

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
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)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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.

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Б.С. Положий*
Суицидология как мультидисциплинарная
область знаний 3
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
К истории отношения общества к суициду 9
- Н.Б. Семёнова*
Причины суицидального поведения
у коренных народов Сибири: смена
традиционного образа жизни 31
- К.А. Чистопольская, О.В. Митина,
С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, Г.И. Семикин,
С.Н. Озоль, С.А. Чубина*
Создание кратких русскоязычных версий
опросников «Отношение к смерти»
и «Страх личной смерти» 43
- Е.Б. Любов*
Клинико-социальное бремя близких жертвы
суицида: если бы 56
- А.В. Лукашук, А.В. Меринов*
Клиническая и личностно-психологическая
характеристика матерей девушек
подросткового возраста, совершивших
попытку суицида 76
- А.И. Ерзин, Т.С. Семёнова, Е.Ю. Антохин*
Черты личности и ранние дезадаптивные
схемы как предикторы суицидального риска
у подростков-гомосексуалов 81
- С.В. Кулакова, Н.А. Цветкова*
Суицидальное поведение сотрудников
уголовно-исполнительной системы
как актуальная проблема 91

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, acad. RAS,	Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.	(Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof.	(Tomsk, 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)
Y.E. Razvodovsky, M.D.	(Grodno, Belarus)
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.	(Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.	(St. Petersburg, Russia)
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 Korkeala, Ph. D., prof.	(Finland)
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D.,	prof. (Sweden)
William Alex Pridemore, Ph. D.,	prof. (USA)
Niko Seppälä, M.D., Ph.D.	(Finland)
Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof.	(Poland)
Журнал «Суицидология» включен в:	
1) Российский индекс научного	цитирования (РИНЦ)
2) международную систему	цитирования Web of Science (ESCI)
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74	
Адрес редакции: 625051, г. Тюмень, 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: note72@yandex.ru	
ISSN 2224-1264	

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, А.Б. Приленский,
М.С. Хохлов, О.В. Юшкова, К.В. Коровин

Преднамеренные отравления с суицидальной
целью: характеристика контингента отделения
токсикологии 98

Информация для авторов 107

Contents

B. Polozhy
Suicidology as multidisciplinary field of knowledge 3

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
To the history of community attitudes to suicides 9

N.B. Semenova
The causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia:
transition from traditional lifestyle 31

*K.A. Chistopolskaya, O.V. Mitina, S.N. Enikolopov,
E.L. Nikolaev, G.I. Semikin, S.N. Ozol, S.A. Chubina*
Construction of short Russian versions of Death Attitude
Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale 43

E.B. Lyubov
Clinical and social burden for suicide survivors:
if i had dealt with it properly 56

A.V. Lukashuk, A.V. Merinov
Clinical and personal and psychological characteristics of
mothers of female adolescents who made a suicide attempt 76

A.I. Erzin, T.S. Semenova, E.Y. Antokhin
Personality traits and early maladaptive schemas as predictors
of suicidal risk in adolescent homosexuals 81

S.V. Kulakova, N.A. Tsvetkova
Suicidal behavior among criminal executive system
personnel as an actual problem 91

*P.B. Zotov, E.V. Rodyashin, A.B. Prilensky,
M.S. Hohlov, O.V. Yushkova, K.V. Korovin*
Intentional poisoning with suicide intention:
characteristics of the toxicology department contingent 98

Information 107

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/>

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru, www.psychiatr.ru
<http://www.tyumsmu.ru/aspirantam/journal-suicidology.html>
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology>
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

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.

Заказ № 207. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.12.2017 г. Цена свободная

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

УДК 616.89-008

СУИЦИДОЛОГИЯ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОБЛАСТЬ ЗНАНИЙ

Б.С. Положий

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации (SPIN-код: 1734-3563, ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Место работы и должность: руководитель отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Установлено, что, несмотря на интенсивное изучение проблемы суицидального поведения, термин «суицидология» не имеет конкретных дефиниций, что затрудняет его понимание. Предлагается отвечающее современным представлениям определение данного термина, базирующееся на представлении о суицидологии как о мультидисциплинарной области знаний. Выделяются три группы научных дисциплин, в рамках которых изучается феномен суицидального поведения: гуманитарные, медико-гуманитарные, а также медицинские и биологические науки. Приводится определение клинической суицидологии, а также задачи, стоящие перед этим разделом общей суицидологии. Обосновывается вывод о том, что определение суицидологии как междисциплинарной области знаний показывает необходимость комплексного подхода к научному изучению суицидального поведения и разработке эффективных программ профилактики суицидов.

Ключевые слова: суицидология, мультидисциплинарный подход, суицидальное поведение

Понятие «суицидология» является достаточно широко употребляемым в научной литературе. Вместе с тем, анализ зарубежных публикаций показал, что зачастую даже в ряде известных изданий определение этого термина вообще отсутствует. В качестве примера можно привести такие авторитетные источники, как «Оксфордское руководство по суицидологии и предупреждению суицида» [1] и Доклад ВОЗ «Предотвращение самоубийств. Глобальный императив» [2]. Подобная ситуация отмечается и в отечественной литературе. Термин «суицидология» расшифровывается преимущественно в изданиях энциклопедического характера. При этом данному понятию даются различные трактовки. В частности, в Большой психологической энциклопедии [3] суицидология определяется как наука, изучающая теоретический и практический аспекты аутоагрессивной (суицидальной) активности человека; в Юридической энциклопедии [4] – как учение о суициде, а в Большой Российской энциклопедии, Большой Медицинской энциклопедии и Национальном руководстве «Психиатрия» этот термин вообще отсутствует [5-7]. В некоторых справочных изданиях суицидологию относят к разделам разных дисциплин. Например, в Со-

временном толковом словаре русского языка» [8] суицидология – это область *психиатрии*, изучающая причины самоубийств и разрабатывающая методы их предотвращения и предупреждения, а в Российском энциклопедическом словаре [9] – раздел *психологии*, исследующий причины самоубийств. Таким образом, понятие «суицидология» нуждается в разработке четкой и обоснованной дефиниции.

Согласно нашему определению, *суицидология представляет собой мультидисциплинарную область знаний, изучающую теоретические и практические аспекты суицидального поведения человека*. Следует заметить, что это определение согласуется с мнениями российского учёного В.С. Ефремова [10] и украинского исследователя Л.Н. Юрьевой [11].

С нашей точки зрения, приведенная дефиниция достаточно полно отражает суть современной суицидологии. Во-первых, предметом её изучения является суицидальное поведение человека, а не только самоубийство как таковое. Согласно сегодняшним представлениям, суицидальное поведение значительно более широкое понятие, нежели суицид, являющийся лишь одной из стадий или форм аутоагрессивного поведения.



Рис. 1. Суицидология – междисциплинарная область знаний.

Во-вторых, принципиально важна позиция, говорящая о том, что суицидология представляет собой мультидисциплинарную область знаний. С одной стороны, она включает в себя методы и подходы целого ряда других научных дисциплин, что неудивительно, учитывая сложность и многогранность суицидального поведения. С другой стороны, суицидологические проблемы уже давно вошли в круг интересов различных наук.

Какие же научные дисциплины непосредственно связаны с суицидологией? В литературе мы встретили лишь единичные точки зрения по данному вопросу. Так, в США считают таковыми психиатрию, психологию и социологию, а в Германии к ним добавляют и культурологию [12].

Наши теоретические разработки этого аспекта проблемы и опыт преподавания суицидологии врачам-психиатрам и медицинским психологам в рамках системы повышения их профессиональной квалификации позволил разработать структуру суицидологии как междисциплинарной области знаний (рис. 1).

Согласно нашей точки зрения, суицидология непосредственно связана с тремя группами научных дисциплин – гуманитарными, медико-гуманитарными, а также медицинскими и биологическими.

Начнём с *гуманитарных* наук. В первую очередь, это, естественно, *психология*. Недаром она присутствует практически во всех приведённых выше определениях суицидологии. Действительно, такой феномен, как самоуничтожение, в большинстве случаев осознанное (хотя этот термин в определённой степени условен, так как осознанность может носить

искажённый характер), непосредственно связан с личностными особенностями человека, его стрессоустойчивостью, импульсивностью, отношением к себе и окружающему миру, а также со многими другими психологическими характеристиками. Вместе с тем, мы уверены, что расценивать самоубийство исключительно как психологический феномен – значит существенно сужать его природу, что подтверждено всем ходом изучения суицидального поведения.

Следующей гуманитарной дисциплиной является *социология*. Это объясняется тем, что человек как существо социальное не может жить (и реагировать на условия своей жизни) вне непосредственной связи с социумом. В полной мере это относится и к самостоятельному уходу из жизни, чаще всего провоцируемому неблагоприятной социальной ситуацией. Данное положение ещё в 1897 г. было убедительно доказано французским социологом Эмилем Дюркгеймом в его классическом труде «Суициды» [13]. Отсюда следует, что изучение социальных факторов является непременным условием на пути к пониманию природы и механизмов феномена суицидального поведения.

Непосредственную связь с суицидологией имеют такие дисциплины, как *этнография* и *культурология*. К настоящему времени считается доказанным факт связи между частотой суицидов и этнической принадлежностью. Существуют народы с традиционно высоким и столь же традиционно низким уровнем самоубийств. В первую очередь это связано с культуральными особенностями развития этносов, филогенетически вошедшим в их культуру отношением к самоубийству (недопустимому,

либо, напротив, допустимому, и даже одобрительному).

«Царица всех наук» – философия, вырабатывающая систему знаний о фундаментальных принципах бытия, всегда уделяла большое внимание проблеме суицида. Осмысление данного явления, противоречащего самой сущности человека, попытки найти его философский, категориальный смысл остаются одними из наиболее сложных и изучаемых вопросов философии.

Огромную роль в понимании и особенно отношении к самоубийству играла и играет религия, а стало быть, и такая дисциплина, как *религиоведение*. До сих пор этот вопрос остаётся одним из наиболее сложных и дискуссионных. Не секрет, что во многих религиях самоубийство расценивается как тяжкий грех, а отношение к самоубийце (и даже его родственникам) предполагает такие меры, как осуждение, запрет на похороны на «обычном» кладбище и т.п. Даже современная русская православная церковь даёт разрешение на похороны покончившего с собой лишь при представлении медицинской справки о наличии у него психического заболевания. С другой стороны, религиозные установки могут играть роль действенного антисуицидального фактора для верующих. Наконец, в некоторых архаичных религиозных учениях самоубийство считается достойным выходом для человека в непоправимой ситуации, что снижает антисуицидальный барьер личности.

Изучать какие-либо аспекты суицидологии вне исторического контекста вообще представляется невозможным. Здесь и понимание данного феномена, и отношение к нему в обществе, наконец, с ним связаны перспективы суицидологии в будущем. Отсюда становится ясной связь *истории* с суицидологической наукой и практикой. *Юриспруденция* как совокупность правовых знаний формирует отношение государства и общества к суициду и самоубийце, не говоря уже о практическом значении постулируемого отношения для пострадавших, их родственников и близких. *Этика*, предметом исследования которой являются мораль и нравственность, играет в перечисленном круге вопросов также существенную роль, будучи ориентированной как на светские, так и на религиозные критерии этих категорий.

Далее переходим к наукам, обозначенным нами как *медико-гуманитарные*. Сюда мы отнесли *медицинскую психологию* и *психоанализ*.

Будучи гуманитарными по своей сути, эти науки имеют свое медицинское приложение, характеризующееся трактовкой природы и механизмов суицидального поведения. Что же касается психоанализа, то он ориентирован и на профилактику, и на лечение суицидального поведения. Следует заметить, что в годы расцвета психоанализа именно его подходы и методы доминировали в суицидологии.

Следующую группу составляют *медицинские и биологические науки*. В число клинических медицинских дисциплин мы включили психиатрию, соматическую медицину, психогигиену и реабилитологию. При этом ведущее место среди них по праву занимает *психиатрия*. В историческом аспекте психиатрическая квалификация суицидального поведения варьировалась от его признания в качестве самостоятельного психического заболевания до отрицания связи между состоянием психического здоровья и суицидом. В настоящее время считается, что частота той или иной психической патологии среди лиц, совершивших суицидальные действия, достигает 90% [1]. Вместе с тем, суицид не относится к психическим заболеваниям, они являются лишь одной из наиболее важных предпосылок развития суицидального поведения. Другим обоснованием важнейшей роли психиатрии является то, что непосредственная помощь лицам с суицидальным поведением, их реабилитация, профилактика повторных суицидальных действий, а также участие в первичной профилактике относятся к компетенции психиатрической науки и практики. В этих задачах важное место занимают также *психогигиена* и *реабилитология*.

Среди важнейших для изучения суицидального поведения теоретических и экспериментальных медицинских наук наиболее значимое место занимает *медицинская генетика*, позволившая установить четкую взаимосвязь между суицидально отягощенной наследственностью и высоким суицидальным риском. Сейчас всё более активно ведутся поиски генетических маркеров суицида. Так, несколько лет назад американскими исследователями университета Джона Хопкинса был обнаружен ген, по активности которого можно вычислить склонность человека к суициду. Этот ген (SKA2) функционирует в префронтальной коре мозга, снижая его реакцию на гормон стресса кортизол и нейтрализуя негативные эмоции. При уменьшении активности SKA2, стрессоустойчивость снижается, и возникают суици-

дальные мысли. По данным ученых, по состоянию гена можно с точностью 96% сказать, имели ли место в анамнезе суицидальные попытки. Среди собственно биологических наук проблемами суицидального поведения наиболее плодотворно занимаются *молекулярная биология, биохимия* и ряд других современных дисциплин.

Учитывая столь широкий и разнообразный спектр наук, занимающихся со своих позиций проблемами суицидологии, мы сосредоточим своё внимание преимущественно на её медицинских аспектах. Для этого было выделено понятие клинической суицидологии.

Согласно нашему определению, *клиническая суицидология* представляет собой раздел общей суицидологии, изучающий распространенность, детерминанты, факторы риска, механизмы формирования, проявления и динамику суицидального поведения, и разрабатывающий на этой основе методы профилактики самоубийств и организации специализированной суицидологической помощи. Предметом клинической суицидологии является суицидальное поведение человека.

Далее раскроем наше понимание *суицидального поведения*. Это – процесс, являющийся следствием сложного взаимодействия биологических, психологических, клинических, социальных, этнокультуральных и стрессовых (ситуационных) факторов. Хотелось бы обратить внимание на два аспекта этого определения. Во-первых, оно ещё раз отражает множественность факторов, участвующих в формировании суицидального поведения. Во-вторых, характеризует его как процесс. Такая точка зрения появилась лишь в последние годы. В частности, К. van Heeringen [14] расценивает суицидальное поведение не просто как процесс, а как *непрерывный процесс*.

К стадиям развития суицидального поведения относятся: суицидальное мышление, планирование суицида и суицидальные действия.

Стадия суицидального мышления характеризуется наличием мыслей о собственной смерти и (как правило, позже) о смерти путем самоубийства. Начальный этап суицидального мышления проявляется пассивными суицидальными мыслями, то есть представлениями и фантазиями на тему своей смерти, не предусматривающими в этом собственного участия. В мыслях, снах, представлениях начинают прокручиваться сцены собственных похорон,

реакции близких; все более стойкий характер приобретают размышления о том, «что будет, когда его не станет», и т.п. В целом, данный этап отражает появление внутренней готовности к суициду.

На смену ему приходит этап активных суицидальных мыслей. Он характеризуется тем, что появляются стойкие представления и фантазии на тему лишения себя жизни. Начинается внутреннее формирование убеждения о необходимости самостоятельно уйти из жизни, неотвратимости и правильности такого поступка, вырабатываются всё новые и новые мотивации такого решения. Периодически эти мысли сменяются на противоположные, которые отвергают желание уйти из жизни, призывают иначе относиться к ней. Все это в совокупности называется «борьбой мотивов», присущей суицидальному поведению вплоть до его последних стадий. Постепенно периоды суицидальных мыслей становятся все более стойкими и продолжительными, а периоды антисуицидальных мыслей – все более короткими и нестойкими. В результате стадия суицидального мышления переходит в *стадию планирования суицида*.

В рамках этой стадии также можно выделить два последовательных этапа. Первый из них – этап суицидальных замыслов. Он характеризуется разработкой конкретного плана самоубийства. Поскольку убежденность в необходимости совершения самоубийства заняла доминирующее положение в сознании человека, он приступает к тщательному продумыванию всех деталей его совершения. В первую очередь обосновывается и выбирается способ суицида и все необходимое для его совершения. Продумываются место, время, день планируемого самоубийства. Как правило, при истинных намерениях уйти из жизни выбор всего перечисленного нацелен на максимальную надёжность планируемого действия. Этот касается и атрибутов суицида, и того, чтобы исключить какие-либо случайности, способные помешать задуманному.

Достижение полной готовности к акту самоубийства знаменует наступление этапа суицидальных намерений. Он характеризуется принятием окончательного решения о совершении самоубийства. Подключение к нему волевого компонента ведет к реализации суицидальных намерений, то есть к *стадии суицидальных действий*. Важно напомнить, что даже на этом этапе может иметь место борьба мотивов.

вов, на чем, собственно, и базируется одна из главных функций служб экстренной психологической помощи.

В настоящее время выделяются два вида суицидального поведения: *фатальное* и *нефатальное*. Фатальное суицидальное поведение представляет собой направленное на себя умышленное действие со смертельным исходом, нефатальное – направленное на себя умышленное действие с несмертельным исходом.

Синонимом фатального суицидального поведения является термин *завершенный суицид*. Он подразумевает аутоагрессивное (направленное на себя) действие со смертельным исходом при *различных* суицидальных намерениях. Это обусловлено тем, что завершенный суицид может произойти не только при истинных намерениях покончить с собой, но и при демонстративных. Например, в случае, когда при изначально задуманном демонстративном покушении на самоубийство, попытка, в силу тех или иных обстоятельств или случайностей (например, неправильный расчёт количества принятого ядовитого вещества, ошибочное ранение крупного сосуда и т.п.), заканчивается летально.

В структуре нефатального суицидального поведения выделяются две основные формы. Первая из них – это *преднамеренное самоповреждение*, вторая – *суицидальная попытка*, обозначаемая также как незавершенный суицид, покушение на самоубийство, парасуицид.

Понятие преднамеренного самоповреждения было впервые выделено в 1979 г. английским суицидологом Н.Г. Морган («умышленное причинение себе вреда» в формулировке автора) [15]. Под данным термином подразумевается преднамеренное нанесение несмертельных телесных повреждений без суицидальных намерений. В число таких повреждений входят самопорезы, самоизбиение, проявления умышленного безрассудства, и т.п. Основное диагностическое и прогностическое значение преднамеренных самоповреждений обусловлено тем, что они выявляются в анамнезе примерно у половины всех суицидентов, предшествуя более тяжелым формам суицидального поведения.

Чаще всего преднамеренные самоповреждения совершают лица подросткового и молодого возраста. Дети младше 12 лет (независимо от половой принадлежности) довольно редко причиняют себе вред умышленно. К. Hawton, К.Е. Saunders, R. O'Connor [16] описа-

ли три основные группы детей и подростков, совершающих преднамеренные самоповреждения. К первой из них отнесены дети и подростки, переживающие острый дистресс, обусловленный временными (сохраняющимися меньше месяца) проблемами, но без поведенческих нарушений. Для второй группы характерны хронические психологические и социальные проблемы, но также при отсутствии поведенческих нарушений, для третьей – хронические психологические и социальные проблемы наряду с нарушениями поведения, такими как воровство, прогулы, приём наркотиков.

Согласно результатам обследования 1409 учащихся старших классов из 23 общеобразовательных школ Испании (Европейский проект «Работа в Европе по прекращению прогулов среди молодежи»), 19,7% подростков отмечали хотя бы раз имевшее место преднамеренное самоповреждение. В их структуре ведущее место занимали умышленные порезы кожи или царапины с целью кровотечения (около 10% случаев), самоизбиение до уровня повреждений кожи (7%) и препятствование заживлению ран – 6% случаев. Реже встречались преднамеренные ожоги, пережатие частей тела, вырывание волос, употребление токсических веществ. Преднамеренные самоповреждения среди девочек встречались в 1,5–2 раза чаще, чем среди мальчиков. Умышленное причинение себе вреда более распространено среди представителей низших социальных слоев; в районах с высоким уровнем безработицы населения из-за безработицы, перенаселенностью, большим количеством многодетных семей.

В большинстве случаев самоповреждение является эмоциональным ответом на сильную душевную боль. Из-за того, что внимание пациента переключается на чувство физической боли, эмоциональная боль притупляется. Могут временно ослабнуть чувства депрессии и вины, ощущения тревоги и стресса, мучительные воспоминания. Этому также способствуют эндорфины, выделяющиеся в организме естественным образом при физической травме и способные уменьшать боль и улучшать эмоциональное состояние. Однако после затухания физической боли и прекращения действия эндорфинов эмоциональные страдания возвращаются, что влечёт необходимость повторять самоповреждение вновь и вновь. Часто самоповреждения вызваны чувством вины, действительной или мнимой. В этом случае пациент как бы наказывает себя. Подростки, совер-

шая самоповреждения, нередко вырезают на коже слова, ассоциированные с чувством вины, например, «тупой», «неудачник», «толстуха» и т.п. Ещё одна причина самоповреждений – необходимость привлечь к себе внимание, удовлетворить некие потребности, об удовлетворении которых пациент по каким-то причинам не может попросить, или которые окружающие отказываются удовлетворять. Такие самоповреждения легко отличить по их демонстративности, в то время как следы самоповреждений, вызванных другими причинами, обычно скрывают.

Суицидальная попытка является аутоагрессивным (направленным на себя) действием с несмертельным исходом. Следует обратить внимание на то, что суицидальные попытки могут быть истинными и демонстративными. Истинная суицидальная попытка представляет собой случай, когда те или иные внешние обстоятельства не позволили осуществить *истинные* намерения покончить с собой. Например, суицидент не смог рассчитать летальную дозу отравляющего вещества, или кто-нибудь увидел его в момент, предшествующий повешению и помешал этому поступку. Демонстративная суицидальная попытка – аутоагрессивное действие с отсутствием истинного намерения покончить с собой. Является своего рода «криком о помощи», способом обратить внимание окружающих на себя и свои проблемы.

Из литературы известно, что число суицидальных попыток значительно превышает количество завершённых суицидов. Однако привести конкретные данные весьма затруднительно. Это обусловлено тем, что суицидальные попытки в большинстве своем не попадают в поле зрения статистики, как медицинской, так и любой другой. Так, родственники и другие близкие люди, ставшие либо свидетелями покушения на самоубийство, либо узнавшие о нем, как правило, не хотят огласки, препятствуют распространению такой информации, скрывают её. Зачастую это приводит к печальным последствиям. Суицидент не получает адекватной помощи и может повторить попытку, но уже с летальным исходом. Даже когда

человек, совершивший покушение на самоубийство, попадает по общемедицинским показаниям в соматический стационар, ему зачастую лишь рекомендуют (?) обратиться к психиатру, что в большинстве случаев не делается. Работники органов внутренних дел, получившие информацию о суицидальной попытке, также далеко не всегда предпринимают действия, направленные на оказание помощи суицидентам. В суицидологических службах мира не существует чёткой системы регистрации незавершённых самоубийств. Она имеется лишь в ряде таких служб и носит в большей степени временный исследовательский характер.

Учитывая приведенные обстоятельства, ВОЗ в своем последнем докладе по проблеме суицида [1] предложила (на основании данных многих стран) условный вариант расчета количества суицидальных попыток, исходящий из соотношения: 4 случая на 100000 населения в год. Пользуясь этой пропорцией, можно предположить, что в настоящее время количество незавершённых суицидов в России достигает 5600 случаев в год. Исходя из этого, ежедневно в России совершается 15 покушений на самоубийство. Столь большая цифра свидетельствует о величине проблемы, что непосредственно влияет и на частоту завершённых самоубийств. Это обусловлено тем, что риск суицида с летальным исходом в группе лиц, имеющих в анамнезе суицидальную попытку(и), в 100 (!) раз превышает аналогичный риск в общей популяции. Иначе говоря, проблема снижения частоты завершённых самоубийств самым непосредственным образом зависит от профилактики суицидального поведения в целом и оказания адекватной помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство.

Подводя итог, можно прийти к заключению о том, что определение суицидологии как междисциплинарной области знаний обосновывает необходимость *комплексного (мультидисциплинарного) подхода* к научному изучению суицидального поведения и разработке эффективных программ профилактики суицидов.

Литература:

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. – 98 p.
2. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Ed. by Danuta Wasserman and Camilla Wasserman: Oxford University Press, 2009. 902 p.
3. Большая психологическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2007. 544 с.
4. Юридическая энциклопедия. М.: Юристъ, 2001. 1272 с.
5. Большая Российская энциклопедия. М.: БРЭ, 2004-2017.

References:

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. – 98 p.
2. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Ed. by Danuta Wasserman and Camilla Wasserman: Oxford University Press, 2009. 902 p.
3. Bol'shaja psihologicheskaja jenciklopedija. M.: Jeksmo, 2007. 544 s. (In Russ)
4. Juridicheskaja jenciklopedija. M.: Jurist, 2001. 1272 s.
5. Bol'shaja Rossijskaja jenciklopedija. M.:BRJe, 2004-2017.(In Russ)

6. Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1988.
7. Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
8. Ефремова Т.Ф. Современный словарь русского языка. М.: АСТ, 2010. 699 с.
9. Российский энциклопедический словарь: В 2 кн. М.: Большая Российская энциклопедия, 2001. Кн. 2.
10. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004. 480 с.
11. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Днепропетровск: «Пороги», 2006. 472 с.
12. Marin M.F., Lord C., Andrews J. et al. Chronic stress, cognitive functioning and mental health // *Neurobiology of Learning and Memory*. 2011. Vol. 96, № 4. P. 583-595.
13. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. 2-е изд. М.: Мысль, 1994. 399 с.
14. Heeringen, van K. Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: *The Neurobiological Basis of Suicide*: Press/Taylor & Francis, 2012.
15. Morgan H.G. Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm: Wiley, Chichester, 1979.
16. Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents // *Lancet*. 2012. Vol. 379, № 9834. P. 2373-2382.
6. Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija. 3-e izd. M.: Sovetskaja jenciklopedija, 1988. (In Russ)
7. Psihiatrija. Nacional'noe rukovodstvo. M.: GJeOTAR-Media, 2009. 1000 s. (In Russ)
8. Efremova T.F. Sovremennij slovar' russkogo jazyka. M.: ACT, 2010. 699 s. (In Russ)
9. Rossijskij jenciklopedičeskij slovar': V 2 kn. M.: Bol'shaja Rossijskaja jenciklopedija, 2001. Kn. 2. (In Russ)
10. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. SPb.: Dialekt, 2004. 480 s. (In Russ)
11. Jur'eva L.N. Kliničeskaja suicidologija: Dnepropetrovsk: «Porogij», 2006. 472 s. (In Russ)
12. Marin M.F., Lord C., Andrews J. et al. Chronic stress, cognitive functioning and mental health // *Neurobiology of Learning and Memory*. 2011. Vol. 96, № 4. P. 583-595.
13. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologičeskij jetjud. Per. s franc. 2-e izd. M.: Mysl', 1994. 399 s. (In Russ)
14. Heeringen, van K. Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: *The Neurobiological Basis of Suicide*: Press/Taylor & Francis, 2012.
15. Morgan H.G. Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm: Wiley, Chichester, 1979.
16. Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents // *Lancet*. 2012. Vol. 379, № 9834. P. 2373-2382.

SUICIDOLOGY AS MULTIDISCIPLINARY FIELD OF KNOWLEDGE

B. Polozhy

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Addiction named Serbsky VP, Moscow, Russia

Abstract:

It is established that despite intensive study of the problem of suicidal behavior, the term "suicidology" does not have specific definitions, which makes it difficult to understand it. A definition of the term is proposed that meets the modern concepts and rests on the concept of suicidology as a multidisciplinary field of knowledge. Three groups of scientific disciplines in which the phenomenon of suicidal behavior are distinguished: humanitarian, medical and humanitarian, as well as the medical and biological sciences. The definition of clinical suicidology is given, as well as the challenges facing this section of the general suicidology. The conclusion is that the definition of suicidology as an interdisciplinary field of knowledge shows the need for an integrated approach to the scientific study of suicidal behavior and the development of effective programs for suicide prevention.

Key words: suicidology, multidisciplinary approach, suicidal behavior

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 616.89-008

К ИСТОРИИ ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К СУИЦИДУ*

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156, ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899, ORCID iD: 0000-0002-1826-486X, Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной профилактики ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510

* Переработанный текст главы планируемого руководства по суицидологии под ред. проф. Б.С. Положего

До XIX века «проклятый вопрос» самоубийства – в перекрестье внимания религии и морали, юриспруденции и философии, искусства (мнения поляризованы от принятия до осуждения); с приходом позитивизма – совокупный результат специальных наук. Философы, художники, психологи превратили самоубийство в лабораторию изучения важнейших проблем бытия: душа и тело, субъект и объект, человек и Бог, человек и общество, часть и целое. Веками философы (благо и право суицида), теологи (грех суицида) и творцы искусств (суицид трагичен и сакрален), психиатры (суицид как симптом) и психологи, социологи, правоведы (суицид криминализован и декриминализован) наполняли микрокосм самоубийства неким смыслом, решая вопросы свободы воли и смерти, торжества души и тела, связи человека и Бога, личности и общества. В историко-философском (аксиологическом) аспекте отношение к суициду от страха и отвержения к терпимости, сочувствию указывает меру понимания добровольной гибели. Жертва вызывает сострадание (невыносима мука бытия), самоубийство менее вызывает ужас и общественное осуждается как отклоняющееся поведение.

Ключевые слова: суицид, история, отношение, общество

«Самоубийство есть событие человеческой природы, хотя оно уже с давних пор и очень обстоятельно обсуждается, требует от каждого человека участия и в каждой эпохе должно снова обсуждаться»
И. Гёте

Самоубийство – ровесник человечества и его болезней роста, но термин «суицид» в ходу с середины XVII века. В любом обществе и известный исторический момент определённая склонность к самоубийству [1]. В суицидальном поведении (СП) информация об «акторе» (здесь: суициденте или группе риска СП) и окружающем мире [2].

Отношение к самоубийству изменчиво под влиянием взаимосвязанных факторов религии, закона, морали. То, что отвратительно в одном обществе (культуре), обыденно в другом.

Якобы Александр Македонский спросил солдат многоязычного своего войска, как принято хоронить умерших: одни предавали земле или огню, иные – съедали, приобщавшись к мудрости предков. Опрос усугубил взаимную неприязнь «респондентов».

Жертвенные смерти», или «альтруистические», по Э. Дюркгейму, возможны в любом обществе, и уровень его развития не служит защитным фактором. Рассчитанное на массовое воздействие, ритуальное самоубийство театрально, приобретая индивидуальную окраску [3]. Эстетической наполненности достаточно, чтобы воспевать самоубийство в песнях, мифах, писать пьесы, романы. Примеры самоубийств в фольклоре несут следы идей реинкарнации. Как атрибут жизни древних (третье тысячелетие до н.э.), суицид – часть ритуала: слуги отправлялись за умершим хозяином, благочестивые вдовы сжигались, старики убивали себя, чтобы не стать бременем семье (традиция в некоторых малых народах Севера доньяне). Однако нет письменных источников о «скале

предков» (сравним: персидская царь-птица Семург живет 700 лет, вырастив сына, бросается в огонь). Викинг не ждал «позора» старости или тяжелой болезни (раны). Выбравших смерть ожидало вечное блаженство. Было и есть: самоубийство желаннее (почётнее) плена.

Древний Египет. «Спор разочарованного со своей душой» эпохи Древнего царства (XXI в. до н.э.) – исповедь одинокого и заброшенного (ключевые части современной межличностной теории суицида). Члены академии «синапофименон» (чем не нынешний «клуб самоубийц») по очереди убивали себя, смакуя новые способы (I в. до н.э.). Тысячелетия стерли память о народах и их героях, но воспета Клеопатра, последняя царица эллинистического Египта, 12 августа 30 г. до н.э. отнявшая у Октавиана триумф, отравившись со служанками вслед самоубийству любимого.

Земля Израиля. На иврите «самоубийство» буквально означает «потерять себя». В Танахе оно не названо, но описано. У иудеев самоубийство не распространено: «...не по своей воле ты создан, не по своей воле родился, не по своей воле живешь, не по своей воле умрешь, и не по своей воле должен будешь держать ответ и давать отчет перед Всевышним, благословен Он!» (Мишне Тора). Так, римляне завернули Ханину в свиток Торы и подожгли. Ученики умоляли раби вдохнуть пламя, прекратив муки. Но он отвечал: «Только Тот, Кто вложил душу в тело, имеет право забрать её. Человек не должен приближать свою смерть» (Агада). Тело человека принадлежит Всевышнему, и никто не в праве уничтожать Его собственность. Самоубийца отвергает Божий суд и пренебрегает грядущей жизнью, он убийца, тяжкий грешник, не заслуживает и траура. Закон совмещает неприязнь и отвращение к самоубийству с пониманием и сочувствием к душевнобольным, пьяным, несовершеннолетним («не ведают, что тво-

рят»?), позору героя. На глазах Саула (один из трех самоубийц в Книге Царств) гибнет всё, для чего жил: дети, войско, страна. Израненный царь приказал заколоть его раньше, чем будет пленён, но оруженосец не решился, и Саул бросился на меч. Мудрецы решили: царь защищал честь свою и народа, пытался предотвратить осквернение Имени Всевышнего. Слепленный униженный Самсон с именем Б-га похоронил себя и врагов под обломками дома. По теологической доктрине, Самсон – предвестник и символ Христа. В осаждённой Масаде (I в. н.э.) избрали жребием десять человек, которым предстояло заколоть остальных. И каждый распластался на земле возле своих мёртвых жены и детей, обхватив руками их тела, и с охотой подставил горло десятерым, исполнявшим ужасную обязанность. Эти люди без содрогания пронзили мечами одного за другим. Затем бросили жребий меж собой, чтобы тот, на кого укажет судьба, убил девяти товарищей, затем наложил руки и на себя. И погибли все с уверенностью, что не оставили после себя ни души, над которой могли бы надругаться римляне. Последний из 960 осаждённых поджёг крепость и покончил с собой. Так и нумантийцы (современная Испания) в отчаянии подожгли свой город и убивали друг друга, но не стали рабами римлян (133 года до н.э.).

Отступление от Традиции даже в странах рассеяния вело к отлучению от общины (сходно с древнегреческим остракизмом) – сильнее смерти. Затравленный Акоста (середина XVII в.) стреляет в фанатичного родственника и убивает себя. В годы гибели государства (разрушение Второго храма), в огне Холокоста евреи убивали себя перед угрозой рабства, в «новое время» – гетто, концлагеря, но верующие порой обречённо отказываясь от спасительного бегства (эвакуации).

Античные Греция и Рим. Философское осмысление самоубийства старше естественнонаучного подхода и связано с понятиями смерти, свободы морального выбора и «свободы воли» (М. Фуко), смысла жизни (мировоззренческая проблема, «самый неотложный» фундаментальный вопрос философии для А. Камю), нравственности поступка. По Э. Дюркгейму, суицид отражает интеграцию общества, и как «самостийный» поступок отличен от дозволенного государством. В греческих колониях и римских провинциях суицид разрешён при

убедительных доводах о «бессмысленности и невыносимости бытия»: коли сломлен судьбой, муками болезни – казённая цикута или аконит прекратят юдоль плачевную.

Древнегреческие философы в оценке права на самоубийство не солидарны. Пифагор и Аристотель противостоят эпикурейцам, киникам и стоикам, у Платона и Сократа промежуточная позиция. Добровольно-принудительная смерть Сократа «легка и приятна» при вере в бессмертие души. На картине Давида (XVIII в.) он с чашей яда из болиголовы от застенчивого палача вопрошает Христа: «Можете ли испить чашу, которую пью?». На полу излишние оковы. Строгое мужество философа и отчаяние учеников. В изножье кровати Платон в думках.

Пифагор подсчитал, что своевольный уход даже одной души нарушит гармонию мира (вспомним: «... по ком звонит колокол...»). Платон предлагал хоронить самоубийц отдельно, без памятника, но, не отрекаясь от учителя, примером Сократа показал: самоубийство «идеального человека» – исключение для высшей силы (сходно мнение первых христианских богословов о мучениках за веру). В «Федоне» бессмертная душа Сократа путешествует по прекрасным местам на пути к совершенству. Отнеся и себя к «идеальному исключению», некий Клеомброт бросился в море, прочтя соответствующий диалог.

У Аристотеля суицид – малодушный безнравственный и антиобщественный (антигосударственный) поступок даже во спасение от нищеты, телесных и душевных мук.

Эпикур призывал не сдаваться судьбе, но по необходимости «... смело отрешись от неё и от всех, кто по пустоте скован ею; выйдем из жизни с прекрасными словами на устах: «Хорошо прожили!». Позиция эпикурейцев сливается со стоической, но лишь здесь. Для стоиков суицид – добродетель, освобождение, превосходство над богами. У первого стоика Зенона все «основания» проститься с жизнью в ранней юности, но падает и ломает мизинец перед 100-летним юбилеем. Знак понят, удушается: «жизнь теряет ценность, когда человек не может надеяться на счастье ни для себя, ни для других». Клеант, его ученик, следует за ним.

В Спарте суицид осужден, но легендарный Ликург, получив прорицание, что его законы удачны, государство достигнет высшей славы, пока будут им верны граждане, дабы не освобождать тех от клятвы, уморил себя голодом.

Поздние киренаики, заняв нишу меж Сократом и Эпикуром, отрицали возможность счастья для человека (пессимизм): удовольствие как высшее благо безнадежно перевешено нестерпимым страданием, и проповедовали самоуморение голодом как действенное лекарство. Гегесий так красноречиво доказывал в Александрии бедственность жизни и утешительность смерти, что прозван «подстрекающий к смерти», как спустя >2000 лет Шопенгауэр. «Пессимистические лекции» запрещены, книга сожжена (сравним с закрытием суицидгенных сайтов Роспотребнадзором), но способ суицида перенят стоиками.

Показательны художественные примеры (кому-то руководство к действию). Ущемленный гордыней Аякс в отчаянии (помутились зрение и ум) убил себя вопреки доводам жены, описывавшей будущее сына-сироты (к вопросу об «основаниях жить»). Геракл в безумии ревности убил жену и детей, но выбирает жизнь в подвигах, ведь самоубийство – трусость. Нельзя отвергнуть мучительную жизнь, но – героически переносить её (Еврипид). Однако отравленный по недомыслию последней (прижизненной) женой, в муках (по иной версии: не способный натянуть лук, перешагнув 50) – бросается в огонь. Виновница смерти не справляется (как в свое время погубленный муж) с лютыми муками раскаяния и «по-мужски» закаляется. В архетипических историях подчеркнуты душевные и телесные страдания как инварианты (и индульгенция) смыслов суицида.

В языческом Риме с культом удовольствий, его и подточившем, суицид романтизирован как акт освобождения, победы над бессмертными богами. Э. Дюркгейм соглашался, что знания ранней истории Рима неточны: фрагменты «Закона XII Таблиц» не упоминают суицид. Самоубийство преступно в трёх случаях: самоубийца – осуждённый тяжкий преступник, солдат (приравнено к дезертирству; оставшимся в живых «помогали»: рубили шею) или раб, не властный над своим животом, первый – избегает наказания, последние – наносят урон государству (хозяину). Если «меланхоличный» раб убивался в первые полгода покупки, владелец требовал вернуть деньги. Однако убивший себя до суда (проскрипции) сохранял честь и имущество семьи.

«Дон Кихот римской аристократии» и приверженец стоиков Катон, перечитывает

дважды «Федона» и убивает себя: с гибелью Республики потеряна свобода. Смирение перед вселенским законом не подразумевает отречения от убеждений, и смерть – высшее проявление свободы. Показательны детали, заучиваемые веками прилежными учениками латыни: близкие умоляли «одуматься», и Катонем сказано, что не решил, как быть, и ему вернули меч. Катон облегченно заметил, что он снова хозяин своей судьбы. Ночью читал платоновское: «отрицание и мятеж, молчание и крик, отчаянное решение и протест» и отдавал распоряжения (пекся о спасении города). Под крик первых петухов вонзил меч в живот; больная рука не смогла нанести сильного удара. Лекарь пытался вложить часть кишок и зашить рану, но Катон раздирает швы.

В русле античного стоицизма самоубийство Катона – высокий пример личного достоинства. Французская революция подчеркнула политический пафос героического гражданина. Смерть Катона ретроспективно оттенила гражданское звучание дилеммы Сократа (по Платону): спасение (побег) или подчинение государству. Так натуралистические детали мучительной гибели неудачливого римского политика («Боги встали на сторону победивших, а Катон – на сторону проигравших». Лукан) стали лакмусовой бумажкой оценки суицида в разные времена.

Последователь стоиков, воспитатель и советник Нерона, Сенека заявляет: вечный закон дал один путь в жизнь, но множество – прочь из жизни, не страдая от болезней и палача. Дверь открыта всем: «Видишь крутой откос... море, реку, колодезь... искривленное дерево... каждая артерия твоего тела – путь к свободе!». «Хорошо умереть» – избежать риска жить плохо, если несчастье настойчиво преследует несчастье. Но! Мудрый и мужественный должен не убегать из жизни, а уходить. «У нас всегда больше слёз, чем несчастий, и мы больше страдаем в мыслях, чем в реальности». Смерть не имеет значения как вещь из разряда «безразличных», и умереть с честью так же прекрасно и правильно, как жить по чести. Самоубийство есть утверждение свободы. Самоубийство Катона сравнивает со смертью раненного гладиатора: тот без стоа принимает от противника добивающий удар.

Нерон (перерезавший себе горло 3 года спустя) обвинил Сенеку в заговоре и предложил выбрать способ суицида. У Рубенса

(«Смерть Сенеки») Сенека вскрыл себе вены (чтобы «не наследить», в большом тазу) и делился с учениками впечатлениями. Женщина прилежно зарисовывает первые признаки смерти. Ноги ослабли, но держат физическая крепость и сила духа.

Для Цицерона суицид не зло, оно мудрецу «полезно». Философы последовательны в выборе конца и своей жизни.

Квинтилий Вар, потерпев унижительное поражение от германцев, совершил самоубийство с оставшимися офицерами. Обесчещенная под угрозой оружия сыном царя целомудренная Лукреция сообщает мужу о позоре. Призывает отомстить и закалывается (тут она не оробела) на его глазах. Гибель приводит к установлению республики. Тема поруганной женской чести и мести за неё станет важной через 2 тысячи лет, вытеснив политический контекст. В классическом источнике изучения латинского языка вергилиевом эпосе «Энеида» Дидона, царица Карфагена, не вынеся потери любимого, на костре закалывается кинжалом. Смерть Дидоны тиражирована живописью, операми и трагедиями как символ жертвенной любви.

На выбор смерть ему предложена была
Он Цезаря благодарил за милость.
Могла кинжалом быть, петлею быть могла,
Пока он выбирал, топталась и томилась,
Ходила вслед за ним, бубнила невпазд:
Вскрой вены, утопись, с высокой кинься кручи.
Он шкафчик отворил: быть может, выпить яд?
Не худший способ, но, возможно, и не лучший.
У греков – жизнь любить, у римлян – умирать,
У римлян – умирать с достоинством учиться
У греков – мир ценить, у римлян – воевать,
У греков – звук тянуть на флейте, на цевнице,
У греков – жизнь любить, у греков – торс лепить,
Объемно-теневой, как туча в небе зимнем.
Он отдал плащ рабу и свет велел гасить.
У греков – воск топить, и умирать – у римлян.

А. Кушнер

В «пляске смерти» слились императоры и враги Рима Ганнибал, Митридат Понтийский, греки Демосфен, Фемистокл, Аристид, сонм мифических и полумифических персонажей.

Историческая философия, широко захватившая лучших людей эпохи упадка античной культуры, представленная императором Марком Аврелием и рабом Эпиктетом, оправдывала самоубийство. «Обычай» («мода»?) убивать себя видных римлян (иные Истории не интересны) настолько распространена, что Тацит

сообщает о самоубийстве некоего префекта как об естественной смерти.

Отношение к суициду менялось от терпимого и даже поощрительного в ранних греческих государствах к законодательно закреплённому запрету в поздней римской империи. Траян в начале II века н.э. запретил выращивать аконит в связи с учащением «подозрительных отравлений» – античный пример ограничения доступа к средству суицида. Наложивших на себя руки «по своей злой воле» не предавали погребению, но сохранены смягчающие обстоятельства: «... невыносимое горе, болезнь, скорбь ... усталость от жизни, безумие или стыд».

В «Дигестах» Юстиана (VI в. н.э.), своде римского гражданского права, самоубийство «без причины» осуждается, поскольку «... кто не жалеет себя, не пожалеет и других».

В Индии, Китае, Японии суицид в особых случаях означал социальное предписание, реализуется с пониманием естественного долга; смерть оборачивается приобретением смысла жизни. Старику позволено кармически нейтральное лишение себя жизни. В Индии вдова сжигалась. Борьбу с «сати» вели англичан, ритуал запрещён во всех княжествах с XIX века. Однако когда женщина бросалась в огонь, общество её одобряло. Нелишне заметить: у вдовы и сегодня мало шансов выйти замуж и найти работу, несколько самосожжений в год – знак нищеты и отчаяния. Закон, однако, грозит не только подстрекающим к самоубийству, но и наблюдающим за самосожжением. Камикадзе находили в смерти честь самопожертвования.

В Японии поначалу распространено самосожжение и повешение, но с XII в. харакири – почётный путь спасения чести самурая. Возможно «ассистированное» самоубийство. Ранения брюшной полости – самые болезненные. Благородные женщины резали себе горло, наносили удар в сердце. В Японии после «реновации» проституции в начале XVII в. внесемейная половая жизнь вынесена в кварталы «красных фонарей». Покинуть его девушка могла лишь выкупленной в жёны, что мог позволить себе лишь богач. И влюблённые выбирали парные самоубийства, надеясь воссоединиться в следующей жизни. Это пример перехода ритуальных самоубийств к индивидуальным [3]. Описаны сочувственно парные самоубийства (скорее убийство-самоубийство) молодых матерей и их детей.

Памятно современное полуопереточное сэлпуку во имя реанимации самурайского духа безумца писателя Ю. Мисима (1970). Вскоре покончивший с собой Кавабата (1972) в Нобелевской речи скажет: «Какова бы ни была степень отчуждённости человека от мира, самоубийство не может быть формой протеста. Каким бы идеальным ни был человек, если он совершает самоубийство, ему далеко до святости».

Даосизм и конфуцианство (*Kumai*) не приемлют суицид: человек отдаётся естественному ходу вещей, но знаком добродетели считались самоубийства вдов (им несладко в любых странах и эпохах), слуг, сановников в опале. Даосизм считает отстраненно – пассивную жизненную позицию идеальной, а суицид – действие. Самоубийство перед домом чиновника заставляло того подать в отставку (сходно с протестным самоповешением на воротах обидчика представителей некоторых малых народов РФ). Якобы 500 конфуцианцев убили себя, не вынеся гибели священных книг, сожженных императором.

Джайны верят, что Махавира разрешил последователям совершать саллекхану – добровольный уход из жизни неизлечимо больного старика через отказ от еды и питья, противопоставляемого убийству себя в силу (вернее – бессилия) перед жизненными тяготами. В Индии в первом полугодии 2015 г. более 100 джайн выполнили саллекхану вопреки запрету Верховного суда.

Реинкарнация в буддизме и индуизме превращает суицид в бессмыслицу: карма вернет человека в ту же ситуацию, смерть не спасет от положенной цепи страданий, но ведет к перерождению в демона или животного. Самоубийство – не постоянное решение временной проблемы, но временное – постоянной. Вряд ли действенны (и с помощью предупрежденных СМИ) самосожжения монахов в знак протеста против преследований буддистов.

Мусульманские страны. Правовой смирно сносит удары судьбы, predetermined Аллахом:

«Среди людей, живших до вас, был человек, у которого была рана. Он испытывал мучительную боль и однажды, взяв нож, сделал (глубокий) порез на руке и (вскоре) скончался от потери крови. Аллах сказал: «Мой раб опередил Меня. Я запретил ему Рай». «Не будьте самоубийцами; кто провинится против этой заповеди, того пожрет огонь ада» (Сура 4). «Тот, кто (намеренно) бросится с горы и погубит себя, будет всё время лететь вниз в (пламени) Ада (куда он будет помещён) навечно; тот, кто (наме-

ренно) выпьет яд и погубит себя, будет держать в руке этот яд и всё время пить его в (пламени) Ада, (куда он будет помещён) навечно; тот, кто убьёт себя, железным орудием, будет держать это железо в руке, поражая им себя в (пламени) Ада (куда, он будет помещён) навечно» (Бухари № 5778). В Коране: «Не убивайте самих себя! (совершая то, что приводит вас к этому). Воистину, Аллах Милостив к вам (запрещая вам это)» (сура «ан-Ниса», аят 29)

Мусульманские страны Ближнего Востока и Северной Африки – неизменно в нижней части рейтинга ВОЗ уровней суицидов, подчеркивая относительную значимость как антисуицидального фактора – экономического развития страны, но – силу традиций (института семьи). Неизвестно пока послевкусье (похмелье) «Арабской весны», но протестное самосожжение спровоцировало её запал, «Финиковую революцию» в Тунисе. Известны протестные самосожжения полуосвобождённых женщин в бывших среднеазиатских республиках СССР. Убийство-самоубийство не позволяет террористу именоваться «шахидом» (воином, погибшем в бою с вооруженным врагом, защищая веру, родину или семью). Ваххабитская демагогия противоречит исламу, уходит корнями в сектантскую и магическую субкультуру.

Христианские страны. Христианство проповедовало презрение к земной жизни, новообращённые (нищие страдальцы) стремились скорее попасть в Царствие Божье. В Библии суициды (насчитано семь) не осуждены, но и не одобрены (помимо Иуды). Любопытный случай перед персидским царём без зова, заслуживал казни, если только царь не протянет ему золотой скипетр, выражая милость (книга Есфирь). Самоубийство христианина подобно вторжению к Небесному Царю, не дождавшему приглашения. Он протянет скипетр, сохраняя вечную жизнь, но Он не доволен своеволием. Библейский стих 1 Коринфянам описывает то, что ждёт такого христианина: «... сам спасётся, но так, как бы из огня». Распятие Христа – самоубийство чужими руками по воле Пославшего его. С IV в. религия осуждает суицид как «худший» грех, ведь не дано раскаяться: покушение на святость человеческой жизни и Бога, дающего и отбирающего этот дар.

Донатисты стремились к святости через культ суицида, но господствующая и всё более сращенная с государством религия более не нуждалась в мучениках веры («от римских цирков к римской церкви»). И. Бродский), и объявила фанатиков в ереси, усмотрев грех гордыни.

Блаженный Августин для христианских мучеников отвёл нишу самоубийц по велению Бога (помним «прецедент Самсона»), но иных оправданий «обыкновенному» прихожанину нет. Осуждена посмертно не христианка Лукреция: «Если невинна, почему себя убила?», видит в её выборе стыд, а не высокие побуждения. В противовес одобрены 300 монахинь, осквернённых римлянами – не мстить себе за грехи других, умножая преступления. Для Господа они невинны.

Пять церковных соборов подтвердили воззрения Августина и систематизировали наказания за суицид. Самоубийство ставит под сомнение животворящую сущность и мудрость Бога, отказ творения (человека) признать творца (Бога). В XI веке св. Бруно назвал самоубийц «страстотерпцами во имя Сатаны». Фома Аквинский (XIII в.), в русле идей Аристотеля, усматривал в самоубийстве трижды грех: против Господа, дарующего жизнь, общественного порядка, против своего естества (самосохранения); самоубийца высокомерно отворачивается от Бога. Суровым однозначным «нет» св. Фома гвоздит давние «ситуационные вопросы»: может ли христианка убить себя при угрозе насилия («Не осквернится тело без соизволения души») и допустимо ли самоистребление во имя Господа («Так поступает душа слабая, не способная вынести страдания»).

С XVI в. «эпохи кулачного права и поразительной грубости нравов» (П. Сорокин), исходя из шестой заповеди «не убий», суицид признан католической церковью убийством даже если жертва – душевно или телесно болен. «Извинительное самоубийство» мучеников (св. Августин) отвергнуто. Страдания ниспосланы во искупление грехов и ради жизни вечной. Запрещено отпевать, хоронить жертв суицида в освященной земле, их имущество конфисковано. Совершивших попытку отлучали от церкви, отсылали на каторгу как убийц.

С приходом Христианства распалась дихотомия «должное – прекрасное» и изменено отношение массового сознания к самоубийству [3].

Решившего умереть не остановить угрозами мучительства его останков: он лучше подготавливается. Светская власть властна лишь над живым, но церковь, сросшая с государством, грозила муками вечными.

В загробной жизни души самоубийц обречены на вечные адские муки. Среди тщательно

расчерченных кругов ада «Божественной комедии» (чем грех материальнее – тем прощительнее) седьмой – для насильников над собой и состоянием (игроки и моты) – бессмысленные истребители своего имущества. Чуть выше (первый пояс) – тираны и разбойники (созвучно с нынешним представлением о девиантном поведении). В Лесу самоубийц их листьями кормятся Гарпии. В судный день самоубийцам не обрести телесную плоть: «не наше то, что сбросили мы сами».

Виновны и пособники смерти:

Что если кто-то в Мантуе решил
Прибегнуть к яду, торговать которым
Запрещено под страхом смертной казни,
То именно у этого бедняги
Свою отраву он бы приобрел

Шекспир. «Ромео и Джульетта»

Равно жестокие сросшие светские и церковные законы были трудно осуществимы (законы против мертвых зачастую мертвы). По возможности самоубийства скрывались. Но глумление над трупами и наказание выживших, в том числе близких – возможно, не столь бессмысленны. С торжеством христианства самоубийств стало (верится) меньше (на религиозную принадлежность как антисуицидальный фактор указывает Э. Дюркгейм), но люди убивали себя, невзирая на земные и небесные кары. Так, в группе риска – монахи, страдающие, как иные смертные, депрессией. «Демона печали» не могли сокрушить «посты, бдения и все монастырские строгости» (Иоанн Златоуст). По аналогии с большей частотой психически больных среди психиатров (объяснённой Крепелиным), предположим, что душевно неустойчивые в стенах обители искали успокоения, убежища, решения мучительных внутренних вопросов.

Христианская доктрина связывает самоубийство со злонамеренным отклонением от Бога, греховной сутью человека. Опосредованной причиной греха, в частности, самоубийства, является воля человека. В «оттепель» Просвещения на смену грешному от рождения человеку, и жизнь проводящего под гнётом первородного греха, пришёл человек, заявляющий права на жизнь и смерть. Совершая самоубийство, человек внешне и внутренне демонстрирует несогласие с участью и местом в мироздании. Совесть допускает этот шаг, а это означает разрушение образа Бога в сердце. Он духовно «умирает». Это смерть личности.

Эпоха безоговорочного осуждения суицида отступала.

Средневековой философией заложены онтологические основания идеи антропоцентризма мира Возрождения («большой мастерской», анфаса Дюрера) – созданного для радости сотворца Бога. Если же двойственная природа человека и мира обернется темной стороной, самоубийство – верное средство против страданий не способного быть полезным обществу и себе. Эволюция установок к СП сопряжена с развитием научного мировоззрения и обыденных представлений. Светская, позитивистская модель человека рассматривает суицид как возможное, но неестественное завершение жизни, в контексте свободы выбора жизни и неизбежной смерти. Поворот к терпимому отношению к СП связан с ослаблением религиозных запретов на самоуничтожение. Пример полунамеренного самоубийства («смертью смерть поправ») в Новом Завете сохраняет традиции самопожертвования, чести.

Для Томаса Мора («Утопия», XVI в.) самоубийство – «святой» способ почетного ухода из жизни нетрудоспособного, ставшего бременем обществу; избавление от мучений: допускал добровольную смерть неизлечимо больного в голоде или усыпленного, не чувствующего «легкой смерти» (по Ф. Бэкону, XVI в.).

Монтень (XVI в.), впечатлённый «благородными самоубийствами» античности во имя долга и любви, не возводя их в абсолют, полагает жертву суицида неподсудной: «Подобно тому, как я не нарушаю законов, установленных против воров, когда уношу то, что мне принадлежит, или сам беру у себя кошелек, и не являюсь поджигателем, когда жгу свой лес, точно так же я не подлежу законам против убийц, когда лишаю себя жизни» («Опыты»). Положить конец своей жизни – не выбрать смерть (все умрём), но её час (самоубийца обгоняет судьбу), как при невыносимых болях и опасениях худшей смерти. У каждого право на самоубийство: «Лучший дар, который мы получили от природы... возможность сбежать». Самоубийство – наименьшая и наибольшая мера свободы.

Бог дал жизнь в «собственность», и человек подсуден только себе, совести, окружающим, но не государству. Самоубийство может быть осуждено религией, моралью, но абсурдно наказание самоубийц (мертвецов).

Ф. Бэкон (первая треть XVII в.) призывает, по античной традиции: «... если недуг неизле-

чим, лекарь должен обеспечить пациенту лёгкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия».

Спиноза, вслед Платону, пишет не только о малодушии самоубийства, но социальной детерминированности и недостатке жизнеукрепляющих обстоятельств в окружении: «Те, кто лишает себя жизни, имеют душу, поражённую бессилием; их натура потерпела полное поражение в борьбе с внешними обстоятельствами», – неизменно точен Спиноза, выделяя внутренний момент СП – «душу, поражённую бессилием» и внешний – «борьба с внешними обстоятельствами», согласно современной модели «диатез-стресс». Жертва суицида отягощена негативным опытом жизни, угнетающим настоящее и затуманивающим смысл будущего, не способна адекватно переработать внешнюю и внутреннюю реальность, глубоко переживает бессилие, и жизнь становится для него тяжким бременем.

Апологию самоубийства отправляет «в стол» осмотрительный диакон Джон Донн, но через полвека она изложена детально и научно-образно.

Д. Юм в поначалу запрещенном эссе «О самоубийстве» (1777) провозглашает: «Постараемся же вернуть людям их врождённую свободу, разобрав все обычные аргументы против самоубийства и показав, что указанное деяние свободно от всякой греховности и не подлежит какому-либо порицанию в соответствии с мнениями всех древних философов». Человек не обязан приносить незначительное добро обществу, нанося вред себе: нет смысла влачить жалкое существование дряхлым, неизлечимо больным. Невыносимая жизнь – знак свыше. Пора. О страдающих близких суицидента – ни слова. Юм укрепил СП в философской концепции «человек – часть человечества».

Право на добровольный уход из жизни отстаивали французские просветители XVIII в. как «естественное» освободившегося от пут религии человека. Вольтер не нашел в Заветах «места, запрещающего самоубийство», потому безрассудно «... вешать меня за ноги, когда я не существую, и что за разбой обкрадывать моих детей?». Солидарно с Эскиролем, указывает наследственный характер суицида, приводя поучительный случай:

«Я видел почти собственными глазами самоубийство, которое заслуживает внимания врачей. Зрелого возраста человек, живший в хороших условиях, занимавшийся серьезным трудом, не подвер-

женный никаким страстям, наложил на себя 17 октября 1769 года руки и оставил магистратуру города, в котором он жил, посмертную записку, в которой он извинялся за свой поступок. Опубликовать этот документ не нашли нужным из-за боязни вызвать и других людей на подобного рода поступок. До этого пункта мы ничего экстраординарного не видим; подобные случаи попадаются везде. Поражает лишь следующее: его брат и отец тоже кончили самоубийством в том же возрасте. Какая тайная закладка духа, какая симпатия, какое содействие психических законов ведёт отца и двух его сыновей к тому, что они в том же возрасте, одним и тем же образом от своей же руки погибают».

Пьеса Аддисона «Катон» (начало XVIII в.) вызвала бурное обсуждение моральной стороны самоубийства и послужила точкой отсчёта понимания реальных самоубийств [4].

В 1737 г. разорённый родственник Аддисона (писатель) бросился в Темзу, оставив записку: «что сделал Катон и Аддисон оправдывал, то не может быть дурно». При этом изображение суицида в театре запрещены для укрепления общественной морали.

Работы французских просветителей касались всех сторон нравственной жизни европейцев. Вне запретов религии и государства («все разрешено?») решение о самоубийстве стало делом морального выбора человека. Поэтому Э. Дюркгейм позже выделит «альтруистическое самоубийство», и Питирим Сорокин (1913) не считает смерть самурая или старика (!) самоубийством.

Мыслители XVIII-XIX вв. видят в самоубийстве безнравственный поступок, унижение человеческого достоинства. В концепции Канта моральное внешнее принуждение заменено безоговорочным внутренним. Самоубийство нарушает логическую и эстетическую целесообразность природы и человека как эгоистический акт, поражение любви к себе при двойственном желании (сходно с амбивалентностью суицидента Э. Шнайдемана из XX в.) умереть и улучшить жизнь.

Родоначальник европейской концепции человека И. Кант философски рассматривает самоубийство в аспектах долга человека перед собой и человечеством:

«Произвольное лишение себя жизни только тогда можно назвать *самоубийством* (*homicidium dolosum*), когда может быть доказано, что оно вообще преступление по отношению к нашему собственному лицу или по отношению к другим... Человек не может отчуждаться от своей личности, пока дело идёт о долге, следовательно, пока он жив...». И далее: «... человек не есть какая-нибудь

вещь, стало быть, не есть то, что можно употребить только как средство; он всегда и при всех своих поступках должен рассматриваться как цель сама по себе. Следовательно, я не могу распоряжаться человеком в моём лице, калечить его, губить или убивать».

Кант налагает «комплексное вето» на суицид, выставленное категорическим императивом, и очерчивает его назидательно-нравственными границами:

«...стойк считал преимуществом своей личности (мудреца) добровольно, со стойкой душой уйти из жизни (как из полного дыма помещения), не будучи вытесненным ни настоящим злом, ни опасением будущего зла, поскольку он уже ничем не может быть полезным в жизни. – Но именно это мужество, эта душевная стойкость, отсутствие страха смерти и стремление познать нечто, что человек может ценить выше своей жизни, должны были бы служить ему ещё сильнее побудительной причиной к тому, чтобы не разрушать себя, существо со столь большим превосходством сил над могущественнейшими чувствительными мотивами, следовательно, не лишать себя жизни».

Неприятие суицида характерно для классической философии (затем – экзистенциальной), как и христианского мировоззрения. И как общее когнитивное свойство, оно проследовало из классической философии в экзистенциальную разновидность

Гегель («Философия права», 1820) находит в самоубийстве отрицательную волю:

«... освободиться от всего, отказаться от всех целей, абстрагироваться от всего» вместо упорного познания мира.

У Шопенгауэра (XIX в.), суицид – ложное спасение от разочарования; осудим самоубийство, чтобы не быть на него осужденным:

«Самоубийца ... прекратил не волю к жизни, а только жизнь ... самоубийство представляет собою боль, которая может излечить его от воли к жизни».

Сходна позиция Фейербаха, видящего в суициде избавление от страданий как результат инстинкта самосохранения.

«Еретик-индивидуалист» Ницше: признает право на самоубийство, коли спасёт дело жизни для последователей, не оскверненное немощью тела. О самоубийствах от скуки, тоски или неразделённой любви – скептически: «Наши самоубийцы дискредитируют самоубийство – не наоборот». «Человек предпочитает хотеть Ничто, чем ничего не хотеть» («Генеалогия морали», 1886). Неясно: речь о допустимости самоубийства земного человека или сверхчеловека.

Дискурс суицида оказался на пересечении интересов естественных наук, обществоведения и правоведения, религии и литературы.

Гибель знакомого побудила Гёте (в свое время подумывал о смерти, полюбив обрученную с другим) в «Страданиях юного Вертера» (1774) показать конфликт романтика с миром и недостижимость любви: чувствительный юноша безуспешно ищет взаимности замужней добропорядочной дамы. Романист мотивировал самоубийство героя не только несчастной любовью, но и уязвленным честолюбием. За канвой драмы – протест против пагубного феодально-правового уклада, препятствию свободному материальному и моральному развитию новых людей. Тесное сцепление личных и общественных обстоятельств гибели Вертера отозвалось в сердцах читателей.

Восхищавшиеся самообладанием Сократа и Катона романтики, прониклись и страданиями гётевского героя, что вызвало «эпидемию самоубийств» (полагалось убивать себя одетым «как Вертер» и с книгой на столе), со слов современников, в Европе (России) и Америке, «свирепствовавшую» вплоть до 1820-х гг. [цит. по 4]. Однако рост суицидов не объяснить влиянием печатного слова на далекое от книг и грамоты население: речь о культурологическом факте и медицинском мифе. Однако философские споры и судьбы вымышленных героев пересекались с поведением нескольких десятков молодых романтиков, возвысивших страсти Вертера до оси Сократ-Христос, и не остановленных натуралистическими деталями мучительной агонии жертвы. В начале XIX в. вместе с хлынувшим потоком мрачного настроения, овладевшим Европой, разразится новая «эпидемия» [5].

Французская революция в вихре кровавой вакханалии декриминализовала суицид. Затем судебное преследование суицидентов прекращено и в иных странах Европы.

Однако Бонапарт (семь раз перечитавший «Вертера»), озабоченный «небоевыми потерями» в армии, приказывает: «Солдаты! Нужно уметь преодолевать сердечные страдания! Для того чтобы выдержать душевные невзгоды, потребно не меньше силы воли и мужества, чем для того чтобы выдержать залповый огонь неприятеля!». И запретил читать «Вертера». Он же: «Смерть как акт отчаяния – трусость. Самоубийство не отвечает ни моим принципам, ни месту, которое я занимаю на мировой арене. Я человек, приговоренный к жизни». При этом император не расставался с флаконом опия в

«ледовом походе» в России, страшись плена, и принял его («просроченный») после первого отречения.

Новое время оживило гибкую гуманистическую традицию античных философов: у государя не только права, но обязанности, у подданных не только обязанности, но права. Предстояло решить: право на жизнь – обязанность, от коей можно отказаться?

«Самоубийство, которое прежде считалось преступлением, поскольку было способом присвоить себе право на смерть, отправлять которое мог лишь суверен – тот ли, что здесь, на земле, или тот, что там, по ту сторону, – стало в ходе XIX века одной из первых форм поведения, вошедших в поле социологического анализа; именно оно заставило появиться – на границах и в зазорах осуществляющейся над жизнью власти – индивидуальное и частное право умереть. Это упорствование ... было одним из первых потрясений того общества, где политическая власть как раз только что взяла на себя задачу заведовать жизнью» [6].

С начала XIX в. суицид стал и «медицинским фактом», но в цивилизованных странах закон ещё наказывал пытавшихся «неудачно» уйти из жизни. На исходе XIX в. признано право человека на жизнь, но она – не тяжкая обязанность. Самоубийства вычеркнуты из состава уголовных преступлений, став предметом интереса психиатров. Объясняя суицид лишь медицинскими причинами, общество стигматизирует девиантное меньшинство, уменьшает социальную ответственность за индивидуальный поступок.

В первой половине XIX в. самоубийство романтизировано как эстетически организованная смерть, бунтарство против несовершенного мира. В эпоху сентиментализма самоубийство приобрело смысл торжества иррационального в отчужденном мире.

Юные драматурги Виктор Эскус (18) и Огюст Лебра (15 лет) проснулись знаменитыми после пьесы «Мавр Фаррук», но следующие провалились. Согласно романтическим веяниям начала XIX в., отравились угарным газом, держась за руки и оставив декларации. Эскус: «желаю, чтобы газеты непременно напечатали следующее: «Он убил себя, потому что ему здесь было не место; потому что у него не хватило сил идти вперед или пятиться назад; потому что его душой в недостаточной степени владела жажда славы – если душа вообще существует». Лебра менее велеречив: «...Умираю, но не оплакивайте меня: моя участь должна вызывать не сожаление, а зависть» [цит. по 7].

В XIX в. с развитием позитивизма помимо проблем свободы воли, долга перед обществом или грехе поднят вопрос о безумии как при-

чине суицида. Морелевское вырождение (в третьем поколении душевные болезни и суициды) в последней трети XIX в. показано в 20 томах эпопеи «Ругон-Маккары» Золя, иронично и позже – Гашеком:

«Отец его был алкоголиком и кончил жизнь самоубийством незадолго до его рождения, младшая сестра утопилась, старшая бросилась под поезд, брат бросился с вышеградского железнодорожного моста. Дедушка убил свою жену, облил себя керосином и сгорел; другая бабушка, шаталась с цыганами и отравилась в тюрьме спичками; двоюродный брат несколько раз судился за поджог и в Картоузах перерезал себе куском стекла сонную артерию; двоюродная сестра с отцовской стороны бросилась в Вене с шестого этажа».

Россия XV–XIX вв. Православное христианство называет самоубийство тягчайшим двойным грехом – убийства и отчаяния; в них нельзя покаяться. Вплоть до реформ Петра самоубийство находилось в ведении церковных законов. Законодательство (с Петра I, строителя государства и государственной церкви), православная церковь, как и католическая строги к суициду. Согласно Воинскому уставу Петра I (1716 г.), за самоубийство как тяжкое преступление карали труп. Душевнобольного (меланхолией) хоронили вне кладбища, «но не в безчестном месте». Только в 1905 г. из Устава Врачебного исключена ст. 710: «Тело самоубийцы надлежит палачу в безчестное место оттащить и закопать там».

Взгляды на самоубийства, как и меры, применяемые к самоубийцам и / или душевнобольным в разные времена противоречивы и непоследовательны. В допетровской Руси с XVI–XVII вв. представления о душевных расстройствах с религиозным толкованием бесоудержимости сочетались с языческой верой в колдунов и порчу. Наряду с относительно гуманным монастырским призреванием и освобождением от уголовной ответственности душевнобольных (суицидентов) порой сжигали, выживших и мертвых.

Официальная позиция православной церкви восходит к Канону 14 Тимофея Александрийского: «... священнослужитель должен рассудити, подлинно ли, будучи вне ума, соделал сие. Ибо часто близкие к пострадавшему от самого себя, желая достигнута, да будет приношение и молитва за него, неправдуют и глаголют, яко был вне себя. Может же быта, яко соделал сие от обиды человеческия, или по иному какому случаю от малодушия и о таковом не подобает быта приношения, ибо есть самоубийца. Посему священнослужитель непременно должен

со всяким тщанием испытывати, да не подпадает осуждению».

Формулировка сохраняет статус закона православной церкви. Таким образом, «экспертиза» СП возложена на священника; душевнобольной – безгрешен; подчеркнуто и неизменное стремление семьи скрыть причины трагедии. В конце XIX в. С.В. Булгаков («Настольная книга для священно – церковно – служителей», 1898) сетовал, что с ростом самоубийств увеличилась терпимость к ним приходских священников. Призывая блюсти авторитет христианской традиции, «Самоубийство, совершенное обдуманно и сознательно, а не в припадке умоисступления» приравнивает к убийству, согласно Августину, самоубийство полагает утверждением неверия: с 1870-х гг. общественное мнение в России связывало рост самоубийств с наступлением атеизма.

Однако строгость любых российских законов «смягчается необязательностью их исполнения».

В XIX в. уголовно наказуемы «за доставление средств самоубийства, подговор», но самоубийца не лишался христианского погребения, коли был безумен (решение – на усмотрение священника). Статьи об ответственности за самоубийство и за покушение на него действовали до 1917 г., но кары за попытки самоубийства смягчены. Церковь заботилась об уцелевшей пастве, выполняя профилактическую миссию.

Максим Горький (19 лет, конец XIX в.), чудом и людьми спасенный после самострела (запланированная попытка с серьезными медицинскими последствиями), оценен как душевно здоровый, придан приватному суду приходского священника, объяснившему «значение и назначение здешней жизни, убедил его на будущее дорожить оною, как величайшим даром Божиим, и вести себя достойно христианского звания, о чём к исполнению и послан указ». Эффективная духовная кризисная терапия в постсуициде.

Групповые самоубийства связаны со старообрядцами: сжигаемы и сжигали себя с конца XVII и, спорадически, до середины XX века. Среди беспоповцев отмечены и самопогребения, самозаклания, «запощивание» (от голода) и самоутопление. Смерть раскольников и «еретиков», обречённых на гибель, вряд ли вызывала сочувствие у большинства православных, но внимание психиатров нового времени.

Со второй половины XVIII в. отношение к самоубийству более идейно насыщено. Сценарии поведения русские дворяне искали у Плу-

тарха и Тацита, в «галереях знаменитых самоубийц». Программа подразумевала демонстрацию героических свойств: мнение, независимое от общего (придворного, государственного); невозмутимость при лишениях; неустрашимость смертью.

Вслед за столпами Просвещения, Радищев (конец XVIII в.) утверждал, что не боящийся смерти свободен от власти тирана, но привычка, страх, суеверие и обман удерживают цепи. Добровольная смерть спасет от угнетения, разрешает конфликта с обществом: «Тогда вспомни, что ты человек, вспомни величество твоё, восхити венец блаженства, его же отъяты у тебя тщатся. Умри». В «Путешествии из Петербурга в Москву», «крестичский дворянин», даёт завет детям умереть, если «доведен ну до крайности, не будет тебе покрова от угнетения... наследию вам оставляю слово умирающего Катона».

В главе «Бронницы» упомянуты размышления Катона о бессмертии души. В «Житии Федора Васильевича Ушакова» описал самоубийцу: «Случается, и много имеем примеров в повествованиях, что человек, коему возвещают, что умереть ему должно, с презрением и нетрепетно взирает на шествующую к нему смерть во сретение. Много видали и видим людей отъемлющих самих у себя жизнь мужественно... Нередко таковой зрит и за предел гроба, и чаёт возродиться».

Самоубийство «русского Катона» (начало XIX в.) по возвращении из ссылки стало актом свободной личности [8].

Н. Глинка, приверженец Радищева, описал опыт гауптвахты:

«Подвиг Катона, поразившего себя кинжалом, когда Юлий Цезарь сковал его цепями, кружился у меня в голове, я готов был раздробить её об стену».

С конца XVIII в. право контроля человека над своими жизнью и смертью подпитано отчаянием рокового противоречия идей меланхолической сентиментальной литературы и «отвратительной» русской действительности («То, что мы называем отчаянием, часто всего лишь мучительная досада на несбывшиеся надежды». Томас Элиот). Романтизм культивировал образ эстетически (можно спорить, памятуя об агонии Вертера) и гармонически оформленного индивидуального самоубийства.

В «Российском Вертере» (конец XVIII в.) высокочувствительный герой убивает себя из-за несчастной любви (конечно, к замужней); на столе трагедия о Катоне. Следует за героем и автор (М. Сушков), посередине жизненного мая, в 16 лет, но без намека на любовь. Деньги

велит отдать нищим («а попам ничего») и освободить крепостного слугу.

«...решение принято, я хочу умереть. Вы скажете все это «английский сплин», некоторые фанатики скажут это вселился в него дьявол – ничего подобного ... Просыпавшись, не иметь приятной цели для наступающего дня, ложиться, не надеясь быть веселее завтра ... не почитайте меня обезьяною Вертера, а ещё менее безумным. Право, во мне нет ни безумия, ни меланхолии, от которой тетушкина Агафья спрыгнула в колодезь... Что сей прекрасный свет' училище терпеть. Что каждый миг есть' зло и будущих зол семя. Зачем родимся мы' поплавав умереть...» [цит. по 8].

Пространное предсмертное письмо дорогим дядюшкам проникнуто неверием в бессмертие души; в списках ходило по рукам, не минуя Екатерину II и Н.М. Карамзина.

Карамзин сочувствует выдуманному благородному самоубийце («Письма русского путешественника») и оплакал гибель «прекрасной душой и телом» бедной Лизы (ведь и «крестьянки любить умеют» и погибать тоже), породившей серию отечественных самоубийств. Но сомневается («Вестник Европы»), что «книги, в которых оправдывается самоубийство, умножили число сих преступников», «несчастный, ненавидя жизнь, легко решится умертвить себя, когда писатели, им уважаемые, хвалят такое дело», но восклицает: «Хорошие авторы! думайте о следствиях, что вы пишете!».

Литературный самоубийца стал единственным другом по несчастью, объектом идентификации и катарсиса («несчастливым был полезен»). Инсценированные по историческим и художественным мотивам самоубийства вписаны в стиль «бытового вертеризма» [8].

Показательно свидетельство современника (конец XVIII в.):

«... несчастный отец сенатор Вырубов: вчера другой сын, артиллерии офицер, застрелился. В два месяца два сына столь постыдно кончили жизнь свою. Опасно, чтобы сия Аглицкая болезнь не вошла в моду у нас».

«Массовые» самоубийства просвещённой молодежи [цит. по: 8], которое Карамзин, вслед за европейскими писателями, считал результатом «английского климата» (сплина), объяснено французским вольнодумством.

В предсмертном письме помещика Опочинина (конец XVIII в.):

«отвращение к нашей русской жизни есть то самое побуждение, принудившее меня решить самовольно мою судьбу. О! Если бы все несчастные имели смелость пользоваться здравым рассудком...». Опочинин предал свое тело, бездушную

«машину», управляемую законами природы, в руки местных властей («Я его столько презираю...») и велел освободить своих крестьян, проведя последние часы за переводом Вольтера.

В недолгих прощаниях самоубийц не волновала судьба своих тел, но уверены (?) в исполнимости распоряжений о собственности.

С пореформенных лет, первой российской «оттепели», рождения статистических комитетов и массовой периодической печати, самоубийства (некий рост при большей гласности) вызывают неизменный общественный интерес.

Ф.М. Достоевский, автор и издатель журнала «Дневника писателя», переписываясь и встречаясь с замыслившими самоубийство, полагал, что понимание причин и смысла самоубийства, едва ли доступно самому самоубийце, его близким, врачу, журналисту. В «Дневнике писателя» (1876) осуждены «самоубийства от скуки», бездуховности (равнодушия к религии): «Опять новая жертва и опять судебная медицина решила, что это сумасшедший! Никак ведь они (то есть медики) не могут догадаться, что человек способен решиться на самоубийство и в здравом рассудке от каких-нибудь неудач, просто с отчаяния, а в наше время и от прямолинейности взгляда на жизнь. Тут реализм причиной, а не сумасшествием». Ведь «Жизнь хороша, а мы были худы» И ещё: «Потеря высшего смысла жизни... несомненно, ведёт за собой самоубийство». Мысль русского атеиста-вольтерьянца Опочнина закончена в 1870-е гг. Достоевским: жизнь земная закончится массовым самоубийством при торжестве «европейской заразы атеизма и социализма».

Самоубийство, по Достоевскому, – печальный извод материализма. Победа безверия и своеволия смертельно большого Ипполита («Идиот») привела к постулату:

«Я умру, прямо смотря на источник силы и жизни, и не захочу этой жизни! Если б я имел власть не родиться, то наверно не принял бы существования на таких насмешливых условиях. Но я еще имею власть умереть, хотя отдаю уже сочтенное ... Протест иногда не малое дело...». Самоубийство, эффектно продуманное, сорвалось, но курок спустил, момент перехода в смерть испытал. Умер все же от чахотки «в ужасном волнении и несколько раньше, чем ожидал...».

Знаковое художественно-философское самоубийство в России исхода XIX в. – Кириллов («Бесы») – отлично от платоников, не освобождает душу, а самовольно присваивает власть Бога. Идеальному брату Кириллова Ивану

Карамазову Достоевский передоверяет иное следствие того же посыла: «Если Бога нет, то все позволено». Но «если нечто не дозволено, то самоубийство не дозволено (Л. Витгенштейн); запрет на самоубийство служит первичным запретом и делает все прочие возможными. Богоборческий подход переработан Ницше и Камю и стал моделью самоубийства XX в. как права человека исключительного (не «твари дрожащей»).

Достоевский увязывает самоубийство с бессмертием: «... ибо только с верой в своё бессмертие человек постигает всю разумную цель свою на земле». Появляются основания духовного толкования самоубийства.

Н.А. Бердяев показал особенности отношения к самоубийству в русской духовной философии: «Я не сужу его. Когда человек убивает себя, потому что его ждёт пытка и он боится совершить предательство, то это, в сущности, не есть даже самоубийство». При индивидуальной природе суицида не может существовать единой оценки: все оценки суицида максимально единичны и они достоверны в той мере, в какой индивидуальны

По Дюркгейму, возраст и жизнеспособность общества определён идеалами и высшими ценностями. Старый мир втягивался в воронку аномического саморазрушения, ломки основ русского жизнеустройства.

На рубеже XIX-XX вв. самоубийство – социальная, онтологическая, медицинская проблема, знак социального пессимизма, протеста, утраты смысла жизни во время морального и метафизического (духовного и душевного) кризиса. Серебряный век», убитый войной 1914 г., обозначил упадок умонастроения: неизбывную усталость и социальную апатию при пресыщении чувств, «одиночество в толпе». Философско-эстетический дискурс подчеркнул экзистенциальную пустоту и тупик «смены вех». В.В. Розанов полагал, что «расхождение души» едва ли не главный источник «беспричинных самоубийств» или самоубийств за «потерю смысла жизни».

В «доброе старое время» самоубийства были относительно редким явлением; теперь же нет ни одного номера газеты, где бы ни значилась данная рубрика, где бы в двух трех строчках лаконично не сообщалось о том, что один бросился в реку, другой застрелился, третий отравился, четвертый повесился ...» [5].

В редкой корреспонденции не сообщено: «обычная весенняя или осенняя эпидемия са-

моубийств началась», «жертвами нынешнего сезона самоубийств являются...» [цит. по 4].

Журналист К. Лизин в «литературно-политическом» журнале «Дело» (1882), органе разночинного радикализма, восклицал:

«...самоубийство сделалось какой-то эпидемической болезнью и, притом, болезнью хронической, которая вырывает тысячи жертв из среды населения решительно всех цивилизованных стран Европы. Так говорит статистика, это же может сказать всякий, кто следит за городской хроникой»

Взаимосвязанные как переливающиеся соуды периодическая печать, беллетристика, статистика и городская хроника создали русский дискурс о самоубийстве в сумерках безвременья (сравним с упадком Рима). В духе критического реализма, каждая трагедия становилась обвинением, отражала, как капля – океан, социальное зло.

«После 1905-1906 гг. самоубийства стали у нас настоящим «бытовым явлением»; быстрый их рост в начале нас поражал, волновал наши чувства и мысли; но затем мало-помалу мы привыкли к нему и теперь даже не находим нужным читать хронику «отказа от жизни ...» [5].

«Самоубийство» в статье (М.А. Губского) популярного словаря (Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона, 1900, Том 28), в отличие от многозначительного пробела первых изданий Большой советской энциклопедии, советского времени, и означает «сознательное или бессознательное прекращение существования человеком посредством смертельных повреждений или через такие физические условия, при которых жизненные отправления организма немедленно или постепенно угасают. Важно упоминание о бессознательном и постепенном прекращении существования, вполне в русле современного понимания многообразного СП.

«Истребление себя есть вещь серьезная, несмотря на какой бы там ни было шик, а эпидемическое истребление себя, возрастающее в интеллигентских классах, есть слишком серьезная вещь, стоящего неустанного наблюдения и изучения» (Ф.М. Достоевский).

Ю.М. Лотман [8] пишет об эпидемии без кавычек, а Г. Чхартишвили [7] – о моде на самоубийство в Европе и России конца XIX-XX вв. Термин «эпидемия» (типовой заголовок в нынешних СМИ после некоего «сгущения» резонансных суицидов подростков, онкобольных) в контексте самоубийств как «болезни века» связан с объяснительной силой медицинского дискурса и метафорой социального тела [4].

Однако универсальным эпидемиологическим порогом считается заболевание 5% жителей территории (социальной группы), тогда как суициды – относительно редкий феномен и потому исчисляемый на 100000 населения. Резонансные трагедии («на слуху и устах») искажали типовой портрет суицидента.

«Обыкновенный самоубийца психически ненормален, слаб волен или просто «дурак» [Цит. по 9], но самоубийство как привилегия «мыслящего гражданина» с тонкой душевной организацией могло повысить посмертно его значение и / или усилить доводы правоты и невиновности.

Пример старших (особо близких и/или авторитетов) мог способствовать самоубийствам эмоционально-восприимчивых молодых (подростков).

Поколение прошло, как сквозь строй от революции – к «эстетике», к половому вопросу и к Санину, от общего к личному, от человечества – к эго. И вот, в конце – револьвер (К. Чуковский).

Если массовые социальные движения за социально-экономические изменения отвлекают от суицида определенную часть населения, то социальная апатия губит, в том числе и через суицид, значительно большую.

«Молодые самоубийцы» вызывали особый общественный отклик. В дежурных рубриках «самоубийства история бросившейся в водопад девы (пример 16 сверстницам, прибывшим издалека), писем прощания утопившихся курсистки («...я одна из многих и падаю жертвой для многих... Девушки, не примиряйтесь с жизнью...») и гимназиста («не забудете добиться того, за что пали мы...»). Молодёжь убивала себя на балах и улицах, их «программные» письма в газете представлены «пощечинами обществу» [цит. по 10].

По свидетельству сестры, попытку самоубийства Марина Цветаева совершила на спектакле «Орленок».

«Почтовые ящики» газет и журналов переполняли письма об «эпидемии» самоубийств молодежи, и ...

«Только разве какой-нибудь экстраординарный случай в этой области, в роде «лиги самоубийц», прошедшей сенсацию в России в прошлом году – на минуту снова остановит наше внимание на этом «бытовом явлении». Но проходит известное время, и мы привыкаем и к «лиге» [5].

Идея родом из эллинистического Египта заинтересовала беллетристов. Клубы самоубийц начала XIX в. упомянуты Иштваном Рат-Вега («История человеческой глупости») с

ссылкой на опыт Парижа и Берлина. Кому умереть, члены решали демократическими выборами.

Р. Стивенсон (1878) описывает таинственный «Клуб самоубийц», декадентское сборище любителей меланхолии, позерствующих эгоцентристов, где за 40 £ можно умереть «как джентльмен» по жребью (пиковый туз); Б. Акунин – в декадентской стилизации «Любовница смерти» (2001).

П. Сорокин [5] сообщает о «Лиге», газетной утке (сегодняшние «вбросы» и «фейки») ушлых журналистов начала XX века. В «Лиге» якобы сотни студентов по жребью искали «красивые формы суицида». Стены «Лиги» якобы украшены портреты «злонамеренных» Шопенгауэра и Гартмана, Сологуба и Арцыбашева. Для справки: в арцыбашевских «У последней черты» герои топят, стреляются, режут себе горло, вешаются, травятся; в «Санине» три самоубийства молодежи. Критики усматривали в писаниях модного писателя пропаганду самоубийств.

За две недели вымысел третьей свежести стал фактом. Гимназисты искали Лигу, оставляя записки: «Мы умрем в кругу тех, кто разделяет наши взгляды» [цит. по 10]. Созвучно с ажиотажем вокруг сетевого «Синего кита» XXI века.

Возрастные особенности СП гимназистов включили игру со смертью (трагические инсценировки) с мотивом испытания судьбы, себя, демонстративностью [9], под чем подписутся и нынешние специалисты. Игры в смерть – типично детские и подростковые при освоении мира (Януш Корчак). Самоубийцы ориентировались на понимающую среду сверстников, в которой есть спрос, приемлемо, значимо (как протест, самоидентификация) или престижно СП.

Значимость придавали самоубийства на могилах близких, в «знаковых местах», раздача фотографий или, напротив, их уничтожение, поскольку фантазии о скорби и раскаянии близких играют большую роль в СП, как и стремление к диалогу, острое желание покинуть мир и остаться. «Самоубийца с фотографиями» рассчитывал на прочное положение в памяти окружающих [9].

В предреволюционные годы начала XX в. самоубийство учащегося – повод массовых (тысячи участников) протестов против системы образования и политической системы. В прениях мертворожденной комиссии по борьбе со школьными самоубийствами (1910 г.) некий

доктор предложил термин «покушение на покушение», ведь на самоубийство готова покушаться «вся мыслящая Россия».

Политический смысл самоубийства подчеркнут революционной традицией.

В 1889 г. Надежда Сигида за пощечину жандармскому офицеру наказана 100 ударами розог. В ту же ночь она, как заявила до экзекуции, отравилась. К ней присоединились 19 каторжан (3 женщины), шестеро погибли. Заключение приняли опий (просроченный), но следствие не выяснило, как его достали. История вызвала скандал: запрещены телесные наказания женщин, политическая тюрьма Кариийской каторги ликвидирована.

Спустя век (начало 80-х XX в.) массовая голодовка североирландских националистов, требовавших вернуть им полувоенный политический статус, убила десять и озлобило (куда уж более) республиканцев. В революционные 1905-1907 гг. русская печать обсуждала самоубийства в тюрьмах как отличительную черту революционной интеллигенции [11]. Похороны самоубийц-революционеров перетекали в политические выступления. Отравление стрихнином, якобы по принуждению тюремщиков, эсера-убийцы Сазонова (1910) возмутило передовую общественность. Манифестации и забастовки прошли в ВУЗах с печальными последствиями для студентов и профессоров.

Для полноты картины отметим и иную подборку газетных сообщений [12]. Застрелились жандармский офицер, надзиратель тюрьмы, оставив записки: «Умираю от угрызений совести»; отравился только назначенный директор гимназии: «Не могу выполнять обязанности», старик: «Не могу жить, пока сыновья в крепости». Особняком – гибель крестьянина, грамотного (записка привычна: «Жить не стоит»).

Обвинения периодической печати стали общим местом в анализе самоубийств. Некий журналист рубежа XX в., описывая ситуацию 1870-х гг., отметит: «Прежде, пожалуй, самоубийствовали и больше, да говорили об этом меньше, потому что не знали, так что вопрос о самоубийствовании стал модным совершенно незаконно» [цит. по 4]. Среди критиков – «радикальный врач» Д. Жбанков, выстраивающий умозаключения на основе газетной хроники и эксперт Г. Гордон, регулярно (1902-1912 гг.) замечающий, что газеты внушают (детям) мысль о самоубийстве [цит. по 9].

После Кирилла и Мефодия жизнь «мыслящего меньшинства» на Руси – литературоцен-

трична, и интеллигенты свято верили в «дворянские привилегии слова» (Т. Элиот). И «поэт в России – больше, чем поэт». Растерянная интеллигенция всех возрастов искала ответы на «проклятые вопросы», черпала социальный оптимизм (и пессимизм). Беллетристику читали 80% студентов-технологов в Петербурге (1910), а специальную – вдвое меньше [10].

В конце XIX в. Лев Толстой на вопрос некой киевлянки «Имеет ли человек право убить себя?», сообщает (перепечатано газетами):

«...Вопрос может быть только о том, разумно ли и нравственно ли (разумное и нравственное всегда совпадает) убить себя? Нет, не разумно... Жизнь неистребима, она вне времени и пространства... Пока есть жизнь в человеке, он может совершенствоваться и служить миру». В ответ адресат искренно, «от всей наболевшей души» благодарит: «Может быть, в Вашем ответе мое спасение. Но эти мысли благодаря Вам уже несколько изменили свое течение».

Кандидат в самоубийцы сетовала Горькому: «У нас на Руси всё оплевано, всё взято на подозрение, не на что опереться, всё шатко, нечем жить...» [цит. по 13].

«Соблазн красоты самоубийства бывает силён в некоторые эпохи, и он заразителен... Но как ни разнообразны мотивы самоубийства и душевная их окраска, оно всегда означает переживание отчаяния и потерю надежды» [14].

Несбыточность счастья, невозможность достичь гармонии любви, неудовлетворенная страсть, необходимость подчиняться ограничениям общества нельзя назвать «недугом определенного времени», но «недугом определенного лица» [цит. по 15].

Разочарованные в цивилизации европейцы видели зарю нового общества в «колоссальной, юной и варварской» России. «Хотя в эпохи упадка вырождающихся больше, но благодаря именно им создаются государства» [1]. Э. Дюркгейм сравнивает и французскую литературу с российской:

«В то время как русская литература полна идеалов, в то время как её специфическая меланхолия, основанная на активном сострадании к человеческим несчастьям, это здоровая печаль, которая побуждает к действию, наша... не выражает ничего, кроме глубокого отчаяния и тревожного состояния депрессии».

Видимо, речь о разных литературе и читателях.

Иные настаивали, что к самоубийству подталкивают современная литература и театр,

создающие патологически-суицидальный стереотип поведения. Темы смерти и самоубийства – любимейшие в модернизме, тяготеющем к патологии и темным сторонам абсурда бытия. Примером молодежи стал аполитичный анархист-себялюбец со смертью и револьвером на коротке. Некоторые читатели (и их опыт экстраполирован на «всех») старательно повторяли в предсмертных дневниках мысли литературных учителей: «Умерла ли я 4 года тому назад, умру ли сейчас, буду ли жить ещё 2 года, 10 или 20 лет – для жизни это все равно» [цит. по 10].

Психиатр И.А. Сикорский (1902) объяснял увеличение преступлений и самоубийств (ценно совместное рассмотрение) упадком идеализма и высоких мотивов, ослаблением воспитательного влияния старшего поколения, подтверждал печальный диагноз обществу литературными примерами и замечал, что изображение слабости воли изобилует наша художественная литература. В.М. Бехтерев (1914) отметил «внушающую» роль в росте самоубийств литературы, проповедующей идеи безысходности, пессимизма, антисоциальности [здесь и далее цит. по 10], а Г.И. Россолимо – «психическое заражение» и предлагал психогигиеническое средство против эпидемии больного искусства – запрет. Протоиерей А. Смирнов (Самоубийство и христианский взгляд на жизнь, 1914) обнаружил корень «культы самоубийств»: «Оправдание, а тем более прославление самоубийства ... действуют заразительно не только на детей, но и на взрослых». А.Ф. Кони уже в «новой реальности» (1923) выделил как серьезные провокаторы суицида (молодых) художественное слово, и кинематограф, о чём свидетельствуют предсмертные записки, «эхо модных произведений». Подробное описание способов суицида привело к учащению самоотравлений уксусной эссенцией, фосфорными спичками (замена на серные сократило отравления в целом). В конце XX века тиражируемые сообщения СМИ вывели на передний план отравление угарным газом посредством приспособлений для барбекю [цит. по 15].

Научно-литературный и политический журнал «Новое слово» (1912) опросил «настоящих» писателей. Куприн и Сологуб переполнены отвращением к самоубийцам как «бесхарактерным импотентам мысли и дела». Полузабытые Чириков, Муйжель и Рукавишников банальны: виновато безвременье, «мрачный железный занавес» над русской жизнью.

Л. Андреев с богатым личным опытом попыток суицида беспощаден: «Скука, скука! Сильные умеют ждать... но куда деваться слабым и неразумным и слишком юным...? Только детей убитых жаль!» и размышлял о силе слова писателя: «Я понимал бы такое писательство, где проповедь автора имела бы принудительную силу, действовала бы, как гипноз. Если бы, например, писатель проповедовал самоубийство, то читатель, может быть, и хотел бы, но уже не мог уйти от самоубийства. Сейчас нет ни одного такого писателя...». Арцыбашев утешил многочисленных поклонников: «...знаю, что конец всех один – смерть ... раз всё кончится так скверно, то чем скорее, тем лучше».

Шла и дискуссия меж писателями разных убеждений.

М. Горький («О современности». Русское слово, 1912) объясняет эпидемию самоубийств молодежи проблемой «отцов и детей», причём виноваты первые – старое черствое бездушное поколение, не понимающее идеалов юношества. За рамками фельетона скепсис будущего пролетарского писателя относительно проекта человека, ждущего перековки (можно – на Беломорканале). В ответ В. Розанов («Максим Горький о самоубийствах». Новое время, 1912) обратился, не первый, к предсмертным запискам, и не нашёл любви (не сыскать её и у самоубийц Достоевского), а лишь трафарет «нет смысла жизни». «Что спасёт? Воспоминание о прекрасном поступке. Но его нет. Что ещё спасет? Если я кого-нибудь люблю. Но я никого не люблю». Отсюда антисуицидальный рецепт на все времена – обретение свободы через Бога, ведь Бог – любовь и смысл – тоже.

Согласно З. Фрейд (1930), самоубийство и война представляют взаимозаменяемые ипостаси инстинкта смерти, выражение инстинктивной агрессии и деструкции. Развитие цивилизации как единственная возможность отсрочить гибель человечества в результате группового насилия, подрывает психическое здоровье, угрожает каждому самоубийством.

В годы Первой мировой войны интерес печати к суицидам снижен: убийства (врагов, мирного населения), пропаганда героических (порой самоубийственных) поступков выходят на первые полосы. *Тираж газет* обычно *убывает в кризисные «тощие»* годы. Жизнь и смерть «маленького человека» закрыта шквалом революции, войн, репрессий и социально-

экономических сдвигов, сопровождаемых крахом моральных и политических ценностей («... до основания мы разрушим»). Поощряемые войной и революцией агрессия и массовые убийства отодвинула на второй план самоубийства.

Тоталитарный режим запрещает подданным своеволие в виде «лазейки» суицида, и СП как «пережиток» или признак запущенной душевной болезни сурово осуждалось или замалчивалось, подвергалось медицинскому вмешательству.

Отдельные сообщения в рубрике происшествий 20-х гг. XX в. рассматривали суициды через осуждающе-морализаторскую призму «нежелательных явлений»: моральное разложение («Альтшуллеровщина») в студенческой среде, как и расположившийся ныне в Сети «Клуб самоубийц», упоминаемы Ю. Домбровским («Факультет ненужных вещей», 1964).

Советские газеты 20-х гг. XX в. сообщали о самоубийствах комсомольцев и коммунистов, возмущенных «изменой революционных идеалов» (НЭПом), объясняя их нетипичной слабостью советского человека. Так, некто Полуэтов после тюрьмы (крал от нужды) дома нашёл нищих мать и сестру, надежд на работу не было. В пивной под тоскливую мелодию застрелился, оставив записку: «Чем так жить, и так мучиться, лучше умереть» [цит. здесь и далее по 10]. Суициды осуждены как недопустимые явления студенческой среды.

Нарицательна «Юровщина» – синоним старорежимной душевной дряблости: Юров пишет другу, что много занимался и устал, у него пропал сон, он ко всему безразличен (не признаки ли депрессии описывает студент? *Прим. Авт.*). Общественная жизнь («пустая говорильня») опротивела. На стипендию не проживешь, а сил и времени работать нет:

«Носим ношеное, а употребляем брошенное». «Сгореть в огне революционной работы, положить голову на поле брани – согласен, но медленно погибать от нищеты – не согласен. Тянутся руки к револьверу, будущее пугает».

Примечательна пьеса Н. Эрдмана «Самоубийца» (1928), шедшая к зрителю полвека, о маленькой жертве очередных смутных времен. Закомплексованный иждивенец Подсекальников собрался стреляться после ссоры с женой из-за ливерной колбасы (ильф-петровский Васисуалий Лоханкин, отстаивая права «коммунального клопа», грозил умереть голодом), но стал героем дня и назначен демагогом-

соседом борцом за права интеллигенции. Смятение и страх перед реальной, а не позерской смертью сильнее («Я влюблен в свой живот, товарищи»). Мандельштам переосмыслит отказ от смерти: «жизнь отвратительна и непереносима, но надо жить, потому что жизнь есть жизнь». Показательно, что в итоге пьесы стреляется внесценический персонаж Федя Питуин, оставив записку «Подсекальников прав. Действительно жить не стоит».

«На другой планете» (в эмиграции) религиозный философ Николай Бердяев («О самоубийстве», 1931) дает психологический портрет суицидента-беженца, весьма напоминающего «внутреннего эмигранта», «потаенного человека» в СССР: отчаяние, безнадежность и замкнутость на себе. «Самоубийца есть человек, который потерял всякую надежду, что блага жизни могут быть ему даны. Он ненавидит свою несчастную, бессмысленную жизнь, а не вообще земную жизнь, не вообще блага жизни ... Психология, которая приводит к самоубийству, есть менее всем психология отрешённости от благ земной жизни. ... Нужна, наоборот, большая обращённость к временному и земному, забвение о вечности и небе, чтобы образовалась психология самоубийства».

В годину новых испытаний самоубийство во избежание плена фактически одобрено приказом № 227 Народного комиссара обороны СССР от 28 июля 1942 г. «О мерах по укреплению дисциплины и порядка в Красной Армии и запрещении самовольного отхода с боевых позиций» («Ни шагу назад!»). Распространены СМИ сообщения о героической гибели в окружении врагов и вместе с ними (альтруистическое самоубийство, по Дюркгейму, – ради надличностных ценностей), десятках воздушных таранов (ни один не совершен противником). Прямо к самоотверженной смерти военнослужащих политработники не призывали, но каждый знал об участии семей «дезертиров». Приказ № 270 от 16 августа 1941 г. «Об ответственности военнослужащих за сдачу в плен и оставление врагу оружия» предписывал в отношении попавших в плен: «Уничтожать их всеми средствами, как наземными, так и воздушными. А семьи попавших в плен красноармейцев лишать государственного пособия и помощи». Сотням тысяч раненых и попавшим в окружение предписано истратить последнюю пулю на себя.

Известны самоубийства перед арестом (чистки 30-х гг. в СССР, неудавшееся покуше-

ние на Гитлера в 1944 г.). Мало известно о суицидах их близких. В последние недели и дни Второй Мировой войны несколько десятков тысяч жителей Германии покончили с собой, в Берлине около 7 тысяч, в малом Деммине около тысячи горожан.

В концлагере (В. Франкл) почти каждому приходила мысль о самоубийстве: «броситься на проволоку» (судьба старшего сына Сталина), но выполняли её единицы. Страдальцы шаламовских «Колымских рассказов» поражают равнодушием к смерти, она становится бытовым явлением. Также И. Коэн и В. Франкл, описывая психологию заключённых, отмечают «культурную спячку», апатию как механизм психологической защиты. Суицидам препятствует «инстинкт» жизни, сохраняемый даже при скором «расчеловечивании», способствует – потеря смысла жизни.

... А если кто больше терпеть не в силах
Партком разрешает самоубийство слабым
... Смотрите, как, мясо с ладони выев,
Кончают жизнь товарищи наши!»

Б. Слуцкий «Кельнская яма»

Из более 6 млн военнопленных погибли 2/3. Вернувшихся на неласковой Родине ждали испытания фильтрационных лагерей. Статистика самоубийств страдальцев, коим вбивали чувство вины, неизвестно, но и здесь самоубийство выбирало уязвимых.

В новейшее («наше») время на Западе свобода выбора в центре философии экзистенциализма: суицид не требует оправдания, но как отказаться от смерти при бессмыслице жизни: «почему не убить себя, коли жизнь не в ладу с здравым смыслом. По А. Камю, в самоубийство и религию человек бежит от абсурда жизни и свободы, хотя жизнь всего лишь игра. Вопрос о самоубийстве «проверочный»:

«Решить, стоит ли или не стоит жизнь того, чтобы её прожить» – ответ на основной вопрос философии («Миф о Сизифе», 1942).

Мишель Фуко («Воля к истине», 1970) вернулся к аристотелевскому пониманию самоубийства как нарушения отношений человека и государства: «... прежнее право заставить умереть или сохранить жизнь замещено властью заставить жить или отвергнуть в смерть». Уважение жизни представлено святыней, социальным приоритетом, но нивелирована социальным контролем, обесценена насильственными практиками.

Суицид – более не социальное табу (стигматизация, как и психических недугов харак-

терна более для консервативных обществ). Если норма – необходимый и устойчивый элемент социальной практики, инструмент социального регулирования и контроля, суицид как выход при неодолимом препятствии основным потребностям не запрещен, уголовно не наказуем, морально не осуждаемо, что снижает порог страха смерти.

Ступай к другим. Уже написан Вертер
А в наши дни и воздух пахнет смертью:
Открыть окно что жилы отворить.

Б. Пастернак

Прогноз консультативной компании «Net-work» для конгресса США: на ближайшие 30 лет «... самоубийство станет социально приемлемым, а долгая жизнь восприниматься – эгоизмом». Почти все (до 80%) в то или иное время (особо подростки и старики) «играют мыслями о суициде», что отнюдь не означает его реализации для подавляющего большинства (суицид – относительно редкое эпидемиологическое событие, не снижающее трагический накал вокруг жертвы и его окружения), но около 10% населения разных стран и в разные периоды жизни склонны к суициду.

На фоне отчужденности, раскрепощенного насилия увеличен социальный контроль над жизнью. Сталкиваются стремление социума определять время окончания жизни и желание индивида решать вопрос самостоятельно. Муки старости и недуга неизменно трогают любого, имеющего сердце и грань фантазии перенесения беды на себя (близких). Участие СМИ в общественных дебатах о легализации «суицида при помощи», необходимо, ведь у людей мало опыта. Но порой СМИ, ратующие за личную независимость, оправдывают «милосердные убийства» руками близких как этически и социально оправданные.

«Разумное самоубийство» поддержано частью (до 1/2) общественности, и профессионального сообщества (медики), когда речь о сильной не облегчаемой боли и смертельной изнурительной телесной болезни «в здравом уме». В ряде экономически развитых стран при одобрении большинства граждан узаконены эвтаназия или ассистированный суицид (до 5% смертей). Больные (до 2/3 – раком) объясняют решение потерей независимости и наслаждения жизнью (вне психического расстройства как противопоказания), менее – болями. Как альтернатива добровольной смерти с 60-х гг. XX в. открыты хосписы, развита паллиативная

медицина с обязательной реабилитационной программой (модулями обучения уходить из жизни естественно и достойно).

Право на жизнь, свободу, собственность не оправдывает и не легализует «естественный выбор» самоубийства или «обязанность умереть». Пожилые (инвалиды) могут счесть себя эгоистичными, будучи бременем близким (государству). Этические проблемы очевидны: «предлагают убивать только тех, кто самому себе в тягость; но скоро так же станут поступать и с теми, кто в тягость другим» (Честертон). Не детализирован вопрос об эвтаназии несовершеннолетних (младенцев), прекращении жизни пациента без явной просьбы (вынужденная эвтаназия). Уход за смертельно больными всё более дорогостоящий, не будет ли это стимулировать суицид неимущих?

Дискурс о самоубийстве в европейской культуре – результирующая религиозного и позитивистского подходов, включает «в общем и целом» неодобрение (вместо безусловного запрета) суицида как любого девиантного поведения при неоднозначности (на смену поляризованности) конкурирующих оценок, свободе интерпретаций, демонстративности и семиотичности [9]. Вслед мировых войн, гуманистического кризиса и террористических атак самоубийство стало не решением конфликта общества и личности, а средством борьбы, в которой жизнь и смерть представлены манифестом.

В СССР тема суицидов ждала гласности, и газеты развитого социализма («а других нету») спорадически касались закономерных суицидов отчаявшихся трудящихся на Западе или психически больных диссидентов (самосожжения).

На рубеже XX-XXI вв. в России на фоне социально-политических потрясений и экономической стагнации (кризиса) происходят слом жизненных стереотипов и ценностей, традиций, распад семьи, рост социальных неравенств, незащитности с неуверенностью в завтрашнем дне, разобщенности (одиночество), социальной апатии и пессимизма.

Подходящей почвой для социально-стрессовых расстройств в современном понимании (по Ю.А. Александровскому) стала отмечаемая социологами «рутинизация» хронически негативного фона населения: чувство незащитности, взаимного отчуждения, принудительности существования, всё большая призрачность социальных лифтов и вопиющее

социальное неравенство. Семья как источник эмоциональной поддержки взамен поддержки государства, под ударом. Переживание безысходности, снижение материального и духовного уровня жизни, неприспособленность к новому укладу жизни приводят к широкой распространённости аффективных расстройств, параллельно с малой обращаемостью больных за специализированной психиатрической помощью. Недовольство жизнью россиян и сегодня объяснено неверием в добрый завтрашний день (чем силён гражданин СССР) при зыбких социальных гарантиях, распадом семейных уз, низкооплачиваемой работой (бедность работающего человека – одно из проявлений новой России), вопиющим социальным неравенством и отсутствием социальных лифтов; в меньшей степени он озабочен соблюдением прав гражданина.

Видимо, так воспринимает действительность социально незащищённая часть населения, тоскующая по светлomu вчера и пополняющая электорат партий известного толка.

«Все прогрессы реакционны, если разрушается человек» (А. Вознесенский) – аксиологическое основание социальной политики. Духовный надлом при потере групповой идентичности – побочный продукт Нового времени.

Кризисы – наиболее сложная форма стрессора, так как несут оттенок чрезвычайности, угрозы и необходимости безотлагательного действия как при бедствии: «события, сконцентрированном во времени и в пространстве, когда общество или относительно самостоятельная часть общества подвергается суровой опасности и подвергает своих членов и физическую среду таким лишениям, что социальная структура разрушается и осуществление всех или некоторых важных функций становится невозможным; событие, нарушающее жизненные функции общества, и влияющее на систему биологического выживания (питание, кров, здоровье, воспроизводство), систему порядка (разделение труда, модели власти, культурные нормы, социальные роли), систему значений (ценности, общее определение реальности, механизмы коммуникации) и на мотивацию людей в пределах всех этих систем» (Перри Г., 1995).

Периоды экономической нестабильности, как Великая депрессия 1930-х годов, отмечены ростом УС (в США с 14 до 17), пиковые значения УС в 90-е гг. в России также памятли.

В психокультуральной концепции самоубийств М. Фарбера частота самоубийств прямо пропорциональна количеству повышено ранимых (уязвимых) людей и масштабу лишений в стране (регионе). Вероятность самоубийств есть функция (повышенная ранимость, масштаб общественных лишений). Любые резкие изменения (к худшему и лучшему) на уровне общества испытывает на излом (ведёт к «аномии» Дюркгейма) его ячейку – семью и человека. Новые формы общественной жизни и морали не соответствуют ценностным установкам человека.

Разнообразные (острые и хронические, кумулятивные) жизненные трудности, создают для личности препятствия, преодоление которых требует значительных, порой запредельных для её приспособительного потенциала усилий. Бедность закрывает доступ к информационным, юридическим, медицинским и другим формам профессиональной помощи. Поэтому люди с низким материальным положением особо чувствуют бессилие и переживают морально-психологический стресс, усиливающий деструктивные (аутоагрессивные) тенденции.

Показателем социального неблагополучия общества и малой ценности человеческой жизни служит статистика (риск) агрессивного и аутоагрессивного (суицидального) поведения в различных группах населения. Обращают периодическое (после очередного эксцесса) внимание СМИ подростки и старики, представители малых народов, деструктивных сект, вынужденные (беженцы) и трудовые мигранты и безработные, бездомные, зависимые от ПАВ, душевнобольные, тяжелые соматически больные, инвалиды – они же группы риска суицида.

В социологии суицид отнесён к девиантным проявлениям социально-пассивного типа, варианту ухода от бед и горестей жизни. Аномическое (при ломке устоев общества и отношений) саморазрушающее поведение, brutальные «мизантропические» и «суггестивные» суициды [16] вызывают негативный общественный резонанс, подчеркивают размеры социальной патологии.

Социокультурными факторами риска суицида служат перегруженность общественного мнения заблуждениями, искажение представлений о причинах и мотивах суицида, питаемые непрофессиональными СМИ, «оправдание» суицида как универсальному решению

проблем (сочувствовать жертве, но не смерти), непоследовательность аттитюдов, отсутствие внятной и последовательной просветительской профилактической программы на федеральном и местном уровнях. Распространены (и среди профессионалов) «суицидальные» мифы: «Обсуждение суицида может «заразить» потенциальную жертву», «Тот, кто говорит о суициде – ничего не делает».

Отношение к стигматизированной психиатрической и мало отличаемой населением – суицидологической помощи предвзято настроено, отчасти обосновано: выразительный эффект психиатрического лечения взвешен с возможными ограничениями вследствие наблюдения при отмененном «учёте» ПНД.

Суицид остается на пересечении дискурсов высокой и массовой культуры, серьезной и бульварной прессы.

«Превращаясь в литературный или кинематографический штамп, размноженный в безбрежном море компиляций и художественных подделок, самоубийство становится моделью поведения в реальной жизни как социально приемлемый способ разрешения жизненной драмы. Лишь немногие произведения подражательной литературы лишены умилительно-сентиментального изображения суицидальных поступков героев» [17].

Все формы культурной жизни одновременно являются носителями суицидальных моделей и инициаторами последующих аутоагрессивных действий.

«Синдром» Вертера не столь мало доказанный научный факт, но культурологический архетип, отражающий обстоятельства и условия СП в разные века.

Побуждение (склонение) к суициду уголовно наказуемо, что, при развитии современных СМИ, непросто (привлечение к ответственности кураторов «суицидогенных» сайтов). Вместе с тем киберполицейские (Роспотребнадзор), общественность контролируют содержание Сети, сайты, проповедующие насилие, суицид, регулярно закрывают (они же легко возрождаются). По требованию Роспотребнадзора закрыты сотни сайтов, «пропагандирующих детский суицид», что не отразилось на УС в возрастной группе. Перспективна антисуицидальная просветительская работа с привлечением электронных (особо почитаемых молодыми) СМИ (интернета) как служба психологической on-line помощи «Победишь.ру», поддержанная группой добровольцев.

«Наше отношение к самоубийству странным образом сочетает отвращение и жгучий интерес» (Морис Фарбер). Отношение к биопсихосоциальному феномену СП связано с развитием общества и науки и изменчиво в русле развития общества и отчасти отражает меру его развития: сдвиг от онтологических, теологических представлений Средневековья (метафизическая основа самоубийства в греховной природе человека) к гуманистическим вопросам предназначения и свободы воли эпохи Ренессанса с обращением к античной философии без теолого-догматической (схоластической) чешуи.

До XIX в. «проклятый вопрос» самоубийства – в перекрестье внимания религии и морали, юриспруденции и философии, искусства (мнения поляризованы – от принятия до осуждения); с приходом позитивизма (подлинное знание – совокупный результат специальных наук). Философы, художники, психологи превратили самоубийство в лабораторию изучения важнейших проблем бытия: душа и тело, субъект и объект, человек и Бог, человек и общество, часть и целое [4]. Веками философы (благо и право суицида), теологи (грех суицида) и творцы искусств (суицид трагичен и сакрален), психиатры (суицид как симптом) и психологи, социологи, правоведа (суицид криминализован и декриминализован) наполняли микроскоп самоубийства неким смыслом, решая вопросы свободы воли и смерти, торжества души и тела, связи человека и Бога, личности и общества.

Внутренний и внешний запрет на самоубийство по личным мотивам характерен для традиционных конфессий, но отдельные священнослужители к жертвам суицида и их близким терпимы и сострадательны; облегчают душевные страдания (открывают реабилитационные учреждения для зависимых от ПАВ или поддерживают бездомных – группы риска), не отвращают от профессиональной (медицинской) помощи паству. У самой религиозной принадлежности, общин антисуицидальный потенциал.

В историко-философском (аксиологическом) аспекте отношение к суициду от страха и отвержения к терпимости, сочувствию указывает меру понимания суицидального поведения. Жертва вызывает сострадание (невыносима мука бытия), самоубийство менее вызывает ужас и общественное осуждается как отклоняющееся поведение.

Литература:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. 2-е изд. М.: Мысль, 1994. 399 с.
2. Лич Э. Культура и коммуникация: логика взаимосвязи символов: Логика взаимосвязи символов. Пер. с англ. М.: Восточная литература РАН, 2001. 142 с.
3. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993. 268 с.
4. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М.: Новое литературное обозрение, 1999. 256 с.
5. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление. Рига: Наука и жизнь, 1913.
6. Фуко М. Мишель Фуко. Право на смерть и власть над жизнью / Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. Пер. с франц. М., Касталь, 1996. 448 с.
7. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. М.: Новое литературное обозрение, 1999. 574 с.
8. Лотман Ю.М. Беседы о русской культуре. Быт и традиции русского дворянства. СПб.: Искусство. СПб, 1994. 399 с.
9. Лярский А.Б. Мода на самоубийство? Теория моды // Новое литературное обозрение. 2011. № 20. С. 213-243.
10. Могильнер М. Кровь на серебре века / Мифология «подпольного человека» М.: Новое литературное обозрение, 1999. С. 93-165.
11. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Кушнарев В.М. История развития суицидологии в России // Суицидология. 2017. Т. 8, № 3 (28). С. 22-39.
12. Жбанков Д. Современные самоубийства // Современный мир. 1910. № 3. С. 27-63.
13. Колтоновская Е. Самоценность жизни (Эволюция в интеллигентской психологии) // Образование. 1909. № 5. С. 91-97.
14. Бердяев Н.А. О самоубийстве. Париж, 1931. 46 с.
15. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // Суицидология. 2012. № 3. С. 20-29.
16. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013. Т. 4, № 2 (11). С. 3-7.
17. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии. Сб. научных трудов. – М.: Изд. Московского НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7-25.

References:

1. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologicheskij jetjud. Per. s franc. 2-e izd. M.: Mysl', 1994. 399 s. (In Russ)
2. Lich Je. Kul'tura i kommunikacija: logika vzaimosvjazi simvolov: Logika vzaimosvjazi simvolov. Per. s angl. M.: Vostochnaja literatura RAN, 2001. 142 s. (In Russ)
3. Tregubov L.Z., Vagin Ju.R. Jestetika samoubijstva. Perm': KAPIK, 1993. 268 s. (In Russ)
4. Paperno I. Samoubijstvo kak kul'turnyj institut. M.: Novoe literaturnoe obozrenie, 1999. 256 s. (In Russ)
5. Sorokin P.A. Samoubijstvo kak obshhestvennoe javlenie. Riga: Nauka i zhizn', 1913. (In Russ)
6. Fuko M. Mishel' Fuko. Pravo na smert' i vlast' nad zhizn'ju / Volja k istine: po tu storonu znanija, vlasti i seksual'nosti. Raboty raznyh let. Per. s franc. M., Kasta', 1996. 448 s. (In Russ)
7. Chhartishvili G. Pisatel' i samoubijstvo. M.: Novoe literaturnoe obozrenie, 1999. 574 s. (In Russ)
8. Lotman Ju.M. Besedy o russkoj kul'ture. Byt i tradicii russkogo dvorjanstva. SPb.: Iskusstvo. SPb, 1994. 399 s. (In Russ)
9. Ljarskij A.B. Moda na samoubijstvo? Teorija mody // Novoe literaturnoe obozrenie. 2011. № 20. S. 213-243. (In Russ)
10. Mogil'ner M. Krov' na serebre veka / Mifologija «podpol'nogo cheloveka» M.: Novoe literaturnoe obozrenie, 1999. S. 93-165. (In Russ)
11. Lyubov E.B., Zotov P.B., Kushnarev V.M. History of suicidology development in Russia // Suicidology. 2017. V. 8, № 3 (28). P. 22-39. (In Russ)
12. Zhbankov D. Sovremennye samoubijstva // Sovremennij mir. 1910. № 3. S. 27-63. (In Russ)
13. Koltonovskaja E. Samocennost' zhizni (Jevoljucija v intelligentskoj psihologii) // Obrazovanie. 1909. № 5. S. 91-97. (In Russ)
14. Berdjaev N.A. O samoubijstve. Parizh, 1931. 46 s. (In Russ)
15. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I // Suicidology. 2012. № 3. P. 20-29. (In Russ)
16. Joseph A. Kudryavtsev Semantic typology of suicides // Suicidology. 2013. Vol. 4, № 2 (11). P. 3-7. (In Russ)
17. Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob'ekt kompleksnogo izuchenija / Kompleksnye issledovanija v suicidologii. Sb. nauchnyh trudov. – M.: Izd. Moskovskogo NII psihiatrii MZ SSSR, 1986. – S. 7-25.

TO THE HISTORY OF COMMUNITY ATTITUDES TO SUICIDES

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry branch of Nacional medical research Centre of psychiatry and narcology
by name V.P. Serbsky, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

Up to the 19th century the “damned challenge”, namely suicide, would come up for discussion in the overlapping fields of religion and morality, law and philosophy as well as art (the opinions being polarized from justifying to condemning); next, due to emerging of positivism, suicide got tackled by joint efforts of special sciences. Philosophers, artists, psychologists interpreted this phenomenon through clinical study of the urgent existential issues: spirit and matter, subject and object, human and divine, person and community, part and whole. For ages, the suicide microcosm kept becoming increasingly meaningful in the spheres of philosophy (suicide as an goodness and individual right), theology (suicide as a sin) and art (suicide as a tragic and sacral event), psychiatry (suicide as a symptom) and psychology, sociology, law (criminalizing and decriminalizing of suicide) by solving the following problems: freedom of will and death, triumph of the soul and body, connection between a person and God, individual and society. With the historical-philosophical (axiological) approach, the attitude to suicide ranging from fear and rejection to tolerance and empathy evolved, according to the degree of admitting the occurrence of self-inflicted destruction. At present, a suicide victim rather provokes compassion (due to one’s unbearable tedium vitae) than horror and public condemnation (because of one’s deviating behavior)

Key words: suicide, history, attitude, society

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: СМЕНА ТРАДИЦИОННОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Н.Б. Семёнова

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск, Россия

Контактная информация:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340-6208, ORCID iD: 0000-0002-2790-7740, Researcher ID: U-4748-2017). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: (913) 539-86-02, электронный адрес: snb237@gmail.com

Среди коренных народов Сибири регистрируется высокий уровень суицида, что представляет большую проблему для общественного здравоохранения России. Несмотря на положительную динамику снижения смертности от самоубийств в целом по стране, сохраняется их устойчивая региональная кластеризация с преимущественным накоплением в национальных субъектах Российской Федерации, особенно в сибирском регионе. Поэтому суицидальное поведение аборигенов следует рассматривать как социальное явление современного общества, которое требует углубленного анализа причин. С целью выявления социальных и этнопсихологических предпосылок формирования суицидального поведения у аборигенов Сибири был изучен образ жизни коренных народов, проживающих в четырех национальных субъектах Российской Федерации, где регистрируются одни из самых высоких показателей самоубийств: Республика Алтай, Республика Тыва, Республика Саха (Якутия) и Агинский Бурятский округ. Результаты: Показано, что за короткий исторический срок коренные народы Сибири пережили смену как минимум трёх социально-экономических формаций. В ходе культурно-исторических перемен у них менялся традиционный образ жизни с кочевого на оседлый, они теряли свои исконные земли и национальный промысел, их вовлекали в коллективные формы хозяйствования, отбирали скот и имущество. Смена образа жизни сопровождалась разрушением традиционной национальной культуры и духовности. После развала Советского Союза многие коренные народы оказались лишенными практически всего: как собственных территорий и традиционных видов хозяйствования, так и средств производства и социальных гарантий. Итогом социальных потрясений явилось снижение жизнестойкости коренных народов, что подтверждается высокими показателями смертности от неестественных причин, в том числе травм, отравлений, несчастных случаев, убийств и самоубийств.

Ключевые слова: суицид, коренные народы, Сибирь, Север, Якутия, Бурятия, Алтай, Тыва, буряты, тувинцы, алтайцы, традиционный образ жизни

За последние 14 лет наша страна добилась положительной динамики показателей самоубийств более чем в два раза: с 38,4 (в 2002 г.) до 15,8 на 100 тыс. населения (в 2016 г.), сумев снизить данный показатель ниже предельно допустимого уровня, предложенного экспертами ВОЗ. На этом фоне сохраняется устойчивая региональная кластеризация суицида с преимущественным их накоплением в национальных субъектах Российской Федерации [1]. Несмотря на то, что в национальных субъектах также происходит снижение уровня самоубийств, показатели их в большинстве случаев остаются высокими и в несколько раз превышают общероссийские: в Республике Алтай и Удмуртии – в 2,4 раза, в Бурятии – в 3 раза, в Чукотском автономном округе – в 3,9 раза, в Якутии, Хакасии, Коми – в 2 раза и т.д. При

этом коренное население заканчивает жизнь самоубийством в 3–4 раза чаще, чем некоренное [2].

Крайне высокие показатели суицида регистрируются среди подросткового населения, проживающего в национальных республиках Севера и Сибири, и превышают общероссийские значения от 9 до 47 раз. Так, в 2014 г. уровень самоубийств среди подростков в РФ составил 2,5 на 100 тыс., в то время как в Хакасии – 23,4, в Якутии – 46,9, в Бурятии – 50,4, в Забайкальском крае – 46,9, в Республике Алтай – 117,9 на 100 тыс.

Проблема суицида среди коренных народов характерна не только для России, но и для других высокоразвитых стран. Как было показано ранее, в бывших колониальных странах, таких как США, Канада, Австралия, Новая Зе-

ландия и др., в ходе колонизации произошло массовое истребление аборигенов, разрушен традиционный образ жизни и уничтожена национальная культура, что вызвало страдания многих поколений, которые проявляются высоким уровнем суицида, алкоголизма, наркомании и целым рядом других расстройств [3]. Процессы ассимиляции аборигенов в нашей стране не сопровождались их физическим уничтожением и издевательствами. Однако смена образа жизни привела к целому ряду негативных последствий, клинические проявления которых весьма схожи с многообразной картиной психических расстройств, наблюдаемых у аборигенов бывших колониальных стран зарубежья.

Суицидальное поведение аборигенов Сибири следует рассматривать как социальное явление современного общества, которое требует углубленного анализа причин данного процесса. Для выявления предпосылок суицидальной активности коренных народов мы провели изучение четырех национальных субъектов Российской Федерации, где регистрируются одни из наиболее высоких показателей самоубийств: Республика Алтай, Республика Тыва, Республика Саха (Якутия) и Агинский Бурятский округ, который входит в состав Забайкальского края.

Дизайн исследования.

При проведении исследования применялся семейный подход: объектом исследования явились семьи коренного населения и их дети, учащиеся общеобразовательных школ. Критерии включения ограничивались отсутствием хронических психических заболеваний и национальной принадлежностью. В анализ были включены представители коренных народов: в Республике Алтай – этнические алтайцы, в Республике Тыва – этнические тувинцы, в Республике Саха (Якутия) – коренные народы Севера (якуты, эвенки, эвены и юкагиры), в Агинском Бурятском округе – этнические буряты.

Методом типологической выборки были отобраны населенные пункты с наиболее компактным проживанием коренного населения. В Республике Алтай обследовано восемь населенных пунктов: пос. Улаган, сёла Акташ, Чибит (Улаганский район), пос. Кош–Агач, сёла Бельтир и Мухор–Тархата (Кош–Агачский район), пос. Майма (Майминский район) и административный центр Республики – г. Горно-Алтайск. В Агинском Бурятском округе обследо-

вано четыре поселка: пос. Агинское, Орловский и Новоорловский (Агинский район) и пос. Могойтуй (Могойтуйский район). В Якутии, учитывая большие территориальные размеры, было обследовано три разных района. В Арктических районах обследованием охвачено пять населенных пунктов, расположенных в Усть–Янском улусе: пос. Депутатский, сёла Казачье, Усть–Куйга, Усть–Янск, Сайылык. В центральных и восточных районах обследованы четыре села в Амгинском и Усть–Майском улусах: Абага, Петропавловск, Эжанцы, Кюпцы. В южных районах обследованием охвачено четыре села в Олекминском улусе: Дабан, Тяня, Кыллах, Токко. В Республике Тыва обследовано шесть населенных пунктов: пять поселков, расположенных в западных районах – пос. Чаа–Холь, Хандагайты, Тээли, Хемчиг, Торгалык – и административный центр Республики – г. Кызыл.

Объем исследования включал 1381 семей (310 алтайских, 307 бурятских, 286 тувинских, 478 семей, проживающих в Якутии), 6100 детей и подростков (1212 алтайцев, 1712 бурят, 1254 тувинцев, 1922 детей и подростков коренных народов Севера).

Целью исследования явилось изучение социальных и этнопсихологических причин формирования суицидального поведения у коренных народов Сибири.

Задачи исследования включали следующие направления:

1. Изучение традиционного образа жизни и традиционной культуры коренных народов Сибири;
2. Проведение медико–демографического и социально–гигиенического анализа семей в современных социально–экономических условиях.
3. Изучение социального статуса подростков и молодежи.
4. Изучение распространенности эмоциональных расстройств и расстройств поведения у подростков.
5. Характеристика когнитивных функций.
6. Анализ социальной идентичности и ценностного мировоззрения у современной молодежи.
7. Изучение особенностей эмоционального состояния и эмоционального реагирования в ситуации фрустрации.

При проведении исследования применялись следующие методы: эпидемиологический;

социально-гигиенический; метод анонимного анкетирования; клинический метод полуструктурированного психиатрического интервьюирования; социально-психологический и экспериментально-психологический метод; методы статистического анализа.

Научный материал получен в ходе экспедиционных исследований, которые проводились в течение 14 лет (с 1999 по 2013 гг.) при финансовой поддержке Федеральной целевой программы «Дети Севера»; контракта НИР №12-01/06 от 12.07.2013 г. «Закономерности формирования психического здоровья коренных и малочисленных народов Республики Саха (Якутия)»; гранта РГНФ № 12-06-18006 «Социальные и этнопсихологические предпосылки суицидального поведения у подростков Бурятии»; гранта РГНФ № 13-06-18001 «Социальные и этнопсихологические предпосылки формирования суицидального поведения у подростков Республики Алтай».

Этой статьёй мы открываем цикл научных публикаций, посвящённых анализу причин и факторов риска суицидального поведения у коренных народов Сибири. Данный материал включает изучение традиционного образа жизни коренных народов и вскрывает исторические причины, приведшие к его смене.

Дадим краткое описание территории проживания и образа жизни коренных народов Сибири: *Традиционный образ жизни и культура алтайцев*.

Республика Алтай расположена на юго-западе Сибири. На территории Республики проживает более 90 разных народов. Основная часть населения представлена русскими (56,6%), численность коренного населения составляет 74027 человек, или 35,91% [4]. Среди них, алтайцы (включая теленгитов, тубаларов и челканцев) – 35,3%, кумандинцы – 0,52%, шорцы – 0,04% и телеуты – 0,02%.

Особенностью Республики Алтай является то, что географически и исторически она находилась на месте пересечения разных культур. Коренные жители существенно различались по языку, культуре, быту и антропологическому типу. Основные различия наблюдались между южными и северными группами алтайцев. К южной группе относятся собственно алтайцы и теленгиты (телесы), к северной – шорцы, челканцы, кумандинцы и тубалары. Южные алтайцы в лингвистической классификации тюркских языков относятся к кыпчакской

группе, куда входят киргизы, казахи, часть узбеков, башкиров, тобольские и барабинские татары и др. Они произошли в результате длительного смешения различных, преимущественно тюркоязычных племён, в формировании которых активное участие принимали монголы. Поэтому антропологически южные алтайцы, также как тувинцы, буряты, монголы, якуты, относятся к наиболее монголоидной, или центрально-азиатской группе населения Сибири. Северные алтайцы относятся к уйгурской, группе тюркских языков, а антропологически обнаруживают сходство с обскими уграми (хантами и манси). У северных алтайцев присутствуют европеоидные признаки, и они, также как угорские и самодийские народы, относятся к уральской группе народностей [5].

Этнографические особенности культуры и быта южных алтайцев возникли на базе кочевого и полукочевого пастбищного скотоводства. У северных алтайцев они формировались в течение многих столетий на основе охоты на зверя, таежного рыболовства, мотыжного земледелия и собирательства. Собственность на охотничьи территории у алтайцев носила первобытно-общинный родовой характер. Вся тайга была поделена между отдельными родами, никто не имел права промышлять на территории чужого рода [5].

Охотничий промысел был тесно связан с духовной культурой алтайцев. Приготовление к охоте, обустройство жилища охотников, добывание пищи – всё было насыщено различными поверьями, приметами, запретами, правилами поведения [6].

У алтайцев были сильно развиты родовые традиции патриархальной семьи и уровень родового сознания. Создание и сохранение семьи, следование родовым традициям рассматривались в алтайской культуре как абсолютные ценности [7].

Традиционная религия алтайцев была представлена шаманизмом и семейно – родовыми культурами. Народной религии была присуща исключительная сила традиций, составляющей частью которой является сакрализация объектов живой природы и фетишизм как проявления анимистических представлений. Особое место занимает почитание огня: он постоянно присутствует в быту и остаётся наиболее устойчивым ритуалом. В настоящее время шаманизм в горном Алтае находится на грани полного исчезновения. Пришедшая ему на

смену синкретичная национальная религия – бурханизм – остается незавершённой, в ней отсутствует целостность народно–религиозной системы. Вместе с тем, семейно–родовые культы до сих пор являются жизнеспособными и носят универсальный характер, сохраняя всю совокупность архаичных религиозных верований и традиционного мировоззрения алтайцев [8].

Традиционный образ жизни и культура бурят.

Большинство бурят проживает в трех регионах РФ: в республике Бурятия, Иркутской области (Усть–Ордынский Бурятский округ) и Забайкальском крае (Агинский Бурятский округ, расположенный на юго–востоке Восточной Сибири). Согласно результатам переписи 2010 г., численность бурят составляет 461389 человек [4].

Исконное этническое ядро бурят составляют лесные монголо–язычные племена, которые имеют непосредственную генетическую связь с предками современных хори–бурят и появились в Прибайкалье в середине I тыс. н.э. [9]. Однако бурятский этнос пережил весьма сложный процесс формирования этнической общности. Буряты никогда не представляли собой единого экономического и политического организма, что было связано с их разрозненным проживанием вследствие исторических причин. К началу XVII века в долине Ангары и Верхней Лены проживали хонгодоры, булагаты, эхириты и отдельные родовые группы западно–монгольского происхождения. В Забайкалье кочевали хоринцы и многочисленные группы собственно монгольского происхождения. В верховьях Оки обитала небольшая часть сойотов–тюрков, впоследствии почти полностью ассимилированных бурятами. На реке Витим и в районе Еравнинских озёр проживали дауры.

Общность территории и языка у предков бурят начала складываться ещё задолго до прихода русских. Но именно в результате прихода русских и последовавшего за этим присоединения Бурятии к России возникли условия, которые в конечном счете подготовили почву для завершения процесса консолидации бурят в единую народность [9]. Однако исторически обусловленная разрозненность проживания бурят закрепились внешними формами административного управления со стороны Российского государства: вплоть до конца XIX века

буряты Прибайкалья управлялись Восточно–Сибирским генерал–губернаторством, а забайкальские – Приамурским.

Основной формой хозяйственной деятельности у бурят издревле было кочевое скотоводство, которое в результате социально–экономических перемен (рост численности населения за счёт переселенцев, сокращение пастбищ и сенокосов, развитие торговых отношений) постепенно преобразовывалось в полуседлое [10].

Исторически у бурят были развиты национальные традиции, основанные на кровнородственной связи. Бурятские общины делились на роды, родовые группы и племена. Каждый род вел свою родословную от одного предка. Семейные отношения были строго патриархальными. Главой семьи и основным её кормильцем считался мужчина, женщина являлась хранительницей домашнего очага и занималась воспитанием детей. С XVIII века родовая община у бурят стала трансформироваться в соседскую.

Традиционное мировоззрение бурят представляет собой синтез шаманского и буддийского культов. Буддизм как верование появился в бурятской среде более двух с половиной веков назад. В отличие от шаманизма, культивировавшего родовое, общинное сознание, буддизм способствовал развитию личного самосознания. По буддийскому учению общественные отношения и судьба людей зависят не только от кровного родства, но и от их духовных качеств. Взаимоотношения между куклами с самого начала были сложными, но к началу XIX века буддизм приобрел устойчивые формы. Это в значительной степени способствовало исчезновению шаманизма, поэтому именно буддизм можно с полным основанием считать традиционной религией современных бурят [10].

Традиционный образ жизни и культура коренных северных народов.

Республика Саха (Якутия) (РС(Я)) – территориально самый крупный регион Российской Федерации, расположенный на северо–востоке Сибири. Численность населения РС (Я) составляет свыше 980 тыс. чел. На её территории проживают представители свыше 120 национальностей, из которых наиболее многочисленными являются русские. Численность коренного населения (якуты, эвены, эвенки, юкагиры, долганы) составляет 465 тыс., или 47,4%.

К числу древних тунгусоязычных охотников и оленеводов принадлежат тунгусы (эвенки), заселявшие территорию Якутии с середины I тысячелетия н.э., и юкагиры (огулы). Наиболее малочисленные и самые древние обитатели Северо-Востока Сибири – чукчи, их предки сформировались как этнос на рубеже IV–III тыс. до н.э. Самые многочисленные представители северных народов Якутии – саха, потомки древнейших тюркоязычных племён Центральной Азии или Южной Сибири, переселившиеся в Прибайкалье и Забайкалье. Там они вошли в контакты с другими древнетюркскими и тунгусо-маньчжурскими племенами и составили основу курыканского этнического единства. В X–XI вв. курыкане заселили Ленский край и вытеснили тунгусов и юкагиров к западу и востоку от Лены, а также в её низовья. Часть тунгусских племён расселилась в бассейне рек Колымы и Индигирки, где они смешались с юкагирами и коряками, вследствие чего образовался новый народ – эвены. Долганы как самостоятельный этнос сформировались сравнительно недавно, в XVII–XIX вв., на основе смешения разных этнических групп – эвенков (тунгусов), якутов, тюрков, энцев и русских.

Расселение северных народов на территории РС (Я) происходило в разные исторические сроки и в разных географических полосах обширного региона. Это обусловило их различия в области традиционного национального промысла, культурно-бытовые и семейно-родовые особенности. Традиционным занятием эвенков были охота, рыболовство и оленеводство, что определяло их полукочевой и кочевой образ жизни [11]. Основным занятием юкагиров были охота на северных оленей и лосей, озерное и речное рыболовство, подсобным занятием было собирательство ягод, дикого лука, кедровых орехов и грибов. Основной промысел чукчей был представлен оленеводством и охотой на морских животных, рыболовство и собирательство носили вспомогательный характер. Традиционное занятие якутов – коневодство и разведение крупного рогатого скота, охота на крупного зверя и пушной промысел, большое значение имело рыболовство и собирательство [12]. Долганы вели кочевой образ жизни в полосе лесотундры и традиционно занимались оленеводством и охотой, в отдельных районах – рыболовством.

Для традиционного мировоззрения коренных северных народов характерен анимизм,

поклонение духам и олицетворение всего, что их окружает [12]. Верования и взгляды на устройство мира имеют древнейшее происхождение и представляют собой общий культ Природы, веру в злых и добрых духов. Помимо анимизма у северных народов имеется и другая традиционная религия – шаманизм с большой и могущественной кастой служителей религиозного культа – шаманами, которые являются связующим звеном между людьми и духами. Северяне верят в способность шаманов влиять на свою и чужую судьбу, а шаманские камлания и сегодня вызывают интерес. Несмотря на то, что более 200 лет назад на территории Якутии появилось христианство, вера в духов сильна до сих пор [13, 14].

Традиционный образ жизни и культура тувинцев.

Тувинцы – коренное население, проживающее на юге Сибири, в Республике Тыва (РТ), относятся к алтайской семье народов и входят в тюркскую языковую группу. Согласно результатам Всероссийской переписи населения 2010 г., численность тувинцев, насчитывает 263934 человек. Общая численность населения, проживающего в РТ – 311761 человек.

Истоки традиционной тувинской культуры восходят преимущественно к тюркоязычной среде Центральной Азии I тысячелетия н.э. Формирование тувинского этноса завершилось в конце XVIII – начале XIX веков, когда племена Тывы находились в политическом подчинении у манчжуро-китайцев [15, 16]. В это время племена тувинцев носили название урянхайцев, или туба, или сойот. Слово «урянхаец» или «урянгут» китайского происхождения, и в переводе просто означает «обитатель леса». Наименование «Тубы» впервые упоминается в китайских летописях времен династии Тан (618–907).

Традиционная культура тувинцев включала общность языка, общеэтническую и родоплеменную самоидентификацию, которая базировалась на общности территории и происхождения [17]. Домашний уклад тувинцев был патриархальным, отношение к созданию семьи и продолжению рода определялось родителями [18]. Традиционный образ жизни был обусловлен географическим фактором и включал в себя несколько хозяйственно-культурных ареалов. Наибольшие различия прослеживались между западными и восточными тувинцами: для западных тувинцев был характерен хозяйственно-культурный тип кочевых скотоводов

горно–степной зоны, а для восточных тувинцев (тоджинцев) – охотников–оленеводов и охотников–скотоводов горной тайги [19, 20].

На протяжении 1300 лет жизненный уклад тувинцев сохранялся практически в неизменном виде. Проявления прогресса и цивилизации, которые приносились извне другими народами, не встречали здесь поддержки, вызывая внутреннее сопротивление и пассивный протест. Так описывал жизнь тувинцев исследователь Вс. Родевич в начале XX века: *«...Племя урянхов, или по их наименованию племя туба или Тува и сойот, занимает край уже около 1300 лет. ...С этих давних времен и до середины XIX столетия урянхи стоят приблизительно на одном и том же уровне кочевого народца без особого прогресса. ... Двигаясь в своем культурном развитии чрезвычайно медленно, они лишь заимствуют от соседей, а не вырабатывают самостоятельно культурные формы. ...Культурные начинания древнейших обитателей или китайцев в Урянхае в эту приблизительно эпоху – дороги, искусственное орошение, пашни – по-видимому, не привились к урянхам и все вскоре пришло в заброс и в упадок»* [17].

Исконная религия тувинцев – шаманизм, то есть вера в злых и добрых духов, в силы природы и их заклинания. Б.К. Шишкин, побывавший в Тыве в 1914 г., писал: *«...Религиозное мировоззрение сойота давно подвергается ломке. На него кладёт сильный отпечаток буддийское мировоззрение, но последнее усваивает слабо, и обыкновенно вновь рекомендуемые боги занимают место в ряду старых богов. А старыми богами являются: 1 – силы природы, 2 – отдельные предметы, 3 – фетиши»* [17]. Несмотря на то, что с начала XX века исповедуемой религией стал буддизм, вера в шаманские обряды и церемонии так сильно внедрилась в мировоззрение тувинцев, что её можно смело и до настоящего времени считать за истинную религию. В традиционных верованиях тувинцев вплоть до настоящего времени сохранились архаичные черты, нисходящие к патриархально–родовым отношениям. До сих пор бытуют общие анимистические представления о духах–хозяевах, имеющих материальную природу, которым они молятся и совершают разные ритуалы [19, 21].

Таким образом, коренные народы Сибири за тысячелетия своей истории приобрели неповторимый опыт освоения сибирских просторов, создали оригинальные типы хозяйств, осно-

ванные на знании специфики экологических условий занимаемой ими территории. Они были вполне жизнеспособны, обеспечивали развитие и воспроизводство своего рода. Главной жизнеобеспечивающей отраслью хозяйства у них было скотоводство, охота и пушной промысел. Аборигены Сибири имели собственную оригинальную духовную культуру, которая являлась основой преемственности традиций, социальных отношений и этических норм.

Присоединение Сибири к Российскому государству.

Присоединение Сибири к России произошло в XVII веке, хотя первое столкновение русских войск с Сибирским ханством состоялось в XV веке, во время экспедиции Ермака. В конце XVI века Сибирское ханство было разгромлено Россией, после чего русские землепроходцы двинулись колонизировать Сибирь [22].

В XVII столетии в Сибири проживали немногим более 200 тыс. аборигенов, представителей нескольких языковых групп. В числе их, уральская языковая группа – финно-угорские народы ханты и манси, самодийская – ненцы, селькупы, сойоты, энцы и др., алтайская – якуты, алтайцы, хакасы, шорцы, долганы и др., монголоязычная – буряты, дауры и др., тунгусо–манчжурская – эвенки, нанайцы, эвены и др., палеоазиатская – чукчи, коряки, камчадалы и др.

Коренные сибирские народы жили племенами и родами, большими и малыми семьями, у них господствовали родовые, патриархально–феодалные отношения. Основным мировоззрением аборигенов были анимизм, шаманизм, промысловые и родовые культы. Основное занятие – пушной промысел, скотоводство, рыболовство, охота на птицу и зверя, между племенами происходил обмен промысловыми изделиями. Однако мирное течение жизни аборигенов часто нарушалось межродовыми раздорами и межплеменными войнами – сибирские племена враждовали между собой из-за промысловых угодий. В результате войн слабые племена превращались в кыштымов (данников) и выплачивали более сильным племенам подать (ясак).

Постоянная вражда между аборигенными племенами объясняет их быстрый переход под российское подданство. Русские землепроходцы и мореходы уже к середине XVII века прошли всю Сибирь до берегов Амура, Ледовитого и Тихого океанов. В Сибири стали по-

являются первые города, основанные русскими, в числе которых Тюмень, Тобольск, Енисейск, Красноярск, Сургут, Томск и др. Тобольск в дальнейшем стал опорной базой для освоения Сибири.

На сибирских землях оседали русские, украинцы, литовцы и другие национальности. По социальному сословию это были служилые, посадские и крестьяне, среди приезжавших были также люди без сословия, в том числе, гулящие и нищие. К середине XVII века в Сибири насчитывалось уже 25 тыс. русских семей, из которых 11 тыс. семей крестьян. Именно на них легла забота обеспечения местного населения хлебом. Русские налаживали связи с коренными народами, обменивались навыками ведения хозяйства и быта. В процессе этого взаимодействия происходило взаимное обогащение народов знаниями языка, обычаями и преданиями, изделиями хозяйственного обихода и прикладного искусства. Аборигенное население Сибири было тесно втянуто в систему общерусских связей. В этот период стали активно развиваться рыночные отношения, которые оказали большое влияние на традиционное хозяйство, быт, культуру, образование, психологию коренного населения [23].

Управление Сибири осуществлялось сначала Посольским приказом в Москве, в 1637 г. был создан специальный Сибирский приказ. Воеводы и промышленники собирали с местного населения ежегодную подать – ясак. Ясак платился в основном пушниной: песец, норка, бобр, куница, особенно ценился соболь.

В Сибири никогда не проводилась политика истребления коренных народов, уничтожения их самобытности. Царские власти были заинтересованы, прежде всего, в получении ясака, а потому старались сохранить экономическую самостоятельность подъясачного населения. Но, в то же время, рост эксплуатации и притеснения вызывал протест среди местных жителей. С середины и до конца XVII столетия по Сибири прокатывается волна восстаний, в которых наряду с русскими, участвовали и аборигены.

Присоединение Сибири к Российскому государству – поворотный момент в судьбах коренных народов. Оно создало условия для их дальнейшего экономического и культурного развития на качественно новой основе. Они многое узнали, приобрели (земледелие, пчеловодство, сенокосение, обработка металлов, за-

щита от воинственных соседей и т.д.). Ассимиляция способствовала подъему хозяйства, разрушению патриархальной обособленности, развитию культуры, распространению просвещения. Традиционные промыслы не претерпели существенных изменений, а появление новых видов ремесел в большей мере было связано с хозяйственной деятельностью крестьян-переселенцев [24].

Буряты, алтайцы и якуты вошли в состав Российского государства ещё в XVII веке. Самыми последними вошли в состав России тувинцы: протекторат России объявлен над Тувой только в 1914 г.

Судьба коренных народов в Советское время.

После распада Российской империи и образования Советского Союза в жизни коренных народов произошли радикальные изменения. Прежде всего, это переход коренного населения от привычного кочевого и полукочевого образа жизни на оседлый. С установлением Советской власти повсеместно стали создаваться коллективные формы собственности и переход на новые условия ведения хозяйства. Коллективная собственность воспринималась людьми по-разному: те семьи, которые многолетним упорным трудом развили крепкое хозяйство, в большинстве не хотели отдавать в общее пользование свой скот и имущество, бедные люди, в надежде на лучшую жизнь, охотно шли в колхозы [25].

Богатства недр Севера и Сибири послужили толчком для развития промышленно-транспортного освоения земель и роста численности пришлого населения в местах традиционного расселения коренных народов. Это приводило к тому, что коренные жители оказывались незначительным меньшинством на своей этнической территории [26]. Фактически у коренного населения были отняты земли их исконного проживания, и в ряде случаев аборигены были вынуждены осваивать новые территории, меняя тип местности и приспосабливаясь к новым условиям жизни [27].

В 1950–70-е гг. развернулся процесс поселкования, который происходил в основном в северных регионах, и был принципиально новой для аборигенов формой организации расселения. Населённые пункты стационарного типа создавались вблизи пастбищных угодий, рыболовных водоёмов или охотничьих участков, с последующей их централизацией. В ходе кампании поселкования в конце 1950-х – нача-

ле 1960-х гг. сотни населенных пунктов Якутии были объявлены бесперспективными, подлежащими ликвидации. В результате были заброшены отдалённые территории землепользования, в том числе, охотничьи и рыболовные угодья. Сокращение промысловых ареалов привело к сужению исконных занятий, резкому сокращению числа профессиональных охотников, разрушению культуры и утрате преемственности поколений [27].

В 1970–90-е годы почти повсеместно исчезает оленеводство. Лишь крупнотабунное оленеводство тундрового типа обеспечивало сравнительно полное сохранение традиционной культуры и оберегало до недавнего времени северян от ассимиляционных процессов [26].

Переход кочевников на оседлый образ жизни – сложное и противоречивое явление, которое нельзя рассматривать однозначно. У данного социального процесса имеются как позитивные, так и негативные стороны (табл. 1). Позитивные стороны новой жизни последовали в сфере строительства, образования, здравоохранения. Проведение массовой коллективизации содействовало появлению оседлых поселков с элементами соответствующей инфраструктуры: сельсоветы, медпункты, больницы, школы, клубы, магазины и т.п. Благодаря санитарно-профилактическим мероприятиям и развитию системы здравоохранения улучшилось общее состояние здоровья населения, произошло значительное снижение детской смертности. Так, в Тыве число лечебных и профилактических учреждений за короткий срок увеличилось почти вдвое, количество врачей – более чем в 5 раз, среднего медицинского персонала – более чем в два раза [20, 28].

Имелись и отрицательные стороны данного этнополитического процесса. Прежде всего, это неоправданная поспешность перехода на оседлость и проведение коллективизации. Было очень трудно кочевников, которые привык-

ли жить самостоятельно, завлечь в колхозы и перевести на оседлый образ жизни. Их заставляли вселяться в дома, применяя силу. В ходе коллективизации шло непрерывное сокращение количества скота, что привело к снижению уровня жизни большинства населения. Сократилось потребление в пищу мяса и молока, которые заменялись преобладавшими в пищевом рационе крупами и хлебом, что не соответствовало многовековым традициям питания кочевников.

В качестве примера стремительной ломки жизненных стереотипов можно привести процесс седентеризации (перевода на оседлость) аратских хозяйств, происходивший в Тыве. Начавшись сразу после окончания Великой Отечественной войны, уже к 1953 году 93% всех аратских хозяйств оказались коллективизированы и перешли на оседлость, а окончательно процесс седентеризации в Тыве был завершён к середине 1950–х годов [18, 20, 28].

В ходе смены образа жизни терялась национальная обособленность и этническое своеобразие многих коренных малочисленных народов. Например, на Алтае произошёл процесс консолидации таких территориально – этнических групп, как теленгиты, телеуты, кумандинцы и тубалары, вокруг собственно алтайцев, вследствие чего была утрачена их культурная самобытность [29].

Переход на оседлый образ жизни сопровождался разрушением традиционной культуры, формировавшейся в кочевых условиях не менее двух тысячелетий. В начале 30–х годов XX века была развернута программа культурного уничтожения «пережитков прошлого»: верования, неграмотности, патриархальности, всего, что не укладывалось в нормы советской духовности [29]. Особенно пострадали формы духовной культуры, которые были связаны с традициями шаманизма и буддизма.

Таблица 1

Последствия ассимиляционного процесса

Положительные	Отрицательные
<ol style="list-style-type: none"> 1. Появления земледелия, пчеловодства, развитие ремесел. 2. Развитие товарно-денежных отношений. 3. Углубление процессов межэтнических взаимодействий. 4. Развитие народного образования, просвещения, здравоохранения и строительства. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Насильственное переселение коренных жителей Севера и Сибири в поселки. 2. Отрыв от традиционного образа жизни и традиционной культуры. 3. Появление чуждой коренным народам системы отношений. 4. Смена идентичности, ценностной ориентации, переориентация на западную систему жизненных ценностей.

Религия, как этнообразующий фактор, теряла свои позиции, подвергаясь запрету и забвению. В качестве одного из примеров можно привести тот факт, что в период с 1936 по 1946 гг. на территории Агинского Бурятского округа не было ни одного действующего буддийского храма [10].

Смена образа жизни происходила чрезвычайно болезненно для коренных народов Сибири. Сохранился исторический документ, который подтверждает, что для многих аборигенов суицид оказался единственным выходом из сложившейся ситуации. Документально зафиксировал этот факт политический деятель Дмитрий Шепилов, который в 1926–28 гг. работал прокурором Главного суда Якутии. Он обратил внимание на высокую суицидальную активность населения, которая в те годы превышала показатели центральных районов России в 3 раза. По его словам, «подавляющая часть самоубийств падала на долю коренного населения» (Д. Шепилов, 1928). С тех пор, и вплоть до 90-х годов прошлого века достоверная информация об уровне самоубийств среди коренного населения находилась под запретом.

Современное положение коренных народов Сибири.

90-е годы XX века ознаменовались переходом страны к рыночным отношениям, что сопровождалось ухудшением социально-экономического положения большинства населения России, в том числе и коренных народов. В процессе приватизации исчезали коллективные формы собственности, происходила повсеместная реорганизация колхозов и совхозов, свертывались лесоучастки и зверофермы, традиционные формы хозяйствования признавались нерентабельными. Повсеместно закрывались промышленные предприятия, резко снижалось инвестирование в промышленное строительство. Упразднение прежних видов собственности и переход на новую систему экономических отношений явились причиной сокращения занятости коренного населения в труде и обнищания их семей. Основными причинами сокращения занятости коренных народов, проживающих в северных регионах, явилось снижение поголовья оленей в связи с реорганизацией колхозов и совхозов, свертывания лесоучастков. Региональная политика занятости не могла в полной мере обеспечить рабочими местами коренных жителей, и уровень безработицы достиг критического. Значи-

тельная часть коренного населения в тот период получала мизерное пособие в размере 200 рублей.

Таким образом, начиная с образования Советской России, менее чем за 70 лет, коренные народы сначала лишились собственных территорий и традиционных видов хозяйствования, а затем – средств производства и социальных гарантий. Наши исследования показали, что в настоящее время в изучаемых субъектах РФ национальный традиционный промысел практически утрачен (рис. 1). Так, в Якутии лишь 6 из 820 человек (0,7%) отметили, что занимаются традиционными видами труда: из них два оленевода, один коневода, один охотник, один скорняк, одна чумработница [30]. В Тыве лишь 5 из 480 человек занимаются скотоводством, ещё один человек занимается фермерским хозяйством, что в целом составляет 1,25% из всего числа опрошенных [31]. При опросе алтайцев и бурятов никто не отметил, что занимается традиционным национальным промыслом. Большинство работающего населения работают в бюджетных сферах, либо занимаются неквалифицированными видами труда, обслуживая государственные и бюджетные учреждения.

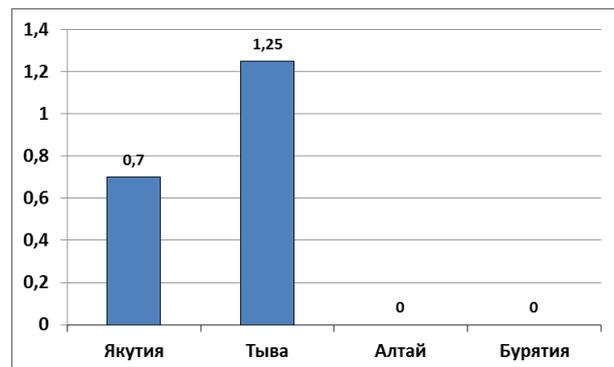


Рис. 1. Занятость в традиционном национальном промысле, в %.

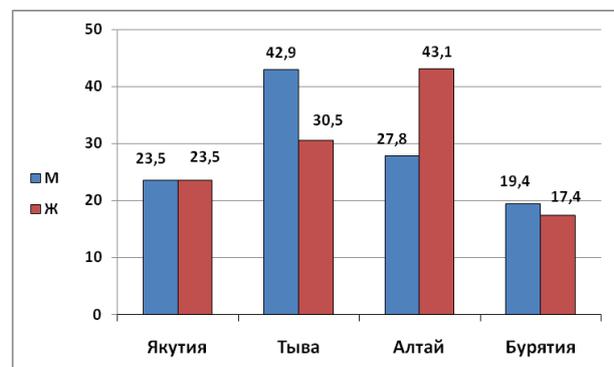


Рис. 2. Уровень безработицы среди мужчин (М) и женщин (Ж), в %.

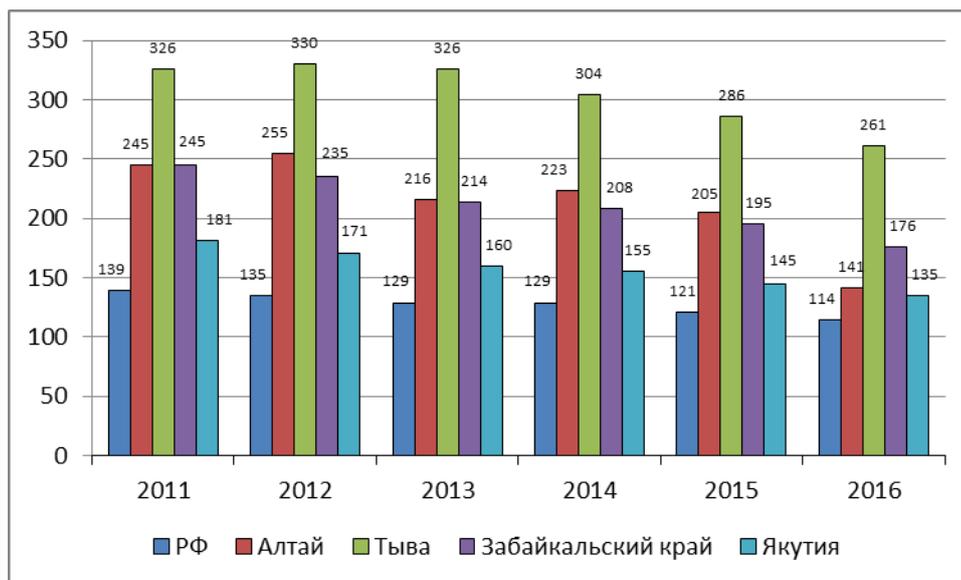


Рис. 3. Смертность от внешних причин (травмы, отравления, несчастные случаи, убийства, самоубийства) на 100 000 чел. населения / год.

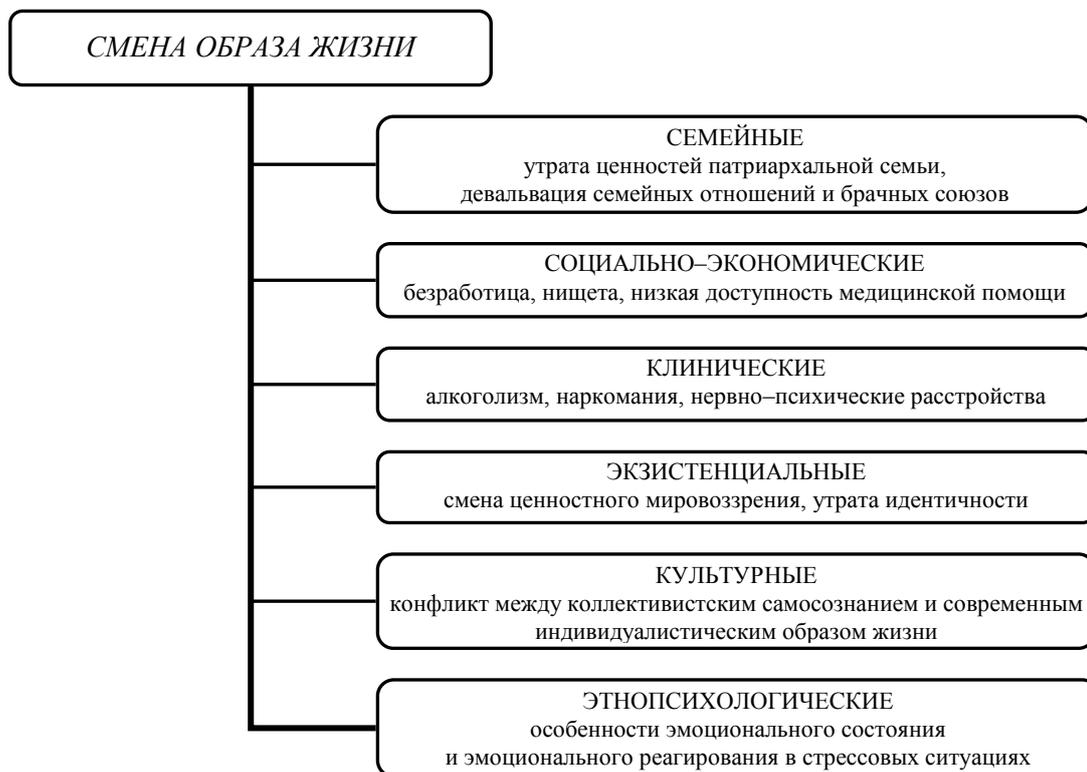


Рис. 4. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири первого и второго порядка.

В ходе смены традиционного образа жизни женщины добились равноправия с мужчинами и возможности выбора профессии. Однако необходимость такого приобретения на сегодняшний день вызывает сомнения: уровень безработицы высок как среди мужчин, так и среди женщин. В Якутии 23,5% населения не имеют работы, в Тыве и на Алтае уровень безработицы превышает 40% (рис. 2).

Главное негативное последствие смены традиционного образа жизни связано со снижением жизнестойкости коренных народов Сибири, что проявляется в высоком уровне смертности от неестественных причин – травм, отравлений, несчастных случаев, убийств и самоубийств [1]. В национальных субъектах РФ этот показатель значительно превышает средний показатель по стране и является отра-

жением суицидального поведения коренного населения (рис. 3).

Если рассматривать отдельно показатель самоубийств, как наиболее яркий признак саморазрушения, самоуничтожения, то можно констатировать, что в Республике Саха (Якутия) он превышает средний показатель по России в 1,7 раз, в Республике Алтай – в 2,4 раз, в Республике Тыва – в 3 раза, в Агинском Бурятском округе – в 3,1 раза.

Наши исследования показали, что в основе суицидального поведения у коренных народов Сибири лежит множество причин, которые условно можно разделить на причины первого и второго порядка (рис. 4). Смена традиционного образа жизни – главная, основная причина, приведшая к утрате ценностей патриархальной семьи, трансформации всей системы отношений, смене ценностного мировоззрения, потере идентичности, росту алкоголизма, наркомании и нервно-психических расстройств, то есть причинам второго порядка, которые в своей совокупности приводят к суицидальному поведению коренных популяций. Эти причины включают как универсальные (в том числе, социально-экономические, клини-

ческие, семейные и др.), характерные для всех типов культур, так и этноспецифичные, характерные для культур традиционного типа [32]. Все они будут более подробно рассматриваться в наших дальнейших публикациях.

Таким образом, за короткий исторический срок коренные народы Сибири пережили смену как минимум трёх социально - экономических формаций. В ходе культурно - исторических перемен у них менялся традиционный образ жизни с кочевого на оседлый, они теряли свои исконные земли и национальный промысел, их вовлекали в коллективные формы хозяйствования, отбирали скот и имущество. Смена образа жизни сопровождалась разрушением традиционной национальной культуры и духовности. После развала Советского Союза многие коренные народы оказались лишенными практически всего: как собственных территорий и традиционных видов хозяйствования, так и средств производства, и социальных гарантий.

Итогом социальных потрясений явилось снижение жизнестойкости коренных народов, что проявляется в саморазрушающем поведении и подтверждается высокими показателями смертности от неестественных причин.

Литература:

1. Федеральная служба государственной статистики: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi?PI=2415011>
2. Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершённых суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 42–45.
3. Семенова Н.Б. Распространённость и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы // Суцидология. 2017. Том 8, № 1. С. 17–38.
4. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: Стат. сборник. М.: ИИЦ «Статистика России», 2011.
5. Потапов Л.П. Очерки по истории алтайцев. М. Л.: изд-во наук СССР, 1984. 445 с.
6. Романова Е.Е. Охотничий промысел на Алтае в 20-е годы XX века / мат-лы republ. науч. – истор. конф. «История и современность Республики Алтай». Горно-Алтайск, 2012. С. 124–126.
7. Енчинов Э.В. Семейные ценности алтайцев: дис. ... канд. истор. наук. М., 2009. 171 с.
8. Клешев В.А. Современная народная религия алтай-кижи: дис. ... канд. истор. наук. Томск, 2006. 429 с.
9. Нимаев Д.Д. Буряты: этногенез и этническая история: автореф. дис. ... канд. истор. наук. Улан-Удэ, 2000. 37 с.
10. Цыденова Д.Ц. Представления о жизни и смерти агинских бурят: традиции и инновации (конец XIX – начало XXI в.): автореф. дис. ... канд. истор. наук. Новосибирск, 2007. 30 с.
11. Алексеева Е.К. Материальная культура эвенов Якутии: конец XIX – начало XX вв.: дис. ... канд. истор. наук. Якутск, 2002. 204 с.
12. Серошевский В.Л. Якуты. Опыт этнографического исследования. 2-е изд. М., 1993. 736 с.
13. Пестерев В.И. Страницы истории Якутии в документах, легендах, мифах. Якутск: Бичик, 2000. 176 с.
14. Гурвич И.С. Таинственный чучуна: История одного этнографического поиска. – М.: Мысль, 1975. 96 с.
15. История Тувы: в 2-х т. / под ред. С.И. Вайнштейна, М.Х. Маннай-оола. Новосибирск: Наука, 2001. Т. 1. 367 с.
16. Республика в центре Азии: природа, страницы истории, культура. Кызыл: Панорама, 1994. 32 с.

References:

1. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi?PI=2415011> (In Russ)
2. Semenova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennykh suicidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2012. № 2. S. 42–45. (In Russ)
3. Semenova N.B. Suicidal prevalence and risk factors in native peoples: the review of foreign data // Suicidology. 2017. Vol. 8, № 1. P. 17–38. (In Russ)
4. Predvaritel'nye itogi Vserossijskoj perepisi naselenija 2010 goda: Stat. sbornik. M.: IIC «Statistika Rossii», 2011. (In Russ)
5. Potapov L.P. Oчерki po istorii altajcev. M.L.: izd-vo nauk SSSR, 1984. 445 s. (In Russ)
6. Romanova E.E. Ohotnichij promysel na Altae v 20-e gody XX veka / mat-ly republ. nach. – istor. konf. «Is-torija i sovremenost' Respubliki Altaj». Gorno-Altajsk, 2012. S. 124–126. (In Russ)
7. Enchinov Je.V. Semejnye cennosti altajcev: dis. ... kand. istor. nauk. M., 2009. 171 s. (In Russ)
8. Kleshev V.A. Sovremennaja narodnaja religija altaj-kizhi: dis. ... kand. istor. nauk. Tomsk, 2006. 429 s.
9. Nimaev D.D. Burjaty: jetnogenez i jetnicheskaja istorija: avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Ulan-Udje, 2000. 37 s. (In Russ)
10. Cydenova D.C. Predstavlenija o zhizni i smerti aginskih burjat: tradicii i innovacii (konec XIX – nachalo XXI v.): avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Novosibirsk, 2007. 30 s. (In Russ)
11. Alekseeva E.K. Material'naja kultura jevenov Jakutii: konec XIX – nachalo XX vv.: dis. ... kand. ist. nauk. Jakutsk, 2002. 204 s. (In Russ)
12. Seroshevskij V.L. Jakuty. Opyt jetnograficheskogo issledovanija. 2-e izd. M., 1993. 736 s. (In Russ)
13. Pesterev V.I. Stranicy istorii Jakutii v dokumentah, legendah, mifah. Jakutsk: Bichik, 2000. 176 s. (In Russ)
14. Gurvich I.S. Tainstvennyj chuchuna: Istorija odnogo jetnograficheskogo poiska. – M.: Mysl', 1975. 96 s. (In Russ)
15. Istorija Tuvy: v 2-h t. / pod red. S.I. Vajnshtejna, M.H. Mannaj-oola. Novosibirsk: Nauka, 2001. T. 1. 367 s. (In Russ)
16. Respublika v centre Azii: priroda, stranicy istorii, kultura. Kyzyl: Panorama, 1994. 32 s. (In Russ)

17. Традиционная культура тувинцев глазами иностранцев (конец XIX – начало XX века). Кызыл: Тув. кн. изд-во, 2002. 224 с.
18. Шойгу К. Перо черного грифа. Кызыл: Новости Тувы, 2001. 240 с.
19. Донгак С.Ч. Традиции скотоводства у тувинцев (конец XIX – середина XX вв.): автореф. дис. ... канд. истор. наук. Владивосток, 2011. 22 с.
20. Москаленко Н.П. Этнополитическая история Тувы в XX веке. М.: Наука, 2004. 222 с.
21. Монгуш Ч.В. Обряды как отражение традиционных верований тувинцев и хакасов в XIX-XX вв.: дис. ... канд. истор. наук. Абакан, 2005. 202 с.
22. Боханов А.Н., Горинов М.М. История России с древнейших времен до конца XVII века. Москва, 2001. 161 с.
23. Андреев Ч.Г. Образ жизни коренных народов Восточной Сибири (бурят, хакасов, якутов) во второй половине XIX – начале XX вв., 60-е гг. XIX в. – октябрь 1917 г.: Историческое исследование: автореф. дис. ... д-ра истор. наук. Улан-Удэ, 2001. 469 с.
24. Екеев Н.В. Развитие промыслов в горном Алтае в XIX веке / мат-лы republ. науч. – истор. конф. «История и современность Республики Алтай». Горно-Алтайск, 2012. С. 81–85.
25. Тадыкина О.А. Об истории образования коллективных хозяйств в Улаганском районе / мат-лы republ. науч. – истор. конф. «История и современность Республики Алтай». Горно-Алтайск, 2012. С. 127–131.
26. Кривоногов В.П. Современные этнические процессы у малочисленных коренных народов Средней Сибири: дис. ... д-ра истор. наук. Новосибирск, 2000. 445 с.
27. Филиппова В.В. История расселения коренных малочисленных народов Севера Якутии во второй половине XX века: дис. ... канд. истор. наук. Якутск, 2004. 207 с.
28. Харунова, М.М. Социально-политические преобразования в Тувинской автономной области (1944-1961 гг.): автореф. дис. ... канд. истор. наук. Абакан, 2003. 24 с.
29. Аткунова Д.А. Национальное возрождение коренных малочисленных народов северного Алтая (конец XIX – начало XXI в.): автореф. дис. ... канд. истор. наук. Томск, 2017. 24 с.
30. Семенова Н.Б., Лаптева Л.В. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Якутии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 5. С. 12–15.
31. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Республики Тыва в современных социально-экономических условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 5. С. 34–37.
32. Семенова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2010. № 2. С. 87–89.
17. Tradicionnaja kul'tura tuvincev glazami inostrancev (konec XIX – nachalo XX veka). Kyzyl: Tuv. kn. izd-vo, 2002. 224 s. (In Russ)
18. Shojgu K. Pero chernogo grifa. Kyzyl: Novosti Tuvy, 2001. 240 s. (In Russ)
19. Dongak S.Ch. Tradicii skotovodstva u tuvincev (konec XIX – seredina XX vv.): avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Vladivostok, 2011. 22 s. (In Russ)
20. Moskalenko N.P. Jetnopoliticheskaja istorija Tuvy v XX veke. M.: Nauka, 2004. 222 s. (In Russ)
21. Mongush Ch.V. Obrjady kak otrazhenie tradicionnyh verovanij tuvincev i hakasov v XIX-XX vv.: dis. ... kand. istor. nauk. Abakan, 2005. 202 s. (In Russ)
22. Bohanov A.N., Gorinov M.M. Istorija Rossii s drevnejshih vremen do konca XVII veka. Moskva, 2001. 161 s. (In Russ)
23. Andreev Ch.G. Obraz zhizni korennyh narodov Vostochnoj Sibiri (burjat, hakasov, jakutov) vo vtoroj polovine XIX – nachale XX vv., 60-e gg. XIX v. – oktjabr' 1917 g.: Istoricheskoe issledovanie: avtoref. dis. ... d-ra istor. nauk. Ulan-Udje, 2001. 469 s. (In Russ)
24. Ekeev N.V. Razvitie promyslov v gornom Altae v XIX veke / mat-ly republ. nauch. – istor. konf. «Istorija i sovremennost' Respubliki Altaj». Gorno-Altajsk, 2012. S. 81–85. (In Russ)
25. Tadykina O.A. Ob istorii obrazovanija kolektivnyh hozjajstv v Ulagan'skom rajone / mat-ly republ. nauch. – istor. konf. «Istorija i sovremennost' Respubliki Altaj». Gorno-Altajsk, 2012. S. 127–131. (In Russ)
26. Krivonogov V.P. Sovremennye jetnicheskie processy u malochislennyh korennyh narodov Srednej Sibiri: dis. ... d-ra istor. nauk. Novosibirsk, 2000. 445 s. (In Russ)
27. Filippova V.V. Istorija rasselenija korennyh malochislennyh narodov Severa Jakutii vo vtoroj polovine XX veka: dis.... kand. istor. nauk. Jakutsk, 2004. 207 s. (In Russ)
28. Harunova, M.M. Social'no-politicheskie preobrazovanija v Tuvinskoj avtonomnoj oblasti (1944-1961 gg.): avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Abakan, 2003. 24 s. (In Russ)
29. Atkunova D.A. Nacional'noe vozrozhdenie korennyh malochislennyh narodov severnogo Altaja (konec XIX – nachalo XXI v.): avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Tomsk, 2017. 24 s. (In Russ)
30. Semenova N.B., Lapteva L.V. Social'no-gigienicheskaja i mediko-demograficheskaja harakteristika semej ko-rennogo naselenija Jakutii // Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. 2015. № 5. S. 12–15. (In Russ)
31. Semenova N.B., Manchuk V.T. Social'no-gigienicheskaja i mediko-demograficheskaja harakteristika semej ko-rennogo naselenija Respubliki Tyva v sovremennyh social'no-jekonomicheskijh uslovijah // Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. 2006. № 5. S. 34–37. (In Russ)
32. Semenova N.B. Predposylki suicidal'nogo povedeniya korennoho naselenija Respubliki Tyva // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova. 2010. № 2. S. 87–89. (In Russ)

THE CAUSES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN NATIVE PEOPLES OF SIBERIA: TRANSITION FROM TRADITIONAL LIFESTYLE

N.B. Semenova

Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, Russia

Abstract:

There are high suicidal rates among native peoples of Siberia, which appear to be a considerable problem for public health in Russia. Positive dynamics is marked for the suicidal death cases in regard to the country as a whole. At the same time there is constant regional clustering with suicidal deaths predominant accumulation in national subordinate entities of Russian Federation, especially in Siberian regions. That is why suicidal behavior of the aboriginals should be regarded as social phenomenon in modern society, which demands deep analysis for its causes and risk factors. In order to reveal social and ethnic psychic conditions of the formation of suicidal behavior in the aboriginals of Siberia we have studied the lifestyle of native peoples in four national subordinate entities of Russian Federation where the highest statistical indices of suicides have been registered, namely in the Republics of Altay, Tyva, Sakha (Yakutia) and Aginskiy Buryat District. It is well-known that within a short historical period native peoples of Siberia were facing the succession of at least three different social economic patterns. In the course of cultural and historic changes they experienced the transition from traditional nomadic life to settling down. They were losing their indigenous lands and national works. They were forced to be involved into collective forms of economy when their cattle and equipment were taken away. The changes in their life style were accompanied by the destruction of their national culture and spirituality. After the dissolution of the Soviet Union, many native peoples found themselves to be deprived of

their territories, their traditional ways of economic management, production means and social guarantees. As the result of those social upheavals the viability of native peoples had been getting lower. This is confirmed by high indices of mortality caused by unnatural reasons including traumas, poisoning, accidents, murders and suicides.

Key words: suicide, native peoples, Siberia, traditional way of life

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 616.89-008

СОЗДАНИЕ КРАТКИХ РУССКОЯЗЫЧНЫХ ВЕРСИЙ ОПРОСНИКОВ «ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ» И «СТРАХ ЛИЧНОЙ СМЕРТИ»

*К.А. Чистопольская, О.В. Митина, С.Н. Ениколопов,
Е.Л. Николаев, Г.И. Семикин, С.Н. Озоль, С.А. Чубина*

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия
ФГБУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э.Баумана», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», г. Тула, Россия

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550, ORCID iD: 0000-0003-2552-5009, Researcher ID: F-4213-2014). Место работы и должность: младший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Митина Ольга Валентиновна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 9184-7235, ORCID iD: 0000-0002-2237-4404, Researcher ID: I-5194-2012). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник лаборатории психологии общения факультета психологии ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова». Адрес: 125099, г. Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9. Электронный адрес: omitina@inbox.ru

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855, ORCID iD: 0000-0002-7899-424X, Researcher ID: C-2922-2016). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 6574-0189, ORCID ID: 0000-0001-8976-715X, Researcher ID: P-8907-2016). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Семикин Геннадий Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5288-9719, ORCID iD: 0000-0003-2825-7089, Researcher ID: T-9092-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой «Валеология» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: 105005, г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 5, стр. 1. Электронный адрес: semikin@bmstu.ru

Озоль Сергей Николаевич – врач-психиатр (SPIN-код: 3074-1321, ORCID iD: 0000-0003-1949-8411, Researcher ID: U-4483-2017), аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. Электронный адрес: ozolsergey7@gmail.com

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт (ORCID iD: 0000-0002-9112-2737, Researcher ID: U-4432-2017). Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Электронный адрес: sonyaost@yandex.ru

Исследования отношений к смерти и страхов смерти являются важным и перспективным направлением в психологии, которое способствует пониманию мотивов человеческого поведения и имеет выраженное прикладное значение в суицидологии. Цель исследования: Создание кратких русскоязычных версий опросников «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile Revised) и «Страх личной смерти» (Fear of Personal Death Scale).

Материалы и методы: сводная выборка студентов медицинских, технических, социальных дисциплин, 967 человек (457 юношей, 503 девушки, 7 – пол не указан) из городов Москва, Чебоксары, Рязань и Тула; возраст от 16 до 37 лет ($M=20,04$, $SD=1,87$). Результаты: Проведён конфирматорный факторный анализ, на основе которого созданы краткие русскоязычные версии данных методик (для шкалы «Отношение к смерти» $CFI=0,945$, $SRMS=0,052$, $RMSEA=0,054$, 18 пунктов; для шкалы «Страх личной смерти» $CFI=0,943$, $SRMS=0,045$, $RMSEA=0,060$, 21 пункт). Рассчитаны нормы по шкалам для юношей и девушек. Были обнаружены гендерные различия (Т-критерий Стьюдента) от низкой до средней статистической значимости (d Коэна) по большинству шкал обеих методик. Показатели девушек по страхам и принятию смерти были выше (d Коэна от 0,233 до 0,566), за исключением баллов по «Нейтральному принятию смерти» – показатели по этой шкале несколько выше у юношей ($d_{Cohen} = -0,146$). На основе корреляционного анализа выделены как наиболее благоприятные шкалы – «Нейтральное принятие смерти», «Страх последствий для близких», так и наиболее неблагоприятные: общий «Страх смерти», «Принятие смерти как бегства», «Страх телесных последствий смерти», «Страх забвения». Выводы: В статье обобщаются зарубежные и авторские исследования с помощью методик «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile-Revised) и «Страх личной смерти» (Fear of Personal Death Scale). Сформированы краткие версии опросников, подтверждена их надежность, валидность и внутренняя согласованность.

Ключевые слова: страх смерти, избегание смерти, принятие смерти, теория управления страхом смерти, модусы бессмертия

По М. Хайдеггеру, «бытие к смерти» – это осмысленное её предвидение, жизнь в ожидании [1]. Смерть задаёт бытию время – время прибытия, конца (dead-end, dead-line – удачные выражения уже в английском языке). Адекватное осознание феномена смертности – это условие перехода к подлинному, личному бытию. Принятие смерти как интегральной части «бытия в мире» делает защиты от смерти ненужными, избыточными. Как говорил П. Тиллих, тревога смерти разрешается мужеством быть – утверждением бытия несмотря на небытие: «Экзистенциальная тревога имеет онтологический характер, её невозможно устранить, а мужество быть должно принять её на себя. Патологическая тревога ведёт к самоутверждению, имеющему ограниченную, фиксированную и нереалистическую основу, и к вынужденной защите этой основы. Патологическая тревога, соотносясь с тревогой судьбы и смерти, порождает нереалистическую надёжность: соотносясь с тревогой вины осуждения – нереалистическое совершенство, соотносясь с тревогой сомнения и отсутствия смысла – нереалистическую уверенность» [2]. За последние 30 лет эти слова были ярко продемонстрированы теорией управления страхом смерти: люди, которым невзначай, но очень сильно и физиологично напоминали о смерти, под воздействием дистальных защит более агрессивно поддерживали свою точку зрения, отделяли себя от животных, требовали более жестких наказаний за незначительные правонарушения и в целом вели себя не слишком достойно [3]. Иными словами, если уточнить слова И. Ялома [4], страх смерти, воспринятый

экзистенциально, на уровне идеи, вызывает к мужеству человека и тем спасает его, а снижаясь до невротически физиологического, «убивает» его или как минимум становится причиной искажений мировоззрения.

Этой позиции придерживается канадский исследователь Пол Вонг [5], автор шкалы Death Attitude Profile Revised (DAP-R), которую мы адаптировали ранее, назвав её шкалой «Отношение к смерти» [6, 7]. Он считает, что человек всегда боится смерти, и боится её тем больше, чем больше ценит жизнь. Страх смерти и желание жить всегда идут рука об руку, и лишь в конце жизни, если она была прожита «правильно», если человек осознал её и свой приближающийся конец, страх уступает место принятию и даже приближению смерти – вере, что есть высший мир, где все мы будем счастливы вместе с Богом. Нейтральное принятие смерти он рассматривал как наиболее зрелое, но наши исследования показывают, что нейтральное принятие – это скорее константа, оно держится примерно на одном уровне у студентов разных профессий [8]. Очень редко, в клинике, выходит неожиданный поворот, когда нейтральное принятие противостоит жизнестойкости, а не сочетается с ней [9], как, например, с подгруппой суицидентов, которые отказываются от факта попытки – нейтральность и безличность смерти начинает их отталкивать, они защищаются от неё. Методика DAP-R измеряет убеждения людей, касающиеся смерти: верят ли они в рай и единение с Богом после смерти, боятся ли они её, принимают ли её как бегство от тягот повседневной, непомерной для них жизни, или же как естествен-

ную неизбежность. Изначально методика состояла из этих четырех шкал [10], избегание присоединилось к ней позднее [5]. В наших исследованиях избегание обычно сопутствовало страху смерти [7], видимо, потому что люди склонны избегать того, чего боятся.

Тема смерти особенно важна для медиков, так как они имеют с ней дело по долгу профессии, так же как и военные, полицейские, пожарные. Даже в относительно «мягких» условиях работы домашнего врача, поликлинического терапевта, психиатра, смерть всегда может напомнить о себе, и медик должен быть настороже. Поэтому методику DAP-R («Отношение к смерти») во многих странах активно используют для оценки отношений к смерти у медперсонала. Так, греческое исследование показало, что у медсестёр, работающих с умирающими, баллы по шкале страха смерти DAP-R были связаны с эмоциональным выгоранием [11]. В другом исследовании [12] эта шкала использовалась, чтобы отследить, как меняется отношение младшего и среднего медперсонала к пациентам. Авторы сделали вывод, что очень большую роль играет опыт: если человек остается «в строю» и не ломается под гнетом тяжелых ситуаций, он научается выносить физиологическую тревогу смерти более стойко и менее разрушительно для себя самого. Индийское исследование студентов и преподавателей медиков с помощью профиля DAP-R так же выявило, что не всем даже религиозным респондентам удаётся смотреть на смерть без страха, и по возможности они стараются избегать напоминаний о ней [13]. Эти же авторы отметили случаи амбивалентности отношения к смерти: страха и принятия-приближения одновременно.

Связь темы смерти и религиозности исследовалась с помощью Fear of Personal Death Scale, «Шкалы личных страхов смерти», которую мы тоже адаптировали [7]. В израильском исследовании [14] было показано, что религиозные люди, являвшиеся участниками военного конфликта (Ливанской войны 1982 года), спустя 10 лет отмечали меньше страхов смерти, вне зависимости, принимали ли они непосредственное участие в конфликте или просто жили поблизости от участка военных действий.

Но это война и выстраданная жизненная позиция, а что в обычной жизни? Эти же авторы [15] применили данную методику и карты ТАТ для оценки осознаваемой и неосознавае-

мой тревоги смерти в исследовании 80 респондентов, которых разделили по типу привязанности: надёжный, избегающий и амбивалентный. Люди с надёжной привязанностью испытывали меньше страхов смерти, чем люди с ненадёжным стилем привязанности. Возможно, это было связано с меньшей тревогой сепарации и тем, что родители внушали им доверие к миру и помогали конструктивно справляться с отрицательными эмоциями. Люди с амбивалентной привязанностью проявляли более сильный страх на сознательном и неосознаваемом уровне, больше боялись потери идентичности (страх забвения), что, как считают авторы, было вызвано их повышенной чувствительностью к ситуациям отвержения. При этом их практически не беспокоило, как на их смерть отреагируют близкие. Авторы полагают, что смерть они представляют как ещё одно отвержение (из череды многих). Как и предполагалось, люди с избегающим стилем привязанности не высказывали повышенной осознаваемой тревоги смерти, но они очень боялись неизвестности смерти, её непредсказуемости и непонятности – вероятно, это было связано со страхом потери контроля. Страх смерти авторы рассматривают лишь как вариант сепарации. Работая в рамках теории управления страхом смерти, они показали, что напоминание о смерти склоняло людей с надёжным стилем привязанности больше стремиться к воссоединению с близкими, а люди с избегающим и амбивалентным стилем привязанности меньше стремились к контакту [16].

«Шкала страха личной смерти» хороша тем, что она предметно артикулирует, какие стороны жизни особенно дороги человеку и что он боится потерять. Она незначительно менялась и переименовывалась, но в финале авторы позиционировали её как многомерную методику исследования страхов смерти: на личностном (личность и тело), межличностном (страх забвения и страх за близких) и надличностном (трансценденции и наказание после смерти) уровнях [17]. В исследовании В. Флориана и Л. Сноудена [18] студенты американцы вьетнамского происхождения боялись преимущественно воздействия факта их смерти на семью и друзей, при этом имея заниженный жизненный индекс, что свидетельствовало об отсутствии направленности в жизни и удовлетворенности ей. Так косвенно можно было обнаружить ресурс, из которого эти студенты

могли привносить свою культуру в современный студенческий городок и, делясь с другими студентами, получать некий образ перспективы жизни.

Также была выявлена связь между этим опросником и ММРП [19] – среди заполнявших людей, переживших в течение последних трех лет значимую потерю (смерть близкого) повышенные баллы по «Шкале страха личной смерти» сочетались с повышенными баллами по шкалам паранойи, психастении и шизофрении. Шкала страха последствий для семьи и друзей была связана с повышенными баллами по шкале феминности-маскулинности, а шкала забвения (страха потери социальной идентичности) была связана с пониженной шкалой К – симуляции / диссимуляции – и с высокой социальной интровертированностью. Всё вместе, по мнению авторов, говорит о внутреннем чувстве пустоты и социальной дезадаптации.

Интересную картину выявили авторы теории взрослой романтической привязанности [20], соединив страхи личной смерти с модулями бессмертия по Р. Лифтону [21]. Лифтон считал, что чувство «бессмертия», неуязвимости присуще каждому человеку. Он представлял его чем-то похожим на чувство базового доверия в концепции Э. Эриксона [22]. Базовое доверие необходимо для поддержания «здорового» чувства бессмертия. Оно достигается через культурные связи, продолжение рода, творчество, религиозную веру в жизнь после смерти (благодать), растворение в природе или чувство вечного настоящего (М. Элиаде [23]). Потеря чувства бессмертия проявляется в страхе смерти, душевном оцепенении или подозрении о ложной заботе – Лифтон описал этот феномен на материале выживших жертв Хиросимы. Оказалось, что обратная корреляция по всем шкалам страха смерти наблюдалась только с биологически-творческим модулем бессмертия (продолжение себя в творчестве и детях) у людей с надёжной привязанностью. Люди с надёжной привязанностью, реализующие своё бессмертие через близость с природой, отличались низким страхом последствий для личности, для тела и низким страхом забвения. Люди религиозные с надёжным стилем привязанности не боялись лишь забвения. Модуль бессмертия через переживание («вечное настоящее») не был связан с понижением или повышением страхов смерти. Человек с избегающим стилем привязанности, реализующийся через творчество и детей, боялся потерять

свою личность, забвения и беспокоился за семью. Человек с амбивалентным стилем привязанности, реализующийся через творчество и детей, боялся потерять свою личность, боялся забвения и неизвестности, беспокоился за родных. Таким образом, авторы показали, что в зависимости от предпочитаемого модуля бессмертия люди отличаются разной выраженностью страхов смерти, а наличие надёжного стиля привязанности коренным образом меняет взгляд на смерть, буквально «лишая её жала» – люди просто перестают её бояться.

Методика «Страх личной смерти», как и шкала DAP-R, применялась для исследования медиков [24]: страхи медперсонала, работающего в отделении диализа, сравнивались со страхами персонала отделения отоларингологии – они не различались. Однако врачи отличались от социальных работников менее выраженными страхами смерти, а медсестры давали средние результаты – вероятно, сказывался опыт медицинской подготовки.

Также «Страх личной смерти» измеряли у людей, вынужденных выйти на пенсию раньше срока [25]: было показано, что негативные жизненные события, когда к ним применялась эмоциональная копинг-стратегия, вызывали более высокие страхи смерти.

Нами была поставлена задача провести конфирматорный факторный анализ и подтвердить, что обе данные методики («Отношение к смерти» и «Страх личной смерти») работают на российской выборке, измеряя то, для чего предназначались.

Методика исследования:

Характеристика выборки. Сводная выборка составила 967 человек: 457 респондентов – юноши, 503 – девушки, у 7 человек пол не был указан. Возраст участников от 17 до 37 (M=20, SD=1,97).

Участие в исследовании проходило очно, в рамках коллективных занятий, и являлось добровольным.

Инструменты: респонденты заполняли ряд методик, в число которых входили «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти».

Обработка результатов проводилась в программах EQS 6.2 и SPSS 20.0 с использованием конфирматорного факторного анализа, коэффициента α Кронбаха, корреляционного анализа Пирсона, t-критерия Стьюдента для независимых выборок и d Коэна для определения практической значимости различий.

Таблица 1

Демографические показатели сводной выборки

Показатель	Москва, ГУУ, n=156	Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, n=283	Рязань, РГМУ, n=122	Тула, МИ ТГУ, n=83	Чебоксары, ЧГУ, n=323
Возраст	18-24 M=19,79 SD=1,1	17-22 M=19,00 SD=0,67	17-22 M=19,00 SD=0,67	16-28 M=21,23 SD=2,44	17-37 M=20,2 SD=2,3
Пол	39 юношей, 117 девушек	280 юношей, 3 девушки	29 юношей, 88 девушек, 5 не указано	20 юношей, 62 девушки, 1 не указан	89 юношей, 233 девушек, 1 не указан
Специализация	Психология, социология, менеджмент	Инженерное дело	Лечебное дело	Лечебное дело	Лечебное дело, стоматология, психология, юриспруденция, менеджмент

Результаты исследования:

1.1. Структура опросника «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile Revised). В оригинальной версии он состоит из 32 пунктов и 5 шкал, в которых по 7-балльной шкале Лайкерта даются оценки от «совершенно не согласен с данным утверждением» до «абсолютно согласен». Примеры утверждений: «Смерть, вне сомнения, мрачный опыт» (шкала «Страх смерти»); «Я любой ценой стараюсь избегать мыслей о смерти» (шкала «Избегание смерти»); «Я верю, что после смерти попаду в рай» («Принятие-приближение смерти»); «Смерть следует рассматривать как естественное, непреложное и неотвратимое событие» («Нейтральное принятие смерти»); «Смерть даёт избавление от этого страшного мира» («Принятие смерти как бегства»). Мы уже делали эксплораторный факторный анализ на схожей обширной выборке, однако тогда у нас возникло некоторое затруднение с интерпретацией шкал в Чувашии – они не разложились, как в оригинале [7]. Поэтому на этот раз у нас стояла дополнительная задача: помимо подтверждения структуры

шкалы с помощью КФА, выяснить, подтвердится ли «особость» чувашской выборки.

Мы проверили несколько моделей (табл. 2).

Первая модель была неплоха, но несколько недотягивала до «идеальных» показателей [26, 27]: $RMSEA < 0,05$, $CFI \geq 0,95$, $SRMR < 0,06$. Тогда мы попробовали полинагруженность и шкала стала выглядеть так (табл. 3).

Разумеется, это слишком усложнило задачу, и к тому же не дало нам подсказок альтернативных ключей. Тогда мы решили убрать 323 человека из чувашской выборки, предположив, что это они затеняют нам картину. Ситуация значительно не улучшилась.

В 4-й модели мы решили проверить несвязанные корреляции, то есть те пункты, которые дают наибольшие остаточные члены в коэффициентах корреляции – разницу между эмпирическим и модельным коэффициентом, и удалить эти пункты. В результате удалось хорошо уменьшить сумму этих остаточных членов, которая и является мерой несогласованности эмпирических и модельных данных.

Таблица 2

Показатели соответствия конфирматорных моделей опросника Отношение к смерти

Модель	χ^2	df, p	CFI	SRMR	RMSEA	90% CI
1. Простая	2693,278	454	0,807	0,086	0,072	0,069-0,075
2. Полинагруженная	1393,591	409	0,906	0,032	0,050	0,047-0,053
3. Исключение Чувашии	2631,896	447	0,826	0,086	0,071	0,069-0,074
4. Исключение и сокращение	352,116	114	0,954	0,038	0,047	0,042-0,053
5. Сокращение без исключений	357,058	114	0,961	0,038	0,047	0,042-0,053
6. Сокращение + пункт 32	487,227	130	0,945	0,052	0,054	0,049-0,059

Примечание: df – число степеней свободы, p – уровень значимости, CFI – сравнительный индекс согласия Бентлера, SRMR – стандартизированный корень среднеквадратического остатка, RMSEA – корень среднеквадратической ошибки аппроксимации, 90% CI – границы доверительного интервала для RMSEA.

Таблица 3

Множественные факторные нагрузки на пункты методики Отношение к смерти

1. Смерть, вне сомнения, мрачный опыт	-0,159*F1	+0,171*F2	<u>+0,300*F3</u>	+0,153*F5	+0,890 E1
2. Перспектива собственной смерти вызывает у меня беспокойство	<u>0,619*F3</u>	- 0,081*F4	+0,782 E2		
3. Я любой ценой стараюсь избегать мыслей о смерти	<u>0,579*F2</u>	+0,273*F3	-0,113*F5	+0,635 E3	
4. Я верю, что после смерти попаду в рай	<u>0,479*F1</u>	+0,382*F2	-0,246*F4	-0,071*F5	+0,824 E4
5. Смерть покончит со всеми моими злоключениями	0,101*F2	<u>+0,556*F4</u>	+0,842 E5		
6. Смерть следует рассматривать как естественное, непреложное и неотвратимое событие	<u>0,616*F5</u>	+0,788 E6			
7. Меня расстраивает, что всё закончится смертью	<u>0,599*F3</u>	-0,101*F5	+0,785 E7		
8. Смерть – это переход к наивысшему наслаждению	<u>0,523*F1</u>	-0,132*F3	+0,126*F4	+0,788 E8	
9. Смерть дает избавление от этого страшного мира	0,149*F1	-0,076*F3	<u>+0,659*F4</u>	+0,655 E9	
10. Когда бы мысль о смерти ни приходила мне в голову, я стараюсь отвлечься от нее	<u>0,596*F2</u>	+0,215*F3	+0,680 E10		
11. Смерть избавляет от боли и страдания	<u>0,675*F4</u>	+0,136*F5	+0,725 E11		
12. Я стараюсь никогда не думать о смерти	-0,060*F1	<u>+0,839*F2</u>	+0,534 E12		
13. Я верю, что рай будет гораздо лучшим местом, чем этот мир	<u>0,652*F1</u>	+0,071*F2	+0,760 E13		
14. Смерть – естественная часть жизни	<u>0,728*F5</u>	+0,685 E14			
15. Смерть – это воссоединение с Богом и вечная благодать	<u>0,909*F1</u>	+0,107*F3	-0,305*F4	+0,612 E15	
16. Смерть обещает новую, блаженную жизнь	<u>0,789*F1</u>	+0,614 E16			
17. Я не боюсь смерти, но и не приветствую её	0,137*F2	-0,282*F3	<u>+0,365*F5</u>	+0,886 E17	
18. Я очень сильно боюсь смерти	<u>0,647*F3</u>	-0,225*F5	+0,705 E18		
19. В целом я избегаю мыслей о смерти	<u>0,692*F2</u>	+0,183*F3	-0,055*F4	+0,575 E19	
20. Вопрос жизни после смерти очень меня беспокоит	0,384*F1	-0,295*F2	<u>+0,584*F3</u>	-0,092*F4	+0,797 E20
21. Тот факт, что смерть положит конец всему, что я знаю, пугает меня	-0,247*F2	<u>+0,838*F3</u>	+0,676 E21		
22. Я предвкушаю воссоединение с любимыми после смерти	<u>0,579*F1</u>	-0,115*F2	+0,242*F3	-0,073*F5	+0,784 E22
23. Я представляю смерть как освобождение от земных страданий	0,368*F1	<u>+0,500*F4</u>	-0,065*F5	+0,644 E23	
24. Смерть – всего лишь часть процесса жизни.	<u>0,685*F5</u>	+0,728 E24			
25. Я представляю смерть как переход в вечное и благодатное место	<u>0,923*F1</u>	+0,057*F3	-0,190*F4	+0,549 E25	
26. Я стараюсь не иметь дела с темой смерти	<u>0,558*F2</u>	+0,218*F3	+0,715 E26		
27. Смерть приносит чудесное освобождение души	<u>0,722*F1</u>	+0,097*F4	+0,626 E27		
28. Единственное, что успокаивает меня при столкновении со смертью, - моя вера в жизнь после смерти	<u>0,652*F1</u>	+0,194*F3	-0,130*F4	+0,783 E28	
29. Я представляю смерть как освобождение от бремени этой жизни	0,443*F1	<u>+0,466*F4</u>	-0,101*F5	+0,602 E29	
30. Смерть – это ни хорошо, ни плохо	-0,162*F3	+0,091*F4	<u>+0,383*F5</u>	+0,897 E30	
31. Я предвкушаю жизнь после смерти	<u>0,600*F1</u>	-0,136*F2	+0,210*F3	+0,772 E31	
32. Неопределенность того, что произойдет после смерти, беспокоит меня	0,136*F1	-0,366*F2	<u>+0,752*F3</u>	+0,753 E32	

Таблица 4

Нормы по опроснику «Отношение к смерти» для юношей

Показатель	Принятие-приближение смерти	Избегание темы смерти	Страх смерти	Принятие смерти как бегства	Нейтральное принятие смерти
M	3,27	4,66	3,70	2,40	5,79
SD	1,41	1,51	1,37	1,32	1,24

Нормы по опроснику «Отношение к смерти» для девушек

Таблица 5

Показатель	Принятие-приближение смерти	Избегание темы смерти	Страх смерти	Принятие смерти как бегства	Нейтральное принятие смерти
M	3,87	4,54	4,06	2,94	5,61
SD	1,34	1,56	1,45	1,39	1,22

В 5-й модели мы учли несвязанные корреляции и вернули чувашскую выборку: модель осталась рабочей. Таким образом, нам достаточно было избавиться от расплывчатых пунктов, которые вносили путаницу в понимание конструкторов некоторым респондентам.

1.2. Что касается согласованности шкал, она осталась высокой:

- 0,846 для шкалы «Принятие-приближение смерти»,

- 0,851 для шкалы «Избегание смерти»,

- 0,683 для шкалы «Страх смерти». После того как мы добавили пункт «Неопределённость того, что произойдёт после смерти, беспокоит меня» – α Кронбаха выросла до 0,722. При этом показатели КФА незначительно снизились, но остались в рамках допустимого (модель 6). Мы решили принять 6-ю модель.

- 0,808 для шкалы «Принятие смерти как бегства»,

- 0,721 для шкалы «Нейтральное принятие смерти».

1.3. Далее мы проверили шкалы на асимметрию и эксцесс. Их значение было меньше 1, поэтому мы сочли распределение по шкалам нормальным, подсчитали среднее и стандартное отклонение для юношей и девушек, а также проверили гендерные различия с помощью t критерия Стьюдента и d Коэна.

Различия были значимы для всех шкал, кроме шкалы «Избегание темы смерти». Для шкалы «Принятие-приближение смерти» $t(942) = -6,614, p < 0,001, CI (-0,77; -0,42), d_{Cohen} = 0,437$; для шкалы «Страх смерти» $t(942) = -3,898, p < 0,001, CI (-0,54; -0,18), d_{Cohen} = 0,254$; для шкалы «Принятие смерти как бегства» $t(942) = -6,139, p < 0,001, CI (-0,72; -0,37), d_{Cohen} = 0,398$; для «Нейтрального принятия смерти» $t(942) = 2,238, p = 0,025, CI (0,02; 0,34), d_{Cohen} = -$

0,146. Таким образом, самые большие различия (близкая к умеренной практическая значимость) наблюдалась по шкале «Принятие-приближение смерти», а различия по шкале «Нейтральное принятие смерти» имело низкую практическую значимость – меньше 1/5 от стандартного отклонения. Девушки больше верили в рай после смерти, больше боялись смерти, больше были склонны рассматривать смерть как возможность бегства и были чуть менее нейтральны к ней.

2.1. Методика «Страх личной смерти» (Fear of Personal Death Scale) в последней редакции [17] позиционировалась как многомерная, рассматривающая страхи смерти личностные («это положит конец творчеству» – страх последствий для личности и «меня похоронят глубоко в земле» – страх последствий для тела), межличностные («родственники будут горевать» – страх последствий для близких и «мой уход не ранит близких» – страх потери социальной идентичности (забвения)) и надличностные («с ней связано много непонятного» – страх трансцендентный последствий и «я боюсь наказания, которое ждёт после смерти» – страх наказания после смерти). В эксплораторном факторном анализе мы получили дополнительную шкалу, которую назвали «Страх потери личных стремлений», в нее входили пункты из шкалы «Страх последствий для личности», такие как «мне необходимо реализовывать жизненные цели», «оборвутся мои связи с любимыми», «это лишит меня удовольствий жизни». Пункт «боюсь наказания, которое ждет после смерти» соединялся с «Трансцендентными последствиями» и со шкалой «Страх забвения», поэтому мы его исключали в наших работах. Сами авторы не всегда использовали этот пункт [20].

Таблица 6

Модели КФА для методики Страх личной смерти

Модель	χ^2	df, <i>p</i>	CFI	SRMR	RMSEA	90% CI
1. Простая, «русская», 6 факторов	2880,077	414	0,844	0,072	0,080	0,077-0,082
2. С сокращенным личностным измерением (21 пункт), 6 факторов	422,763	155	0,972	0,037	0,043	0,038-0,048
3. Сокращенная модель с факторами второго уровня (внутриличностный, межличностный, надличностный)	775,217	162	0,936	0,098	0,063	0,059-0,068
4. Сокращенная модель 5 факторов, без уровней, 21 пункт	706,866	160	0,943	0,045	0,060	0,056-0,065

Примечание: df – число степеней свободы, *p* – уровень значимости, CFI – сравнительный индекс согласия Бентлера, SRMR – стандартизированный корень среднеквадратического остатка, RMSEA – корень среднеквадратической ошибки аппроксимации, 90% CI – границы доверительного интервала для RMSEA

С помощью конфирматорного факторного анализа мы проверили следующие модели (табл. 6).

Изначально нам показались слишком слабыми пункты 28-31 и ещё некоторые, относящиеся к личности («моя жизнь не будет реализована», «это положит конец духовным практикам» и др.), так как они давали слишком большие корреляции остатков, и, избавившись от них, мы достигли некоторого улучшения модели. Затем мы решили проверить двухуровневую структуру методики, как её заявили авторы, на уже сокращенной модели. Модель ухудшилась. В четвертой модели мы оставили наиболее выигрышные пункты, объединив пункты из шкалы последствий смерти для личности и для личных стремлений, как и было в авторской методике, и модель сошла наилучшим образом.

2.2. Согласованность шкал (α Кронбаха) оказалась достаточно высока.

Шкала последствий смерти для личности – 0,868.

Шкала последствий для тела – 0,841.

Шкала трансцендентных последствий – 0,894.

Шкала последствий для близких – 0,838.

Шкала страха забвения – 0,754.

2.3. Проверка на нормальность распределения шкал для юношей и девушек обнаружила, что асимметрия и эксцесс не превышает 1, поэтому распределение по шкалам можно считать нормальным.

Гендерные различия проверялись *t*-критерием Стьюдента для независимых выборок и *d* Коэна. Они оказались значимы для шкалы «Последствия смерти для тела»: $t(933) = -8,512, p < 0,001, CI (-1,13; -0,71), d_{Cohen} = 0,556$; шкалы «Трансцендентных последствий»: $t(933) = -4,084, p < 0,001, CI (-0,69; -0,24), d_{Cohen} = 0,269$; и шкалы «Страх забвения»: $t(933) = -3,551, p < 0,001, CI (-0,50; -0,14), d_{Cohen} = 0,233$. Во всех случаях страхи были выше у девушек. Наибольшие различия (средняя практическая значимость) наблюдались по шкале «Последствия смерти для тела», наименьшие (низкая практическая значимость) – для шкалы «Страх забвения».

Таблица 7

Медианы и стандартные отклонения по шкале Страх личной смерти для юношей

Показатель	Личность	Тело	Трансцендентность	Близкие	Забвение
M	4,58	2,35	3,78	5,00	2,22
SD	1,39	1,47	1,72	1,43	1,31

Таблица 8

Медианы и стандартные отклонения по шкале Страх личной смерти для девушек

Показатель	Личность	Тело	Трансцендентность	Близкие	Забвение
M	4,41	3,27	4,25	4,84	2,54
SD	1,53	1,81	1,77	1,52	1,43

3. Конструктивная валидность проверялась корреляционным анализом Пирсона.

Таблица 9

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти»

Показатель	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ППС	1	-0,01	0,07*	0,57***	0,14***	-0,12***	0,08**	0,18***	-0,02	0,15***
2. ИТС		1	0,39***	-0,21***	-0,02	0,33***	0,12**	0,18***	0,28***	-0,07*
3. СС			1	0,03	-0,13***	0,43***	0,38***	0,49***	0,23***	0,15***
4. ПСБ				1	-0,01	-0,14***	0,19***	0,11**	-0,14***	0,28***
5. НПС					1	0,09	-0,20***	-0,06	0,13***	-0,10**
6. ПДЛ						1	0,30***	0,47***	0,47***	0,14***
7. ПДТ							1	0,53***	0,18***	0,38***
8. ТП								1	0,27***	0,26***
9. ПДБ									1	0,01
10. СЗ										1

Примечание: ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения.

Достоверность корреляций: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Как видно, шкала «Принятие-приближение смерти», то есть вера в рай после смерти, не связана с избеганием смерти и коррелирует на низком уровне со шкалами «Страх смерти» и «Нейтральное принятие смерти», однако у неё высокая корреляция с «Принятием смерти как бегства», то есть она несёт суицидальный радикал. Эта шкала отрицательно связана с показателем «Страх последствий для личности», не связана со шкалой «Страх последствий за близких», беспокойство сохраняется лишь касательно забвения, тела и неизвестности после смерти (трансцендентных последствий).

Шкала «Избегание темы смерти в повседневной жизни» на среднем уровне коррелирует со шкалой «Страх смерти», отрицательно связана со шкалой «Принятие смерти как бегства», и никак не связана со шкалой «Нейтральное принятие смерти». Она коррелирует на среднем уровне со шкалами «Страх последствий для личности» и «Страх за близких», отрицательно связана со шкалой «Страх забвения». Также отмечаются низкие корреляции со шкалами «Страх последствий для тела» и «Страх трансцендентных последствий». То есть люди, набирающие высокий балл по этой шкале, скорее просто беспокоятся за себя и других и не боятся забвения – это социальный страх, и по идее их суицидальный радикал низок. В клинике «Избегание смерти» может быть более свойственно людям в остром постсуициде, нежели чем норме [28].

Шкала «Страх смерти» имеет низкую отрицательную корреляцию со шкалой

«Нейтральное принятие смерти», отсутствует корреляция с «Принятием смерти как бегство», наблюдаются умеренно средние корреляции со всеми последствиями смерти (для личности, тела, близких, неизвестности, забвения) – это универсальный страх. Однако следует помнить, что повышенные показатели по данной шкале наблюдаются, к примеру, у людей в остром постсуициде после первой, признаваемой ими попытки, вызывая у данной группы сильный дискомфорт, переживание экзистенциального тупика [28; 29]. В то же время, Т. Джойнер пишет о бесстрашии к смерти как одном из факторов в остром пресуициде, облегчающих совершение самоубийства [30]. Таким образом, стоит обращать внимание на оба края – завышенные и заниженные показатели по шкале, так как оба варианта могут свидетельствовать о психологическом неблагополучии респондента.

Люди, набравшие высокий балл по шкале «Принятие смерти как бегство» имели невысокие, но отрицательные корреляции со страхами последствий смерти для личности и близких, но боялись последствий для тела, неизвестности и особенно забвения (корреляция среднего уровня) – это наиболее неблагополучные страхи, которые, по нашим данным, отрицательно связаны с жизнестойкостью и положительно – с негативной временной перспективой [7]. К тому же, наше клиническое исследование показывает, что показатели этой шкалы повышаются у людей с несколькими попытками суицида [28, 29], то есть она улавливает суицидальный радикал.

Шкала «Нейтральное принятие смерти» не имеет корреляций со шкалами «Последствия смерти для личности» и «Трансцендентные последствия», зато имеет невысокую отрицательную корреляцию со шкалами «Страх последствий для тела» и «Страх забвения» и невысокую положительную корреляцию со «Страхом последствий для близких» – то есть на российской выборке подтверждается идея Пола Вонга, разработчика методики, что это самый благоприятный взгляд на смерть, связь которого с различными страхами смерти минимальна.

Шкала «Последствия смерти для личности» на среднем уровне коррелирует со шкалами «Страх трансцендентных последствий» и «Страх за близких», чуть меньше – со шкалой «Страх последствий для тела» и немного со шкалой «Страх забвения». Это также универсальный страх.

«Страх последствий для тела» очевидно является одним из неблагоприятных, о чём мы уже писали ранее [7], и на среднем уровне он коррелирует со шкалой «Страх трансцендентных последствий», чуть менее – со шкалой «Страх забвения», и лишь немного со шкалой «Страх последствий для близких». Теория управления страхом смерти также считает телесный страх смерти проблематичным, так как он может инициировать сильные негативные мировоззренческие защиты, призванные ограничить телесные проявления в культуре, например ритуализировать телесные функции и рассматривать женщин как телесный объект [31]. Неслучайно показатель «Страх последствий для тела» в нашем исследовании оказался более выражен у женщин, которые больше заняты «окультуриванием» тела, чем мужчины.

«Страх трансцендентных последствий» в равной мере коррелирует со шкалами «Страх последствий для близких» и «Страх забвения». «Страх последствий для близких» не коррели-

рует со шкалой «Страх забвения», то есть это не связанные страхи: вне зависимости от того, боится ли человек, что его смерть окажется тяжелым переживанием для близких, параллельно он может бояться или не бояться, что его забудут – это может быть более общий страх, распространяющийся не только на близкие отношения, но и на вклад, который человек вносит в общество. Страх забвения – это отрицание культурного модуса бессмертия по Р. Лифтону и буфера культурной тревоги по теории управления страхом смерти.

Выводы:

Мы создали краткие версии шкал «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти», чтобы их было удобно применять как в ситуациях скрининга, так и в клинических и научных исследованиях. Это надёжные, валидные, хорошо согласованные методики.

Результаты позволяют выделить как наиболее благоприятные шкалы – это «Нейтральное принятие смерти», «Страх последствий для близких», так и наиболее неблагоприятные: общий «Страх смерти», «Принятие смерти как бегства», «Страх телесных последствий смерти», «Страх забвения». Показатели по шкале «Принятие-приближение смерти» сами по себе не являются тревожащими, так как эта шкала измеряет религиозный взгляд на смерть, но исследователя может беспокоить, если респондент набирает ещё и высокий балл по «Принятию смерти как бегства», а также, если показатели по этой шкале занижены – человек может по какой-то причине считать, что он не достоин рая после смерти, например, из-за суицидальных мыслей [28]. Шкала «Избегание смерти» умеренно коррелирует со шкалой «Страх смерти», но это не свободная тревога, а скорее желание уберечь себя и близких от негативной информации, которой полнится мир, и это вполне понятная стратегия совладания.

Литература:

1. Хайдеггер М. Бытие и время. – М.: Республика, 1993.
2. Тиллих П. Избранное. Потрясение оснований. – Центр гуманитарных инициатив; М.: СПб, «Юрист», 2015.
3. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие // Вопросы психологии. 2014. №2. С. 125-142.
4. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 2015.
5. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994. – P. 121-148.

References:

1. Hajdegger M. Bytie i vremja. – M.: Respublika, 1993. (In Russ)
2. Tilih P. Izbrannoe. Potrjasenie osnovanij. – Centr gumanitarnykh iniciativ; M.; SPB, «Jurist», 2015. (In Russ)
3. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Teorija upravljenija strahom smerti: osnovy, kritika i razvitie // Voprosy psihologii. 2014. №2. S. 125-142. (In Russ)
4. Jalom I. Jekzistencial'naja psihoterapija. – M.: Klass, 2015. (In Russ)
5. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994. – P. 121-148.

6. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Бадалян, А.В., Саркисов, С.А. Адаптация методики исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 35-42.
7. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л., Семикин, Г.И., Храмельшвили, В.В., Казанцева, В.Н., Журавлева, Т.В. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. 2014. Том 5, № 2. С. 60-69.
8. Чистопольская К.А. Ениколопов С.Н. Игнатенко С.А. Озол С.Н., Семикин Г.И. Отношение к жизни и смерти у студентов медицинских, социальных и инженерных дисциплин // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты: учебное издание / Под ред. Н.Л. Белопольской. Москва: Когито-Центр, 2015. С. 139-152.
9. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 8-20.
10. Gesser G., Wong P.T.P. Reker G.T. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP) // Omega. 1987-1988. Vol. 18, № 2. P. 113-128.
11. Malliarou M., Zyga S., Fradelos E., Sarafis P. Measuring death attitude and burnout of Greek nursing personal // American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives. 2015. Vol. 4, № 2-1. P. 74-77.
12. Dunn R.S., Otten C., Stevens E. Nursing experience and the care of dying patients // Oncology Nursing Forum. 2005. Vol. 32, № 1. P. 97-104.
13. Latha K.S, Sahana M, Mariella D, Subbannayya K, Asha K. Factors related to life satisfaction, meaning of life, religiosity and death anxiety in health care staff and students: A cross-sectional study from India // Online Journal of Health Allied Sciences. 2013. Vol. 12, № 2. P. 7. Available at URL: <http://www.ojhas.org/issue46/2013-2-7.html>
14. Florian V., Mikulincer M. The impact of death-risk experiences and religiosity on the fear of personal death: The case of Israeli soldiers in Lebanon // Omega. 1992-93. Vol. 26, № 2. P. 101-111.
15. Mikulincer M., Florian V., Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death. A case study of affect regulation // J. of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 58, № 2. P. 273-280.
16. Mikulincer M., Florian V. Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms? // J. of Personality and Social Psychology. 2000. Vol. 79, № 2. P. 260-273.
17. Mikulincer M., Florian V. The complex and multi-faceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 39-63.
18. Florian V., Snowden L., Fear of personal death and positive life regard: A study of different ethnic and religious-affiliated American college students // J. of cross-cultural psychology. 1989. Vol. 20, № 1. P. 64-79.
19. Florian V., Mikulincer M., Green E. Fear of personal death and the MMPI profile of middle-age men: the moderating impact of personal losses // Omega. 1993-94. Vol. 28, № 2. P. 151-164.
20. Florian V., Mikulincer M., Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment // J. of Personality and Social psychology. 1998. Vol. 74, № 3. P. 725-734.
21. Lifton R. The sense of immortality: On death and the continuity of life // American Journal of Psychoanalysis. 1979. № 33. P. 3-15.
22. Эрикссон Э. Детство и общество. СПб.: Летний сад, 2000.
23. Элиаде М. Очерки сравнительного религиоведения. М.: «Ладомир», 1999.
24. Ungar L., Florian V., Zernitsky-Shurka, E. Aspects of fear of personal death, levels of awareness, and professional affiliation among dialysis unit staff members // Omega. 1990. Vol. 21, № 1. – P. 51-67.
25. Mikulincer M., Florian V. Stress, coping and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement // Death Studies. 1995. Vol. 19, № 5. P. 413-431.
6. Chistopol'skaja, K.A., Enikolopov, S.N., Badaljan, A.V., Sarkisov, S.A. Adaptacija metodik issledovanija odnosnenija k smerti u ljudej v ostrom postsuicide i v otноситel'nom psihologicheskom blagopoluchii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2012. T. 22, № 2. S. 35-42. (In Russ)
7. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Khramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V. Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample // Suicidology. 2014. Vol. 5, № 2. P. 60-69. (In Russ)
8. Chistopol'skaja K.A. Enikolopov S.N. Ignatenko S.A. Ozol' S.N., Semikin G.I. Otnoshenie k zhizni i smerti u studentov medicinskih, social'nyh i inzhenernyh disciplin // Sovremennye predstavlenija o psihicheskoy norme i patologii: Psihologicheskij, klinicheskij i social'nyj aspektj: uchebnoe izdanie / Pod red. N.L. Belopol'skoj. Moskva: Kogito-Centr, 2015. С. 139-152. (In Russ)
9. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Stigmatizacija i samostigmatizacija suicidal'nyh pacientov // Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii. 2015. T. 11, № 1. С. 8-20. (In Russ)
10. Gesser G., Wong P.T.P. Reker G.T. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP) // Omega. 1987-1988. Vol. 18, № 2. P. 113-128.
11. Malliarou M., Zyga S., Fradelos E., Sarafis P. Measuring death attitude and burnout of Greek nursing personal // American Journal of Nursing Science. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives. 2015. Vol. 4, № 2-1. P. 74-77.
12. Dunn R.S., Otten C., Stevens E. Nursing experience and the care of dying patients // Oncology Nursing Forum. 2005. Vol. 32, № 1. P. 97-104.
13. Latha K.S, Sahana M, Mariella D, Subbannayya K, Asha K. Factors related to life satisfaction, meaning of life, religiosity and death anxiety in health care staff and students: A cross-sectional study from India // Online Journal of Health Allied Sciences. 2013. Vol. 12, № 2. P. 7. Available at URL: <http://www.ojhas.org/issue46/2013-2-7.html>
14. Florian V., Mikulincer M. The impact of death-risk experiences and religiosity on the fear of personal death: The case of Israeli soldiers in Lebanon // Omega. 1992-93. Vol. 26, № 2. P. 101-111.
15. Mikulincer M., Florian V., Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death. A case study of affect regulation // J. of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 58, № 2. P. 273-280.
16. Mikulincer M., Florian V. Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms? // J. of Personality and Social Psychology. 2000. Vol. 79, № 2. P. 260-273.
17. Mikulincer M., Florian V. The complex and multi-faceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 39-63.
18. Florian V., Snowden L., Fear of personal death and positive life regard: A study of different ethnic and religious-affiliated American college students // J. of cross-cultural psychology. 1989. Vol. 20, № 1. P. 64-79.
19. Florian V., Mikulincer M., Green E. Fear of personal death and the MMPI profile of middle-age men: the moderating impact of personal losses // Omega. 1993-94. Vol. 28, № 2. P. 151-164.
20. Florian V., Mikulincer M., Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment // J. of Personality and Social psychology. 1998. Vol. 74, № 3. P. 725-734.
21. Lifton R. The sense of immortality: On death and the continuity of life // American Journal of Psychoanalysis. 1979. № 33. P. 3-15.
22. Jerikson Je. Detstvo i obshhestvo. SPb.: Letnij sad, 2000. (In Russ)
23. Jeliade M. Oчерки sravnitel'nogo religiovedenija. M.: «Ladomir», 1999. (In Russ)
24. Ungar L., Florian V., Zernitsky-Shurka, E. Aspects of fear of personal death, levels of awareness, and professional affiliation among dialysis unit staff members // Omega. 1990. Vol. 21, № 1. – P. 51-67.
25. Mikulincer M., Florian V. Stress, coping and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement // Death Studies. 1995. Vol. 19, № 5. P. 413-431.

26. Byrne B.M. Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming. N.Y.: Routledge, 2012.
27. Митина О.В. Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений // Экспериментальная психология: ежеквартальный научный журнал: основан в 2008 году / Ред. К.М. Корепанова. 2008. № 1. С. 131-148.
28. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Магурдумова Л.Г. Комментарий: Бесстрашие к смерти – статика или динамика? // Суицидология. 2017. Том 8, № 2. С. 30-39.
29. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. Т. 19, №2. С. 12. – URL: <http://medpsy.ru>
30. Joiner, T.E. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press. – 2005.
31. Goldenberg J.L., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality // Personality and Social Psychology Review. 2000. Vol. 4, № 3. P. 200–218.

Приложение 1. Бланк методики «Отношение к смерти»

Предлагаемые Вам утверждения касаются того, как Вы относитесь к смерти. Мы предлагаем Вам согласиться или не согласиться с каждым из предложенных утверждений. Обведите цифру, которая лучше всего отражает степень вашего согласия / несогласия с каждым утверждением. Помните, что правильных или неправильных ответов не существует.

Обведите цифру, которая лучше всего отражает степень Вашего согласия или несогласия с каждым утверждением.	Абсолютно не согласен	Не согласен	Скорее не согласен	Не уверен	Скорее согласен	Согласен	Абсолютно согласен
1. Перспектива собственной смерти вызывает у меня беспокойство.	1	2	3	4	5	6	7
2. Смерть следует рассматривать как естественное, непреложное и неотвратимое событие.	1	2	3	4	5	6	7
3. Меня расстраивает, что всё закончится смертью.	1	2	3	4	5	6	7
4. Смерть дает избавление от этого страшного мира.	1	2	3	4	5	6	7
5. Когда бы мысль о смерти ни приходила мне в голову, я стараюсь отвлечься от нее	1	2	3	4	5	6	7
6. Я стараюсь никогда не думать о смерти.	1	2	3	4	5	6	7
7. Я верю, что рай будет гораздо лучшим местом, чем этот мир.	1	2	3	4	5	6	7
8. Смерть – естественная часть жизни.	1	2	3	4	5	6	7
9. Смерть – это воссоединение с Богом и вечная благодать.	1	2	3	4	5	6	7
10. Смерть обещает новую, блаженную жизнь.	1	2	3	4	5	6	7
11. В целом я избегаю мыслей о смерти.	1	2	3	4	5	6	7
12. Тот факт, что смерть положит конец всему, что я знаю, пугает меня.	1	2	3	4	5	6	7
13. Я представляю смерть как освобождение от земных страданий.	1	2	3	4	5	6	7
14. Смерть – всего лишь часть процесса жизни.	1	2	3	4	5	6	7
15. Я представляю смерть как переход в вечное и благодатное место.	1	2	3	4	5	6	7
16. Я стараюсь не иметь дела с темой смерти	1	2	3	4	5	6	7
17. Я представляю смерть как освобождение от бремени этой жизни.	1	2	3	4	5	6	7
18. Неопределенность того, что произойдет после смерти, беспокоит меня.	1	2	3	4	5	6	7

Приложение 2.

Бланк методики «Страх личной смерти»

Предлагаемые утверждения представляют собой вторую часть предложения «Смерть пугает меня, потому что...». Оцените, насколько Вы считаете данные высказывания верными в отношении себя.

При оценке используйте следующую шкалу:
совершенно не согласен 1 _____ 4 _____ 7 полностью согласен
что-то среднее

1. ...это положит конец творчеству	1 2 3 4 5 6 7
2. ...это положит конец всем планам и замыслам	1 2 3 4 5 6 7
3. ...это положит конец способности мыслить	1 2 3 4 5 6 7
4. ...это оторвет меня от самой жизни	1 2 3 4 5 6 7
5. ...я пропущу будущие события	1 2 3 4 5 6 7
6. ...мне необходимо реализовывать жизненные цели	1 2 3 4 5 6 7
7. ...это лишит меня удовольствий жизни	1 2 3 4 5 6 7
8. ...мое отсутствие никто не почувствует	1 2 3 4 5 6 7
9. ...меня забудут	1 2 3 4 5 6 7
10. ...мой уход не ранит близких	1 2 3 4 5 6 7
11. ...меня похоронят глубоко в земле	1 2 3 4 5 6 7
12. ...меня пугает, что произойдет с телом	1 2 3 4 5 6 7

13. ...моя семья все еще будет во мне нуждаться	1 2 3 4 5 6 7
14. ...родственники не оправятся от горя	1 2 3 4 5 6 7
15. ...родственники и друзья будут горевать	1 2 3 4 5 6 7
16. ...я не смогу обеспечивать семью	1 2 3 4 5 6 7
17. ...неясно, чего ожидать	1 2 3 4 5 6 7
18. ...неясно, каково существование после смерти	1 2 3 4 5 6 7
19. ...она непостижима	1 2 3 4 5 6 7
20. ...с ней связано много непонятного	1 2 3 4 5 6 7
21. ...тело будет разлагаться	1 2 3 4 5 6 7

Приложение 3. Ключи к методикам.

Методика «Отношение к смерти».
Принятие-приближение смерти: 7, 9, 10, 15
Избегание темы смерти: 5, 6, 11, 16
Страх смерти: 1, 3, 12, 18
Принятие смерти как бегства: 4, 13, 17
Нейтральное принятие: 2, 8, 14

Методика «Страх личной смерти».
Последствия для личности: 1-7
Последствия для тела: 11, 12, 21
Трансцендентные последствия: 17-20
Последствия для близких: 13-16
Страх забвения: 8-10

CONSTRUCTION OF SHORT RUSSIAN VERSIONS OF DEATH ATTITUDE PROFILE-REVISED AND FEAR OF PERSONAL DEATH SCALE

K.A. Chistopolskaya, O.V. Mitina, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev, G.I. Semikin, S.N. Ozol, S.A. Chubina

V.P. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Bauman Moscow State Technical University, Moscow, Russia
Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Kamenev Tula Regional Clinical Psychiatric Hospital N1, Tula, Russia

Abstract:

Research on attitudes toward death and fears of death is an important and promising trend in psychology, which adds to understanding of human motivation and has pronounced applied significance for suicidology. Objectives: To construct short Russian versions of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale. Method: A consolidated sample of 967 students of medical, technical and social sciences (457 males, 503 females, 7 undefined) from the cities of Moscow, Cheboksary, Ryazan and Tula, aged 16 – 37 (M=20.04, SD=1.87). Results: Confirmatory factor analysis was performed, on the basis of which short Russian versions of the questionnaires were constructed (CFI=.945, SRMS=.052, RMSEA=.054 for DAP-R, 18 items; CFI=.943, SRMS=.045, RMSEA=.060 for FPDS, 21 items). Norms for male and female students were calculated. Gender differences (t-test) of low and average statistical significance (Cohen’s d) were found for most scales of both questionnaires. Females were higher in fears and acceptance of death (d_{Cohen} from .233 to .556), except for Neutral Acceptance of Death, which was somewhat more pronounced in males (d_{Cohen} = -.146). On the basis of correlation analysis the most benign scales were defined: Neutral Acceptance of Death, Fear of Consequences for Family and Friends; as well as the most adverse: Fear of Death, Escape Acceptance of Death, Fear of Consequences for Body, Fear of Being Forgotten. Conclusion: The article generalizes foreign and Russian research with the use of Death Attitude Scale-Revised and Fear of Personal Death Scale. Short Russian versions of the questionnaires are formed; their reliability, validity and internal consistency are confirmed.

Key words: fear of death, avoidance of death, acceptance of death, terror management theory, modes of immortality

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 616.89-008

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ БРЕМЯ БЛИЗКИХ ЖЕРТВЫ СУИЦИДА: ЕСЛИ БЫ...*

Е.Б. Любов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156, ORCID ID: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Окружение жертв суицида называют «выжившими»: 6-32 «потерявших «значимого другого» (любимого) членов семьи и друзей, профессионалов, случайных свидетелей, соучеников и сотрудников, испытывающих трудности жизни. Выделены «нормальное» горе и осложнённое (травматическое, продолжительное) – нарушения приспособления к потере: усложнение, замедление или приостановка облегчения горя. Обстоятельства суицида (смерть в 80% внезапна и неожиданна для домочадцев; брутальна) усугубляют утрату. У горя утраты после суицида три особенности: тематическое содержание; социальный фон выжившего (стигма), влияние на структуру и функцию семьи. Риск осложнённого горя в 2-4 раза более, чем в общей группе скорбящих. Индивидуальная предрасположенность или ранимость повышают риск депрессии, суицида. Поственция (третичная профилактика) представляет неотъемлемую часть типовой антисуицидальной междисциплинарной и межведомственной программы. Рекомендован интегративный подход, основанный на потребностях, ресурсах и доступности лечения, который включает в себя поддержку, образование, когнитивную и межличностную технику, медикаментозное лечение с опорой на антидепрессанты. Лечение сочетает психобразование, психотерапию и фармакотерапию (возможно, сочетанные) с упором на депрессию, чувство вины и стигму.

Ключевые слова: суицид, «выжившие», социальные, клинические последствия, поственция (третичная профилактика)

*Ты понимаешь, что прошлое,
начиная со вчерашнего дня, фактически отменено?
Джордж Оруэлл. 1984*

В руководстве SOS Американской ассоциации суицидологии суицид назван «катастрофой» близких жертв. Отсюда ближний и дальний круг суицидентов представлен «выжившими» («survivors»), «уцелевшими»: «потерявшими «значимого другого» (любимого) членами семьи и друзьями, но и профессионалами, случайными свидетелями, соучениками и сотрудниками ... Осколками судьбы покончившего с собой, его «напрасной смертью», прямо или косвенно ранены («втянуты воронкой» суицида) 6-32 испытывающих последствия трагедии. Памятуя суицидальное поведение (СП) в учебных заведениях, на рабочем месте, информации СМИ, – «выживших» сотни и тысячи. Каждый четвертый (в США) помнит кого-либо погибшего от суицида, десятый – за последний год. Коли так, с учётом зарегистрированных Росстатом (www.gks.ru) суицидов в

2016 г. – не менее 150000 россиян переживают многообразное бремя потери в «отчётном году», причём без пытавшихся умереть.

По Э. Шнейдману (1969), окружение суицидента составляет обширную область нарушений психического здоровья. Спросив «Болезнь ли горе?» в заголовке классического труда, G.L. Engel (1961) показал (сам и ответил), что горю присущи характеристики соматических болезней: этиология (потеря любимого), дистресс, предсказуемые симптоматология, течение и функциональное ухудшение, восстановление, не всегда полное.

Горе (глубокая печаль, скорбь – не синонимы депрессии) – естественное и неизбежное переживание утраты (и развод – «маленькая смерть») близкого (любимого): представлено сложной палитрой эмоциональных, когнитивных и поведенческих, социальных реакций на смерть, отличных по выраженности и длительности в культуральных группах и на индивидуальном уровне. После смерти близкого, неза-

*Журнальный вариант главы готовящегося к печати руководства по суицидологии под ред. проф. Б.С. Положего.

висимо от её причины, горюющие переживают сильный дистресс в виде необычных нейровегетативных и отрицательно окрашенных эмоций, порой приводящих к скоропостижной смерти.

Монтеки: О, государь, от горести по сыне жена моя скончалась в эту ночь. *Шекспир.*

Лизина мать услышала о страшной смерти дочери своей, и кровь её от ужаса охладела – глаза навек закрылись. – Хижина опустела. В ней воев ветер, и суеверные поселяне, слыша по ночам сей шум, говорят: «Там стонет мертвец; там стонет бедная Лиза!». *Н.М. Карамзин.*

Горе – не состояние, но процесс. Показаны последовательные стадии шока (неадекватное восприятие реальности), осознание потери, переживание трагедии с разрушением картины себя и мира с аффективными нарушениями, сопряженными с высоким риском СП; принятие потери: спад аффективного напряжения в связи с включением утраты в картину мира выжившего.

Выделены «нормальное» горе и осложнённое (травматическое, продолжительное) – для описания нарушения приспособления к потере: усложнение, замедление или приостановка облегчения горя. Индивидуальная предрасположенность или ранимость повышают риск расстройств приспособительных реакций.

В неосложненном горе прослежена начальная (острая) фаза, обычно несколько месяцев, и поздняя (интегрированная) – продолжающееся, ослабленное приспособление к смерти (потере значимого лица).

Неосложненное (острое, нормальное) горе (до 6 месяцев). Сразу после смерти потерявшие близких испытывают страх, отчаяние. Потеря интереса к окружающим и жизни не касается последних. Синдром острого горя E.Lindemann (1944) представлен приступами удушья, спазмами в горле, сердцебиением, мышечной слабостью, потерей аппетита, перемежающимся эмоциональным напряжением, психалгиями с возможным шоком; поглощенностью образом умершего с возможным иллюзорным восприятием реальности; виной по отношению к умершему; враждебностью к окружающим; нецеленаправленными действиями, обусловленными сужением мотивационной сферы; идентификацией с умершим, обусловленная поглощенностью утратой. Горюющие порой ощущают прикосновение, присутствие (символическую защиту), «узнают» в толпе, получают «приветы» (во сне) покойного. Отрывочные слуховые («голос») и зрительные галлюцинации (скорее аффективные иллюзии) возможны.

Интегрированное горе. Тоска и отчаяние кажутся скорбящему вездесущими и пожизненными («боль – мгновение, которому нет конца»), затем схожи с «русскими горками» (волнами) аффективных вспышек, спонтанными, потом лишь при ситуативно (покойный легко воскресает в воспоминаниях, сопровождаемых печалью и тоской), всё реже и легче (без внешних проявлений) по мере признания смерти и начала «новой» жизни. У большинства в первый год (полугодие) жизни «без него / неё» физические и / или психические симптомы горя притупляются. Горе напоминают особые даты, юбилеи, но традиционный сбор в печальные годовщины объединит горюющих. Новые утраты (возможна кумуляция дистресса) могут снизить порог стрессоустойчивости. Позитивные эмоции динамически смешаны с негативными: отвлечение (облегчение, радость) влечёт самоосуждение за «предательство погибшего». Позитивные чувства выходят на передний план в течение 6 месяцев (признак жизнестойкости выжившего и хорошего прогноза) и расставания с близким, поиском конструктивных способов отношения с погибшим. Уборка могилы, хлопоты с памятником и зажигание свечей теплят добрые воспоминания. Скорбящие учатся воспринимать любимого как безвозвратно ушедшего, с верой возможного воссоединения в «послежизни». Утрата «впаяна» в автобиографическую память, но мысли и воспоминания о погибшем более не давят в сознании и не препятствуют повседневной деятельности (объективный признак «исцеления»), поиску и получению удовлетворения в общении и любви. Привычны советы с ушедшими, связь через памятные вещи, продолжение миссии (работа, пожертвования), детей и внуков.

У части близких испытание стрессоустойчивости выявило мудрость, терпимость, затаенные сильные стороны, значимые отношения и перспективы. Возможно, необходимо 3-5 лет для интеграции горя, хотя печаль останется на всю оставшуюся жизнь («Горе – самое стойкое из всех наших чувств»). О. Бальзак). Однако малая часть выживших продолжает страдать в связи с задержкой разрешения горя.

Осложненное горе (ОГ) определено хронификацией и выраженностью проявлений острой фазы горя, травматического дистресса при ухудшении физического и /или психического здоровья, социально-трудового функционирования (общий критерий любой болезни) и качества жизни. ОГ страдают 10-20% при затягивании острого горя более 6 месяцев. Скорбящий озабочен лишь обстоятельствами

потери, испытывает навязчивые образы смерти; задумчивость и рассеянность, поглощенность трагедией препятствуют дневной активности. Поглощённость «психическим двойником», по З. Фрейду, не позволяет примирение с фактом смерти и осмысление нового содержания жизни. Гнев, тревога, самообвинения, сверхвовлечённость в ритуалы скорби сочетаются с избеганием ситуаций, дел, напоминающих утрату, воспоминаний об усопшем, ранее разделяемых с ним дел. Жизнь пуста, «окончена», позитивная память блокирована печалью. Приливы мучительной тоски в эпицентре существования, скорбящий стремится соединиться с покойным: смерть кажется единственным путем облегчения боли потери; иные полагают, что «вечные» муки связывают с погибшим, замыкаются даже от семьи, устраивая в добровольном заточении «музей памяти». Возможны хронические нарушения сна.

Количественная оценка ОГ. В опроснике Н.Г. Prigerson и соавт. (1995) осложнённой реакции горя (Inventory of Complicated Grief) и его модификациях привлечено внимание к выраженности эмоциональной или физиологической реакции на воспоминания об умершем или в ответ на напоминания о потере. Частые беспокоящие переживания об обстоятельствах или последствиях смерти, как и почему человек погиб, мысли о невозможности справиться одному с жизненными ситуациями, что позволил(а) умереть, отражающиеся на повседневном функционировании не менее полугодом после утраты.

«Реакция горя» в МКБ-10 отнесена к расстройству приспособительных реакций (F43.2) – состоянию субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующего повседневной и социальной активности. Характерные проявления расстройства – краткая (не более месяца) или длительная (до 2-х лет) депрессивная реакция или нарушение других эмоций (смешанная тревожно-депрессивная реакция) и поведения (агрессия, асоциальное поведение, СП). Временной критерий депрессии стирает грань с нозографическими единицами аффективных расстройств (как дистимии) F32. ОГ в ДСМ-5 – стойкое комплексное расстройство тяжелой утраты в разделе III, содержащем требования дальнейших исследований; предложено включение в МКБ-11 как «продолжительное горе». Пролонгированная реакция горя – выраженные длительные симптомы горя (отличные от симптомов депрессии и тревоги), наряду с функциональным снижением через 6 месяцев после потери. Видимо, про-

лонгированная реакция горя (исторически связана с концепцией депрессии как осложнения тяжелой утраты) и стойкая осложненная реакция утраты (не включает термин «горя» во избежание патологизации любой реакции горя) в DSM-5 лишь семантически различные диагностические категории, и, по крайней мере, первая соответствуют критериям МКБ-11. Стронники ОГ получили ответ: любая реакция горя нормальна, но бывают психические расстройства (депрессия, ПТСР) после тяжелой утраты. Симптомы и процесс горя не паталогические. Продолжительность реакции наряду с неблагоприятными биопсихосоциальными последствиями становятся ведущими критериями диагноза.

Диагноз и лечение ОГ и депрессии затруднены при частичном пересечении симптомов острого и ОГ, расцененных врачами «нормальными» после потери в надежде, что время, сила характера и естественная поддержка излечат их, а лечение «мешает» разрешению скорби. Профессионалы и население в целом склонны к психологизации («нормализации») симптомов тяжелой утраты, оставляя горящих без помощи. Однако ОГ и его последствия при отсутствии целенаправленных вмешательств инвалидизируют, снижают качество жизни, угрожают здоровью и суицидоопасны.

Горе после суицида: общее и особенное [1-3]. Возможно качественное отличие горя после насильственной или «естественной» смерти, как тихого угасания патриарха в кругу домочадцев.

Когда в доме кто долго болеет, то все внутренне желают его смерти, кроме, впрочем, детей, которые боятся смерти и, например, при мысли о смерти матери приходят в ужас. А. Чехов. *Записные книжки*.

Особые обстоятельства (смерть в 80% внезапна и неожиданна для домочадцев; брутальна как дефенестрация) усугубляют утрату.

А. Мариенгоф упоённо внимал писку первенца: «...затаив дыхание, я любовался, как он, задрал лапы, согнутые в коленках, дрыгает ими. Причём пятки у него были красные, как одесские помидорчики». Спустя 17 лет красавец, поэт, чемпион по теннису единственный сын Кирилл повесится (как и его крестный, С. Есенин), а безутешному отцу остается заклинать: «Никогда не забывайте, что дети очень скрытны, закрыты... Отцы, матери, умоляю вас: читайте дневники ваших детей, письма к ним, записочки, прислушивайтесь к их телефонным разговорам, входите в комнату без стука, ройтесь в ящиках, шкатулочках, сундучках. Умоляю: не будьте жалкими трусливыми интеллигентами! Не бойтесь презрительной фразы сына или дочери: "Ты что, шпионнишь за мной?" Это шпионство святое».

Тяжел хронический дистресс в страхе очередной попытки.

Она смирилась с этим и со многим, многим иным, – потому что, в сущности, жить – мириться с утратами одной радости за другой, а в её случае и не радостей даже – всего лишь надежд на улучшение. Она думала о нескончаемых волнах боли, которую по какой-то причине приходится сносить ей и мужу. В. Набоков. *Знаки и символы*.

Риск ОГ высок среди выживших после суицидальной смерти, до 45% или в 2-4 раза более, чем в общей группе скорбящих. В группе горюющих после суицида лишь через два года отрицательные эмоции не преобладают большую часть дня. Через год ОГ у 35% родственников первой степени и супругов и до 80% родителей [4]. Спустя 6 месяцев после трагедии 45% близких отмечают ухудшение психического состояния, «физически истощены» 20%. Состояние 45% скорбящих после суицида соответствует ОГ через месяц после потери и до 90% тесно связанных с жертвой (дети, супруги и родители). Через три месяца после потери у 25% скорбящих близких суицидентов ОГ против 13% горюющих в связи с естественной смертью. Длительность острого горя не менее полугода (чаще у выживших после самоубийства близкого) прогнозирует депрессию и / или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

У горя суицидальной утраты три особенности [Jordan J.R., 2001. Цит. по: 3]: тематическое содержание; социальный фон выжившего (стигма), влияние на структуру и функцию семьи.

Трудно прогнозировать индивидуальную реакцию на потерю и при «сходном» опыте в прошлом, но ряд взаимосвязанных и пересекающихся тем характерен для выживших после суицида близкого, отягощая страдания и повышая риск ОГ.

Шок и отрицание особо при первой попытке суицида связаны с неожиданностью и стигмой (см. ниже) поступка.

Когда кто-нибудь умирает, настает всеобщее оцепенение – до того трудно бывает осмыслить вторжение небытия, заставить себя поверить в него. Но как только Шарль убедился, что Эмма неподвижна, он бросился к ней с криком: «Прощай! Прощай! Я хочу к ней! Ведь это моя жена!». Флобер. *Мадам Бовари*.

«Оглушённые» не верят в случившееся: «Скоро очнусь от кошмара». «Оцепенение», ошеломление, смятение, гнев имеют приспособительное значение, позволяя передышку от душевной боли, справиться с ритуалами скорби. Со временем приходит осознание смерти, но принятие её причины даже при очевидно-

сти обстоятельств. Отрицание может лишь крепнуть днями и месяцами, объяснительная модель обрастает дополнительными «доказательствами» на ложном фундаменте (как бредовая система), но чаще интерпретация двусмысленных деталей, в которых сложно разобраться и эксперту (передозировка ПАВ, ДТП). Раскол семьи при принятии и ранних версиях трагедии ограничивает ресурс неформальной поддержки.

Мэри заявила, что смерть мужа (Хемингуэя) – несчастный случай, через 5 лет признав суицид.

Отрицание суицида распространено, коли трагедия касается известного человека (М. Монро, Дж. Лондон).

Вина, настоящая или воображаемая, за действия и бездействие, непредотвращение трагедии, «преступное» неведение и бездействие, важнейший аспект горя большинства (85%) выживших [5]. Вина и раскаяние могут преследовать годами, в 3-4-х поколениях с Т сетованиями: «Мне надо было быть там... Посоветовать ... Если бы ... он жил бы».

«Как в большинстве неслыханных происшествий здесь бердящее душу «если бы», делавшее особенно мучительными размышления о том, как можно было бы предотвратить случившееся». У. Стайрон. *«Выбор Софи»*.

Обычно выживший переоценивает ответственность, возможности предвидения, питающие самообвинение, неустанно ищет ответ на вопрос: «что можно было поправить?».

И звучит набатом: «Опоздал!!!». Ф. Достоевский. *«Кроткая»*.

Неустанно истязают себя: «Как я это допустил?», «Где были мои глаза и уши, голова?». На ум приходят мелкие упущения, которые кажутся основными причинами суицида. Магическое мышление отчасти защищает от невыносимой реальности. «Правильный» поступок мог предотвратить трагедию, и это обостряет вину. В местностях Японии со сверхвысокими уровнями суицидов оправдательные мифы («Если человек решил, суицид неизбежен», «Никто его не остановит») связаны с оправдательными семейными историями.

«Ах, если бы она была жива,
Я всё бы отдал за неё, всё бросил». Слова, слова, слова, слова, слова. Мы все их после смерти произносим. И пишутся в раскаянье стихи, Но в глубине души навеки будут с нами Грехи, грехи, грехи, грехи, грехи, Которые не искупить словами.

В. Гафт

Если суициду предшествовал развод, бывшие жена (муж) винят себя больше; окружаю-

щие порой осуждают их «за предательство», «доведение до самоубийства».

Обвинение окружающих, обстоятельства в попытках объяснения трагедии. Поиск «козла отпущения» («Довел до смерти», «Убил его! Позволил этому случиться»). Прямые обвинения направлены на «неуследивший» персонал, врача с неправильным лечением, на членов семьи («позволили погибнуть»), бесчувственного тирана-начальника, «злого» преподавателя и рок музыкантов, куратора «группы смерти» (охотно подхвачено СМИ, легко назначающих «виновных»). Облегчая душевную боль и перенося вину и ответственность «на другого», требуют расследования «убийства» («повесили») и привлечения к суду.

Гнев – следствие неспособности смирения с горем, попытка самооправдания – обращён на погибшего («оставил страдать»: типично для близких суицидента), себя, членов семьи или знакомых, профессионалов, Бога, немилосердный рок (сакраментальное: «за что мне это») и мир.

... К своему ужасу, почувствовал сильную злость: на усопших, за то, что они причинили страдания мне и детям... У меня было и чувство вины из-за испытанной злости на двух умерших. Во время панихид о самоубийстве не упоминалось. *К. Лукас. Молчаливое горе.*

Дети погибших пьяниц менее чувствуют себя виноватыми или заброшенными, а их вдовы чаще гневливы («нашёл легкий выход»). При этом у выживших противоречивые чувства: злятся на себя за то, что рассердились, признавая, что погибший страдал, «сбежав с общей лодки». «Обманутый» гневается на сестру, нарушившую обещание «забыть дурные мысли», и теперь он один перед вызовами жизни. Сходна реакция врача, уверовавшего в «договор» с суицидентом.

Тревога касается судьбы и благополучия членов семьи и себя, что нетипично для горящих после «естественной» смерти, но возможно после убийства или заразной болезни. Как следствие – чрезмерная бдительность и надзор за членами семьи, повышен самоконтроль импульсивности. Возможно развитие тревожного расстройства с генерализацией опасений всевозможных утрат.

Облегчение (отличать от удовлетворения) испытывают опекавшие умерших после мучительной хронической болезни, перенося «стыдное» чувство на умершего («отмучился»). Близкие хронически психически больных обычно не ожидают их смерти, но могут быть готовы (с чувством безнадежности и неизбежности) к его гибели после повторных попыток

суицида. Если семья ожидала, что «такое» случится, менее гнев, вина, печаль.

В последний раз, когда их сын пытался покончить с собой, выбранный им способ был, по словам доктора, шедевром изобретательности; он преуспел бы, если бы не завистливый сосед-пациент, решивший, что он учится летать и помешавший ему. Чего он хотел на самом деле, так это продрать в своем мире дыру и сбежать. *В. Набоков. Знаки и символы.*

У иных близких после суицида чувство освобождения, если отношения напряжены «невыносимым поведением» жертвы (домашнего тирана), отказа от помощи вследствие давних душевных и /или телесных недугов (представляя хронический суицид): «...больше не мучает и не мучает».

Облегчение не испытывают ищущие «виновников».

Возможно отстраненное одобрение поступка с «внутренней примеркой» его на себя.

В.М. Гаршин принял известие о суициде брата рассудочно, возможно, в связи с эгоцентризмом больного и депрессивным притуплением чувств, а также эмпатии потенциального суицидента, написав приятелю по гимназии: «Благую участь избрал. Прямо в сердце, не мучился нисколько. Сегодня хочу на кладбище сходить, осмотреть его могилу (похоронили по-христиански). Теперь я обретаюсь в крайнем унынии; да это пройдет, может быть, нелегкая вывезет. А теперь скверно...».

Холодно рефлектирующий Георгий после гибели матери (М. Цветаевой) отстранен: «Как я понимаю Марину Ивановну». Эмпатия суициденту может указать склонность к суициду.

Еще одно: кем бы ни был мне мертвый, верней: как мало бы я ему, живому, ни была, я знаю, что в данный час (с часа, кончающегося с часами) я ему ближе всех. Может быть – потому что я больше всех на краю, легче всех пойду (пошла бы) вслед. *М. Цветаева. Смерть Стаховича.*

Валерий Фрид о самоубийстве любимейшего друга и соавтора Юлия Дунского (смертельно болен, терял подвижность): «Молодец! Молодец Юлька!»

Поиск объяснений («почему»). Любая смерть влечёт вопросы, но самоубийство ведёт к жонглированию вопросами-ответами в изнуряющем внутреннем диалоге. Для близких жертвы суицида типичен вопрос смысла, мотивов нежданной гибели, когда первая суицидальная попытка смертельна. У выживших главенствуют [Farberow N.L. et al., 1992. Цит. по 1] чувство вины и стыда и, помимо боли и страданий, бесконечен вопрос «Почему?» (таков выбор), неуместный при «ожидаемой» смерти от телесной болезни. Вопреки ритуальному безмолвию (пронзительно «Молчание» Л. Андреева) перед фактом суицида, потрясённые

смертью говорят иначе, чем об «обычной» кончине. Пусть это горячка слов: в бессвязности сам образ суицида: убивают всё, целостность (Поль Валери). После трагедии слово за живыми, но *выживший* – «ненадёжный рассказчик», *вольно и невольно* (чаще) сообщающий неполную или недостоверную информацию. Выжившие ретроспективно и искажённо в связи с аффективно заряженным мышлением оценивают цепь событий, повлекших суицид, расставляя неверные акценты и делая ложные умозаключения. Неустанен и мучителен поиск причин и следствий: «убился потому...». Обычно «всё, что было после этого – из-за этого» (потери работы, жены) при недопонимании, отказе принять сути случившегося с ними, но «истина в последней инстанции» не открыта напоследок и жертве. В откровениях близких обилие догадок вопреки пробелам и хаотичности знания (важно учесть при психологической аутопсии). Большинство выживших ищут истоки (единственную простую причину) рокового решения жертвы, своей роли в цепи событий. «Подранки» до изнеможения перематывают киноленту судьбы погибшего вспянь, но обычно пропускают порой явные проявления душевного недуга или рационализируют их. Прощальное сообщение (трети суицидентов) погибшего обычно не даёт ответа, лишь подчеркивая душевные муки суицидента, но душераздирающе не найти никакого объяснения, и новое предположение перечеркивает предыдущее в течение десятилетий (до смерти скорбящего) поиска.

«Новая жизнь». Суицид, размышления об истоках трагедии, меняет мировоззрение иных выживших (близких и случайных свидетелей) как обращение к богу, выбор профессии (сходно: смерть близкого от тяжелой болезни подвигла не одного ребенка на медицинское поприще).

У жизнестойких психотравма может стать в итоге судьбоносной.

Вопрос о причинах суицида впервые сильно взволновал студента кафедры клинической психологии Т. Джойнера (Т.Е. Joiner) в 25 лет, когда отец покончил с собой.

Будущий социолог («Самоубийство как массовое социальное явление современной цивилизации», 1878) и первый президент Чехословакии Масарик нашел у дома погибшего ремесленника и впечатлён темой всю жизнь.

Стигма и самостигматизация [5] – актуальная часть скорби, указывая сложное взаимодействие социальных процессов и индивидуальных эмоциональных ответов на потерю. Сегодня общественная позиция в мире относи-

тельно жертв суицида всё более сострадательна (эмпатична), обсуждение СП не табуировано, но порой принимает крайние формы обыденности и вседозволенности, мифотворчества. Исторически, близким отказывали в похоронах, конфисковывали имущество жертвы суицида. Самоубийство – не только личностное несоответствие общественным нормам (как в китайской культуре) и несёт бесчестье семье погибшего. Умеренно негативное отношение к выжившим сходно в обществе с отношением к суицидентам и душевнобольным, приобретая изощренные формы избегания.

Возможно, выжившие после самоубийства близкого стигматизированы не более, чем после иных насильственных смертей (несчастного случая, убийства, передозировки ПАВ), а потерявшие близких в связи со СПИДом испытывают больше стигмы, чем после самоубийства и рака. Через год после смерти возможные различия смыты.

Почти треть выживших сообщила о стигме, причём ¼ о «сильной»; 90% в «некоторой степени» стигматизированы. Они описывали стигматизацию как негативную отличительную черту от других, проявляемую стыдом и смущением, социальным обесцениванием, дискриминацией, унижением (суицидентом тоже). О стыде как основном переживании сообщили более 40% участников количественных исследований [5]. При самостигматизации выжившие покорно принимают, усваивают отношения окружающих через приписывание вины, сплетни. Трагедия замалчивается, как психический недуг, когда семья и друзья подвергаются стигматизации по ассоциации: «стигма вежливости». Если окружающие причисляют суицидентов к «ненормальным», семьи последних тоже попадают в их число: «Нас заставляют чувствовать, будто и мы больны». Близкие жертвы суицида утрачивают «неотъемлемое право жить без печати самоубийства», страдает их репутация. На горющем как будто «плакат: сын – самоубийца».

Страх стигмы приводил к сокрытию причин смерти каждым третьим выжившим, сокрытию по возможности похорон, самоизоляции, подавлению внешних проявлений горя. Некая дева утаила самоубийство брата, боясь, что жених бросит. Во избежание огласки, выжившие скрывают суицид даже от иных родственников, отдаляются друг от друга, уходят от мира. Семейная тайна («скелет в шкафу») препятствует открытости родственных связей.

Предписываемая стигма представлена уклонением и отвержением. Параллели меж

стигмой и ответственностью очевидны. Не менее трети выживших избегала общения (страх, неловкость на людях), вдвое меньше – полагали, что их избегают, сплетничают, винят (близкие и профессионалы). Выжившим стыдно обсуждать боль потери, что препятствует поддержке, выздоровлению. Возможно, стигматизация преувеличена, самоощущения перенесены на окружающих, при следствии, вторжении в частную жизнь СМИ (иные, гиперкомпенсируясь, становятся «героями дня» шоу). Стигматизация суицидентов укоренена и в среде профессионалов. Несчастные тяготеют к религии, но религия налагает постыдные ограничения на ритуалы скорби по покончившим с собой без подтверждения душевного недуга. Возможны проблемы со страховыми компаниями, поскольку полисы содержат пункты «со встроеной стигмой суицида». Напротив, примером дестигматизации служит признание самоубийств военнослужащих США боевыми потерями с выплатами семье.

Обострённо болезненное восприятие стигмы отчасти связано с искажением переноса выжившего: склонностью объяснять поступки других их личностными особенностями («внутренней диспозицией»), а своё поведение – трагедией («внешней диспозицией»). Воспринимаемая стигма подпитана стыдом, виной, гневом, и выжившие проецируют негативные эмоции на социальную среду, приводя к предвзятому восприятию поведения и отношения других. Возможно, выжившие вызывают страх, избегание, потому что противостоят другим неспособностью контролировать основные проблемы жизни и смерти.

Стигме способствуют отсутствие правил общения с выжившими и восприятия суицида. Большинство избегает темы самоубийства, надеясь, что выжившие быстрее справятся с травмой, но умолчание усиливает их стыд и отчаяние. Горе усугублено «неправильным» поведением окружающих.

Доброхоты хотят помочь близким суицидента, но не знают, как это лучше сделать, совершая типовые ошибки: 1) избегают бесед об умершем, выстраивая «стену молчания»; 2) поверхностно интересуются переживаниями; 3) дают «бесполезные советы», не понимая долгосрочную природу горя, предлагая «скорее идти вперед». При этом у близких зреют ожидания облегчения душевных мук: «С каждым днём мне будет легче».

Если окружающие смущены, стеснены и уклончивы, выжившие чувствуют себя «иными» и защищаются самоизоляцией или гневом

(агрессией). Они обострённо чувствительны и нетерпимы к «аномальности» переживаний других (становясь «стигматизируемыми стигматизаторами»), коли отличаются от их собственных, отторгая помощь и самоизолируясь.

Стигма взаимосвязана с депрессией (катастимным мышлением), суицидальными аспектами горя (риском СП), стыдом, виной, избеганием, саморазрушающим поведением (злоупотребление ПАВ как самолечение) и психосоматическими нарушениями (головные, желудочные боли), снижением качества жизни. Данные об особой стигматизации выживших противоречивы в связи с непоставимостью результатов различных по дизайну исследований и оценками стигмы, но может быть значима для части выживших в отличие от скорбящих в связи со смертью по естественным причинам.

У стигмы потенциал стыда и умолчания; социальная изоляция выживших связана с трудностями преодоления горя. Учитывая последовательную связь меж стигмой и избеганием, затруднена и порой запоздала (как и для жертв суицида) формальная и неформальная помощь.

Самоизоляция – возможная защитная (депрессивная) реакция. Тяжелая утрата может нарушить целостность социальных связей скорбящего. В некоторых семьях говорят: «не хочу сюда возвращаться» или замыкаются дома, как некая чета, состарившаяся в мемориальной комнате сына за навсегда закрытыми ставнями. Добровольный непродолжительный уход от мира части близких помогает справиться, осмыслить и принять горе. Не каждому нужно посылно открытое выражение страдания. Чувства неприятия, заброшенности отдаляют от помощи и поддержки. Выжившие чувствуют себя отвергнутыми погибшим, недоумевают, почему их любовь недостаточна для жизни.

В бесплодной попытке стереть прошлое, мы лишаем общество нашего дара исцеления. Если мы скрываем наши раны из страха и стыда, в нашу внутреннюю тьму не проникнет свет, и не осветит дорогу другим. *Бреннан Меннинг.*

Оценка стигмы концептуально не ясна, разнообразие невалидизированных шкал затрудняет сравнение. Самостигматизация оценена вопросами об избегании, напряжении отношений, бесчувственности или обвинениях окружающих, стыде, вине. Так, подшкала стигматизации стандартизированного опросника Grief Experience Questionnaire T.W. Barrett и соавт. (1989) включает «предположение о том, что самоубийство отрицательно и постоянно отличает выжившего от других. Стандартизированный инструмент оценки стигмы вы-

живших Stigma of Suicide and Suicide Survivor (Scocco P. et al., 2012) отражает мысли и поступки близкого или коллеги в отношении выжившего.

Влияние суицида на структуру и функцию семьи. Смерть, помимо незаживающей раны, создаёт брешь семейных отношений. Дисфункциональные семьи нередки у суицидентов: отличаются ригидностью, неверными моделями решения типовых проблем, нечёткостью ролей домашних, размытыми границами поколений, что не делает их фатально «суицидогенными»: важно во избежание стигматизации. В закрытой семье возможны кластерные суициды (Д. Евгенидис. «Девственницы-самоубийцы»). Там сложнее получить неформальную и профессиональную поддержку. Самоубийству часто предшествуют застарелые и острые семейные конфликты, взаимное отчуждение из-за злоупотребления ПАВ. При изоляции суицидента от «семейной коалиции» близкие переживают трагедию легче. Вдова после гибели «блудного» мужа отстранённо: «Не метался бы меж домами – жив был».

Суицид испытывает эмоциональные связи семьи, и не всегда общее горе приводит к сплочению выживших, задним числом делящих память и любовь погибшего. Возможны конфликты из-за разных стратегий совладания с горем. Так, уход в работу вдовца может восприниматься детьми (столь требующими теплоты) как невнимание, бесчувствие. Выжившие избегают раскрывать чувства, боясь огорчить себя и других, взаимно отдаляются, что позволяет сдерживать взаимные обвинения и обиды, но лишает поддержки. Такой образец поведения, возможно, наследует следующее поколение. У вдовца (вдовы) возникает ощущение одиночества и беспомощности в свете неразделённой более ответственности за ребенка, последний может занять роль родителя, «взрослея на глазах»: меняется семейная иерархия. Расхождение версий суицида или объяснений смерти усиливают напряжение отношений вплоть до вражды оставшихся в живых.

Переживания близких разных поколений. Чем ближе горящий суициденту, тем тяжелее он переносит неожиданную смерть. У тесно связанных с жертвой лиц риск ОГ до 80%. У детей жертвы суицида, как и у сверстников, переживших смерть родителя по «естественной причине» (типовая детская психотравма) или взрослого возможны гнев, отчаяние, агрессия, плач, замкнутость и протест, но вина чаще у подростка, чем ребенка: корят себя за непо-

слушание, двойки как «причины» суицида родителя, делают вывод о «плохой наследственности». Подростки испытывают тоску, поглощены мыслями об умершем, с трудом принимают факт смерти. Дети переживают «предательство», одиночество, страхась полного сиротства; ощущают никчемность («для мамы был никем»), отверженность и обиду («Меня бросили?»). Возможны неспецифические соматические симптомы (боли в голове или животе) и регресс поведения как эквиваленты депрессии. Возможна идентификация с погибшим (как и при естественной смерти). Дети задаются впервые вопросом: «Не умру и я?». Овдовевшему трудно говорить с ребенком о смерти, так как тот задаёт безответные вопросы, мучающие его самого («Что с нами будет?»). Дети могут чувствовать, что родитель эмоционально закрыт для них, стремясь быть «сильным», таить в себе мучительные переживания. Испытание делает человека (подростка) терпимее, взрослее.

Нужны годы для осознания детской травмы, воспоминания беспокоят всю жизнь. Переживания могут быть отставлены, так как от ребенка обычно утаивают причину смерти родителя (близкого), и, правда «вдруг» открыта бестактным сторонним.

... когда мне было 6 лет, а матери 33, она, выйдя от психиатра, перерезала себе горло. Визиты были кульминацией долгих лет страданий маниакально-депрессивным психозом. Бабушка и отец спорили, что сказать мне и восьмилетнему брату. Отец победил: десять лет характер смерти матери держался от нас в тайне, хотя родственники и большинство друзей знали *К. Лукас. Молчаливое горе.*

Смерть ребёнка, особо от самоубийства – тяжелейшая потеря человека. Родители чувствуют ответственность за детей, пока сами живы, но возраст жертвы (ребенок) признан одним из наиболее важных факторов, предсказывающих интенсивность горя. Потерявшие ребенка сообщают о большей вине, стыде и шоке, чем вдовы (вдовцы) и дети: «Если бы...». Выжившим, возможно, нужно больше времени (до 3-х лет), чтобы совладать с горем суицида, чем от других причин смерти. У матерей 12-28-летних погибших насильственно (убийство, самоубийство) разрешение более выраженного дистресса происходит медленнее (в течение полугода), чем у отцов жертв, но у них выше риск хронификации состояния. По шкале стрессовых событий (Social Readjustment Rating Scale. T. Holmes и R. Rahe, 1967), потеря ребёнка, родителя или супруга тяжелее смерти брата / сестры, но «дежурное» замечание знакомых: «Какой ужас для твоих родите-

лей» обесценивает потерю, чувства ребенка игнорируются. После гибели ребёнка удрученные родители оставляют других без внимания, и те чувствуют себя заброшенными, ревнуют к культуре памяти погибшего. Близкие по возрасту братья и сестры особо подвержены депрессии, страдают от недостатка внимания ушедших в горе взрослых. Страх за «выжившего» ребёнка ведёт к гиперопеке или всепрощению, особо при его демонстративно шантажном СП. Молодые, женщины, дети, братья и сестры жертвы более подвержены стигме.

Факторы риска ОГ недостаточно изучены, но группа пациентов (требующая скрининга) определена обстоятельствами утраты (суицида), выраженностью горя (внимание – к потенциально суицидогенным симптомам) при симбиотической привязанности к погибшему на фоне психического расстройства (чаще депрессия и / или тревожные, личностные расстройства), истории СП, изначально указывающих низкую стрессоустойчивость; повторными (актуальными) неблагоприятными жизненными событиями и телесными недугами (возможна кумуляция дистресса), недостаточностью ресурсов поддержки (одиночество, возможное и в семье), уклонении от помощи с выбором дезадаптивных приёмов совладания с дистрессом (отрицание, злоупотребление ПАВ). На популяционном уровне женский пол и старость, потеря ребенка или супруга служат основными факторами риска ОГ [6].

Показана взаимосвязь меж потерей близкого и риском телесных, психосоматических болезней (язвенный колит, ревматоидный артрит, бронхиальная астма) или утяжелением их течения. ОГ, особо нелеченое, влечёт психические (депрессия и / или ПТСР, зависимости от ПАВ, включая спиртное и успокаивающие) и физические (риск рака, сердечно-сосудистых заболеваний, гипертензии) последствия, служит почвой СП. Среди горюющих чаще обращения за медицинской помощью, выше риск насильственной и естественной смерти. Не выявлены различия риска депрессии, тревожного расстройства, ПТСР в группах переживающих утрату близких вследствие суицида и ненасильственных смертей. Неясно, почему у одного скорбящего «сценарий» ОГ, а другие страдают депрессией или ПТСР. Возникает вопрос о клиническом различии этих состояний.

Риск депрессии и / или злоупотребления ПАВ повышен после потери любимого. Горе может стать триггером депрессии (de novo, её рецидива или обострения) или повысить риск в будущем; возможны эпизоды «парадоксаль-

ной» мании. Депрессивные симптомы, обычно не соответствующие критериям клинической депрессии, выявляются и через годы после трагедии чаще, чем в контрольной группе не перенесших тяжелую утрату. Близкие по возрасту братья и сестры особо подвержены депрессии. Сибсы и отцы более печальны, но матери погибшего ребёнка более склонны к клинической депрессии. Затянувшаяся депрессия проявлена одиночеством («депрессивный аутизм» при ощущении заброшенности), ангедонией, тоской, враждебностью к окружающим; ухудшением телесного здоровья (реальным или ощущением «потери энергии»); возможна иатрогенная зависимость от снотворных или спиртного, «идеального адаптогена», чаще – отказ от медицинской помощи в силу безнадежности; СП.

В отличие от острого горя, депрессия характеризуется значительными трудностями в переживании самоутверждающих и позитивных чувств, содержит распознаваемую и устойчивую группу симптомов (синдром) с ведущим затяжным, стойко пониженным настроением (возможны суточные колебания), вина не обязательно заужена на смерти любимого, значительно функциональное ухудшение (при тяжелой депрессии сравнимой с тетраплегией), повышен риск СП.

Риск ПТСР через 4 и 14 месяцев трагедии зависит более от отношений родства, но не причин смерти. Через 2 года признаки ПТСР у 21% матерей и 14% отцов убитых, причём полный синдром вдвое чаще у родителей убитых, а не жертв суицида [здесь и далее цит. по 1]. Потеря супруга обусловила ПТСР в 10% случаев после хронического недуга или внезапных смертей, но в более 1/3 насильственных смертей, включая суицид, в 40% случаев симптомы хронифицированы и коморбидны с депрессией. Через 2-4 года различия сходят на нет, но близким жертвы суицида нужно более времени для облегчения самостигматизации и чувства вины. Риск ПТСР повышен при угрозе развода родителей перед суицидом одного из них и /или обнаружении тела. Нашедшие тело жертвы случайные свидетели описывают пережитое как травматическое событие с навязчивыми воспоминаниями и мыслями, образами (флешбэк), препятствующими их адаптации к возможным потерям в будущем. Симптомы травмы, как озабоченность ужасающими воспоминаниями, избегание «опасных для жизни», навязчивые размышления о выборе смерти, насилии, смешаны с другими аспектами горя. Отчаяние, беспокойство, озабоченность покойным и обстоятельствами смерти, отгорожен-

ность, перевозбуждение и дисфория интенсивны и продолжительны.

Риск СП, или суицидальный синдром выжившего (Pompili M. et al., 2013). Пример (не для подражания) на все времена – Джульетта. Риск повышен после любых стрессогенных жизненных событий, особо после внезапной и насильственной кончины близкого (мужа /жены или ребенка) при изначальных или развивающихся психических расстройствах, указывающих низкую стрессоустойчивость. Период непосредственно вслед утраты (самоубийства) критический (подчеркивает важность кризисных вмешательств): риск самоубийств вдов и вдовцов максимален в течение недели, затем постепенно снижен после первого года, став схожим с уровнем суицида сверстников.

После суицида В.Х. Кандинского вдова Елизавета Карловна (его «мама») издала за свой счёт «О псевдогаллюцинациях, критико-клинический этюд», собрание судебно-психиатрических экспертиз «К вопросу о невменяемости» со своим предисловием и примечаниями, после чего покончила с собой.

Самоубийство чаще у пожилых вдовцов, чем вдов (у женщин более «причин жить»). Уровни суицидов молодых вдов / вдовцов сходны, но выше, чем пожилых. Риск СП выживших повышен в течение 10 лет наблюдения [6], указывая важность длительной поддержки.

Итак, группы риска ОГ и СП сходны. Можно полагать СП проявлением и неблагоприятным исходом первого или его сомато-психиатрических последствий. ОГ связано с суицидальными мыслями не независимо от ПТСР и депрессии. Страдающие ОГ на порядок чаще сообщали о суицидальных мыслях через месяц после гибели близких при контроле депрессии, вдвое чаще выявляли депрессию (и в анамнезе), чем иные скорбящие. Почти 60% супругов старше 50 лет указали суицидальные мысли по сравнению с 24% в контроле; подростки-друзья жертв суицида вчетверо чаще сообщали о суицидальных мыслях при синдромальной (клинической) депрессии. Зная жертву самоубийства в прошлом году в 1,5 раза чаще сообщают о суицидальных мыслях, втрое вероятнее планируют самоубийство, вчетверо чаще совершают суицид [Crosby A.E., Sacks J.J., 2002. Цит. по: 3].

Мотивы СП – приобщиться к погибшему (воссоединиться с ним) при «одиночестве в толпе» и / стремлении избежать мук самообвинения, душевной боли на фоне ОГ или депрессии [5]. Страдают все скорбящие (иначе нет горя), но группа особого риска определена отчаянием, психальгией («в груди острый камень»), безнадежностью, ощущением одиноче-

ства / заброшенности, вкупе с отторжением, гневом, гиперответственностью. У не имеющих возможности довериться кому-то («кому повем мою печаль») риск СП выше. У детей не сложилась концепция смерти, потому низок порог СП, у молодых – нет опыта преодоления потерь, у пожилых – недостаточность ресурсов самоисцеления при суммации дистрессов.

Суицид становится образцом подражания – близкие жертвы входят в группу риска суицида как «окончательного решения» типовых жизненных тягот, особо при романтизации образа погибшего. Оправдательные мифы идеализируют жертву.

«А зачем он себя застрелил? – Он был очень влюблен, а когда очень влюблен, всегда стреляют себя...». И. Бунин. «Часовня».

Умозаключениям способствуют мифы о «суицидогенных семьях», что не исключает риск СП у наследственно отягощенных аффективными расстройствами с дезадаптивными стилями совладания с жизненным дистрессом.

Помимо В.М. Гаршина покончили с собой два старших брата, дядя (брат матери); четыре кузенов; суициды и в последующих поколениях рода.

Выживший может заключить «дурную наследственность», обращается к эпизодам «неправильного воспитания и полагает себя «обреченным»: «я как бабушка – и финиш наш один». Девушка, сохранив предсмертную записку тети, в недобрый час использовала её как образец из письмовника. Брат Э. Хемингуэя выбрал тот же способ ухода из жизни (и братья – как их отец, не совладавший с муками физического недуга и «не умевший стареть»). Риск СП актуализируется в годовщины потери: «юбилейные самоубийства». Так, гибель матери повлекла суицид дочери, страдавшей, как родители, биполярным расстройством, на следующий год в тот же час и тем же способом.

Итак, возможны следующие модели дезадаптивного поведения в ответ на самоубийство близкого: 1) поиск ответственных вместо принятия выбора суицидента; 2) «вечный» траур вместо жизни с болью опыта; 3) чувство вины и самобичевание; 4) соматизация – уход в болезнь вместо открытого выражения чувств; 5) самоограничение – уход от радостей жизни; 6) аддиктивные формы поведения – бегство в работу, блуд, употребление ПАВ (как саморазрушающее поведение); 7) подражательный суицид («ты ушел – следом я»).

Иные группы выживших.

Сверстники, преподаватели оказываются в фокусе внимания СМИ после школьной трагедии («стрельбы в школе»). В заголовках скороспелых сообщений нередко однозначные

выводы-обвинения. Реже – сообщения о травле жертвы (российские школьники лидируют в опросах ВОЗ по жалобам на моббинг). Возможны раскаяние обидчиков, страх наказания.

Пациенты в палате (отделении). *Шок, недоумение и недоверие обычны, гнев, направленный на сотрудников, не защитившего пациента.* Риск подражательного (локализованного) СП.

Смешанные палаты, в которых держали и буйных, и не буйных...И в первую же мою ночь там человек в койке, стоявшей рядом с моей, покончил жизнь самоубийством. Вскрыл себе вены. Помню, как я проснулся в три часа ночи: кругом суматоха, беготня. И человек лежит в луже крови. Каким образом он достал бритву? Совершенно непонятно...». С. Волков «Диалоги с Иосифом Бродским».

Следует предупредить новые трагедии по механизму «точечных» (привязанных к месту) кластерных суицидов в школах и психиатрических больницах (упоминал ещё Дюркгейм).

Профессионалы [1, 2]. Суицид, как в частности пациента – нечастое событие, затрудняя индивидуальный прогноз, но – стрессогенное событие у медиков всего мира, профессиональный риск психиатрического персонала, так как психические расстройства у 90% суицидентов, и самые тяжелые из них проходят «психиатрический фильтр» (100-400 на 100000 психиатрических госпитализаций в США). Одно из самоописаний подавленности врача, потерявшего пациента, у З. Фрейда. Проблема изучена систематически около 60 лет, но соотношение зарубежных статей (при единичных отечественных как) о переживаниях профессионалов-медиков и близких суицидента 1:25.

Печальный и значимый опыт самоубийства больничного пациента отмечают более ½ отечественных психиатров (как и зарубежных коллег, включая психотерапевтов), ¼ психологов, консультантов, санитарок, 15% медсестер или соцработников; 20% респондентов указали до 6 (!) эпизодов СП вне связи с должностью [7]. Большая часть медсестер и немедиков, отрицающая опыт СП, связана, возможно, с непониманием (вытеснением?) события («Опыт – имя, которое каждый дает своим ошибкам». О. Уайльд).

Связанные с профессиональной ролью чувства персонала схожи с таковыми из числа близких жертвы суицида: помимо вины, снижение самооценки, сомнения в навыках и клинической компетентности (служебном соответствии), страх осуждения, наказания и критики коллег (начальства). Гнев может быть направлен на «неблагодарного», «предавшего доверие» пациента и его семью, на себя (воз-

можно, в последнюю очередь), «все пропустившего», СМИ, «раздувшие шумиху». Психиатры полагают, что самоубийство пациента повлияло на их личную и профессиональную жизнь на несколько лет, ½ психологов сообщила о симптомах ПТСР не менее 6 месяцев, трудных отношениях с коллегами и друзьями, социальном отторжении. Женщины чаще сообщают о стыде и вине, более сомневаются в профессиональных знаниях.

Принципиальная обратимость СП и тесная связь с депрессией налагают особую ответственность на персонал. Независимо от источника информации (профессионал – первый, обнаруживший тело, сведения от близких пациента), реакция связана с прочностью и длительностью связи врач-пациент (возможно, насыщенной враждебностью), вероятностью СП, методом и местом суицида, переносом на пациента, мерой ответственности за него (личной или разделенной бригадой), стрессоустойчивостью врача, стажем работы и опытом потерь, обучением совладать с дистрессом потери и ресурсами помощи.

СП пациента изменяет стереотип повседневной практики и не всегда лучшим образом (после «работы над ошибками»): избегание ответственности (неуверенность), недифференцированно опасливое обращение с больными (ограничительные «профилактические» меры как запрет на прогулки, перевод в надзорную палату, назначение инъекционных форм лекарств, огульная госпитализация лиц с низким риском СП, отказ в курации суицидентов). Возраст и стаж персонала влияют на отношение к суицидентам: по минованию «пика» нарастает (в связи с профессиональной деформацией?) отчужденность даже при «правильном», но формальном обучении. Замыкая порочный круг, СП пациента – типовой фактор риска выгорания профессионала, означенного ВОЗ как суицидоопасное состояние, на что указывает и терпимая позиция к СП опрошенных профессионалов. Лишь 40-60% отечественных респондентов рассматривают СП больного серьезным профессиональным упущением [7].

Влияние СП пациента на психологический климат отделения (учреждения) и душевное состояние персонала могут быть выраженными, длительными и глубокими (отличать от естественной эмоциональной реакции на смерть подопечного), сказываются на личной и профессиональной жизни профессионалов, что подчеркивает необходимость учебных программ и формальных систем поддержки.

Помощь горюющим: биопсихосоциальный подход. Выделены первичные, вторичные и третичные типы профилактических мероприятий для горюющих. Первые предлагают помощь *всем* выжившим. Вторичные предназначены подверженным высокому риску ОГ. Потерявшие близкого в связи с суицидом (как и убийством) в этой группе-мишени. Третичные обращены к испытывающим неблагоприятные последствия горя. С учётом соматических последствий горя особое внимание к выжившим с хроническими телесными болезнями, часто с коморбидными психическими проблемами.

Вмешательства должны обеспечить гибкий, индивидуальный подход в безопасной среде, учитывающий изменчивость страдания, неспособность осознать и выразить подавляемые эмоции. Внезапность суицида затрудняет коррекцию переживаний, преднамеренность и целенаправленность усиливают вовлеченность в кризисную ситуацию выживших.

«Поственция» (Shneidman E.S., 1970), или третичная профилактика СП определяет мероприятия для уменьшения проявлений и последствий дистресса выживших. Предложены три основных взаимодополняемых подхода: сопровождение и психологическая поддержка близкими (непрофессионалами-добровольцами); психологическое консультирование; психотерапия и / или лекарственное лечение. Нет нормативного срока излечения: процесс горя и его содержание типичны и особенны (индивидуальны), но клиницисту следует решить вопрос о необходимости формальной (профессиональной) и / или неформальной (с привлечением общественных ресурсов) помощи. Возможен разрыв меж потребностью и помощью выжившим, но около 1/2 горюющих за рубежом получает помощь групп самопомощи и / или профессионалов.

Общественные ресурсы: близкие, группа самопомощи.

Единственным средством от горя служит само горе [8], никто не научит «правильно» скорбеть. Острое горе, нормальный адаптивный ответ на потерю, не требует профессиональных вмешательств в большинстве случаев: тяжкий, с временными отступлениями, путь через горы «нормального» горя приведёт к восстановлению (вернее: новому уровню) приспособления к жизни. Установление «связи расторгения», по Фрейду, разделение хороших и неприятных воспоминаний о погибшем, переработка мыслей и чувств – необходимы в преддверии принятия смерти (суицида) близкого как факта.

Звезда сериала «Ольга» Яна Троянова оставила пост на странице социальной сети. «С днем рождения, сынок. Сегодня тебе было бы 27. Но ты сделал другой выбор. Твой выбор. Мне остается молитва. Лети. Прости».

Похороны как обряд прощания утешают присутствующих, обостряют переживание утраты, отрицание («кошмар наяву») скорее переходит в принятие реальности.

У открытой могилы, рука об руку, стояли родители Нади ... Когда могилу засыпали, они, как были, под руку, стали обходить собравшихся. С напускною бодростью, что-то шепча трясущимися губами, пожимали руки, благодарили. За что? Частица соучастия ... лежала на многих из нас, всё видевших и ничего не сделавших, чтобы спасти Надю. Несчастные старики этого не знали. Когда они приблизились ко мне, я отошёл в сторону, не смея взглянуть им в глаза, не имея права утешать их... На могиле Надежды строка Данте: «Любовь, которая ведёт нас к смерти»... В. Ходасевич.

Уместно посещение похорон с разрешения семьи жертвы лечащим врачом. Напротив, скорое полутайное захоронение удерживает боль. Священник избегает слов о богохульстве, грехе. О человеке судят по жизни, а не финальному поступку.

Правила общения с горюющим.

Скорая доврачебная помощь («здесь и сейчас») скорбящим – эмпатическое слушание. Следует внимать скорбящему активно, без суждения и критики, отказавшись от предвзятости и предубеждения, прямолинейных и банальных советов. Неловкие слова из лучших побуждений дополнительно ранят; выжившие могут быть уязвлены по «ничтожному» (для стороннего) поводу. Разговор с горюющим должен быть естественным, искренним, ненавязчивым. Отказ от беседы не означает отказа выговориться завтра. Понимание молчаливо. Сегодня достаточно прикосновения. Проявление невербального сочувствия иногда важнее слов. Открытки соболезнования принимают обычно скорбящие позитивно, как и письма с воспоминаниями о погибшем как значимом и живом.

Из-за стигмы и / или депрессии выжившие неохотно поверяют чувства, что затрудняет совладание с горем. Близкие, обычно не знают (не имеют горького опыта), как справиться с ситуацией и / или оказать помощь горюющему. Преодоление утраты уникально, ошибочно заставить процесс проходить некие условные этапы, судить, что делать и как чувствовать, когда выживший должен чувствовать лучше. Следующие приёмы облегчают скорбь после суицида (табл. 1).

Таблица 1

Как беседовать с горюющим [Kolf J.C., 1999. Цит. по: 9].

Что не говорить / не делать	Что говорить
<ul style="list-style-type: none"> – Держитесь. Все проходит. Время лечит. Вам есть для кого жить. – Переусердствовать с соболезнованиями. Настаивать «излить душу», отвлечься / развлечься. – Не думайте об этом. Успокойтесь. Уже прошла неделя (месяц, год), начинай жить заново. – Любимому лучше, отмучился (успокоился) в лучшем месте. Все Божья воля. Хорошо пожил. Его душа в аду, он грешник. – Знаю, понимаю, каково Вам. Объяснять горюющему, что он переживает. Вы не можете знать (не дай Б-г) при схожем опыте. – Расспрашивать о деталях трагедии, если вам об этом не рассказывают. – Намекать, что покойного мало понимали, поддерживали. Поддерживать предположения об «убийстве» и несчастном случае. – Бог никогда не даёт нам больше, чем мы можем вынести. – Не плачьте, не жалейте себя. Будь сильным (сильной). Возьмите себя в руки. – Призывать к чувству долга, напоминать о других домашних. – Другим (бездомным, калекам) куда хуже... – Советовать сменить жильё, избавиться от вещей погибшего. 	<ul style="list-style-type: none"> – Называть по имени погибшего, напоминая, что он был человеком. Вспоминать хорошее. – Напомнить, что он был человек с сильными и слабыми чертами. – Признать, что он был личностью с сильными и слабыми сторонами. – Вы, наверное, чувствуете, что эта боль никогда не пройдёт. «Что чувствуешь?», «Что с тобой происходит?». – Ваш любимый не страдает, но вы страдаете! Вам очень тяжело. Старайтесь меньше говорить и больше слушать! – Если выживший требует ответа: Он / она был (а) в ситуации, когда решил, что иначе поступить нельзя в тяжкий для него момент жизни. Таков его выбор. – Уклониться от версий трагедии, переключая разговор на сегодняшние чувства. – Плачьте столько, сколько душа просит. – Я не могу представить, что вы чувствуете... – Давай обратимся к врачу (можно в связи с соматическими жалобами).

Общение направлено на разделение душевной боли, выражение, поощрение выражения горя в любых его ипостасях (гнев, агрессия, паника), памятуя, что оно не ограничено во времени (печаль – навсегда), в связи с чем, внимание к выжившему не ограничено траурными днями. Памятуя о проявлениях ОГ, возможно привлечение профессиональной помощи, инициатором поиска её выступают соболезнующие.

Следующие рекомендации ценны тем, что выстраданы и сформулированы выжившими, ставшими активистами групп самопомощи (табл. 2).

В советах от первого лица показателен призыв к открытому выражению чувств, надежде, ответственности и полномочиях в деле восстановления как процесса (созвучно с концепцией психосоциального выздоровления в психиатрии) с привлечением сторонних ресурсов и альтруистического начала – помощи другим при исцелении себя. «Раненые целители», обученные добровольцы вкупе с профессионалами составляют костяк кризисных служб (пока за рубежом).

Горюющий ребенок [8]. Не оправданно сокрытие правды о кончине близкого (под мас-

кой «сердечного приступа»), во избежание стигмы, «заражения суицидом», что становится секретом Полишинеля. Для ребёнка достаточно объяснение «мозговой болезни». Исцеление от горя во многом зеркально отражает таковое у взрослых, что подчеркивает необходимость целостного подхода к семье.

Деятельная любовь (эмпатия) – необходимое условие поддержки горюющего любого возраста. Не скрывая горе от детей, важно вместе его разделить, не пропустив стойкое чувство вины (возможно, симптом депрессии). Суицид не должен стать образцом решения жизненной коллизии. Не стремясь рассказать «все и сразу» о суициде и смерти в целом, взрослого ожидает долгая беседа с возвращениями к теме (как на похоронах, при посещении могилы) с учётом развития ребенка, избегая мифов о «фатальной наследственности», но умалчивая излишние детали (обстоятельства гибели). При нехватке слов, целительно приласкать ребенка и вместе плакать. Ребёнку нужно выговориться, поделиться воспоминаниями. Нужно поощрять детей к общению с друзьями вернуться к обычной жизни.

Таблица 2

Что помогает пережить горе [Bolton I., 2001. Цит. по: 9].

– Принятие горя: телесных и эмоциональных его проявлений. Не бояться слова «самоубийство», скорби и слез. Выразить открыто чувства.	– Если чувств не хватает, восстановление затянется, особо долго мучает чувство вины
– Чувство собственного достоинства и адекватная самооценка.	– Надеяться и стараться совладать с трагедией.
– Навыки общения: желание поделиться переживаниями с окружающими, профессионалами.	– Поддержка окружающих и профессионалов. Доверьтесь: друзьям, которые хотят вас поддержать, если они не могут (не хотят), найдите тех, кто смогут и хотят.
– Знание, что люди испытывают при утратах и опыт преодоления трагедий.	– Не считать, что жизнь неизменна. Решить начать новую жизнь.
– Устойчивость к стрессам и способность разумно решать проблемы.	– Сила анализа + принятие правильных решений = залог восстановления
– Духовные ресурсы и вера. Скорбь – духовный поиск. глубина горя – не показатель слабой или сильной веры.	– Делать то, что необходимо, но отложить важные решения (уехать, бросить работу). Начать с малого, продвигаться к выздоровлению постепенно, пошагово.
– Забота о душевном и физическом здоровье; здоровый образ жизни.	– Ценить хорошее, связанное с любимым.
– Жить. Распахните глаза и душу и не позволять спиртному или успокоительным притупить чувства	– Превзойти себя: учиться радости жизни.
– Проявить терпение: время и усилия для восстановления.	– Связь с природой, искусство позволят выплакаться, расслабиться.
– Передать чувства в форме дневника, стихов, прозы.	– Участие в телефонной линии доверия.
– Организовывать группы самопомощи, антисуицидальные сайты.	– Читать, распространять психообразовательную литературу.
– Посещать горящие семьи как обученный доброволец.	– Организовывать дни памяти, шествия против самоубийств.

Осведомлённая и обученная учительница (школьный психолог) окажет кризисную поддержку и поймёт поведение горящего (временное снижение успеваемости, расторможенность), проведёт разъяснительную беседу в классе в рамках поственции, насторожит профессионала (вместе с родными ребенка при проявлениях ОГ (развитии депрессии)).

Ребёнку следует участвовать в ритуалах прощания. В беседе более говорить о жизни погибшего, чем о деталях смерти. Поощрять обычный образ жизни, выражение чувств (вплоть до гнева), подчеркнув их «нормальность». Помнить, что ребёнок может испытывать чрезмерное чувство ответственности за смерть близкого («отец погиб из-за моих двоек»). Возможны временное снижение успеваемости, требующее ненавязчивой помощи (учителя тоже), неспецифические соматические жалобы. Важно вербализовать жалобы. Возможна школьная фобия в связи со стигмой (уменьшена при поственции в классе). Привлечь к группе самопомощи горящих сверстников, познакомить с историями преодоления горя.

Группы самопомощи выживших [2, 9] известны с 80-х гг. XX в. Инициатива создания групп исходит «снизу», от заинтересованных и активных граждан в ответ на неудовлетворенные потребности (как и любых групп самопомощи) и от официальных служб для дополнительной поддержки и помощи, финансируются за счёт государства, религиозных групп, пожертвований благотворителей и взносов самих участников. За последнее десятилетие Международная ассоциация по предотвращению самоубийств с удовлетворением отметила увеличение групп в мире (более 500 лишь в США под патронатом Американских фонда профилактики самоубийств и ассоциации суицидологии). ВОЗ рекомендует организацию групп [10]. Объединение выживших позволяет понять и обсудить опыт, связанный с самоубийством ближнего, равными с равным. Ведущие групп – обученные добровольцы с выстраданным опытом совладания с утратой, их альтруистическая позиция облегчает скорби [9].

Руководитель сайта о преодолении суицида *no-suicid.ru* Мария Абушкина: «Нет, я больше не чувствую себя виноватой, но у всех у нас, у тех, кто таким образом потерял родного человека, дыра внутри размером с Чернобыль. Суицид близкого

меняет жизнь семьи раз и навсегда. Будут ещё потом и радость, и смех, и веселье, но вот эта зараженная территория отчуждения, место боли, место смерти, которую можно было бы предотвратить, не лечится временем» (цит. по: К. Гордеева. После самоубийства. Как в России устроена реабилитация суицидентов и их близких, 2016).

Выжившие тяготеют к общественным ресурсам поддержки и считают встречи (в библиотеке, кафе, в зале ожидания вокзала, клубе) полезными. Особо для одиноких в связи со стигмой и / или малой доступностью иной помощи участие в группе с её правилами и ритуалами – возможность общения с понимающими людьми, место у общей свечи памяти. Группа, вторая (для кого-то – лучшая) семья, создает эмпатическую безопасную терапевтическую среду, чувство принадлежности, соучастия и признания, даёт надежду «нормализации»; позволяет обрести жизненные ценности через общение, обучение и взаимовыручку. Один из мучительных аспектов переживания суицида в сонме безответных вопросов, и товарищи по несчастью ненавязчивым советом и примером облегчат беспомощность и безнадежность, обучает способам решения типовых проблем (как годовщины смерти), доходчиво и непредвзято сообщают о процессе горя, причинах самоубийств, роли специалистов в восстановлении контроля над пока пустой и пугающей жизнью, предложат решение типовых проблем (как встречи годовщин смерти), возможно, с привлечением консультантов (врача, юриста). Схожесть переживаний показывает, что и другие не миновал трагический опыт, и они стали сильнее. Ведь «отчаяние Бог посылает нам не затем, чтобы убить нас, он посылает нам его, чтобы пробудить в нас новую жизнь» (Г. Гессе).

Важной целью групп самопомощи и их активистов становится лоббирование исследований с привлечением государственных и частных средств. Общие компоненты успешных групп включают предоставление ясной и непредвзятой информации, «разрешение» на скорбь (свободно выражать эмоции), нормализация переживаний и поведения и (возможно, главная задача) преодоление одиночества. Однородные группы поддержки (выжившие после суицида; детские) более полезны.

Дополнительные (альтернативные) ресурсы помощи выжившим предлагают образовательная литература, круглосуточные телефонные линии для всех возрастных групп. Кто-то опасается групп и выбирает индивидуальную консультацию или семейную терапию, поддержку антисуицидальных веб-сайтов или биб-

лиотерапию («библиотеку выздоровления» с самоописаниями выживших), иные – походы, привлекающие внимание граждан к предотвращению самоубийств и их дестигматизации (как и душевных недугов). Кризисную помощь на дому в ближайшие дни трагедии оказывают обученные добровольцы.

При недостаточности внутренних ресурсов, поддержки близких, духовника, общины (молитвы и добродетели), групп самопомощи показаны объяснения и советы семейного врача, психолога (не столь стигматизированных как психиатр), специалиста «телефона доверия», кабинета социально-психологической помощи. Однако при клинической депрессии, ПТСР необходимо подключение профессионалов.

Профессиональная помощь.

Клиницисты должны активно предлагать встретиться с выжившими, могут поддержать, помочь нормализовать реакции, обеспечить направление к общественным ресурсам и, в рамках конфиденциальности, предложить взгляд на суицид, что может уменьшить смятение, вину или гнев у выживших. Хорошо заручиться поддержкой медсестры, священника или социального работника. Внимание специалистов сосредоточено на разрешении травматического дистресса (освобождения от бремени негативных эмоций и мыслей) через принятие потери при сохранении глубокой внутренней связи с покойным с благодарностью за позитивное общее прошлое, как условия восстановления удовлетворения личной и социальной жизни.

Врачи должны оценить баланс пользы и риска (возможные проблемы) помощи семье суицидента. Многие одобряют контакты со специалистом в поиске понимания смерти и горя. Предстоит обучение знаниям о процессе горя, демистификация самоубийства, облегчение вины, стыда, гнева; оценка риска СП выживших и эффекта терапевтических усилий [8]. *Осведомление о процессе горя* способствует реалистичным ожиданиям, нежели: «Справлюсь сам за неделю», «С каждым днем будет все лучше». *Демистификация суицида* как многофакторного (биопсихосоциального) феномена, хотя выжившие (и не только они) стремятся к понятным и однозначным объяснениям, смешивая мотив и причину СП. Погибший, возможно, оставил прощальное послание со словами любви (вспомним «Гранатовый браслет»), освобождает от ответственности оставшихся (сакраментальное «Прошу в моей смерти никого не винить» более укажет на смирение), но возможны, помимо самоосуждения («не достоин жить»), прямые или

косвенные обвинения. Предстоит объяснить выжившим, что слова отражают лишь предсмертное настроение, коли жертва страдала, безуспешно боролась с психическим недугом. Психологическая аутопсия поможет отчасти близким разобраться в погибшем и себе. Медицинский утилитарный подход повысит бдительность близких и к себе (своевременное выявление депрессии) без стигматизации психическим недугом. Нужно подвести выживших к пониманию предсуицидального отчаяния жертвы, не ставя под удар («проглядели») их самих и подчеркнуть ценность нового знания во благо себе и окружающим (готовность, побуждение к помощи). *Облегчение вины, стыда и (само)обвинений.* Врач должен помочь выжившим прийти к непредвзятой оценке роли в трагедии без потери веры в себя и других, что позволяет «правильная» объяснительная модель СП. *Оценка риска СП выжившего.* Врачи общей практики и специалисты психиатрических и суицидологических служб должны проводить скрининги горюющих для раннего выявления и лечения ОГ и СП. Следует привлечь вседоступные ресурсы преодоления кризисного состояния, памятуя, что выжившие составляют группу риска СП, а нелеченое ОГ – независимый фактор риска СП.

Психотерапия ОГ включает варианты межличностной психотерапии с элементами когнитивно поведенческой терапии (КБТ) и мотивационных интервью, краткосрочную интерпретативную групповую терапию для восстановления естественного перехода острого горя в интегрированное; обращено к примирению с утратой и восстановлению.

Профессионалы психиатрических (суицидологических) служб, лучше междисциплинарная бригада, играют ключевую роль в обучении навыкам совладания с горем и в эмоциональном дебрифинге. В терапии ОГ после самоубийств больше внимания соответствующей теме: пониманию трагедии с акцентом на особые терапевтические мишени: вину, отказ, позор, гнев. Негативные эмоции могут быть подавлены выжившими или скрыты стыдом стигмы. Структурированные упражнения направлены на неоднократное мысленное возвращение к моменту смерти, постепенное восстановление избегаемых ранее деятельности и ситуаций. Рассмотрены и обсуждены личностные цели. Открытое самописание в безопасной обстановке эмоций и мыслей уменьшает суицидальные аспекты горя, облегчают скорбь. Семейная терапия служит профилактике осложнений горя (депрессии, рецидива СП)

при возможном хроническом дистрессе до трагедии, дисгармоничных отношениях близких и дезадаптивных стилях совладания с жизненными тяготами, обостряемых взаимными обвинениями.

Фармакотерапия ОГ с ведущей депрессивной симптоматикой («депрессивные реакции», по МКБ): как препараты выбора лучше переносимые и с низким потенциалом смертности при намеренной передозировке антидепрессанты нового поколения. Субсиндромальная депрессия менее поддается лечению, чем клиническая, но, возможно, более суицидоопасна и нарушает повседневное функционирование, снижает качество жизни. Следует избегать длительного (более 14 дней) назначения успокоительных и снотворных (опасны при намеренной передозировке), особо в остром горе, хотя психологическая и физическая зависимость развивается у малой (не более 10%) доли скорбящих с предрасположенностью. Основными показаниями лечения депрессии служат анамнестические сведения (депрессии и СП в анамнезе, не упуская возможности биполярного расстройства, диктующего алгоритм лечения нормотимиками; семейная история) выраженность симптоматики (особо потенциально суицидальной как отчаяние, безнадежность, психалгия, сопутствующая ажитация), длительность (определяющая диагноз) синдрома. Показано профилактическое лечение во избежание рецидива. С учётом отсутствия ноэспецифичности психотропных препаратов, лечение депрессии вследствие утраты («реактивной депрессии») то же, как при любом депрессивном эпизоде. Сходен эффект психотерапии (КБТ) и фармакотерапии неосложненной СП легкой депрессии. Напротив, при отсутствии семейной и личной истории клинической депрессии, СП, при субсиндромальной депрессии с положительной динамикой на фоне поддерживающего окружения лечение антидепрессантами может быть отложено, по крайней мере, в первые 2 месяца при бдительном ожидании и динамическом контроле (особо – СП) врача, обученного пациента и его близких. Полевая работа (на месте суицида) побуждает выживших к кризисной помощи. Контакты с членами семьи суицидента уменьшит дистресс в краткосрочной перспективе.

Действенность (в РКИ) и клиническая эффективность (в повседневной практике) *вмешательств* малодоказательны, более показана удовлетворенность участников. Отмечен некий положительный эффект вмешательств, облегчающих острое горе (в меньшей мере –

ОГ) и его суицидальные аспекты. КБТ, возможно, препятствует развитию ОГ, особо в группе риска СП [2]. Психотропные препараты и стандартная, фокусированная на горе, поддерживающая психотерапия оказывают незначительное влияние на ОГ, но у целенаправленного лечения лучшие результаты.

Систематический обзор [4] семи вмешательств включил 2 на основе когнитивно - бихевиоральной терапии (КБТ), 4 – в группах горюющих и 1- дневниковой (письменным словом) терапии. Длительность большинства вмешательств 8 (2-16) недель. Занятия обычно по 90-120 минут раз в неделю. Пять из семи подходов облегчают хотя бы один параметр горя. Группы (5 исследований из семи) более показаны для облегчения неосложнённого горя, а вмешательства на основе парадигмы дневниковой (письменным словом) терапии (*Pennebaker J.W., Beall S.K., 1986*). Стабильность терапевтического эффекта (снижение риска осложнённого горя, СП) неизвестна за неимением катамнеза и контрольных групп. Методический уровень исследований невысок, чаще включены белые женщины среднего возраста и участники групп горюющих (видимо, мотивированных на помощь), то есть вопрос репрезентативности выборок и обобщаемости результатов актуален. Оценка не слепая. Измерительные инструменты (шкалы, опросники) не валидизированы, в том числе на русскоязычных выборках. Результаты сравнения двух и более активных вмешательств неясны.

Вмешательство, основанное на сочетании КБТ с психообразованием выжившего и его окружения (выработка навыков решения проблем и совладания с дистрессом), семейной терапии при привлечении общественной (неформальной) поддержки – многообещающий подход снижения риска ОГ в группе высокого риска.

Перспективно сочетание целевой психо- и фармакотерапии (при частичной эффективности первой, для кумуляции результата) или выбор второй как более доступной и дешевой, что не исключает поддерживающей психотерапии при встрече с врачом.

Поственция в учебном учреждении. Систематический обзор [Szumilas M., Kutcher S., 2011. Цит. по: 4] не подтвердил явный защитный эффект (снижение риска СП) поственции в школе и поддержки семьи. Обучение «привратников» (школьного персонала) повышает осведомленность о возможностях кризисных вмешательств.

Поственция в лечебном учреждении в первые дни (неделю) после трагедии касается семьи погибшего, пациентов как невольных свидетелей СП и персонала. При самоубийстве в больничной палате (отделении) специалисты (в идеале мобильная команда кризисной помощи) выполняет посттравматический дебрифинг (поддерживающие беседы с персоналом, пациентами отделения) и обсуждения клинических аспектов трагедии. Важно сохранить «рабочий настрой» психиатрического персонала.

Семья. Врач осторожно и тактично сообщит о суициде; объяснить неэффективность лечения и надзора, безуспешность реанимации; объяснить тесную связь СП с психическим расстройством (особо депрессии, возможно, основанием госпитализации); ободрить близких и побудить к принятию сторонней помощи (разделить горе), включая антисуицидальные сайты. Сообщить о типовых проявлениях горя как нормальных психологических реакциях, но индивидуализированных по проявлениям и длительности. Особое внимание к юному члену семьи, требующему объяснительного подхода с учётом возрастных нужд и реакций на утрату. Наилучшая позиция врача в ясных и непредвзятых ответах семье (в пределах профессиональной конфиденциальности) при (желательно) повторных встречах. Ответы, краткие, не позволяющие ложной интерпретации, соответствуют потребностям ситуации (возможности горюющих внимать словам). Взвешенная и постепенная информация способствует признанию смерти, на которую выжившие реагируют нормальным горем. Персонал должен быть готов к разным проявлениям горя, включая «ледяное спокойствие» или «истеричку», неверие, агрессию. Показ тела, прикосновения могут уменьшить скорбь, придать реальность смерти. Коли тело искалечено, семья должна быть предупреждена. Лучше прикрыть поврежденную область. Близкие могут остаться у тела сколько желают. Следует помочь семье в решении о ритуале погребения, возможно, безотлагательно дать необходимую справку для отпевания.

Персонал нуждается в поддержке, понимании и разделении свободно выражаемых чувств. Профессионал должен быть готов к возможности СП пациента, стараясь минимизировать риск, не сводимый к нулю. Профессионалы, пережившие смерть пациента, должны помочь близким жертвы, будучи сами «выжившими», но меньшинство ищет помощь для себя: консультации с доверенными и опытными коллегами, выступающими резонаторами и

источниками эмоциональной поддержки. Порой достаточен внеочередной отпуск. Наиболее часто сообщаемая стратегия борьбы – поговорить с сотрудниками, причем женщины более открыты помощи. Мужчины погружаются в работу, «забываются» с помощью спиртного.

После суицида пациента в лечебном учреждении целесообразны мероприятия на административном (динамический контроль неблагоприятных последствий суицида для пациентов, разбор «случая», повышение качества работы), образовательном (целевое обучение персонала с привлечением нового опыта и супервизия), эмоциональном (привлечение формальной и неформальной помощи для разделения ответственности и выражения чувств) уровнях. Западная «культура вины» предрасполагает наказания. Психологическая аутопсия, сенсационные сообщения СМИ не должны усилить травматический дистресс специалиста.

Полезны следующие мероприятия: собрание имеющих отношение к погибшему с привлечением консультанта (возможно, независимого) для кризисного дебрифинга и разрежения среды осуждения, самообвинений и взаимных упреков. Достижение общего понимания причин и следствий трагедии с рекомендациями улучшения работы (правовые и административные выводы), ясными инструкциями по общению с близкими погибшего, помощи другим пациентам (свидетелям суицида или знающих о нём).

Перечень действий после самоубийства пациента следующий: изолировать тело (не трогая его); вызов полиции; сообщение и соболезнование членам семьи и встреча с ними (по желанию); документация обстоятельств самоубийства; информирование персонала, руководства учреждения; собрание пациентов для сообщения; поддержка коллег или помощь от них; просветительская (образовательная) работа с пациентами, близкими, персоналом.

При обсуждении суицида в коллективе (собрании бригады) предстоит указать следующее: 1) социально-демографическая характеристика жертвы; 2) самоубийство: время, место и способ (летальность, подготовленность), обстоятельства обнаружения тела; 3) психиатрический анамнез: попытки суицида или самоповреждений, диагноз с указанием коморбидных расстройств (как злоупотребление ПАВ, соматические недуги) и лечение (адекватность, переносимость, эффективность, комплаенс); отягощенность семьи психическими расстройствами, суициды / парасуициды близких; 4) личность и образ жизни жертвы; 5) типичные

реакции на психосоциальный дистресс; актуальная стрессовая ситуация или важные жизненные события; 6) межличностные отношения: источники социальной и неформальной поддержки; 7) суицидальные мысли: когда, как часто высказывались; 8) ухудшение или улучшение психического состояния перед смертью: поведение, настроение, вегетативные симптомы; 9) резервы жизнестойкости: основания продолжения жизни, делился ли пациент планами на будущее; 10) влияние на персонал, членов семьи, пациентов. Конференцию следует проводить «на холоду», не ранее, чем через месяц после трагедии. Она должна представлять взвешенный анализ происшедшего, а не судилище. Важны реестр СП в медицинских (психиатрических) учреждениях, унифицированная система отчета об ошибках, более открытая и подотчетная работа позволит обсуждать их; широкое признание ценности системного подхода в предупреждении, анализе ошибок и извлечение урока из них. Большинство отечественных психиатров считает целевое обучение суицидологии полезным. Но введение в тему следует начать на студенческой (школьной) скамье.

* * *

Значимость многогранной проблемы подчеркивает ноябрьский Всемирный день близких жертв суицида, хронологически близкий Дням психического здоровья, профилактики суицидов и... дня рождения основоположника отечественной научной суицидологии проф. А. Амбрумовой. Горе утраты – естественное событие жизни, но влечет душевные страдания. Суицид близкого – одно из наиболее стрессогенных жизненных событий, предъявляет требования, порой превышающие адаптивные возможности выживших. Выжившие испытывают сходные отрицательные эмоции со всеми скорбящими, но, возможно, особый и более выраженный набор чувств в дополнение, как вину и гнев, поиск смысла трагедии и неправильное понимание (отрицание суицида как ужасающей, постыдной и загадочной смерти), отчасти из-за мифов и стигмы СП. Выжившие сталкиваются с особыми микросоциальными и социальными проблемами, препятствующими нормальному процессу скорби, повышающими риск ОГ, в свою очередь, торящим путь депрессии, ПТСР и/или телесным болезням. Выжившие определяют особую группу риска СП.

Недостаток ресурсов неформальной (обученными близкими, группой самопомощи) поддержки, профессиональной помощи (жела-

тельно, бригады специалистов суицидологических служб), уклонение от лечения усугубляют многообразное клинико-социальное и экономическое (пока не объективизированное) бремя потери. Широкая психообразовательная (антистигматизационная) программа для населения в рамках первичной профилактики СП, целевое обучение врачей общей практики (ключевая роль в определении группы риска неблагоприятных последствий самоубийства, ОГ при консультативной помощи коллег-психиатров и сотрудников суицидологических служб), добровольцев (костяк суицидологических служб за рубежом), организация групп самопомощи [10, 11] (пока не в РФ), привлечение ресурсов религиозных и благотворительных организаций – апробированный путь повышения качества и доступности антикризисной помощи.

Поственция (третичная профилактика СП) представляет неотъемлемую частью типовой

антисуицидальной междисциплинарной и межведомственной программы на федеральном и региональном уровнях. Важно, чтобы выжившие, их окружение, клиницисты были внимательны к ранним проявлениям ОГ. Полезен интегративный подход, основанный на потребностях, ресурсах и доступности лечения, который включает в себя поддержку, образование, когнитивную и межличностную технику, медикаментозное лечение с опорой на антидепрессанты. Лечение сочетает психообразование, психотерапию и фармакотерапию (возможно, сочетанные) с упором на депрессию, чувство вины и стигму.

Оперативные антикризисные мероприятия проводят на разных уровнях: семьи, учебного или трудового коллектива, медицинского учреждения – в эпицентре риска ОГ и его последствий. Своевременная помощь облегчит многообразное клинико-социальное и экономическое бремя утраты.

Таблица 3

Факторы, влияющие на бремя выживших

Усугубляющие	Облегчающие (защитные)
<i>Личностный уровень</i>	
Молодой возраст, женский пол, мать молодого самоубийцы. Низкая стрессоустойчивость. Малый опыт жизненных потерь, изначальное психическое расстройство (депрессия). Самостигматизация. Самоизоляция.	Жизнестойкость. Навыки адекватного совладания с дистрессом. Жизнеутверждающая перспектива, духовность (помогает смириться с трагедией как испытанием).
История психических расстройств (особо депрессии и «фасадного» алкоголизма) и СП.	Понимание причин суицида (принятие факта психического расстройства жертвы).
<i>Семейный / микросоциальный уровень</i>	
Нарушения семейной иерархии. Дисфункциональные отношения перед суицидом. Близкие (симбиотические) отношения с погибшим.	Высокий уровень семейной поддержки.
Неадекватные стратегии совладания с дистрессом в семье. «Сделка»: выбор «козла отпущения» или самообвинение, «обида» на жертву суицида, соматический фасад переживаний, самоограничение, бегство от реальности.	Обученные помощи горюющим – близкие и знакомые.
Слабая неформальная поддержка, бедная социальная сеть.	Причины жить (забота о малолетних, пожилых родителях).
<i>Социальный / организационный уровень</i>	
Стигматизация, осуждение (отвержение) окружающих. «Неловкая» поддержка горюющих окружающими.	Минимизация формальностей, понимающее отношение правоохранительных органов.
Отказ от неформальной и / или профессиональной помощи, малая доступность помощи.	Своевременная адекватная профессиональная помощь, группы самопомощи.
Религиозное осуждение: суицидент «идёт в ад».	Поддержка общины, добровольцев, групп самопомощи.
Непрофессиональное освещение СП СМИ с огульным обвинением близких жертвы, профессионалов.	Просветительская программа для населения. Ответственное освещение СП СМИ с указанием ресурсов помощи.

Рекомендации для СМИ по освещению СП приняты организациями охраны психического здоровья во многих странах.

Ряд факторов на личном (пол и возраст, здоровье, количество и тяжесть жизненных дистрессов выжившего, возраст погибшего; типом утраты: метод самоубийства, внезапный и непредсказуемый в дебюте депрессии vs. ожидаемый суицид тяжело больного инвалида), семейном (трансгенерационные паттерны, этап семейного цикла, связь с жертвой: родитель vs. ребенок vs. супруг vs. брат / сестра vs. друг; роль погибшего в структуре семьи, функциональность семьи, характер взаимоотношений: взаимозависимые или дальние, нежные или амбивалентные), общем (ритуалы, связанные с утратой, социальная сеть, культурные и религиозные влияния, стигма или табу, политические или экономические факторы, ресурсы помощи) уровнях влияет на интенсивность и продолжительность горя, риск ОГ, депрессии и СП. Баланс факторов риска и защитных факторов определяют многообразное бремя близких жертвы суицида (табл. 3).

Исследования сосредоточат внимание на лечении и профилактике ОГ в различных (возрастных, профессиональных, клинических) группах риска. Дистресс близкого не определен лишь суицидом как полюсом континуума СП. Возможна суммация дистресса при суицидальной попытке с тяжелыми медицинскими последствиями (инвалидностью) как проявления дебюта психического расстройства, повлекшего госпитализацию. Страх недоговоренности (при надежде на благополучный исход) усилен на всех его этапах. Важно разработать и валидизировать на отечественной выборке скрининговые инструменты выявления

ОГ. Следует детально изучить адаптивные и дезадаптивные механизмы совладания с утратой, динамику психосоциального восстановления выживших с привлечением качественного анализа (рассказы, полуструктурированный опрос). Доказательства действенности (клинической эффективности) биопсихосоциальных вмешательств при ОГ и его последствий недостаточны, как и групп самопомощи, онлайн помощи антисуицидальных сайтов. Влияние стигмы на траектории скорби и пути поиска помощи нуждается в методологически обоснованном изучении. Эмоциональные реакции выживших влияют на чувство стигмы и стратегии борьбы с потерей. Мало известно о факторах, влияющих на переживания и динамику стигмы (самостигматизации), не выделены группы риска в зависимости от индивидуальных и контекстуальных факторов. Некоторые выжившие разработали стратегии противодействия (управления) стигме, их психологические механизмы малоизвестны. Не решён вопрос о временных рамках нормального и интегрированного горя потери, что затрудняет диагностику и откладывает лечение. Экономическое бремя выживших не определено, но может быть разделено на объективное и субъективное. Первое может быть подсчитано в русле денежного эквивалента. Субъективное бремя («неуловимые потери») определено оценкой тяжести ситуации окружением суицидента, в частности, через единицы качества жизни, позволяющие оценить и терапевтические вмешательства. Определение затратной эффективности программ поственции укажет их ресурсосберегающий потенциал.

Литература:

1. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 25-41.
2. Pompili M., Shrivastava A., Serafini G. et al. Bereavement after the suicide of a significant other // *Ind. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 55. P. 256-263.
3. Tal Young I., Iglewicz A., Glorioso D. et al. Suicide bereavement and complicated grief // *Dialog. Clin. Neurosci.* 2012. Vol. 14. P. 177-186.
4. Linde K., Trembl J., Steinig J. et al. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review // *PLoS One*. 2017. Vol. 12 (6). e0179496.
5. Hanschmidt F., Lehnig F., Riedel-Heller S.G., Kersting A. The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences – A Systematic Review // *PLoS One*. 2016. Vol. 11. e 0162688.
6. Guldin M.-B., Kjaersgaard M.I.S., Fenger-Grøn M. et al. Risk of suicide, deliberate selfharm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study // *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16. P. 193-199.
7. Любов Е.Б. и группа исследователей. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению // *Суицидология*. 2015. Том 6, № 2 (19). С. 18-29.

References:

1. Borisonik E.V., Ljubov E.B. Kliniko-psihologicheskie posledstviya suicida dlja sem'i zher'tvy // *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija*. 2016. T. 24, № 3. S. 25-41. (In Russ)
2. Pompili M., Shrivastava A., Serafini G. et al. Bereavement after the suicide of a significant other // *Ind. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 55. P. 256-263.
3. Tal Young I., Iglewicz A., Glorioso D. et al. Suicide bereavement and complicated grief // *Dialog. Clin. Neurosci.* 2012. Vol. 14. P. 177-186.
4. Linde K., Trembl J., Steinig J. et al. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review // *PLoS One*. 2017. Vol. 12 (6). e0179496.
5. Hanschmidt F., Lehnig F., Riedel-Heller S.G., Kersting A. The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences – A Systematic Review // *PLoS One*. 2016. Vol. 11. e 0162688.
6. Guldin M.-B., Kjaersgaard M.I.S., Fenger-Grøn M. et al. Risk of suicide, deliberate selfharm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study // *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16. P. 193-199.
7. Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior // *Suicidology*. 2015. Vol. 6, № 2 (19). P. 18-29. (In Russ)

8. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суцидология: прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. М.: Изд-во Когнито-Центр, 2001. С. 270–352.
9. Алавердова Л. Брат мой, брат.... М.: Новые возможности, 2014. 270 с. Доступно на сайте ОООИ «Новые возможности» nvm.org.ru/
10. Превенция самоубийств: как организовать группу самопомощи для лиц, переживших утрату близкого в результате самоубийства. Одесса, 2005. 34 с.
11. Алавердова Л.Л. Помощь семье покончившего с собой: личный опыт, трудности и возможности // Суцидология. 2015. Том 6, № 2 (19). С. 64-66.
8. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija // Suicidologija: shroshloe i nastojashhee / Pod red. A.N. Mohovikova. M.: Izd-vo Kognito-Centr, 2001. S. 270–352. (In Russ)
9. Alavardova L. Brat moj, brat.... M.: Novye vozmozhnosti, 2014. 270 s. Do-stupno na sajte OOOI «Novye vozmozhnosti» nvm.org.ru/ (In Russ)
10. Prevencija samoubijstv: kak organizovat' gruppu samopomoshhi dlja lic, perezhhivshih utratu blizkogo v rezul'tate samoubijstva. Odessa, 2005. 34 s. (In Russ)
11. Alavardova L.L. Volunteer help for those who lost loved ones to suicide: personal experience, challenges and opportunities // Suicidology. 2015. Vol. 6, № 2 (19). P. 64-66. (In Russ)

CLINICAL AND SOCIAL BURDEN FOR SUICIDE SURVIVORS: IF I HAD DEALT WITH IT PROPERLY...

E.B. Lyubov

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of National Medical Research Center of Psychiatry and Addiction named Serbsky VP, Moscow, Russia

Abstract:

A suicide victim's milieu is called "survivors": around 6-32 family members and friends, professionals, involuntary witnesses, fellow-students and collaborators, who have lost a "significant" or loved one, keep suffering from life challenges. Their grief can be differentiated as "normal" or complicated (traumatic, prolonged), the latter representing loss rejection disorder, i.e., complicated, delayed or suspended grief relief. The loss is aggravated by the suicide circumstances: in most cases (80%) the relatives see the death as a sudden and unexpected, brutal blow. Grief caused by loss to suicide can be featured by three factors: subject scope, the survivor's social background (stigma), impact on the family's structure and function. The effects of complicated grief are far-reaching (by 2-4 times greater than for common bereavement). Individual susceptibility or vulnerability often determines depression and suicide hazards. Postvention (tertiary prevention) is integrated in standard antisuicide multidisciplinary (team) and multiagency programs. The biopsychosocial approach combines psychoeducation, pharmacotherapy and psychotherapy, taking depression, feeling of guilt, stigma as therapy targets. Desirable comprehensive approaches should be based on the treatment needs, resources and availability, involving awareness support, cognitive and interpersonal technique, medication focused on antidepressive treatment.

Key words: suicide, survivors, social, clinical consequences, postvention (tertiary prevention)

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

УДК 616.89-008.441.44-053.6

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРЕЙ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ СУИЦИДА

А.В. Лукашук, А.В. Меринов

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

Контактная информация:

Лукашук Александр Витальевич – врач-психиатр (SPIN-код: 5516-5300, ORCID iD 0000-0001-6141-4520, ResearcherID: U-8514-2017), аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: lukashuk-alex62@yandex.ru

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691, ORCID iD: 0000-0002-1188-2542, ResearcherID: M-3863-2016). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: merinovaalex@gmail.com

Целью работы является комплексная клинико-психологическая оценка матерей, чьи дочери подросткового возраста совершили суицидальную попытку. Материалы и методы: обследована 31 женщина, чья дочь-подросток совершила попытку суицида. В качестве диагностических инструментов были использованы следующие методики, имеющие широкое распространение в суцидологической практике: опросник суицидального риска, опросник Плутчика-Келлермана-Конте, тест жизнестойкости – Hardiness Survey, опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory, опросник временной перспективы Зимбардо

– Zimbardo Time Perspective Inventory, опросник Анализ семейных взаимоотношений. Результаты показали, что сама экспериментальная группа матерей довольно аутоагрессивна. Так по шкале Аутоагрессия (АХ/IN) показатели в группе матерей из экспериментальной и контрольной группы составили 16,032 ед. и 11,65 ед. соответственно. У её представительниц доминирует отрицательная концепция личности, снижен общий уровень жизнестойкости (67,17 ед. против 82,916 ед.). В качестве защитных психологических механизмов они чаще всего используют вытеснение и проекцию. Общий паттерн воспитания соответствует гипопеке (3,870 против 2,016 единиц). Выводы: анализ внутрисемейных отношений показал, что стиль воспитания исследуемых матерей соответствует гипопротекции с элементами неустойчивости. Кроме того, в целом исследуемую группу можно охарактеризовать как неблагополучную по многим значимым суицидологическим параметрам (сниженная жизнестойкость, отсутствие надежды на будущее, личностная несостоятельность).

Ключевые слова: подростковый суицид, аутоагрессия, родители подростков, совершивших суицид

Уже не первое десятилетие всемирное общество врачей обращает своё внимание на проблему суицидов. В целях снижения уровня суицидальной активности во всём мире активно ведётся профилактическая работа, но, несмотря на это, показатели уровня смертности от суицидов продолжают оставаться достаточно высокими. Ежедневно около двух с половиной тысяч человек совершают суицид (причём тысяча из них – подростки), а ежегодно погибает около одного миллиона человек [1-3].

В последние годы особенно актуальной проблемой стали суициды среди детей и подростков – именно в этих возрастных группах совершается максимальное число самоубийств. Кроме того, на каждый завершённый подростковый суицид приходится до 50 суицидальных попыток [4, 5], а самое большое количество суицидальных попыток приходится на возраст от 16 до 24 лет [6].

Сравнительно малоизученным, но принципиально важным компонентом подросткового суицида, является внутрисемейная атмосфера [1, 2]. Все авторы, изучающие проблему подросткового суицида, отмечают высокую значимость семьи, как в генезе, так и в превенции суицида [7-9].

Некоторые исследователи высказывают мнение, что суицидальное поведение подростков может развиваться и фиксироваться как способ решения проблем в случаях длительного стресса, проблем в семье и с близкими [10]. Конечно, подразумевается отсутствие позитивного опыта решения стрессовых ситуаций и неумения конструктивно решать сложные ситуации. По всей видимости, этот опыт не передаётся от матери, так как она сама им не обладает. В конечном итоге, подобная деструктивная реакция на проблемы может в будущем стать стереотипным паттерном [11]. Даже существует термин – «суицидогенная семья» – в таких семьях прослеживается своеобразное «наследование» суицидальных действий из поколения в поколение [12]. Подтверждением вышеизложенных теорий является то, что дети

родителей, совершивших самоубийство, так же впоследствии чаще совершают самоубийства [13]. Причём более сильным фактором риска будет суицидальное поведение матери, чем отца [14]. Но все имеющиеся сведения в основном несут констатирующий характер, и не претендуют на создание единой концепции. Эти данные представляют большой интерес, но являются лишь объективными наблюдениями, без попытки параллельного анализа аутоагрессивных спектров детей и их матерей.

Цель исследования: сравнительный анализ клинико-суицидологических профилей матерей в семьях, где дети – девушки подросткового возраста – совершили попытку суицида.

Материалы и методы:

Для решения поставленных задач нами была обследована 31 женщина, являющаяся матерью девушки подросткового возраста, совершившей попытку суицида (МДСП) и 60 матерей, чьи дочери не имели в анамнезе суицидальной активности (МДнСП). Исследование одобрено локальной этической комиссией. С каждого из родителей получено информированное согласие на участие в исследовании.

Средний возраст в группе МДСП составил $40,32 \pm 6,61$ года, а семейный стаж $18,87 \pm 3,03$. Средний возраст в группе МДнСП составил $38,9 \pm 2,3$ лет, семейный стаж $17,7 \pm 1,9$. Средний возраст дочерей достиг $15,93 \pm 1,22$ лет в экспериментальной группе, и $15,91 \pm 1,24$ года в контрольной.

В качестве диагностических инструментов, мы использовали методики, имеющие широкое распространение в суицидологической практике: опросник суицидального риска, опросник Плутчика-Келлермана-Конте, опросник временной перспективы Зимбардо – Zimbardo Time Perspective Inventory, опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI, тест жизнестойкости – Hardiness Survey, опросник Анализ семейных взаимоотношений – ABC [15-20].

Статистический анализ и обработку данных, проводили посредством непараметриче-

ских методов математической статистики (с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни). Статистически значимым считали результат при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение:

Рассмотрим результаты опросника суицидального риска, который является экспресс-методикой, позволяющей оценить общий возможный риск респондента совершить суицидальные действия. Основные данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Уровень субшкальных диагностических концептов в группе МДСП

Показатель	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.
Несостоятельность	53,548	*43	714,5
Слом культурных барьеров	58,054	**38,886	644,5
Максимализм	38,709	*21,666	670,5
Антисуицидальный фактор	46,774	*42,008	539,5

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Полученные данные говорят об отрицательной «Я-концепции» личности, фиксации на локальных неудачах и переносе их на все сферы жизни. «Слом культурных барьеров» в целом говорит о лояльном отношении к самоубийству, обесцениванию жизни.

В то же время мы получили повышенный «Антисуицидальный фактор», преобладающий над группой МДнСП. Он является защитным фактором, даже в случае высоких показателей других шкал, и складывается из страха боли, чувства долга, боязни за близких людей, ответственности, греховности суицида и т.д. В определённом смысле этот фактор может быть начальной точкой психокоррекционной работы.

Оценим результаты опросника State-Trait Anger Inventory, который определяет уровень и направленность гнева. Интересующие нас параметры изложены в табл. 2.

Таблица 2

Особенности и направленность гнева в группе МДСП

Показатель	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.
Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T)	6,451	*4,25	399
Аутоагрессия (AX/IN)	16,032	*11,65	331,5

Примечание: * $p < 0,01$

Таблица 3

Профиль психологических защитных механизмов в группе МДСП

Профиль	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.
Вытеснение	8,387	*3,05	709
Замещение	7,387	**3,85	566
Реактивное образование	8,935	**3,333	502

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Согласно результатам данного теста, группа МДСП достоверно чаще обладают «взрывным» темпераментом. Кроме того, мы получаем подтверждение высокой аутоагрессивности группы МДСП.

Не менее важным является анализ профиля механизмов психологической защиты, ведущие особенности которого отображены в табл. 3.

При оценке результатов этой методики обнаружено, что наиболее часто респондентки из группы МДСП используют следующие три механизма психологической защиты. Вытеснение – это механизм, способный «переместить» определённые желания и мысли, вызывающие тревогу, в бессознательную часть [21]. Несмотря на это, подавленные мысли, сохраняют способность вызывать различные эмоциональные и вегетативные реакции. Замещение – это разрядка негативных эмоций на окружающие предметы, которые не представляют опасности, например, часто на своих детей [21]. Суть реактивного образования заключается в преобразовании негативных мыслей и чувств в положительные с помощью гипертрофии противоположных качеств [21]. Так, холодность матери к ребёнку может внешне проявляться как гиперопека.

Далее рассмотрим данные опросника временной перспективы и теста жизнестойкости. Самые значимые показатели тестов приведены в табл. 4.

Таблица 4

Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы МДСП

Показатель	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.
Общая жизнестойкость	67,174	*82,916	487,5
Гедонистическое настоящее	5,722	**3,32	295,5
Фаталистическое настоящее	3,654	*2,956	668

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблица 5

Анализ внутрисемейных отношений в группе МДСП

Показатель	МДСП n=31, Ед.	МДнСП n=60, Ед.	U эмп.	Уровень значимости
Гипопротекция (шкала Г-)	3,870	2,016	409,5	p<0,01
Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-)	3,516	1,083	403	p<0,01
Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н)	3,193	1,966	852,5	p<0,05
Фобия утраты ребёнка (шкала ФУ)	4,225	1,916	503	p<0,01

В первую очередь, стоит отметить общий низкий уровень жизнестойкости группы МДСП. Общая жизнестойкость отражает способность личности бороться с трудностями, её отношение с окружающим миром. То есть, можно говорить о существующих сложностях с принятием себя в окружающей действительности в группе МДСП. Они крайне уязвимы к стрессам, не обладая достаточной личностной гибкостью. В отношении временной перспективы мы получили данные, отражающие беспомощное отношение к собственному будущему. Будущее воспринимается как неизбежность, на которую нельзя повлиять и его остается покорно ждать.

При анализе семейных взаимоотношений получена обширная информация, что нашло отражение в табл. 5.

Изначально необходимо отметить выраженный уровень родительской гипопротекции. В крайнем своём проявлении она означает безнадзорность. В наших случаях девушка существует на периферии родительского внимания. Обращает на себя внимание недостаточность требований-обязанностей. Девушка слабо привлекается родителями к помощи по дому. Кроме этого мы наблюдаем «фобию утраты ребёнка». Обычно она формируется в случае гиперпротекции, но, по всей видимости, в наших случаях она является реакцией матерей на попытки самоубийства дочерей.

Эти семейные особенности венчает неустойчивость стиля воспитания. В этом случае

подразумевается хаотичное изменение родительских установок от мягких до чрезвычайно строгих. Обобщая данные, можно говорить, что в связи с недостаточностью воспитания подростка не развивается личностная организованность, формируется гипертимная или неустойчивая акцентуация личности, которым свойственны вспышки агрессии и аутоагрессии, алкогольная и наркотическая зависимости, особенно на фоне гипопротекции.

Любопытными, на наш взгляд, являются и данные, касающиеся психических расстройств, обнаруженных у респондентов. Обобщенные данные приведены в табл. 6.

Эти данные характеризуют группу МДСП как группу, имеющую значительное количество психической патологии непсихотического реестра. Попутно отметим, что обнаруженные психические отклонения не являлись непосредственной реакцией на парасуицид дочери, и отмечались у респондентов и ранее.

Выводы:

1. Таким образом, группа МДСП является группой, которая демонстрирует специфические аутоагрессивные и личностно - психологические характеристики и, в целом, является проблемной в суицидологическом плане.

2. Группа МДСП демонстрирует отрицательную концепцию собственной личности, сниженный уровень жизнестойкости. В качестве защитных психологических механизмов они наиболее часто используют вытеснение, замещение и реактивное образование.

Таблица 6

Присутствие психических расстройств в группе ОДСП в n (%)

Характер расстройств	МДСП n=31		МДнСП n=60	
	n	%	n	%
Алкогольная зависимость, вторая стадия. Нестойкая ремиссия (F 10.2)	3	9,67	3	5
Депрессивный эпизод легкой степени (F 31.1)	4	12,9	1	1,66
Депрессивный эпизод средней степени (F 31.2)	2	6,45	0	0
Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F 42.0)	3	9,67	2	3,33
Бессонница неорганической этиологии (F 51.0)	5	16,12	1	1,66

3. В отношении воспитательного процесса обнаруживаются черты формализма. В целом, стиль воспитания соответствует мягкой гипопротекции с признаками его неустойчивости.

4. Выявлено, что работа, направленная на первичную и вторичную профилактику само-

убийств девушек-подростков должна активно задействовать их матерей. Главной мишенью в психотерапевтической работе с ними является их собственный уровень аутоагрессии, а также нормализация стиля воспитания ребёнка.

Литература:

1. Мочарь С.В., Мещерякова Э.И. Семейный миф и формирование суицидальных тенденций // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14-15. С. 86-90.
2. Глазнев Д.И., Кутбидинова Р.А. Факторы суицидального риска в студенческом возрасте // Психология и педагогика в системе гуманитарного знания: материалы V Международной научно-практической конференции, г. Москва, 27-28 декабря 2012 г. В 2 т.: т. 1 / Науч. - инф. издат. центр «Институт стратегических исследований». М.: «Спецкнига», 2012. С. 79-85.
3. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр. 2005. 376 с.
4. Всемирная организация здравоохранения (WHO) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. // Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. 2001. 215 с.
5. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. 186 p.
6. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. Public Health, 2000. Vol. 90. P. 85-91.
7. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. Т.6, № 4 (21). С. 21-33.
8. Меринов А.В., Лукашук А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2014. № 4 (7). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>.
9. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. №4. С. 81-87.
10. Положий Б.С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012. Т. 3, № 1 (6). С. 8-12.
11. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6, № 1 (18). С. 3-7.
12. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001. С. 270-352.
13. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.
14. Geulayov G., Gunnell D., Holmen T.L. et al. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with off-spring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis // Psychol. Med. 2012. Vol. 42, № 8. P. 1567-1580.
15. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. Plutchik R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology. Springer US, 1979. P. 227-257.
16. Spielberger C.D., Krasner S.S., Solomon E.P. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology. Springer New York, 1988. P. 89-108.
17. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
18. Boyd J.N., Zimbardo P.G. Constructing time after death the transcendental-future time perspective // Time & Society. 1997. Vol. 6, № 1. P. 35-54.
19. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. СПб.: Питер, 2005. 1020 с.
20. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск, 1993. 26 с.
21. Романова Е.С., Гребеников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи: Талант. 1996. С. 123-165.

References:

1. Mocar' S.V., Meshherjakova Je.I. Semejnij mif i formirovanie suicidal'nyh tendencij // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. 2001. № 14-15. S. 86-90. (In Russ)
2. Glaznjov D.I., Kutbiddinova R.A. Faktory suicidal'nogo riska v studenche-skom vozraste // Psihologija i pedagogika v sisteme gumanitarnogo znanija: materialy V Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, g. Moskva, 27-28 dekabrja 2012 g. V 2 t.: t. 1 / Nauch. - inf. izdat. centr «Institut strategicheskikh issledovanij». M.: «Spekniga», 2012. S. 79-85. (In Russ)
3. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija. M.: Kogito-Centr. 2005. 376 s. (In Russ)
4. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija (WHO) Doklad o sostojanii zdravoohranenija v mire, 2001 g. // Psihicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novye nadezhdy. 2001. 215 s. (In Russ)
5. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. 186 p.
6. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. Public Health, 2000. Vol. 90. P. 85-91.
7. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potential and actual risk factors for suicidal behavior in adolescents (literature review) // Suicidology. 2015. V.6, № 4 (21). P. 21-33. (In Russ)
8. Merinov A.V., Lukashuk A.V. Osobennosti detej, vyrosших v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju [Elektronnyj resurs] // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adapta-cija, razvitie: setevoj zhurn. 2014. № 4 (7). Rezhim dostupa: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>. (In Russ)
9. Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju. Autoagressivnaja harakteristika zhenshhin, sostojashhiih v brake s muzhchinami, stradajushhimi alkogolizmom // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 2015. №4. S. 81-87. (In Russ)
10. Polozhy B., Panchenko E. The different prevention of suicidal behavior // Suicidology. 2012. V. 3, № 1 (6). P. 8-12. (In Russ)
11. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // Suicidology. 2015. V. 6, № 1 (18). P. 3-7. (In Russ)
12. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija. Suicidologija: pro-shloe i nastojashhee: problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah. M., 2001. S. 270-352. (In Russ)
13. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.
14. Geulayov G., Gunnell D., Holmen T.L. et al. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with off-spring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis // Psychol. Med. 2012. Vol. 42, № 8. P. 1567-1580.
15. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. Plutchik R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology. Springer US, 1979. P. 227-257.
16. Spielberger C.D., Krasner S.S., Solomon E.P. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology. Springer New York, 1988. P. 89-108.
17. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti. M.: Smysl, 2006. 63 s. (In Russ)
18. Boyd J.N., Zimbardo P.G. Constructing time after death the transcendental-future time perspective // Time & Society. 1997. Vol. 6, № 1. P. 35-54.
19. Jejdemiller Je.G. Detskaja psihiatrija. SPb.: Piter, 2005. 1020 s. (In Russ)
20. Razuvaeva T.N. Diagnostika lichnosti. Shadrinsk, 1993. 26 s. (In Russ)
21. Romanova E.S., Grebennikov L.R. Mehanizmy psihologicheskoj zashhity: genezis, funkcionirovanie, diagnostika. Mytishhi: Talant. 1996. S. 123-165. (In Russ)

CLINICAL AND PERSONAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MOTHERS OF FEMALE ADOLESCENTS WHO MADE A SUICIDE ATTEMPT

A.V. Lukashuk, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University named after acad. I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

Abstract: The aim of this work is a comprehensive clinical and psychological assessment of mothers whose teenage daughters have attempted suicide. Materials and methods: 31 women whose teenage daughters had attempted suicide were examined. The following techniques having widespread results in practice we used as diagnostic tools: a questionnaire of suicidal risk questionnaire by Plutchik-Kellerman-Comte, a test of resilience – Hardiness Survey questionnaire for the diagnosis of the specific experiences of anger, State Anger Inventory, questionnaire time perspective Zimbardo-Zimbardo Time Perspective Inventory, a questionnaire Analysis of family relations. The results showed that the experimental group of mothers is quite autoaggressive, so on a scale of Autoaggression (AX/IN) indicators in the group of mothers of experimental and control groups consisted of 16,032 and of 11.65, respectively. Participants of the experimental group are characterized with negative concepts of self, their general level of resilience is reduced (67,17 vs. 82,916). Most often they incline to use displacement and projection as defensive mechanisms. The general pattern of upbringing tends to be hypoprotective (3,870 vs. 2,016 units). Conclusions: the analysis of family relationships has shown that the parenting style of mothers is hypoprotective with elements of instability. In addition, overall the group could be described as dysfunctional in many significant parameters (reduced vitality, lack of hope for the future of personal insolvency).

Key words: teen suicide, autoaggression, parents of teenagers who committed suicide

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 159.99

ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ-ГОМОСЕКСУАЛОВ

А.И. Ерзин, Т.С. Семёнова, Е.Ю. Антохин

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», г. Оренбург, Россия

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1», г. Оренбург, Россия

Контактная информация:

Ерзин Александр Игоревич – кандидат психологических наук (SPIN-код: 4745-9913, ORCID ID: 0000-0003-1046-4469, Researcher ID: Q-3599-2017). Место работы и должность: ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6. Телефон: (3532) 40-20-16. Электронный адрес: dr-wagner@mail.ru

Семёнова Татьяна Сергеевна – медицинский психолог (SPIN-код: ~~xxxx-xxxx~~, ORCID ID: 0000-0002-4661-0926, Researcher ID: V-4961-2017). Место работы и должность: медицинский психолог ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1». Телефон: (3532) 40-20-16. Электронный адрес: 555_sts@mail.ru

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5875-2889, ORCID ID: 0000-0002-9063-3930, Researcher ID: V-4949-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России; главный детский специалист-психотерапевт Минздрава Оренбургской области. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6. Телефон: (3532) 40-35-59.

Ввиду стигматизации и социальной дискриминации, которые осуществляются против лиц с квинидентичностью во многих современных обществах, подростки с гомосексуальностью особенно подвержены высокому риску суицида. Негативное влияние социальных установок приходит во взаимодействие с интраперсональными особенностями – личностными чертами и устойчивыми когнитивными схемами, которые могут как усугублять действие стресса, так и выполнять протективные функции. Цель исследования: провести анализ особенностей влияния черт личности и ранних дезадаптивных схем на суицидальный риск у подростков-гомосексуалов. Материалы и методы. Обследовано 100 подростков ($M=14\pm 2,1$), соответствующих, как минимум, одному из трёх критериев гомосексуальности (гомосексуальное влечение; идентичность; половые контакты с лицами того же пола). Использовались опросник суицидального риска Т.Н. Разуваевой, Пятифакторный личностный опросник и опросник YSQ-S3R. Результаты. В структуре суицидального риска для обследованных подростков характерны высокая аффективность и социальный пессимизм. Портрет личности подростка-гомосексуала включает в себя следующие преобладающие черты: интроверсия, эмоциональная неустойчивость, экспрессивность, сниженный самоконтроль, привязанность. Ведущими когнитивными схе-

мами являются схемы «Покинутость / Нестабильность», «Пунитивность», «Негативизм / Пессимизм». Анализ показал, что среди личностных черт наибольшее влияние на суицидальный риск оказывает высокий нейротизм (0,87; $p \leq 0,01$), а среди ранних дезадаптивных схем – схемы «Дефективность / Стыдливость» (0,51; $p \leq 0,01$) и «Самопожертвование» (0,41; $p \leq 0,01$). Выводы. Полученные результаты позволяют уточнить имеющиеся в литературе данные о высокой подверженности суицидальным настроениям подростков с гомосексуальностью, раскрывают значение личностных факторов в генезе суицидального поведения. Проведённое исследование выявило уязвимости внутри личности подростка-гомосексуала, которые могут использоваться как мишени психотерапии и психокоррекции.

Ключевые слова: суицид, гомосексуальность, ЛГБТ, черты личности, подростки

Не подвергается сомнению, что на сегодняшний день гомосексуальность во многих странах рассматривается преимущественно как стигматизированная идентичность. Гомосексуальность как проявление девиантного полового поведения является острой медицинской и психологической проблемой. В широком смысле под гомосексуальностью следует понимать одну из форм сексуальности человека, включающую в себя три основных компонента: 1) влечение к лицам того же пола; 2) сексуальная идентичность; 3) гомосексуальное поведение. По данным отдельных авторов [1], опыт однополых контактов хотя бы раз в жизни имели от 1 до 4,9% населения. Однако наличие единичных гомосексуальных контактов вовсе не означает наличие гомосексуальной ориентации. Ряд исследователей предлагают различать ядерную гомосексуальность и гомосексуальность транзиторную, ситуативную [2].

Во многих современных западных странах (Германия, Нидерланды, Дания, США, Канада, и др.) толерантность к гомосексуальности является вполне приемлемой. При этом в некоторых странах (например, Египет, Ливия, Алжир, Саудовская Аравия, Иран, Ирак, Доминиканская Республика, Ямайка и др.) проявления гомосексуального влечения осуждаются или даже строго наказываются [3]. В России отношение к людям с гомосексуальной ориентацией является весьма противоречивым и неоднозначным. Несмотря на то, что многими работниками сферы психического здоровья гомосексуализм не рассматривается как патологическое явление, которое нуждается в лечении, в целом в российском обществе преобладает нейтральное или чаще негативное отношение к гомосексуальным проявлениям.

Социальная дискриминация и стигма создают базис для формирования тяжёлых проблем с самооценкой и самоотношением, нарушают субъективное благополучие гомосексуальных лиц [4, 5]. Поскольку стигма имеет мультидименсиональную структуру, негативные эмоциональные состояния в виде тревоги и депрессии детерминированы реальным опытом виктимизации (реализованная стигма), ожида-

нием отрицательного отношения общества (воспринимаемая стигма) и неадекватной самооценкой, самоотношением и чувством вины (самостигматизация).

Наиболее ярко анти-гомосексуальная дискриминация проявляется в подростковом возрасте. А.М. Johnson и соавт. [6] полагают, что до 64% гомосексуальных подростков подвергаются буллингу среди сверстников [6]. Школьный буллинг, включая вербальную агрессию и насилие, для многих гомосексуальных подростков является весьма распространённым. Это сильно осложняется негативным отношением и порицанием со стороны родителей и других родственников [7]. В результате большинство подростков с гомосексуальной ориентацией страдают от симптомов депрессии и невротических расстройств [8-10]. Очевидно, что хронические стрессовые факторы, связанные с сексуальной стигматизацией, способствуют возникновению проблем со здоровьем среди гомосексуалов и бисексуалов [11, 12].

Подростки, идентифицирующие себя с ЛГБТ-сообществом (лесбиянки, геи, бисексуалы и транссексуалы), в 2-7 раз, более вероятно, совершают попытки самоубийства [13, 14]. Самый высокий риск суицидального поведения наблюдается в случаях, когда подросток осознаёт гомосексуальную идентичность в более раннем возрасте, когда имеются семейные конфликты, вынуждающие его сбегать из дома по причине того, что его сексуальная ориентация противоречит семейным ценностям и убеждениям, а также, если подросток не имеет возможности поделиться своими проблемами с кем-то ещё, кроме родителей [14]. Эмпирических данных по завершённым суицидам не столь много, однако, существуют доказательства того, что непропорционально большое число самоубийств совершается именно среди гомосексуалов [14].

Значительная часть исследований этой области свидетельствует о том, что ЛГБТ-лица испытывают более высокий уровень депрессии и тревоги [15-19].

Различные варианты стигматизации могут оказывать специфическое влияние на психиче-

ское и соматическое здоровье гомосексуалов. Так, реализованная стигма тесно коррелирует с употреблением психоактивных веществ [20, 21], суицидальными мыслями [22, 23], эмоциональным дистрессом [24, 25], низким сексуальным удовлетворением и практикой рискованных форм полового поведения [26]. Воспринимаемая стигма связана с ростом психосоматических симптомов и негативным аффектом [19]. Интернализированная стигма приводит к неуверенности в себе, чувству стыда и даже ненависти по отношению к самому себе [27, 28].

Очевидно, все перечисленные социальные и социально-психологические факторы повышают вероятность реализации суицидальных идей. В то же время, внешние по отношению к личности воздействия, связанные со стигматизацией, не исчерпывают всего перечня факторов риска саморазрешительного поведения. Большое значение имеют также и личностные детерминанты, которые могут как снижать суицидальный риск, так и усугублять влияние дискриминации и стигмы.

В мета-анализе J.C. Gonsiorek [29] показал, что не существует данных, демонстрирующих различия в личностных особенностях между гомосексуалами и гетеросексуалами. Впоследствии J.L. Ross [30] в кросс-культуральном исследовании пришёл к выводу о том, что личностные особенности большинства гомосексуалов не отличаются от гетеросексуалов. Однако некоторые исследования указывают на существование различий в личностных особенностях гомосексуалов. Например, исследование В.Ф. Риесс [31] показало, что гомосексуалы проявляют явно выраженную «личностную и эмоциональную сверхчувствительность». Некоторые из факторов «Большой пятерки» (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, доброжелательность, сознательность) положительно коррелируют с депрессивными переживаниями у гомосексуалов, в то время как другие – выполняют протективную роль.

В последние годы растёт число исследований ранних дезадаптивных схем [32], но работ, посвящённых изучению этого конструкта среди сексуальных меньшинств, по-прежнему недостаточно.

В данном исследовании мы сфокусировались на пятифакторной модели личности и ранних дезадаптивных схемах [33].

Цель исследования: уточнение особенностей влияния черт личности и ранних дезадаптивных схем на суицидальный риск у подростков-гомосексуалов.

Материалы и методы.

Выборка состояла из 100 подростков в возрасте 12–16 лет ($M=14\pm 2,1$), соответствующих хотя бы одному из трёх критериев гомосексуальности (сексуальное / эротическое влечение к лицам того же пола; идентификация с гомосексуалами; наличие гомосексуальных половых актов в истории жизни) [34]. Формирование выборки проходило посредством крупнейшего российского сообщества «Дети-404». Более чем 600 участников этого сообщества получили приглашение принять участие в нашем исследовании и форму добровольного информированного согласия. Все они прошли через фильтр (применялись шкала Кинси и методика «Психотест на определение гендерной идентификации и сексуальной ориентации» [35]), который позволил «отсеять» большую часть добровольцев, которые в полной мере не соответствовали ни одному критерию гомосексуальности. Оставшимся людям было предложено заполнить ряд анкет и опросников.

Исследование было построено на принципах добровольности и анонимности. После завершения психодиагностической процедуры каждый из участников имел возможность обратиться за консультацией к авторам этого исследования.

Использовались следующие психодиагностические методики:

1. Опросник суицидального риска Шмелёва в модификации Т.Н. Разуваевой.

2. Пятифакторный личностный опросник (Большая пятерка, Big Five personality traits) [36].

3. Опросник YSQ – S3R [32, 33].

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS 22 с применением регрессионного анализа и структурного моделирования.

Результаты и их обсуждение.

Анализ структуры суицидального риска по методике Т.Н. Разуваевой показал (рис. 1), что наибольшие баллы подростки набрали по параметрам «Аффективность» и «Социальный пессимизм».

Было выяснено, что опрошенные подростки демонстрируют преобладание эмоций над сознательным контролем в оценке ситуации. Такие подростки характеризуются готовностью импульсивно реагировать на стрессовые обстоятельства. С другой стороны, аффективность повышает риск реализации суицидальных намерений не только в силу того, что способствует возникновению депрессивных состояний, но и напрямую влияя на принятие реше-

ний: отчаявшийся подросток с аффективно суженным сознанием в критической ситуации зачастую оказывается не способен распознать возможные альтернативы, осознать последствия своих действий и руководствоваться здравым смыслом, а не эмоциями. Это, безусловно, является важным предиктором суицидального поведения.



Рис. 1. Результаты изучения суицидальных намерений.

Шкала «Социальный пессимизм» служит для описания негативной, враждебной картины мира. Подросткам с высокими показателями по этой шкале свойственно восприятие действительности как не соответствующей их личным стандартам нормальных отношений с окружающими людьми. Для таких людей характерен внешне обвиняющий стиль поведения. Вероятно, они являются носителями установки «Мир не достоин меня».

Менее выраженными оказались результаты по шкале «Временная перспектива». Гомосексуальные подростки, подвергающиеся дискриминации, довольно часто показывают неспособность конструктивно планировать собственное будущее. Это может быть результатом сильной фиксации на актуальных проблемах. Чувство неразрешимости текущей про-

блемной ситуации у таких подростков может трансформироваться в глобальный страх перед поражениями в будущем. Чтобы их избежать, подросток может воспользоваться более «легким» способом – совершить самоубийство.

Демонстративность также является ярким проявлением поведенческих реакций, характерных для подросткового возраста. В отношении суицидального риска здесь особую обеспокоенность должно вызывать желание привлечь внимание окружающих людей к собственным проблемам, трудностям, неудачам. Потребность в сочувствии и понимании особенно ярко проявляется у эмоционально незрелых подростков. Демонстративные попытки суицида можно оценить как «крик о помощи», как манипулирование поведением близких людей, как желание добиться своего. Однако цена за такие «достижения» весьма часто оказывается слишком высокой, а результат в принципе лишает смысла все попытки повлиять на социальное окружение.

Риск суицидального поведения также может быть высоким из-за восприятия подростками себя, ситуации, в которой они оказались, и своей жизни в целом как явлений исключительных, не похожих на другие. *Уникальность* своего опыта подталкивает некоторых подростков и к «исключительным» вариантам разрешения проблем (суицид). Эгоизм, индивидуализм и неспособность адекватно воспринимать чужой опыт в качестве возможного способа разрешения проблем могут создавать серьезные преграды на пути к конструктивному преодолению трудностей, в результате чего подросток, концентрируясь только на самом себе, не видит других способов выхода из сложной жизненной ситуации, кроме как совершить самоубийство.

В добавление к сказанному, можно утверждать, что обследованные подростки характеризуются отрицательной концепцией собственной личности (шкала «Несостоятельность»). Имеется в виду представление о своей никчемности, некомпетентности, непродуктивности и социальной бесполезности. Возможно, подростки с высокими баллами по этому показателю ощущают чувство физической или интеллектуальной неполноценности. Установки типа «Я ни на что не гожусь», «Я плохой», «Я глупый», «Я бесполезен» создают серьезную почву для формирования депрессивных состояний и суицидальных намерений.

Усредненный профиль личности респондентов, согласно Пятифакторному опроснику, представлен на рис. 2.

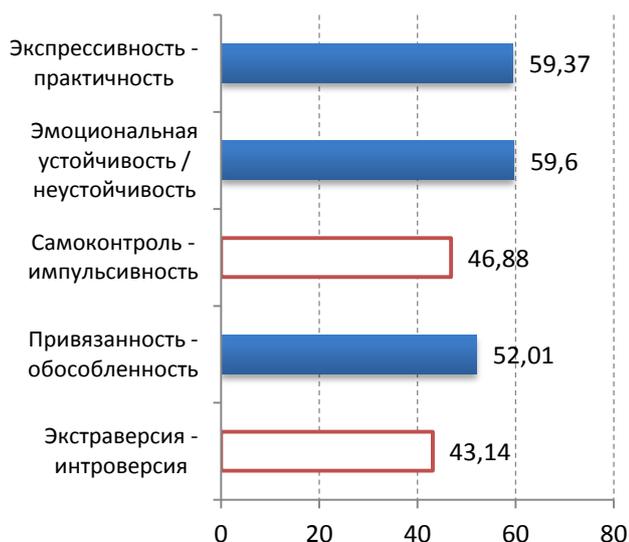


Рис. 2. Профиль личности гомосексуальных подростков.

Установлено, что для подростков - гомосексуалов характерны особенности: высокий *нейротизм* (эмоциональная неустойчивость), развитая *экспрессивность* (открытость новому опыту) и высокая *привязанность*. Менее выраженные показатели подростки набрали по шкалам «*Экстраверсия – интроверсия*» и «*Самоконтроль – импульсивность*».

Анализируя эти данные, можно говорить о том, что гомосексуальных подростков отличают следующие параметры:

1) *интроверсия*, включая неуверенность в себе; большую опору на собственные силы и взгляды, чем на взгляды других людей; склонность к уходу в фантазии; несколько сниженный, но ровный фон настроения; озабоченность своими личными проблемами и переживаниями; сдержанность, замкнутость и неумение раскрыться окружающим;

2) *эмоциональная неустойчивость*, включая сниженную способность контролировать свои эмоции; капризность; ощущение беспомощности; внешнюю обусловленность поведения – зависимость от средовых воздействий; тревожное ожидание неприятностей; экзальтированность – быстрая смена настроения от восторга и эйфории до глубокого разочарования и депрессии; сниженную самооценку и обидчивость;

3) *экспрессивность* – лёгкое отношение к жизни; сниженная социальная ответственность; легкомысленность; любопытство и открытость новому опыту; интуитивность; эстетство;

4) *сниженный самоконтроль*, включая стремление к поиску лёгких путей в жизни;

естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам; низкую добросовестность в работе; готовность отвергать и не соблюдать принятые в обществе требования и ограничения, неконвенциональное или даже асоциальное поведение; склонность «жить сегодняшним днем», не задумываясь о будущем;

5) *привязанность* – сильная потребность быть рядом с другим; отзывчивость; развитая эмпатия; доверчивость; альтруизм.

Результаты исследования ранних дезадаптивных схем представлены на рис. 3.



Рис. 3. Ранние дезадаптивные схемы.

Перечислим наиболее выраженные когнитивные схемы подростков.

Схема «Покинутость / Нестабильность» связана с ожиданием потери объекта эмоциональной привязанности. Такие люди убеждены в том, что любые отношения рано или поздно заканчиваются. Вероятно, они в раннем детстве испытали развод или смерть родителей. Также такая схема может также быть сформирована, если родители часто игнорировали потребность ребенка в общении, заботе и любви.

Схема «Пунитивность» основана на установке, что люди заслуживают сурового наказания за свои ошибки. Подростки с такой схемой очень требовательны и не прощают ни себя, ни других. Они, как правило, недовольны своим несовершенным поведением. Вероятнее всего, у них есть хотя бы один родитель, который делает чересчур большой акцент на результатах деятельности и использует различные формы наказания в целях управления поведением ребёнка.

Схема «Поиск одобрения» связана с приданием слишком большого значения получению похвалы и признания других людей. Может включать в себя чрезмерный интерес к статусу и внешнему облику как средствам получения одобрения. Подростки с такой схемой обычно очень чувствительны к отказам и стараются подстроиться под других людей, чтобы избежать неприятных чувств в связи с возможным отказом. Велика вероятность, что в раннем детстве потребность в бескорыстной любви не удовлетворялась их родителями.

Схема «Недостаточность самоконтроля» связана с неспособностью переносить любые разочарования в достижении своих целей, а также сдерживать свои эмоциональные прояв-

ления. Такая схема является важным предиктором антисоциального поведения.

Схема «Жесткие стандарты / Придирчивость» основана на убеждении в том, что результаты любой деятельности, которую выполняет человек, не достаточно хороши, поэтому он стремится делать это еще лучше. Такая перфекционистская установка способствует нарушению здоровья, блокирует получение удовольствий и негативно отражается на чувстве собственного достоинства. Обычно родители людей с такой схемой проявляли свою любовь к ним только при условии достижения особых успехов.

Схема «Негативизм / Пессимизм» является распространенным стилем мышления, когда человек концентрируется на негативных сторонах жизни, частично или полностью игнорируя позитивные моменты. Подростки, у которых сформировалась подобная схема, не могут наслаждаться положительными событиями своей жизни, поскольку сконцентрированы на негативных мыслях или возможных проблемах в будущем. Они обеспокоены допустимыми неудачами в независимости от того, насколько хорошо идут текущие дела. Такой стиль мышления обычно формируется у людей, чьи родители постоянно проявляли особую тревожность в связи с широким классом событий независимо от их объективной опасности.

Схема «Грандиозность / Привилегированность» основана на вере в то, успех должен быть немедленным независимо от тех последствий, которые может за собой нести поведение, направленное на достижение этого успеха.

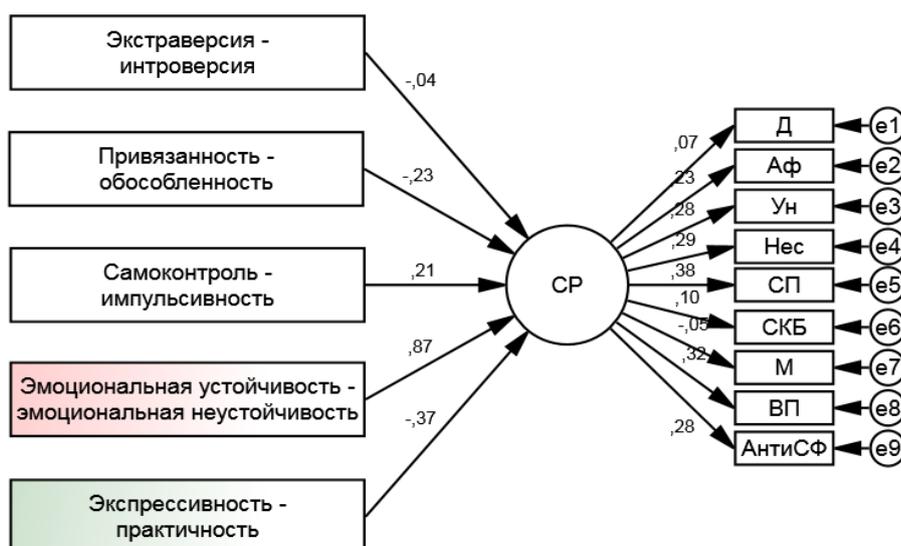


Рис. 4. Модель влияния черт личности на уровень суицидального риска (CP – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуициальный фактор).

Такая схема возникает у подростков, чьи родители чрезмерно баловали их и не установили четких социальных границ дозволенности. В некоторых случаях, однако, такая схема служит в качестве компенсации чувства эмоциональной депривации или неполноценности.

Далее на основе структурного моделирования нами было проанализировано влияние черт личности и ранних дезадаптивных схем на суицидальный риск подростков с гомосексуальностью.

Показано, что экстраверсия-интроверсия никакого значимого влияния на возможность реализации саморазрушительного поведения

не имеет. При этом эмоциональная неустойчивость (или высокий нейротизм) имеет более прочные связи с суицидальным риском. Эмоциональная неустойчивость (низкий самоконтроль, импульсивность, аффективная лабильность) выражено влияет на принятие решений. В данном случае, речь идёт о решении уйти из жизни. Здесь важны не столько мотивы этого решения, сколько сам факт – подросток в невыносимых для него социальных условиях – условиях неприятия его сексуальной ориентации и идентичности окружающими людьми – под влиянием своей эмоциональной неустойчивости решает покончить жизнь самоубийством.

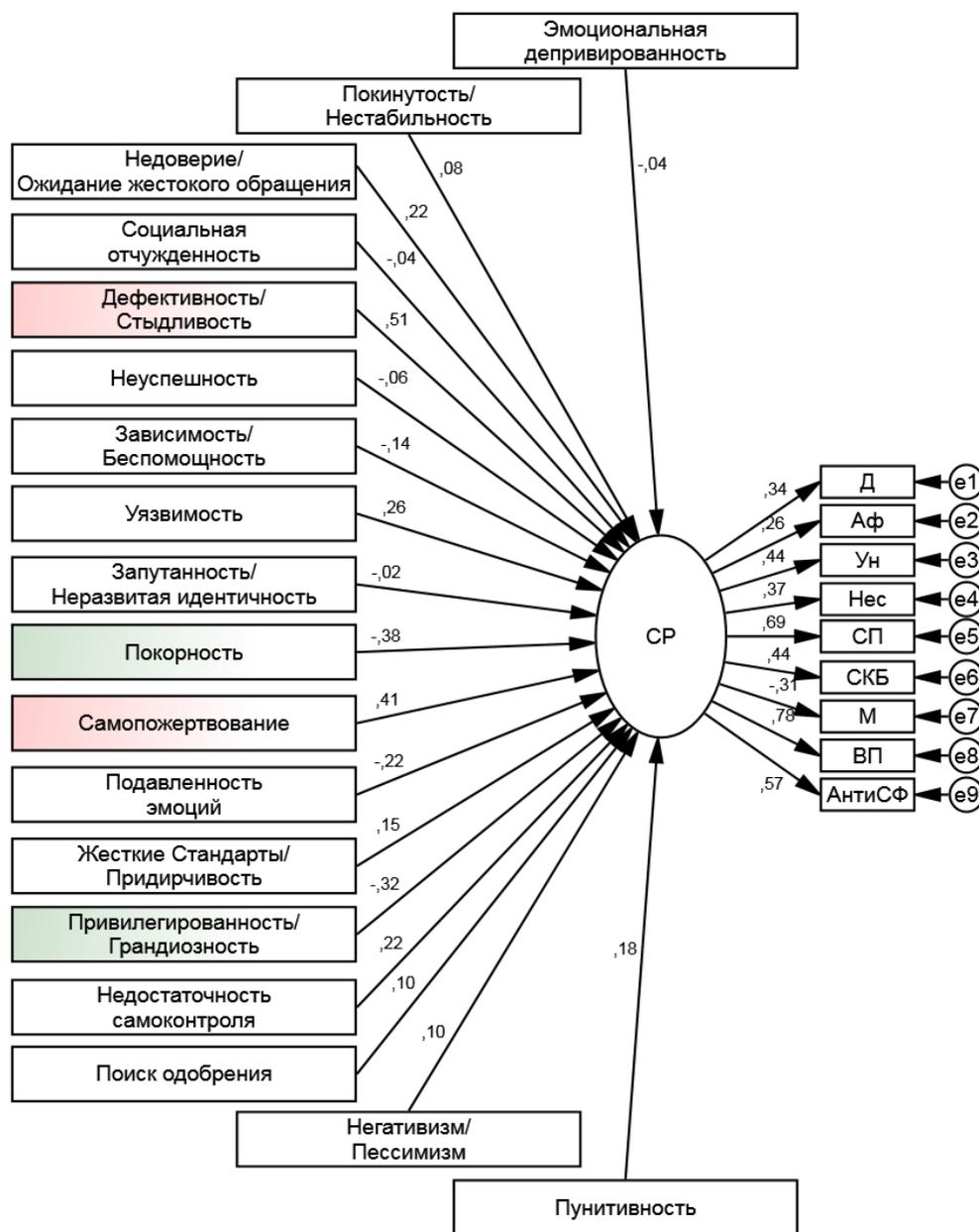


Рис. 5. Модель влияния дезадаптивных когнитивных схем на уровень суицидального риска (CP – суицидальный риск; Д – демонстративность; Аф – аффективность; Ун – уникальность; Нес – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АнтиСФ – антисуициальный фактор).

Черта «Экспрессивность» имеет негативное влияние на вероятность реализации аутодеструктивных форм поведения. И наоборот, подростки с развитой практичностью (такие люди более реалистичны, хорошо адаптированы в обыденной жизни, верят в материальные ценности больше, чем в отвлеченные идеи, не любят резких перемен в своей жизни, предпочитают постоянство во всем, что их окружает) имеют больше шансов совершить необдуманные действия в отличие от тех, кто демонстрирует менее развитую практичность.

Ранние дезадаптивные схемы на риск суицида оказывают следующее влияние (рис. 5). Было установлено, что наиболее значимыми предикторами являются схемы «Дефективность / Стыдливость» и «Самопожертвование». Это основные когнитивные факторы, существенно повышающие суицидальный риск у гомосексуальных подростков.

Представляет интерес, что схемы «Покорность» и «Привилегированность / Грандиозность» могут оказывать обратное влияние – снижать риск суицидальных интенций. Схема «Покорность» включает в себя убеждение в том, что необходимо подчиняться контролю других людей, чтобы избежать негативных последствий. Хотя подчиняясь, подростки игнорируют собственные желания и чувства, такая модель поведения может уберечь их от возможности суицидальных действий, например, в связи с мотивом не причинить боль и страдания своим близким.

Заключение.

Стигматизация, то есть навешивание «ярлыка» ненормального, больного, опасного для общества индивида – это процесс, который пронизывает многие сферы жизни человека: взаимоотношения в семье, учебу, общение со сверстниками, профессиональную деятельность [37]. Подросткам с проблемами сексуальной ориентации часто некуда убежать. Невозможность открыто заявить о своей сексуальной идентичности, обсудить эти вопросы с самыми близкими людьми создает не только серьезный барьер на пути самореализации личности подростка, но и способствует возникновению тяжелых проблем со здоровьем. Психогенные депрессии, тревожные и психосоматические расстройства, аддиктивное поведение, саморазрушительные тенденции, зако-

номерно приводящие к суициду – самый обобщенный перечень последствий стигматизации для психического здоровья ЛГБТ-подростков.

Основной вопрос, который стоял перед нами в этом исследовании – какие личностные черты и когнитивные структуры влияют на выраженность суицидального риска, а какие способны защищать подростка от негативного воздействия стигмы?

Удалось выяснить, что высокий нейротизм и интроверсия как компоненты пятифакторной модели личности усугубляют влияние стигматизации, повышая уровень суицидального риска. Психологический портрет обследованных подростков, таким образом, состоит из следующих параметров: замкнутость, эмоциональная лабильность, сниженный самоконтроль, развитая эмпатия и привязанность.

В структуре суицидального риска на первый план выходят аффективность и социальный пессимизм. Кроме того, достаточно высокими оказались значения по параметрам «Демонстративность» и «Временная перспектива».

Среди дезадаптивных когнитивных схем на себя обращают внимание эмоциональная депривированность, дефективность, стыдливость, неуспешность и самопожертвование. Подростки, являющиеся носителями данных схем, наиболее подвержены суициду. Формируясь в раннем детстве, когнитивные схемы являются отражением преобладающей модели воспитания в родительской семье. Жесткие стандарты, предъявляемые к ребенку, эмоциональная холодность, критика и порицание формируют личность депрессивного склада. Если к этому добавить влияние социальной дискриминации и стигматизации – риск проблем с психическим здоровьем существенно возрастает.

Выявленные нами психологические детерминанты суицидального поведения нуждаются в дальнейших исследованиях. Использование методов и техник клинико-психологического вмешательства, направленных на коррекцию этих факторов личности, представляется нам весьма перспективным. Огромную роль играет также и профилактическое значение протективных личностных образований, которые способны выполнять защитную функцию в преодолении связанного со стигмой стресса.

References:

Литература:

1. King M., Killaspy H., Osborn D., Semlyen J., Tai S.S. et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people // BMC Psychiatry. 2008. Vol. 8. P. 70–70. - doi:10.1186/1471-244X-8-70

1. King M., Killaspy H., Osborn D., Semlyen J., Tai S.S. et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people // BMC Psychiatry. 2008. Vol. 8. P. 70–70. - doi:10.1186/1471-244X-8-70

2. Delourmel C. A transitory homosexual passion in the course of an analytic treatment // *Int J Psychoanal.* 2004. Vol. 85 (Pt 6). P. 1401-1421.
3. Saavedra J., Izazola-Licea J.A., Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights // *J. Int. AIDS. Soc.* 2008 Dec 24. № 11. – P. 9. doi: 10.1186/1758-2652-11-9.
4. Barrientos-Delgado J., Cárdenas-Castro M., Gómez-Ojeda F. Socio-demographic characteristics, subjective well-being, and homophobia experienced by a sample of gay men from three cities in Chile // *Cad. Saude. Publica.* 2014. Jun. Vol. 30, № 6. P. 1259-1269.
5. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals // *J. Behav. Med.* 2015. Feb. Vol. 38, № 1. P. 1-8. – doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.
6. Johnson A.M. et al. Sexual lifestyles and HIV risk // *Nature.* 1992. Dec. 3. Vol. 360, № 3. P. 410-412.
7. Tritt R.J. Attitudes of adults towards homosexuality and knowledge of sexually transmitted diseases: part one // *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2011. Vol. 57, № 2. P. 46-56.
8. Alessi E.J., Gyamerah A., Martin J.I., Meyer I.H. Prejudice-Related Events and Traumatic Stress Among Heterosexuals and Lesbians. *Gay Men and Bisexuals* // *J. Aggress. Maltreat. Trauma.* 2013. January 1. Vol. 22, № 5. P. 510–526.
9. Barnard A. Lesbians' constructions of depression // *Health Care Women Int.* 2009 May. Vol. 30, № 5. P. 373-89. doi: 10.1080/07399330902785141.
10. Sherkman G., Shmotkin D. Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults // *J. Homosex.* 2011. Vol. 58, № 1. P. 97-116. doi: 10.1080/00918369.2011.533630.
11. Almeida J., Azrael D., Corliss H.L., Johnson R.M., Molnar B.E. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation // *J. Youth Adolesc.* 2009. Vol. 38. P. 1001–1014. doi: 10.1007/s10964-009-9397-9
12. Bontempo D.E., D'Augelli A.R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay or bisexual youths' health risk behavior // *J. Adolesc. Health.* 2002. Vol. 30. P. 364–374.
13. Deisher R.W., Farrow J.A., Remafedi G. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth // *Pediatrics.* 1991. Jun. Vol. 87, № 6. P. 869-875.
14. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide // *JAMA.* 1999. Vol. 282. P. 1291–1292.
15. King et al. (1988). *Canada. Youth and AIDS Study.* Kingston, ON: Queen's University.
16. Brennan D.J., Dobinson C., Ross L.E., Steele L.S., Veldhuizen S. Men's sexual orientation and health in Canada // *Can. J. Public Health.* 2010. Vol. 101. P. 255–258.
17. Cochran S.D., Mays V.M. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey // *J. Abnorm. Psychol.* 2009. Vol. 118. P. 647–658. doi: 10.1037/a0016501 PMID: 19685960
18. Frisell T., Langstrom N., Lichtenstein P., Rahman Q. Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 315–324. - doi: 10.1017/S0033291709005996 PMID: 19460186
19. Lewis N.M. Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends and their relationship to place in North America and Europe // *Health Place.* 2009. Vol. 15. P. 1029–1045. - doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.003
20. Bostwick W.B., Boyd C.J., Huges T.L., McCabe S.E., West B.T. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // *Am J Public Health.* 2010. Vol. 100. P. 1946–1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
21. Heinz A.J., Mustanski B., Newcomb M.E. Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a longitudinal multilevel analysis // *J. Stud. Alcohol. Drugs.* 2012. Vol. 73. P. 783–793.
22. Duncan D.T., Hatzenbuehler M.L. Lesbian, Gay, bisexual and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston // *Am. J. Public. Health.* 2014. Vol. 104. P. 272–278. - doi: 10.2105/AJPH.2013.301424 PMID: 24328619
23. Liu R.T., Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual and transgender youth // *Am. J. Prev. Med.* 2012. Vol. 42. P. 221–228. - doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023 PMID: 22341158
24. D'Augelli A.R., Herschberger S.L., Pilkington N.W. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay and bisexual youths in high school // *School Psychol. Quart.* 2002. Vol. 17. P. 148–167.
2. Delourmel C. A transitory homosexual passion in the course of an analytic treatment // *Int J Psychoanal.* 2004. Vol. 85 (Pt 6). P. 1401-1421.
3. Saavedra J., Izazola-Licea J.A., Beyrer C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights // *J. Int. AIDS. Soc.* 2008 Dec 24. № 11. – P. 9. doi: 10.1186/1758-2652-11-9.
4. Barrientos-Delgado J., Cárdenas-Castro M., Gómez-Ojeda F. Socio-demographic characteristics, subjective well-being, and homophobia experienced by a sample of gay men from three cities in Chile // *Cad. Saude. Publica.* 2014. Jun. Vol. 30, № 6. P. 1259-1269.
5. Frost D.M., Lehavot K., Meyer I.H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals // *J. Behav. Med.* 2015. Feb. Vol. 38, № 1. P. 1-8. – doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.
6. Johnson A.M. et al. Sexual lifestyles and HIV risk // *Nature.* 1992. Dec. 3. Vol. 360, № 3. P. 410-412.
7. Tritt R.J. Attitudes of adults towards homosexuality and knowledge of sexually transmitted diseases: part one // *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2011. Vol. 57, № 2. P. 46-56.
8. Alessi E.J., Gyamerah A., Martin J.I., Meyer I.H. Prejudice-Related Events and Traumatic Stress Among Heterosexuals and Lesbians. *Gay Men and Bisexuals* // *J. Aggress. Maltreat. Trauma.* 2013. January 1. Vol. 22, № 5. P. 510–526.
9. Barnard A. Lesbians' constructions of depression // *Health Care Women Int.* 2009 May. Vol. 30, № 5. P. 373-89. doi: 10.1080/07399330902785141.
10. Sherkman G., Shmotkin D. Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults // *J. Homosex.* 2011. Vol. 58, № 1. P. 97-116. doi: 10.1080/00918369.2011.533630.
11. Almeida J., Azrael D., Corliss H.L., Johnson R.M., Molnar B.E. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation // *J. Youth Adolesc.* 2009. Vol. 38. P. 1001–1014. doi: 10.1007/s10964-009-9397-9
12. Bontempo D.E., D'Augelli A.R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay or bisexual youths' health risk behavior // *J. Adolesc. Health.* 2002. Vol. 30. P. 364–374.
13. Deisher R.W., Farrow J.A., Remafedi G. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth // *Pediatrics.* 1991. Jun. Vol. 87, № 6. P. 869-875.
14. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide // *JAMA.* 1999. Vol. 282. P. 1291–1292.
15. King et al. (1988). *Canada. Youth and AIDS Study.* Kingston, ON: Queen's University.
16. Brennan D.J., Dobinson C., Ross L.E., Steele L.S., Veldhuizen S. Men's sexual orientation and health in Canada // *Can. J. Public Health.* 2010. Vol. 101. P. 255–258.
17. Cochran S.D., Mays V.M. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey // *J. Abnorm. Psychol.* 2009. Vol. 118. P. 647–658. doi: 10.1037/a0016501 PMID: 19685960
18. Frisell T., Langstrom N., Lichtenstein P., Rahman Q. Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 315–324. - doi: 10.1017/S0033291709005996 PMID: 19460186
19. Lewis N.M. Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends and their relationship to place in North America and Europe // *Health Place.* 2009. Vol. 15. P. 1029–1045. - doi: 10.1016/j.healthplace.2009.05.003
20. Bostwick W.B., Boyd C.J., Huges T.L., McCabe S.E., West B.T. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // *Am J Public Health.* 2010. Vol. 100. P. 1946–1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
21. Heinz A.J., Mustanski B., Newcomb M.E. Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a longitudinal multilevel analysis // *J. Stud. Alcohol. Drugs.* 2012. Vol. 73. P. 783–793.
22. Duncan D.T., Hatzenbuehler M.L. Lesbian, Gay, bisexual and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston // *Am. J. Public. Health.* 2014. Vol. 104. P. 272–278. - doi: 10.2105/AJPH.2013.301424 PMID: 24328619
23. Liu R.T., Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual and transgender youth // *Am. J. Prev. Med.* 2012. Vol. 42. P. 221–228. - doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023 PMID: 22341158
24. D'Augelli A.R., Herschberger S.L., Pilkington N.W. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay and bisexual youths in high school // *School Psychol. Quart.* 2002. Vol. 17. P. 148–167.

25. Cochran S.D., Mays V.M. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // *Am. J. Public Health*. 2001. Vol. 91. P. 1869–1876.
26. Gwadz M., Hunter J., Maguen S., Rosario M., Smith R. The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian and bisexual youths: stipulation and exploration of a model // *Am. J. Community Psychol.* 2001. Vol. 29. P. 133–160.
27. Kashubeck-West S., Meyer J., Szymanski D.M. Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates and research directions // *Counseling Psychologist*. 2008a. Vol. 36. P. 525–574.
28. Dirkes J., Molina Y., Ramirez-Valles J. Stigma towards PLWHA: The Role of Internalized Homosexual Stigma in Latino Gay/Bisexual Male and Transgender Communities // *AIDS Educ Prev.* 2013. June. Vol. 25, № 3. P.179–189. - doi:10.1521/aeap.2013.25.3.179.
29. Gonsiorek J.C. Results of psychological testing on homosexual populations. In: *Homosexuality. Social, Psychological and Biological Issues.* (Eds: Paul, W.; Weinrich, J.D.; Gonsiorek, J.C.; Hotvedt, M.E.) Sage, Beverly Hills, California, 1982. P. 71–80.
30. Ross J.L. Challenging boundaries: An adolescent in a homosexual family // *J. of Family Psychology*. 1988. Vol. 2, № 2. P. 227–240.
31. Riess B.F. Psychological tests in homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal.* New York: Basic Books. 1980. P. 296–311.
32. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. № 2 (81). С. 78–87.
33. Klosko J., Young J., Weishaar M. *Schema therapy.* N.Y., London, 2003.
34. LGBT-Sexual Orientation: What is Sexual Orientation?" Archived 28 June 2014 at the Wayback Machine, the official web pages of APA. Accessed April 9, 2015.
35. Барабанов Р.Е. Методика «Психотест на определение гендерной идентификации и сексуальной ориентации» // *Молодой ученый*. 2011. Т. 2, № 6. С. 90–92.
36. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие. Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. 23 с.
37. Ерзин А.И., Семенова Т.С. В борьбе со стигмой. Психологическое благополучие гомосексуальных подростков: монография. М.: Biblio-Глобус, 2016. 144 с.
25. Cochran S.D., Mays V.M. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States // *Am. J. Public Health*. 2001. Vol. 91. P. 1869–1876.
26. Gwadz M., Hunter J., Maguen S., Rosario M., Smith R. The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian and bisexual youths: stipulation and exploration of a model // *Am. J. Community Psychol.* 2001. Vol. 29. P. 133–160.
27. Kashubeck-West S., Meyer J., Szymanski D.M. Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates and research directions // *Counseling Psychologist*. 2008a. Vol. 36. P. 525–574.
28. Dirkes J., Molina Y., Ramirez-Valles J. Stigma towards PLWHA: The Role of Internalized Homosexual Stigma in Latino Gay/Bisexual Male and Transgender Communities // *AIDS Educ Prev.* 2013. June. Vol. 25, № 3. P.179–189. - doi:10.1521/aeap.2013.25.3.179.
29. Gonsiorek J.C. Results of psychological testing on homosexual populations. In: *Homosexuality. Social, Psychological and Biological Issues.* (Eds: Paul, W.; Weinrich, J.D.; Gonsiorek, J.C.; Hotvedt, M.E.) Sage, Beverly Hills, California, 1982. P. 71–80.
30. Ross J.L. Challenging boundaries: An adolescent in a homosexual family // *J. of Family Psychology*. 1988. Vol. 2, № 2. P. 227–240.
31. Riess B.F. Psychological tests in homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior: A modern reappraisal.* New York: Basic Books. 1980. P. 296–311.
32. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. № 2 (81). С. 78–87.
33. Klosko J., Young J., Weishaar M. *Schema therapy.* N.Y., London, 2003.
34. LGBT-Sexual Orientation: What is Sexual Orientation?" Archived 28 June 2014 at the Wayback Machine, the official web pages of APA. Accessed April 9, 2015.
35. Barabanov R.E. Metodika «Psihotest na opredelenie gendernoj identifikacii i seksual'noj orientacii» // *Molodoy uchenyj*. 2011. T. 2, № 6. S. 90–92. (In Russ)
36. Hromov A.B. Pjatifaktornyj oprosnik lichnosti: Uchebno-metodicheskoe posobie. Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. universiteta, 2000. 23 s. (In Russ)
37. Erzsin A.I., Semenova T.S. V bor'be so stigmoj. Psihologicheskoe blagopoluchie gомосексуал'nyh podrostkov: monografija. M.: Biblio-Globus, 2016. 144 s. (In Russ)

PERSONALITY TRAITS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AS PREDICTORS OF SUICIDAL RISK IN ADOLESCENT HOMOSEXUALS

A.I. Erzsin, T.S. Semenova, E.Y. Antokhin

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia
Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1, Orenburg, Russia

Abstract: Because of stigmatization and social discrimination against the queer identity of individuals in many modern cultures, adolescents with homosexuality are particularly at risk of high suicide risk. The negative influence of social attitudes interacts with personal traits and cognitive schemes that can both exacerbate the effects of stress and perform protective functions. The purpose of the study is to analyze the impact of personality traits and early maladaptive regimens on suicidal risk in adolescent homosexuals. Materials and methods. 100 adolescents (M=14±2,1) were examined who matched at least one of the three criteria for homosexuality (homosexual attraction, identity, sex with persons of the same sex). We used a questionnaire of suicidal risk by T.N. Razuvaeva, Five Factor Personality Test and YSQ-S3R. Results. The structure of suicidal risk among such adolescents is characterized with high affectivity and social pessimism. The personality portrait of a teenage homosexual includes following predominant features: introversion, emotional instability, expressiveness, low self-control, affection. The leading cognitive schemes are the schemes "Abandonment / Instability", "Punitiveness", "Negativism / Pessimism", "Entitlement / Grandiosity". The analysis showed that the greatest impact on suicide risk is exerted by high neuroticism (0,87; p<0,01) and the schemes "Defectiveness / Shame" (0,51; p<0,01) and "Self-sacrifice" (0,41; p<0,01). Conclusions. The obtained data confirmed high susceptibility to suicidal moods among adolescents with homosexuality. The study also revealed vulnerabilities within the personality of a teenage homosexual that can be used as targets of psychotherapy.

Key words: suicide, homosexuality, LGBT, personality traits, adolescents

Финансирование: Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта (грантовое соглашение № 16-36-01050).

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 616.62

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

С.В. Кулакова, Н.А. Цветкова

ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний России», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Кулакова Светлана Владимировна (SPIN-код: 4732-1210, ORCID iD: 0000-0001-8688-2021, Researcher ID: U-9857-2017). Место работы и должность: старший научный сотрудник Центра изучения проблем управления и организации исполнения наказаний в УИС ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России». Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14). Телефон: (915) 398-99-20, электронный адрес: svetlanapinup@mail.ru

Цветкова Надежда Александровна – доктор психологических наук, доцент (SPIN-код: 1681-2189, ORCID iD: 0000-0003-0967, Researcher ID: V-1958-2017). Место работы и должность: профессор кафедры социальной, общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет». Адрес: 129226, г. Москва, ул. В. Пика, д. 4; ведущий научный сотрудник Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России». Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14. Телефон: (916) 106-80-64, электронный адрес: TsvetkovaNA@yandex.ru

В статье рассматривается проблема суицида среди сотрудников уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, которые в силу своих служебных обязанностей находятся в ситуации повышенного суицидального риска, что создаёт объективную потребность в углублённом изучении этого явления. Целью проведённого анализа явилось определение специфических особенностей и выделение основных детерминант суицидов сотрудников уголовно-исполнительной системы с последующей разработкой рекомендаций по оптимизации общей и частной профилактики их самоубийств. Материалом послужили: 1) ведомственная статистика; 2) сведения из информационных карточек по форме Сцд (специальная форма, заполняемая в случае суицида или попытки его совершить); 3) заключения по результатам служебных проверок по фактам суицида; 4) материалы инспекторских и контрольных проверок. В процессе составления обзора были проанализированы числовые, интервальные, номинальные и ранговые данные сотрудников, совершивших суициды в период службы. Результатами данной работы стали: обобщённая социальная характеристика сотрудника уголовно-исполнительной системы, совершившего суицид; выделение типичных ошибок в профилактике и предотвращении самоубийств, выявленные в деятельности отдельных служб; мероприятия, реализация которых позволит сократить ежегодные потери сотрудников. В частности, отмечается, что за 5 лет (2012-2016 гг.) количество самоубийств среди сотрудников уголовно-исполнительной системы составило: в 2012 г. – 45, в 2013 г. – 23, в 2014 г. – 23, в 2015 г. – 25, в 2016 г. – 23, а уровень суицидов в 2016 г. в расчете на 1000 человек составил 0,12. Представлен обобщённый портрет сотрудника уголовно-исполнительной системы, совершившего суицид в 2016 г. – это мужчина около 34 лет, с большей долей вероятности служащий в отделе безопасности, возможно, имеющий более высокое образование, чем предусмотрено занимаемой должностью, со стажем службы около 8 лет, стажем в должности более трёх лет, состоящий в браке, имеющий детей, в целом положительно характеризующийся по службе, не имеющий взысканий, неконфликтный, организованный, дисциплинированный, не состоящий в группе риска, не обращающийся по своей инициативе за помощью к психологу, имеющий семейные проблемы, но не склонный их обсуждать с другими людьми; внешне спокойный, совершивший весенним утром суицид через повешение. Обращается внимание на то, что, хотя и позитивная, но неустойчивая динамика самоубийств сотрудников уголовно-исполнительной системы требует усиления превентивно-профилактической работы кадровых и психологических служб (из 23 суицидентов в 2016 г. на учёте у психологов состоял только 1 сотрудник с низким уровнем стрессоустойчивости, а все случаи самоубийств описаны в анализируемых документах как трудно прогнозируемые, причём 6 из них – как совершённые при невыясненных обстоятельствах). Сделан вывод о возможности дальнейшего снижения числа самоубийств среди сотрудников уголовно-исполнительной системы посредством мер общей и частной профилактики, предложенных авторами данного обзора.

Ключевые слова: уголовно-исполнительная система, сотрудники, проблема суицида, причины суицида, профилактика суицида сотрудников

Суицидальное поведение различных групп российского населения [1-4], в том числе сотрудников уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), по-прежнему остается актуаль-

ной проблемой [5-8]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), самоубийства занимают одно из первых мест в рейтинге причин смертности, уступая сердеч-

но-сосудистым, онкологическим заболеваниям и травматизму. Исходя из современных теорий, самоубийство рассматривается как результат социально-психологической дезадаптации личности и переживаемых конфликтов [2, 9]. В рамках этой концептуальной модели суицид представляет собой один из крайних вариантов поведения человека в кризисной ситуации [2, 9-11]. С учётом стрессогенности служебной деятельности сотрудники УИС находятся в ситуации повышенного суицидального риска [6].

Суициды среди сотрудников уголовно-исполнительной системы не только российская проблема. Так, в 2013 году Диагностический центр при Минюсте США опубликовал данные, показывающие, что сотрудники тюрем совершают самоубийства в два раза чаще, чем офицеры полиции. При этом 94% американских силовиков-самоубийц используют табельное оружие. В том же году американский психолог Катерина Спинарис – инициатор проекта «Desert Waters» отметила, что треть (31%) работников тюрем проявляют симптомы клинической депрессии или посттравматического стрессового расстройства, а 17% имеют признаки обоих заболеваний. По оценке С. Стака и О. Цудис из Университета Уэйна в Детройте, риск суицида у тюремных надзирателей на 39% выше, чем у представителей других профессий [12, 13].

Приведенные выше данные указывают на объективную потребность в углубленном изучении и анализе суицидального поведения сотрудников УИС.

Цель исследования: выделить специфические особенности и основные детерминанты суицидального поведения сотрудников уголовно-исполнительной системы с последующей разработкой рекомендаций по оптимизации общей и частной профилактики их самоубийств.

Материалы и методы.

Аналізу были подвергнуты следующие ведомственные документы: 1) ведомственная

статистика [14]; 2) сведения из информационных карточек по форме Сцд [15]; 3) заключения по результатам служебных проверок по фактам суицида [16]; 4) материалы инспекторских и контрольных проверок.

Анализировались числовые, интервальные, номинальные и ранговые данные сотрудников УИС.

Результаты и их обсуждение:

По данным ведомственной статистической формы ПС-1 [14], количество суицидов среди сотрудников УИС за истекшие 5 лет составило: в 2012 г. – 45, в 2013 г. – 23, в 2014 г. – 23, в 2015 г. – 25, в 2016 г. – 23 случая (рис. 1).

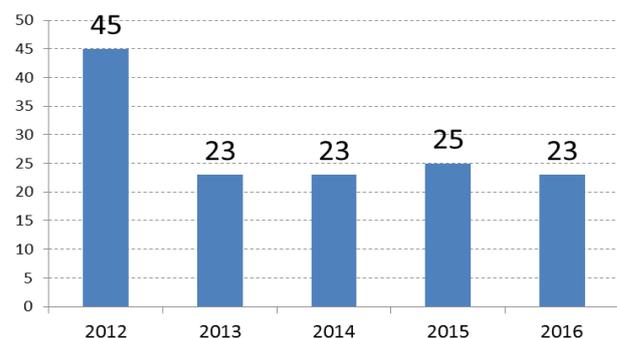


Рис. 1. Динамика суицидов среди сотрудников уголовно-исполнительной системы за период 2012-2016 гг.

Рисунок 1 демонстрирует резкое снижение числа суицидов в 2013 году (на 45%, что в расчёте на 1000 сотрудников означает снижение уровня самоубийств с 0,18 до 0,12), и стабилизацию ситуации в последующие годы.

Анализ материалов расследований по фактам суицида показал, что во многих случаях они оказались неожиданными для окружающих (табл. 1).

Анализ состояния проблемы суицида среди сотрудников УИС в 2016 г. показал, что ими совершено 23 суицида (в расчёте на 1000 человек – 0,12).

Таблица 1

Общие сведения о сотрудниках уголовно-исполнительной системы, совершивших суицид в 2012, 2013 и 2016 гг.

Год	Положительно характеризовались по службе		Не обращались за психологической помощью		Не состояли на учёте психолога подразделения		Имели семью		Имели внешне нормальные бытовые условия	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2016	21	91,3	21	91,3	22	95,7	17	73,9	20	86,9
2013	21	91,3	18	87,2	15	65,2	19	82,6	21	91,3
2012	42	93,3	38	84,4	38	84,4	39	86,6	40	88,8

Примечание: в таблице отсутствуют сведения за 2014-2015 гг., когда резкое снижение количества суицидов сотрудников УИС в 2013 году с 45 до 23 случаев (на 45%) без последующего роста позволило ограничиться лишь сбором обобщенных данных.

Из них на учёте у психологов состоял лишь один сотрудник по категории учёта «группа психологического учёта – 1-А» (низкая стрессоустойчивость), что составило 4,3%.

В большинстве случаев самоубийства расценивались как трудно прогнозируемые; 6 из них, как совершённые при невыясненных обстоятельствах. Однако более детальное изучение обстоятельств, предшествующих суициду, позволяет сделать вывод о том, что в большинстве случаев самоубийства сотрудников УИС были обусловлены совокупностью факторов: а) семейные конфликты, в том числе усиленные злоупотреблением алкоголем в быту; б) специфика профессиональной деятельности; в) материальные проблемы, финансовые задолженности и кредитные обязательства; г) приём на службу сотрудников с психологическими противопоказаниями, в том числе наличие в их анамнезе суицидов среди близких родственников; д) недочёты в кадровой, воспитательной, психологической и другой работе с сотрудниками.

Анализ информационных карточек по форме Сид позволил выявить следующие социально-демографические характеристики сотрудников, имеющие значение для оптимизации последующей профилактической работы в этой системе:

1. *Пол.* Мужчины – 21 (91,3%); женщины – 2 (8,7%). Очевидно, что проблема суицидов более актуальна для сотрудников УИС мужского пола.

2. *Возраст.* Средний возраст сотрудников, совершивших суицид: мужчины – 34 года, женщины – 39 лет. Таким образом, суициды в большинстве случаев совершаются сотрудниками среднего возраста.

3. *Образование.* Высшее – 9 (39,1%); среднее – 5 (21,7%); начальное профессиональное – 4 (17,4%); среднее специальное – 2 (8,7%); среднее профессиональное – 2 (8,7%); незаконченное высшее (5 курс) – 1 (4,4%). Таким образом, суициды более характерны для сотрудников с высшим образованием.

4. *Звание.* Младший начальствующий состав – 14 (60,9%); старший начальствующий состав – 5 (21,7%); средний начальствующий состав – 4 (17,4%). Приведенные цифры отражают тот факт, что суициды чаще совершаются сотрудниками младшего начальствующего состава.

5. *Занимаемая должность.* Младший инспектор отдела безопасности – 9 (39,1%); младший инспектор отдела охраны – 5 (21,7%); оперуполномоченный – 2 (8,7%); начальник

караула – 1 (4,4%); начальник отряда – 1 (4,4%); заместитель начальника колонии – 1 (4,4%); заместитель начальника, начальник центра трудовой адаптации – 1 (4,4%); заместитель начальника ЖКО ФКУ «Управление по конвоированию» – 1 (4,4%); начальник филиала ФКУ УИИ – 1 (4,4%); начальник ФКУ ИК – 1 (4,4%). Получается, что суициды более характерны для сотрудников отдела безопасности, которые, исходя из специфики труда, постоянно взаимодействуют с осуждёнными.

6. *Срок службы в УИС.* Средний стаж – 8 лет (то есть суициды чаще совершались в середине служебной карьеры сотрудника).

7. *Срок службы в занимаемой должности.* Средний срок службы – 3,5 года, соответственно большинство самоубийств произошли после завершения процесса адаптации в новой должности.

8. *Семейное положение сотрудников.* Имели детей – 17 (73,9%); состояли в браке – 13 (56,5%); не состояли в браке – 4 (17,4%); были разведены, но проживали с бывшими супругами, – 2 (8,7%); жили в гражданском браке – 2 (8,7%); находились в разводе – 1 (4,35%); вдовствовали – 1 (4,35%). Очевиден вывод, что наличие семьи и детей не стало для них значимым антисуицидальным фактором.

9. *Обеспеченность жильём, бытовое устройство.* Имели собственное жильё – 12 человек (52,2%); проживали в жильё родственников – 7 (30,4%); имели кредитные обязательства по недвижимости – 3 (13%); проживали в жильё, где шел ремонт – 1 (4,35%).

10. *Заключение ЦПД при приёме на службу.* Рекомендованы – 14 человек (60,9%); условно рекомендованы – 5 (21,7%); в представленных документах нет выводов заключения ЦПД – 4 (17,4%). Эти цифры свидетельствуют о низкой прогностической ценности проведенных при приёме на службу диагностических мероприятий.

11. *Отношение к служебным обязанностям.* Характеризовались по службе положительно – 21 человек (91,3%), удовлетворительно – 2 (8,7%). Этот показатель означает, что сотрудник, положительно характеризующийся по службе, не обязательно благополучен в плане риска суицида.

12. *Отношения с сотрудниками (статус в коллективе), типичные способы разрешения конфликтных ситуаций.* Характеризовались как неконфликтные – 14 человек (60,9%); имели ограниченный круг друзей – 3 (13,1%); имели удовлетворительные взаимоотношения в коллективе – 3 (13,1%); поддерживали добро-

желательные взаимоотношения – 3 (13,1%). Очевидно, что сотрудники УИС, совершившие суициды в 2016 г., отличались бесконфликтным стилем поведения.

13. *Личная организованность, дисциплинированность.* Организованные и дисциплинированные – 21 человек (91,3%); имели взыскания – 2 (8,7%). Вероятно, что организованность и дисциплинированность в характере сотрудника УИС при определённых обстоятельствах могут рассматриваться как предрасполагающие к суициду факторы.

14. *Принадлежность к группе учёта у психолога.* Не состояли на учёте у психолога – 22 человека (95,7%); состоял на учёте у психолога – 1 (4,3%). Получается, что профилактическая работа, проводимая психологами с сотрудниками УИС, совершившими суицид в 2016 г., оказалась неэффективной.

15. *Наличие психотравмирующих событий (факторов).* Семейные проблемы, в ряде случаев отягощённые материальными проблемами и алкоголем – 10 человек (43,5%); психотравмирующие события (факторы) не выявлены – 7 (30,4%); финансовая задолженность по кредитным обязательствам – 3 (13,1%); следственные действия в отношении сотрудника – 1 (4,4%); наличие административного правонарушения – 1 (4,4%); психотравмирующие события (факторы) выявлены после совершения суицида – 1 (4,4%), а также установлено, что среди родственников этого сотрудника есть два суицида, один из которых совершен тем же способом.

Судя по представленным выше фактам, семейные проблемы являются наиболее частым потенцирующим фактором. Это значит, что кадровые и психологические службы этой системы должны быть осведомлены и о семейной ситуации сотрудников, и готовы применить превентивные меры.

16. *Преобладающие психические состояния.* Внешнее спокойствие – 9 человек (39,1%); позитивное настроение – 7 (30,4%); эмоциональная неустойчивость – 5 (21,7%); состояние не определено – 2 (8,7%). По данному параметру наблюдается следующий парадокс: за внешним спокойствием и даже позитивным настроением сотрудников, совершивших самоубийство, скрывалось стремление расстаться с жизнью, а значит, динамическое наблюдение и аудиовизуальная психодиагностика, применяемые в работе с кадрами УИС, оказались неэффективны.

Суицидальное поведение.

Суициды были совершены следующими способами: а) повешение – 15 человек (65,2%); б) огнестрельное ранение – 6 (26,1%), из них из

табельного оружия – 1 (4,4%); в) отравление угарным газом – 1 (4,4%); г) множественные ножевые ранения – 1 (4,4%).

Среди способов суицида во многих регионах РФ доминирует самоповешение – более 80%, тогда как самострел – 1-4% [17-19]. Как можно отметить, полученные нами данные, в целом отражают общую тенденцию высокой доли самоповешений. В то же время большой процент суицидов с применением огнестрельного оружия (26,1%) может быть объяснён, прежде всего, 100% допуском к огнестрельному оружию аттестованных сотрудников УИС, а также «облегчённым» доступом к приобретению неслужебного оружия («фактор доступности»).

Интересно, что имея доступ к оружию, при несении службы в составе сводных отрядов, осуществляющих охрану и конвоирование, или дежурной смены в исправительном учреждении, а также в ходе плановых стрельб (до трёх раз в течение каждого календарного месяца службы), практически каждый из сотрудников мог использовать его в качестве средства суицида. Однако самострел из табельного оружия (то есть на рабочем месте во время несения службы) был совершён лишь одним сотрудником. Остальные 5 – из неслужебного огнестрельного оружия и в неслужебное время.

Место совершения суицида: 1) по месту жительства – 22 человека; 2) на работе – 1. Эти данные согласуются с результатами анализа выбранных способов суицида. Во-первых, они подтверждают важность семейно-бытовых факторов, ссор и затянувшихся конфликтов с родственниками (об этом свидетельствуют и данные служебных проверок) в генезе суицидального поведения. Во-вторых, указывает на то, что характер служебной деятельности суицидентов в целом исключал уединение – основную часть времени они проводили либо в служебном коллективе, либо среди осуждённых, подозреваемых и обвиняемых.

Распределение совершения суицидов по месяцам: май – 4 человека (17,4%); январь – 3 (13,4%); сентябрь – 3 (13,4%); февраль – 2 (8,7%); июнь – 2 (8,7%); август – 2 (8,7%); октябрь – 2 (8,7%); декабрь – 2 (8,7%); март – 1 (4,4%); апрель – 1 (4,4%); июль – 1 (4,4%).

Распределение совершённых суицидов по времени суток: утро – 8 человек (34,8%); день – 7 (30,4%); ночь – 5 (21,7%); вечер – 3 (13,1%). Таким образом, большая часть суицидов была совершена утром и днём. Этот факт объясняется тем, что большинство суицидентов (n=15; 65,2%) работали по сменному графику и могли оставаться дома в одиночестве

после дежурства в утренние и дневные часы, чем и воспользовались, когда жизненная ситуация стала для них невыносимой.

Полученные нами хронобиологические показатели несколько различаются с данными других отечественных исследователей, согласно которым независимо от пола наблюдался весенне-летний пик суицидальной активности, а завершённые суициды чаще случались в воскресенье и понедельник с 10⁰⁰ до 13⁰⁰ [3]. У сотрудников УИС в целом некоторое преимущество имел осенне-зимний период, хотя по времени суток можно отметить совпадение результатов. Объяснение этих результатов, вероятно, требуют более детальных исследований.

В результате аналитической работы с информационными карточками по форме Сдд был составлен *обобщенный портрет сотрудника УИС, совершившего суицид в 2016 году*. Это мужчина, в возрасте около 34 лет, с большей долей вероятности служащий в отделе безопасности, возможно, имеющий более высокое образование, чем предусмотрено занимаемой должностью, со стажем службы около восьми лет, стажем работы в должности более трёх лет, состоящий в браке, имеющий детей, в целом положительно характеризующийся по службе, не имеющий взысканий, неконфликтный, организованный, дисциплинированный, не состоящий в группе риска, не обращающийся по своей инициативе за помощью к психологу, имеющий семейные проблемы, но не склонный их обсуждать с другими людьми; внешне спокойный, совершивший весенним утром суицид через повешение.

Стоит признать, что суицид сотрудника УИС – это важный показатель недочетов в работе в территориальном органе и учреждении.

Подобные ситуации проявляют и все недочеты в работе психологов с сотрудниками УИС: 1) поверхностный сбор анамнеза; 2) игнорирование факторов группы риска; 3) пренебрежение информацией о проблемах сотрудника; 4) игнорирование психологических мероприятий сотрудником, обусловленное нахождением их на вышестоящей должности; 5) отсутствие последовательной индивидуальной работы психолога с сотрудником, несмотря на его инициативное обращение за психологической помощью; 6) формальный характер проводимой с сотрудником психопрофилактической работы.

Всё вместе взятое означает, что к трагедиям в 2016 г. привели, в том числе, и такие «косвенные» недочеты в работе кадровых и психологических служб как: приём на службу сотрудника с противопоказаниями, равноду-

шие и невнимательность коллег, сотрудников кадровой, психологической службы и руководителей.

Учитывая динамику суицидов среди сотрудников УИС, совокупность их наиболее частых признаков суицидального поведения и современные тенденции в решении проблемы суицидологической превенции [4, 7, 11], возможно обусловить повышение эффективности профилактики данного явления в уголовно - исполнительной системе, например, разработать систему мер как общей, так и частной профилактики самоубийств. Это важно уже потому, что в результате суицидов УИС ежегодно теряет квалифицированных сотрудников, опытных и положительно характеризующихся по службе.

На наш взгляд, эффективность превенции суицидов среди сотрудников УИС также могут повысить мероприятия:

1) *организационно-управленческого характера*: а) декларация и практическое воплощение ценности жизни и здоровья сотрудников ФСИН России, признание важности укрепления их психического благополучия и разработка перечня ежегодных мероприятий в этом направлении кадровой работы; б) организация мероприятий, нацеленных на повышение суицидологической компетентности всех сотрудников конкретного учреждения УИС, включая руководство учреждения, в частности, проведение специальных ежегодных занятий «Суицидальное поведение и его профилактика»; в) повышение уровня психологической компетентности сотрудников всех отделов и служб путём проведения систематических занятий по психопрофилактике суицидального поведения в рамках служебной подготовки; г) внедрение форм и методов оптимизации взаимодействия между психологом и начальниками отделов и служб, в части, касающейся выявления признаков суицидального поведения, а также необходимости оказания психологической помощи отдельным сотрудникам; д) усиленный контроль кадровой и психологической профилактической работы в территориальных органах в целом и конкретных учреждениях УИС, где в течение последних трех лет произошли суициды сотрудников;

2) *мероприятия организационно - методического характера на уровне деятельности психологов УИС*: а) регулярное повышение квалификации психологов УИС по вопросам суицидального поведения, способам и методам его профилактики; б) своевременная психологическая диагностика сотрудников и оперативное реагирование на их запросы об оказании

психологической помощи; в) выстраивание оптимальной стратегии психологического сопровождения сотрудников, поставленных на учёт; г) в случае необходимости или недостаточных знаний психолога направление сотрудника к узко профильному специалисту (например, психотерапевту, занимающемуся зависимостями, и др.); д) обязательное документальное отражение передачи информации о признаках суицидального поведения сотрудника руководителю подразделения; е) инструктирование сотрудников и руководства о признаках суицидального поведения отдельных сотрудников, находящихся в трудной жизненной ситуации, для согласования действий, нацеленных на оказание им социальной поддержки и психологической помощи; ж) обязательное проведение индивидуальных консультаций по результатам психодиагностики и при этом смещение акцента с диагностических мероприя-

тий на проведение индивидуальной психологической работы с сотрудниками; з) повышение прогностического и коррекционно - профилактического уровня диагностических мероприятий, в то числе за счёт использования проективных методик психологической диагностики;

3) *мероприятия социально - психологического характера*: а) всемерная поддержка позитивного имиджа психолога УИС в целях увеличения количества сотрудников, обращающихся к ним за профессиональной психологической помощью, оказавшись в трудной жизненной ситуации; б) изучение социально-психологического климата в учреждениях УИС, своевременное вмешательство в деструктивные процессы, происходящие в коллективах подразделений (конфликты, слухи, сплетни), принятие мер по разрешению различного рода конфликтов и оказание медиативной психологической помощи их участникам.

Литература:

1. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Суициды: социо-экономическое бремя в России [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.09.2017).
2. Мамченко А.М., Цветкова Н.А. Научно-теоретические предпосылки социально-психологической профилактики суицида у подследственных, находящихся в СИЗО // Ученые записки РГСУ. 2016. Том 15, № 2. С.71-79.
3. Зыков В.В., Шешунов И.В., Мальцев И.А. Хронологические факторы риска самоубийств в Кировской области // Суицидология. 2016. Т. 7 № 4 (25) С. 54-55.
4. Харитонов С.В. Включение родственников суицидентов в мониторинг и профилактику самоповреждений // Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России»: Тезисы конф. 13-15 сент. 2012 г., г. Казань / Под ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. СПб: Печатный элемент, 2012. С. 333-336.
5. Казберов П.Н. Проявления суицидов среди личного состава // Преступление и наказание. 2013. № 8. С. 6-7.
6. Казберов П.Н., Кулакова С.В., Фадеева К.Ф. О последствиях экстремальных условий деятельности для сотрудников силовых структур // Научно-исследовательские публикации. 2014. № 12 (16). С. 36-41.
7. Психологическая профилактика суицидального поведения сотрудников уголовно-исполнительной системы: методическое пособие / Фадеева К.Ф., Кулакова С.В., Федорова Е.М., Мешкова Л.В., Чурилова И.А. М.: ФКУ НИИ ФСИН России, 2014. 75 с.
8. Сербо Е.А. Психологические детерминанты суицидальных намерений сотрудников уголовно-исполнительной системы // Вестник Барнаульского юридического института МВД России. 2017. № 1 (32). С. 98-100.
9. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 91-102.
10. Цветкова Н.А., Колесникова Н.Е. Интервенция, поственция и превенция суицидальных состояний у взрослых. – Псков: ПУИ ФСИН России, 2011. 116 с.
11. Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М.: НИИ психиатрии, 1984. С. 8-26.
12. <https://zona.media/number/2016/20/06/fsin-suicides>

References:

1. Ljubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Suicidy: socio-economic burden in Russia [Elektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurnal. 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhe-nija: 20.09.2017). (In Russ)
2. Mamchenko A.M., Cvetkova N.A. Nauchno-teoreticheskie predposylki social'no-psihologicheskoy profilaktiki suicida u podsledstvennyh, nahodjashihhsja v SIZO // Uchenye zapiski RGSU. 2016. Tom 15, № 2. S.71-79. (In Russ)
3. Zykov V.V., Sheshunov I.V., Maltsev A.E. Chronological risk factors of suicides in the Kirov region // Suicidology. 2016. V. 7 № 4 (25) P. 54-55. (In Russ)
4. Haritonov S.V. Vkljuchenie rodstvannikov suidentov v monitoring i profilaktiku samopovrezhdenij // Vseros. nauch.-praktich. konf. s mezhdunar. uchastiem «Psihicheskoe zdorov'e naselenija kak osnova nacional'noj bezopasnosti Rossii»: Tezisy konf. 13-15 sent. 2012 g., g. Kazan' / Pod red. N.G. Neznanova, K.K. Jahina. SPb: Pechatnyj jelement, 2012. S. 333-336. (In Russ)
5. Kazberov P.N. Projavlenija suicidov sredi lichnogo sostava // Prestuplenie i nakazanie. 2013. № 8. S. 6-7. (In Russ)
6. Kazberov P.N., Kulakova S.V., Fadeeva K.F. O posledstvijah jekstremal'nyh uslovij dejatel'nosti dlja sotrudnikov silovyh struktur // Nauchno-issledovatel'skie publikacii. 2014. № 12 (16). S. 36-41. (In Russ)
7. Psihologicheskaja profilaktika suicidal'nogo povedenija sotrudnikov ugo-lovno-ispolnitel'noj sistemy: metodicheskoe posobie / Fadeeva K.F., Kula-kova S.V., Fedorova E.M., Meshkova L.V., Churilova I.A. M.: FKU NII FSIN Rossii, 2014. 75 s. (In Russ)
8. Serbo E.A. Psihologicheskie determinanty suicidal'nyh namerenij sotrudnikov ugovolno-ispolnitel'noj sistemy // Vestnik Barnaul'skogo juridicheskogo instituta MVD Rossii. 2017. № 1 (32). S. 98-100. (In Russ)
9. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A., Bergel'son L.L. Social'no-psihologicheskaja dezadaptacija lichnosti i profilaktika suicida // Voprosy psihologii. 1981. № 4. S. 91-102. (In Russ)
10. Cvetkova N.A., Kolesnikova N.E. Intervencija, postvencija i prevencija sui-cidal'nyh sostojanij u vzroslyh. – Pskov: PUJ FSIN Rossii, 2011. 116 s. (In Russ)
11. Ambrumova A.G. Teoretiko-metodologicheskie i organizacionnye proble-my suicidologicheskoy prevencii // Problemy profilaktiki i reabilitacii v suicidologii. – M.: NII psichiatrii, 1984. S. 8-26. (In Russ)
12. <https://zona.media/number/2016/20/06/fsin-suicides> (In Russ)

13. <http://antipytki.ru/2016/06/21/2-1-sootnoshenie-chisla-samoubijstv-sredi-zaklyuchennyh-i-sotrudnikov-ugolovno-ispolnitelnoj-sistemy-v-2015-godu/>
14. Приказ Минюста России от 03.05.2007 года № 86 Приложение № 1 Форма ПС-1 полугодовая «Отчет о результатах деятельности психологической службы уголовно - исполнительной системы за второе полугодие 2016 г.».
15. Указание ГУИН Минюста России от 05 июня 2002 г. № 18/53-66 Приложение № 1 «Информационная карточка (форма Сцд)».
16. Приказ Федеральной службы исполнения наказаний от 12 апреля 2012 г. № 198 «Об утверждении Инструкции об организации и проведении служебных проверок в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы» Приложение № 2 «Заключение о результатах служебной проверки».
17. Боев О.И., Василенко А.О., Швыдка С.В. Опыт работы суицидологической службы Ставропольского края. Результаты, уроки, перспективы // Тюменский медицинский журнал. 2015. Том 17, № 4. С. 17-21.
18. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
19. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико - эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области // Суицидология. 2015. Том 6, № 4. С. 66-72.
13. <http://antipytki.ru/2016/06/21/2-1-sootnoshenie-chisla-samoubijstv-sredi-zaklyuchennyh-i-sotrudnikov-ugolovno-ispolnitelnoj-sistemy-v-2015-godu/> (In Russ)
14. Prikaz Minjusta Rossii ot 03.05.2007 goda № 86 Prilozhenie № 1 Forma PS-1 polugodovaja «Otchet o rezul'tatah dejatel'nosti psihologicheskoy sluzhby ugolovno-ispolnitel'noj sistemy za vtoroje polugodie 2016 g.». (In Russ)
15. Ukazanie GUIN Minjusta Rossii ot 05 ijunja 2002 g. № 18/53-66 Prilozhenie № 1 «Informacionnaja kartochka (forma Scd)». (In Russ)
16. Prikaz Federal'noj sluzhby ispolnenija nakazanij ot 12 aprelja 2012 g. № 198 «Ob utverzhdenii Instrukcii ob organizacii i provedenii sluzhebnyh proverok v uchrezhdenijah i organah ugolovno-ispolnitel'noj sistemy» Prilozhenie № 2 «Zakljuchenie o rezul'tatah sluzhebnoj proverki». (In Russ)
17. Boev O.I., Vasilenko O.A., Shvydkaya S.V. The experience of suicide prevention service of the Stavropol territory. The results, lessons, prospects // Tyumen Medical Journal. 2015. Vol. 17, № 4. P. 17-21. (In Russ)
18. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012 // Suicidology. 2013. Vol. 4, № 1. P. 54-61. (In Russ)
19. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region // Suicidology. 2015. Vol. 6, № 4. P. 66-72. (In Russ)

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG CRIMINAL EXECUTIVE SYSTEM PERSONNEL AS AN ACTUAL PROBLEM

S.V. Kulakova¹, N.A. Tsvetkova^{2,3}

¹Scientific-Research Institute Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russia

²Russian state social University, Moscow, Russia

³Scientific Research Institute of the Federal Service for the Execution of Punishments, Moscow, Russia

Abstract:

The article reviews the suicide problem among personnel of criminal executive system of Russian Federation who are prone to increased suicide risk due to their job responsibilities. The problem in question indicates an objective need to study the phenomena at a deeper level. The aim of the analysis is to define specific particularities and indicate main determinants of suicide committed by criminal executive system employees and to further develop recommendations on optimizing general and private prevention of their suicides. Materials and methods: The study employed the following materials: 1) departmental statistics; 2) information from special cards that are filled in in case of suicide or attempted suicide; 3) conclusion on results of service checks run after suicide; 4) inspection and control checks materials. While working on the review digital, interval, nominal and rank data was analyzed on the personnel who committed suicide during their service time. The results of the work are the following: generalized social characteristics of a criminal executive system employee who committed suicide; identifying common typical mistakes in suicide prevention in certain departments activity; measures that would allow to reduce the number of employees lost to suicide annually. For example, it is stated that in the last 5 years (2012-2016) the number of suicides among criminal executive system employees have reached: 45 case in 2012, 23 cases in 2013, 23 case in 2014, 25 cases in 2015, and in 2016 it counted 0,12 for every 1000 people. A generalized portrait of a criminal executive system employee who committed suicide in 2016 is drawn – it is a man of 34 years of age, most probably involved with security department, somewhat overeducated for his position, employed for about 8 years in the field and about 3 years in the position, married, having children, positively characterized in the job, without penalties, non-conflict, organized, not in a risk group, not seeking psychological help, having family issues who he is not inclined to discuss with others, seeming calm and committing suicide on a spring morning by hanging. The attention is drawn to the fact that though the suicide dynamics among criminal executive system employees is positive, it is still unstable and demands strengthening of preventive measure by HR and psychological departments (of 23 suicide committers in 2016 only 1 employee regularly received psychological help because of his low stress resistance, and all other suicide cases were described as difficult to predict with 6 of them being committed under unclear circumstances. The conclusion is made that there is a possibility to decrease further the number of suicides among criminal executive system personnel through measures of general and individual prevention that the authors of the review propose.

Key words: criminal executive system, personnel, employees, reasons for suicide, suicide prevention for employees

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

УДК: 616.89-008

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ: ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ОТДЕЛЕНИЯ ТОКСИКОЛОГИИ

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, А.Б. Приленский, М.С. Хохлов, О.В. Юшкова, К.В. Коровин

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899, ORCID iD: 0000-0002-1826-486X, Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510

Родяшин Евгений Владимирович – врач-психиатр (ORCID iD: 0000-0003-4168-0906, Researcher ID: V-8653-2017). Место работы и должность: главный врач ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19.

Приленский Александр Борисович – врач-психиатр (ORCID iD: 0000-0003-1351-5890, Researcher ID: W-2770-2017). Место работы и должность: врач-психиатр отделения токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Котовского, д. 54.

Хохлов Максим Сергеевич – врач-психиатр-нарколог (SPIN-код: 5581-1156, ORCID iD: 0000-0002-9559-7086, Researcher ID: V-6936-2017). Место работы и должность: руководитель организационно-методической и консультативной службы ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: Россия, 625003, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 11. Телефон: (3452) 46-46-78

Юшкова Оксана Викторовна – врач-психиатр-нарколог отделения неотложной наркологической помощи. Место работы и должность: врач-нарколог ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: Россия, 625017, г. Тюмень, ул. Новая, д. 2, стр. 2. Телефон: (3452) 34-18-80

Коровин Константин Владимирович – доцент (SPIN-код: 1620-0915). Место работы: ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 28-30-27

Попытки отравления являются наиболее распространенным способом покушений на суицид. Комплексная оценка данной категории суицидентов является важной задачей с целью разработки эффективных мер профилактики. Цель исследования: анализ основных характеристик контингента лиц, совершивших попытку преднамеренного отравления, и госпитализированных в отделение токсикологии. Материал и методы: использованы данные о 1460 пациентах, госпитализированных в отделение токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница» (Тюмень). В том числе 187 человек с попыткой преднамеренного отравления, 1273 – случайные отравления. Мужчины – 27,5%, женщины – 72,5%. Возраст – от 2 лет до 91 года. Так же приводятся статистические показатели Суицидологического регистра ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» о суицидальных попытках в регионе. Результаты. Показано, что преднамеренные попытки отравления составляют в Тюменской области основной контингент среди покушений на суицид (48,7%). Каждый третий из них (37,1%) в связи с тяжестью состояния госпитализируется и получает специализированную и/или высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях отделения токсикологии. Лица с преднамеренными отравлениями значительно отличаются по ряду основных характеристик от других пациентов. Среди лиц с покушениями на суицид регистрируется восьмикратное преобладание женщин (соотношение М : Ж – 1 : 8,3), в несуйцидальном контингенте лишь в 2,3 раза (М : Ж – 1 : 2,3). При сравнимых средних возрастных показателях (суициденты – 33,2±13,6 лет, несуйцидальный контингент – 29,8±11,4 лет) суицидальное поведение достоверно чаще (44,4%) приходится на возрастные группы от 21 до 40 лет – наиболее социально и профессионально активный возраст. При покушении на суицид в большинстве случаев применяются вещества, действующие на ЦНС, в том числе противосудорожные, седативные и снотворные средства (21,9%), другие психотропные средства (16,0%), препараты, действующие на ВНС (11,8%). В группе несуйцидального контингента, напротив, преобладают спирты различных классов (21,4%), наркотические и психоделические вещества (9,6%), окись углерода (7,7%). В группе суицидентов *алкогольное* опьянение, на фоне которого было реализовано преднамеренное отравление, выявлено в 45,5% случаев (в группе острых отравлений – в 4,5 раза меньше – 10,7%). У лиц с преднамеренным отравлением доминируют расстройства адаптации (32,1%), аффективное расстройство (9,6%) и др. В группе непреднамеренных отравлений психических нарушений не выявлено у 95,1% больных. Авторы делают выводы о том, что госпитализируемые в стационар после суици-

дальней попытки пациенты имеют значительные качественные отличия от случаев острых отравлений по ряду ключевых характеристик, которые могут быть использованы для более точной дифференциации данного контингента в стационаре, и учтены при разработке мер повышения эффективности коррекционной работы и профилактики покушений на преднамеренное отравление.

Ключевые слова: суицидальная попытка отравления, острое отравление, алкогольное опьянение, отделение токсикологии, Тюменская область

Снижение показателей суицидальной смертности, отмеченное в последние годы в России, понизило нашу страну в рейтинговом списке ВОЗ, переместив в категорию стран с умеренным уровнем летальных самоубийств (в 2014 г. – 18,5; в 2015 – 17,4; в 2016 г. – 16,2 на 100000 населения) [1, 2]. Примечательно, что такая динамика наблюдается на фоне объективных экономических трудностей, снижения индивидуального уровня доходов [1] – категорий традиционно ассоциированных с материальным благополучием. Можно предположить, что наблюдаемый уход от финансово - экономических факторов обусловлен духовно-нравственным ростом граждан, и, что, особенно, вызывает некоторый оптимизм специалистов, расширением подразделений системы суицидальной превенции и повышением эффективности её работы [3].

Тем не менее, несмотря на отмеченные положительные моменты, в Российской Федерации ежегодно более 23 тысяч человек (в 2016 г. – 23119) добровольно уходят из жизни [2]. Причём показатели летальных суицидов, по-прежнему, опережают коэффициенты смертности от других внешних причин (в 2016 г.): ДТП – 15854, случайных отравлений – 10678 и убийств – 10569 [2].

Наличие подобной статистики определяет высокую важность разработки и внедрения эффективных мер профилактики, и, что не менее важно, выделения наиболее суицидоопасных контингентов – групп риска. Ведущее место среди них занимают лица, совершившие покушения на суицид. Традиционно считается, что количество попыток превышает число суицидов в 5-10 раз. К примеру, в проводимых нами ранее исследованиях, в г. Тюмени это соотношение составило 1 к 8,5 [4], что в целом укладывается в указанный интервал.

В структуре суицидальных попыток по способу совершения доминируют самоотравления – от 44,0 до 59,2%, на втором месте – самопорезы – от 20,7 до 37%. Другие виды покушений регистрируются значительно реже [4, 5, 6 и др.].

В связи с высокой долей отравлений в общей массе покушений актуальным является развитие и внедрение в практическое здравоохранение эффективных мер профилактики и целенаправленной коррекционной работы. Однако для реализации этих направлений необходимо более глубокий анализ основных количественных и качественных характеристик данного контингента суицидентов, что и явилось целью настоящей работы.

Материал и методы.

В качестве материала исследования были использованы статистические данные Суицидологического регистра ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», отделения токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница», ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», материалы Школы превентивной суицидологии и девиантологии (г. Тюмень). В качестве сравнительного материала привлекались опубликованные в открытой печати результаты научных исследований и статистические данные по отдельным территориям Российской Федерации (<http://www.gks.ru/>).

Основной материал исследования составили данные о 1460 пациентах, госпитализированных в отделение токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница». Из них 187 – с попыткой преднамеренного отравления, 1273 – случайные отравления. Мужчины – 27,5% (n=401), женщины – 72,5% (n=1059). Возраст – от 2 лет до 91 года.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение.

1. Эпидемиология.

Количественная оценка суицидального контингента является важным условием для характеристики социально-психологических, экономических и др. показателей территории, а так же планирования объёма лечебно - профилактических мероприятий, как на региональном, так и федеральном уровнях. Однако в связи с отсутствием единой системы регистрации и учёта суицидальных попыток вопрос о точных статистических данных о распространённости данного явления является открытым.

Таблица 1
Доля преднамеренных отравлений среди острых отравлений, %

Регионы РФ	%
Республика Башкортостан [8]	20,6
Нижегородская область [9]	21,6
Екатеринбург [10]	38,8
Зарубежные страны	
Италия [11].	16,0
Польша [12]	35,0
Азербайджан [13]	46,0
Дания [14]	75,6
Иран [15]	79,0
Турция [16]	87,0

Так, по данным Росстата [7] количество острых отравлений в стране составляет около 90 тысяч год, но какова из них доля преднамеренных отравлений неизвестно.

С целью получения данных в отдельных территориях используются отчёты Службы скорой помощи [6]. Этот вариант расчёта достаточно близок к реальным показателям, хотя погрешность в отдельные месяцы года может достигать 31% [4].

Среди других источников получения информации могут быть данные специализированных токсикологических отделений, но как свидетельствуют публикуемые исследования, по отдельным регионам РФ имеются значи-

тельные различия в количестве и доле суицидентов в общей структуре госпитализируемых больных, что вполне вероятно обусловлено региональными особенностями контингента и/или системы организации помощи при этих состояниях (табл. 1).

Приводимые в литературе относительные показатели зарубежных исследователей имеют ещё более широкий разброс (табл. 2). Представить полную картину распространённости преднамеренных отравлений в этих территориях затруднительно. К недостатком подхода относится отсутствие данных о других пациентах, госпитализируемых в стационары общего профиля, или получивших помощь амбулаторно.

Наиболее оптимальным в этой ситуации является организация системного учёта, по пути которого идёт в последние годы значительная часть региональных служб суицидальной профилактики [3, 17, 18].

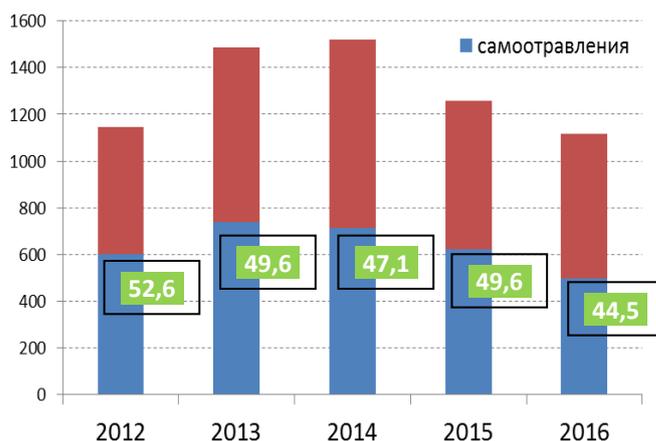


Рис. 1. Доля самоотравлений в общей структуре суицидальных попыток в Тюменской области в 2012-2016 гг., в %.

Таблица 2
Сводные данные о суицидальных попытках на юге Тюменской области в 2012-2016 гг.

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016
Суицидальные попытки, в Тюменской области, всего, n	1145	1487	1519	1258	1118
Суицидальные попытки отравления, в Тюменской области, всего, n	602	738	715	624	498
Доля отравлений от всех попыток, %	52,6	49,6	47,1	49,6	44,5
Пациенты, госпитализированные в отделение токсикологии с отравлениями, всего, n	1602	1621	1621	1650	1460
Суициденты, госпитализированные в отделение токсикологии, n	262	282	211	238	187
Доля суицидентов от общего числа госпитализированных в отделение, %	16,4	17,4	13,0	14,4	12,8
Доля суицидентов, госпитализированных в отделение токсикологии, от всех случаев попыток отравления, включённых в регистр, %	43,5	38,2	29,5	38,1	37,6

Так, например, внедрённая в 2012 году в практическое здравоохранение Тюменской области талонная система регистрации суицидальных действий на базе Областной клинической психиатрической больницы позволяет максимально полно оценить объём суицидального контингента, в том числе лиц, с преднамеренными отравлениями [19] (табл. 2, рис. 1).

Данные суицидологического регистра свидетельствуют о том, что доля самоотравлений от общего числа суицидальных попыток в последние годы составляет от 44,5 до 52,6% (в среднем – 48,7%), что в целом согласуется с результатами исследований, приводимых в литературе [5, 6 и др.].

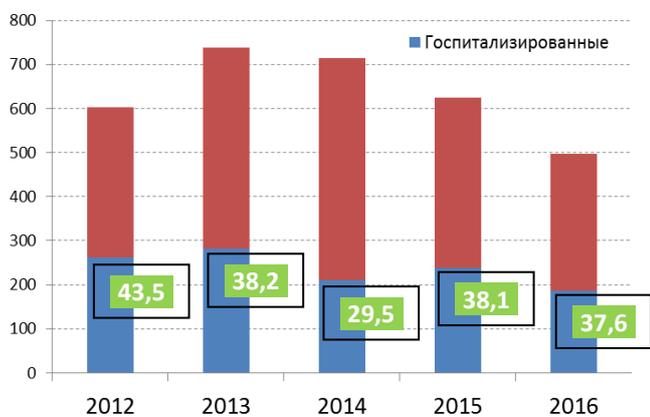


Рис. 2. Доля лиц с преднамеренными отравлениями, госпитализированных в отделения токсикологии, от общего числа суицидальных попыток в Тюменской области в 2012-2016 гг., в %.

От 29,5 до 43,5% (в среднем – 37,1%) лиц с покушением на преднамеренное отравление госпитализируются в отделение токсикологии (рис. 2).

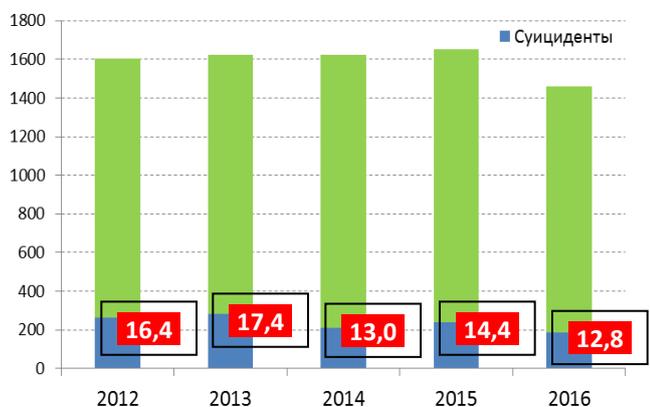


Рис. 3. Доля суицидентов от общего числа больных, госпитализированных в отделение токсикологии с острыми отравлениями в 2012-2016 гг., в %.

Среди всех больных, госпитализируемых в отделение токсикологии с острыми отравлениями, суициденты составляют от 12,8 до 17,4% (в среднем – 14,8%), что ниже, чем в опубликованных данных по отдельным регионам страны (см. табл. 1). Среди причин, такой ситуации можно указать исключение из учёта случаев оказания помощи суицидентам на амбулаторном этапе и в приёмном отделении больницы при легких отравлениях, а так же нередкие случаи отказа самих пациентов от госпитализации. Тем не менее, следует учитывать, что госпитализированные суициденты составляют 37,1% от всех преднамеренных отравлений в Тюменской области (табл. 2), и обычно отражают наиболее тяжелый контингент, нуждающийся в специализированной и/или высокотехнологичной медицинской помощи. Важным является и отмеченная относительная стабильность контингента суицидентов, ежегодно госпитализируемого в стационар (рис. 3).

Обсуждая работу отделения токсикологии с позиций суицидологии, необходимо так же отметить большую роль этих специалистов и в обоснованной постановке диагноза преднамеренного отравления, дифференциальной диагностике с самоповреждением с неопределёнными намерениями или несчастным случаем [20], что в конечном итоге, отражается не только на статистических показателях, но и имеет большое значение для дальнейшей судьбы пациента. Данный вопрос более чем актуален, так как пациенты даже при наличии, казалось бы, объективных данных могут осознанно отрицать преднамеренный характер самоповреждений, в том числе привлечь свидетелей. В случаях тяжелого токсического повреждения ЦНС – искренне отрицать суицидальные действия вследствие амнезии предшествующего госпитализации периода. По наблюдениям А.В. Меринова [21] при совершении суицидальных попыток на фоне алкоголя доля «амнестических» форм отрицания суицидальных действий может достигать 25%.

В этом аспекте, считаем важными использование опыта коллег из северной столицы [22]. При установлении диагноза «суицидальная попытка отравления» авторы рекомендуют учитывать данные, полученные начиная с догоспитального этапа. В частности, обращать внимание на следующие признаки: приём большего количества таблеток, чем предписа-

но врачом, приём нелекарственных веществ, которые обычно не входят в рацион, наличие предсмертной записки, отказ пациентка отвечать на вопросы, указание родственников на наличие конфликтной ситуации, наличие суицидальных попыток в анамнезе, тенденции к самоповреждению, суицидальные попытки у родственников, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических средств, наличие психических заболеваний, в частности тяжелой депрессии, тяжелых соматических заболеваний, тяжелые утраты (острое горе), семейные проблемы (уход из семьи, развод). Поступление в стационар и последующий осмотр психиатром, в комплексе с данными, собранными врачом скорой помощи, позволит более точно оценить ситуацию.

Отметим, что подобный подход активно используется в работе системы суицидальной превенции Тюменской области. В частности, в задачи врачей скорой помощи, столкнувшихся с случаем самоповреждения, входит более внимательное изучение ситуации и подробный сбор анамнеза. В случае суицидальной попытки специалист в обязательном порядке заполняет «Талон первичной регистрации», который направляется в Суицидологический регистр для дальнейшей обработки и направления участкового психиатра с целью консультативного осмотра, при необходимости – предложения курса лечения [19].

Период лечения в стационаре, помимо проведения детоксикационной терапии, так же является важным с позиций подтверждения диагноза умышленного самоповреждения и необходимости выделения из общего числа больных суицидального контингента для реализации полного объёма мер суицидальной превенции (вторичная профилактика), в идеальном случае включающих помощь и их близким (третичная профилактика).

В задачи врача так же входит определение варианта постсуицидального периода и оценки риска повторного суицида. Известно, что значительная часть (от 14,9 до 60%) суицидентов совершают повторную суицидальную попытку [9, 14, 23, 24]. И именно лица, с преднамеренным отравлением, имеют наиболее высокий риск в течение года, и особенно в первые месяцы после выписки из стационара. При этом важным прогностическим признаком является отношение пациентов к совершённым действи-

ям в остром постсуицидальном периоде. Так, по наблюдениям В.Ф. Войцеха [23] положительное отношение к совершённой попытке при снижении критичности резко увеличивает риск повторных суицидов в ближайшее время. Очень опасным в плане повтора является сожаление, что попытка не удалась. При повторных суицидах у этого контингента увеличивается удельный вес самопорезов и brutальных способов самоубийства, в частности, отравление бытовыми химическими препаратами, самоповешение и др., что резко повышает летальный риск.

2. Пол и возраст.

В суицидологии давно известен факт трёх-четырёхкратного преобладания мужчин среди завершённых суицидов и, напротив, доминирования женского контингента среди покушений. Мы провели анализ половозрастного состава госпитализированных пациентов в 2016 году. В общей массе преобладали женщины – 72,5%; мужчины – 27,5% (соотношение М : Ж составило 1 : 2,6). Однако при рассмотрении полового состава отдельно по группам выявлены более значительные различия (рис. 4). Среди лиц с преднамеренным отравлением наблюдалось 8-микратное (!) преобладание женщин (М : Ж – 1 : 8,3), а в несуйцидальном контингенте лишь в 2,3 раза (М : Ж – 1 : 2,3).

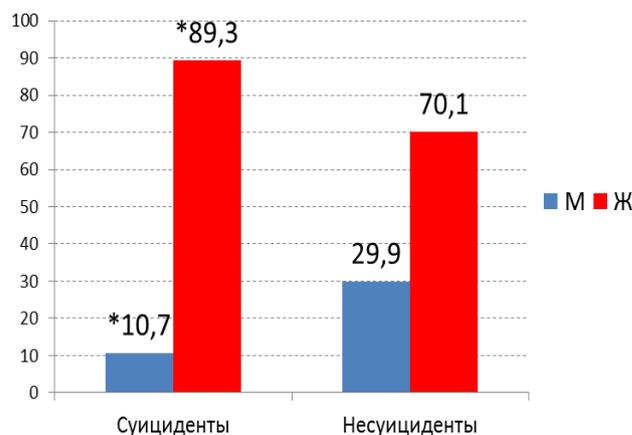


Рис. 4. Половой состав суицидентов и несуйцидального контингента больных отделения токсикологии в 2016 г., в % (*P<0,05).

Возрастные показатели так же имели свои особенности (рис. 5). Средний возраст в обеих группах различался незначительно: суициденты – 33,2±13,6 лет, несуйцидальный контингент – 29,8±11,4 лет.

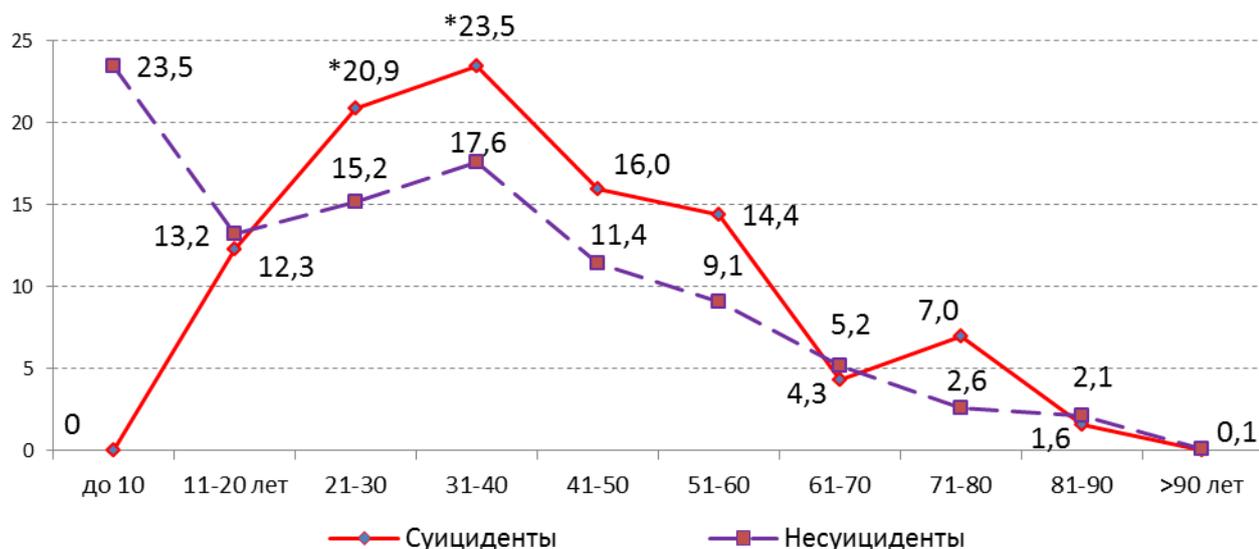


Рис. 5. Возрастной состав суицидентов и несуицидального контингента больных отделения токсикологии в 2016 г., в % (*P<0,05).

Но что обращает внимание? Прежде всего, то, что подростковая категория, традиционно указываемая в средствах массовой информации как наиболее суицидоопасная [25], в общей массе преднамеренных отравлений составляет лишь 13,2%. Напротив, достоверно чаще суицидальное поведение приходится на возрастные группы от 21 до 40 лет – наиболее социально и профессионально активный возраст. В группе несуицидальных отравлений представленность этих возрастных групп была достоверно меньше, а наибольшую категорию (23,5%) составляли дети.

3. Химические вещества.

Бóльшие различия были выявлены в структуре принятых химических агентов (табл. 3).

При покушении на суицид в большинстве случаев применялись вещества, действующие на ЦНС, в том числе противосудорожные, седативные и снотворные средства (21,9%), другие психотропные средства (16,0%), препараты, действующие на ВНС (11,8%). В группе несуицидального контингента, напротив, преобладали спирты различных классов (21,4%), наркотические и психоделические вещества (9,6%), окись углерода (7,7%).

Таблица 3

Химические вещества, использованные при отравлении у суицидентов и несуицидального контингента, в %

Химическое вещество	Суициденты (n=187)	Несуициденты (n=1273)
Противосудорожные, седативные и снотворные	*21,9	6,8
Другие психотропные средства	*16,0	3,8
Препараты, действующие на сердечно-сосудистую систему	*15,0	4,2
НПВС	11,8	4,1
Препараты, действующие на вегетативную нервную систему	10,7	6,2
Разъедающие вещества	10,2	7,3
Спирты	*1,6	21,4
Окись углерода	1,1	7,7
Наркотические и психоделические вещества	0	9,6

Примечание: *P<0,05

Достоверность различий так же подтверждает разнородность групп и по принимаемым ими веществам.

4. Алкоголь и наркотические вещества.

Алкогольное и/или наркотическое опьянение является частым спутником суицидальных действий, и обычно рассматривается как про-суицидальный фактор. В исследуемой нами группе суицидентов алкогольное опьянение, на фоне которого было реализовано преднамеренное отравление, было выявлено в 45,5% случаев, то есть практически у каждого второго. В группе острых отравлений этот показатель был в 4,5 раза меньше – 10,7%. Частота наркотического опьянения в обеих группах была незначительной, но, как и следовало ожидать – несколько выше в группе непредумышленных отравлений (рис. 6). Эти данные подтверждают общую тенденцию связи алкогольного опьянения и суицидальной активности, что в целом согласуется с данными других исследователей [26].

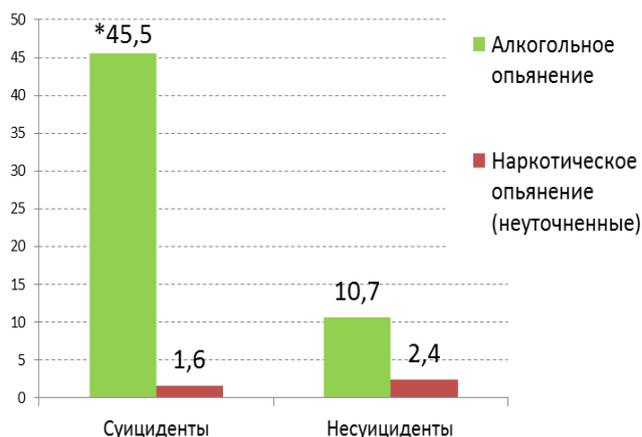


Рис. 6. Частота алкогольного и наркотического опьянения суицидентов и несуйцидального контингента больных при поступлении в отделение токсикологии, в % (*P<0,05).

5. Психические нарушения.

Оценка психического состояния больных, поступающих в отделение токсикологии, и

постановка диагноза нередко представляет определённые сложности, что может быть связано с характером принятого средства, степени алкогольного опьянения, выраженности угнетения сознания и др. Осмотр психиатра важен начиная с момента доступности пациента контакту.

В оцениваемом нами контингенте, психиатром были осмотрены практически все пациенты. У лиц с преднамеренным отравлением доминировали расстройства адаптации (32,1%), реже аффективное расстройство (9,6%), шизофрения, шизотипическое или бредовое расстройство (9,6%), органическое психическое расстройство (9,6%) и др. В группе непреднамеренных отравлений психических нарушений не было выявлено у 95,1% больных. В целом, эти данные подтвердили различие контингентов и по характеру психических нарушений.

Заключение.

Преднамеренные попытки отравления составляют основной контингент среди суицидальных действий (в Тюменской области – 48,7%), значительная часть которых нуждается в специализированной и/или высокотехнологичной медицинской помощи в условиях отделения токсикологии.

Госпитализируемые в стационар после суицидальной попытки пациенты имеют значительные качественные отличия от случаев острых отравлений по половозрастному составу, используемых ими в качестве средств покушений химических агентов, характеризуются более высокой частотой алкогольного опьянения и эмоциональных расстройств.

Выделенные отличительные характеристики могут быть использованы для более точной дифференциации данного контингента в стационаре, и учтены при разработке мер повышения эффективности коррекционной работы и профилактики покушений на преднамеренное отравление.

Литература:

1. Россия в цифрах. 2016: Крат. стат. сб. / Росстат. М., Р76 2016. – 543 с. ISBN 978-5-89476-418-4
2. <http://www.gks.ru>, 2017
3. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция // Суицидология. 2014. Т. 5, № 3. С. 3-17.

References:

1. Rossija v cifrah. 2016: Krat. stat. sb. / Rosstat. M., R76 2016. – 543 s. ISBN 978-5-89476-418-4 (In Russ)
2. <http://www.gks.ru>, 2017
3. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function // Suicidology. 2014. V. 5, № 3. P. 3-17. (In Russ)

4. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени // Тюменский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 8-10.
5. Положий Б.С., Панченко Е.А., Посвянская А.Д., Дроздов Э.С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал. 2008. № 2. С. 16-20.
6. Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. // Суицидология. 2012. № 4. С. 3-10.
7. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с. ISBN 978-5-89476-413-9
8. Хафизов Н.Х., Минин Г.Д., Секретарев В.И. и др. Распространенность и структура острых отравлений в Республике Башкортостан // Токсикологический вестник. 2012. № 4 (115). С. 2-6.
9. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравления по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2010 год // Медицинский Альманах. 2013. №1 (25) Март. С. 176-179.
10. Краева Ю.В., Бушуев А.В., Брусин К.М. и др. Эпидемиология острых отравлений и оценка объема лечебных мероприятий на догоспитальном этапе // Уральский медицинский журнал. 2011. № 11 (89). С. 80-84.
11. Settimi L., Davanzo F., Urbani E. et al. Sistema informativo nazionale per la sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni: Casi rilevati nel 2009. Quarto rapporto annuale // Rapp. ISTISAN. 2013. № 8. P. 1-73.
12. Kotwica M. Acute poisonings in Poland during the period 1997-1998 // J. Toxocol. Clil. Toxicol. 2003. Vol. 41, № 4. P. 532.
13. Эфендиев И.Н. Результаты пятилетнего проспективного исследования токсико-эпидемиологической ситуации в Азербайджане // Токсикологический вестник. 2010. Июль-Август. С. 13-17.
14. Christofersen A.B., Hoegberg L.C.G., Pedersen M. et al. Retrospective study of acute poisonings admitted to Danish hospital in 2001 // J. Toxocol. Clil. Toxicol. 2003. Vol. 41, № 4. P. 500-501.
15. Shadnia Sh., Esmaily H., Sasanian G. et al. Pattern of acute poisoning in Tehran-Iran in 2003 // Hum. and Exp. Toxocol. 2007. Vol. 26, № 9. P. 753-756.
16. Akbaba M., Nazlican E., Demirhindi H. et al. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Adana, Turkey // Hum. and Exp. Toxocol. 2007. Vol. 26, № 5. P. 401-406.
17. Боев О.И., Василенко А.О., Швыдкая С.В. Опыт работы суицидологической службы Ставропольского края. Результаты, уроки, перспективы // Тюменский медицинский журнал. 2015. Том 17, № 4. С. 17-21.
18. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области // Суицидология. 2015. Т. 6, № 4. С. 66-72.
19. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. 2012. № 6. С. 44-45.
20. Васин С.А. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах // Демографическое обозрение. 2015. Т. 2, № 1. С. 89-124.
21. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. 2012. № 2. С. 21-24.
22. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Принципы организации психиатрического лечения лицам с умышленным самоотравлением, поступившим по скорой помощи в многопрофильный стационар // Скорая медицинская помощь. 2013. Т. 14, № 1. С. 24-27.
4. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicid attempts in Tyumen // Tyumen Medical Journal. 2013. № 1. P. 8-10. (In Russ)
5. Polozhij B.S., Panchenko E.A., Posvjanskaja A.D., Drozdov Je.S. Kliniko-social'nye harakteristiki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2008. № 2. S. 16-20. (In Russ)
6. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // Suicidology. 2012. № 4. P. 3-10. (In Russ)
7. Zdravooхранenie v Rossii. 2015: Stat. sb. / Rosstat. M., 2015. 174 s. ISBN 978-5-89476-413-9 (In Russ)
8. Hafizov N.H., Minin G.D., Sekretarev V.I. i dr. Rasprostranennost' i struktura ostryh otravlenij v Respublike Bashkortstan // Toskikologicheskij vestnik. 2012. № 4 (115). S. 2-6. (In Russ)
9. Kasimova L.N., Vtjurina M.V., Svjatogor M.V. Pokazateli popytok samootravljenija po dannym toksikologicheskogo centra Nizhnego Novgoroda za period s 2006 po 2010 god // Medicinskij Al'manah. 2013. №1 (25) Mart. S. 176-179. (In Russ)
10. Kraeva Ju.V., Bushuev A.V., Brusin K.M. i dr. Jepidemiologija ostryh otravlenij i ocenka ob#ema lecebnyh meroprijatij na dogospital'nom jetape // Ural'skij medicinskij zhurnal. 2011. № 11 (89). S. 80-84. (In Russ)
11. Settimi L., Davanzo F., Urbani E. et al. Sistema informativo nazionale per la sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni: Casi rilevati nel 2009. Quarto rapporto annuale // Rapp. ISTISAN. 2013. № 8. P. 1-73.
12. Kotwica M. Acute poisonings in Poland during the period 1997-1998 // J. Toxocol. Clil. Toxicol. 2003. Vol. 41, № 4. P. 532.
13. Jefendiev I.N. Rezul'taty pjatiletnego prospektivnogo issledovanija toksiko-jepidemiologicheskoy situacii v Azerbajdzhane // Toksikologicheskij vestnik. 2010. Ijul'-Avgust. S. 13-17. (In Russ)
14. Christofersen A.B., Hoegberg L.C.G., Pedersen M. et al. Retrospective study of acute poisonings admitted to Danish hospital in 2001 // J. Toxocol. Clil. Toxicol. 2003. Vol. 41, № 4. P. 500-501.
15. Shadnia Sh., Esmaily H., Sasanian G. et al. Pattern of acute poisoning in Tehran-Iran in 2003 // Hum. and Exp. Toxocol. 2007. Vol. 26, № 9. P. 753-756.
16. Akbaba M., Nazlican E., Demirhindi H. et al. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Adana, Turkey // Hum. and Exp. Toxocol. 2007. Vol. 26, № 5. P. 401-406.
17. Boev O.I., Vasilenko O.A., Shvydkaya S.V. The experience of suicide prevention service of the Stavropol territory. The results, lessons, prospects // Tyumen Medical Journal. 2015. Vol. 17, № 4. P. 17-21. (In Russ)
18. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region // Suicidology. 2015. V. 6, № 4. P. 66-72. (In Russ)
19. Zotov P.B., Rodalin E.V., Ryakhina N.A. Systematic registration of suicide attempts: first experience results of the register in the Tyumen region // Academic Journal of West Siberia. 2012. № 6. P. 44-45. (In Russ)
20. Vasin S.A. Mortality from undetermined causes of death in Russia and in a selected set of countries // Demogr. Rev. 2015. V. 2, № 1. P. 89-124. (In Russ)
21. Merinov A.V. To the issue of the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependent patients // Suicidology. 2012. № 2. P. 21-24. (In Russ)
22. Prokopovich G.A., Pashkovskij V.Je., Sofronov A.G. Principy organizacii psihiatricheskogo lechenija licam s umyshlennym samootravljeniem, postupivshim po skoroj pomoshhi v mnogoprofil'nyj stacionar // Skoraja medicinskaja pomoshh'. 2013. T. 14, № 1. S. 24-27. (In Russ)

23. Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и ёклиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 14-21.
24. Chandrasekaran R., Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: A two-year follow-up study // Hong Kong J. Psychiat. 2008. Vol. 18, № 4. P. 131-135.
25. Зотов П.Б. Образ суицидента в представлении педагогов-психологов // Тюменский медицинский журнал. 2016. Т. 18, № 4. С. 47-50.
26. Немцов А.В., Шелыгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. // Суицидология. 2016. Т. 7, № 3. С. 3-12.
23. Vojceh V.F. Faktory riska povtornyh suicidal'nyh popytok // Social'naja i joklinicheskaja psihiatrija. 2002. № 3. S. 14-21. (In Russ)
24. Chandrasekaran R., Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: A two-year follow-up study // Hong Kong J. Psychiat. 2008. Vol. 18, № 4. P. 131-135.
25. Zotov P.B. The image of suicide in the view of educational psychologists // Tyumen Medical Journal. 2016. V. 18, № 4. P. 47-50. (In Russ)
26. Nemtsov A.V., Shellugin K.V. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1959-2013 // Suicidology. 2016. V. 7, № 3. P. 3-12. (In Russ)

INTENTIONAL POISONING WITH SUICIDE INTENTION: CHARACTERISTICS OF THE TOXICOLOGY DEPARTMENT CONTINGENT

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin, A.B. Prilensky, M.S. Hohlov, O.V. Yushkova, K.V. Korovin

Tyumen state medical University, Tyumen, Russia
Regional clinical psychiatric hospital, Tyumen, Russia
Regional clinical hospital, Tyumen, Russia
Regional narcological dispensary, Tyumen, Russia
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

Abstract:

Self-poisoning attempts are the most common method for committing suicide. Complex evaluation of that category of suicide attempters is an important task aiming to develop effective preventive measures.

Aim of the study: to analyze main characteristics of the contingent of intentional self-poisoning attempters that were hospitalized to toxicology department.

Materials and methods: data on 1460 patients (27,5% male, 72,5% female, aged 2 to 91) hospitalized to toxicology department of the Tyumen' State budgetary health care institution Regional clinical hospital. Among them 187 people with an intentional self-poisoning attempt and 1273 people suffered accidental poisoning. Also statistical data from the regional clinical hospital on suicide attempts in the region are presented.

Results: It is shown that intentional self-poisoning attempts are the main method of attempted suicide (in Tyumen' region alone it reaches up to 48,7%). Every third self-poisoning attempter (37,1%) is hospitalized because of the severity of their condition and receives specialized and/or high technology medical assistance within the toxicology department. People with intentional self-poisoning are significantly different from non-suicide patients in a number of characteristics. Among suicide attempters there are 8 times more females (M:F – 1:8,3) while among non-suicide patients females outweigh males just 2,3 times (M:F – 1:2,3). Comparing mean age indicators (suicide attempters – 33,2±13,6 y.o., non-suicide patients – 29,8±11,4 y.o.) suicide behavior is statistically veraciously more often (44,4%) can be observed among group of 21-40 years of age – the most prominent age group for social and professional activity. When attempting suicide, attempters most often use substances that have a direct effect on CNS, including anticonvulsant, sedative and sleeping pills (21,9%), other psychotropic substances (16,0%), substances that have an effect on VNS (11,8%). On the contrary, among non-suicidal patients there prevail spirits of different types (21,4%), drugs and psychedelic substances (9,6%), carbon monoxide (7,7%). Among suicide attempters alcohol intoxication that preceded intentional self-poisoning was found in 45,5% cases which exceeds the group of acute poisoning 4,5 times – 10,7%. Among people with intentional self-poisoning adaptation (32,1%), affective (9,6%) and other disorders prevail. Among non-intentional poisoning 95,1% of patients were not diagnosed with any psychiatric disorder.

The authors conclude that hospital in-patients that attempted suicide have distinctive differences from in-patients with acute poisoning in a number of key characteristics that can be further used for more accurate differentiation of the given hospital contingent and taken into account when developing measures for increasing effectiveness of correction work and prevention of intentional self-poisoning attempts.

Key words: self-poisoning suicide attempt, acute poisoning, alcohol intoxication, toxicology departments, Tyumen' region (Siberia)

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция 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.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) и международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI). 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 и других сайтах.

3. На титульной странице 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 (соглашается с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 250 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое

описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели.

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

Для каждого автора целесообразно указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
- в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

8. Помимо общепринятых сокращений единиц 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 приставленным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. 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. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются реценентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

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

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru