициды. Внутренние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения [11].

Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы, причем выделять перед ними, особую, недифференцированную «почву» в виде антивитальных переживаний. К ним относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и тому подобное, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер ...» и так далее.

Вторая ступень – суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, то есть тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья ступень – суицидальные намерения – предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Суицидальная попытка и суицид в своем развитии проходят две фазы. Первая – обратимая, когда субъект сам или при вмешательстве окружающих лиц может прекратить

попытку. Вторая – необратимая. Хронологические параметры этих фаз зависят как от намерений суицидента, так и от способа покушения [11].

В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду, авторы выделяют две фазы: predispositional и suicidal. Predispositional фаза дезадаптации имеет свои специфические объективные и субъективные проявления в каждой из трех основных диагностических категорий (психически здоровые, пограничные психические расстройства и больные с психотическим уровнем психических расстройств) и не сопровождается суицидальным поведением. В suicidal фазе, начинающейся с момента зарождения суицидальных тенденций и продолжающейся вплоть до покушения на свою жизнь, дезадаптационный процесс идет по общему «конечному пути», сводящему к нулю все исходные уровни и выработанные ранее формы адаптации.

Важно подчеркнуть, что с точки зрения А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980) [11], во всех диагностических категориях решающее значение для перехода predispositional фазы дезадаптации в suicidal имеет конфликт. Суицидогенный конфликт может быть обусловлен разными причинами:

- реальными (у практически здоровых лиц);
- заключающимися в дисгармонической структуре личности (при пограничной патологии);
- психотическими («псевдореальными») при патологических переживаниях (аффективных, бредовых, галлюцинаторных).

Таким образом, если суицидальное поведение мотивировано психопатологической симптоматикой и под ее влиянием действия пациента были направлены на лишение себя жизни, его следует квалифицировать именно как суицидальное поведение, а не как несчастный случай.

В отечественной литературе больше внимания уделяется внешним формам суицидального поведения – суицидальным попыткам и завершённым суицидам. В то же время внутренние формы суицидального поведения изучены явно недостаточно. Встречаются немногочисленные работы [11, 16], посвященные классификации и динамике внутренних форм суицидального поведения. Авторы рассматривают внутренние формы суицидального пове-

дения в аспекте его динамики по трем этапам: пресуицидальный, реализации суицидальных действий и постсуицидальный. Внутренние формы суицидального поведения (суицидальные мысли, замыслы, намерения) относятся к пресуицидальному периоду, а перед ним выделяют [11] особую, недифференцированную «почву» в виде антивитаальных переживаний. К ним относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т.п., где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Парасуицидальное поведение (от греч.: *para* – возле, около + лат.: *sui* – себя + *caedere* – убивать) – в отличие от истинного суицидального поведения, имеет другой смысл и направлено не на лишение себя жизни, а на достижение определенного социального эффекта. Целью является: призыв на помощь, протест против сложившейся ситуации, необходимость дать себе паузу в ситуации конфликта и др. [13, 21, 42, 52]. Частным случаем парасуицидального поведения, с нашей точки зрения, является демонстративно - шантажный тип суицидального поведения, так как он также не имеет конечной целью лишение себя жизни, а лишь демонстрацию такого намерения с целью оказания влияния на микросоциальное окружение [11]. Хотя такая демонстрация подчас оканчивается завершенным суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств.

Наряду с суицидальным, выделяется аутодеструктивное (самоповреждающее, членовредительство) поведение. В отличие от суицидального и парасуицидального поведения, самоповреждения или членовредительства вообще не касаются ни представлений о смерти, ни демонстрации такого намерения [11, 44]. Целью их является повреждение того или иного органа, с другой целью (нередко не осознаваемой, например – для снижения чувства тревоги, эмоционального напряжения), что находит свое выражение и в способах реализации и в особенностях поведения субъекта.

Аутодеструктивное поведение под названием «несуицидальные самоповреждения» у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, некоторыми авторами рассматриваются как форма психопатоподобных реакций с преобладанием идеаторного, аф-

фективного и истероформного компонента [22].

К саморазрушительному поведению белорусские авторы [20], наряду с суицидальным, относят злоупотребление алкоголем, наркотиками, сильнодействующими медикаментозными средствами, а также курение, намеренную рабочую перегрузку, упорное нежелание лечиться, рискованную езду на автотранспортных средствах, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии. В более широком смысле аутоагрессивными действиями считаются некоторые религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокую эксплуатацию, войны, то есть все те осознанные ауто- и гетероагрессивные действия, которые приводят к индивидуальному или массовому саморазрушению и самоуничтожению людей.

Мы полагаем разделять аутодеструктивное поведение на два типа, в зависимости от осознанности или неосознаваемости (в психологическом аспекте) действий и скорости проявления последствий, на прямую и косвенную аутодеструкцию. Прямая аутодеструкция – осознаваемые действия, последствия этих действия проявляются сразу. Косвенная аутодеструкция – при которой последствия отсрочены, и может реализовываться как на сознательном, так и на неосознаваемом уровне.

Имеется классификация прямой аутодеструкции – самоповреждающего поведения [50], базирующаяся на различении актов членовредительства [25].

1. Членовредительство при психических расстройствах (невротических, психопатических, психотических (маниакальный и депрессивный синдромы, шизофрения, алкогольный делирий, эпилепсия) и органических нарушениях).

2. Членовредительство культурно - религиозного характера.

3. Бытовые формы членовредительства.

В рамках самоповреждений, обусловленных социокультурным укладом, автор различает:

– самоповреждения, совершаемые в ходе ритуалов инициации, символизирующих переход из детского возраста во взрослую жизнь;

– самоповреждения, совершаемые под влиянием модных тенденций, связанные с украшением своего тела (татуирование, пирсинг, брэндинг).

В военной психиатрии [6] отличают от суицидальных действий акты намеренного самоповреждения, не связанные с представлениями о своей смерти (*членовредительство*). Авторы считают, что такие акты обычно направлены на уклонение военнослужащего от несения обязанностей воинской службы, путем причинения себе какого-либо повреждения, и, как правило, не сопряжены с угрозой для жизни. Однако, вследствие недоучёта военнослужащим обстоятельств, членовредительство может приводить к тяжёлым медицинским последствиям или заканчиваться смертью, и требует не менее серьезных мер профилактики. Лица, склонные к совершению членовредительства, в то же время, представляют собой группу риска суицидальных действий.

Выделяют социокультурные и девиантные самоповреждения [32, 33]. При этом последние разделяются на три группы. Первая группа девиантных самоповреждений – это значительные самоповреждения – редкие (или единичные) акты радикального и глубокого повреждения тканей тела (энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела). Самоповреждения данного типа отличаются внезапностью, значительными повреждениями, нередко совершаются под влиянием психотических переживаний и требуют скорейшего медицинского вмешательства. Вторая группа – стереотипные самоповреждения – ритмичные акты, которые повторяются строго по определенной схеме и лишены смыслового содержания (стереотипные удары головой, надавливание на глазное яблоко и т.п.). Подобные расстройства ассоциированы с психоневрологическими расстройствами и часто встречаются при различных формах нарушений психического развития. Описываемые автором в первой и второй группах самоповреждения, совершаемые в психотическом состоянии, с нашей точки зрения, целесообразно относить к несчастным случаям. Третья группа девиантных самоповреждений – поверхностные (или символические) самоповреждения – подразделяются на компульсивные, эпизодические и повторяющиеся акты самоповреждения. К данному типу относятся неглубокие повреждения тканей тела, не представляющие риска для жизни: порезы на коже, «гравировка» на коже (слова, узоры или другие символы), препятствие заживлению ран, преднамеренные переломы костей, втыкание игл, выдергивание волос, обкусывание ногтей, расчесывание кожи и др.

На основе категории цели все прямые аутодеструктивные действия, наблюдаемые нами [36, 37] у юношей призывного возраста при стационарном медицинском психиатрическом освидетельствовании в рамках призыва в Вооруженные Силы, разделены на 3 группы.

В половине случаев – 50,0% встречался релаксационный тип аутодеструктивного поведения – целью его было устранение психоэмоционального напряжения и улучшение настроения. Подростки после какой-либо конфликтной ситуации, находясь в одиночестве, наносили себе поверхностные порезы в области предплечья, прижигали кожу сигаретами, с целью успокоиться и снять психический дискомфорт. Практически все они отмечали притупление ощущения боли. Характерно, что более чем в половине случаев аутодеструктивные действия были повторными.

Рентное аутодеструктивное поведение – 44,8% случаев, проявлялось демонстрацией самоповреждений с целью оказания влияния на ближайшее окружение (чтобы прекратить ссору родителей, предотвратить их развод; для доказательства «любви», «силы воли», «на спор»; обратить на себя внимание; самоутвердиться в группе сверстников; уклониться от призыва в Вооруженные Силы). Нередко данный тип аутодеструктивного поведения реализовывался в состоянии алкогольного опьянения. В данную группу включаются аутодеструктивные действия, совершаемые с целью *шантажа* ближайшего микросоциального окружения, для обращения на себя внимания, *призыва* о помощи, *подражания* членам референтной группы (для адаптации и получения признания).

Мазохистическое аутодеструктивное поведение – 5,2% случая. Его основной целью было получение удовольствия от нанесения себе самоповреждений (множественных самопорезов, прижигания кожных покровов). Совершались самоповреждения чаще в одиночестве, затем нередко демонстрировались сверстникам, с целью «поднятия» статуса. Во всех случаях аутодеструктивные действия были повторными.

Косвенная аутодеструкция, как вариант саморазрушающего поведения [49], проявляется злоупотреблением различными веществами, включая наркотики, алкоголь и табак, соматическими болезнями, при которых пациенты не соблюдают назначенного лечения и режима, преступлениями, проституцией, де-

линквентным поведением, которые опасны возможностью краха личности, рисковыми видами спорта (прыжки с парашютом, в воду с большой высоты). С точки зрения автора, не прямое саморазрушение отличается от суицидального поведения большей протяженностью во времени, и неосознанностью его последствий. Косвенную аутодеструкцию некоторые авторы [53] обозначают термином «скрытый суицид» и относят неосторожное вождение автомашины, занятия опасными видами спорта, а также чрезмерное курение и даже передание. В рамках косвенного аутодеструктивного поведения [15] рассматривается склонность некоторых личностей к бессознательному (в психодинамическом понимании) травматизму – несчастным случаям («унфелеры»).

Таким образом, косвенную аутодеструкцию целесообразно рассматривать в двух вариантах – как активную (осознанные действия) и пассивную (не осознаваемые в психологическом аспекте действия).

Что касается соотношения аутодеструктивного и суицидального поведения, то имеются данные [54] о том, что от 28 до 85% лиц с самоповреждающим поведением имеют намерения лишения себя жизни, которые не раскрывают. Существует и прямо противоположная точка зрения [51], согласно которой аутодеструктивное поведение редко мотивируется суицидальными намерениями и не приводит к попыткам самоубийства.

В соматической, в частности дерматовенерологической клинике, для описания феноменов самоповреждения используется термин *патомимия* (от греч.: *pathos* – страдание, болезнь + *mimēsis* – подражание, изображение), искусственный дерматит, синдром Мюнхаузена – группа искусственных повреждений кожи, вызываемых самим больным с целью эмоциональной разрядки и ослабления тягостных ощущений, для аггравации предшествующего патологического процесса или имитации какого-то известного (в том числе профессионального) дерматита [12, 18, 34, 41, 43]. Расстройства этого круга авторы относят к числу психосоматических. К самоповреждающим заболеваниям кожи относятся:

– дерматомания (неудержимое стремление повреждать кожу, ее придатки, слизистые оболочки);

– трихотилломания (навязчивое выдергивание волос);

– онихофагия (обкусывание ногтей);
– хейлофагия (обкусывание губ);
– дерматотлазия (обкусывание кожи вокруг ногтевого ложа).

Наблюдается при невротических расстройствах, расстройствах личности и патологии психической сферы психотического уровня (дерматозойном бреде). Проявляются как на осознанном так и на неосознаваемом уровне. К невротическим эксхориациям, «когда объектом невротической атаки становится кожа» [25], относят последствия привычного расчесывания кожи, в результате которого на коже образуются раны и рубцы.

При тактильном галлюцинозе (дерматозойный бред) с бредом зараженности паразитами (вшами, клещами, червями и т.д.) основу составляют парестезии и сенестопатии (нередко в виде ползания мурашек) и кожного зуда. Больные чувствуют как на коже, или чаще под ней, что-то шевелится, ползает, бегает, щекочет, кусает, разбегается по всему телу какая-то «живность».

От суицидального поведения, парасуицидов и аутодеструктивного поведения следует отличать *несчастные случаи*¹ – когда пациенты психиатрической клиники под влиянием психопатологической симптоматики – например, угрожающих галлюцинаций, спасаясь от преследователей выпрыгивают в окно, или в состоянии кататонического возбуждения делают это импульсивно [11]. К несчастным случаям также относят [55, 56] и другие импульсивные самоповреждения (энуклеация глаза, кастрация, ампутация частей тела, а также стереотипные удары по телу или головой о какие либо предметы) совершенные в состоянии кататонического возбуждения или иного психотического состояния при шизофрении, тяжелой или глубокой умственной отсталости. С нашей точки зрения, к несчастным случаям следует относить и психотические формы патомимии. Другими словами, под несчастными случаями понимаются самоповреждающие действия лиц с психическими расстройствами, не направляемые представлениями о лишении себя жизни, либо демонстрации такого намерения.

¹ Несчастный случай – внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм человека, следствием которого становится временное или постоянное расстройство здоровья или смерть (Архипов А.П.с соавт., 1999; Тулинов В.В., Горин В.С., 2000).



В зависимости от поставленной цели [38], одни и те же аутоагрессивные действия могут квалифицироваться по-разному. Например, самопорезы в области предплечий могут быть отнесены:

– к истинным суицидальным попыткам, если конечной целью была смерть от кровопотери;

– к демонстративно-шантажному суицидальному поведению, если целью была демонстрация окружающим желания умереть при отсутствии такового;

– к самоповреждению, если цель была испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов или при наркотическом опьянении;

– к несчастным случаям – если по бредовым мотивам самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов».

Таким образом, в связи с неоднозначностью трактовки в литературе различных аспектов аутоагрессивного поведения, нами разработана классификация (медицинская модель), представленная на рис. 1.

Предлагается аутоагрессивное поведение на основании категории цели рассматривать в трех аспектах:

1. Суицидальное поведение – как намеренные и осознанные действия, направленные на лишение себя жизни.

2. Парасуицидальное поведение – как намеренные и осознанные действия манипулирования средствами лишения себя жизни, без намерения умереть, а с целью психологического воздействия на окружающих.

3. Аутодеструктивное поведение – проявляется самоповреждениями, членовредительством или рискованным поведением (итогом которого может быть и смерть), однако при выполнении не направляется представлениями

о смерти. Можно выделить два варианта аутодеструктивного поведения:

- Прямое аутодеструктивное поведение.
- Косвенное аутодеструктивное поведение.

Отдельно следует сказать о «несчастных случаях». Как уже было сказано выше, можно рассматривать два варианта:

1. Самостоятельные действия лиц с психотическим уровнем психических расстройств, итогом которых является смерть или телесные повреждения, совершенные в состоянии, когда человек не мог понимать значение своих действий или руководить ими – то есть совершенные пациентами в психотическом состоянии.

2. Внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм человека, следствием которого становится временное или постоянное расстройство здоровья или смерть (падение кирпича, «ледяной сосульки» на голову и т.п.).

Литература:

1. Амбурова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // VI Всероссийский съезд психиатров, Томск, 24-26 окт. 1990 г.: тез. докл. / Всерос. науч. мед. общество психиатров. – М., 1990. – Том 1. – С. 105-106.
2. Архипов А.П., Богоявленский С.Б., Дюжев Ю.В. Основы страховой деятельности: Учебник / Отв. ред. проф. Т.А. Федорова. – М.: БЕК, 1999. – 757 с.
3. Брюхин А.Е., Сологуб М.Б. Аутоагрессивные явления у больных нервной анорексией и нервной булимией // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 18.
4. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-17.
5. Валентик Ю.В., Чобану И.К., Епифанова Н.М. Дифференцированная психотерапия пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, с учетом их личностных особенностей // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 23-24.
6. Василевский В.Г., Ласый Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения // Военная медицина. – 2010. – № 2. – С. 26-29.
7. Вольнов Н.М., Шустов Д.И. Клинико-суицидологический анализ несчастных случаев у военнослужащих // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 32.
8. Гелда А.П., Игумнов С.А. Повторные непсихотические аутоагрессивные действия и особенности методологического подхода к их изучению // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 23-30.
9. Гизатулина А.А., Тараданов А.А. Интегральная матрица дифференциации самоубийств // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 48-55.
10. Двирский А.Е., Лучко О.Н., Михайлов В.В. Гетероагрессивные и аутоагрессивные действия при шизофрении, коморбидной с бронхиальной астмой // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 44-45.
11. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации / Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР; сост.: А.Г. Амбурова, В.А. Тихоненко. – М., 1980. 48 с.
12. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике: учеб. пособие. – М., 2006. – 64 с.
13. Дэвид Д., Джери Д. Большой толковый социологический словарь : рус.-англ., англо-рус.: [в 2 т.]. – М., 2001. – Том 1. 543 с.; – Том 2. – 527 с.
14. Елисеев И.М. Особенности клиники и аутоагрессивного поведения при полинаркомании (барбитуратизм и алкоголизм) // Актуальные проблемы суицидологии : труды Моск. науч.-исслед. ин-та психиатрии. – М., 1978. – Том 82. – С. 145-153.
15. Завьялов А.В., Плотноков В.В., Северьянова Л.А. О психофизиологическом подходе к исследованию патогенеза психосоматических расстройств // Проблемы психиатрии, психосоматики, наркологии: Материалы научной конференции. – Курск, 1998. – С. 152-157.
16. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
17. Зуркарнеева З.Л., Менделевич Д.М. Клинико-социальные аспекты аутоагрессивного поведения больных с органическим поражением головного мозга // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 54.
18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии: в 2 т. / пер. с англ. Б.Д. Стрелец. – М.: М, 1994. – Том 1. – 670 с.; – Том 2. – 523 с.: илл.
19. Качнова Н.А., Зосименко А.В. Клинико-психопатологические аспекты аутоагрессивного поведения жертв сексуального насилия в местах лишения свободы // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр.

- по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 62.
20. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: соц.-психол. и психиатр. аспекты. – Минск: Беларусь, 1988. – 206 с.
 21. Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – 1989. – Том 10, № 5. – С. 95-102.
 22. Кравченко И.В. Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.: 14.01.06. – СПб., 2011. – 26 с.
 23. Красильников Г.Т., Мартынова Е.В. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 72-73.
 24. Левина С.Д. Вопросы дифференциальной диагностики суицидальной и несуицидальной аутоагрессии у больных шизофренией // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 31-37.
 25. Меннингер К. Война с самим собой / пер. с англ. Ю. Бондарева. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 477 с.
 26. Пашенко И.Е., Рыжкова М.Г., Левинсон А.Н. Клинико-социальные и психологические особенности аутоагрессивного поведения лиц, в прошлом перенесших черепно-мозговую травму // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 94-95.
 27. Пашенко И.Е. К проблеме аутоагрессии в армии // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 95-96.
 28. Перехов О.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 96-97.
 29. Пилягина Г.Я. Методологические и клинко-патогенетические аспекты аутоагрессии как ситуационной приспособительной реакции // Стресс и поведение: материалы VI междунар. междисциплинар. конф. по биол. психиатрии, Москва, 26 окт. 2001 г. – М., 2001. – С. 63-66.
 30. Пилягина Г.Я. Синдром юношеской астенической несостоятельности у суицидентов // Таврический журнал психиатрии. – 2003. – Том 7, № 2. – С. 81-86.
 31. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архів психіатрії. – 2003. – Том 9, № 4. – С. 18-26.
 32. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 4-8.
 33. Польская Н.А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения: по материалам исслед. // Психологический журнал. – 2009. – Том 30, № 1. – С. 96-105.
 34. Потекаев Н.С., Иванов О.Л., Молочков В.А. [и др.] Кожные и венерические болезни: справочник / под ред. О.Л. Иванова. – М.: М, 1997. – 351 с.
 35. Ромасенко Л.В. Социально-стрессовые факторы в генезе аутоагрессивного поведения, проявляющегося психосоматическими расстройствами // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 104-105.
 36. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение подростков мужского пола: клиника, классификация, прогноз // Психическое здоровье. – 2009. – № 10. – С. 30-35.
 37. Руженков В.А., Лобов Г.А., Руженкова В.В. Классификация аутодеструктивного поведения юношей призывного возраста // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии: всерос. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 110-летию военной психиатрии, Санкт-Петербург, 9-10 июня 2011 г. – СПб., 2011. – С. 249-250.
 38. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: учебник для студ. высш. учеб. заведений: в 2 т. / под ред. В.В. Макарова. – Екатеринбург: Деловая кн., 2000. – Том 1. – 412 с.; – Том 2. – 381 с.
 39. Сперанская О.И., Ефремова О.И. Табачная зависимость как форма аутоагрессивного поведения: дифференцированные подходы к терапии // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 110-111.
 40. Стрельник С.Н. Макроритмическая динамика гетеро- и аутоагрессивного поведения больных с эндогенными депрессиями // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 111-112.
 41. Терентьева М.А., Фрагина А.В. Психопатологические аспекты патомимии: на модели невротических экскораций // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 160-162.
 42. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии: сб. ст. / отв. ред. А.А. Портнов. – М., 1978. – С. 59-73 (Тр. Моск. НИИ психиатрии; т. 82).

43. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства : руководство для врачей. – М.: М, 1986. – 383 с.
44. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь: КАПИК, 1993. – 269 с.
45. Тулинов В.В., Горин В.С. Страхование и управление риском: Терминологический словарь. – М.: Наука, 2000. – 565 с.
46. Хмарук И.Н. Особенности аутоагрессивного поведения в структуре эротических аддикций // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 128.
47. Ховрачев А.П., Юрченко Л.Н. Личностные основы аутоагрессии больных алкогольной зависимостью // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Первый нац. конгр. по социальной психиатрии, Москва, 2-3 дек. 2004 г.: науч. материалы. – М., 2004. – С. 128-129.
48. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Український вісник психоневрології. – 2002. – Том 10, № 2. – С. 154-157.
49. Farberow N.L. Indirect self-destructive behavior: classification and characteristics // The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior / ed. by N.L. Farberow. – N.-Y., 1980. – P. 15-27.
50. Favazza A.R. Bodies under siege: self-mutilation in culture and psychiatry. 2nd ed. Baltimore; London: Johns Hopkins Univ. Press, 1996. – 373 p.
51. Hawton K., Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol. 49, № 4. – P. 441-448.
52. Kreitman N. Parasuicide. London; N.-Y. : Wiley, 1977. – 193 p.
53. Meerloo A.M. Über die Beurteilung der Selbstmordneigung // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1933. – Vol. 144, № 1. – P. 223-244.
54. Messer J.M., Fremouw W.J. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents // Clin. Psychol. Rev. – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 162-178.
55. Powell S.B. et al. A rodent model of spontaneous stereotypy: initial characterization of developmental, environmental, and neurobiological factors // Physiol. Behav. – 1999. – Vol. 66, № 2. – P. 355-363.
56. Stein D.J. et al. Phenomenology of stereotypic movement disorder // Psychiatric annals. – 1998. – Vol. 28, № 6. – P. 307-312.

SOME ASPECTS OF TERMINOLOGY AND CLASSIFICATION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova

Belgorod State National Research University, Russia

We analyze terminological inconsistencies of description of phenomenological presentation and generation mechanisms of self-injurious behavior which exist in psychiatric and suicidological literature. Authors classification of self-injurious behavior is described, definitions are updated.

Keywords: self-injurious behavior, self-destruction behavior, self-aggressive behavior, suicidal behavior, accident.

УДК: 616.89-008.441.44

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.А. Тарасова, О.Б. Плюснина

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Чита, Россия

Контактная информация:

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Тел.: (914) 479-65-43, e-mail: sawt@list.ru

Говорин Николай Васильевич – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Тел.: (3022) 35-53-00, e-mail: Govorin-Nik@yandex.ru

Тарасова Ольга Александровна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Тел.: (914) 460-21-75, e-mail: olgatarasova381@mail.ru

Плюснина Оксана Борисовна – клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Тел.: (964) 463-88-43, e-mail: oxana_plusnina@mail.ru

В статье представлены некоторые социально-психологические и клинические характеристики студентов средне-специального учебного заведения, совершивших суицидальные попытки. В ходе исследования было установлено, что данные лица чаще проживали в неудовлетворительных бытовых и материальных условиях, более склонны к аддиктивному поведению (66,7% являются курящими, 51,6% пробовали наркотики, в 22,6% случаев у них были диагностированы алкогольные расстройства), чаще имели невротические расстройства (66,7%).

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, аддиктивные расстройства, алкоголь, невротические расстройства, студенты.

Проблема самоубийств давно уже приобрела глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. При этом особую тревогу вызывает число самоубийств у подростков и молодежи [8], особенно в некоторых регионах страны [3, 6]. Так, в Забайкальском крае показатель смертности по причине самоубийств в 2013 году составил 54,6 на 100 тыс. человек населения (в Российской Федерации – 19,6 на 100000 в 2013 году), продолжив, таким образом, тенденцию к снижению. При этом среди подросткового контингента число суицидов не уменьшается – показатель в последние годы составляет от 65 до 80 на 100000 подросткового населения [4].

В тоже время, по мнению В.Ф. Войцеха (2007), на каждый суицид со смертельным исходом у лиц молодого возраста приходится не менее 10-100 суицидальных попыток. Согласно официальным данным, ежегодно в России каждый двенадцатый подросток в возрасте от 15 до 19 лет совершает попытку добровольного ухода из жизни [2, 5, 7].

Поэтому дальнейшее изучение проблемы суицидального поведения среди молодежи имеет особое значение [1], в том числе в аспекте развития программ по профилактике аутоагрессивных действий среди детей и подростков.

Цель исследования: изучить некоторые социально-психологические и клинические характеристики студентов средне-специального учебного заведения, совершивших суицидальные попытки.

Материал и методы.

Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование

студентов одного из технических средне-специальных учебных заведений г. Читы. Всего в исследование были включены 420 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,7 \pm 1,3$ лет. Из них юношей – 62,1% ($n=261$), девушек – 37,9% ($n=159$).

В соответствии с целью исследования, все обследованные были разделены на две группы. Первую составили студенты, совершившие ранее суицидальные попытки – 31 человек в возрасте от 16 до 20 лет (7,4% от всех студентов). Во вторую вошли учащиеся, не совершавшие суицидальных действий – 389 человек в возрасте от 15 до 23 лет.

Для проведения исследования была разработана карта, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть.

Выраженность депрессивных расстройств определялась с помощью шкалы «Дунга». Оценка уровня суицидальных намерений осуществлялась при помощи опросника суицидального риска (в модификации Т.Н. Разуваевой, 1998).

Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ).

Для определения Интернет-зависимости использовалась методика К. Янг.

Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). При помощи данного опросника определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Если сумма коэффициентов попадает в промежуток от -1,28 до +1,28, то это расценивалось как погра-

нический уровень невротических расстройств. На основании результатов выделяются собственно невротические расстройства, пограничный уровень невротических нарушений и уровень или «зона» психического здоровья.

Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2), употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и невротических расстройств использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

Было установлено, что суицидальные попытки ранее совершали 7,4% студентов данного учебного заведения, большинство из которых составили девушки ($p < 0,001$). Суицидаль-

ные действия были совершены в период от двух месяцев до трех прошедших лет. Основным способом было самоотравление. Отмечалось лишь несколько случаев самопорезов, преимущественно у представителей мужского пола. На момент обследования все учащиеся с парасуицидом в анамнезе отрицали наличие суицидальных мыслей, замыслов и намерений.

Среди всех обследованных воспитывались в неполных семьях 28,6% учащихся, их наследственность былаотягощена в 9,5% случаев, в структуре преобладает алкоголизм родителей.

Считали, что отношения в семье можно оценить как плохие и очень плохие 14,3% респондентов. У 11,0% студентов был выявлен низкий уровень семейного экономического благополучия. В настоящее время отдельно от родителей проживают 50,7%. По семейному положению преобладали студенты, которые не состоят в браке (90,7%).

Оцениваемые социально-демографические характеристики студентов, совершивших ранее суицидальную попытку, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Некоторые социально-демографические характеристики студентов средне-специального учебного заведения

Характеристики	Суицидальные попытки в анамнезе		Отсутствие суицидальности в анамнезе	
	n	%	n	%
Пол:				
а) мужской	8	25,8 ***	253	65,0
б) женский	23	74,2 ***	136	35,0
Наследственная отягощенность:				
а) по алкогольной зависимости	5	16,1	35	9,0
б) по суициду	1	3,2	2	0,5
в) по психическим расстройствам	1	3,2	3	0,8
Воспитывались в полной семье	15	48,4	237	60,9
Проживают отдельно от родителей	16	51,6	197	50,6
Женаты / замужем	3	9,7	41	10,5
Плохие отношения в семье	7	22,6	53	13,6
Плохие бытовые условия проживания	10	32,3 *	71	18,2
Малообеспеченность семьи	5	16,1	41	10,5
Успеваемость в учебе:				
а) высокая	6	19,4	60	15,4
б) средняя	21	67,7	306	78,7
в) низкая	4	12,9	23	5,9
Приводы в милицию	6	19,4	61	15,7

Статистическая значимость различий с контрольной группой: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Аддиктивные расстройства у студентов средне-специального учебного заведения

Характеристики	Суицидальная попытка в анамнезе		Отсутствие суицидальности в анамнезе	
	п	%	п	%
Курение	21	67,7 **	156	40,1
Употребление наркотиков в анамнезе	16	51,6 ***	82	21,1
Структура алкоголизации:				
а) абстиненты	11	35,5	191	49,1
б) случайно пьющие	6	19,4	101	25,9
в) ситуационно пьющие	7	22,6	75	19,3
г) систематически пьющие	5	16,1 *	16	4,1
д) привычно пьющие	1	3,2	3	0,8
е) алкоголизм	1	3,2	3	0,8
Алкогольные расстройства в сумме	7	22,6 *	22	5,7
Интернет-зависимость	7	22,6 *	16	4,1

Статистическая значимость различий с группой сравнения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Представители данной группы, в сравнении с контрольной, реже воспитывались в полных семьях; в настоящее время проживают чаще в неудовлетворительных бытовых условиях ($p < 0,05$), чаще встречаются плохие отношения с родителями, которые в 16,1% случаев злоупотребляют алкоголем.

Что касается аддиктивных расстройств, курящими в настоящее время являются 41,4% учащихся средне-специального учебного заведения. Отметим, что пробовали наркотические вещества, в первую очередь производные конопли, 23,3% студентов. Интернет - зависимость по методике К. Янг установлена у 5,7% обследованных.

Средний возраст начала употребления алкоголя составил $15,5 \pm 0,04$ лет. Основными

принимаемыми спиртными напитками являлись: пиво (43,7%), водка (29,1%) и вино (27,2%).

Клинически структура алкоголизации с учетом донологических форм потребления алкоголя, по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстинентов было 48,1%, случайно пьющих – 25,4%, ситуационно (умеренно) пьющих – 19,5%, систематически пьющих – 5,0%, привычно пьющих (предалкоголизм) – 1,0%, синдромом зависимости – 1,0%.

Следовательно, наркологическая патология, вызванная алкоголем, была установлена в 7,0% случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) диагностировано у 6,0% студентов, алкоголизм (F10.2) – у 1,0%.

Таблица 3

Распространенность невротических расстройств у студентов средне-специального учебного заведения

Невротические расстройства	Суицидальная попытка в анамнезе		Отсутствие суицидальности в анамнезе	
	п	%	п	%
Тревожные (F41)	11	35,5 *	58	14,9
Депрессивные (F43)	9	29,0 *	47	12,1
Астенические (F48.0)	9	29,0 **	26	6,7
Истерические (F44)	8	25,8 *	45	11,6
Обсессивно-фобические (F42)	10	32,3	65	16,7
Вегетативные (F45.3)	5	16,1	39	10,0
Всего от общего числа обследованных	21	66,7 ***	132	33,9

Статистическая значимость различий с группой «абстиненты»: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 4

Сформированность суицидальных намерений по опроснику суицидального риска у студентов средне-специального учебного заведения, в баллах

Диагностическая шкала	Парасуицид в анамнезе (n=31)	Отсутствие суицидальности в анамнезе (n=389)
Демонстративность	2,59±0,29	2,02±0,07
Аффективность	3,41±0,34 *	2,67±0,08
Уникальность	2,40±0,30 **	1,58±0,08
Несостоятельность	3,53±0,33 **	2,61±0,08
Социальный пессимизм	3,77±0,89	3,45±0,08
Слом культурных барьеров	3,12±0,38 *	2,37±0,09
Максимализм	3,41±0,44 ***	1,79±0,11
Временная перспектива	2,45±0,36 *	1,69±0,07
Антисуицидальный фактор	3,82±0,40 *	2,98±0,11

Статистическая значимость различий с группой «абстиненты»: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

В таблице 2 представлена частота аддиктивной патологии в зависимости от наличия суицидальных проявлений в прошлом. Стоит отметить значимо более высокую частоту потребления психоактивных веществ среди лиц с парасуицидом в анамнезе.

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 34,1% студентов отсутствовали признаки невротических нарушений, у 36,4% диагностированы невротические расстройства, у 29,5% имелись предболезненные состояния. Частота невротических расстройств в изучаемых группах представлена в таблице 3.

Установлено, что у студентов, которые совершали суицидальные попытки, в 66,7% имелись невротические расстройства, что чаще, чем в общей популяции ($p < 0,001$).

В целом, по шкале «Цунга» легкая депрессия определялась у 22% обследованных; умеренная – у 0,6%; у 77,4% показатели были в пределах нормы. Получены значимые отличия по данной шкале между изучаемыми группами – легкая депрессия присутствовала у 44,9% лиц, совершивших суицидальные действия, и у 20,5% во второй группе ($p < 0,01$).

Результаты, полученные при анализе опросника суицидального риска, представлены в таблице 4. Наибольшие отличия между студентами с аутоагрессивным поведением и без него были получены по выраженности таких диагностических субшкал, как «Уникальность», «Несостоятельность» и «Максимализм».

Заключение.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности суицидального поведения среди студентов технического средне-специального учебного заведения – 7,4%. Большинство суицидальных действий совершалось девушками, основным способом было самоотравление. При этом учащиеся, совершившие суицидальные попытки, чаще проживали в неудовлетворительных бытовых и материальных условиях, были более склонны к аддиктивному поведению: 66,7% являются курящими, 51,6% пробовали наркотики, в 22,6% случаев у них были диагностированы алкогольные расстройства. Кроме того, у студентов с аутоагрессивным поведением значимо чаще (66,7%) отмечались тревожные, депрессивные, астенические и истерические расстройства.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что профилактика суицидального поведения среди молодежи должна обязательно включать также профилактику и коррекцию аддиктивных и невротических расстройств.

Литература:

1. Бохан Н.А. Аддиктивные проблемы студенческой молодежи в условиях экономического кризиса // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 5-9.
2. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.

4. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольная смертность. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – 164 с.
5. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 3-7.
6. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 58-63.
7. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
8. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.

CLINICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS, COMMITTED A SUICIDE ATTEMPTS

A.V. Sakharov, N.V. Govorin,
O.A. Tarasova, O.B. Plyusnina

Chita state medical Academy, Russia

Some of the socio-psychological and clinical characteristics of students of secondary special educational institution, committed a suicide attempts are presents in the article. These people were likely to live in poor household and material conditions, are more prone to addictive behaviour (66,7% are smokers, 51,6% have tried drugs, 22,6% of cases of them were diagnosed alcoholic disorders), often have neurotic disorders (66,7%) were established.

Keywords: suicide, suicidal behavior, addictive disorders, alcohol, neurotic disorders, students.

УДК: 27-175+27-186

САМОСОЖЖЕНИЯ СТАРООБРЯДЦЕВ: ПРОБЛЕМА ЛИДЕРСТВА

М.В. Пулькин

ФГБУ науки «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра РАН», г. Петрозаводск, Россия

Контактная информация:

Пулькин Максим Викторович – кандидат исторических наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ науки «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра РАН». Адрес: 185910, г. Петрозаводск, ул. Пушкинская, д. 11. Телефон: (921) 624-31-25, e-mail: vmp@sampo.ru

Статья посвящена проблеме массового ритуального суицида на религиозной почве. Особое внимание уделено проблеме лидерства в среде самосожигателей. Выявлено, что основными действующими лицами при организации самосожжений стали «старцы» – специально подготовленные для этой непростой роли участники старообрядческого движения. На них возлагались обязанности, связанные с подготовкой «гари». Как правило, они контролировали ситуацию до последней минуты и погибали вместе со своими приверженцами.

Ключевые слова: суицид, старообрядчество, самосожжения, религия, церковь, крестьянство, лидерство, огонь.

Проблеме старообрядческих самосожжений историческая наука императорской России уделяла самое серьезное внимание [17]. В настоящее время после длительного перерыва наблюдается заметный рост интереса к теме ритуального суицида [18, 19]. Наряду с несомненными успехами здесь существуют серьезные пробелы, связанные с различными малодоступными для исследователей аспектами истории «гарей». В частности, слабо изученной проблемой остается лидерство в среде самосожигателей.

Известно, что в процессе своего развития старообрядческое движение сформировало,

отчасти стихийно, а отчасти и целенаправленно, путем планомерной подготовки, особую группу религиозных лидеров – руководителей самосожжений. Они принимали на себя нелегкую обязанность подготовить все необходимое для самосожжения и «предаться свирепству огненному» вместе с десятками, а иногда и сотнями приверженцев.

Появление среди старообрядцев ярких сторонников добровольной гибели стало неожиданностью даже для многих противников никоновских реформ. Старообрядческое полемическое сочинение, написанное современником событий – «Жалобница против самосожжений»

– вполне отражает панические настроения конца XVII века: «И явишася проповедници беструдного спасения и славнии учителя самоубительныя смерти, не обинующесе бо глаголаху своим учеником, аще огнем или ножом подбает убивати самому себе» [4].

Если в самосожжении не принимал участие никто из образованных старообрядцев – «книжников», то это странное обстоятельство вызывало недоумение. Излагая историю «гарей» конца XVII в. в Каргопольском уезде, Евфросин пишет: «все простецы, не бе в них ни единого книжника, то тако просто запершися, зажгошася» [12]. Заметим, что в современной литературе по истории старообрядчества содержатся аналогичные выводы: «Самосожжения происходили часто под влиянием “расколуучителей”» [24]. Психологические исследования подчеркивают особое значение внушения при осуществлении преступных деяний и самоубийств. Так, рассматривая психофизиологию толпы, С. Сигеле пишет: «Неужели не очевидно, что среди толпы крик одного человека, слова оратора, поступок нескольких смельчаков – являются внушением по отношению ко всем тем, кто слышит этот крик и эти слова, или видит этот поступок, и что оно доводит их, как покорное стадо, даже до преступных деяний?» [26].

Власти сразу после первых самосожжений, произошедших в середине XVII века, пришли к выводу о том, что единственной причиной массовых самоубийств является деятельность опаснейших преступников – старообрядческих наставников. Отсюда проистекало вполне логичное умозаключение. Стоит переловить и уничтожить их, умелых и опасных «водителей на гари», как самосожжения тотчас прекратятся. Об этом свидетельствует грамота царя Алексея Михайловича арзамасскому воеводе Т.Б. Булгакову, предписывающая «кликать по многия торговля дни всем, чтобы всяких чинов люди таких прелесников у себя в домах не держали, и где объявятца, имая ж их, приводили к вам в Арзамас в приказную избу». В случае поимки старообрядческих наставников следовало «сажать в особую тюрьму скованных и велети их беречь накрепко», используя для этой цели наиболее благонадежных людей – стрельцов и пушкарей, «скольким человеком пригож» [22].

На протяжении ряда десятилетий отношение общества к старцам оставалось неизмен-

ным. Обобщая накопленный к середине XVIII века опыт, Синод в совместном с Сенатом указе от 13 мая 1745 г. выдвигал против вожаков самосожигателей расхожие обвинения в обмане своих приверженцев и невежестве: «мнимые от них наставники и сами свое заблуждение разумея, прельщающесе привременным житием, остаются в окаменении, утверждая прелести свои разными вымыслами и обману». Самая главная их ложь, по мнению Синода, заключалась в проповеди мнимого мученичества, которое проявлялось «аки-бы за веру толь твердую сожиганием самих себя». Но для себя эти наставники, как полагали в Синоде, явно выбирают более легкий жребий: «над собой оные мнимые наставники расколические отнюдь никогда не делают, но только у неразумных временную и вечную жизнь лукавством своим отъемлют». Далее приводились ссылки на опыт противостояния самосожигателям: «как и по делам в Святейшем Синоде много явно, что не себе, но оных единых к тому злу приводят». При этом старцами, как утверждалось далее в документе, движут не духовные, а исключительно корыстные мотивы: «сами не сожигаются и оставшимся именем их богатятся» [14]. Первым об этом заявил сибирский митрополит Игнатий (Римский-Корсаков И.С.). Он приводил подробное описание одного из самосожжений, перед которым старообрядческий наставник якобы прорыл подкоп, ведущий из «згорелого дома» наружу, намереваясь таким способом скрыться. Но собравшиеся для самосожжения старообрядцы, по утверждению митрополита, помешали старцу сбежать. В итоге он разделил общую участь – погиб в огне [15]. В XVIII веке местные администрации всячески подчеркивали особую роль наставников в самосожжениях, объясняя подданным, потенциальным жертвам, что «ни один из их лжеучителей никогда не сгорает, а по сожжении их, ничего неведующих, такие учителя всегда из собрания выходят» [25].

В целом можно сказать, что эти наставники вызывали сильнейшую ненависть как значительной части местного населения, свидетелей «гарей», так и властей. Но и в старообрядческой среде отношение к ним было неоднозначным. В конце XVII века нередко возникали такие ситуации, когда старообрядческие наставники яростно сталкивались между собой в споре за паству. Причем самой главной точкой преткновения становился вопрос о само-

сожжениях. Так, в 1683 г. старообрядческий наставник Иван Дементьев случайно повстречал в деревне Остров Новгородского уезда проповедников самосожжения старцев Прокофия, Ефрема и Михаила, опиравшихся в своих рассуждениях на распространенный аргумент: «ныне в церковь нуждею привлекают». Иван «тем учителем спорил», приводя доводы из Священного Писания, но его проповедь не принесла успеха. Более того, противнику «гарей» пришлось спешно покинуть деревню. Оставшиеся в ней жители вскоре погибли. Под влиянием проповедей они собрались в овин, «обволоклись соломою и сожглись». Самосожжение унесло жизни примерно 120 человек [21].

В такой зловещей обстановке образованные старообрядческие проповедники, талантливые авторы полемических произведений против «гарей», включились в борьбу со зловещими старцами – «водителями на гари». Яркий противник самосожжений, Евфросин не жалел мрачных красок для изображения наставников самосожигателей. Так, об одном из них он писал с убийственной иронией: «бедный старичок-черничок, учит по уставом диким и лешим, вякает же, бедной, что кот заблудшей». Суть его смертоносного учения предельно проста: «как себе не убей, толко говори, что за Христа; хоть в болото, хоть в лоханю потопися и ртом нахватайся мерския воды и захленувся умри <...> – все то добро и Богу угодно» [12].

В научной литературе начала XX века легко найти аналогичные высказывания. Как полагали исследователи суицида, «среди фанатиков, лишаящих себя жизни из религиозных побуждений, несомненно, существуют люди больные. Можно с большим основанием считать таковыми руководителей, проповедников раскольничьих самоистреблений» [10].

Действительность далека от карикатуры, созданной талантливым старообрядческим писателем и поддержанной в дальнейшем просвещенными специалистами-психологами. Являясь результатом внимательного анализа реальных политических событий, сопоставления происходящего в стране с эсхатологическими пророчествами, самосожжения всегда оставались продуманным мероприятием. Судя по архивным документам, «гари» предшествовала длительная и хладнокровная подготовка, во время которой старообрядческие наставники применяли свои обширные богословские, пси-

хологические, технические и военные познания. Вероятно, старообрядцы, организуя все новые самосожжения, быстро накопили значительный опыт в этой сфере. Выдающаяся роль здесь принадлежала бродячим старообрядческим наставникам, имена которых в основном, особенно в XVIII веке, неизвестны. В некоторых случаях ими становились бывшие церковники: отказавшиеся принять никоновские реформы приходские священники или соловецкие монахи. Самым знаменитым из их числа по праву стал черный дьякон Игнатий. Начиная с 1666 г., он принял активное участие во внутренних монастырских спорах об исправлении богослужебных книг и обрядов.

В конце 1666 или начале 1667 г. Игнатий покинул взбунтовавшийся Соловецкий монастырь и занялся пропагандой главных идей старообрядчества на Севере России [2]. Хорошо знавший Игнатия старообрядческий публицист Евфросин с почтением указывал на высокую образованность черного дьякона: «Книгам был читатель, и охочь и досуж» [12]. Около двадцати лет Игнатий скрывался от постоянных преследований, «ведя жизнь странствующего проповедника <...> оставаясь фактическим главою старообрядцев в Поморье» [2]. Как пишет французский историк Пьер Паскаль, Игнатий «избрал местом своей апостольской деятельности Повенецкую область на север от Онежского озера: он был великим аскетом, любителем книг, приобретал учеников словом и пером и считал себя призванным основать большой монастырь» [13]. Судьба распорядилась иначе. В марте 1687 г. Игнатий выступил организатором крупнейшей в истории России «гари» в специально для этой цели захваченном старообрядцами древнем Палеостровском Рождественском монастыре.

Другим заметным проповедником самосожжений, также скончавшимся со своими подопечными – собранными их разных мест крестьянами – стал бывший соловецкий монах Пимен, который возглавил «гарь» в Березовом Наволоке Шуезерского погоста в 1687 году [11].

О странствующих проповедниках «огненной смерти» упоминают и документы конца XVII века. Так, старообрядческий наставник Тимошка, о котором говорится в царской грамоте новгородскому митрополиту Корнилию, «многих крестьян расколу научил, и от церквей Божиих отлучил, и младенцев крестил, а иных старых и малых вновь перекрещивал». Итогом

его деятельности стало массовое бегство за «свейский рубеж» и самоожжение: «в деревне Острове, собрався в овин, сгорело человек с тритцать» [31].

В Олонецком уезде в конце XVII века подвизался старообрядческий наставник Федка Пуллоев. Благодаря его неустанным проповедям в Паданском и смежных с ним погостах «учинился мятеж великой, многие люди <...> разбрелись и, собрався, построили пристанище». В нем позднее совершилось самоожжение под руководством другого странствующего старообрядческого лидера – бывшего соловецкого монаха Пимена [11]. Эта же устойчивая закономерность проявилась столетие спустя в деятельности старообрядческого наставника по имени Фалалей. Появившись в 1800 г. в Аткарском уезде Саратовской губернии, он поначалу скрывал свои губительные намерения, обучая местных жителей грамоте и лишь некоторое время спустя, добившись симпатий крестьян, перешел к выполнению главной цели – проповеди добровольной смерти. Фалалей начал объяснять своим новообращенным сторонникам, что «в нынешнее антихристово время нет для человека никаких средств к спасению души, кроме вольного самоубийства». Вскоре вдохновленные его словами местные жители собрались в пещере для самопогребения [5].

При любом развитии событий важной составляющей деятельности старца стал поиск сторонников. На них он в дальнейшем мог опереться при планомерной подготовке «огненной смерти». Некоторые из них впоследствии сами становились старцами – руководителями самоожжений.

Одним из первых, в числе исследователей причин самоожжений, вопрос о лидерстве в среде приверженцев «огненной смерти» поставил психиатр И.А. Сикорский. Он полагал, что внутри общины самоубийц всегда возникало «патологическое ядро, состоящее из субъектов наиболее болезненных и односторонних». Под энергичным руководством наставника оно становилось «опасным источником психической заразы» [27].

Источники позволяют утверждать, что процесс подготовки новых наставников для будущих «гарей» еще в конце XVII века стал непрерывным, и осуществлялся как путем случайных знакомств, так и методом вполне осознанного выбора будущих наставников из среды самоожигателей. Самой известной лично-

стью на этой стезе является бывший соловецкий монах Игнатий, который сам возглавил одно из самоожжений, но прежде заставив уйти из Палеостровского монастыря, где готовился массовый ритуальный суицид, своего ученика Емельяна. В изложении старообрядческого историка Ивана Филиппова ситуация выглядела следующим образом. Емельян принял деятельное участие в подготовке первого палеостровского самоожжения, активно собирал сторонников – будущих «насмртников». Перед их гибелью старец Игнатий обратился к нему с такими словами: «Пойди, чадо, и собери себе другое собрание!». Емельян последовал совету старца и, спустя небольшое время, возглавил второе массовое самоожжение в том же Палеостровском монастыре [7].

Внешний облик старца помогал ему добиться доверия крестьян. В показаниях свидетелей старообрядческого самоожжения, произошедшего в 1784 г. в деревне Фофановской Ребольского прихода, записано, что «оному раскольническому сборищу начальником был пришедший в ту деревню на масленой недели неведомо откуда старик, а как ево звали именем, и отчеством и прозванием, не знают». Сохранившиеся в памяти особые приметы старца никак не могли помочь следствию. В их числе, как утверждали крестьяне, особого внимания заслуживал головной убор: «толкко имелся на нем серый кафтан, а на голове холщенной серой кукул» [23]. Головной убор под названием «кукул» (кукель, то есть накомарник) широко использовался карелами во время повседневной работы в лесу. Но он же по традиции входил в состав смертной, надеваемой на покойника одежды [30]. Старообрядцев эта разновидность головного убора привлекала, скорее всего, своим явным сходством с монашеским клобуком. Изредка внешний облик старца выделялся из общей массы местных жителей. Так, после самоожжения в Тобольской епархии 1 августа 1750 г. в числе погибших от дыма, но несильно обгоревших участников «гари» следователи обнаружили «одного неизвестного, одетого в кафтан красного доброго сукна, с четками в руках и на шее» [28], которого и сочли руководителем самоожжения.

Информация о подготовке «гарей», поступающая в местные, а затем и центральные органы власти, никогда не отличалась подробностью. В сообщениях, вероятно, сливались воедино два этапа деятельности «старца»: совер-

шение обрядов и подготовка к самосожжению. Описания этого момента обнаруживаются как в документах официального делопроизводства, так и в старообрядческих сочинениях. Так, Иван Филиппов, излагая историю самосожжения в Березове Наволоке в конце XVII века, описывает начало деятельности наставника самосожигателей со времени прихода на место будущей «гари». Старец Пимен поселился в Лопских погостах и «приходящих у нему оучаше древлецерковное благочестие добре хранити, а от Никоновых новин веляше опасно хорониться». Затем, покинув свое жилище, он, «ходя по окрестным селам, тоже простираше оучение». Вскоре он завоевал симпатии местных жителей: «людие же видяще его пустынное богорадное жестокое житие и крепкое о благочестии стояние, вельми его любляху» [7]. Итогом деятельности старца стало массовое самосожжение в Березовом Наволоке Шуезерского погоста (1687 г.), в котором приняли участие жители окрестных сел.

В середине XVIII века аналогичным образом действовал старообрядческий наставник Иван Анкидинов. Уроженец Ростова, он оказался в глухом лесу в Мезенском уезде, где «раскольников исповедовал и причащал, и по рождении младенцев жен молитвою очищал, и младенцам имена нарекал и крестил, и пришедших к ним в раскол перекрещивал» [9]. После появления карательной команды он стал руководителем самосожжения, произошедшего в декабре 1743 г.

Вслед за строительством специального помещения для «гари», старец и его помощники заботились о сборе как можно большего числа желающих умереть «благочестия ради». Такие всегда находились в немалом количестве. Как показывает отписка архиепископа Афанасия, перед самосожжением в верховьях реки Кокшеньги к самосожигателям «приставают Кокшенские чети разных волостей крестьяне и в те леса сходят, и подговаривают у мужей жен и у отцов детей, сыновей и дочерей-девок, и, подговоря, в те ж леса сходят» [23]. Перед первым самосожжением в Палеостровском монастыре старец Игнатий послал своего сподвижника Емельяна Повенецкого «с прочими ревнители» для сбора местных жителей, жаждущих смерти в огне. Он велел «возвестить благоверно пребывающим христианам, дабы хотящие с ним за древнее благочестие огнем сожигатися, шли к нему на собрание». Призыв имел успех: «людие же оуслышавше

сие, начаша к нему собиратися, и собрася великое множество благочестивого народа» [7]. В 1725 г. старообрядцы построили часовню в глухом лесу, близ деревни Шалимовой Важского уезда. Из нее будущие предводители самосожженцев стали «уезжать в соседние деревни и даже уезды», где «сманивали к себе многих легковерных людей». К ним приезжали «ради благочестия и исповеди» многие местные старообрядцы. Таким путем число потенциальных участников самосожжения возросло до 70 человек [25].

Во все времена, пока происходили самосожжения, собравшиеся в «згорелом доме» всецело оказывались во власти старообрядческого наставника. С этого момента он становился фанатично беспощадным. Жесткое противостояние самосожигателей властям и одновременно высокое предназначение спасителя заблудших душ освобождало старцев-руководителей «гарей» от обычных человеческих чувств и привязанностей. Непосредственно перед самосожжением разворачивались душераздирающие сцены борьбы, за случайно оказавшихся в центре событий родственников, между старообрядческими наставниками и крестьянами, находящимися вне стен предназначенной для «згорения» «ызбы». Но старцы, как правило, были непреклонны. Их жесткие, насильственные действия в значительной мере снимали с собравшихся в «згорелом доме» страдальцев тяжкий груз переживаний, связанных с преодолением религиозного запрета на самоубийство. Именно об этом свидетельствует ответ старообрядческого наставника на просьбу крестьянина Евстрата Исаева перед ребольским самосожжением 1784 г.: «<...> жены в дом не отпущу, а естли хочешь, то ты оставайся здесь с нами Богу молиться; жене же ево ответил: естли ты с мужем своим пойдеши в дом, то руки и ноги сломаем и убьем до смерти и, наконец, устрашивая Исаева рогатиною, принудил выйти вон» [20].

В делопроизводстве, связанном с самосожжениями, крайне редко фигурируют упоминания о том, что участники «гарей» могли в случае необходимости свободно покинуть «згорелый дом». Так, перед самосожжением в Тюменском уезде в 1753 г., после окончания длительных предсмертных обрядов некоторые из старообрядцев покинули постройку, предназначенную для «огненной смерти», и спокойно отошли в сторону, чтобы «ожидать сгорения» [6], которое тут же и началось у них на глазах.

Результаты деятельности старообрядческих проповедников (массовые самосожжения и другие формы самоубийств) очевидны. Как говорилось в цитируемом документе, «многие простонародные люди погибают огнем, сожглись и в воде потопились, и впредь многих прельстят и уловят к своей прелести» [3]. В 1723 г. архангельский владыка Варнава доносил Синоду о начавшихся в его епархии самосожжениях: «в одной волости таковые раскольники, с лжеучителем своим раскольническим, мужеска и женска полу, и младенцев пять человек, обволокши овин соломою, в нем сгорели» [цит. по: 27]. В XIX веке эта особенность поведения проповедников «огненной смерти» и других способов самоубийства не претерпела существенных изменений. Так, руководитель старообрядческого самосожжения, произошедшего близ хутора Кастенки Воронежской губернии в 1812 г., старец Филатий, за 5–6 лет до трагедии вырыл пещеру неподалеку от места будущих событий. Поселившись в пещере, он «начал частенько навещать хутор, причем каждый раз приносил с собою какие-то книги, которые читал и толковал казакам» [8, 16]. Вскоре к Филатию пришел другой чернец и поселился вместе с ним. Они обзавелись всем необходимым, но, прежде всего, образами и книгами, начали совершать богослужение по старообрядческим правилам. Их влияние быстро распространилось. Большинство хуторян бросили приходскую церковь, прекратили общение с духовенством и стали посещать пещеру, «потому что Филатий всех их увлек в свою веру» [16]. Дело закончилось самосожжением.

Состав участников самосожжения характеризуется сложностью, неизменной в сообществе самосожигателей на протяжении многих десятилетий оставалась лишь роль наставника. Вопреки распространенному представлению, источники позволяют утверждать, что чаще всего «учители самогубительных смерти» умирали вместе со своими подопечными. На это указывают результаты архивных изысканий, осуществленных моими предшественниками. Так, И. Сырцов на основании документов Тобольской духовной консистории, пришел к выводу о том, что старцы «большой частью сами горели со своими жертвами» [29]. С этим выводом стоит согласиться. Пути к спасению для всех, собиравшихся в «згорелом доме», были отрезаны. К моменту самосожжения предназначенную для «гари» постройку окру-

жали войска, и при попытке спастись «старцев» ожидал арест, пытки и неминуемая казнь. Надеяться на пощаду они не могли и о снисхождении не просили.

Ярким примером здесь стало следствие по делу о самосожжении каргопольских старообрядцев в конце XVII века. Один из местных старцев, наставников самосожигателей, был схвачен стрельцами во время «гари», вытаснен из огня, арестован и отправлен в Холмогоры. Здесь его пытались склонить к раскаянию, но он оказал сильнейшее сопротивление. Когда его «с великою нуждею» ввели в соборную церковь, старец «во время божественных литургии безобразно лежал». В ответ на увещания местного протопопа, который явился к нему «со всем облачении со святым крестом и со священной водою», «тот чернец, забыв в себе страх Божий и обругая церковь Божью, на крест плевал». Затем его поведение стало еще более агрессивным: «протопопа, урвався у людей, ногами пинал и врагом его называл». Вывод, изложенный в документе, оказался однозначным. После всех уговоров старец «в прежнем в том злом упрямстве стал и послушания церкви Божии и покорения никакова не отдаст» [32]. Приговор Боярской Думы оказался вполне ожидаемым: «того старца Андроника за ево против святого и животворящего креста Христова и церкви ево святой противность, казнить, зжечь» [32].

В целом результаты исследования позволяют опровергнуть существующие стереотипы о корыстолобивых и отказывающихся погибнуть за «древнее благочестие» старцах – наставниках самосожигателей. В действительности на старца возлагалась тяжелая и длительная работа. Она включала сбор подопечных, организацию сообщества добровольных мучеников, строительство «згорелого дома». Суть его деятельности заключалась в передаче «на смертникам» заранее известных аргументов и создании из них сплоченного сообщества самосожигателей. Далее срабатывала известная универсальная закономерность поведения толпы: «Внушение, данное героем, вождем, господином момента, принимается толпой и отражается от человека к человеку, пока всякая голова не закружится, всякий ум не помутится» [1]. Документы показывают, что в разных частях России и в разные исторические периоды наставники самосожигателей использовали устоявшийся круг способов решения всех этих

задач. Они продолжали свою пастырскую деятельность до последних минут, погибая в пламени самосожжений.

Литература:

- Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. – СПб., 1908. – 176 с.
- Бубнов Н.Ю. Старообрядческая книга в России во второй половине XVII в. Источники, типы и эволюция. – СПб.: Издательство Библиотеки Российской Академии наук, 1995. – 434 с.
- Государственный архив Архангельской области. Ф. 1026. Оп. 5. Д. 526. Л. 1 (Доношение пономаря Федора Шиманова).
- Демкова Н.С. Из истории ранней старообрядческой литературы. «Жалобница» поморских старцев против самосожжений (1691 г.) // Древнерусская книжность. По материалам Пушкинского Дома. – Л.: Наука, 1985. – С. 48–61.
- Добротворский И. О самосожигательстве раскольников // Православный собеседник. – 1861. – Том 1. – С. 433–453.
- Заголкин Н. Самосожигатели. Очерк из истории русского раскола // Литературный сборник «Волжского вестника». – 1883. – Том 1. – Вып. 1. – С. 165–204.
- История Выговской старообрядческой пустыни. Издана по рукописи Ивана Филиппова. – СПб. – 1862. – 383 с.
- Левенстим А.А. Фанатизм и преступление. – СПб, 1898. – 92 с.
- Мальшев В.И. Усть-Цилемские рукописные сборники XVI–XIX в. Сыктывкар, 1960. – 236 с.
- Мухин Н. Очерк психологии самоубийства. – Варшава, 1903. – 161 с.
- Отписка олонекского воеводы князя Василия Долгорукова в Новгородский приказ об обнаруженном крестьянином Константином Гажиным пристанища раскольников в Березовом Наволоке Шуезерского погоста // Карелия в XVII в.: Сб. документов / Сост. Р.Б. Мюллер. Петрозаводск, 1948. – С. 308–309.
- Отразительное писание о новоизобретенном пути самоубийственных смертей: Вновь найденный старообрядческий трактат против самосожжений 1691 г. / Сообщ. Х. Лопарев. – СПб., 1895. – 160 с.
- Паскаль П. Протопоп Аввакум и начало Раскола / Пер. с франц. С.С. Толстого. М., 2011. – 680 с. – С. 494.
- Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1. – СПб, 1830. – Том XII. – № 9155.
- Послания блаженного Игнатия, митрополита Сибирского и Тобольского, изданные в Православном Собеседнике. – Казань, 1857. – 151 с.
- Пругавин А. Самоистребление. Проявления аскетизма и фанатизма в расколе. (Очерки, аналогии и параллели) // Русская мысль. – 1885. Кн. 1. – С. 77–111.
- Пулькин М.В. Самосожжения старообрядцев: проблемы историографии // Религиоведение. – 2012. – № 2. – С. 33–42.
- Пулькин М.В. Слухи о самосожигателях: истоки, достоверность, фиксация и использование (конец XVII–XVIII в.) // Традиционная культура. – 2011. – № 1. – С. 143–149.
- Пулькин М.В. Самосожжения старообрядцев в конце XVII–XVIII в. // Новый исторический вестник. – 2006. – № 1 (14). – С. 5–13.
- Пулькин М.В. Дело о самосожжении старообрядцев в мае 1784 г. // Исторический архив. – 2007. – № 2. – С. 205–210.
- Распросные речи «расколоучителя» Ивана Деметтьева на воеводском дворе в Новгороде // Румянцев В.С. Народное антицерковное движение в России в XVII в. – М.: Наука, 1986. – С. 190–192 (Приложение к монографии).
- Российский государственный архив древних актов. Ф. 159. Оп. 3. Д. 448. (лист архивного дела указан в тексте статьи).
- Российский государственный исторический архив. Ф. 796. Оп. 65. Д. 107 (лист архивного дела указан в тексте статьи).
- Русское старообрядчество: светское и церковное законодательство XVII–XVIII вв. / Авт.-сост. Р.В. Кауркин, Е.П. Титков, С.Р. Савенкова, А.В. Морохин. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского ун-та, 2008. 312 с.
- Сапожников Д.И. Самосожжение в русском расколе. (со второй половины XVII в. до конца XVIII в.). Исторический очерк по архивным документам. – М., 1891. – 126 с.
- Сигеле С. Преступная толпа. Опыт коллективной психологии. – М.: Академический проект, 2011. – 125 с.
- Сикорский И.А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тораполя), 1916. – С. 5.
- Смирнов П.С. Споры и разделения в русском расколе в первой четверти XVIII века. – СПб, 1909. – 503 с.
- Сырцов И. Самосожигательство сибирских старообрядцев в XVII и XVIII столетии // Тобольские епархиальные ведомости. – 1887. – № 17–18. – С. 361.
- Тароева Р.Ф. Материальная культура карел. – М.-Л.: Наука, 1965. – 342 с.
- Царская грамота Новгородскому митрополиту Корнилию о бывших раскольниках // Акты исторические, собранные и изданные Археологической комиссией. – СПб, 1842. – Том 5. – С. 220–221.
- Юхименко Е.М. Каргопольские «гари» 1683–1684 гг. (К проблеме самосожжений в русском старообрядчестве) // Старообрядчество в России (XVII–XVIII вв.). – М., 1994. – С. 120–138.

OLD BELIEVERS SELF-IMMOLATION:
A PROBLEM OF LEADERSHIP

M.V. Pulkin

Institute of linguistic, history and literature of Karelian
Research Centre, Russia

Article deals with the problem of mass ritual suicide on religious grounds. Particular attention is paid to the problem of leadership in environment of members of

self-immolation. Revealed that the main actors in the organization of the self-immolations were "elders" - specially prepared for this difficult role, members of old believers movement. They were assigned duties related to the preparation of burning. As a rule, they controlled the situation until the last minute, and died there with his followers.

Keywords: suicide, Old Believers, self-immolation, religion, church, peasants, leadership, fire.

УДК: 616.89-008.44

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДЕТСКИЕ СУИЦИДЫ В РОССИЙСКОЙ
ИМПЕРИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX – НАЧАЛА XX ВЕКОВ**

И.В. Синова

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», Россия

Контактная информация:

Синова Ирина Владимировна – кандидат исторических наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры истории и политологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет». Адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 21. Телефон: (911) 250-32-03; e-mail: s-irina@yandex.ru

На основе материалов архивов и публицистики в статье сделан анализ причин детских самоубийств в Российской империи во второй половине XIX – начале XX веков: социально-экономические условия, школа, семья, душевные переживания. Показаны различия и способ осуществления суицидов по гендерному признаку.

Ключевые слова: суицид, дети, эпидемия самоубийств, гендерный признак, воспитанницы Смольного института благородных девиц.

В России с конца XIX века увеличение числа детских самоубийств стало одной из ключевых медико-социальных проблем, указывающих на болезненное состояние общества. До 1875 года в России на 1 млн населения всех возрастов число самоубийств составляло 30 человек. При этом число самоубийств среди учащихся в высших учебных заведениях равнялось 164, в средних учебных заведениях достигало 106, то есть в 3-5 раз превышало средние популяционные показатели [7, 15].

В течение 1904-1912 гг. в Санкт - Петербурге наблюдался рост самоубийств среди детей и молодежи в возрасте до 20 лет: 1904-1905 гг. – 10%; 1906-1907 гг. – 11%; 1912 г. – 18%. Таким образом, за 8 лет доля детей и юношей в общем числе самоубийств увеличилась почти в два раза [1, 7, 15].

Исследованием этого явления занимались психологи, педагоги, социологи, юристы. Был накоплен обширный эмпирический и статистический материал. Специалисты пришли к выводам, согласно которым самоубийства, как социальное явление, носили всесословный ха-

актер, но причины, толкнувшие детей и подростков из дворян, мещан, ремесленников, крестьян к уходу из жизни, были различными.

В столице Российской империи с 1880 года был введён официальный сбор статистических данных о самоубийствах. В каждом случае самоубийства или покушения на самоубийство составлялась особая карточка, которая направлялась в статистическое отделение Городской Управы. С 1882 года по распоряжению Министерства просвещения начали вести статистику самоубийств среди учащихся гимназий и студентов.

В фонде Департамента народного просвещения Российского государственного исторического архива (РГИА) хранится более 30 дел «О самоубийствах, покушениях на самоубийства, несчастных случаях в учебных заведениях», относящихся к началу XX века. Уже сам факт сбора данной информации свидетельствует о том, что такая проблема не просто имела место – ситуация с суицидными явлениями среди учащихся школ была достаточно серьёзной и стояла очень остро.

Циркулярным распоряжением Министерства Народного Просвещения от 16 октября 1905 года за № 25188 начальникам учебных заведений, в целях врачебно-санитарной статистики, было предложено «доставлять в Министерство подробные донесения о самоубийствах и других несчастных случаях среди учащихся, вместе с необходимыми по существу дела объяснениями и заключениями по каждому отдельному случаю, прилагая к ним: 1) протоколы судебно-медицинского вскрытия, если таковое было; 2) заключение врача и 3) письма, записки, оставленные самоубийцами или покушавшимися на самоубийство в подлиннике или в засвидетельствованной копии.

Необходимость такого именно фактического материала для врачебно-санитарной статистики самоубийств и покушений на самоубийство среди учащихся, разрабатываемой в настоящее время Министерством Народного Просвещения, очевидна в целях, как освещения мотивов самоубийств, так и выяснения той психофизической основы, на почве которой происходят эти патологические явления. Помимо того Министерство Просвещения, принимая во внимание как интересы самих пострадавших лиц из среды учащихся и их родственников, так равно и интересы всего общества, зачастую предъявляющего к школе и учебному начальству обвинения в безвременной гибели порученных его руководству детей и юношей, признаёт полную необходимость быть всесторонне осведомлённым о всех случаях самоубийств и покушений на самоубийство среди учащихся, дабы иметь возможность предотвращать эти катастрофы в будущем и выяснить влияние данной школы и всего строя учебно-воспитательного дела, как в каждом частном случае, так и в отношении общего школьного режима на проявление среди учащихся названных ненормальных явлений. Ввиду сказанного, материалы, добытые судебным следствием, являются главным базисом, на котором может опираться в своих построениях и выводах врачебно-санитарная статистика самоубийств и покушений на них, преследуя цели возможного уменьшения этого зла среди учащихся» [6].

Исследователи и периодическая печать приводили статистические данные самоубийств среди учащихся, которые зачастую различались по количественным показателям,

но были едины в том, что до 1903 года их число увеличивалось параллельно с увеличением населения, а затем как в Санкт-Петербурге, так и в целом по стране наметился значительный рост. По данным периодической печати за этот период в среднем совершено 221,8 самоубийств в год, причём если в 1902 году их было 18, то в 1909 уже 482. Правда, по сведениям Департамента народного просвещения, в среднем, происходило 73 самоубийства в год, но в этой статистике учитывались только учащиеся гимназий [1].

Увеличение самоубийств прервалось в разгар революции 1905 году, под влиянием духовного подъёма, оживлением общественной жизни и общественных интересов. В последующие годы, когда подъём сменился разочарованием и усталостью, когда место общественных интересов заняли личные интересы, когда жизненная борьба под влиянием кризиса стала особенно трудной и ожесточенной, число суицидов с 1906 года стало быстро увеличиваться опережающими темпами по отношению к росту населения. Одновременно с возрастанием общего коэффициента самоубийств увеличивался процент детских и юношеских суицидов.

Специалисты в начале XX века признали тот факт, что во время революционных переворотов и национальных войн, когда общественные интересы получают перевес над личными, количество самоубийств обычно уменьшается. Зато в годы, следующие за подобными социальными кризисами, суицидные явления начинают быстро увеличиваться. Это объясняется как крушением общественных идеалов и надежд, апатией и разочарованием, так и обострением социально-экономической борьбы в годы, следующие за революцией. Рост детских самоубийств находился в теснейшей связи с тяжёлым и затяжным социально-экономическим кризисом, который переживала Россия в начале XX века.

Полоса репрессий, последовавшая за революционным подъёмом, сопровождалась, по определению специалистов «эпидемией самоубийств» среди учащихся школ. В 1910 году в Санкт-Петербурге была организована специальная комиссия, возглавляемая врачом Г.И. Гордоном, которая исследовала данную проблему, а на I Всероссийском съезде по народному образованию этот вопрос рассматривался в качестве неотложной задачи.

Каковы же были причины, которые вынуждали детей лишать себя жизни? Известный криминалист и адвокат А.Ф. Кони утверждал, что «значительное число самоубийств, совершается в здравом уме и твёрдой памяти, и что совокупность общественных, экономических и бытовых условий, в связи с упадком религиозных чувств, развитием чрезвычайных материальных требований в жизни, затемняющих ободрительные нравственные идеалы играют в качестве почвы для самоубийств не меньшую роль, чем душевные болезни» [13].

По данным руководителя врачебно - санитарной части Департамента общих дел Министерства народного просвещения известного врача-гигиениста профессора Г. Хлопина две трети самоубийств приходилось на мальчиков, из них почти половина по неизвестным мотивам, а одна треть на девочек, при этом причины были неизвестны только одной четверти [15]. На первом месте среди мотивов для мальчиков стояла семья, на втором – учение, на третьем – экзамены. Среди девочек лидировали семья и «несчастливая любовь», далее шли нужда и совращение, затем школа и экзамены. Среди причин самоубийств немаловажную роль играл возраст. Семья была причиной для всех возрастов вплоть до 11 лет. Несчастливая любовь – для подростков от 15 лет и старше, а совращение в основном в 13 и 14 лет. Школа и учёба имели значение для всех возрастов. Нужда, разочарование в жизни, ссора приводили к самоубийствам преимущественно в более старшем возрасте [15].

На первом месте среди причин суицидов, связанных со страхом наказания у мальчиков стояла школа, на втором – хозяева ремесленных мастерских. Наибольшее их количество в средней школе наблюдалось «у мальчиков в период возмужания, а у девочек в тот период, когда девочки-подростки превращаются в молодую взрослую барышню» [15].

I Всероссийский съезд по семейному воспитанию в 1913 году анализировал причины детских и юношеских самоубийств, и на первое место поставил школу. Неблагоприятное влияние школы на учащихся складывалось из нескольких составных частей, которые и вызывали острую неприспособленность ребёнка к жизни. Школа, прежде всего, физически ослабляла учащихся из-за своих санитарно-гигиенических условий, переполненности, отсутствия вентиляции, недостатка освещения.

Наиболее сильным и значительным фактором, негативно влиявшим на учащихся, были экзамены, «их влияние на учащихся измеряется у нас целыми эпидемиями самоубийств, которые так и носят название “экзаменационных” [1]. Согласно данным родительских комитетов, собиравшим в течение нескольких лет данные об экзаменах, в течение 5 лет среди учащихся средних школ было 78 покушений на самоубийства, 136 самоубийств, 290 случаев отказа учеников от продолжения учения, 4700 случаев ухода учеников из школы из-за неправильной оценки их успехов и около 10 тысяч случаев увольнения и исключения из-за слабых успехов. В 1907 году родительскими комитетами была подана министру просвещения записка с ходатайством об отмене экзаменов. Но это обращение так и осталось без внимания [1].

Кроме экзаменов не менее вредно влияли на учащихся плохие отметки, которые были причиной 5% самоубийств школьников. Плохие отметки для учащихся имели иногда роковое значение, из-за которых они боялись являться домой, зная по опыту, какое наказание ожидает от грубых и жестоких родителей. Двойки и единицы служили не только как оценка знаний учащихся, но и как средство воздействия на них, то есть как наказание. Учителя не пытались понять причину неуспеваемости учеников. Ведь для некоторых это были отнюдь не лень, плохие способности, а такие домашние условия, при которых невозможно удовлетворительно учиться. При существовавшей отдалённости школы от семьи, учителя обычно не знали условий, в которых жили учащиеся дома, семейных отношений, материального положения, и нередко отметки не только не достигали своей цели, а приносили прямой вред.

Школа, по мнению специалистов того времени, так мало делала, чтобы ограждать своих питомцев от волнений и потрясений, и так много делала такого, что выводило учащихся из состояния равновесия. Преподаватели нередко относились к ученикам грубо и жестоко, наказания в школе принимали характер бесконечных репрессий, дающих широкий простор и свободу чрезмерной придиричивости и мелочной мстительности. Поэтому, наверное, не случайно 26,4% всех самоубийств детей и юношей приходилось в общей сложности на долю школы [1].

Нередко детей толкали на самоубийства не одна причина, а целый комплекс обстоятельств, включавшие и школу, и семью, и социально-экономические проблемы. В октябре 1907 года ученица 7 класса Устюженской гимназии Екатерина Мясникова бросилась в припадке меланхолии в реку Мологу, решившись на такой шаг под влиянием неблагоприятных жизненных обстоятельств. Два года назад застрелилась её сестра, год тому назад умер отец, оставив семью без всяких средств к существованию. Семья голодала, семейный режим отличался деспотизмом, и в оставленной записке девочка написала, что «от жизни мне больше ждать нечего... Простите меня окаянную и несчастную». У неё были мать, две сестры и три брата [7].

Доктор Хлопин отмечал, что самоубийства учащихся являются угрожающим симптомом в виду того обстоятельства, что происходят приблизительно в 3 раза чаще, чем среди населения России всех возрастов и состояний в целом [5]. По данным, приводимым в журнале «Вестник воспитания» число самоубийств среди гимназистов за 1883-86 гг. и 1901-1903 гг. возросло в отношении 100 к 166 [5], а в 1908 году, по мнению большинства исследователей, самоубийства среди учащихся носили эпидемический характер.

Исследователи самоубийств считали, что «индивидуализация приёмов воспитания в современной школе при большом числе учащихся и сравнительно малом числе опытных воспитателей – всегда представляет весьма большие затруднения», и при этом обращали внимание на то, что «местом индивидуального воспитания должна быть не школа, а семья, потому что школа, как государственное учреждение, должна преследовать не индивидуальные, а общественные цели, и уж по этой причине всегда будет оказывать нивелирующее влияние, подавляющее в большей или меньшей степени индивидуальность учащихся... От школы нужно требовать... чтобы она не приносила бы и не уродовала личности учащегося» [15].

Доступ к образованию для девочек начала XX века был ограничен, но даже в привилегированных учебных заведениях имели место случаи суицида. В Смольном институте благородных девиц попытки самоубийств не редко

были связаны с возрастной неустойчивостью психики, романтическими переживаниями, отсутствием понимания с администрацией, слабыми успехами в учёбе, а то и с заключением пари.

Так, в апреле 1907 года широкий резонанс в обществе вызвало самоубийство двух воспитанниц Смольного института, которые выбросились из окна дортуара, находившегося на третьем этаже. «Обе воспитанницы упали на балкон второго этажа, причём повреждения, полученные при падении Савинковой, опасностью для жизни её не угрожают; повреждения же, полученные Кондауровой, оказались настолько тяжкими, что Кондаурова через несколько часов скончалась» [10].

В институте было произведено следствие, которое выявило комплекс причин, толкнувших девушек из благополучных семей на самоубийство. «В январе 1907 г. умерла от воспаления лёгких воспитанница 4 класса Евгения Свечина, смерть которой произвела сильное впечатление на её подруг по классу, сосредоточив на себе их мысли и разговоры. Особенно тяжело повлияла эта смерть на настроение Надежды Кандауровой, которая стоя в церкви во время отпевания, почувствовала себя дурно. Ольга Савенкова также близко приняла к сердцу смерть своей подруги и в память её написала стихи, в коих оплакивала покойную: «душу которой изорвали тернии мести и иглы тоски» ищет духовного утешения в мысли, что «жизнь прошла, но прошли и страдания». Смерть Е. Свечиной настолько тяжело отразилась на общем настроении воспитанниц, что они стали обсуждать вопрос о том, кому из них предстоит очередь умереть. О. Савенкова расспрашивала классную даму о том, что её ожидает в загробном мире...» [10].

Мысль о самоубийстве не оставляла девушек продолжительное время и проявляясь в разговорах с подругами и в расспросах о разных способах, которые могли служить для этой цели. В институте это была не первая попытка суицида. Девочкам были известны попытки лишить себя жизни со стороны других воспитанниц, из которых одна приняла зелёную краску, а другая съела сухие духи. «Н. Кандаурова и О. Савенкова объявили своим подругам, что в эту ночь они лишат себя жизни; заявление это встречено было общим недоверием и

даже вызвало пари об осуществлении высказанного намерения. Вечером, когда воспитанницы ложились спать, Н. Кондаурова и О. Савенкова были веселы и оживлены, бегая по дортуару и спрашивая подруг, можно ли отравиться апельсиновыми корками; затем, когда все девочки уже были в постелях, кто-то со смехом спросил Н. Кондаурову и О. Савенкову: «А вы же собирались умереть на четверг; смотрите, если завтра вы будете живы, мы вас, не знаю, – прибить или высмеем; на это О. Савенкова ответила только: «Молчите, глупые» [10].

В предсмертных стихах О. Савенковой звучит тоска и обвинения в адрес института:

«Прощай презренный дом,
Тоски, бед и несчастья,
Что дал ты мне?
Ничто... ты всё отнял,
В груди разбил ты младое сердце.
В душе надежды и любовь,
Ты ум мне помрачил,
Ты охладил мне кровь,
В гнилых стенах твоих,
Исполненная муки,
Томилась я.
Четвёртый год
Пришёл к концу,
Что сделать я могла?
О! И была бессильна...
Я чувствовала страсть во мне кипит.
Не в силах заглушить её,
Была натура молодая,
О, мне хотелось жить,
Но жить я не могла.
И вот, что я решила.
Мне было жизни жаль,
Ведь я её не знала,
Но чувствовала я,
Что этих мрачных лет,
Трёх лет, что мне осталось,
Не в силах здесь пробыть,
И вот решила я.
Заглохнут пусть страданья,
Но с ними пусть молчит и страсть,
Я ничего от жизни не умею взять,
Она дала мне горе и рыданья;
Прощай презренный дом,
С собою уношу я
В могилу ненависть свою,

Но берегись... пройдут года
И ты сгниёшь в ничтожестве бытия.
Что это за жизнь?
Что это за жизнь без страданья и страсти,
Что это за длинная жизнь бытие,
Полная скуки и глупых желаний,
В этом ли счастье житья?
В этом ли цель?
Для этого ли созданы мы?
Чтобы заглохнуть как бледный цветок,
Без красоты и без яркости красок,
В вечных объятьях тоски?
Нет цель не в этом,
Мы живём не для скуки,
И не для пошлости грубых страстей,
Есть цель другая, высокая, гордая
Что-то прекрасное в ней.
Что-то благое, но вместе далёкое,
Там в вышине, в небесах,
Как же понять эту цель благодатную,
Нам – утонувшим в грехах.
...Прощай презренный дом,
С собою уношу я
Исполненная муки,
В могилу ненависть свою» [10].

Сложно поверить, что эти строки посвящены привилегированному учебному заведению для девушек-дворянок, что пребывание в нём вызывало такие мысли и чувства.

Допрошенная на следствии О. Савенкова, которая осталась жива после покушения на самоубийство, рассказала, что училась она плохо, часто подвергалась наказаниям и «должна была остаться в классе на второй год, жизнь ей надоела, и всё это привело её к решению прибегнуть к самоубийству; при этом она сознаёт, что в большинстве случаев заслуживала налагаемых на неё взысканий, так как была непослушна и ленилась. Также не может сказать она, чтобы в Институте её не любили, преследовали и вообще несправедливо относились к ней. Мысль о самоубийстве зародилась у неё за месяц до осуществления этого намерения, а с Н. Кондауровой она сошлась всего за неделю, сблизившись на вопросе о самоубийстве, который каждая из них решила отдельно и самостоятельно» [10].

О. Савенкова предсмертное письмо родителям закончила просьбой о похоронах в Петергофе, где её «могила должна быть обсажена

сиреню и шиповником и, подобно тому, что творится в душе моей, могила пусть будет в таком хаосе, чтобы не было возможности приблизиться к ней» [10].

Анализируя приведенный выше пример, невозможно назвать только одну причину суицида смолян. Это целый комплекс психологических и социальных причин: возрастная депрессия и переживания утонченных натур, формализация самой системы обучения и воспитания в институте, проблемы с учёбой, непонимание со стороны близких и воспитателей.

Случившееся самоубийство воспитанниц Смольного института в течение нескольких последующих недель вызвало самые разнообразные суждения со стороны средств массовой информации и общественности, обвинявших начальство заведения в стремлении скрыть истину и видевших причины несчастья в тяжёлом для детей режиме институтов ведомства императрицы Марии.

Самое потрясающее в статистике самоубийств этого периода то, что Россия занимала одно из первых мест в мире по числу самоубийств среди учащихся, в то время как, например, по числу самоубийств среди солдат занимала предпоследнее место в ряду других стран [5]. Эти данные позволяют прийти к выводу, что положение солдат в армии было гораздо лучше, чем положение детей в школе и дома, и командиры в армии были более милосердными, внимательными, заботливыми и гуманными, чем учителя и родители. Это ли не парадоксальная ситуация российского общества.

Вторым фактором, влияющим на самоубийства, являлась семья. На I Всероссийском съезде по семейному воспитанию отмечалось недостаточное влияние семьи на подрастающее поколение, когда дворяне и бюрократия предоставляли воспитание своих детей, эту тяжкую и скучную работу наёмным людям, а представители средних классов, интеллигенции и особенно трудовой части не могли заниматься воспитанием детей, потому что всё внимание и вся энергия уходили на тяжёлую борьбу за существование [1]. Это нередко приводило к отсутствию понимания между родителями и детьми.

Анкетирование, проведённое в Санкт-Петербурге в 1912 году среди учащихся учебных заведений, показало, что духовная связь в семье между родителями и детьми существует у юношей в 54,1%, у девочек в 44,6% [1]. Кроме того, самоубийства нередко являлись следствием жестокого обращения с детьми со стороны родителей.

Нужда, безработица, бедность и другие проблемы социально-экономического характера вызывали 30% суицидов в раннем возрасте, особенно среди мальчиков, которым рано приходилось начинать жить своим трудом [16]. С 1907 по 1909 гг. в стране было совершено 85 самоубийств учеников торгово-промышленных и ремесленных заведений, являвшимися протестом против невозможной жизни, на которую они были обречены [2].

На основе анализа причин детских самоубийств специалисты пришли к выводу, что большинство их можно было бы предотвратить. Французский учёный юрист Луи Проаль писал: «Для того, чтобы толкнуть детей на самоубийство нет надобности их ненавидеть – достаточно их не любить» [16]. И эти слова не потеряли своей актуальности и сегодня. Журнал «Свободное воспитание» в 1910 году отмечал, что многие детские самоубийства суть косвенные убийства, а виновные их – те, кто не понял своего долга или даже сознательно попрали его ногами» [14].

Безусловно, основными причинами суицидов являлось состояние самого общества, его политические, экономические и социальные проблемы. Примеров много: подросток 12 лет отравился из-за того, что его родители посылали собирать милостыню, а он не хотел это делать. Крестьянский мальчик 14 лет бросился в Неву от голода, так как он несколько дней ничего не ел [3].

В газете «Русская мысль» в 1912 году Г. Гордон отмечал, что «рост детских самоубийств находится в теснейшей связи с тем тяжёлым и затяжным социально - экономическим кризисом, который переживает Россия в последние годы» [11].

Малолетние обитатели мастерских находились в неустойчивом психическом равновесии, им часто была близка мысль о самоубийстве, и они повторяли иногда несколько раз свои попытки, если не удалось покончить с

собой сразу. Почти половина покушавшихся на самоубийства являлись мастерами в возрасте до 15 лет. Для них первой причиной самоубийств была боязнь наказания и жестокое обращение. Этот факт красноречиво характеризует этическую сторону жизни петербургского населения начала XX века. Доктор Жбанков, анализируя самоубийства учеников ремесленных мастерских, писал: «1905-06 годы несколько улучшили их положение, хозяева и мастера, под давлением общих требований, стали лучше обращаться с ними, меньше эксплуатировать их для своих нужд, улучшили их содержание, признали в них, хотя и маленьких, но людей, а главное – поднялось самосознание самих учеников. Эти малыши услышали кое-что о новой, иной жизни, увидели и поняли вынужденную перемену своих хозяев и старших, убедились воочию на самих себе, что постоянные зуботычины и беганье за водкой не есть неизбежная необходимость всякого ученья» [3]. Таким образом, он видел причины в самих условиях жизни в мастерских и в сложившихся в них взаимоотношениях людей.

Некоторые ученики надеялись своим самоубийством улучшить положение товарищей и близких. Крестьянский мальчик 12 лет повесился в тоске по деревне и родным; ученица-швея 14 лет отравилась после покупки не той материи, которая была нужна; 15-летний ученик выбросился из окна, так как не мог ничего послать в деревню своей нуждающейся матери; два ученика отравились вместе, недовольные жизнью в мастерской; две девочки тоже отравились вместе вследствие жестокого обращения хозяйки; 16-летний ученик покушался трижды, говоря: «Жить невозможно... и дальше некуда»... [3]

В журнале «Вестник судебной медицины и общественной гигиены» отмечалось, что «средства, принимавшиеся детьми, с целью лишить себя жизни, как лицами мало опытными, были малоудачные, в смысле удобства и быстроты лишения себя жизни. Большинство бросалось или в воду, или с крыши, из окна, или под поезд железной дороги; а двое бросились в яму отхожего места. Затем идут отравление – в большинстве неудачное и повешение, почти на половину не удавшееся, три случая нанесения ран окончились благополучно» [4].

«40% самоубийств девочек и девушек составляли сексуальные причины. В их числе есть много «соблазненных» (из них некоторым

не более 13 лет) есть молодые проститутки, которым их жизнь показалась невыносимой» [16]. Но девочки-самоубийцы далеко не все могли считаться жертвами «несчастной любви», здесь было гораздо больше жертв социально-экономических условий: рождение внебрачных детей и тяжёлые условия жизни лежали в основе большинства из них. Публицисты отмечали, что значительное число самоубийств молодых девушек связано с «подчинённым положением женщин, как в сфере экономики, так и в сфере сексуальных отношений, бытовая строгость современной половой морали. Нормальное воспитание и нормальные отношения старшего поколения к созревающим в половом отношении девочкам-подросткам могли бы многие из этих самоубийств предупредить» [16].

В начале XX века наибольшее число самоубийств приходилось на возраст 15-16 лет, когда, как считали специалисты, в «развитии мальчиков совершается переход от отрочества к юношеству. Процесс роста и возмужания настолько ослабляет нервную систему, нарушает равновесие душевных и телесных сил, что организм мальчика делается психически чрезвычайно легко ранимым [15]. Девочки-подростки в этом возрасте превращались в молодых взрослых барышень.

Способ осуществления суицида подростками также различался по гендерному признаку. Большинство мальчиков (55,5%) уходило из жизни, используя самоповешение, а 66,7% девочек – утопление. Примерно одинаковое число и мальчиков (26%), и девочек (22,2%) выбирали отравление. Девочки, в отличие от мальчиков (14,8%), не использовали огнестрельное оружие, и среди них не встречалось ни одного случая самоубийств, мотивом для которых служил бы алкоголь [12]. При этом по данным доктора Ф. К. Тереховко среди самоубийц из среды учащейся молодёжи Петербурга из 137 человек покончило с собой огнестрельным оружием – 52%, 27% – отравилось, 3% – утопилось и зарезалось, 2% – бросилось под поезд и 0,7% бросились с высоты [15]. В целом, мальчики использовали более жёсткие способы, такие как повешение и огнестрельное оружие.

Различия между мальчиками и девочками существовали даже в содержании предсмертных записок. Как правило, мальчики либо со-

всем не писали их, либо они были лаконичными, состояли из одной фразы, в которой прощались с родными, просили прощение и указывали причину самоубийства. Суициды девочек сопровождались большей эмоциональностью и сентиментальностью, часто они оставляли несколько записок родным, подругам, учителям, духовным наставникам, иногда даже в стихотворной форме содержащих не только слова прощания и просьбы о прощении, но и рассуждения о жизни и разочарованиях, высказывали пожелания о своих похоронах и месте погребения.

Так, 16-летняя ученица гимназии Евдокия Тарасова, выпившая нашатырный спирт, оставила три предсмертные записки: «Дорогие папа, мама, Ася, Витя и милый Славик! Прощайте, я ухожу, так как не считаю нужным больше жить. Всё равно, если не сейчас, то весной, то бы обязательно – экзамены. Теперь лучше, а то вы хотели покупать мне к Пасхе обновы, так чего же тратиться попусту-то. Ведь весной то уж обязательно конец. Передай Ася от меня последнее прости П.С. и В. Знаешь ведь кому» [8]. Другая записка была адресована подругам: «Прощайте, девочки, не поминайте меня лихом, хотя я и была плохой подругой. Может быть вы найдёте странным, то что я сделаю, не поймёте к чему это. Одна только Зина вполне поймёт меня, спасибо ей за всё, что она для меня сделала. Прощайте» [8]. В качестве оправдания своему поступку девочка написала ещё записку, адресованную Богу: «Господи! Как не хочется жить, надоело, но как страшно и умирать, но приходится, другого исхода нет. Нужно решиться, во что бы то ни стало. Иначе нельзя, но нужно сделать это в гимназии, а то дома-то живо пошлют за Марьей Александровной, да и отпоят молоком, а в классе-то не догадаются. В классе, пожалуй, лучше» [8]. Причина данного самоубийства до конца не понятна, но уходя из жизни, девочка посчитала необходимым попрощаться с близкими людьми.

Ученица Нарвской женской гимназии А. Миронова, бросившаяся под поезд, написала кроме письма родителям ещё и священнику с покаянием и просьбами: «...Бедная мама моя! Как много она пережила, переживает и переживать ей ещё придётся. Дай бог ей всё это перенести. Поручаю Вам её на это время, сле-

дите за ней, не давайте ей плакать много. Я не заслужила её слёз. Теперь напишу на что же я, в конце концов, решила. Вот на что: возьму приму ртути, сколько есть у меня и ещё нашатырного спирта, а чтобы меня не отпоили, брошусь под машину. Как Анна Каренина, читали Вы? Чудная смерть. Лучше я и придумать не могла.

В водопад боюсь бросаться, ещё не найдут, а мне хочется, чтобы меня похоронили как следует. Чтобы мои соученицы меня проводили обязательно. Дайте это знать в гимназии ... Скажите речь моим соученицам и сёстрам, чтобы они подобной штуки не выкидывали. ... На похороны пусть придут Ваня, жена его, Маня и Лёша, то есть младший брат» [9].

Суицид многих девочек был связан с характерными для подросткового возраста мечтательностью, романтизмом, желанием вызвать жалость и привлечь внимание к себе как фактом самоубийства, так и самим похоронным ритуалом.

Сегодня, в начале XXI века, в период развития информационного общества, по-прежнему, дети совершают самоубийства. Их причины лежат как в аномическом состоянии общества, дихотомии нравственных принципов и ценностей, социально-экономических проблемах, так и в психологических, общечеловеческих факторах, семейных отношениях, отсутствии заботы и внимания к детям.

Специалисты считают, что современные самоубийства подростков связаны с ослаблением функций семьи и отсутствием взаимопонимания между родителями и детьми. Изучение опыта прошлого во многом может способствовать углублённому изучению данной проблемы, а соответственно и комплексному её решению.

Литература:

1. Гордон Г.И. Воспитание и самоубийства детей // Труды I Всероссийского съезда по семейному воспитанию в СПб. 30.12.1912 - 6.01.1913 г. в 2-х томах. Т. I. – СПб., 1914. – С. 453-462.
2. Гордон Г.И. Современные самоубийства // Русская мысль. – 1912. – Кн. V. – С. 74-93.
3. Жбанков Д.Н. Современные самоубийства // Современный мир. – 1910. – № 3. – С. 27-63.

4. Липский А.А. Самоубийства детей в СПб // Вестник судебной медицины и общественной гигиены. – 1887. – Том IV. – С. 66-78.
5. Майзель И.Е. О самоубийствах среди учащихся // Вестник воспитания. – 1908. – № 8. – С. 158-167.
6. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 733. Оп. 199. Д. 106.
7. РГИА. Ф. 733. Оп. 199. Д. 107.
8. РГИА. Ф. 733. Оп. 199. Д. 121.
9. РГИА. Ф. 733. Оп. 199. Д. 141.
10. РГИА. Ф. 1405. Оп. 110. Д. 1739.
11. Русская мысль. 1912. 10 мая.
12. Тереховко Ф. К. К вопросу о самоубийстве в СПб за 20-летний период (1881-1900). Диссертация – Гатчина. – 1903. – 279 с.
13. Трахтенберг А. О самоубийствах среди учащихся // Русская школа. – 1908. – № 11. – С. 206-214.
14. Ульянова А. Самоубийства детей // Свободное воспитание. – 1909-1910. – № 8. – С. 164-179.
15. Хлопин Г. В. Самоубийства, покушения на самоубийства и несчастные случаи среди учащихся русских учебных заведений. Санитарно-статистическое исследование – СПб.: Сенатская типография, 1906. – 95 с.
16. Феноменов М. Я. Причины самоубийства в русской школе. – М.: Печатня А. Снегирёвой, 1914. – 130 с.

MODERN LOOK AT CHILDREN'S SUICIDE
IN THE RUSSIAN EMPIRE SECOND
HALF XIX - EARLY XX CENTURIES

I.V. Sinova

Saint-Petersburg State university of economics,
Russia

Based on material archives and journalism in the article the analysis of the causes of child suicides in the second half of XIX – early XX centuries: the socio-economic conditions, school, family, spiritual experiences. Shows the differences and method of suicide by gender.

Keywords: children, epidemic of suicides, Congress on family education, gender, pupils of the Smolny Institute for noble maidens.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

Телефон / факс редакции: (3452) 54-07-07

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

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

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

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

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

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

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

16. Плата за публикацию не взимается.

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