

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Ю.В. Ковалев, д.м.н. (Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
В.А. Солдаткин, д.м.н.
(Ростов-на-Дону)
С.М. Уманский, д.м.н., профессор
(Тюмень)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986

Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- И.А. Кудрявцев*
Смысловая типология суицидов 3
- А.С. Рахимкулова, В.А. Розанов*
Суицидальность и склонность к риску
у подростков: биопсихосоциальный синтез 8
- А.В. Меринов*
Суицидологическая, наркологическая
и экспериментально-психологическая
характеристики супругов в семьях мужчин,
страдающих алкоголизмом, в зависимости
от варианта брачной динамики 25
- И.В. Борисов, А.Г. Гладышева, Е.Б. Любов*
Онтологический взгляд: суицидальное
поведение и феномен жизнестойкости 35
- Н.А. Корнетов*
Что является лучшей формой
профилактики суицидов? 44
- П.Б. Зотов*
Факторы антисуицидального барьера
в психотерапии суицидального поведения
лиц разных возрастных групп 58
- В.А. Руженков, В.В. Руженкова*
Отношение медицинских сестёр
психиатрической больницы и факультета
высшего медицинского образования
к суицидентам, как отражение социальной
стигматизации 63

Contents

<i>Joseph A. Kudryavtsev</i> Semantic typology of suicides 3	<i>N.A. Kornetov</i> What is the best from of suicide prevention? 44
<i>A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov</i> Suicidality and risky behaviours in adolescents: biopsychosocial synthesis 8	<i>P.B. Zotov</i> Antisuicidal factors barrier in the psychotherapy of suicidal behavior of persons of different age groups 58
<i>A.V. Merinov</i> Suicidal, narcological and psychological characteristics of the spouses in families of men suffering from alcohol dependence, depending on the variant of the dynamics of marriage 25	<i>V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova</i> The attitude of nurses in psychiatric hospitals and faculty of higher education in nursing to suiciders as mirror of social stigmatization 63
<i>I.V. Borisov, A.G. Gladysheva, E.B. Lyubov</i> Ontological view: suicidal behavior and the phenomenon of resilience 35	

Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (**РИНЦ**)
Открыта подписка на журнал «Суицидология» на второе полугодие 2013 года
Индекс подписки: **57986**
Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»
Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

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

19 октября 2013 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2013 г., высланные в адрес оргкомитета

на e-mail: sibir@sibtel.ru

Публикация тезисов – бесплатно

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

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

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

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

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru (раздел «Новости»), сайт медицинской психологии – www.medpsy.ru (раздел «Новости»)

Заказ № 112. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 05.06.2013 г.

Распространяется по подписке.

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

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

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

СМЫСЛОВАЯ ТИПОЛОГИЯ СУИЦИДОВ

И.А. Кудрявцев

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Кудрявцев Иосиф Абакарович, доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории психологии ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия. Телефон: (495) 637-50-77; e-mail: psytab.kja@serbsky.ru
Служебный адрес: 119992, ГСП-2, г. Москва, Кропоткинский пер., 23

На основании психологического анализа 150 случаев законченного суицида и 30 попыток самоубийства выделены семь смысловых типов суицидального поведения (протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ, брутальная «мизантропия», групповая или/и взаимная суггестия). В основу классификации положена смысловая позиция личности, сформированная к моменту суицидального акта. Раскрыты особенности её формирования и механизмы реализации. Знание этих параметров позволяет своевременно распознавать угрозу самоубийства, определить риск реализации и социальную опасность суицида, даёт опорные точки («смысловые мишени») для психологической коррекции и профилактики пресуицидального поведения и предупреждения рецидивов попыток самоубийства.

Ключевые слова: смысловая позиция суицидов, смысловая типология самоубийств, суицидальный генез, суицидальные механизмы, суицид.

Самоубийство – один из тяжелейших исходов социальной дезадаптации, возникающей на фоне неразрешенного смыслового кризиса личности и искажения конвенционального образа мира. Ведущую роль в механизмах их развития и динамики играют общие смысловые образования личности, которые задают плоскость отношений между её высшими ценностями и конкретными мотивами суицидального поведения. При коллизии бытия и долженствования именно на этом уровне регуляции поведения субъект посредством рефлексии решает "задачу на смысл" и принимает решение о суицидальном поступке.

Смысловая сфера личности во многом определяется условиями социализации индивида, всей совокупностью деятельностей (жизнедеятельностью), в которые он вовлекается, степенью интериоризации им социальных норм. По мере становления системы смысловых образований, ценностных ориентаций, самосознания происходит иерархизация главных мотивационных линий, закрепляется установка на сознательное следование конвенциональным правилам поведения, соблюдение или игнорирование нравственных норм, морально-этических принципов, формируется личностная направленность.

Необходимость обращения к исследованию направленности личности при определении ведущих причин (движущих сил) самоубийства связана с тем, что совершение суицидального поступка всегда есть преодоление нравственного и (или) этического нормативного его запрета, принятого в конвенциональной культуре. Его реализация, в свою очередь, теснейшим образом связана с занятой субъектом актуальной смысловой позицией, приобретшей значение личностной побудительной структуры. Поэтому создание, с учетом этого механизма, причинной классификации суицидов открывает пути к их более эффективной направленной профилактике.

Исследование 150 случаев законченных суицидов и 30 суицидальных попыток позволило выделить реализующие самоубийство смысловые типы позиции личности, отметить их содержательные и динамические особенности, особенности переживаний. Решающее значение имеет субъективное восприятие ситуации в состоянии внутриличностного кризиса, когда с точки зрения субъекта социальных отношений, исходя из его позиции, становится невозможной реализация или компенсаторное замещение сущностных устремлений и ценностей личности, главных смыслов жизни человека. Именно поэтому, фундаментальной кате-

горией анализа следует считать позицию личности, вытекающую из особенностей ее осмысления ситуации конфликта и своего места в нем (смыслового образа ситуации), а также содержания самоотношения субъекта. Эта позиция детерминирует характер внутриличностной переработки ситуации, ее прогностическую и смысловую оценку, определяет выбор способов и средств ее разрешения, предпочитаемых целевых тактик. Происходит как бы "разыгрывание" в сознании конфликтной ситуации, представление возможных действий ее участников, предвосхищение их последствий и вариантов исхода. Формируются защитные образования и механизмы, назначение которых смягчить душевную боль, сохранить позитивное самоотношение, по новому структурировать ценностную сферу личности, чтобы обрести новые смыслы (смысл) жизни, взамен утраченных или невозможных [2].

Такая работа смысловых механизмов переживаний непроизвольно отражается в характере поведения личности, содержании ее сознания, эмоциональном состоянии, накладывает отпечаток на стиль деятельности, проецируется в изменениях отношения к окружению и к самому себе. Поэтому эти аспекты жизнедеятельности личности должны быть предметом специального смыслового анализа для определения особенностей переживаний, что наиболее полно раскрывается в дневниках, интимных письмах, записных книжках, продуктах творчества, записях, вырезках и выписках из литературных произведений, тематике выделяемых текстов, прошлых доверительных беседах, оговорках, неожиданных комментариях и т.п.

Напряженная внутренняя работа по поиску новых смыслов в ситуации кризиса, хронической фрустрации обычно растянута во времени и сопровождается ситуационными колебаниями личностной позиции. На разных стадиях переживания она может быть неоформленной, амбивалентной, противоречивой, неустойчивой или ригидной. Однако итоговая смысловая позиция (самоопределение личности [4]), которая во многом определяет эффективность совладания с конфликтной кризисной ситуацией и результат судьбоносного решения субъекта переживаний, может быть занята быстро, без глубокой дополнительной внутренней переработки, по существу импульсивно. Как правило, в этих случаях речь идет об аффективных завершенных суицидах или суицидальных по-

пытках, развивающихся при добавочных, нередко незначительных, психотравмирующих воздействиях по механизму последней капли.

Применительно к задачам суицидологии итоговые позиции личности в кризисных конфликтных ситуациях подразделяют на адаптивные и неадаптивные или "проигрышные" [4]. Следующие шесть признаков характеризуют такую "проигрышную" позицию личности.

1. Фиксированность позиции. Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, свободно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.

2. Вовлеченность, т.е. помещение себя в точку приложения угрожающих сил; неспособность отстраниться от конфликтной ситуации, дистантировать ее.

3. Сужение смыслового поля сознания и самосознания за счет ограничения представлений о собственных ресурсах и возможностях, а также за счет нарастающей изоляции от окружающих.

4. Изолированность и замкнутость позиции. В структуре осознания конфликтных отношений вместо адаптивного противопоставления "Мы – они" имеет место гораздо более уязвимая конфронтация "Я – Они", свидетельствующая об отчуждении личности, утрате связи с референтными группами, нарушениях социальной идентификации.

5. Пассивность позиции. Представляя себе активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не может противопоставить им конструктивные тактики поведения (нападения, защиты, ухода и т.п.) в связи со снижением побудительной привлекательности (валентности) ценностей, нормативными барьерами, недостаточной актуализацией знаний и опыта. Выраженность отмеченных проявлений аспонтанности пропорциональна глубине дезорганизации смысловой сферы личности. Они свидетельствуют об утрате предметами потребностей прежней побудительной и смыслообразующей функций, "разрыхлении" и дезинтеграции (начинающемся распаде) устойчивых мотивационных образований личности и отражают тяжесть переживаемого субъектом личностного кризиса.

6. Сужение (неразвитость) и инвариантность временной перспективы. В смысловом образе ситуации отсутствует позитивное будущее, надежда. Будущее представляется только как продолжение или усугубление наличной тяжелой ситуации.

Для определения реальной суицидогенности психического состояния, а также раскрытия детерминации и причинных связей суицида принципиальное значение имеет определение смыслового содержания предсмертно - суицидального поведения лица, подозреваемого в совершении самоубийства, а в случаях установленного суицида (попытка покушения на самоубийство) – выяснение его личностного значения (смысла самоубийства).

В согласии с отечественными работами [3, 4] и на основании собственных исследований нами выделены семь основных типов личностных смыслов (мотивов) самоубийств. Их диагностика позволяет установить главную психологическую причину суицидального выбора личности, делает возможным выявить ведущее отношение в полимотивированном суицидальном поведении, что создает основу для достаточно определенного вывода о его детерминации.

Эти типы суть следующие.

1. Протест. Смысл суицида выражает последнее возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами, условиями существования.

Чаще всего это пассивная конфронтация, бессильная непримиримость с ситуацией, своего рода вызов и упрек окружению (социуму) за несправедливость или (и) неприемлемое отношение (равнодушие, жестокость, отвержение и т.п.).

При более активной и агрессивной личностной установке протест приобретает смысл адресной *месты* конкретным лицам, выражает желание наказать обидчиков, причинить им вред (испортить репутацию, вызвать нравственные страдания и др.) хотя бы фактом собственной смерти. В свою очередь это предполагает наличие у суицидента высокой самооценки, черт оппозиционности и негативизма, сужение диапазона психологических защит с преобладанием механизмов генерализации гетероагрессии и трансформации ее в аутоагрессию.

2. Призыв. Смысл суицидального поведения в этих случаях состоит в активации реакций окружающих для изменения ситуации в желательную сторону, привлечении общественного внимания к тяжелым или (и) несправедливым личным обстоятельствам, в самореконструкции, формировании посмертного сочувствия к себе, изменения на позитивное не-

гоприятного мнения о себе, вызывании сострадания, раскаяния у окружающих. Обычно встречается у лиц с инфантильным складом личности, которым присущи эгоцентризм, эмоциональная незрелость.

3. Избежание. Смысл суицидального поведения заключается в устранении себя от непереносимой угрозы своему существованию как личности, социальному и биологическому индивиду, от ожидаемых неизбежных мук, потерь, физических и душевных страданий. Обычно встречается у лиц с высокой самооценкой и низким самоуважением.

4. Самонаказание. Смысл суицидов такого рода имеет разные оттенки: "уничтожения в себе врага" или "искупления вины". Их общая содержательная формула: "никогда не прощу себе".

5. Отказ. Смыслом суицидального поведения является полная капитуляция перед обстоятельствами, отказ от существования в невыносимой ситуации, нередко с глобальным переосмыслением отношения к миру как источнику всяческого зла, избавление от бытия, что расценивается как благо. Нередко такой мотив присущ зрелым, глубоким, очень чувствительным, ранимым личностям, переживающим состояние безнадежности, которое, как писал Николай Бердяев [1], "... означает невозможность представить себе другое состояние, оно всегда есть дурная бесконечность муки и страдания...".

Значение душевной боли как фактора повышенного риска совершения законченного суицида подтверждена в современных исследованиях [6].

Выступает определенная возрастная избирательность описанных типов. В молодом возрасте (от 18 до 30 лет) отмечается преобладание смыслов протеста и призыва, которые нередко выступают в сочетании. После 45 лет предпочтительными становятся суициды со смыслами избежания, самонаказания и отказа.

Глобальные мировые изменения, наступившие на рубеже XX – XXI веков, и в особенно радикальной форме проявившиеся в России, повлекли существенные изменения общих социальных и личностных ценностей, росту социального неравенства, агрессивности и враждебности. Это не только сопровождалось изменением «образа Мира» в сознании населения, но и отразилось в смысловом содержании совершаемых в популяции суицидов,

позволив нам дополнительно выделить «*мизантропический*» и «*суггестивный*» смысловые типы самоубийств.

6. Личностный смысл и смысловая позиция брутального «мизантропического» суицида определяется крайним озлоблением к конвенциональному социуму, проекция на него вины за безвозвратные личные потери, утрату достойных статусных ролей, невозможность реализации сущностных личных ценностей со стремлением отомстить окружающим, которые воспринимаются как обезличенные враги, незаслуживающие имеющих у них благ, а в ряде случаев и самой жизни. Реализация такого расширенного суицида, когда исполняется решение не только о личном уходе из жизни, но и расширенной гомецидной агрессии в отношении случайных лиц, волею случая оказавшихся в ситуации совершения задуманного (в части случаев спланированного) «мизантропического» акта, невозможна без предшествующей антисоциальной динамики личности суицидента. Мизантропическая антисоциальная её направленность формируется не только как итог неразрешённого затяжного внутриличностного кризиса. Нередко она является следствием специально направленных антигуманных психологических воздействий, отражающих деструктивные интересы антисоциальных групп, замаскированные квазипозитивным содержанием.

7. Зависимость от группы и взаимосуггестия составляют смысловое содержание антивитальной позиции расширенного «суггестивного» суицида. Они тесно связаны с нигилистическим влиянием маргинальных референтных групп или деструктивным подчиняющим воздействием на личность тоталитарных сект. Нередко оформляются в виде патологической привязанности и взаимозависимости внутри относительно социально изолированных инфантильных личностных диад или триад, детерминируя сопряженные групповые суициды. Преимущественный контингент такого расширенного самоубийства «по договору» – подростковый и ранний юношеский возраст, когда ценностное ядро и направленность личности в силу ряда социальных, семейно-бытовых и биологических факторов окончательно не сформированы. Чаще это лица, обделенные родительским теплом, эмоциональным вниманием окружающих, отвергаемые референтной группой, значимыми для них сверстниками и родителями, иногда настоящие «со-

циальные сироты». Структурирование личности их замедленно и нередко искажено несформированностью абсолютной самооценности жизни, что и определяет их неустойчивую антивитальную позицию, нередко декларируемую в кругу сверстников для завоевания признания. Реализация этой заявленной смысловой позиции, как правило, происходит в результате ситуативного давления референтной группы. В ситуации подтверждения группового статуса им публично предъявляется счёт по выданным антивитальным «векселям»: «слабо сделать, пустозвоны...» и т.п. Большую роль играет механизм психической взаимоиндукции в диаде (триаде). Он стабилизирует антивитальные мысли, определяет их генерализацию и переход в намерение, даёт стимул к его реализации, не позволяет отказаться от опасной «игры» из-за боязни порицания и отвержения партнером вследствие мнимого проявления слабости, «предательства» дружбы и т.п.

Профилактика такого рода суицидов в связи с лабильностью и окончательной несформированностью смысловой позиции обычно вполне доступна психологической коррекции. Иногда для удержания от рокового шага достаточно подлинного внимания и человеческой теплоты, вовлечения в коллектив с нормативными ценностями, зрелым отношением к жизни как к бесценному дару и экзистенциальному долгу бытия, несмотря на превратности судьбы.

Профилактика «мизантропических» смысловых суицидов представляет значительно большие трудности и невозможна без обязательной сопутствующей реинтеграции личности, смены её направленности.

Решающую роль играет правильная диагностика личностных ценностей и ценностных ориентаций, присущих потенциальному суициденту. Как показали исследования, проведенные В.В. Столиным [5], каждой личностной тенденции (черте), способствующей совершению действий, соответствует другая ориентация (черта), выступающая в виде внутренней преграды. Поступок – это либо преодоление преграды, либо, под ее влиянием, отказ от действия. Оказавшись в ситуации выбора из двух действий, субъект предпочитает то, при котором преодолевается менее выраженная внутренняя преграда. При коллизии бытия и долженствования он посредством рефлексии решает задачу на смысл, соотнося в своем сознании собственную личностную позицию с пози-

цией значимых Других, социума, его идеалов и нормативно-нравственных предписаний в виде социальных ценностей. По мнению Е.С. Ravlin и В.М. Meglino [8], ценности не только прямо воздействуют на выбор поведения, но и влияют на отбор и интерпретацию внешних стимулов. Последнее во многом определяется «Образом мира», сформированным у носителя определенной культуры (субкультуры) в процессе его социализации – усвоения и присвоения культурных базовых ценностей. Именно этот образ и лежащая в его основе система ценностей играют роль главных регуляторов социального поведения, в том числе и отклоняющегося, делинквентного и противоправного. Другими словами, являются факторами, способствующими или препятствующими расширенному мизантропическому суициду. Именно ценности определяют свободный выбор между правом и преступлением, нормативным и аномальным, моральным и безнравственным. А.Г. Funk и G.M. Wise [7] считают, что неспособность людей утвердить ценность своих особенностей и способов достижения целей ведет к отказу от подчинения нормативной системе. Е.С. Ravlin и В.М. Meglino [8] экспериментально показали, что ценности, как устойчивые центральные личностные образования, дают возможность предсказывать образ поведения во времени.

Описанные смысловые типы суицидальных действий имеют важное прагматическое значение. Их правильная своевременная диагностика позволяет принять меры направленной превентивной профилактики самоубийств, предупредить наиболее социально тяжелые их проявления и последствия.

Литература:

1. Бердяев Н. О самоубийстве (Психологический этюд) // Психологический журнал. – 1992. – Том 13, № 1. – С. 90-94 (92); № 2. – С. 96-106.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М.: изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
3. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. – 1992. – № 6. – С. 19-29.
4. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3.
5. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Изд. МГУ, 1983. – 284 с.
6. Харитонов С.В. Неспецифические феномены суицидального поведения у больных с личностными расстройствами // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 42-48.
7. Funk A.G., Wise G.M. Anomie, powerlessness and exchange: Parallel sources of deviance // Deviant behavior. – 1989. – Vol. 10, № 1. – С. 53-60.
8. Ravlin E.G., Meglino B.M. Effect of Values on Perception and Decision Making: A Study of Alternative Works Values Measures // Journal of Applied Psychology. – 1987. – Vol. 72, № 4. – P. 666-673.

SEMANTIC TYPOLOGY OF SUICIDES

Joseph A. Kudryavtsev

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

Under a psychological analysis of 150 cases of completed suicides and of 30 suicidal attempts we identified a seven of semantic types of suicidal behavior (protest, appeal, avoidance, self-punishment, denial, brutal "misanthropy", a mutual suggestion). The classification was based on the semantic position of the personality, which was formed at the time of suicidal act. In that way we established the features of the formation and mechanisms of implementation of suicides. Knowledge of these parameters allows us to recognize of the threat of suicide, determine the personal risk of their realization, provides the reference points and "targets" of psychological correction the suicidal behavior and prevention of suicides attempts.

Key words: meaningful position, semantic typology of suicides, genesis of suicide, suicidal mechanisms of suicides, suicide.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ И СКЛОННОСТЬ К РИСКУ У ПОДРОСТКОВ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СИНТЕЗ

А.С. Рахимкулова, В.А. Розанов

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

Контактная информация:

Рахимкулова Анастасия Станиславовна – аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова.

Адрес: 65082, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +38-050-98-24-204, e-mail: rakhimkulova@yahoo.com

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

В обзоре обсуждаются биологические, психологические и социальные факторы суицидальности у подростков в связи с таким явлением как рисковое поведение. Подростки, демонстрирующие склонность к рисковому поведению – особая группа риска суицидальной активности. Даже у вполне благополучных подростков в силу сочетания естественных биологических, психологических и социальных факторов могут наблюдаться резкие изменения настроения, проявления депрессии и импульсивности в принятии решений, что может стимулировать появление суицидальных мыслей. У склонного к риску подростка (черта, отличающаяся от импульсивности) все это переживается еще более остро, уровень эмоциональной реактивности его еще более высок, а контроль за своими действиями еще слабее, что может усилить характер суицидальной активности и ускорить переход от стадии суицидальных мыслей к стадии планирования и совершения суицида. Наблюдаемое рисковое поведение (в отличие от обычно скрытых суицидальных тенденций, мыслей и переживаний) должно служить серьезным предупреждением.

Ключевые слова: рисковое поведение, суицидальная активность, подростки

Суицид – исключительно сложное и многостороннее человеческое явление, обусловленное множеством причин и обстоятельств, порой противоречащих друг другу. Если попытаться обобщить, то можно сказать, что самоубийство связано как с индивидуальными биопсихологическими, так и социальными, культурными и экзистенциальными факторами [153]. При этом самоубийство представляет собой серьезную проблему общественного здоровья и психического здоровья в частности. Согласно данным ВОЗ, общий уровень суицидальной активности за последние 45 лет вырос на 60%, число случаев суицида в мире в последние десятилетия достигает около 1 миллиона человек в год. Самоубийство занимает 14-е место среди основных причин смертности населения и составляет 1,5% всех смертей в мире, что соответствует глобальному показателю смертности в 16,7 человек на 100000 населения и равнозначно гибели одного человека каждые 40 секунд. Суицидальные попытки превышают число завершённых суицидов на порядок [1, 34, 152]. Прогнозируется возраста-

ние числа суицидов к 2020 году в 1,5 раза [119, 153]

Уровень самоубийств почти во всех культурах заметно выше среди мужчин старшего возраста по сравнению с любыми другими категориями населения. Однако в последние десятилетия уровень самоубийств среди молодых людей растет настолько быстро, что в трети стран, как развитых, так и развивающихся, данный возраст начали рассматривать как группу повышенного риска [68, 153]. На сегодняшний день самоубийство является одной из трёх основных причин смерти для возрастной категории 15-44 лет и второй основной причиной смерти для возрастной категории 10-24 года [153]. Индексы самоубийств в возрастной группе 5-14 лет низки (порядка 0,5–2,5 на 100000 в зависимости от страны или региона), однако среди молодежи (14-25 лет) они уже значительно выше (5,0–28,0 на 100000). [37]. При этом у 30% лиц в возрасте 14–24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные действия [154]. По данным государственной статистики

количество детей и подростков, покончивших с собой в возрасте до 18 лет, в России составляет 12,7%, а на Украине – 10,8% от общего числа лиц данной возрастной категории, умерших от внешних причин [4]. Данные наших наблюдений свидетельствуют о росте суицидов среди подростков за последние 10 лет, при том, что для остального населения характерно некоторое снижение уровня суицидов [19].

При проведении опросов, направленных на выяснение состояния психического здоровья подростков в школах, примерно 30% мальчиков и 40% девочек отмечают суицидальные мысли, о суицидальных попытках за последние 6 месяцев сообщают 3,7% мальчиков и 7,6 % девочек [20].

Следует отметить, что самоубийства среди этого контингента наносят наиболее сильный психологический и моральный ущерб семьям и ближайшему окружению подростков, имеют большой общественный резонанс, активно обсуждаются СМИ, вызывая в обществе ощущение катастрофичности происходящего. Все это подчеркивает необходимость детального, объективного и беспристрастного изучения различных аспектов суицидального поведения

детей, подростков и молодежи. Необходимо также уделить больше внимания особенностям и характерным чертам тех возрастных периодов, с которыми обычно связывают формирование отношения личности к суициду.

Цель данного обзора – рассмотреть весь комплекс механизмов и причин, способных оказать влияние на суицидальное и рискованное поведение подростков и молодежи, от биопсихологических особенностей до экзистенциальных аспектов, характерных для подросткового или близкого к нему возраста.

Факторы риска суицида.

Концепция факторов риска, несмотря на свою ограниченность в плане предикции суицида конкретного индивидуума, представляет ценность для более ясного понимания причин и механизмов, способных привести к самоубийствам на популяционном уровне. Условно факторы риска можно разделить на 2 группы – *провоцирующие* и *потенцирующие* (табл. 1). Естественно предположить, что наличие более одного провоцирующего фактора, подкрепленного факторами потенцирующими, с большей вероятностью вызывает суицидальную активность.

Таблица 1

Факторы риска суицида

Провоцирующие		Потенцирующий
	1. Биологические	
– нейробиологические – семейная история суицида – нарушения ранних этапов развития		– физическая болезнь, особенно неизлечимая
	2. Психиатрические	
– психические расстройства – эмоциональные расстройства – психотические и личностные расстройства – злоупотребление психоактивными веществами		– острые фазы психических нарушений
	3. Психологические	
– импульсивно-агрессивное поведение – высокая эмоциональная реактивность – состояние безнадежности, ангедонии		– негативные эмоциональные состояния (скорбь, тоска, печаль) – рискованное поведение
	4. Социальные	
– суицидальное поведение в социальной группе – наличие факторов постоянного физического и психологического стресса		– стрессовые события жизни – доступность средств для совершения суицида
	5. Демографические	
– пол (мужской) – возраст (подростковый, выше 45)		– семейное положение (неженат/ незамужем) – уровень образования (низкий и ниже среднего) – профессиональная занятость (безработный)

В нашу задачу не входит подробное обсуждение этих факторов, мы ограничимся самыми общими замечаниями, имеющими отношение к обсуждаемой теме. Анализ биологических (в частности генетических) факторов риска суицида в русле поведенческой генетики связан с изучением семейной истории суицида, суицида в семьях с усыновлением и в близнецовых парах [45, 116]. Эти исследования позволили оценить общий вклад генов в формирование суицидального поведения, составляющий примерно 45% [134]. Развитие молекулярной генетики и геномики открыло новые возможности, и в последние десятилетия исследования сконцентрировались на поиске конкретных генов, влияющих на данное поведение или тесно ассоциированных с ним [105, 107]. В настоящее время подтверждено наличие биологических коррелятов суицидального поведения на уровне генных полиморфизмов, связанных с рядом нейромедиаторных систем мозга и системой стресс-реагирования организма [137]. В тоже время, носительство некоторых генов лишь незначительно повышает риск суицида, поскольку реализация генотипа в значительной степени обусловлена взаимодействием генов и среды [106, 121, 155]. В этих процессах большую роль, по-видимому, играют эпигенетические механизмы [143]. Данный аспект проблемы подробно рассмотрен нами в предыдущих обзорных публикациях [16, 135].

Что касается нейробиологических систем, связанных с суицидальным поведением, то предметом пристального внимания в течение ряда лет являются серотонинергическая, дофаминергическая, ГАМК-ергическая медиаторные системы мозга, а также ряд других механизмов, например, состояние нейромодуляторов, цитокинов и факторов роста. Можно считать доказанной роль системы серотонина. У лиц, покончивших с собой или совершивших тяжелые суицидальные попытки, выявляется сниженный уровень метаболитов серотонина в цереброспинальной жидкости [42, 43, 121]; повышенный уровень рецепторов серотонина в тромбоцитах [39, 114, 121]; сниженное число пресинаптических транспортеров и большее количество постсинаптических рецепторов, в основном в префронтальной коре [35, 116, 121, 127]. В то же время, подобные изменения активности серотонинергической системы свойственны не только суицидальному, но и другим видам агрессивного поведения, прежде всего связанным с дефицитом контроля импульсив-

ных действий [121, 145]. Это указывает на связь суицидальной активности с другими расстройствами поведения, и в первую очередь – с расстройствами эмоциональной сферы и рискованным поведением.

Серотониновая система, вероятно, может быть вовлечена в формирование суицидальности как напрямую, так и опосредованно, через формирование тех или иных психических расстройств [103, 116, 121]. С этих же позиций можно рассматривать роль хронических и смертельных соматических заболеваний. С одной стороны, они провоцируют состояние депрессии через биологические механизмы, а с другой – лишают индивида положительного образа будущего, тем самым усугубляя психологическое восприятие текущей ситуации и себя в ней как бессмысленное и безнадежное [1, 77, 121].

Биологические механизмы скорее представляют собой предпосылки суицидальности, в то время как наибольший риск представляют собой психиатрические факторы риска – те или иные психические расстройства [56, 115, 118, 120-122, 147, 149]. Утверждение о том, что значительная часть покончивших с собой не имели психических расстройств, связано с разными подходами к оценке этого показателя. Если используется психологическая аутопсия, то диагностируемое психиатрическое заболевание в момент совершения суицида выявляется у 90–95% лиц, покончивших с собой [121, 122]. Если же оцениваются формальные данные заболеваемости психическими расстройствами, то доля лиц, не имеющих диагноза, среди покончивших с собой, резко снижается. Результаты масштабного исследования ВОЗ [121], в котором принимало участие более 100 тыс. человек из 21 страны, показали, что многие психические расстройства могут сопровождаться суицидальными проявлениями [121]. При этом значение различных расстройств для суицидальности связано с социально-экономическим фактором. Так, наиболее серьезными предикторами суицидальных попыток в развитых странах выступают расстройства настроения, а в развивающихся – злоупотребление психоактивными веществами и посттравматическое стрессовое расстройство [121]. Депрессия выступает одним из самых существенных психиатрических рисков суицидального поведения [109], 15% индивидов, страдающих депрессией, хотя бы 1 раз в жизни совершали попытку суицида, 60% жертв суицида

страдали депрессией [80]. Депрессия часто сочетается с личностными расстройствами и повышает выраженность злоупотребления психоактивными веществами [56, 130]. В лонгитюдном исследовании факторов риска суицидальных попыток [56] было обнаружено, что продолжительная глубокая клиническая депрессия ведет к развитию коморбидности с пограничным личностным расстройством, тревожным, паническим и посттравматическим расстройством, а также к аддикциям, что в результате значительно повышает риск суицидального поведения даже при отсутствии суицидальной истории [56, 121].

Если говорить о подростковом возрасте, то основными психиатрическими факторами риска, связанными с суицидальным поведением являются: выраженная депрессия (относительный риск $OR=27.0$), биполярное расстройство ($OR=9.0$), злоупотребление психоактивными веществами ($OR=8.5$), расстройства поведения ($OR=6.0$). По имеющимся данным 82% подростков - суицидентов страдали от того или иного аффективного расстройства, у 31% депрессия длилась меньше 3 месяцев, а злоупотребление психоактивными веществами в сочетании с расстройством аффекта увеличивало риск суицида больше, чем в 5 раз (с $OR=3.3$ до 17.0) [61-64, 121]. Подростки, подверженные высокому риску суицида (серьезно планировали суицид, либо уже предпринимали суицидальные попытки), часто имели аффективные расстройства, семейную историю депрессии или биполярного расстройства, антисоциальное поведение, повышенную импульсивность [61, 121].

Таким образом, наличие расстройств эмоциональной сферы, личностных расстройств, дефицит контроля импульсивных реакций, а также злоупотребление психоактивными веществами являются самыми серьезными факторами риска суицида и суицидального поведения [111, 121, 122, 147], а наличие множественных расстройств (коморбидность) свидетельствует о еще более высоком риске [121, 122, 138, 147].

Значительный интерес представляют личностные психологические особенности суицидальных подростков. У лиц, совершающих суицидальные попытки, некоторые устойчивые личностные черты более выражены (нейротизм и интроверсия) или снижены (организованность) [136]. В то же время нет оснований счи-

тать, что существует черта или некое специфическое сочетание черт личности, с большой степенью вероятности предрасполагающее к суициду.

Психологические факторы риска в основном связываются с конкретными и порой кратковременными психологическими состояниями, провоцирующими суицидальное поведение. Среди таких состояний выделяется *высокая эмоциональная реактивность* (быстрота возникновения или изменения эмоции) [8, 22, 84, 85]. Эта психологическая особенность характеризуется склонностью к возникновению бурных эмоциональных вспышек, неадекватных причине, их вызвавшей, или чрезмерной эмоциональной чувствительностью (гиперестезией) ко всем внешним раздражителям [8]. Далее следует *импульсивность* – черта характера, выражающаяся в склонности индивида действовать без достаточной степени сознательного контроля, как под влиянием внешних обстоятельств, так и в силу внутренних эмоциональных переживаний [83, 84, 115, 157]. Большое значение имеет также *склонность к риску* – устойчивая характеристика личности, связанная с рядом личностных черт, такими как импульсивность, поиск новизны, независимость, стремление к успеху, склонность к доминированию, при которой индивид с разной степенью осознанности подвергает себя опасности, исходя из своей субъективной оценки как данной ситуации, так и возможного дальнейшего хода событий в результате принятого им решения [25, 82, 92].

Данная характеристика представляет в контексте нашего обзора особый интерес. Ряд исследований свидетельствует о том, что суицидальность у подростков связана с различными видами рискованного поведения: участием в запугивании и виктимизации сверстников [71], рискованном сексуальном поведении [97], делинквентностью [61], потреблением алкоголя [79, 93, 129], различными самоповреждениями несуицидального характера [70], пренебрежением физической активностью [66] и нарушениями пищевого поведения [32]. В свою очередь, многие виды рискованного поведения коррелируют между собой, встречаясь у одних и тех же индивидуумов [150]. Все вышеизложенное послужило основанием для характеристики данного поведенческого паттерна как «синдрома рискованного поведения подростков», тесно связанного с суицидальными проявлениями

[150]. Эти проявления имеют сложную биопсихосоциальную природу, испытывают влияние в своем генезе как генов, так и среды [17] и коррелируют с суицидальными тенденциями [14].

Таким образом, наличие неоправданной склонности к риску является важной предпосылкой суицидального поведения. Если эта черта характера сочетается с *негативными эмоциональными состояниями*, особенно такими, как безнадежность [30, 50, 52, 65, 66], ангедония [85, 124] тоска [8, 22], печаль, вероятность суицидальных проявлений возрастает в разы. Существует обоснованное мнение, что проявления неоправданного риска, в том числе агрессия и жестокость в подростковой среде, может быть косвенным показателем депрессии или негативных эмоциональных состояний [71].

Данные состояния при большой продолжительности и интенсивности переживаний ведут к развитию патологических изменений в организме и усугублению депрессии [22, 121]. Рисковое поведение, его последствия в виде постоянного напряжения, негативные эмоциональные состояния, могут увеличивать психологический дистресс индивида до такого уровня, что он начинает искать выход из создавшегося порочного круга посредством суицида [49, 83, 94, 121, 151]. Кроме того, часто причиной таких эмоциональных состояний выступает не только сам индивид, но поощряемые микросоциумом особые ценности и установки, которые предрасполагают к определенным дизадаптивным формам поведения и эмоциональным расстройствам [23, 24]. Последнее может иметь для подростков особое значение.

Социальные факторы риска.

Многие исследователи, выстраивая теоретические модели суицидального поведения, отмечают, что хотя биологические, психиатрические и психологические особенности личности выступают важными предикторами суицида, факторы социальной среды, в которой находится индивид, в наибольшей степени определяют, произойдет ли суицид или нет. При этом особое внимание уделяется таким аспектам, как социальная среда в целом, социальная группа (микросоциальное окружение) и стрессовые события жизни [63, 147, 156].

Показателями повышенного риска, согласно классическим воззрениям Дюркгейма, являются некие крайние проявления взаимоотношения индивида и социума. Слишком слабая

интеграция личности в общество (в форме социальной изоляции, невовлеченности, оторванности от социума) и слишком тесная интеграция личности в общественную среду, особенно в некий специфический микросоциум, повышают риск самоубийства [1, 86, 100, 126]. Форма социальной изоляции не имеет решающего значения – это может быть и психологическое одиночество, и невовлеченность в социум, и отдельное самостоятельное проживание без достаточного количества социальных контактов, потеря члена семьи.

В последние годы активно обсуждается интерперсональная теория суицида. Она рассматривает три важнейших аспекта: 1) потерю чувства принадлежности; 2) восприятие себя как обузы для окружающих и 3) приобретенную способность (навык), характеризующийся снижением психологического порога возможности суицида. Наиболее частой причиной таких психологических состояний становится чувство одиночества как субъективного переживания, характерное для социальной изоляции или социальной отверженности индивида в различных условиях и обстоятельствах [1, 31, 44, 46-48, 98-103]. Ряд исследователей также отмечают, что если в социальной группе, к которой принадлежит индивид, имеет место история суицида или существует особое отношение к этому явлению, это повышает риск суицидального поведения [34, 131, 132]. Это весьма характерное для подростковой среды обстоятельство отчасти объясняет «заразительность» и кластеризацию суицидального поведения в подростковых субкультурах. Принадлежность к тем или иным меньшинствам, особенно сексуальным, также влияет на формирование чувства одиночества и определяется рядом исследователей как фактор риска суицида. Наконец, необходимо упомянуть доступность средств суицида, который также является фактором, провоцирующим суицидальное поведение.

Демографические факторы риска.

Основными демографическими предикторами самоубийства выступают:

1) принадлежность к *мужскому полу*, которому свойственны более высокая агрессивность, большая нацеленность суицидальных намерений на летальный исход, выбор более летальных средств для совершения суицидов;

2) возраст – подростковый с еще несформированным понятием о смерти и крайней импульсивностью поведения, а также более старший, ассоциируемый с потерей смысло-

жизненных ориентаций и отсутствием восприятия дальнейшего существования как положительного и перспективного;

3) разрыв отношений, потеря партнера;

4) низкий образовательный уровень, потеря социального статуса, финансовые потери, вынужденная безработица, принадлежность к низшим социальным слоям, часто сочетающаяся с алкогольной и наркотической зависимостями. Для подростков многие из перечисленных факторов риска имеют смысл как события, происходящие с их родителями, а не только с ними лично.

Таким образом, многообразие факторов, которые могут спровоцировать суицидальное поведение индивида, еще раз указывает на сложность и неоднозначность феномена суицида и вытекающую из этого значительную сложность его превенции.

Особенности подросткового возраста, рисковое поведение и суицидальность.

Несмотря на то, что ВОЗ определяет подростков как относительно здоровую возрастную группу, от 10 до 20% из них испытывают различные проблемы в сфере психического здоровья. При этом основной причиной такого рода проблем выступает депрессия, в то время как суицид, часто являющийся следствием депрессии, становится второй по распространенности причиной смерти среди подростков [10, 13, 55, 133, 153].

Как и любое сложное человеческое явление, подростковый возраст характеризуется целым рядом биологических, психологических и социальных факторов, каждый из которых вносит свою лепту в общую картину его протекания (таблица 2). Подростковый возраст – это переходное состояние, начало которого ознаменовано половым созреванием, а конец – приобретением независимости от значимых взрослых [72, 73]. При этом наблюдается парадокс – с одной стороны, подросток гораздо

более силен, быстр, устойчив к заболеваниям, обладает более высокими когнитивными способностями, чем ребенок, а с другой стороны, риск смертности в этот период для подростка возрастает на 200% [78]. Несоответствие уровня биологического развития индивида его психологическому и социальному уровням, сложные задачи формирования целого ряда новых психологических и социальных характеристик, смена личностных и социальных приоритетов вызывают значительный уровень стресса. Переживаемый подростком стресс, в свою очередь, может привести к нарушениям психического здоровья. Ниже в таблице приведены эти особенности, далее подробно обсуждаемые в тексте.

Биологические особенности подросткового возраста.

Ранее считалось, что мозг подростка мало чем отличается от мозга взрослого человека. Существовал целый ряд нейробиологических и когнитивных гипотез, которые предполагали, что развитие человеческого существа от ребенка ко взрослому происходит линейным образом. В последние десятилетия благодаря техническим возможностям нейровизуализации детально исследованы биологические процессы, связанные с созреванием и миелинизацией мозга, и стало возможно утверждать, что бурное качественное развитие серого и белого веществ приходится как раз на подростковый возраст [72, 88, 89, 139].

Различные отделы мозга, как биологического субстрата психики индивида, созревают, согласно современным нейроанатомическим данным, неравномерно. Вначале созревают отделы, отвечающие за первичные моторные и сенсорные функции, после чего созревают отделы коры более высокого порядка, отвечающие за операции, при которых интегрируются данные функции и реализуется контроль за ними [73, 89, 139].

Таблица 2

Особенности подросткового возраста

Биологические	Психологические	Социальные
1. Пубертат (активация гормонов гипофиза, половые гормоны).	1. Формирование собственной идентичности.	1. Формирование независимости от родителей.
2. Активация надпочечников (глюкокортикоиды, катехоламины).	2. Функциональная активация мотивационной и эмоциональной систем.	2. Смещение приоритета общения к сверстникам.
3. Финальные стадии взросления префронтальной коры головного мозга.		

Непосредственно перед началом пубертата происходит апоптоз части нейронов серого вещества, сначала в первичных сенсомоторных зонах коры, а затем в дорсолатеральной префронтальной коре и латеральной височной доле коры, что также указывает на то, что префронтальная кора головного мозга созревает одной из последних [72, 89]. Количество белого вещества, в отличие от серого, увеличивается линейным образом, и постепенная миелинизация аксонов ведет к улучшению проводимости [72, 89]. Субкортикальные структуры, а именно базальные ганглии (моторный контроль) и лимбическая система (эмоциональное реагирование) также созревают линейно и обычно до начала пубертата уже соответствуют уровню развития взрослого человека. В целом филогенетически более древние структуры созревают раньше, чем новейшие отделы коры.

Сочетание незрелой префронтальной коры (когнитивные функции и контроль) с развитыми и порой чересчур интенсивными эмоциями ослабляют способность подростка осуществлять полноценный когнитивный контроль за своими действиями, просчитывать последствия предпринимаемых действий, адекватно, а не импульсивно реагировать в эмоционально значимых для него ситуациях [72, 88, 139]. Аналогичная динамика развития и созревания головного мозга наблюдается при исследовании обезьян и подтверждается при проведении посмертных исследований на человеческом мозге [72, 88, 139].

Помимо существенной разницы в темпе созревания различных отделов коры головного мозга, означающей целый ряд сложностей для подростка, связанных, в первую очередь, с контролем своего поведения, подростковый возраст ознаменован началом пубертатного периода. Важнейшими маркерами нейроэндокринологических изменений является выработка половых гормонов и гормонов стресса, прежде всего, кортизола. Половые гормоны не только отвечают за формирование вторичных половых признаков и взросление организма, но и оказывают влияние на общее функционирование мозга, в частности на развитие лимбической системы, функционирование дофаминэргической и серотонинэргической систем [32, 140]. Кортизол и вся система стресс-реагирования (гипоталамо – гипофизарно – кортикоидная ось), в том числе такие ее компоненты, как кортиколиберин и АКТГ, оказы-

вают влияние на выраженность агрессии и вносят свой вклад в развитие депрессии [18].

Все эти механизмы выступают биологическими предикторами сложного эмоционального состояния, характерного для подростка, они в значительной мере объясняют его подверженность частой смене настроения, эмоциональной реактивности, депрессии и повышенной неконтролируемой импульсивности. Они также дают объяснение рисковому поведению, связанному как с поиском новых ощущений, так и с неэффективностью когнитивного контроля за собственными действиями, агрессивностью и повышенной тревожностью. Биологические особенности подросткового периода создают предпосылки для зависимого поведения и злоупотребления психоактивными веществами. В том, насколько вероятным будет неблагоприятное развитие, определенное значение имеют психологические и личностные особенности подростков.

Психологические особенности подросткового возраста.

Психологические особенности подростков и этапы становления личности неразрывно связаны с биологическими особенностями подросткового периода развития. Эрик Эриксон, разрабатывая свою теорию возрастной периодизации и задач каждого из возрастных периодов, выделял стадию 11-20 лет (стадия №5) как ключевую с точки зрения формирования идентичности, отмечая, что именно в этот период индивид колеблется между формированием положительного образа «Я» и отрицательной путаницей ролей. Все, что подросток познал о себе и о мире на предыдущих этапах развития и при прохождении более ранних кризисов, должно быть переосмыслено, объединено в единое целое, в единый мировоззренческий и смысло-образующий образ, при этом пережитый прошлый опыт должен помочь спроектировать деятельность в будущем. Если индивид успешно прожил кризис идентичности и смог интегрировать весь свой предыдущий жизненный опыт, он приобретает сформированное и адекватное своим жизненным обстоятельствам чувство идентичности. Если же нет – формируется чувство спутанной идентичности, для которого характерны мучительный поиск себя, своего места в обществе и отсутствие четкой жизненной перспективы.

Таким образом, только при успешном завершении подросткового периода личность получает ответы на мучительные вопросы, до

этого момента, а именно на протяжении всего подросткового периода, можно предположить, что личность страдает из-за состояния, которое Эриксон определяет как «диффузию личности». Отсюда – склонность к депрессии, подавленность и частая смена настроения, высокая эмоциональная реактивность и склонность к импульсивно-аффективному поведению, застревание в негативных эмоциональных состояниях в ситуациях значимого эмоционального события, сложный неоднозначный поиск себя и своих пределов, проявляющийся, в частности, в рискованном и девиантном поведении и т.д. Большую роль в этих сложных исканиях подростка играют интерперсональные аспекты, его взаимоотношения с взрослыми и сверстниками. При отсутствии адекватного контакта с взрослыми несозревшая когнитивная система и система контроля и управления собой не просто усугубляют данную ситуацию, но и выступают факторами, формирующими «туннельное» сознание, при котором подросток видит только определенные эмоционально-значимые (часто негативно окрашенные) аспекты ситуации, что порой приводит к с трудом проходящему ощущению безвыходности, безнадежности и бесполезности.

Интересно отметить, что в этот период созревает дофаминэргическая система, отвечающая за формирование мотивационной сферы и целенаправленного поведения [72, 73]. Основным показателем эффективного когнитивного развития является способность индивида подавлять приходящие случайные мысли и действия ради достижения и реализации целенаправленных мыслей и действий, особенно в условиях борьбы мотивов [72]. В отношении принципа созревания мотивационной сферы мнения исследователей расходятся – часть из них связывает его только с созреванием общих когнитивных функций префронтальной коры и увеличением скорости и эффективности общей мыслительной способности, а часть – включают как обязательный компонент процессы «подавления», проявляющиеся в контроле импульсивности и в отложенном удовольствии для достижения лучших результатов [72, 73].

Таким образом, психологические особенности подросткового возраста во многом детерминированы его биологическими особенностями и тесно связаны с формированием положительной мировоззренческой картины, но только в результате успешного прохождения

данного периода. До успешного его завершения подросток подвержен многочисленным мучительным переживаниям, интенсивность которых часто превосходит его способности справиться с дистрессом. Это может привести либо к долгожданному взрослению, либо к эмоциональной надломленности, с последующими неадекватными действиями и сложными путями личностного развития.

Социальные особенности подросткового возраста.

Поскольку типичные для подростков особенности психологического реагирования и поведения можно наблюдать не только у человеческих особей, но практически у всех млекопитающих, часть исследователей выдвинула гипотезу об эволюционно обусловленной необходимости данного «переходного» возрастного периода для решения ряда определенных эволюционных задач [73, 140].

С точки зрения эволюции основная задача данного периода – приобретение необходимых навыков для относительно независимого существования, для выхода из ситуации зависимости от взрослых, семьи и ближайшего окружения [140]. Как у человека, так и у других видов, это проявляется в увеличении объема взаимоотношений со сверстниками, по сравнению с контактами с более взрослыми особями, в поиске новых ощущений и усилении консуматорного поведения, и как следствие – в более рисковом поведении [73, 140]. Хотя при этом рисковое поведение повышает шанс смертельного или иного неблагоприятного исхода (травмы, повреждения и т.д.) в эволюционном плане такое поведение в природе, особенно среди мужских особей, ведет к большему репродуктивному успеху, увеличению пространства обитания, добыче дополнительных ресурсов, большей «взрослой» свободе и к способности эффективного решения сложных ситуаций [73, 140].

Из всего описанного выше можно сделать следующие выводы:

1) подростковый возраст является эволюционно обусловленным процессом и предполагает решение индивидом определенных задач развития, без которых невозможно полноценное взросление и адекватное взрослое поведение;

2) психологические и социальные аспекты поведения и реагирования подростков детерминированы биологическими процессами, про-

текающими в мозге и нейроэндокринной системе в данный период, и с трудом поддаются осознанному когнитивному контролю;

3) до успешного завершения подросткового периода подросток очень уязвим с точки зрения несоразмерности своих эмоциональных и когнитивных реакций и подвержен многим мучительным переживаниям, которые типичны для целого ряда психических расстройств и расстройств личности;

4) успешное прохождение данного этапа развития весьма затруднительно без сопутствующего вмешательства взрослых.

Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков.

Как следует из предыдущих разделов, рискованное поведение, с одной стороны, типично для человека, демонстрирующего те или иные аспекты суицидального поведения, а с другой – является неотъемлемым свойством формирующейся личности подростка, что позволяет выдвинуть гипотезу о том, что подростки, склонные к повышенному риску, представляют особую группу риска с точки зрения суицидальной активности [14].

Здесь возникает вопрос о том, какое собственно поведение следует считать рискованым, в чем оно заключается. Это поведение в современном обществе определяется социальными факторами. Большинство исследователей под проявлениями рискованного поведения, типичного для городских подростков, понимают вождение автомобиля на высокой скорости и под действием психоактивных веществ, раннее начало сексуальной жизни без использования средств контрацепции, нелегальное использование наркотиков, хулиганство, антисоциальные проявления, частое нарушение закона, насилие и ношение оружия [66, 91, 132, 144]. При этом все исследователи сходятся во мнении, что повышенная склонность к риску обычно проявляется не в одном каком-то виде поведения, а в нескольких одновременно, т.е. негативные тенденции кластеризуются [34, 144, 150].

На сегодняшний день в литературе представлено множество теорий, объясняющих природу рискованного поведения у подростков. Ряд из них акцентируют внимание на подростковом риске как форме поведения, детерминированной биологическими факторами. Так, L. Steinberg подчеркивает роль быстро развивающейся дофаминэргической системы как фактора, определяющего особенности функциони-

рования социо-эмоциональной сферы подростка, в основном управляемой увеличенной потребностью получения вознаграждения [141]. В концепции В.Д. Casey особое внимание уделяется диспропорциям в функциональной сформированности лимбической системы и префронтальной коры как органа высшего контроля за поведением. Тем самым подчеркивается, что склонность к риску следует отличать от импульсивности в силу принципиально различных биологических субстратов, стоящими за каждым из этих феноменов [72, 73]. E. Cauffman и соавт. (2010) связывает подверженность подростков к риску со сложным взаимодействием нейробиологических механизмов, составляющих потребности поиска новых ощущений, и еще несозревшими способностями поведенческого контроля [74]. G.S. Berns (2009) обращает внимание на то, что белое вещество коры у подростков, склонных к риску, более созревшее, чем у менее рискованных сверстников, объясняя свои находки попыткой раньше созревших подростков добиться своей автономии путем рискованного поведения [53]. J.T. Bruer подчеркивает особое значение запрограммированной гибели клеток серого вещества (апоптоза) и реструктуризации синаптической архитектуры в мозге в данный возрастной период, рассматривая это как наиболее важный механизм, позволяющий регулировать и выражать эмоции и предиктор когнитивной способности к более абстрактным мыслительным операциям [69].

Однако ряд других исследователей считает биологический подход к подростковому риску является слишком односторонним. Эти авторы связывают подростковую склонность к рискованному поведению, прежде всего, с теми или иными особенностями личности. В частности, M. Zuckerman (1979) первым описал черту, названную им как «sensationseeking», связанную с постоянной потребностью в поиске разнообразных, новых и сложных впечатлений и переживаний, при котором желание подвергнуться физическому или социальному риску является следствием этой потребности. При этом биологической основой данного психологического явления выступают увеличение – уменьшение реакции на стимул, низкий уровень МАО (что повышает реактивность нейронов) и высокий уровень половых гормонов в крови. В то же время этот автор тесно связывает рискованное поведение с тревогой и подчеркивает, что в каждой конкретной ситуации факт

того, предпочтет подросток риск или нет, определяется тем, уровень какого переживания в данный момент преобладает – поиска новых ощущений или тревоги [158-161]. J.J. Arnett (1992-2000) согласен с M. Zuckerman относительно его теории поиска новых ощущений и дополнительно указывает, что «бурю и натиск» подросткового и переходного возраста определяют подростковый эгоцентризм (по Пиаже) и личностная фабула, проявляющиеся в неспособности различать субъект-объект и понимать, где находятся границы собственного «Я», и начинаются границы других «Я». Он указывает на такие свойства, как восприятие себя как бы находящегося под пристальным вниманием «воображаемой аудитории», уверенность в абсолютной силе собственной мысли, отсутствие понятия непоправимости последствий своих действий и неразвитость вероятностного мышления («это может случиться с кем угодно, но не со мной») [39-41].

Целая плеяда исследователей «феномена депрессивного реализма» [33, 146] высказывали гипотезу, что подверженные депрессии индивиды в эмоционально нейтральных ситуациях демонстрируют более реалистичную оценку событий, чем индивиды, склонные к повышенной оптимистичности, вследствие их подверженности иллюзии контроля. M.T. Moore, учитывая исследования данных авторов, а также теорий A.T. Beck (зацикленность и автоматизм мышления на негативных событиях), L.Y. Abramson (переработанная теория выученной беспомощности) и ряда других, подверг серьезной критике теорию депрессивного реализма, отмечая, что депрессивные и дисфоричные пациенты, также как и оптимистично настроенные пациенты, склонны к эмоциональному предубеждению в оценке жизненных событий [30, 33, 52, 118, 146].

Интерес представляет теория, трактующая самооценку личности как предиктор риска. Самооценка (положительная или отрицательная ориентация индивида по отношению к самому себе) является непреложной частью самоидентификации личности, и связана с наличием и степенью когнитивных иллюзий индивида [76, 87, 110]. Gabbie и M. Gerrard показали в своем исследовании, что завышенная самооценка ведет к формированию иллюзии собственной уникальной неуязвимости, что в свою очередь, предрасполагает индивида к более рискованным действиям в силу того, что он не

верит или не воспринимает как серьезную угрозу негативные последствия собственных действий [41, 87, 110].

В свою очередь V.J. Casey и др. исследовали особенности принятия решений в ситуациях риска у подростков и пришли к выводам, что в эмоционально нейтральных ситуациях способность подростков к адекватному и логически обоснованному принятию решений часто равнозначна аналогичной способности взрослых. Она может быть ограничена только неполным развитием когнитивных функций, и не указывает на повышенную склонность к риску. Тем не менее, попадая в значимый эмоциональный контекст, способность подростка в ситуации принятия решения использовать свой когнитивный потенциал сильно искажается и уступает место импульсивному паттерну принятия решения, часто ассоциируемому с повышенным и неоправданным риском [72, 73, 128]. Более того, специфика созревания коры головного мозга в данном возрастном периоде ставит способность подростка принимать решения в зависимость от получения награды и удовлетворения консуматорного поведения (Holm) [96].

Небольшое количество теорий настаивают, что рисковое поведение, типичное для подросткового периода – важный аспект социальной адаптации личности. В частности J.J. Arnett в своей теории подчеркивает, что поиск новых ощущений и подростковый эгоцентризм выступают всего лишь predisпозицией рискованного поведения, в то время как социализация – узкая или широкая – будет определять, насколько подросток будет в это поведение вовлечен [39-41]. Таким образом, подверженность влиянию своей возрастной и социальной группы – один из самых существенных факторов, провоцирующих рискованное поведение. Присоединение к группе девиантных подростков, соответственно в дальнейшем ведет к девиантному поведению [39-41, 158-161]. S. Boyles в подтверждение вышесказанному приводит данные о том, что наличие рядом сверстников увеличивает случаи рискованного поведения от 50% до 100% в зависимости от типа рискованной активности, а в условиях их отсутствия при эмоционально нейтральной ситуации, подростки часто демонстрируют гораздо более высокую степень контроля за своим импульсивным и рискованным поведением [59]. Ряд исследований подчеркивают значимость таких

факторов, как успеваемость в школе, форматы проведения свободного времени, количество времени, проведенное с членами семьи, поведение друзей. Несмотря на обилие исследований по интернет - зависимости и роли телевидения в провоцировании агрессии, вопрос влияния на рискованное поведение подростков медиасреды и интернет ресурсов до настоящего момента остается открытым [66, 133, 144].

В отечественной литературе рискованное поведение среди подростков в основном рассматривается как вариация и степень девиантного и делинквентного поведения, что соотносится с теориями, указывающими на социальную природу рисков [6, 7, 11, 12, 26, 27, 29].

Таким образом, рискованное поведение действительно выступает как многогранный феномен, в котором теснейшим образом переплетены нейробиологические, личностно - психологические, социальные и экзистенциальные факторы, сложная система взаимодействий которых не позволяет свести риск только к какой-либо одной из этих составляющих. При этом необходимо различать импульсивность и склонность к риску, как две независимые друг от друга черты личности. В то время как импульсивность становится ниже с возрастом, следуя линейному паттерну (т.е. снижается в ряду дети – подростки – взрослые), повышенная склонность к риску снижается при достижении следующей стадии развития, т.е. взрослости (иными словами склонность к риску ниже у детей и взрослых и выше у подростков). В отличие от ряда других феноменов, рискованное поведение особенно зависит от социальной группы, к которой принадлежит подросток, его социальной успешности – неуспешности, признания и принятия его членами данной группы и ближайшим социальным окружением (семья, школа).

Все это указывает на то, что подросток, склонный к рискованному поведению, помимо обычного бремени подростковых переживаний несет еще и дополнительное бремя ассоциируемых с риском факторов. Это увеличивает степень подверженности такого подростка неконструктивным моделям поведения при попадании в сложные и эмоционально значимые ситуации и является одним из дополнительных факторов риска суицида. Данное обстоятельство является основанием для более пристального внимания к таким подросткам в школах и семьях. Разумеется, рискованное поведение не является прямым указанием на суицидаль-

ность, но легко наблюдаемое рискованное поведение (в отличие от обычно скрытых суицидальных тенденций, мыслей и переживаний) должно служить серьезным предупреждением.

Заключение.

Все вышесказанное позволяет предположить, что подростки, демонстрирующие склонность к рискованному поведению – особая группа риска, когда речь заходит о возможной суицидальной активности. Даже вполне здоровый и благополучный подросток, чье нестабильное эмоциональное состояние обусловлено естественными биологическими, психологическими и социальными факторами, подвержен в этот период расстройствам настроения, депрессии и импульсивности в принятии решений, что может стимулировать начало суицидальной активности на уровне суицидальных мыслей. У склонного к риску подростка все это переживается еще более остро, уровень эмоциональной реактивности его еще более высок, а контроль за своими действиями еще более низок, что может усилить суицидальную активность и ускорить переход от стадии суицидальных мыслей к стадии планирования и совершения суицида.

Табуированность темы суицида в обществе лишь усугубляет ситуацию, т.к. подросток, который испытывает суицидальные переживания или уже суицидально активен (высказывал намерения, совершил попытку), не может ни получить достоверную информацию о причинах своих мыслей, ни обсудить волнующие его вопросы со специалистом. В контексте того, что в данном возрасте наблюдается тенденция переживать порой негативный образ себя, такого рода мысли лишь усиливают уверенность подростка в собственной никчемности, бесполезности своего существования, восприятию себя как обузы для окружающих и т.д. Естественно предположить, что для более импульсивных и склонных к риску подростков, особенно под воздействием психоактивных веществ и под влиянием своей социальной группы, шанс перейти от мыслей к реализации суицида повышается.

Учитывая многообразие нейробиологических механизмов, обуславливающих психологические реакции как здорового, так и более склонного к риску подростка, можно предположить, что подросток не может в полной мере и осознанно управлять своим внутренним состоянием. Для выработки более конструктивных копинг-стратегий ему необходимо участие

взрослых, причем не только из состава собственной семьи, но и из более широкой социальной среды – школа, центры досуга, спортивные сообщества и т.д. Отсюда следует вывод, что способность взрослых распознать признаки потенциальной или начинающейся суицидальной активности на раннем этапе может действительно помочь предотвратить трагедию впоследствии. Мы полагаем, что разработка всеохватывающей системы работы с подростками в целом, а не только с отдельными группами риска, информированность на всех уровнях социального взаимодействия и налаженная система предоставления адекватной и своевременной психо-социальной помощи может изменить тревожную статистику суицидальной активности, прогнозируемую на ближайшие десятилетия.

Литература:

1. Алавердова Л. Мальчик с мечом деревянным. Рассказ сестры, пережившей самоубийство брата. http://www.popsy.ru/books/boy_sword.php
2. Андреев В.Ю., Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Школьная дезадаптация в форме систематических пропусков занятий: факторы риска и психосоциальная реабилитация // Дефектология. – 2009. – № 5. – С. 39-47.
3. Видерман Н.С. Характеристики копинг-поведения подростков с девиантным поведением: диплом. раб. – М.: МГППУ, 2007.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
5. Ворошилин С.И. Аддиктивное рискованное поведение как проявление снижения инстинкта самосохранения // Суицидология. – 2013. – № 1. – С. 61-68.
6. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Аддиктивное поведение молодежи и подростков как социальное явление // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. <http://www.science-education.ru/100-r5006>, № статьи 0421100037/0341.
7. Евдокимов А.Г. Физиологические критерии склонности к рискованному поведению у лиц молодого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук; РУДН. – Волгоград, 2010. – 21 с.
8. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб: Питер, 2001. – 752 с.
9. Каргин А.М., Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Соц. и клин. психиатрия. – 2009. – № 4. – С.15-20.
10. Коннор Д. Агрессия и антисоциальное поведение у детей и подростков. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 288 с.
11. Миронова М.С., Сетко Н.П. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков // Здоровоохранение РФ. – 2011. – № 1. – С. 56.
12. Пагава Е.К., Мишо П.-А., Жанин А. и др. Рисковое поведение подростков в большом городе // Вестн. РГМУ. – 2007. – №1. – С. 65-70.
13. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. 4-е изд. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 176 с.
14. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – №5. – С. 31-32.
15. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. – 2013. – Том 4, №1 (10). – С. 3-14.
16. Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития // Украинский мед. журнал. – 2010. – № 1 (75). – С.92-97.
17. Розанов В.А. Роль взаимодействия генов и среды в формировании нарушений психического здоровья детей и подростков // Жур. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 9. – С. 97-102.
18. Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Соц. и клин. Психиатрия. – 2013. – Том 23 (вып.1). – С.79-88.
19. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е. и др. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Жур. психиатрии и мед. психологии. – 2012. – № 1 (28). – С. 53-61.
20. Розанов В.А., Уханова А.И., Пилягина Г.Я. и др. Выявление скрытых аутодеструктивных тенденций у подростков и обоснование возможности организации школьной системы суицидальной превенции // Укр. вісник психоневрології. – 2012. – Том 20 (72). – С. 219.
21. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Том 7 (2). – С. 56-58.
22. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. // Мед. психология в России: электрон. научный журнал. – 2012. – №2. URL: <http://medpsy.ru>, дата обращения: 24.06.2012
23. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Клин. и соц. психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 94-101.
24. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в

- студенческой популяции // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 3. – С. 101-110.
25. Черникова О.А. Психологический мониторинг склонности к риску: обзор существующих методик // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. науч. работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской ОКПБ №3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. – Киев–Харьков, 2010. – Том 5.
 26. Чубаровский В.В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков // Гигиена и санитария. – 2009. – № 2. – С. 63-66.
 27. Чубаровский В. В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков : проблемы, пути решения, технологии // Школа здоровья. – 2009. – № 3. – С. 26-30.
 28. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
 29. Ясная В.А. Временная перспектива подростков с девиантным поведением: особенности и связь с толерантностью к неопределённости и самооценкой // Психол. наука и образование (электр. журн.). – 2012. – №2, www.psyedu.ru / ISSN: 2074-5885,
 30. Abramson L.Y., Metalsky G.I., Alloy L.B. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression // Psychological Review. – 1989. – Vol. 96. – P. 358-372.
 31. Agerbo E., Nordentoft M., Mortensen P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study // BMJ. – 2002. – Vol. 325. – P. 74.
 32. Ahren-Moonga J., Holmgren S., von Knorring et al. Personality traits and self-injurious behavior in patients with eating disorders // Europ. Eating Disord. Rev. – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 268-275.
 33. Allan L.G., Siegel Sh., Hannah S. The sad truth about depressive realism // The quarterly J. of Experim. Psychol. – 2007. – Vol. 60, № 3. – P. 482-495.
 34. Anestis M.D. Suicide clusters: Is suicidal behavior contagious? // Psychother. Brown Bag – 2007. – Vol. 5 № 7.
 35. Anisman H., Du L., Palkovits M. et al. Serotonin receptor subtype and p11 mRNA expression in stress-relevant brain regions of suicide and control subjects // J. of Psych. and Neurosc. – 2008. – Vol. 33. – P. 131-141.
 36. Appleby L., Cooper J., Amos T. et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35 //The Brit. J. of psych: the J. of Ment. Science. – 1999. – Vol. 175. – P. 168-174.
 37. Apter A., Burzstein C., Bertolote J.M. et al. Suicide on all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective Ed. D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – P.621-628.
 38. Arango V., Underwood M.D., Gubbi A.V. et al. Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims // Brain Research. – 1995. – Vol. 688. – P. 121-133.
 39. Arnett J.J. Adolescent Storm and Stress, Reconsidered // Am. Psychologist. – 1999. – Vol. 54, № 5. – P. 317-326.
 40. Arnett J.J. Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the twenties // Am. Psychologist. – 2000. – Vol. 55, № 5. – P. 469-480.
 41. Arnett J.J. Review. Reckless Behavior in Adolescence: A Developmental Perspective // Developmental Review. – 1992. – № 12. – P. 339-373.
 42. Arranz B., Eriksson A., Mellerup E. et al. Brain 5-HT1A, 5-HT1D, and 5-HT2 receptors in suicide victims. // Biol. Psych. – 1994. – Vol. 35. – P.457-463.
 43. Asberg M., Traskman L., Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? // Arch. of Gen. Psych. – 1976. – Vol. 33. – P. 1193-1197.
 44. Bagley C., Jacobson S., Rehin A. Completed suicide: a taxonomic analysis of clinical and social data // Psychol. Med. – 1976. – Vol. 6. – P.429-438.
 45. Baldessarini R.J., Hennen J. Genetics of Suicide: an overview // Harvard Rev. Psych. – 2004. – Vol. 12. – P. 1-13.
 46. Baumeister R.F., DeWall C.N., Ciarocco N.J. et al. Social exclusion impairs self-regulation // J. of Person. and Soc. Psychol. – 2005. – Vol. 88. – P. 589-604.
 47. Baumeister R.F., Leary M.R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation // Psychol. Bulletin. – 1995. – Vol. 117. – P. 497-529.
 48. Baumeister R.F., Twenge J.M., Nuss C.K. Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought // J. of Person. and Soc. Psychol. – 2002. – Vol. 83. – P. 817-827.
 49. Baumeister R.F. Suicide as escape from self // Psychol. Rev. – 1990. – Vol. 97. – P. 90-113.
 50. Beck A.T., Brown G., Berchick R.J. et al. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients // Am. J. of Psych. – 1990. – Vol. 147. – P. 190-195.
 51. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M. et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // Am. J. of Psych. – 1985. – Vol. 142. – P. 559-563.
 52. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates //Am. J. of Psych. – 2008. – Vol. 165. – P. 969-977.
 53. Berns G.S., Moore S., Capra C.M. Adolescent Engagement in Dangerous Behavior is Associated with Increased White Matter Maturity of Frontal Cortex // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4, № 8. – P. 67-73.
 54. Bjork J.M., Hooper D.W. Anticipating instrumentally obtained and passively-received rewards: A

- factorial fMRI investigation // *Behav. and Brain Res.* – 2007. – Vol. 177, № 1. – P. 165-170.
55. BMA Board of Science. Child and adolescent mental health. A guide for healthcare professionals. London: British Medical Association, 2006. – 59 p.
 56. Bolton J.M. et al. A Population-Based Longitudinal Study of Risk Factors for Suicide Attempts in Major Depressive Disorder // *J. Psych. Res.* – 2010. – Vol. 44, № 13. – P. 817-826.
 57. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide // *Molec. Psych.* – 2006. – Vol. 11. – P. 336-351.
 58. Boxer P.A., Burnett C., Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature // *J. of Occupat. and Environm. Med.* – 1995. – Vol. 37. – P. 442-452
 59. Boyles S. Teens Are Hard-Wired for Risky Behavior // *Women's Health Issues.* – 2009. – Vol. 19, № 5. – P. 313-324.
 60. Brenner N. D., Kann L., Shanklin Sh. et al. Methodology of The Youth Risk Behavior Surveillance System // *The Morbidity and Mortality Weekly Report.* – 2013. – Vol. 62, № 1. – P. 1-25.
 61. Brent D.A., Bridge J.A. Delinquent accounts: does delinquency account for suicidal behavior? // *J. of Adol. Health.* – 2007. – Vol. 40, № 3. – P. 204-205.
 62. Brent D.A., Perper J.A., Goldstein C.E. et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients // *Arch. of Gen. Psych.* – 1988. – Vol. 45. – P. 581-588.
 63. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G. et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study // *J. of the Am. Academy of Child and Adolescence Psychiatry.* – 1993. – Vol. 32. – P. 521-529.
 64. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G. et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study // *Suicide and Life-threatening Behav.* – 1993. – Vol. 23. – P. 179-187
 65. Brezo J., Paris J., Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review // *Acta Psych. Scand.* – 2006. – Vol. 113. – P. 180-206.
 66. Brown D.R., Galushka D.A., Zhang J. et al. Physical activity, sport participation and suicidal behavior: US high school students // *Medicine and Science in Sports and Exercise.* – 2007. – Vol. 39, № 12. – P. 2248-2257.
 67. Brown G.K., Beck A.T., Steer R.A. et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study // *J. of Cons. and Clinical Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 371-377.
 68. Brown P. Choosingtodie – agrowingepidemicamongtheyoung // *Bull. WHO.* – 2001. – Vol. 79, № 12. – P. 1175-1177.
 69. Bruer J.T. Neural Connections: Some You Use, Some You Lose // *Phi Delta Kappan.* – 1999. – P. 264-277.
 70. Brunner R., Parzer P., Haffner J. et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents // *Arch. of Pediatr. and Adolesc. Med.* – 2007. – Vol. 161, № 7. – P. 641-649.
 71. Brunstein-Klomek A., Marocco F., Kleinman M. et al. Bullying, depression and suicidality in adolescents // *J. of the Am. Acad. of Child and Adolesc. Psych.* – 2007. – Vol. 46, № 1. – P. 40-49.
 72. Casey B.J., Jones R.M., Todd A.H. The adolescent brain // *An. of the New York Acad. of Science.* – 2008. – Vol. 1124. – P. 111-126.
 73. Casey B.J., Duhoux S., Cohen M.M. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? // *Neuron.* – 2010. – Vol. 67, № 5. – P. 749-760.
 74. Cauffman E., Claus E., Shulman E. et al. Adolescent Decision-Making: Risk Preference or punishment insensitivity // *The Develop. Rev.* – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 78-106.
 75. Center C., Davis M., Detre T. et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement // *JAMA.* – 2003. – Vol. 289. – P. 3161-3166.
 76. Chubb N.H., Fertman C.I., Ross J.L. Adolescent self-esteem and locus of control: a longitudinal study of gender and age differences // *Adolescence.* – 1997. – Vol. 32. – P. 113-129.
 77. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life // *Biol. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 52. – P. 193-204.
 78. Dahl R.E. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence // *CNS Spectrums.* – 2001. – Vol. 6. – P. 60-72.
 79. Dearden K.A.; Crookston B.T., De La Cruz N. et al. Teens in trouble: cigarette use and risky behaviors among private, high school students in La Paz, Bolivia // *Revista Panamericana de Salud Publica.* – 2009. – Vol. 22, № 3. – P. 160-168
 80. Dumais A., Lesage A.D., Alda M. et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men // *Am. J. of Psych.* – 2005. – Vol. 162, № 11. – P. 2116-2124.
 81. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of the iceberg of suffering? // *Early Intervention in Psychiatry.* – 2011. – Vol. 5, № 1. – P. 6-11.
 82. Epstein J.A., Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students // *Suicide and Life-threatening Behavior.* – 2009. – Vol. 39, № 3. – P. 241-251.
 83. Fawcett J., Busch K.A., Jacobs D., et al. Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model // *Annals of the New York Academy of Science.* – 1997. – Vol. 836. – P. 288-301.
 84. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient // *An. of the New York Academy of Science.* – 2001. – Vol. 932. – P. 94-102.
 85. Fawcett J.W., Curt A. Damage control in the nervous system: rehabilitation in a plastic environment // *National Medicine.* – 2007. – Vol. 15, № 7. – P. 735-736.
 86. Fazio R.H., Olson M.A. Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use //

- Annual Review of Psychology. – 2003. – Vol. 54. – P. 297-327.
87. Gerrard M., Smith G.E., Gibbons F.X. Self-Esteem and the Relation between Risk Behavior and Perceptions of Vulnerability to Unplanned Pregnancy in College Women // *Health Psychol.* – 1997. – Vol. 16, № 2. – P. 137-146.
88. Giedd J.N., Blumenthal J., Jeffries N.O. et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study // *National Neuroscience.* – 1999. – Vol. 2. – P. 861-863.
89. Gogtay N., Giedd J.N., Lusk L. et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood // *Proceedings of the National Acad. of Science USA.* – 2004. – Vol. 101, № 21. – P. 8174-8179
90. Goldney R.D., Smith S., Winefield A.H. et al. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity // *Acta Psych. Scand.* – 1991. – Vol. 83. – P. 115-120.
91. De Guzman M.R., Bosch K.R. High-Risk Behaviors Among Youth // *Online J. Families Adol. & Youth Issue* of July 2007 G1715, URL: <http://www.ianrpubs.unl.edu/pages/publicationD.jsp?publicationId=786>
92. Hallfors D., Vevea J.L., Iritani B. et al. Truancy, grade point average, and sexual activity: A meta-analysis of risk indicators for youth substance use // *J. of School Health.* – 2002. – Vol. 72. – P. 205-211.
93. Halpern-Felsher B.L., Millstein S.G. et al. Relationship of alcohol use and risky sexual behavior: a review and analysis of findings // *J. of Adol. Health.* – 1996. – Vol. 19, № 5. – P. 331-336.
94. Hawton K., Cole D., O'Grady J. et al. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents // *The British Journal of Psychiatry.* – 1982. – Vol. 141. – P. 286-291.
95. Helmkamp J.C. Occupation and suicide among males in the US Armed Forces // *Ann. of Epidemiol.* – 1996. – Vol. 6. – P. 83-88.
96. Holm S.M., Forbes E.E., Ryan N.D. et al. Reward-Related Brain Function and Sleep in Pre/Early Pubertal and Mid/Late Pubertal Adolescents // *J. of Adol. Health.* – 2009. – Vol. 45, № 4. – P. 326-334.
97. Houck C.D., Hadley W., Lescano C.M. et al. Suicide attempt and sexual risk behavior: relationship among adolescents // *Arch. of Suicide Research.* – 2008. – Vol. 12, № 1. – P. 39-49.
98. Joiner T. Understanding and Overcoming the Myths of Suicide What Goes On in the Minds of Those Who Attempt Suicide // *Psychiatric Times.* – 2011. – Vol. 28, № 1. – P. 1-4.
99. Joiner T.E., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. The core of loneliness: lack of pleasurable engagement--more so than painful disconnection--predicts social impairment, depression onset, and recovery from depressive disorders among adolescents // *J. of Personal. Assessment.* – 2002. – Vol. 79. – P. 472-491.
100. Joiner T., Pettit J.W., Walker R.L. et al. Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide // *J. of Social & Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 1. – P. 531-545.
101. Joiner T.E., Van Orden K.A. The Interpersonal Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets // *Intern. J. of Cognitive Therapy.* – 2008. – № 1. – P. 80-89.
102. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al. The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients. – Washington, D.C: Am. Psychol. Association; 2009.
103. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al. Main Predictions of the Interpersonal - Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults // *J. of Abnormal Psychol.* – 2009. – Vol. 118, № 3. – P. 634-646.
104. Kann L., O'Malley Olsen E., McManus T. et al. Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9–12. Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001–2009 // *The Morbidity and Mortality Weekly Report.* – 2001. – Vol. 60 (SS07). – P. 1-133.
105. Kendler K.S. “A gene for ...”: the nature of gene action in psychiatric disorders // *Am. J. of Psych.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1243-1252.
106. Kendler K.S. Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: Reflections of a genetic epidemiologist // *Europ. Psych.* – 2010. – Vol. 25. – P. 300-303.
107. Kendler K.S. Toward a philosophical structure for psychiatry // *Am. J. of Psych.* – 2005. – Vol. 162. – P. 433-440.
108. Kendler K.S., Prescott C.A. Genes, environment and psychopathology: understanding the causes of psychiatric and substance use disorders. – NY.: Guilford Press; 2007.
109. Kessler, R. C., Blazer, D. G., McGonagle, K. A. et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey // *Am. J. of Psych.* – 1994. – Vol. 151. – P. 979-986.
110. Lane A.M. Jones L., Stevens M.J. Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes and self-efficacy // *J. of Sports Behav.* – 2008. – Vol. 25. – P. 331-345.
111. Linehan M.M., Rizvi S.L., Welch S.S. et al. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *International handbook of suicide and attempted suicide* // Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. – P. 147-178.

112. Mahon M.J., Tobin J.P., Cusack D.A. et al. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide // *Am. J. of Psych.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1688-1696.
113. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behaviour // *National Review of Neuroscience.* – 2003. – Vol. 4. – P. 819-828.
114. Mann J.J., Malone K.M., Nielsen D.A. et al. Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients // *Am. J. of Psych.* – 1997. – Vol. 154. – P. 1451-1453.
115. Mann J.J., McBride P.A., Brown R.P. et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients // *Arch. of General Psych.* – 1992. – Vol. 49. – P. 442-446.
116. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *Am. J. of Psych.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181-189.
117. Marzuk P.M., Nock M.K., Leon A.C. et al. Suicide among New York City police officers, 1977–1996 // *Am. J. of Psych.* – 2002. – Vol. 159. – P. 2069-2071.
118. Moore M.T., Fresco D.M. Depressive Realism and Attributional Style: Implications for Individuals at Risk for Depression // *Behavior Therapy.* – 2007. – Vol. 38. – P. 144-154.
119. Murray C.L., Lopez A.D.(eds.) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. – Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
120. Nock M.K., Banaji M.R. Prediction of Suicide Ideation and Attempts Among Adolescents Using a Brief Performance-Based Test // *J. of Consulting and Clin. Psychol.* – 2007. – Vol. 75, № 5. – P. 707-715.
121. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Suicide and Suicidal Behavior // *Epidemiology Review.* – 2008. – Vol. 30, № 1. – P. 133-154.
122. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys // *The Brit. J. of Psych.* – 2008. – Vol. 192. – P. 98-105.
123. Nock M.K., Hwang I., Sampson N. et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys // *PLoS Med* 6(8): e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123 – 2009.
124. Nock M.K., Kazdin A.E. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents // *J. of Clin. Child and Adol. Psychol.* – 2002. – Vol. 31. – P. 48-58.
125. Nock M.K., Wedig M.M., Holmberg E.B. et al. Emotion reactivity scale: psychometric evaluation and relation to self-injurious thoughts and behaviors // *Behav. Ther.* – 2008. – Vol. 39. – P. 107-116.
126. Olsson A., Ebert J.P., Banaji M.R. et al. The role of social groups in the persistence of learned fear // *Science.* – 2005. – Vol. 309. – P. 785-787.
127. Oquendo M.A., Placidi G.P., Malone K.M. et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression // *Arch. of General Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 14-22.
128. Paulsen D.J., Platt M.L., Huettel S.A. et al. Decision-Making Under Risk in Children, Adolescents, and Young Adults // *Front. in Develop. Psychol.* – 2011. – Vol. 2. – P. 72.
129. Pergamit M.R., Huang L., Lane J. The Long Term Impact of Adolescent Risky Behaviors and Family Environment. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation // U.S. Department of Health and Human Services. – August, 2001. <http://aspe.hhs.gov/hsp/riskybehav01>
130. Perlis R.H., Brown E., Baker R.W. et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials // *Am. J. of Psych.* – 2006. – Vol. 163, № 2. – P. 225-231.
131. Pfeifer J.H., Masten C.L., Moore W.E. 3rd, et al. Entering adolescence: resistance to peer influence, risky behavior, and neural changes in emotion reactivity // *Neuron.* – 2011. – Vol. 69, № 5. – P. 1029-1036.
132. Prinstein M.J., Boergers J., Spirito A. Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence // *J. of Pediatric Psychol.* – 2001. – Vol. 26, № 5. – P. 287-298.
133. Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M. et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey // *Europ. Child and Adol. Psych.* – 2008. – Vol. 17, № 1. – P. 22-33.
134. Roy A., Rylander G., Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior // *The Psych. Clinics of North Am.* – 1997. – Vol. 20, № 3. – P. 595-611.
135. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology.* – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.
136. Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Personality Patterns of Suicide Attempters: Gender Differences in Ukraine // *Span. J. of Psychol.* – 2011. – Vol. 14, № 2. – P. 693-700.
137. Rujesku D., Thalmeier A., Moller H.-J. et al. Molecular genetics findings in suicidal behavior: what is beyond the serotonergic system? // *Arch. of Suicide Res.* – 2007. – Vol. 11. – P. 17-40.
138. Shafii M., Steltz-Lenarsky J., Derrick A.M. et al. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents // *J. of Affect. Disord.* – 1988. – Vol. 15. – P. 227-233.
139. Sowell E.R., Thompson P.M., Toga A.W. Mapping changes in the human cortex throughout the

- span of life // *Neuroscientist*. – 2004. – Vol. 10, № 4. – P. 372-392.
140. Spear L.P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations // *Neuroscience and Biobehav. Rev.* – 2000. – Vol. 24, № 4. – P. 417-463.
 141. Steiberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking // *The Develop. Rev.* – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 78-106.
 142. Stenager E.N., Stenager E. Physical illness and suicidal behaviour. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *International handbook of suicide and attempted suicide*. – Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. – P. 405-420.
 143. Szyf M. DNA methylation, the early-life social environment and behavioral disorders // *J. of Neurodevelop. Disord.* – 2011. – Vol. 3, № 3. – P. 238-249.
 144. Terzian M.A., Andrews K.M., Moore, K.A. *Preventing Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice*. Washington DC: Child Trends. Publ. 2011-24, September 2011. http://www.childtrends.org/files/Child_Trends-2011_10_01_RB_RiskyBehaviors.pdf.
 145. Traskman-Bendz L., Mann J.J. Biological aspects of suicidal behaviour. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. – Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. – P. 65-77.
 146. Vasques C. Judgement of Contingency: Cognitive Biases in Depressed and Non-depressed Subjects // *J. of Personal. and Soc. Psychol.* – 1987. – Vol. 52, № 2. – P. 419-431.
 147. Vijayakumar L., Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India // *Acta Psych. Scand.* – 1999. – Vol. 99. – P. 407-411.
 148. Virkkunen M., Rawlings R., Tokola R. et al. CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers // *Arch. of Gen. Psych.* – 1994. – Vol. 51. – P. 20-27.
 149. Wang Ph. S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. *Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys* // *The Lancet*. – 2007. – Vol. 370, № 9590. – P. 841-850.
 150. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al. *Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial* // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 10. – P. 192-207.
 151. Williams J.M.G., Pollock L.R. The psychology of suicidal behaviour. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. – 1st. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. – P. 79-94.
 152. World Health Organization. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Geneva, Switzerland; 1996. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
 153. World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. – http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
 154. Yang B., Lester D. Natural suicide rates in nations of the world. *Shortreport // Crisis*. – 2004. – Vol. 26. – P. 187-188.
 155. Yen F.C., Hong C.J., Hou S.J. et al. Association study of serotonin transporter gene VNTR polymorphism and mood disorders, onset age and suicide attempts in a Chinese sample // *Neuropsychobiology*. – 2003. – Vol. 48. – P. 5-9.
 156. Yen S., Pagano M.E., Shea M.T. et al. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study // *J. of Consult. and Clin. Psychol.* – 2005. – Vol. 73. – P. 99-105.
 157. Zouk H., Tousignant M., Seguin M. et al. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions // *J. of Aff. Disord.* – 2006. – Vol. 92. – P. 195-204.
 158. Zuckerman M. *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. – L. Erlbaum Associates. ISBN 978-0-470-26851-3. – 1979.
 159. Zuckerman M. *Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsivity and Anxiety*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. – 1983.
 160. Zuckerman M. *Psychobiology of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press. – 1991.
 161. Zuckerman M. *Sensation seeking and risky behavior*. – Washington DC: American Psychological Association. – 2007.

SUICIDALITY AND RISKY BEHAVIOURS IN ADOLESCENTS: BIOPSYCHOSOCIAL SYNTHESIS

A.S. Rakhimkulova, V.A. Rozanov

The review discusses biological, psychological and social factors of teenage suicide tendencies in its correlation with such phenomenon as risky behavior. Teenagers who tend to behave in a risky manner form a specific risk group for suicidal activity. Even rather problem-free teenagers due to the combination of natural biological, psychological and social factors can demonstrate abrupt mood changes, depression and impulsivity during decision-making process, which can cause suicidal ideation. A teenager disposed to risk (a feature that is different from impulsivity) experiences all these even sharper, his emotional reactivity level is even higher, and his control after his actions is even weaker, which can intensify suicidal activity and speed up the transition from the stage of suicide ideation to the stage of suicide planning and committing suicide. Observable risky behavior (unlike usually hidden suicidal tendencies, ideations and experiences) should be viewed as a serious warning sign of possible suicide.

Key words: risky behavior, suicidal activity, teenage.

УДК: 616.89-008.441.44-056.47:159.9.07

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ, НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА БРАЧНОЙ ДИНАМИКИ

А.В. Меринов

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

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – д.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, доцент.

Адрес: 390026, г. Рязань, Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

В статье приводятся наркологические, экспериментально-психологические и суицидологические характеристики супругов из семей, где муж страдает алкогольной зависимостью. Показано, что данные группы мужчин и женщин представляют, в отношении изучаемых признаков, весьма гетерогенные образования, что позволило автору предположить и обосновать существование клинко-феноменологически обособленных типов развития брачных отношений в подобных семьях. В данной работе проведена оценка представленности аутоагрессивных паттернов и клинко-психологическая характеристика супругов с учетом различных вариантов динамики семейных отношений, что имеет принципиальное значение для проведения превентологической работы и осуществления эффективных и максимально индивидуализированных терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: типы семей больных алкогольной зависимостью, аутоагрессия, суицидология

В последнее время, интерес к особенностям функционирования семей, в которых один из супругов страдает алкогольной зависимостью, остается неизменно высоким [5, 8, 10]. Это, прежде всего, объясняется широчайшей распространенностью подобных семейных отношений, а с другой – необходимостью поиска эффективных подходов как к лечению самой алкогольной зависимости, так и созависимого состояния [8]. Кроме того, существует потребность в разработке эффективных программ превенции аутоагрессивного поведения супругов в подобных браках, поскольку их вклад в «суицидальность» современного общества остается колоссальным [1-4, 11].

Традиционно, подход к изучению как наркологических, так и суицидологических характеристик супругов в подобных семьях, был, можно сказать, статичным. То есть, мы имели некие совокупные характеристики, которые, в лучшем случае, оценивали влияние длительности существования супружеских отношений на рассматриваемые показатели. Другими словами, все браки мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, изучались как не-

что «однотипное и однообразное», то есть не имеющее каких-то внутрigrупповых вариантов, в отношении представленности тех же аутоагрессивных паттернов. Что уже априори было не верным.

Последние полученные нами данные [6, 8, 9] с полным правом позволяют утверждать, что подобные браки в динамическом, а также, соответственно, в клиническом и суицидологическом аспектах, представляют собой неоднородную группу. Это позволило нам предложить оригинальную типологию таковых брачных отношений, позволяющую максимально индивидуализировать терапевтические подходы как в наркологической, так и суицидологической практиках [6, 7].

Перед тем как перейти к клинко - наркологической и суицидологической характеристикам супругов при различных типах развития семейной системы, в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, коротко остановимся на описании предложенной нами типологии [6].

Понятие границ семьи происходит из теории семейных систем. Любая семья предпола-

гает наличие внутреннего (семейного, «своего») пространства и внешнего (несемейного, «чужого») пространства. Для описания взаимоотношений между семьёй и социальным окружением используется такой фактор, как «границы семейной системы», их гибкость и степень проницаемости. Доказано, что структурная и функциональная патология внешних и внутренних семейных границ является одной из важных системных характеристик дисфункциональных браков, в частности семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ) [6].

Одной из основных особенностей «алкогольных» браков, описываемой большинством учёных, является феномен «закрытой семейной системы», то есть социальной изоляции, которая является одной из главных динамических характеристик созависимой реакции близких. Поведение членов семьи, прежде всего супруги, подчинено сокрытию алкоголизма мужа, семейных конфликтов и семейного насилия, своеобразный заговор молчания по поводу семейных и наркологических проблем.

Закрытая семейная система является следствием закономерного прохождения семьёй больного алкогольной зависимостью ряда стадий, и обычно преподносится как некое терминальное состояние, после которого следует либо развитие у супруги психосоматозов, депрессий, суицидальных реакций и смирения, либо развода. Как показывает практика, не всегда существует указанная поступательная динамика, и феномен «закрытой семейной системы» имеет ряд особенностей [6, 8, 9].

Обнаружено, что основные суицидологические и наркологические показатели у супругов зависят от степени открытости / закрытости семейной системы, что позволило нам разделить все браки МСАЗ на три основные группы, используя в качестве группообразующего фактора вышеуказанный феномен. Таким образом, нами выделены три клинически чётко очерченных варианта динамического развития семьи МСАЗ в зависимости от проницаемости границ семейной системы: браки с permanently закрытой семейной системой, первично открытой и вторично открытой семейными системами. Особым, наиболее редким вариантом, являлся таковой с использованием эпискрипт-модели, о чем мы уже подробно сообщали ранее [8].

Перед тем, как непосредственно перейти к детальной клинической и суицидологической

характеристикам супругов в изучаемых нами браках, рассмотрим подробнее описанные нами варианты динамики семейных отношений. Начнем с самого распространенного варианта.

Брак МСАЗ с permanently закрытой семейной системой (ПЗСС) – наиболее классический вариант семейной динамики браков МСАЗ, когда после этапа активной «борьбы за здоровье мужа», супруга делает границы семьи ригидными и непроницаемыми (*истинная закрытость семейной системы*), инкапсулируя проблему зависимости внутри узкого семейного круга (куда зачастую не входят даже родители супругов, их братья и сестры). Начинается многолетний этап имитации гармоничной семьи «не имеющей никаких проблем», тем более с алкогольной зависимостью у мужа. Данный вариант встретился у 61,6% обследованных нами семей МСАЗ.

Подобная закрытость достаточно часто достигает гротескного и нелепого уровня, когда только сама жена МСАЗ по-прежнему продолжает верить в свои псевдологии, несмотря на то, что уже годы или десятилетия назад ее тайна (и часто, тайна детей из этой семьи) стала «секретом Полишинеля». Через годы красной нитью в подобных браках МСАЗ проходит желание супруги и индуцированных ею детей, скрывать стыдную тему отцовского пьянства. Происходит типичная полная блокада (тотальная закрытость) с компульсивно возникающей магической, пусть и уже не столь явной убежденностью в том, что спасти мужа получится, если предпринимать ещё больше усилий с постоянным чувством вины, навязчивыми угрызениями совести. Идеи вины касаются собственного «недостаточно» эффективного поведения и достаточно часто распространяются на отношения с ближайшими родственниками – вина за «неоправданные» надежды в отношении спасения супруга. Чувство вины и угрызения совести, их сквозной характер, полное отсутствие критики по этому поводу, а также склонность к акцепции вины за других людей (в данном случае мужа, который снова «не дошёл до врача», нужно было «довести его туда, а не довела») является главными дифференциальным маркёром данного типа динамики семейной системы при алкогольной зависимости.

Этот тип реакций супруги и детей наиболее полно соответствует состоянию, описываемому как созависимость в наиболее классиче-

ском варианте, то есть с неисчерпаемой «чашей созависимого терпения». Жены в таких браках изначально имеют патологическую потребность в заботе о ком-либо, опредмечивая и наполняя смыслом свою жизнь, занимают доминирующую роль в семье, что достоверно коррелирует с прогрессированием алкогольной зависимостью мужа. Любая неудача воспринимается на свой счёт, и в браке такие жены занимают роль Спасателя, начиная «притапливать» мужа, чтобы иметь возможность его спасти. Психодинамика этих отношений хорошо описана в терминах транзакционного анализа – игра «Алкоголик». Потребность супруги в признании формирует своеобразную волнообразную поступательную семейную динамику, которая способствует поддержанию гомеостаза зависимо-созависимых отношений и нарастающей закрытости.

Развитие перманентно закрытой семейной системы иногда заканчивается разводом, что ряд авторов описывает как терминальную стадию созависимой реакции, однако и после подобных разводов часто возникает тенденция к повторным бракам с МСАЗ с восстановлением закрытых отношений на новом уровне. При данном варианте отношений брачная жизнь носит конгруэнтный для супругов характер, с формированием классической созависимой семейной модели.

Брак МСАЗ с первично открытой семейной системой (ПОСС) – это вариант, когда алкогольная зависимость мужа носит достаточно «мягкий» и «социально приемлемый», с точки зрения супруги, характер и никогда ни от кого не скрывается. Фактически даже при наличии чёткой клинической картины алкогольной зависимости обычно не расценивается супругой как медицинская проблема, требующая коррекции. Обычно благосостояние данных браков можно оценить – как «выше среднего», причём основной вклад в социально-экономический уровень семьи приносит муж. Жены рассматривают злоупотребление алкоголем как необходимый атрибут, например, карьеры мужа, и часто происходят из семей с «богатыми» алкогольными традициями и / или патриархальными установками, где употребление алкоголя расценивалось как типично мужской немаргинальный паттерн поведения и авторитет мужчины, как главы семьи, традиционно высок. Супруги не касаются темы алкоголизации мужа, так как «он взрослый и

сам может принимать решения». Редкие возмущения по поводу алкогольных проблем носят чаще констатирующий и «журиющий» характер. Они нередко заканчиваются определённым видом ренты со стороны мужа – подарки, которые не носят обязательного характера и не являются стимулом, повышающим самооценку супруги и без того высокую (в отличии, к примеру, от подобных подарков и услуг, которые встречаются в случае перманентно закрытой семейной системы).

На протяжении всей продолжительности брака сохраняются описанные выше отношения, которые изначально были и остаются «взаимовыгодными» и конгруэнтными. Течение алкоголизма можно охарактеризовать как «алкогольную зависимость мужчины без участия в её нозоморфозе созависимой супруги». Действительно, соматическое и психическое состояние супруги в подобных браках совершенно не соответствует описанным в рамках феномена созависимости, более того, рассматриваемая семейная динамика не имеет общепризнанной стадийности. Можно констатировать, что феномен созависимости, как его понимает большинство исследователей, в подобных браках отсутствует. МСАЗ не нуждается в опеке со стороны супруги, а у жены изначально отсутствует потребность спасти и «причинить добро».

Данный тип динамики алкогольного брака можно обозначить как «безсозависимый». Он встретился в 15,2% изученных браков МСАЗ. МСАЗ из этой группы обычно сами обращались за помощью к наркологу, из-за возникших параалкогольных соматических проблем, либо прекращали употребление алкоголя самостоятельно. В рассматриваемом варианте брачная жизнь носит конгруэнтный для супругов характер с формированием параллельно - дополняющей семейной модели.

Брак МСАЗ с вторично открытой семейной системой (ВОСС) – тип семейной динамики, подразумевающий на начальном этапе характерную инициальную закрытость (на первый взгляд, мало отличающуюся от подобной, встречающейся в классическом «закрытом» варианте). Однако, в конечном итоге система лжи, выгораживания супруга, создания мнимой семейной Ок'ейности перестают поддерживаться супругой, что формирует динамический этап вторичной открытости «алкогольной» семьи, когда алкогольная зависи-

мость мужа перестаёт быть «семейным секретом». Это приводит к значительному изменению существующих семейных ролей и иным, несозависимым в классическом понимании, отношениям.

Данный вариант встретился в 20,8% обследованных нами семей МСАЗ. Начальной изоляции способствовали неудачи в борьбе с заболеванием мужа, в результате неоднократных попыток его вылечить. Отношение к алкогольной зависимости мужа носило достаточно рациональный характер, как к болезненному состоянию, а не результату собственных ошибок в контроле аддикции супруга. Уровень активности «спасающих» мероприятий супруги в данном случае более умеренный. На протяжении большей части первого этапа может не наблюдаться тотального обесценивания способности мужа принимать самостоятельно решения и отвечать за своё здоровье (характерное для перманентно закрытого варианта).

Особо подчеркнём, что неудачи в лечении мужа и в семейной жизни сопровождаются, в основном, переживанием разочарования и гнева, а не вины и стыда, являющимся эмоциональным маркером браков с перманентно закрытой семейной системой.

Затем наступает фаза «бессилия», сопровождающаяся депрессивными переживаниями, но не завершающаяся окончательным, финальным блоком в проницаемости семейных границ, а характеризующаяся феноменом ситуационного инсайта – спонтанно или под воздействием каких-то десенсибилизирующих факторов, супруга осознаёт тщетность и бесполезность собственных усилий, либо здоровая тенденция к любви и уважению себя берет верх. Иногда этот момент хорошо очерчен в семейной истории, иногда проходит более сглажено. Сами женщины характеризуют этот момент, как «надоело», «у него своя судьба, а у меня трое детей», «намучалась, с дураком связалась, буду жить для себя». Различными путями происходит «публичное покаяние», супруга перестаёт скрывать проблемы мужа – семейная система становится вторично открытой («Да у меня муж пьёт, не повезло...», «я не муж, это его проблемы»). Спустя некоторое время (чаще несколько месяцев), могут спонтанно исчезать симптомы созависимого состояния. Женщина больше времени начинает заниматься собой, детьми.

Безусловно, этот момент может служить отправной точкой для развода с супругом. Действительно, многие из обследованных нами

разведённых женщин, бывших супруг МСАЗ, прекратили брачные отношения именно в этот период, по собственной инициативе (77,4%).

Следует учитывать, что по различным причинам (социально-экономическим, личным), часть браков не распадается (феномен весьма характерный для нашей страны), но болезнь мужа больше не скрывается от окружающих и нередко искусственно выносятся «на публику». Супруга перестаёт «спасать» мужа от алкогольной зависимости. Нередко сохраняется совместное выполнение семейных обязанностей, то есть имеет место сохранение брака «де факто».

В данном случае созависимость не носит классического характера, а является экзогенной реакцией созависимого типа на аддикцию супруга, что можно обозначить как реактивно-созависимая или псевдосозависимая реакция. Отметим, что семейные отношения, при наличии вторично открытой семейной системы, являются неконгруэнтными для супругов, что, в конечном итоге, приводит к развитию финального этапа.

Таким образом, целью настоящего исследования являлась дифференцированная оценка представленности аутоагрессивных паттернов, а также изучение наркологических и экспериментально-психологических характеристик супругов, в рассматриваемых семьях, с учетом описанных нами выше вариантов динамики брачных отношений.

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленных задач были обследованы 125 семей МСАЗ. Средний возраст МСАЗ составил $41,8 \pm 4,3$ года, их жён – $40,5 \pm 4,7$ года. Срок семейной жизни в браке у МСАЗ равнялся $16,5 \pm 5,3$ года, у их жён – $15,9 \pm 4,7$ года.

Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания и продолжали находиться в семейных отношениях. Динамика семейных отношений оценивалась на основании клинко-anamnestических сведений, отражающих ход развития семейных отношений на разных этапах функционирования диады «аддикт-семейное окружение».

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [12], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, в последние два года, в добрачный, брачный периоды.

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, а также тест Mini-Mult. Все тесты адаптированы для использования в нашей стране.

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

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

Результаты исследования и их обсуждение.

1. Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики мужей из браков с первично, вторично открытой и перманентно закрытой семейной системами. Показатели суицидальной активности достоверно не отличают МСАЗ из изучаемых групп – суицидальные попытки выявлены у 24,05%, 18,23%, 27,27% пациентов в соответствующих группах.

Формирование вторичной открытости семейной системы не вызывало у МСАЗ заметного увеличения суицидальной активности. Примечательно, что МСАЗ из

браков с вторично открытой семейной системой, имели значительное количество достоверных отличий от обеих других групп в отношении присутствия несуицидальных аутоагрессивных феноменов и их предикторов в добрачный период (таких, как травматическая патология, частые физические наказания родителями, склонность к неоправданному риску, длительным депрессивным эпизодам, употребление наркотических препаратов, нанесение самоповреждений).

Психологическим маркером МСАЗ из браков со вторично открытой семейной системой, достоверно отличающим их от обеих оставшихся групп, является использование реактивных образований в качестве ведущего механизма психологической защиты ($p < 0,05$). МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой характеризует склонность к внешне обвиняющему типу реакций – 75,84% пациентов ($p < 0,05$).

2. Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с перманентно закрытой, первично и вторично открытыми семейной системами.

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой. Течение алкогольной зависимости у пациентов из подобных браков наиболее мягкое и «доброкачественное», что отражено в таблице 1.

Таблица 1
Наркологические характеристики МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой (приведены пары сравнений $p < 0,05$)

Признак	МСАЗ из браков с:		
	ПОСС	ВОСС	ПЗСС
Высокопрогредиентное течение заболевания	0%	26,92%	31,17%
Среднепрогредиентное течение заболевания	26,32%	69,23%	55,84%
Низкопрогредиентное течение заболевания	73,68%	3,85%	12,99%
Толерантность (в л., в пересчёте на водку)	0,7 \pm 0,3	1,1 \pm 0,4	1,2 \pm 0,4
Возраст возникновения похмельного синдрома	36,7 \pm 2,4	30,3 \pm 5,1	29,0 \pm 4,7
Употребление суррогатов алкоголя в анамнезе	21,05%	61,54%	54,55%
Наличие амнестических форм опьянения	15,79%	73,08%	63,64%
Длительность ремиссии после лечения (в мес.)	38,8 \pm 21,8	13,6 \pm 7,6	23,3 \pm 15,4
Добровольное продление лечебной программы	64,71%	8,7%	23,73%
Ремиссия свыше пяти лет	29,41%	8,7%	5,08%

Это касается типа преобладающей прогрессивности – в 73,7% встречается низкопрогрессивный вариант развития заболевания. Позже формируется похмельный синдром, при в целом похожих сроках начала злоупотребления алкоголем.

Для этой группы менее характерно употребление суррогатов алкоголя, ниже толерантность к алкоголю и реже встречаются амнестические формы опьянения. Значительно чаще встречаются длительные терапевтические ремиссии (свыше пяти лет). Срок ремиссии более продолжительный, чем в оставшихся группах ($38,8 \pm 21,8$ месяцев).

В группе не встретилось «срывов» на фоне действующей терапевтической программы. Более 60% пациентов продлили срок лечебного воздействия после его окончания. Стоит напомнить, что «злокачественность» течения алкогольной зависимости является также фактором, характеризующим аутоагрессивный потенциал личности.

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой. Отличия от пациентов из браков с первично открытой семейной системой приведены выше (см. табл. 1). От пациентов из семей с вторично открытой семейной системой данная группа отличается более ранним началом употребления алкоголя ($21,2 \pm 2,5$ и $23,0 \pm 3,0$; $p < 0,05$), редким возникновением алкогольных психозов (12,99% и 34,62% соответственно, $p < 0,05$), наличием срывов на фоне лечения в анамнезе (91,67% и 63,64% соответственно, $p < 0,05$).

Несмотря на сходство клинической картины, группы отличаются терапевтическими показателями в пользу МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой. Это касается длительности ремиссии после проведенного нами лечения ($23,3 \pm 15,4$ и $13,6 \pm 7,6$ месяцев соответственно, $p < 0,05$), количества ранних (до шести месяцев) «срывов» (5,17% и 26,09% соответственно, $p < 0,05$); начала употребления алкоголя на фоне действия терапевтической программы (15,25% и 52,17% соответственно, $p < 0,05$) и использования «раскодирования» (11,86% и 56,52% соответственно, $p < 0,05$).

По срокам ремиссии, после проведенного лечения, МСАЗ этой группы достоверно занимают промежуточное место в континууме: МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой – МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой – МСАЗ из браков с вторично открытой семей-

ной системой ($38,8 \pm 21,8$; $23,3 \pm 15,4$; $13,6 \pm 7,6$ соответственно, $p < 0,05$ в обеих парах сравнений).

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой. Наркологические характеристики группы сходны с таковыми у МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой. Однако имеются существенные терапевтические особенности группы, создающие ее клинико-терапевтическую специфичность. Это наименьшая продолжительность ремиссий после проведенного нами лечения, в сравнении с остальными группами ($13,6 \pm 7,6$ месяцев), частое начало употребления алкоголя на фоне терапевтической программы, «кода» (более, чем у 50%), большое количество срывов сроком до шести месяцев (26,09% пациентов), преобладающие выборы коротких сроков лечения (год).

Именно пациенты этой группы чаще пользовались процедурой «раскодирования» – 56,52% ($p < 0,05$). Так, при недлительных терапевтических ремиссиях и частых ранних срывах у МСАЗ этой группы процент «опасных» выпивок, без снятия терапевтической программы, был достоверно меньшим, чем у пациентов из браков с перманентно закрытой семейной системой (где этой процедурой воспользовалось только 11,9% пациентов).

3. Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с перманентно закрытой, первично и вторично открытыми семейными системами.

Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой.

Группа имеет существенное количество достоверных отличий от наиболее благоприятной группы – жён МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой, в отношении факторов, характеризующих аутоагрессивно-суицидологический профиль (см. таблицу 3).

Это, в частности, касается суицидальных феноменов (суицидальные попытки в группе обнаружены у 15,58%, суицидальные мысли – 25,97%), зачастую на фоне безысходности – у 62,34%.

Группа сходна по количеству суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов с женами МСАЗ из

браков с вторично открытой семейной системой (до момента формирования этапа вторичной открытости).

Однако между ними выявляются отличия в профиле эмоциональных состояний, значимых для суицидологической практики. Женщин из данных семей характеризует длительное переживание вины (37,66% и 15,38% соответственно, $p < 0,05$), особенно из-за неспособности справиться с алкогольными проблемами мужа, частые угрызения совести «по любому поводу» (33,77% и 7,69% соответственно, $p < 0,05$).

Основной акцент отличий данной выборки жён МСАЗ приходится на показатели личностно-созависимых характеристик, что представлено в таблице 2.

Несмотря на неудачи в лечении мужа, подавляющее большинство женщин продолжает активные поиски любых новых методов лечения, зачастую курьёзных, продолжает активно скрывать зависимость своего супруга и создаёт иллюзию счастливого брака. Женщины из этой группы чаще других подвергаются физическому насилию со стороны мужа (32,47%).

Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой. Отметим доброкачественность данной группы в сравнении с двумя другими, что отражено в таблице 3.

Таблица 2

Личностно-созависимая характеристика жён МСАЗ из браков с ПЗСС (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Жены МСАЗ из браков с:		
	ПЗСС	ВОСС	ПОСС
Смирилась с алкогольной зависимостью у мужа	22,08%	42,31%	47,37%
Продолжаю активно спасать мужа от зависимости	85,71%	40,0%	32,11%
Убеждённость в том, что муж «пропадёт» без нее	49,35%	11,54%	10,53%
Соккрытие алкогольных проблем мужа	72,73%	7,69%	5,26%
Создание видимости хорошей семьи	89,61%	15,38%	21,05%

Таблица 3

Характеристики жён МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Жены МСАЗ из браков с:		
	ПОСС	ВОСС	ПЗСС
Аутоагрессивные паттерны поведения и их предикторы			
Наличие суицидальной попытки	*0%	# 11,54%	15,58%
Суицидальные мысли вообще	*0%	38,46%	25,97%
Моменты безысходности последние два года	*15,79%	53,85%	55,84%
Моменты безысходности в анамнезе	36,84%	69,23%	62,34%
Личностно-созависимые характеристики			
Держу неприятности «в себе»	15,79%	36,52%	57,14%
Насилие со стороны мужа	0%	23,08%	32,47%
Экспериментально-психологические характеристики			
Использование регрессии	*4,5±2,0	6,0±2,8	6,2±2,8
Использование интеллектуализации	*4,6±1,4	5,7±1,6	6,3±2,2

Примечания:

– отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре;

* – показатели аналогичные таковым у жён МНАЗ.

Это касается показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессивной активности, данных экспериментально-психологических методик, сходных с таковыми в группе жён мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью. По признаку «держу все неприятности в себе» (15,79%) эта группа достоверно отличается от такового показателя не только в других группах жён МСАЗ, но и от жён МНАЗ, где он составил 38,39% ($p < 0,05$). У этих респонденток редко обнаруживается комплекс «наказанной на этом свете мужем-алкоголиком» (15,79%), характерного для жен МСАЗ из браков с перманентно закрытой семейной системой (46,15%), и в меньшей степени для супругов МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой (34,16%).

Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой. Как отмечалось выше, по признакам, характеризующим суицидальную и несуйцидальную аутоагрессивность, данная

группа сходна с жёнами МСАЗ, проживающих в браках с перманентно закрытой семейной системой. Суицидальные попытки в подобных браках, женщины связывают с вынужденными формами супружества, различными внешними обстоятельствами.

Клиническое своеобразие группы формирует частота переживания одиночества при фактическом наличии семьи – «феномен одиночества в семье» (69,23% и 35,06% соответственно, $p < 0,05$), частота табакокурения (50,0% и 28,57% соответственно, $p < 0,05$), коррелирующая одиночеством.

Женщины нередко сохраняли брак из-за внешних причин (например, финансовой поддержки, жилплощади) – 19,23% и 3,09% соответственно, $p < 0,05$.

Единственным экспериментально - психологическим отличием (STAXI) между группами является легкость первых в выражении гнева ($5,8 \pm 2,4$ и $4,8 \pm 1,8$ соответственно, $p < 0,05$).

Таблица 4

Характеристика супругов из браков МСАЗ с перманентно закрытой семейной системой

Мужья	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– большая частота угрызений совести и долго переживаемой вины
Экспериментально-психологические характеристики	– склонность к внешнеобвиняющим реакциям
Наркологические и терапевтические характеристики	– более раннее начало злоупотребления алкоголем и формирование алкогольного абстинентного синдрома; – ремиссии дольше, чем у пациентов из браков с ВОСС и короче, чем у пациентов из браков с ПОСС; – меньшее количество ранних срывов, чем у мужчин из браков с ВОСС; – редкое начало употребления алкоголя на фоне проведённого лечения.
Супруги	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– высокие показатели суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии; – преимущественно внутрисемейные причины парасуйцидов; – склонны к долго переживаемому чувству вины и частым угрызениям совести; – часто становятся жертвами семейного насилия.
Экспериментально-психологические и созависимая характеристики	– высокая интрапунитивность; – сокрытие зависимости супруга и перманентные попытки его «спасения»; – убеждённость, что муж обязательно пропадёт без неё; – создание видимости «идеальной» семьи

Суицидологические характеристики супругов при таком варианте брачных отношений варьируют в зависимости от стадии развития семейных отношений. На этапе до формирования вторичной открытости они практически соответствуют таковым у супругов из бра-

ков с перманентно закрытой семейной системой. Однако после формирования вторично открытой семейной системы количество аутоагрессивных феноменов у супругов (особенно у жён) в значительной степени снижается.

Таблица 5

Характеристика супругов из браков МСАЗ с первично открытой семейной системой

Мужья	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– показатели соответствуют средним в обследованной популяции
Наркологические и терапевтические характеристики	– отсутствие высокопрогредиентного течения; – более низкая толерантность к алкоголю; – более позднее формирование алкогольного абстинентного синдрома; – редкое употребление суррогатов алкоголя; – длительный срок терапевтических ремиссий и частота продления программы
Супруги	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– достоверно низкое количество аутоагрессивных паттернов и их предикторов; – показатели сопоставимы с таковыми в группе женщин из браков без алкогольной зависимости у супруга.
Экспериментально-психологические и созависимая характеристики	– отсутствие физического насилия в браке; – низкий уровень интрапунитивности; – отсутствие склонности «держать неприятности в себе».

Таблица 6

Описательная характеристика супругов из браков МСАЗ с ВОСС

Мужья	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– высокая частота обнаружения аутоагрессивных паттернов в добрачный период
Наркологические и терапевтические характеристики	– наименьшая продолжительность ремиссий; – частые возобновления употребления алкоголя на фоне лечения; – выбор коротких сроков терапевтического воздействия; – частота «раскодирования» перед «срывом».
Супруги	
Особенности аутоагрессивной характеристики	– частота обнаружения аутоагрессивных паттернов выше, чем в группе жён из браков с ПОСС, и сопоставима с таковой у жён из браков с ПЗСС; – попытки суицидов связаны преимущественно с внешними обстоятельствами; – частота одиночества.
Экспериментально-психологические и созависимая характеристики	– лёгкостью выражения гнева и раздражения; – сохранения брака из-за внешних причин.

Обобщим характеристики супругов из браков МСАЗ с различными типами семейной динамики. В таблице 4 приведены особенности МСАЗ и его супруги из брака с перманентно закрытой семейной системой.

В таблице 5 приведены характеристики МСАЗ и его супруги из браков с первично открытой семейной системой.

В таблице 6 приведены характеристики МСАЗ и его супруги из браков с вторично открытой семейной системой.

Заключение.

Полученные данные позволили определить следующие динамические модели изучаемых браков, учитывающие наркологические, суицидологические особенности супругов: брак с перманентно закрытой семейной системой, с первично открытой семейной системой, вторично открытой семейной системой. Приводимые результаты убедительно показывают, что клинические, экспериментально - психологические и суицидологические характеристики супругов в значительной степени различаются в зависимости от той или иной динамической модели.

Таким образом, предлагаемая типология браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, позволяет по новому взглянуть на динамику семейных отношений в подобных браках, что имеет принципиальное значение для построения высокоэффективных, дифференцированных терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках.

Нами впервые продемонстрировано, что феномен «созависимости» с позиций как наркологии, так и суицидологии не сводится к однотипной реакции супруги на зависимость мужа, как это предполагалось ранее.

Типы реакций супруги на алкогольную зависимость мужа варьируют в зависимости от динамической модели семейной системы и наоборот, и сводятся к следующим: классическая созависимая реакция (браки с перманентно закрытой семейной системой), безсозависимая (браки с первично открытой семейной системой), временно созависимая, или псевдосозависимая (браки с вторично открытой семейной системой). Это, в существенной степени, определяет оригинальную суицидологическую и клинико-психологическую характеристики этих женщин, а вполне возможно, в значительной

степени, и аналогичные спецификации их мужей.

Литература:

1. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 27-28.
2. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 23-33.
3. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 41-48.
4. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
5. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 15-20.
6. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 48 с.
7. Меринов А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14-17.
8. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпикрипты как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 28-39.
9. Меринов А.В. Феномен финальной открытости семейной системы в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 39-44.
10. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
11. Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Москвина Я.В. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 44-45.
12. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.

SUICIDAL, NARCOLOGICAL AND
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF THE SPOUSES IN FAMILIES OF MEN
SUFFERING FROM ALCOHOL
DEPENDENCE, DEPENDING ON THE
VARIANT OF THE DYNAMICS OF MARRIAGE

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Russia

This article provides drug treatment, experimental psychological and autoaggressive characteristics spouses from families where the husband suffers from alcohol addiction. It is shown that these groups of men and

women are in respect of the studied traits rather heterogeneous mass, which allowed the authors to propose and substantiate the existence clinical and phenomenological separate types of development marital relations in these families. In this paper we evaluated the representation of autoaggressive patterns, and clinical and psychological characteristics of the spouses with the different options of the dynamics of family relationships, it is of fundamental importance for the prevention work and implement the most effective and individualized therapeutic interventions.

Key words: types of families of patients dependent of alcohol, autoaggressive, suicidology.

УДК: 616.89-008.441.44:111

**ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД: СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
И ФЕНОМЕН ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ**

И.В. Борисов, А.Г. Гладышева, Е.Б. Любов

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, г. Москва

Контактная информация:

Борисов Игорь Вадимович – к.м.н., научный сотрудник отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: ibor-v@yandex.ru

Гладышева Алина Геннадьевна – научный сотрудник отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: a.gladysheva2010@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – д.м.н., профессор, заведующий отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Обзор освещает современные разработки отечественной и западной школ психиатрии и клинической психологии по поиску психологических ресурсов человека в ситуации крайнего экзистенциального кризиса. Психические ресурсы человека, ограждающие его от суицида, исследуются в рамках понятия «жизнестойкости». Указано развитие понятия «жизнестойкость» и особенности его применения в рамках суицидологии. Дефицитность качеств жизнестойкости объясняется как врожденными особенностями человека, так и недостаточностью его психологических защит, неспособностью к переоценке ценностей. Приведены методики оценки качеств жизнестойкости и стратегии психологической работы, направленные на усиление этих качеств.

Ключевые слова: жизнестойкость, суицидальное поведение, защитные факторы.

Условия жизни современного человека, по сути, экстремальны и провоцируют психосоциальный дистресс в связи с информационными, социально-экономическими, экологическими факторами [2, 5, 6]. Риск насилия, терроризма, техногенных катастроф стал привычным атрибутом «мирного времени». Снижается чувство защищенности индивида при неуверенности в завтрашнем дне, растущем социальном пессимизме и апатии, распаде духовных ценностей и сети неформальной поддержки.

В отечественной психологии проблема неблагоприятных (обуславливающих риск соци-

ально-стрессовых расстройств) и экстремальных жизненных ситуаций (приводящих к пост-стрессовым расстройствам) разрабатывается с опорой на понятие копинг-стратегии, или стратегии совладания [1, 7, 10], обращено внимание на бопсихосоциальное лечение и профилактику психических расстройств [5, 7, 10, 13] как известных факторов риска суицидального поведения [11].

Нейробиологические и психодинамические концепции суицидального поведения. Выявлена связь между серотонинергетической дисфункцией и импульсивным пове-

дением. При суицидальном поведении «некая сила» (возможно, определяемая дисбалансом в допаминэргической системе) в виде агрессивности и враждебности прорывает стену поведенческой сдержанности (тревожного избегания) [33]. О. Кернберг назвал хроническое самоповреждающее поведение, связанное с предрасположенностью к суициду, «злокачественным нарциссизмом» [37]. Феномен обнаруживается у пациентов с пограничными расстройствами в сочетании с нарциссическим личностным функционированием. Наряду с недостатком самоконтроля над импульсивностью, недостатком переносимости тревоги и каналов сублимации, такие пациенты демонстрируют повышенную самооценку и находят подтверждение собственного «величия» в агрессии к окружающим. Удовольствие от жестокости, садистических сексуальных извращений и самоповреждений – часть общей картины. Иной тип хронического самоповреждающего поведения характерен инфантильным личностям в рамках пограничного личностного расстройства (DSM-IV). Самоповреждающее поведение и суицидальные жесты появляются во время вспышек ярости на фоне депрессии с целью установления контроля над окружающими (как правило, близкими) людьми путем вызывания у них чувства вины. Суицидальные жесты могут быть и выражением бессознательного чувства вины по отношению к успешному психотерапевтическому союзу.

Выраженное стремление к самоповреждению может быть следствием нарушения баланса между базовыми (локализованными на медиальном кортикальном уровне) и высшими (в коре больших полушарий) уровнями эмоций [48]. К первым относят мотивацию поиска, ярость, страх, сексуальное влечение, заботу, сепарационный дистресс, радость; ко вторым – чувство вины, презрение, зависть, чувство юмора, сопереживание, симпатию, сострадание, восхищение, стыд. Базовые эмоции крайне трудно поддаются регуляции, поскольку зона их локализации не предполагает функции контроля. Специалисты предлагают при помощи методики «окон толерантности» научиться контролировать базовые страхи и тревогу, частично за счет ресурсов высших эмоций [48].

Экзистенциальные толкования этиологии суицидальности. Гештальт-психология вслед за объект-анализом рассматривает самоубийство сквозь призму психологических защит. Согласно гештальт-классификации, пре-

обладание среди защит субъекта интроекции соотносится с альтруистическим типом суицида (по Дюркгейму), проекции – с аномическим, ретрофлексии – с эгоистическим, конфлюэнция преобладает у молодежи, склонной к деструктивности [6]. Экзистенциальная психология дает неоднозначные интерпретации факторов и причин суицидальности. Школа Dasein-анализа описывает истории самоубийц в онтологических терминах «запустения бытия», «неполноты», «остановки» процесса личностного развития, «утраты почвы и тревоги вброшенности в мир», «онтологических тупиков», например, ощущения «субъективно непреодолимой подвластности обстоятельствам», потери «подлинности отношений Я – Другой», «оторванности от Божественного начала» [3]. V. Frankl, A.Längle и логотерапевтическое направление («экзистенциальный анализ», Третья Венская школа психотерапии) видят основные причины самоубийств во фрустрации смысловой потребности, стремления индивидуума пережить свое существование как осмысленное, ценное [12, 17, 18].

Если человек разочарован в привычной системе ценностей, а его прежние цели теряют свою мотивирующую силу, наступают разобщение с природным духовным центром и переживание «экзистенциального вакуума». Чувство «пустоты жизни» перерастает в неврозы, депрессию, агрессию и аутоагрессию [4, 5, 12, 17, 18, 49]. Угроза небытия становится специфической характеристикой обыденной жизни и начинает определять ее. Актуализируясь при определенной личностной динамике, первичный диффузный страх смерти (urangst) может стать бессознательной причиной саморазрушающего поведения [20]. Ресурс «возрастной зрелости» и материальное благополучие не исключают возникновения и развития, порой, неожиданных для окружающих, эпизодов аутоагрессии [5, 6, 12, 24]. Совершая суицид, человек пробует «перехитрить» независимую от себя экзистенциальную данность смерти и как бы «овладеть» ею.

Логотерапия суицидальности. В период любого жизненного кризиса, тем более чреватого суицидальностью, экзистенциальная проблематика заостряется. Суициденты онтологически связаны с фундаментальными вопросами жизни и смерти, любви и одиночества, свободы выбора и способности переживать ответственность за него. Но ключевой экзистенциальный конфликт они разрешают в сфе-

ре смысла и бессмысленности. V. Frankl в 20-е годы XX столетия начинающим клиницистом выработал методику определения степени суицидального риска перед выпиской депрессивных пациентов. Он не спрашивал напрямую о суицидальных мыслях, а интересовался осмысленностью настоящего, будущего и жизни в целом. Ни один желающий покончить с собой не мог уверенно ответить на вопросы о смысле [12]. Актуализация стремления к смыслу и гармонизация ценностных иерархий отрицательно связаны с антивитальным синдромом и иными суицидальными факторами. Суицидальность – нередкий биопсихосоциальный феномен, особенно при депрессии [12]. С экзистенциально-аналитической позиции желание лишиться себя жизни – симптом, соответствующей внутренней установке по отношению к жизни. Если индивид оценивает жизнь бессмысленной, никчемной, как источник вины, суицидальность представляется «логичным» следствием. Эта негативная оценка собственной жизни (в логотерапии «негативная фундаментальная ценность») ведет и к депрессивным переживаниям, и к личностной установке, которая может скрывать в себе «зерно решения против жизни» [12].

Три основания могут удерживать человека от суицида: позитивная внутренняя установка по отношению к жизни, страх и недостаток энергетической составляющей аутодеструкции (поэтому суицидальность чаще проявляется в начале и конце депрессии). Позитивная внутренняя установка по отношению к жизни остается самой сильной защитой от суицида. «Она может проистекать из глубокого убеждения в ценности жизни и рационального знания о том, что дело лишь во временном недостатке нейротрансмиттеров или в психическом состоянии...». Знание причин состояния помогает вспомнить, что жизнь по-прежнему ценна сама по себе. Такое убеждение – личностное решение в пользу фундаментальной ценности жизни. Оно может сопровождаться воспоминаниями о прежней жизни, о времени, когда она имела позитивную ценность: «... это означает, что у жизни есть и другие стороны, которые в данный момент невозможно увидеть». Еще одна форма внутренней позитивной установки по отношению к жизни, по A.Längle, коренится в вере. Такое понимание ценности бытия основано не только на особом субъективном опыте, но и на откровении, Божественном зна-

нии. Скрытой формой позитивной установки является чувство «трусости» или «страха». В них – скрытая надежда, пока непризнанный импульс в направлении того, что жизнь может быть чем-то хорошим, или что она, по сути, неприкосновенна [12].

Определение феномена жизнестойкости (*hardiness*). Жизнестойкость как добродетель известна с древних времен. Рассматривая жизненный путь человека, стоики особое внимание уделяли воле, самообладанию, терпению – стойкому перенесению жизненных невзгод [53]. А.Г. Маклаковым [13] предложено понятие личностного потенциала. Автор считает способность к адаптации личностным свойством. Адаптация рассматривается им и как процесс, и как свойство живой саморегулирующейся системы, состоящее в способности приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям. Адаптационные способности зависят от психологических особенностей личности [13] и поддаются измерению через оценку уровня развития психологических свойств, значимых для процесса адаптации. Чем выше показатели этих качеств, тем выше вероятность успешного приспособления, тем шире диапазон условий среды, к которым можно приспособиться.

Личностный адаптационный потенциал, по А.Г. Маклакову, включает следующие критерии: нервно-психическую устойчивость, уровень которой обеспечивает толерантность к стрессу; самооценку личности как ядра саморегуляции и определяющую степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, обуславливающее чувство собственной значимости для окружающих; уровень конфликтности личности; опыт социального общения.

Различные аспекты личностного потенциала в зарубежной и отечественной психологии обозначены как «сила Эго», «внутренняя опора, локус контроля», ориентация на действие, «воля к смыслу» [4, 10, 19]. Аналогичное понятие вводит ведущий психотерапевт экзистенциального направления S. Maddi [1, 42]. Вопросы творческого потенциала личности и регуляции стресса им логично связываются, анализируются и интегрируются концепцией особого личностного качества «hardiness».

Д.А. Леонтьев [9, 10] определяет личностный потенциал на основе синтеза идей М.К.

Мамардашвили, П. Тиллиха, Э. Фромма и В. Франкла [12, 18, 19], вводя понятие личностного потенциала как базовой индивидуальной характеристики, стержня личности. Личностный потенциал, согласно Д. Леонтьеву, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главный феномен личностной зрелости и форма проявления личностного потенциала – самодетерминация личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, меру прилагаемых ей усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни.

Согласно Большому англо-русскому словарю, «hardiness» – выносливость, крепость, здоровье, устойчивость, смелость, отвага, неустрашимость, дерзкость. В отечественной литературе (Леонтьев Д.А.) переводят «hardiness» как «стойкость» или «жизнестойкость». Понятие «hardiness» отражает психологическую живучесть и расширенную эффективность [42], служа показателем психического здоровья человека.

Психиатры [7] используют схожее понятие resilience, в переводе с английского, «упругость, эластичность», имея в виду способность быстро восстанавливать физические и душевные силы, устойчивость к внешним воздействиям, упругости, эластичности.

Первым критерием hardiness, по С. Мадди, является «включенность» (commitment), важная характеристика в отношении себя и окружающего мира, характера взаимодействия между ними, дающая силы и мотивирующая человека к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению. Она позволяет чувствовать себя значимым и ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач вопреки стрессогенным изменениям. Критерий, названный «контролем» (control), мотивирует к поиску путей влияния на последствия стрессогенных изменений в противовес беспомощности и пассивности. Это понятие сходно с «локусом контроля» [53]. В противоположность чувству испуга от этих изменений, критерий «вызов» (challenge) помогает человеку остаться открытым окружающей среде и обществу. Он состоит в восприятии личностью жизненного события как испытания и вызова лично себе.

Кроме перечисленных критериев, «hardiness» включает такие базовые ценности,

как кооперация (cooperation), доверие (credibility) и креативность (creativity). Через углубление критериев (attitudes) включенности, контроля и принятия вызова жизни (hardiness) человек одновременно развивается, обогащает потенциал, способный совладать с жизненными стрессами [20, 52]. Жизнестойкие индивиды обладают тремя важными качествами: умеют принимать действительность такой, какова она есть; они убеждены, что жизнь имеет смысл (основу этой убежденности часто дает приверженность тем или иным ценностям); они отличаются незаурядным умением импровизировать и находить нетривиальные решения [22].

Понятие «hardiness» не тождественно понятию стратегий совладания с жизненными трудностями. Во-первых, копинг-стратегии – это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, тогда как «hardiness» – черта личности, установка на выживаемость [53]. Во-вторых, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, а «hardiness» – черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста.

... На одной из психотерапевтических групп зашел разговор о том, почему молодые, казалось бы, полные сил люди теряют желание жить. Высказался мужчина лет шестидесяти: «Нет у них стойкости, твердости жизненной... Жизнь требует крепости – а у них ее нет! Смелости нет жить. А это (суицидальная попытка. Прим. И.В. Борисова.) – разве храбрость?! Вот жить – храбрость...». Пациент интуитивно указал один из немногих, по-настоящему действенных антисуицидальных факторов – жизнестойкость личности.

Теория жизнестойкости как ответвления экзистенциальной психологии [15] вписывается в исторический контекст XX века. Жизнестойкость – особый паттерн установок и навыков, позволяющих превратить изменения в возможности, своего рода операционализация понятия «мужество быть» (courage to be) [20].

С позиции жизнестойкости описан опыт выживших в нацистских концлагерях [31].

Об особенностях формирования качеств жизнестойкости в детстве пишет французский антрополог, невролог и психиатр В. Сугулник [31]. Коли ребенок оказывается в ситуации риска для жизни, он вынужден меняться. Часто точкой отсчета для этой метаморфозы служит

поиск позитивных моментов в тяжелом эмоциональном опыте или отказ от отрицательных оценок болезненного опыта. Анну Франк, росшей в убежище, спасало годами чувство юмора. Мальчик после психологической депривации иного убежища отнесся к отправке в концлагерь как к празднику¹. Выжившие после концлагерей и гетто дети, став взрослыми, оказывались более жизнестойкими (успешными), чем их «благополучные» сверстники. Возможно, что выжили именно жизнестойкие.

У взрослых, переживших негативный эмоциональный опыт в детстве (заброшенность, смерть родителей, насилие) и справившихся с ним, вырабатываются защитные механизмы как сублимация (негативных чувств в интеллектуальные достижения), в том числе, сублимация собственных аффектов (максимальная сдержанность в спонтанном выражении чувств). «Все, что не убивает – делает нас крепче». Часто эти люди одарены чувством юмора и альтруизмом. О том, что испытание делает человека лучше и сильнее (мудрее) в унисон пишут выздоровевшие после тяжелых (психических) болезней и их близкие [14]. Своеобразным защитным механизмом служит культурная традиция написания личной истории с «красивым концом» (мемуары). В таких историях часть негативного опыта часто замалчивается, «грязное обращается в волшебное», что приводит к своеобразному личностному раздвоению, выраженному в невозможности принять часть собственного опыта и собственной жизни [31].

Исследования жизнестойкости. Учение о жизнестойкости является важной частью психологии преодоления стрессовых состояний. А. Антоновский, автор концепции «чувства согласованности» (*sence of coherence*), разработанной параллельно с концепцией жизнестойкости, ссылается на теорию эустрессов (благоприятных стрессов) и потенцирования стрессовыми ситуациями Г. Селье. А. Антоновский предложил концепцию саногенного (оздоровляющего) отношения к внешним (стрессогенным) ситуациям как положитель-

ным образам, структурирующих человеческое поведение и личность [24]. Тогда же (конец 1970-х гг.) С. Койбаса исследовала людей, оказавшихся в тяжелых жизненных ситуациях без последствий для здоровья [38].

Разработан психометрически адекватный метод измерения «hardiness», общей меры психического здоровья человека, а не артефакта контролируемых негативных тенденций. Опросник жизнестойкости С. Мадди переведён Е.И. Рассказовой и Д.А.Леонтьевым и активно используется в исследованиях личностного потенциала [21]. Авторы теста (окончательная русскоязычная версия теста на жизнестойкость включает 45 пунктов, содержащих прямые и обратные вопросы на три субшкалы опросника: вовлеченность, контроль и принятие риска) считают, что жизнестойкость является неспецифическим фактором саморегуляции. Возможно, «жизнестойкость снижена при психических заболеваниях, обусловленных мотивационными нарушениями [15] в силу отрицательной связи жизнестойкости с депрессивностью и переживаниями стресса. Обнаружена отрицательная связь жизнестойкости с «бегством и поиском социальной поддержки» [15] и положительная – с планированием и переоценкой перспектив, и высокой склонностью к самоконтролю.

Ведутся исследования биологических основ жизнестойкости. Устойчивость к стрессовым состояниям связывают с достаточным уровнем нейрпептида-5 (NP5) в клеточной плазме коры больших полушарий, нейромедиатора, отвечающего за эмоциональную стабильность и устойчивость к болевым ощущениям [45]. Особое внимание уделяется гену, ответственному за транспорт серотонина (SLC6A4 или 5-HTT). Особенность полиморфного участка данного гена (5-HTTLPR) – одна или две копии слабо активной короткой (S) аллели, выражается в повышенном невротизме и склонности к депрессии [28]. Целью исследований является показать – насколько структура гена зависит от условий окружающей среды, в которых формировался его носитель.

Изучение механизмов жизнестойкости показывает, что она может иметь в своей основе множественные психологические и биологические факторы, например, межполушарную асимметрию, высокий уровень выработки кортизола и дегидроэпиальдостерона, пластичность центральной нервной системы [30].

¹ В основе итальянской трагикомедии «Жизнь прекрасна» (*La vita è bella*) 1997 г.. биография выжившего узника Освенцима. Отец ради спасения сына объясняет происходящее игрой. Для приза необходимо исполнение ряда правил: запрещено плакать, жаловаться и просить есть. Ребёнок верит, несмотря на смерть, боль и кровь вокруг, папе и, видимо, себе.

Представления о жизнестойкости как о характеристике преморбидной личности входит в лексикон психиатров [7, 8, 32]. Взгляд на жизнестойкость в этом ключе позволит долгосрочный прогноз психического расстройства, и выработать стратегию социального восстановления пациента.

Тест жизнестойкости С. Мадди использован в исследовании реакции отказа (капитуляция, избегание, абсентизм) больных шизофренией [16]. Пациенты разбиты на три группы в зависимости от клинической картины: реакции капитуляции (1-я группа), реакции избегания (2-я группа) и реакции абсентеизма (3-я). Наибольшую жизнестойкость демонстрировали пациенты третьей группы, наименьшую – второй. У больных третьей группы была отмечена наибольшая сохранность во всех сферах: «вовлеченности», «контроля», «принятия риска». В отличие от больных 2-й группы, для которых характерно наиболее значительное нарушение мотивации в звене побуждения, целеполагания и смыслообразования, у больных 3-й группы дефицитарность мотивации связана с её специфически личностным смыслом. Основным мотивом деятельности этих больных являются не сами достижения, а связанные с ними подтверждение высокой самооценки и привлечение внимания окружающих [16]. Больных этой группы характеризуют примитивные защитные механизмы и несформированность саморегуляции наряду с внешней истерической аффектацией.

В рамках социального выздоровления на фоне текущего (активного) процесса шизофрении под жизнестойкостью (resilience) подразумевают стойкость по отношению к недугу и, как следствие, социально-функциональное восстановление [7, 46]. Преморбид, мотивация, обретение смысла и цели в жизни при активном совладании с симптомами и последствиями хронического недуга, воскрешение надежды, крепнущий оптимизм – ключевые темы самоописаний выздоровевших [7].

В качестве значительных этапов этого процесса исследованы расширение внутренних полномочий (empowerment), уверенность в себе (self-esteem), чувство согласованности (sense of coherence) [46] и выздоровление (recovery) [43]. Все этапы, в той или иной степени, связаны или с процессом социальной адаптации, или со стабилизацией психического состояния. Расширение внутренних полномочий (empowerment) непосредственно связано со

способностью пациента к доверию, с оптимистическим принятием ситуации, в которой он может оказаться уязвимым [7, 42]. В то же время выздоровление (recovery) предполагает способность пациента отделить опыт собственной болезни от нового здорового «Я» [7, 43].

Разной степени тяжести реактивные состояния могут быть вызваны особенностями профессии, возрастом, и переживанием горя по поводу утраты близких. Так, в 2001-2005 гг. наиболее высокий показатель смертности (PMR) мужчин отмечен у врачей (особенно дантистов) и сельскохозяйственных рабочих. Женщины в сфере медицины, профессионального спорта отнесены к группе высокого риска самоубийства, как и секретари, административные работники [44]. Одним из факторов, «благоприятствующих» самоубийству, является доступность для некоторых перечисленных профессий средств совершения суицида. Подчеркнута важность увеличения жизнестойкости, доступность социальной поддержки, снижение количества стрессовых событий в повседневной жизни такого рода специалистов [44]. Вместе с тем, самоубийства пациентов не стоят на первом месте среди инцидентов, отрицательно влияющих на жизнестойкость медработников (врачей скорой помощи), тогда как наибольшее стрессовое воздействие вызывают дорожные травмы и медицинские чрезвычайные ситуации [23].

Большую жизнестойкость и меньший риск самоубийства демонстрируют пожилые женщины; мужчины склонны к более летальным способам самоубийства как огнестрельное оружие [40].

Подвержены риску суицида страдающие хроническими заболеваниями. Так, ВИЧ-инфицированные [27], оценивая стрессовые события собственной жизни, внутренние и внешние ресурсы их преодоления, часто демонстрируют когнитивно-бихевиоральную растерянность (disengagement). Подобная форма растерянности выражается в когнитивном и чувственном (опытном) избегании как форме совладания (coping). Избегание мыслей и чувств, связанных со стрессовыми событиями, часто сопровождается фокусировкой внимания на настоящем моменте. Подобные когнитивные изменения ведут к поведенческому растормаживанию, которое, в свою очередь, увеличивает риск суицидального поведения. Со временем когнитивно-бихевиоральная расте-

рянность может привести к ощущению беспомощности и чувству пессимизма, увеличивающие риск суицида. Источники психологической жизнестойкости (как социальная поддержка) могут затормозить вредоносный эффект форсирования событий, способствовать поиску смыслов (духовного, религиозного), поиску сил к тому, чтобы справиться с событиями, изначально воспринимаемыми как непереносимые. Факторы жизнестойкости, связанные с ощущением собственной эффективности по отношению к стрессовым событиям, уменьшают когнитивно-бихевиоральную растерянность и снижают риск суицида [27].

Тест жизнестойкости позволяет дать оценку психосоциального потрясения ВИЧ - инфицированных гомосексуалистов, относящихся к группе риска суицида. Пациенты в симптоматической стадии ВИЧ-инфекции воспринимают здоровье следствием внешних привнесенных факторов, которые никак не могут быть ими контролируемыми. В этом случае происходит ослабление копинговых механизмов. Самые низкие баллы – в копинговой стратегии принятия риска. У пациентов на симптоматической стадии выше баллы шкал «депрессия», «напряженность», «усталость» по шкале POMS (Profile of Mood States) в отличие от бессимптомных больных [29].

Защиты могут быть как адаптивными и психологическими; тонка грань между защитными механизмами и копинговыми стратегиями [51]. При поддерживающей динамической терапии интеллектуализацию, рационализацию, чувство юмора, антиципацию, альтруизм и сублимацию относят к адаптивным защитным механизмам. Независимо от того, идет ли речь об адаптивных защитных механизмах или копинговых стратегиях, эти процессы помогают приспособиться к повседневным стрессам [47].

При посттравматических стрессовых расстройствах эффективна кратковременная терапия, направленная на разбор стрессовой ситуации [22]. Групповая психотерапия эффективна, если обстоятельства травмы связаны с группой людей (военные или транспортные катастрофы) или при сексуальном насилии, когда группа помогает сделать опыт менее индивидуальным и снизить чувство вины [22].

Тест жизнестойкости для подростков (Resilience Scale for Adolescents), включающий шкалы личной и социальной компетентности, устойчивости (structured) стиля, семейную

сплоченность и социальные ресурсы, выявляет неблагоприятные жизненные стрессовые события и социальную тревогу. Работа с этими факторами позволяет предупреждать развитие депрессии и девиантного поведения [49, 50].

Среди детей и подростков в группе риска суицида, пережившие самоубийство родителей. Для первых разрабатываются программы, способствующие их лучшей социальной адаптации. Однако переживание горя и утраты способствует как ухудшению психического состояния ребенка, так и формированию качеств жизнестойкости [26]. Жизнестойкость служит частью нормативных функций адаптационной системы человека [43]. Высокий уровень механизмов совладания сочетается с низким риском развития депрессивных симптомов. Благоприятно влияет на формирование качеств жизнестойкости ребенка психическая стабильность оставшегося родителя, который должен продемонстрировать эмоциональную теплоту и дисциплину [39, 41].

Многоэтапная, основанная на когнитивно-бихевиоральной терапии, творческая программа RAP апробирована в Австралии, Новой Зеландии и на Маврикии. Её целями стали профилактика депрессивных состояний подростков 12-15 лет и выработка у них качеств жизнестойкости. Программа должна была выработать навыки в шести основных направлениях: 1) осознание собственной силы, важности поддержания высокой самооценки и хорошего настроения; 2) ориентировка своих когнитивных способностей в поддерживающем, сбалансированном направлении; 3) разработка стратегии по распознаванию собственных эмоций и управлению ими; 4-5) выработка навыков принятия решений в проблемных ситуациях и выработка навыков обращения за поддержкой; 6) понимание того, как при помощи разработанных ранее способностей можно жить в гармонии с окружающим миром [34]. Аналогичный подход использован в работе с взрослыми пациентами [36].

Программа частичной госпитализации с последующей 18-ти месячной психоаналитически-ориентированной терапией, направленной на увеличение индивидуальной жизнестойкости по отношению к психосоциальному стрессу больных пограничными расстройствами, позволила значительно снизить в последующие 36 месяцев риск самоповреждающего поведения, уменьшить вдвое (по сравнению с кон-

трольной группой госпитализированных обычным порядком) количество попыток суицида [25].

Личностное качество жизнестойкости (hardiness) представлено мерой позитивного совладания с неблагоприятной (стрессогенной) жизненной ситуацией (повседневной или чрезвычайной), их преобразования при сохранении душевного равновесия без снижения функционального уровня, способности «держаться удар». Жизнестойкость понимается как мировосприятие – возможность или ряд представлений индивида, играющие буферную (антисуицидальную) роль в ситуации дистресса и риска [35].

Риск самоубийства сопряжен с ослаблением резервов жизнестойкости по той или иной причине. Необходимо целостное осмысление и объективизация оценки личностного потенциала успешного совладания с трудностями. Неблагоприятные условия развития личности и дезадаптивные способы решения типовых проблем заданы генетической уязвимостью, соматическими или психическими заболеваниями, провоцированы микросоциальными условиями. Но их влияние может быть преодолено, опосредовано, каузальная связь разорвана развитием и укреплением резервов здорового зрелого «Я», потенциала жизнестойкости посредством целевых психосоциальных мероприятий.

Литература:

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2. / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – Кемерово: КузбассВУЗиздат, 2004. – С. 82-90.
2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – М.: Изд. Академии МВД СССР, 1980. – 163 с.
3. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Избранные статьи (1963). Приложение: Я. Нидлмен. Критическое введение в экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера. Пер. с англ. и нем. М.: Рефл-Бук. Ваклер, 1999. – 336 с.
4. Борисов И.В. Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на стресс и дистимий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 2001. – 26 с.
5. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
6. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
7. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Том 18, вып. 2. – С. 7-14.
8. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. К вопросу о значении понятия жизнестойкости в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20, вып. 3. – С. 81-85.
9. Леонтьев Д. А. Психология смысла: Природа, структура и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
10. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1. Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – С. 56-65.
11. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
12. Лэнгле А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессий. Пер. с нем. М.: Генезис, 2010 – 128 с.
13. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Том 22, № 1. – С. 16-24.
14. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное / Под ред. И.Я. Гуровича / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов М.: Новые возможности, 2009. – 129 с.
15. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А. Жизнестойкость, как составляющая личностного потенциала / Личностный потенциал: структура и диагностика. – М., Смысл, 2011. – С. 179-208.
16. Тхостов А.Ш., Ильина Н.А., Кучерова Е.Я. и др. Психологические механизмы отказа у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – Том 105, № 4. – С. 9-16.
17. Федоров А.П., Борисов И.В. Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессий невротического регистра // Мат. IV ежегодной всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы». – СПб: ИМАТОН, 2002. – С. 165-169.
18. Франкл В.Э. Доктор и душа (1955). Пер. с англ. – СПб, Ювента, 1997. – 286 с.
19. Франкл В.Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия (1975). Пер. с англ. – СПб, Речь, 2000. – 286 с.
20. Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия (1980). Пер. с англ. – М.: Класс, 1999. – 576 с.

21. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М., Практика, 1997. – 1056 с.
22. Adshad G., Ferris S. Treatment of victims of trauma // *Adv. Psychiatric Treat.* – 2007. – Vol. 13. – P. 358-368.
23. Alexander D.A., Klein S. Ambulance personnel and critical incidents and emergency work on mental health and emotional well-being // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 76-81.
24. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How people manage to Stress and to Stay Well. – San Francisco – London, Jossey – Bass Publishers, 1987. – P. 7-34.
25. Bateman A., Fonagy P. Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 38-42.
26. Brown A.C., Sandler I.N., Tein J.-Y. et al. Implications of Parental Suicide and Violent Death for Promotion of Resilience of Parentally-Bereaved Children // *Death Studies.* 2007. – Vol. 31. – P. 301-355.
27. Carrico A. Elevated Suicide Rate Among HIV-Positive Persons Despite Benefits of Antiretroviral Therapy: Implications for a Stress and Coping Model of Suicide // *Am. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 167. – P. 19.
28. Caspi A., Hariri A.R., Holmes A. et al. Genetic Sensibility to the Environment: the Case of the Serotonin Transporter Gene and its Implications for Studying Complex Diseases and Traits // *Am. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 167. – P. 509-527.
29. Catalan J., Klimes I., Day A., Garrod A. et al. The psychosocial impact of HIV infection in gay men. A controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity // *Br. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 161. – P. 774-778.
30. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective // *World Psychiatry.* – 2010. – Vol. 9. – P. 145-154.
31. Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. – Paris: Odile Jacob, 1999. – P. 34-120.
32. Gesundheit B., Reichenberg E., Strous R.D. Personal accounts: Resilience: Message from a “Mengele twin” survivor // *Psychiatr. Serv.* – 2011. – Vol. 62. – P. 1127-1129.
33. Heeringen C.V., Marusic A. Understanding of suicidal brain // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 183. – P. 282-284.
34. Hjemdal O., Aune T., Reinfjell T., Stiles T.C. Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents // *Clin. Child Psychol. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 48. – P. 91-100.
35. Johnson J., Wood A.M., Golding P. et al. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis // *Clinical Psychol. Rev.* – 2011. – Vol. 31. – P. 563-501.
36. Kavanagh D.J. Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 157. – P. 373-383.
37. Kernberg O.E. Severe Personality disorders, NY: Yale University Press, 1984. – P. 256-257.
38. Kobasa S.C. Stressful Life Events Personality and Health // *J. Personal. Soc. Psychology.* – 1979. – Vol. 37. – P. 1-11.
39. Laugharne, R. & Priebe, S. Trust, choice and mental health: A literature review // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* – 2006. – Vol. 41. – P. 843-852.
40. Levin A. Will Baby Boomers Rewrite Data on Elderly Suicides? // *Psychiatr. News.* – 2011. – Vol. 46, № 16. – P. 17.
41. Lin K.K., Sandler I.N., Ayers T.S. et al. Resilience in Parentally Bereaved Children and Adolescents Seeking Preventive Services // *J. Clin. Child Adolesc. Psychology.* – 2004. – Vol. 41. – P. 673-683.
42. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // *J. Personal. Assess.* – 1994. – Vol. 63. – P. 265-274.
43. Masten A.S. Ordinary magic – resilience processes in development // *Am. Psychologist.* – 2001. – Vol. 56. – P. 227-238.
44. Meltzer H., Griffiths C., Brock A. et al. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001–2005 // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193. – P. 73-76.
45. Mickey B.J., Zhou Z., Heitzeg M.M. et al. Emotion Processing, Major Depression, and Functional Genetic Variation of Neuropeptide Y. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68. – P. 158-166.
46. McCabe R., Saidi M., Priebe S. Patient reported outcomes in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 191. – P. 21-28.
47. Misch D.A. Basic strategies of dynamic supportive therapy, Focus // *J. Lifelong Learn. Psychiatry.* – 2006. – Vol. IV. – P. 253-268.
48. Raju R., Corrigan F.M., Davidson A.J.W., Johnson D. Assessing and managing mild to moderate emotion dysregulation // *Adv. Psychiat. Treat.* – 2012. – Vol. 18. – P. 82-93.
49. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2004. – Vol. 10. – P. 37-49.
50. Stallard P., Buck R. Preventing depression and promoting resilience: feasibility study of a school-based cognitive-behavioral intervention // *Br. J. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 202. – P. 18-23.
51. Vaillant G.E. Lifting the field’s “repression” of defences // *Am. J. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 169. – P. 885-887.
52. Yalom I.D., Lieberman M.A. Bereavement and heightened existential awareness // *Psychiatry.* – 1991. – Vol. 54. – P. 334-345.
53. Интернет-ресурсы: www.medpsy.ru
<http://www.xarakter.net/virtues/universal/vitality/desc.php>

ONTOLOGICAL VIEW: SUICIDAL BEHAVIOR AND THE PHENOMENON OF RESILIENCE

I.V. Borisov, A.G. Gladysheva, E.B. Lyubov

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

The article overviews the latest researches in Russian and Western schools of psychiatry and clinical psychology investigating the psychological resources of a person in an extreme situation of the existential crisis - when he is willing to commit suicide. The psychological recourses preventing a person from this crucial step are

seen through the notion of "hardiness/resilience". The authors review the development of hardiness/resilience notion and its particularities as it is adopted in suicidology. The deficiency of hardiness / resilience qualities may take its source in congenital qualities of a person, in a defect of its protective/coping mechanisms and in its incapacity to reappraisal. The article lists the number of methods for hardiness/resilience evaluation and the strategies of psychological work directed to intensification of its qualities.

Key words: suicidal behavior, hardiness-resilience, protective factors.

УДК: 616.89-008.441.44-084

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШЕЙ ФОРМОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ?

Н.А. Корнетов

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

Контактная информация:

Корнетов Николай Алексеевич – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки России, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2. Телефон: (3822) 53-04-23, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru

Депрессивное расстройство является одним из лидеров в распространенности, высокого бремени болезни и суицидов. Депрессия ухудшает общее самочувствие, затрудняет выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания. Депрессия осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни. Диагностический опыт стран Восточной Европы и постсоветского пространства показал генетическую связь между депрессиями и суицидами в период пролонгированных социально-стрессовых событий, при коренных изменениях общественной жизни.

В работе приводятся основные данные по диагностике, тактике ведения и терапии депрессий, которые представляют собой основу образовательной программы для врачей различных специальностей и прежде всего для специалистов первичной медицинской службы. Представлены результаты снижения суицидов в Томской области в сравнении с динамикой суицидов в Российской Федерации и Сибирском федеральном округе, а также в гг. Томске и Северске. Полученные данные не могут быть интерпретированы только с точки зрения социальных процессов, происходящих в регионе или в целом в стране.

Ключевые слова: суицид, депрессивное расстройство, образовательная программа, первичная медицинская служба.

Диагностика и терапия любого психического и поведенческого расстройства должны иметь определенные стандартные подходы, которые приняты большинством психиатров в мире в результате длительного и многолетнего труда [15, 18-20, 36, 37]. Наша научная позиция основывается на МКБ-10 без адаптации [7]. Терминологически расплывчатые и многозначные понятия [1, 16-17], которые размывают представления о современных нозологических диагностических единицах, нами не используются.

Хотя униполярная депрессия в ее единичном эпизоде, при рекуррентном течении или

хронизации могут вызывать академические споры в связи с разнообразием симптоматики, основной относительно новой диагностической категорией является «депрессивный эпизод» [37] или «большая депрессия» [20], которые достаточно четко выражают клинические картины разнообразных проявлений депрессии.

Неисчислимо количество публикаций, посвященных депрессивным расстройствам на уровне доказательной медицины, с каждым годом добавляют доказательства насколько депрессивное расстройство (ДР) является значимым эпидемическим хроническим неинфекционным заболеванием в рамках интегратив-

ной антропологии и медицины [13]. ДР приносит тяжелый психофизический груз пациентам, эмоциональный и моральный, их родственникам, высокую цену для общественного здравоохранения и общества в целом [28].

Таблица 1
DALYs-1990 и 2020

Место	2000 (Начальное)
1	Респираторная инфекция нижних дыхательных путей
2	Перинатальные состояния
3	ВИЧ/СПИД
4	Униполярная депрессия

Место	2020 (Ожидаемое) [29, 38]
1	Ишемическая болезнь сердца
2	Униполярная депрессия
3	Дорожно-транспортные происшествия
4	Цереброваскулярная болезнь

После оценки Глобального бремени болезни (ГББ) Гарвардской школой здравоохранения в сотрудничестве со Всемирным Банком и ВОЗ [35] стало ясно, что если депрессия была «Золушкой» в старых описаниях, ассоциированных с понятием «эндогенной», то после введения ее новых диагностических критериев в DSM-III, она стала одной из «принцесс» по бремени болезней (табл. 1) и лидером в показателях нетрудоспособности (табл. 2).

Таблица 2

Ведущие причины для показателя лет жизни, прожитых с инвалидностью для всех возрастных групп (% от общего числа)

№	Причины	%
1	Униполярные депрессии	11,9
2	Потеря слуха во взрослом возрасте	4,6
3	Железодефицитная анемия	4,5
4	Обструктивная болезнь легких	3,3
5	Алкогольные расстройства	3,1
6	Остеартрит	3,0
7	Шизофрения	2,8
8	Падения	2,8
9	Биполярное расстройство	2,5
10	Астма	2,1

Примечание: все указанные расчеты экономических показателей, несомненно, являются заниженными, поскольку при этом не учитывается стоимость утраченных возможностей для отдельных лиц и членов их семей (ВОЗ, 2001).

В 1990 г. депрессия была четвертой из общих причин потери количества лет жизни с учетом инвалидности в мире, и предполагается, что к 2020 г. она займёт в этом рейтинге второе место [35]. В 1994 г. было определено, что в промышленно развитых странах приблизительно 1,5 миллиона лет жизни, с учетом инвалидности, теряются каждый год в результате депрессии. В развивающемся мире потери в результате инвалидности еще более обычны [31].

Уточним некоторые понятия связанные с новыми расчетами смертности и нарушениями функциональных возможностей (инвалидизации). Помимо наиболее полных и последовательных наборов для расчетов заболеваемости и смертности по возрасту, полу, региону, которые когда-либо были подготовлены, при расчете ГББ был также введен новый метрический показатель – годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY). Таким образом, в формулу расчета были включены количество лет жизни с поправкой на инвалидность DALY – с тем, чтобы в количественном выражении можно было определить бремя болезни [29, 30]. Если детализировать сущность методологии DALY, то она выступает в качестве количественной возможности, позволяющей на основе объединения информации о воздействии преждевременной смертности и инвалидности, а также нефатальных исходов определять существующие между ними разрывы. Один DALY сопоставим с одним потерянным годом здоровой жизни. Бремя болезни является показателем разрыва между состоянием здоровья в настоящее время в идеальной ситуации, при которой каждый доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности. Вопросы, касающиеся более детального рассмотрения DALY, можно представить следующим образом: DALY для определенного заболевания представляет собой сумму лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью (YLL) в одной группе населения, и лет жизни, потерянных в связи с инвалидностью (YLD) для отдельных случаев каждого состояния [4]. Распространенность ДР во всем мире охватывает 350 миллионов человек [26].

Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую

форму. ДР вызывает значительные страдания человека, обуславливает его низкий уровень функционирования на работе, в школе и в семье. В худших случаях она часто может приводить к самоубийству. Ежегодно регистрируется 1 миллион случаев смерти в результате самоубийств [21].

Несмотря на то, что известны эффективные виды лечения депрессии, такое лечение получают менее половины страдающих от нее людей в мире (в некоторых странах менее 10%). Препятствия на пути получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных провайдеров медицинской помощи и социальную стигматизацию, связанную с психическими расстройствами [33].

Еще одним препятствием является неточная оценка. Даже в некоторых странах с высоким уровнем дохода людям, страдающим депрессией, не всегда определяется правильный диагноз, в то время как в других случаях лицам, не имеющим этого расстройства, иногда выносятся ошибочный диагноз, и назначаются антидепрессанты.

Бремя депрессии и других нарушений психического здоровья растет в глобальных масштабах. В мае 2012 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой призвала к принятию комплексных, скоординированных ответных мер на психические расстройства на национальном уровне [2].

Кроме субъективного страдания, испытываемого людьми с депрессией, существенным воздействием является влияние на социальное и профессиональное функционирование, физическое здоровье и смертность. В частности, воздействие ДР на физическое здоровье влияет на течение и исходы таких серьезных хронических инвалидирующих болезней, как болезни сердца, диабет и рак. В первичной медицинской службе ДР широко распространены, и на их долю обычно приходится более 10% пациентов. Врачи первичного звена должны быть осведомлены об общих факторах риска ДР, таких как пол, невротизация, психосоциальные стрессовые события, знать обстоятельства, формирующие негативный опыт детства. В учреждениях первичной медицинской помощи, депрессивную симптоматику следует рассматривать у пациентов наряду с несколькими медицинскими проблемами. К ним, прежде всего, относятся необъяснимые физические, часто множественные симптомы, хронические

боли различного разнообразия или частое использование медицинских услуг. Программы, направленные на улучшение и последующее наблюдение депрессивного пациента с использованием современных безопасных антидепрессантов, и дальнейшим наблюдением признано экономически эффективными [23, 27]. В случае низкого выявления и лечения ДР или необоснованных запретов главными терапевтами или главными врачами поликлиник проводить терапию в лечебно-профилактических учреждениях, возрастает количество временной нетрудоспособности за счет ДР, существенно уменьшается способность человека эффективно работать, часто происходит увольнение персонала или падает уровень дохода в семье, теряется квалификация. На популяционном уровне, при низкой выявляемости и лечении депрессии, растет безработица, алкоголизм, наркотизация, ухудшение любого соматического заболевания, нарастает смертность и количество суицидов [13].

Более широкие социальные эффекты включают большую зависимость от социального обеспечения и пособий с неизбежным влиянием на самоуважение и веру в себя. Выражено ухудшение социального приспособления, включая уменьшение способности общаться в течение болезни. Нарушенные личные отношения в течение депрессивного эпизода часто продолжаются и после него, распространяясь на более длительные периоды времени и изменения в социальном функционировании, особенно у тех, кто имеет рецидивирующее расстройство. Стигма, связанная с проблемами психического здоровья вообще [15] и ее специфическое влияние на общественное представление в частности, может обусловить нежелание людей с депрессией искать помощи [22].

ДР стали своего рода эмпирически-научной моделью для разработки тактики ведения и терапии других психических расстройств в общемедицинской практике. Однако помимо общих правил, которые в настоящее время широко предлагаются как для психиатров, так и для врачей различных медицинских дисциплин, важным является также выражение личного опыта, который может быть полезен и вероятно использован другими клиницистами.

Первой проблемой, которая стоит перед врачом или клиническим психологом в случае распознавания депрессивных симптомов и влияния на них соответствующими методами воздействия, это разделение самого процесса

диагностики. Если базироваться на психосоматическом дуализме в представлениях о человеке и органно-системной организации в качестве ведущей формой образования в высших учебных медицинских школах не только России, но и во многих странах возникает конфликт субсамостей (субличностей) профессионала. С одной стороны, врач выступает в роли эксперта в поисках дефекта от психического расстройства, с другой стороны, задачей врача является поиск ресурсов. Практика доказывает, что депрессивный пациент испытывает дополнительную физическую и психологическую нагрузку во время общения, и старается избежать ее. Многие из пациентов рассказывают, что длительные беседы во время первых встреч с врачом или клиническим психологом проходят как в “тумане” и оставляют тягостное воспоминание, если специалист проявлял какое-то беспокойство, отвлекался, или использовал резкие выражения. Опыт также показывает, что диагностическая часть первой встречи не должна быть длительной, так как симптомы депрессии достаточно хорошо распознаются, если профессионал в сфере охраны психического здоровья ориентирован в большей степени на проявления психопатологического конструкта, его временного выражения, согласно текущим международным классификациям. Акценты на содержательной стороне беседы могут незаметно увести внимание специалиста в сферу типичных негативных житейских переживаний, которые психологически понятны каждому человеку, знакомы и хорошо узнаваемы, в виду их частых повторений в виде аналогичных образов, мыслей и сопровождающих чувств. Во врачебной и клиничко - психологической практике, несмотря на понимание иного качества болезненного состояния, всё же часто имеется риск рассматривать эти содержательные переживания в плоскости некой “патопсихологии” по своему выражению и “невротичности” по механизмам развития при погружении в содержание переживания депрессивных пациентов. В этом отношении необходимо знать, что перед первым депрессивным эпизодом почти в 70% случаях наблюдаются неблагоприятные влияния тех или иных острых или хронически действующих психотравмирующих факторов [3]. Преципитирующая роль неблагоприятных жизненных ситуаций и обстоятельств в развитии депрессии, достаточно хорошо описана [32]. Поэтому диагностика

должна опираться на обязательные дискриптивно выделенные критерии. Для удобства мы используем в качестве внутреннего диагностического алгоритма соматические и психологические клинические критерии депрессивного эпизода [37].

Последние 10 лет в соответствии с рекомендациями World Health Organisation (WHO), World Psychiatric Association (WPA), International College of Neuropsychopharmacology (CINP) нами в течение более 10 лет, по три месяца в году проводятся образовательные программы (тематические циклы усовершенствования) по депрессивным расстройствам и психическим расстройствам в целом для врачей первичной медицинской сети [36]. Кратко изложим основные положения образовательной программы по депрессивным расстройствам без погружения в различные теоретические построения.

Международные образовательные программы по депрессиям. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) и Международный комитет по профилактике и терапии депрессий (ПТД) при совместной работе лучших психиатров-экспертов в данной области создали три последовательных образовательных модуля, которые отражают все основные моменты в распознавании и лечении ДР в различных областях клинической медицины. Первой модуль этой выдающейся программы был издан в 1996 г. и включает в себя все необходимые основные интернациональные стандарты для постановки диагноза депрессивных расстройств и успешного их лечения. Второй модуль (1998) посвящен коморбидности соматическим заболеваниям и депрессивным расстройствам. Он предназначен для врачей определенных медицинских дисциплин: кардиологов, онкологов, неврологов, акушеров и гинекологов, эндокринологов и др. В третьем модуле (1999) детально рассматриваются ДР в старшей возрастной группе. Четвертый модуль (2001) имеет специальное назначение в качестве общего введения и этапов тренинга, развития навыков врачей – интернистов в распознавании и тактики введения психических расстройств.

Все подготовленные тексты и материалы для обучения основаны на данных, полученных многими исследователями и клиницистами, которые работают и практикуют в разных странах мира, а врачи учатся правильно распознавать и эффективно лечить депрессивные

расстройства. При поддержке проф. Sartorius & Global Geneva Indicative нашей научной группой были созданы российские версии этих модулей [9-12] (их можно получить при обращении к автору статьи (см. e-mail).

Диагностика депрессии. Ядром в современной клинической концепции депрессии является понятие «депрессивный эпизод» (ДЭ), который может возникнуть практически у каждого 5 человека в течение жизни, в 20% случаев депрессии имеют тенденцию к рецидивированию, а в 30% возникают ее хронические формы. Диагностические критерии ДЭ, представленные МКБ-10 могут быть успешно использованы клиницистами различных специальностей в связи с «тривиализацией» психиатрической терминологии [34]. Диагностический порог для степени выраженности депрессии определен количеством симптомов и дополнительных признаков, которые должны отвечать определенному критерию продолжительности [37]. В современной классификации больше не противопоставляются «эндогенные» и «невротические» депрессии, поскольку в генез ДЭ вовлечены генетические, нейробиологические и психосоциальные факторы.

Диагностические критерии депрессивного эпизода

I. Основные:

- 1) сниженное (подавленное, угнетенное, тоскливое) настроение;
- 2) утрата интересов и удовольствия к вещам и деятельности, которые ранее были приятны;
- 3) снижение энергии, которое приводит к повышенной утомляемости и уменьшению активности.

Примечание: эти типичные симптомы должны длиться не менее двух недель, сохраняться ежедневно и занимать большую часть дня. Они не свойственны данному конкретному человеку по их степени выраженности, нарушают привычный стиль жизнедеятельности, и не соответствуют по степени тяжести реальным жизненным обстоятельствам. Наличие двух из этих трех типичных проявлений ДЭ достаточно для диагностики легкого и умеренного эпизода в сочетании с другими симптомами депрессии, а все три часто в выраженной степени присутствуют в случае тяжелой депрессии и комбинируются с особо выраженными дополнительными ее признаками.

II. Дополнительные:

К частым симптомам депрессии относятся:

- 1) затруднение мышления;
- 2) сниженная способность к сосредоточению и концентрации внимания;
- 3) заниженные самооценка и чувство неуверенности в себе (неполноценности);

- 4) идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода);
- 5) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 6) мысли или действия, связанные с самоповреждением или суицидом;
- нарушенный сон.

Примечание: в некоторых случаях тревога и беспокойство могут быть более выражены, чем депрессия. Депрессия может также маскироваться другими психическими и поведенческими характеристиками: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерической экспрессией, обострением предшествующих фобий или навязчивых симптомов, возможны ипохондрические идеи.

III. Специальные:

Особое клиническое значение имеют соматические (синонимы: «биологические», «витальные», «меланхолические», «вегетативные», «эндогенноморфные») симптомы депрессии, в перечень которых включается 8 признаков:

- 1) утрата интересов и удовольствия к привычно приятной деятельности;
- 2) утрата эмоциональной реакции на окружения и события, которые обычно доставляют радость или удовольствие;
- 3) повторяющиеся ранние пробуждения (за два и более часа, чем обычно);
- 4) усиление подавленности и депрессивных переживаний по утрам;
- 5) объективные данные о психомоторной заторможенности или двигательном беспокойстве;
- 6) снижение аппетита;
- 7) потеря массы тела (5% и более за последний месяц);
- 8) выраженное снижение либидо.

Примечание: при наличии 4 и более из этих симптомов диагностируется соматический синдром ДЭ. Классификация построена так, чтобы соматический синдром был зарегистрирован теми врачами, кто хотел бы его выделить. Если он специально не выделяется, то ДЭ описывается всеми имеющимися симптомами без потери какой-либо клинически значимой информации.

Распознавание депрессий в общей медицинской практике. Пациенты с униполярной депрессией обращаются к врачам различных специальностей, и предъявляют, прежде всего, жалобы на соматическое состояние. В связи с этим важно отметить, что наиболее часто предъявляются жалобы на тревогу, нарушения сна, астению, колебания кровяного давления, головные и телесные боли, общую разбитость, слабость и постоянное чувство общего недомогания, желудочно-кишечные нарушения, потерю массы тела. Люди склонны приписывать болезненное состояние каким-то внешним неблагоприятным обстоятельствам или

соматическим болезням. Однако специальный опрос показывает, что общая разбитость или мнимое соматическое страдание являются проявлениями депрессивного симптомокомплекса.

Распознавание депрессии не представляет сложностей при правильно поставленных открытых вопросах. После того, как врач даст возможность высказаться пациенту, поддерживая и проявляя заинтересованность в клиническом интервью, можно задать несколько прямых вопросов: «Как Вы спите?», «Чувствуете ли Вы себя отдохнувшим после сна?», «Какой у Вас аппетит?», «С интересом ли Вы работаете, увлекает ли Вас что-либо?», «В каком состоянии Ваши нервы?», «Можете ли Вы справиться с этим состоянием?», «Что Вы делаете для своего удовольствия?». Если на подобные вопросы пациент отвечает, что уже несколько месяцев он плохо спит, с трудом встает, ест потому что просто надо, сильно устает от работы, нервы совершенно не в порядке, а об интересах и удовольствии и говорить нечего, то совершенно очевидны основные симптомы ДР.

В меньшей степени врачи-интернисты знакомы с психологическими признаками депрессии. Обычно в амбулаторной или стационарной соматической практике пациенты прямо не говорят о чувстве вины, неполноценности или низкой самооценке. Такие высказывания при не тяжелых депрессивных эпизодах делаются вскользь. Наиболее часто пациенты, особенно старших возрастных групп высказываются о своей несостоятельности, беспомощности и неизлечимости, выраженных нарушениях памяти, утрате сообразительности, нарушениях внимания, невозможности сосредоточиться, склонности к сомнениям, которые иногда приобретают навязчивый характер. Затруднения в мышлении делают речь пациентов либо замедленной, тихой при общей заторможенности, либо сбивчивой, суетливой, непродуктивной при беспокойстве. Важным моментом в определении тактики ведения являются вопросы, адресованные к мыслям о смерти или нежелании жить. Вопросы должны быть прямые, спокойные с выяснением существуют ли такого рода мысли. Если да, то часто ли они возникают? Были ли замыслы? Если да, то необходимо выяснить, что удерживало от суицидальных действий. Как правило, это чувства стыда, мысли о причинении вреда детям, мужу и т.п. При благоприятной семейной обстановке, понимании родственниками основных проявлений болезни пациента и его страданий, хоро-

шем терапевтическом альянсе и нежелании консультации у психиатра, лечение может осуществлять врач любой специальности. Если депрессия носит тяжелый характер, суицидальные мысли достаточно серьезные, а сам пациент демонстрирует низкий уровень комплайенса, страдает дополнительно расстройством личности или алкогольной зависимостью, находится в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, не имеет поддержки со стороны близких людей, то рекомендуется консультация психиатра.

Стандартный подход к терапии депрессий в клинической медицине. Современная парадигма лечения ДР ориентирована на:

- устранение симптомов депрессии;
- восстановление ролевых функций;
- профилактику рецидивов.

Изменения в подходах к лечению ДР, прежде всего, связаны с новым пониманием психологического, социального и экономического бремени депрессии, для людей которые страдают этим распространенным расстройством. Поскольку ДР чаще всего поражает людей трудоспособного возраста, а ее симптомы порождают чувство беспомощности, деморализации и безысходности важно учитывать гуманитарные последствия этого психического расстройства. Общий смысл и контекст исследований, обосновывающих ранее выявление и длительное лечение ДР можно свести к следующим основным положениям:

- первичный эпизод униполярной депрессии независимо от внешних обстоятельств его возникновения, если он отвечает диагностическим критериям МКБ-10, имеет риск рекуррентного эпизода в 75% случаев в течение первых 5 лет и 85% в течение 9 лет, при самом большом интервале светлого промежутка между первым и вторым депрессивным эпизодом;
- психосоциальные стрессоры имеют значение при провокации первого депрессивного эпизода в качестве «проявляющих» факторов, но не причинных, поскольку в дальнейшем часто наблюдается рекуррентность депрессивных расстройств;
- риск последующего депрессивного эпизода зависит от степени выраженности предыдущего, их количества и частоты возникновения; к 5-6 эпизоду увеличивается длительность периода депрессии. Уменьшается время светлого промежутка до года и менее;
- хронобиологические факторы: сезонность, суточная ритмика и предменструальные

расстройства настроения увеличивают риск рекуррентности, равно как половые и возрастные нейробиологические факторы, включая накопление неблагоприятных жизненных стрессовых событий [6].

Считается, что после третьего приступа с наличием соматического синдрома терапия антидепрессантами должна быть неопределенно длительной [9].

Исходя из этих основных данных был пересмотрен подход к терапии ДР с ориентацией на продолжающееся и / или постоянное лечение предполагаемой или существующей рекуррентности заболевания против терапии текущего депрессивного эпизода. Основным смыслом этой парадигмы лечения сопоставим с антибактериальной терапией хронических инфекционных заболеваний, когда врач планирует лечение антибиотиками первого и второго ряда в оптимальных терапевтических дозах, препятствуя хронизации инфекционного процесса в зависимости от резистентности или чувствительности. Данный подход имеет место и при лечении эпилепсии, гипертонической болезни, ИБС и других мультифакториальных заболеваний. Наиболее четко за последнее время концепция лечения депрессивного расстройства, как склонного к рекуррентности хронического заболевания, была сформулирована в трехфазной модели Kupfer [24, 25].

Рекомендации ВОЗ по продолжительности терапии антидепрессантами [9]

- средняя длительность терапии антидепрессантами 6 месяцев после окончания депрессивного эпизода;
- через 3 недели после полного прекращения приема антидепрессантов, должно быть оценено психическое состояние пациента;
- если психическое состояние оценивается как хорошее, то повторные осмотры должны проводиться один раз в два месяца в течение полугода;
- профилактическая терапия рекомендуется для тех пациентов, кто перенёс более чем один тяжелый эпизод ДР, особенно, если один или большее количество эпизодов отмечались за предыдущие 5 лет;
- для долгосрочной терапии в таких случаях предпочтительно использование того антидепрессанта, который вызывал ранее максимальный терапевтический эффект.

В первой «острой» фазе терапии после диагностики текущего депрессивного эпизода, установления максимально благоприятного терапевтического альянса с пациентом и проведения краткой образовательной программы с

его родственниками, назначается антидепрессант наиболее хорошо переносимый пациентом в оптимальной терапевтической дозе. Если в прошлом была успешная терапия определенным антидепрессантом, то повторный ДЭ следует лечить тем же препаратом, в той же дозе. Первые явные признаки улучшения появляются к концу второй недели терапии. На 4-6 недели 50% симптоматики от исходной исчезает, если пациент относится к респондерам. Выздоровление или ремиссия в среднем наступает к концу 12-14 недель. После возникновения ремиссии наступает вторая фаза «продолжающейся терапии», которая в среднем должна длиться 4-9 месяцев. В случае высокого риска повторности рекомендуется эту фазу лечения увеличивать до 54 недель. Антидепрессанты в этой фазе должны применяться в той же оптимальной терапевтической дозе, которая использовалась в первой фазе терапии. Даже малейшее снижение дозы влечет за собой высокий риск возвращения симптоматики ДЭ. Третья фаза терапии направлена на профилактику рецидивов. Она может длиться до 5 и более лет, если у больного отмечалось несколько депрессивных эпизодов.

Основные группы антидепрессантов наиболее детально описаны С.Н. Мосоловым [8]. В качестве первой линии терапии ДР в общемедицинской практике используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они представлены 5 основными антидепрессантами: флуоксетин 20-60 мг/сут (прозак®), сертралин 50-150 мг/сут (золот®), стимулатон®), флувоксамин 50-150 мг/сут (феварин®) пароксетин 20-60 мг/сут (паксил®), циталопрам 20-60 мг/сут (ципрамил). СИОЗС имеют разную химическую структуру, но в клиническом отношении они объединяются высокой эффективностью и безопасностью применения при лечении различных депрессивных расстройств. Они удобны для длительного применения во всех трех фазах терапии в связи с однократным приемом. Стартовая доза часто является и терапевтической. Шестой препарат этой группы СИОЗС с оригинальным строением появился сравнительно недавно. Он зарекомендовал себя безопасным и эффективным антидепрессантом – эсциталопрам (ципралекс®) СИОЗС отличается также эффективностью при депрессиях с булимией и навязчивостями, не имеет противопоказаний в лечении ДР после инфаркта и инсульта. У этих препаратов практически отсутствуют седативные антихолинергические и кардиотоксические эффекты, которые ранее

препятствовали широкому применению антидепрессантов при депрессиях коморбидных с соматическими заболеваниями. Антидепрессанты группы СИОЗС обладают низким уровнем взаимодействия с медикаментами, применяющимися в соматической медицине. У них отсутствуют психическая и физическая зависимость, а также синдром отмены после плавного и постепенного прекращения приема препарата [14].

Три- и тетрациклические антидепрессанты: имипрамин (мелипрамин[®]), амитриптилин (эливел[®]), мапротилин (лудиомил[®]) несмотря на выраженные седативные, антихолинэргические, гипотензивные и кардиотоксические эффекты также могут использоваться при длительной терапии в общемедицинской практике, но в дозах не ниже 100 мг/сут, так как субпороговые терапевтические дозы этих препаратов могут хронизировать депрессию или проявить тенденцию к суициду. Дозы всех перечисленных гетероциклических препаратов назначаются с 15-25 мг/сут и постепенно увеличиваются. Выше 150 мг/сут эти антидепрессанты в общей медицинской практике назначать вряд ли целесообразно. Миансерин 30-90 мг/сут (леривон[®]) также может использоваться в продолжительной терапии. Полную дозу всех приведенных антидепрессантов можно принимать один раз в день.

Депрессивный эпизод по степени тяжести разделяется на три варианта: легкий (F 32.0); умеренный (F 32.1); тяжелый (F 32.2).

Для всех трех вариантов характерны сочетания ниже перечисленных симптомов, степень выраженности которых и их численность нарастает при увеличении тяжести депрессии.

Набор симптомов 1 уровня включает: сниженное (подавленное, угнетенное, слезливое, удрученное) настроение, несоответствующее реальным жизненным обстоятельствам, которое проявляется большую часть дня, практически ежедневно и не менее 2 недель. Эти симптомы мало меняются в зависимости от внешних обстоятельств. Выраженная утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая обычно приносила удовольствие, и была приятна. Снижение энергии, приводящее к повышенной утомляемости, снижению или утрате активности. При легкой и умеренной депрессии присутствуют хотя бы 2 симптома первого уровня и часто все три симптома наблюдаются при тяжелой депрессии.

Набор симптомов 2 уровня включает: затруднение мышления, сниженную способность к сосредоточению и концентрации внимания; сниженную самооценку и неуверенность в себе; идеи виновности и самоуничужения; мрачное и пессимистическое видение будущего; мысли о смерти, суицидальные мысли, суицидальные действия или самоповреждающие действия; нарушения сна; снижение аппетита, либидо и активности в целом. При легкой степени депрессии присутствуют не менее 2 симптомов второго уровня без резкой их выраженности; при умеренной степени – 3-4 симптома второго уровня; при тяжелой – не менее 4 и более симптомов второго уровня, часть из которых резко выражена.

Набор симптомов 3 уровня (соматические симптомы депрессии) включает: утрату интересов и удовольствия к привычно приятной деятельности; утрату эмоциональной реакции на окружения и события, которые обычно доставляют удовольствие; повторяющиеся ранние пробуждения (за два и более часа, чем обычно); усиление подавленности и депрессивных переживаний по утрам; отчетливая психомоторная заторможенность или ажитация, отмеченная посторонним человеком; четкое снижение аппетита; потеря массы тела (5% и более за последний месяц); выраженное снижение либидо.

При легкой (F32.00) и умеренной депрессии (F32.10) без соматических симптомов их наличие не обязательно или присутствуют несколько из них; при легкой депрессии с соматическими симптомами (F32.01) должны присутствовать 4 и более симптомов третьего уровня или 2-3 достаточно выраженных; при умеренной депрессии соматическими симптомами (F32.11) должны присутствовать 4 и более симптомов третьего уровня или 2-3 необычно тяжелой степени; при тяжелом депрессивном эпизоде (F32.2) предполагается наличие всех соматических симптомов третьего уровня (полный набор симптомов соответствует представлениям о меланхолическом синдроме).

Социальная продуктивность и активность при легкой депрессии снижается; при умеренной – значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, в продолжение работы; при тяжелой – деятельность крайне ограничена, возникает полная неработоспособность, затруднение ухода за собой. В некоторых случаях тревога, отчаяние

и агитация выражаются резче, чем депрессия. Депрессивный эпизод всех трех степеней может быть диагностирован в более короткий срок, чем две недели, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

С другой стороны, во врачебной и психотерапевтической практике также имеется тенденция недооценивать тяжесть переживаний депрессивного пациента. Вероятно частично это объясняется тем, что в обществе отдельные депрессивные симптомы и переживания неопределенности в связи с совокупностью сложных социально-экономических и психологических условий жизни, базовые потребности человека не получают в большом числе случаев настоящего удовлетворения в силу их постоянной фрустрации.

В ходе проведения образовательных программ ВПА / ПТД по распознаванию и терапии депрессивных расстройств в разных городах России, врачи общей медицинской практики и психиатры часто сообщали о случаях непонимания друг друга и не распознавания депрессии в ситуации консультативного амбулаторного приема пациентов с депрессивными симптомами. Чтобы избежать проблем, возникающих у пользователей психиатрических, общемедицинских, психологических или социальных услуг, необходимо развитие полипрофессионального партнерства независимо от принадлежности к ведомству.

На практике на первом этапе очень важно оценить структуру переживания пациента. Диагностический процесс и его конечная цель складываются из внимательного анализа субъективных жалоб, переживаний пациента и умения объективно проанализировать значение каждого симптома. В период диагностической оценки важно учесть субъективную и объективную компоненты проявления симптомов и удержаться в пределах клинической диагностики без априорной установки на преобладающие субъективные представления пациента или собственные предположительные клинко-этиологические предпочтения. Например, будет неверным предположение о том, что длительно сниженное настроение, как считает пациент, обусловлено соматическим заболеванием и его тяжелыми для жизни последствиями, также как и мнение врача о том, что депрессивная реакция является естественной в медицине на тяжелое соматическое заболевание. И в том, и другом случаях следует определить пороговое значение депрессивных симптомов,

выделить главные из них и дополнительные, о которых указано выше.

Приоритет психологической интервенции. Современный биопсихосоциальный подход постулирует, что целью лечения является не только устранение симптомов, но и возвращение социально-ролевых функций: семейных, профессиональных, межличностных и др. В связи с необходимостью длительного лечения ДР пациент всегда будет нуждаться в некоторой образовательной программе по поводу понимания признаков депрессии и её лечения, а также психосоциальной помощи. Контекстуальные факторы и жизненные обстоятельства необходимо постоянно обсуждать с пациентом и помогать ему, составлять множественные жизненные выборы. По оценкам многих пациентов, перенесших умеренную депрессию, возвращение к полноценной жизни, полному контролю над своим состоянием и выздоровление на 70-80% определяется психотерапией и лишь на 20-30% антидепрессантом в случае сочетанной психо-и фармакотерапии. Хотя фактически многие исследования и руководства по психиатрии показывают обратное соотношение, такую оценку пациентов все же следует учитывать достаточно серьезно, поскольку современные возможности психотерапии всё более и более возрастают.

Можно выделить три линии психологического вмешательства, которое может осуществляться как на уровне психологического консультирования, так и специальных техник психотерапии: эмпатия, образовательная программа по контролю над симптомами и правилами лечения, терапия контекстуальных факторов или следовых переживаний, имеющих травматическое содержательное и эмоциональное выражение в актуальном состоянии [14].

Правила антидепрессивной психофармакотерапии. Опыт показал, что в специализированной клинике по аффективным расстройствам переход врачей на монотерапию ДР достаточно длительное и кропотливое дело. Однако его исход превосходит многие ожидания. Возрастает уверенность и самооценка медицинского персонала отделения, улучшается терапия средой и удельный вес психотерапевтических вмешательств, развивается партнерство с пациентами, которые не испытывают последствий седативных эффектов. Одно из основных правил в лечении пациентов одним антидепрессантом является терпеливость врача, его уверенность в положительном эффекте

и многодневные повторения необходимости длительного приема препарата. Этот образовательный стереотип крайне необходим пациентам ввиду последующей необходимости приема препарата в амбулаторных условиях.

Поскольку в настоящее время еще недостаточно развита система консультативной психиатрии в первичной медицинской практике, желательно общую стратегию тактики ведения закреплять за специалистами, имеющими практические навыки длительной терапии депрессивных расстройств современными антидепрессантами. Некоторые трициклические антидепрессанты очень эффективны в острой фазе лечения. Однако их применение при соматических заболеваниях и в старшей возрастной группе должно быть ограничено ввиду кардиотоксического действия, опосредованных через ряд побочных эффектов: постуральная гипотензия, тахикардия, увеличение веса при длительном приеме и др.

СИОЗС являются препаратами первой линии терапии при сердечно-сосудистой патологии. Их преимущество с минимальной терапевтической дозой (например, флуоксетин – 20 мг/сут или сертралин 50 мг/сут утром во время еды в однократном приеме) является обычной практикой, а новый мелатонинергический антидепрессант-агомелатин (вальдоксан) может использоваться как препарат выбора (25 мг/сут) в этом лечении, особенно при нарушениях сна.

Коморбидность депрессивных и других психических расстройств. Депрессия часто сочетается с тревожными, навязчивыми, паническими расстройствами, патологией личности и алкогольной зависимостью также как и сочетание соматических заболеваний с клинической депрессией. Многие из этих факторов выступают в качестве “поддерживающих” депрессию или углубляющих пренебрежительное отношение к своему здоровью, увеличивает риск суицида, что может препятствовать назначению определенных антидепрессантов. Полипрагмазия в данных случаях может дать обратный эффект ожидаемому результату от лечения. Важно иметь сведения о фармакокинетических параметрах препаратов, чтобы избежать их отрицательного для индивида взаимодействия. Например, СИОЗС мало взаимодействуют с сердечно-сосудистыми препаратами. Они терапевтически показаны при тревожных, обсессивно-компульсивных расстройствах, а также в связи с этими тера-

певтическими особенностями при алкогольной зависимости на этапе воздержания.

Факторы, влияющие на результаты лечения депрессии. Хорошая реакция на терапию в предшествующем депрессивном эпизоде определяет назначение того же антидепрессанта и, наоборот, слабая реакция на определеннный антидепрессант в предыдущих фазах лечения требует назначения другого препарата. Учитывая все более увеличивающееся количество антидепрессантов с селективным влиянием на нейромедиаторы и синаптические рецепторы мозга, терапия депрессивных расстройств становится все более дифференцированной. Результаты лечения зависят также от оптимально подобранной дозы, продолжительности лечения, формы и тяжести депрессивного расстройства, сопутствующих диагнозов, употребления алкоголя, других неконтролируемых принимаемых психоактивных средств, а также невыполнения предписаний врача, личностного расстройства, соматотипа пациента, отсутствия социальной поддержки и неблагоприятных жизненных обстоятельств [10-12, 14]. По возможности следует сочетать психотерапию с фармакотерапией [9]. В случае легких проявлений депрессивного расстройства психотерапия практически всегда более предпочтительна, поскольку даже лучший антидепрессант оказывает на личность сглаживающее воздействие.

Знание последовательности редукции симптомов. В процессе лечения врач должен знать, что соматические симптомы депрессии чаще первыми подвергаются редукции, тогда как значимое улучшение настроения наступает через несколько недель терапии. Это обстоятельство должно учитываться в ходе полного курса терапии. Привлечение внимания пациента к устранению ранних симптомов играет роль важных для него иллюстраций правильности лечения, что способствует его большему вовлечению в терапевтическое сотрудничество, и определяет согласие на длительные курсы лечения. Следует также учитывать, что в общественном сознании не без основания психиатрическая “стигма” у многих людей связывается с “залечиванием таблетками”. Пациенты часто относятся с предубеждением к приему лекарств, особенно при депрессии, поскольку она определяется многими людьми практически “нормативным” состоянием, с которым можно самостоятельно справиться.

Побочные эффекты, связанные с приемом антидепрессантов. Для того, чтобы не возникли заблуждения по этому поводу необходимо при первом клиническом интервью с пациентом зафиксировать все жалобы и симптомы, которыми оформляется депрессия. Сухость во рту, слабость, головная боль, колебания кровяного давления, общая слабость, тошнота, запоры, головокружения, сердцебиение являются частыми витальными признаками заболевания. Далее необходимо корректное объяснение аннотации к лекарству, которую лучше прочитать, если позволяет состояние пациента вместе с ним. Следует также помнить о негативном мышлении депрессивных пациентов, поэтому не стоит фиксировать особое внимание на побочных эффектах. Если на следующий день пациент заявляет, что у него тошнота от СИОЗС, то ему следует напомнить о том, что она была и до приема препаратов. Как показывает практика, после нескольких дней приема антидепрессантов, если побочных эффектов действительно нет, у тревожных и настороженных пациентов исчезают жалобы на “побочные” эффекты. Наоборот, другие пациенты, имея выраженные побочные эффекты, не сообщают о них, хотя их признаки фиксируются объективно. Врач должен хорошо знать частоту и дозозависимость побочных эффектов того или иного антидепрессанта, чтобы обеспечить максимальную эффективность и безопасность лечения. Особое внимание при терапии СИОЗС следует уделять сексуальным дисфункциям и объяснению того, что это типичное временное явление, связанное с приемом антидепрессантов данного типа.

Монотерапия депрессивных и других психических расстройств. Еще раз акцентируем внимание на монотерапии. При нередком сочетании депрессии и соматического хронического заболевания важно добиться хорошего комплайенса. При назначении дополнительных препаратов есть вероятность несоблюдения режима их приема или просто отказ от них. Наибольшая польза в современном лечении ДР, также как и большинства других психических заболеваний, психофармакологическими препаратами заключается в монотерапии. Из рациональности такого подхода вытекает много преимуществ. Во-первых, врач может четко оценить влияние препарата на симптоматику депрессии, выделить пациентов быстро и положительно отвечающих на терапию. Во-вторых, улучшается терапевтический

контакт и склонность пациентов к доверительным партнерским отношениям. В-третьих, отсутствие выраженной седации и минимальность побочных эффектов дает возможность активно вовлекать пациента в психотерапевтический процесс. При этом снижается длительность стационарного этапа лечения, что способствует быстрому восстановлению социальных связей и отношений. Пациенты, в данном случае, принимают часть ответственности за эффективность лечения на себя, что способствует развитию личностной автономии и независимости.

Применение описанных элементарных принципов диагностического и терапевтического подходов при монотерапии ДР, усиление психологических методов воздействия и расширение психотерапевтических подходов, а также помощь в социальных аспектах функционирования показывает, что многие из пациентов значительно улучшают свое качество жизни, становятся активными, деятельными. У них улучшается социальная адаптация, появляются новые увлечения. Как показывает практика, лучшие результаты достигаются в тех случаях, когда клиницист постоянно апеллирует к личности, воспринимая на уровне своей организмической целостной реакции проявления депрессивного состояния или других симптомов как явления временные и чужеродные. Когда происходит диагностический процесс, он должен быть диффузен, поскольку корреспондирован к знаниям и опыту врача. Но когда диагностический процесс завершен, оппозиционность симптомов к личности пациента может быть инкапсулирована образовательной программой и психотерапевтическими приемами. В этом случае симптоматика становится дистантной и в значительной степени диссоциированным феноменом для наблюдения, обсуждения и преобразования, доступного обоим участникам терапевтического процесса, особенно во время межличностных контактов. Желательно, чтобы в этой позиции психиатр окончательно снял свой “диагностический мундир” психологических защит и проявил полную эмпатию, аутентичность и экспрессивную спонтанность. Это превращение является производным клинического и психотерапевтического опыта, который позволяет полностью войти в партнерские, терапевтические отношения. Эти внедиагностические отношения являются тем уровнем вчувствования в переживание, которые пациент до этого постоянно искал и ждал.

Перейдем к анализу полученных данных.

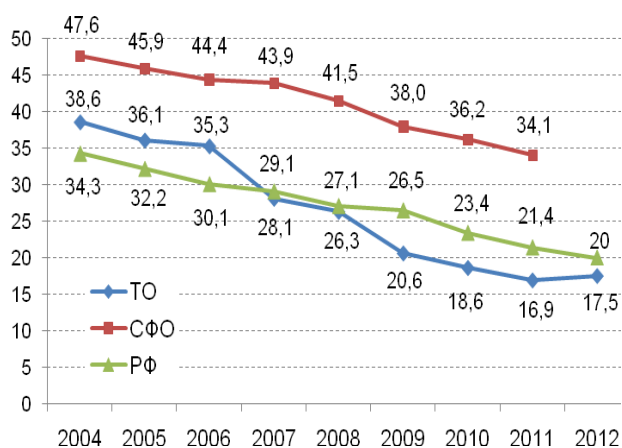


Рис. 1. Сравнительный анализ динамики показателя смертности от суицидов (на 100000 населения).

На рисунке 1 представлены сравнительные данные показателей смертности от суицидов в Российской Федерации (РФ) Сибирском федеральном округе (СФО) и Томской области (ТО).

Общие закономерности таковы, что количество суицидов достаточно интенсивно снижается во всех трех анализируемых группах. Согласно общим представлениям стабилизация социальных показателей в обществе закономерно снижает насильственную смертность. Однако следует обратить внимание, что в Сибирском федеральном округе показатели суицидов как в их количестве, так и в уровне снижения показателей суицидов остаются достаточно высокими. Что касается показателей суицидов в Томской области, то они становятся ниже, чем в Российской Федерации с 2007 г. С 2010 по 2012 гг. в Томской области показатель суицидальности можно отнести к среднему уровню. С учетом образовательных программ и развития «сельской суицидологии», где в районах находится 12 «Телефонов доверия», в местной печати постоянно публикуются информационные данные. Социальные работники и психологи, работающие в селе, постоянно участвуют в конференциях со своими данными по суицидологии и получают соответствующие материалы и сборники. Со всеми специалистами, вовлеченными в работу по распознаванию депрессии и превенции суицидов, периодически проводятся тренинги по особенностям работы на «Телефоне доверия» и конструктивном изложении информации для населения, включая данные о здоровье, умениям контролировать

свои переживания, уметь открыто поделиться с психологом своими переживаниями и т.п.

Можно с большой долей вероятности сделать вывод о том, что снижение показателей суицидальности связано как с образовательной программой специалистов, так и повышении уровня грамотности населения. Естественно, существуют районы с высокими показателями суицидов, однако в данной работе нашей задачей является доказательство возможности снижения суицидов в области с миллионным населением с помощью информированности различных специалистов и населения.

На рисунке 2 показана общая динамика снижения суицидов в Томской области, которая по данному показателю с 2010 г. отвечает среднему уровню суицидальности.

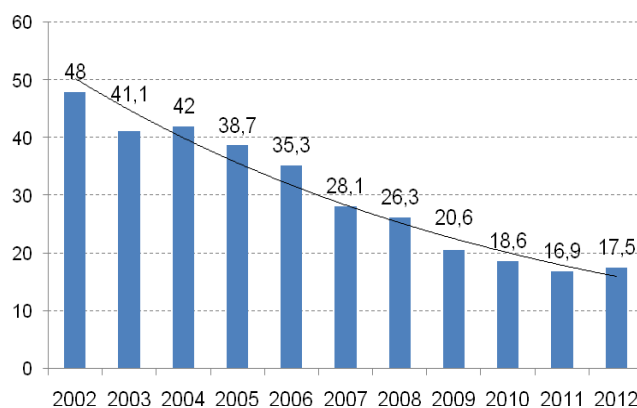


Рис. 2. Динамика снижения показателей суицидов в Томской области (на 100000 населения).

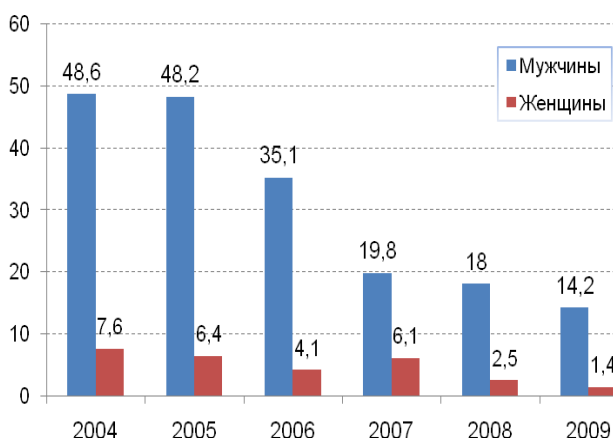


Рис. 3. Половая дифференциация в динамике снижения смертности от суицидов в г. Томске (на 100000), во время проведения программы «РАДЕП» в первичной медицинской сети.

Следует отметить, что без участия социальных работников этих показателей вряд ли

было возможно достигнуть. Важно также подчеркнуть, что показатели снижения суицидов соответствуют высокой достоверности от начальных показателей ($P < 0,001$).

Рисунок 3 иллюстрирует динамику снижения показателей смертности от суицидов в г. Томске с учетом гендерных различий. И хотя рисунок иллюстрирует значительный уровень снижения суицидов за счет образовательной программы распознавания депрессий (РАДЕП), все же интересным фактом является значительное различие по показателям суицидов между мужчинами и женщинами. В среднем в мировой литературе считается соотношение самоубийств между мужчинами и женщинами 4 к 1. В нашем случае эта кратность составляет не менее 7-8 к 1. Лишь в 2007 году соотношение составляло примерно 3 к 1. Из этих данных следует, что женщины более привержены терапии депрессий в первичной медицинской службе, чем мужчины, для которых требуется более интенсивные беседы с врачом и отдельные рекомендации, которые являлись бы более значимыми и аргументированными для лечения депрессий. В целом необходима детализация психологических особенностей поведения мужчин при возникновении и развитии депрессивных расстройств

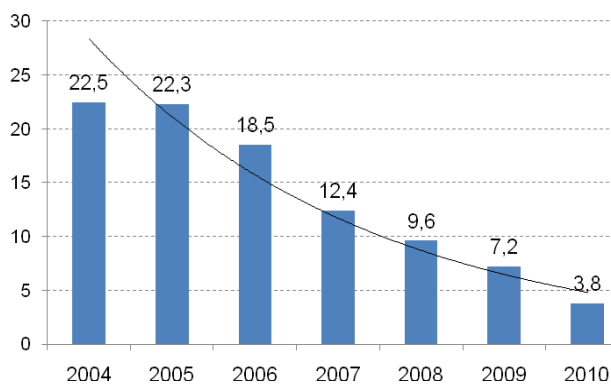


Рис. 4. Динамика снижения смертности от суицидов в г. Томске (на 100000 населения) в течение постоянных проведенных программ «РАДЕП» в первичной медицинской сети.

На рисунке 4 показаны результаты снижения показателей суицидов в целом. Эти данные иллюстрируют, что наибольшее снижение коэффициента самоубийств началось в 2007 году. Важно, что это произошло в год, когда и у мужчин были наименьшие показатели суицидов (рис. 3). В последние годы отмечаются низкие показатели уровня суицидов, что, с нашей точки зрения, возможно объяснить

только постоянно действующей образовательной программой РАДЕП.

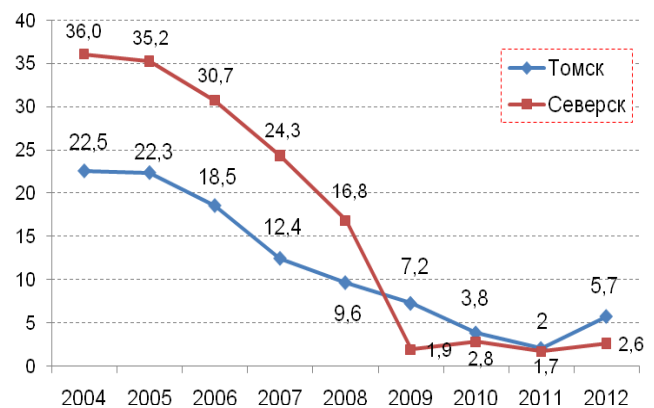


Рис. 5. Показатели динамики смертности от суицидов в г. Томске и г. Северске (на 100000 населения).

Рисунок 5 иллюстрирует общие результаты снижения показателей суицидов в двух городах, где кафедра психиатрии ФПК и ППС Сибирского ГМУ постоянно проводила тематические образовательные циклы по распознаванию тактики ведения и терапии ДР – программа РАДЕП. Эти данные могут свидетельствовать о том, что только социальным трендом не может быть однозначно интерпретированы результаты. Обе кривые на графики подтверждают, что в городах, где растет знание по распознаванию и современной терапии депрессий, показатели суицидальности снижаются до низких значений.

ВОЗ в своем программном докладе первой задачей поставила обучение врачей первичной медицинской сети распознаванию и лечению депрессивных расстройств. Нами, с учетом особенностей высокого роста суицидальности в Областных показателях была выделена и организована программа «сельской суицидологии». Итоги проведенной работы доказывают необходимость в программе превенции суицидов следовать современным мировым стандартам, которые аккумулируют научно – доказательные и проверенные данные мировой психиатрией.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. – 4 изд. – М.:ГЕОТР-Медия, 2007. – 720 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. – 2012. – №369 (Октябрь).

3. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Киев: Сфера, 1997. – Том 1. – 299 с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 215 с.
5. Каспер С. Обоснование длительной терапии антидепрессантами // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 1. – С. 80-92.
6. Корнетов Н.А. “Большая пятерка” селективных серотонинергических антидепрессантов: новые стратегии терапии и перспективы превенции депрессивных расстройств // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). – Томск: Изд-во НТЛ, 1998. – С. 86-88.
7. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации - краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник Асоціації Психіатрі в Україні. – 1998. – № 3. – С. 39-54.
8. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб: Мединформ агентство, 1995. – 568 с.
9. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВРА/ПТД. Модуль 1: Обзор и основные аспекты (с прил.) // По общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 62 с.
10. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВРА/ПТД. Модуль 2: Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях // Пер. с англ. по общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 69 с.
11. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВРА/ПТД. Модуль 3: Депрессивные расстройства у лиц старшего возраста // Пер. с англ. по общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 59 с.
12. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВРА/ПТД: Модуль IV: Голдберг Д., Гаск Л., Сарториус Н. Общее введение в обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья // Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 32 с.
13. Корнетов Н.А. Международные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств в общемедицинской практике // Фармакотерапия в неврологии и психиатрии (лекции для практикующих врачей). – М.: Здоровье человека, 2002. – С. 117-128.
14. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства (диагностика, систематика, семиотика, терапия). Изд. 2, испр. и доп. – Томск: Сиб. Изд. Дом, 2003. – 119 с.
15. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. – Киев, 1997.
16. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные состояния (региональные аспекты). – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1996. – 184 с.
17. Смулевич А.Б. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Том 99, № 4. – С. 4-16.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edn. Washington, DC, 1980.
19. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
21. Bajorec T, Stockman T. Psychiatry: pocket tutor / London: JP Medical, 2012. – 258с.
22. Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of depressive illness in primary care // J. Roal. Coll. Gen Pract. Occas. Pap. – 1987. – № 36. – P. 9-11.
23. Cassano P., Fava M. Depression and public health: an overview // J. Psychosom. Res. – 2002. – Vol. 53, №4. – P. 849-857.
24. Kupfer D.J. Long-term treatment of depression // J. Clin. Psychiatry. – 1991. – Vol. 52, Suppl. B. 12. – P. 28-34.
25. Kupfer D.J. Management of recurrent depression // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54, Suppl. 2. – P. 29-33.
26. Lam R.W., Mok H. Depression. Oxford University Press, 2008. – 116 p.
27. Lespérance F., Frasure-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review // J. Psychosom. Res. 2000. – Vol. 48, № 4-5. – P.: 379-391.
28. Montano B.C. Recognition and Treatment of Depression in a Primary Care Setting // J. Clin. Psychiatry. – 1994. – Vol. 55, Suppl. 12. – P. 18-34.
29. Murrey C.J.L., Lopez A.D. eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and injury Series, Vol.1.), 1996a.
30. Murrey C.J.L., Lopez A.D. Global Health Statistics. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and injury Series, Vol.II.), 1996b.
31. Murrey C.J.L., Lopez A.D. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. Health Economics, 2000. – № 9. – P. 69.
32. Paykel E.S. Recent life event and clinical depression // Life stress and illness. – Thomas, Springfield, 1973. – P. 124-163.
33. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1. – № 1. – P. 26-27.
34. Ustun T.B. The global burden of mental disorders // Am. J. Public Health. – 1999. – September. – Vol. 89, № 9. – P. 1315-1318.

35. World Bank. World Development Report 1993; investing in health. – New-york, Oxford University Press, 1993.
36. WHO Guide to Mental Health in Primary Care. ICD-10 Chapter V Primary Care Version. World Health Organization, 1996. – 195 p.
37. WHO. ICD-10 Classification of mental and Behavioral Disorders with Glossary and diagnostic Criteria for Research. eds. J.E. Cooper. WHO, Geneva: Churchill Livingstone. – 419 p.
38. World Health Report: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, WHO, 2000.

WHAT IS THE BEST FROM OF SUICIDE PREVENTION?

N.A. Kornetov

Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

A depressive disorder is one of the leaders in the prevalence, high burden of diseases, and suicide. Depression also affects overall health, makes it difficult to perform

daily activities, social and working life to a much greater extent than chronic physical illness. Depression complicates the course of these diseases and reduces the life span and quality of life. Diagnostic experience of Eastern Europe and the former Soviet Union showed genetic link between depression and suicide.

The paper presents basic information on the diagnosis, management tactics and treatment of depression, which are the foundation of the educational program for a different medical specialists and especially for Primary Care professionals. The results of reducing suicides in Tomsk area and the cities of Tomsk and Seversk in comparison with the dynamics of suicides in the Russian Federation and the Siberian Federal District are present. The received data cannot be interpreted only in viewpoint of social processes taking place in the region or in the whole country.

Key words: suicide, depressive disorder, educational program, primary care.

УДК: 616.89-008.441.44-053:615.851

ФАКТОРЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО БАРЬЕРА В ПСИХОТЕРАПИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

П.Б. Зотов

ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

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

Рассмотрены основные факторы антисуицидального барьера и их роль в психотерапии суицидального поведения у лиц разных возрастных групп. Показано, что возраст имеет важное значение, так как, определяет наличие или отсутствие знаний и личного опыта преодоления стресса, а так же отражает ожидаемую длительность предстоящей жизни. Отмечается, что включение в процесс психотерапии этой категории психологических образований является обязательным этапом и важным условием эффективной коррекции суицидального поведения. Учет возрастных особенностей лиц с повышенной суицидальной готовностью позволяет предполагать предпочтительную субъективную значимость основных элементов, что способствует индивидуализации работы, повышению положительного лечебного эффекта.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, психотерапия, антисуицидальные факторы, возраст.

Самоубийство является одной из важнейших медико-социальных проблем [4, 14]. Несмотря на то, что уровень суицидов в России в течение последних лет снижается, в ряде регионов он по-прежнему превышает уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический (выше 20 случаев на 100000 населения) [3, 21, 24]. Такая ситуация, безусловно, требует поиска путей снижения смертности, тем более что гибель от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, поддающийся влиянию

не только социально - экономических, но и медицинских, психологических факторов [18]. Значительное место в системе профилактики занимает психотерапия [13, 19 и др.].

Коррекция суицидального поведения – сложная и многогранная работа, требующая от специалиста получения терапевтического эффекта не только «здесь и сейчас», но и создания условий для предупреждения аутоагрессивных тенденций в будущем, повторных покушений на самоубийство [6, 12]. Используются

мые методики психологической и психотерапевтической помощи могут носить индивидуальный характер, но перечень объектов их воздействия и обсуждаемых тем должен четко осознаваться специалистом, и обязательно включен в процесс коррекционной работы [6, 16].

К обязательным объектам, требующим акцентирования внимания суицидента, относятся так называемые факторы антисуицидального барьера, актуализация которых способствует снижению суицидальной готовности [1]. Работа с этими факторами является важным условием интегративного подхода в психотерапии суицидальности. Однако выбор акцентного внимания на каждый из них определяется с учётом индивидуальных психологических особенностей личности, уровня интеллектуального развития, образования, а так же пола и возраста потенциального суицидента [7, 15].

Возраст имеет важное значение, так как, во-первых, определяет наличие или отсутствие знаний и личного опыта преодоления стресса, во-вторых, отражает жизненную перспективу – ожидаемую длительность предстоящей жизни [7, 10]. Исходя из этих позиций, можно ожидать, что основные элементы суицидальной динамики в разных возрастных группах будут отличаться, особенно значимо у лиц молодого и пожилого возраста [7].

Для молодых людей, особенно подростков, проявляющих суицидальное поведение, обычно характерно:

1. Отсутствие (ограниченность) личного жизненного опыта, а так же примеров преодоления стресса и сложных жизненных ситуаций, демонстрируемых ближайшим окружением.

2. Присутствие дисгармоничной или патологической семьи и, как следствие, отсутствие эмоциональной поддержки, или, напротив, потенцирование стресса.

3. Нередко наличие семейного суицидального анамнеза и / или демонстрация суицидального поведения одного или обоих родителей.

4. Преимущественно эмоционально обусловленный характер мышления и поведения.

В этих условиях жизненный опыт и знания обладают минимальным защитным потенциалом и ограничивают возможность выработки стратегий преодоления. С другой стороны, именно молодость создает потенциал для психотерапевтической коррекции – создания (программирования) положительного образа будущего, в том числе и значительно отдалённого, включая классическое: «...они жили долго и счастливо...».

В пожилом возрасте, старшей возрастной группе, предикторы суицидального поведения имеют несколько другие характеристики. К основным из них можно отнести:

1. Наличие жизненного опыта. Но, либо он недостаточно адаптивный, так как не позволил справиться со стрессовой ситуацией и привёл личность к размышлению о добровольном уходе из жизни. Либо стресс имел выраженный, «запредельный» характер.

2. Возрастные изменения организма – снижение уровня физической активности, повышение частоты и тяжести соматических заболеваний, сосудистой и церебральной патологии, изменение гормонального статуса и др. Как следствие, повышение суицидогенного влияния соматогенных факторов.

3. Снижение социального статуса и, нередко, уровня материального благополучия.

4. Утрата близких, лиц «референтной» группы.

5. Ограничение ожидаемой жизненной перспективы.

Учитывая эти особенности представленных категорий, можно предполагать, что работа по коррекции суицидального поведения, а так же влияние отдельных факторов антисуицидального барьера, будет иметь определённые различия у лиц молодого и пожилого возраста (табл. 1).

Таблица 1
Значимость некоторых факторов антисуицидального барьера на суицидальную активность лиц молодого и пожилого возраста

Фактор	Молодые	Пожилые
Страх смерти	значимо	ограниченно
Эстетика внешнего образа собственного тела	значимо	значимо
Религиозные факторы		
а) традиционные религии	ограниченно	значимо
б) «жизнь после смерти»	ограниченно	значимо
Референтная группа:		
1. Близкий человек:		
а) живой	значимо	значимо
б) умерший	значимо	значимо
2. Художественный образ	значимо	незначимо
3. «Идеальный человек»	значимо	незначимо
4. Домашнее животное	ограниченно	значимо
Социальный остракизм	ограниченно	ограниченно
Родительские обязанности	значимо	ограниченно
Наличие жизненных планов, замыслов	значимо	значимо

1. Страх смерти – один из основных факторов, блокирующих суицидальную активность [2, 23]. В повседневной жизни он редко выходит на поверхность сознания, но как только человек сталкивается с реальной угрозой собственной жизни и здоровью, этот страх, независимо от воли, начинает контролировать психическую активность и поведение [2]. Как правило, эти переживания вызывают образы смерти, погребения, тлена и ассоциируется с негативными эмоциями.

В психотерапевтической работе контролируемое усиление этих образов имеет значительный терапевтический эффект. Однако данный подход важен преимущественно при работе с молодыми людьми, проявляющими суицидальное поведение. У лиц пожилого возраста, вследствие ограниченной жизненной перспективы, акцентирование внимание на этом факторе, напротив, может усилить негативные эмоции стресса (депрессии) и повысить суицидальную готовность. Соответственно этот фактор в данной возрастной категории может быть применим лишь ограниченно.

2. Эстетические переживания очень важны, так как человек всегда считается с теми чувствами, которые после самоубийства вызовет вид его тела у окружающих [1]. Для молодых людей, с преимущественно внешней, манипулятивно направленной на ближайшее окружение суицидальной активностью, этот фактор может играть значимую сдерживающую роль, особенно при выборе ими травматичных, калечащих способов суицида (самоповешение, самострел и др.). Направленная коррекция со стороны психотерапевта на акцентирование негативных эмоций, которые могут проявить окружающие на вид погибшего, например, вследствие удушья (синюшное лицо, выступающий из полости рта язык, непроизвольное мочеиспускание и др.) нередко ведёт к снижению уровня суицидальной активности.

В старших возрастных группах этот фактор так же имеет достаточно важное значение. Лишь в случаях социальной изолированности, одиночества, его влияние может снижаться.

3. Религия обладает значительным контролирующим и сдерживающим влиянием на суицидальную активность, обращая внимание верующих к духовным аспектам жизни и смерти [26]. Религиозные мотивы отражают сформированные представления о самоубийстве как о грехе, страхе погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения. С точки зрения верующего человека жизнь даётся Бо-

гом, и только Он может распоряжаться судьбой человека [2].

Актуализация религиозных представлений более значима у лиц пожилого возраста. В то же время она важна и при работе с другими категориями суицидентов, так как результаты исследований [2] свидетельствуют о том, что самоубийство как грех воспринимают даже те люди, которые формально отрицают у себя какие-либо религиозные убеждения.

Известно, что в странах с высокой религиозной культурой уровень самоубийств традиционно ниже, чем в светских государствах [26]. Но общей тенденцией, регистрируемой в последние десятилетия во многих странах мира, является повышение уровня самоубийств на фоне снижения значимости религиозных традиций [25]. Недостаток этих знаний в популяции способствует актуализации самых различных теорий. Одним из наиболее интересных направлений в этой области являются наблюдения лиц, перенесших клиническую смерть, и описывающих опыт посмертного существования. Исследования Р. Моуди [17] показали достаточное распространение данного феномена, структурными элементами которого являются: отделение «тонкого» тела от физического и возможность увидеть себя со стороны; полет в тоннеле к Свету, встреча с умершими близкими, друзьями, общение с Богом и др.

Наши клинические наблюдения [6] позволили сделать вывод о том, что феномен «посмертного существования» присутствует у отдельных индивидов, совершивших суицидальную попытку. При этом характер переживаний в целом соответствуют основным формам, описанных Р. Моуди [17]. Однако нами были отмечены и некоторые особенности, среди которых было наличие достаточно явной связи сюжетных линий описываемых образов с культурной средой и ее религиозной основой (описаний в традициях Православия или Ислама). Так же обращало внимание негативное отношения «встречающей» стороны к суицидентам.

Включение данной темы в процесс психотерапевтического воздействия носит индивидуальный характер, но наши наблюдения свидетельствуют о том, что обсуждение феноменов «посмертного существования» в подавляющем большинстве случаев не вызывает сопротивления суицидентов. Напротив, предъявление известных художественных образов из кино, литературы чаще находит положительный отклик, особенно среди молодых людей, как правило, отрицающих свои теологические

представления. Для этой категории положительным подкреплением могут служить указания психотерапевта на имеющиеся научные исследования в данной области. Лица старшего возраста при обсуждении данных вопросов часто находят примеры из прежнего жизненного и / или религиозного опыта, что в целом создает положительный психотерапевтический эффект.

4. Немаловажное значение имеют и социальные отношения / связи, нарушения которых является достаточно частым условием формирования суицидального поведения во всех возрастных группах [20, 22]. Клинический опыт свидетельствует о том, что актуализация у суицидента субъективно значимых отношений «референтной» группы или отдельной личности может обладать значительным коррекционным потенциалом [8].

Данное направление включает идентификацию «референтного» (значимого) человека или группы лиц и обычно содержит вопрос: ... «есть ли хотя бы один человек, который искренне пожалеет о твоём уходе (смерти)?». Как правило, пациент указывает на одного, реже двух-трех лиц. При таком варианте работы не обязательно, чтобы указанный индивид был жив или реально существовал. В беседе предлагается суициденту представить, что бы сказал этот значимый человек, будь он жив и/или здесь рядом. Если такого человека вообще не было и нет, то можно предложить найти такую личность среди образов литературы, искусства, кино и др. При отсутствии и таких лиц предлагается другой вариант: если представить «идеального» человека... В такой ситуации обращается внимание собеседника на описание и создание его более полного и позитивного образа.

Последние варианты имеют большое значение при работе с подростками, особенно воспитывающихся в условиях социального сиротства. Отсутствие личного опыта или примеров преодоления стресса, демонстрируемых ближайшим окружением, значительно ограничивают возможность выработки стратегий преодоления у этой категории суицидентов [6]. У пожилых пациентов чаще актуализируются референтные лица из далёкого прошлого, юности или умершие близкие и/или друзья.

Интересно, но следует отметить, что в ряде случаев, важным психологически значимым сдерживающим фактором обладает привязанность к домашним животным, забота о судьбе которых может остановить суицидальную динамику. Опыт показывает, что чаще этот фак-

тор значим в пожилом и подростковом возрастах. Обычно в ситуации одиночества и явлениями социальной изоляции.

5. «Социальный остракизм» включает, как правило, негативное мнение окружающих о человеке, формируемое в последующий период после суицидальной попытки. Чаще суицид рассматривается окружением как слабость, неспособность противостоять сложной жизненной ситуации. В случае шантажного суицидального поведения (обычно в подростковом и молодом возрасте) это может приобретать выраженный негативный осуждающий характер. Негативное отношение к суициденту в последующем часто распространяется на всю семью.

Актуализация данного фактора может иметь большее влияние на молодых суицидентов. В пожилом возрасте, особенно в условиях социальной изоляции, одиночества «социальный остракизм», как правило, мало значим. Однако при целенаправленной психотерапевтической работе его субъективная значимость может значительно повышаться, особенно при ассоциативной нагрузке с религиозными факторами и «референтной» группой.

6. Родительские обязанности, забота о ребёнке, его текущих потребностях и будущем – один из важнейших факторов, ограничивающих суицидальную активность. Наиболее значим для женщин. Однако в условиях дисгармоничной, патологической семьи, нарушении / разрушении взаимоотношений в диаде «мать-дети» влияние этого фактора может резко снижаться. У мужчин он нередко требует акцентного внимания и проработки всех аспектов, негативных последствий суицида родителя для ребёнка (психологических, социальных и др.).

В возрастном аспекте – фактор значим практически в весь период воспитания ребенка. При отсутствии детей эта функция может быть переориентирована на других близких (чаще племянники и др.) соответствующего возраста. У пожилых людей, при взрослых детях, сдерживающее влияние родительских обязанностей на суицидальную активность значительно снижается. Однако появление внуков, потребность в заботе о них, может способствовать снижению суицидальной настроенности. В условиях одиночества значимое, нередко выраженное, влияние могут оказывать «социальные» приемники (дети соседей, друзей и др.).

7. Наличие жизненных планов, замыслов. Клинические наблюдения указывают на особенности восприятия суицидентами имеющейся стрессовой ситуации не только в

настоящем, но и особенности проецирования её и образа собственного Я в будущее. Оценка перспективы по линии времени на глубину свидетельствует о том, что развитие суицидального поведения обычно сопровождается редуцированием, «ретушированием» далёкой перспективы. При этом для лиц с суицидальными попытками преимущественно внешней направленности, как правило, характерны ближние цели, которые удовлетворяют базовые потребности [11]. При истинной суицидальной настроенности личная жизненная перспектива обычно ограничивается временем совершения самоубийства. В любом случае личное восприятие будущего либо сильно искажено, либо отсутствует. В этих условиях обсуждение жизненных планов, расширение временной перспективы, масштаба целей – обязательный и важный элемент психотерапии [11].

Работа с образами будущего у лиц молодого возраста и подростков – значимый элемент коррекционной работы. Однако при планировании ближайшей и отдаленной перспективы он требует от специалиста не только учета индивидуальных возможностей суицидента, но и объективных внешних факторов (условий) для реализации этих планов.

Не следует приуменьшать влияние этих факторов и среди старшей возрастной группы и пожилых. Практика показывает, что даже в условиях ограниченной жизненной перспективы, тяжелого соматического заболевания, возможен поиск доступных планов практически для каждого человека [5, 9]. Предпочтителен индивидуальный поиск возможных событий и действий через потенцирование психотерапевтом самого суицидента с положительным подкреплением доступных для него вариантов. В ряде случаев возможны и некоторые универсальные предложения, например, встретить восход Солнца, сходить в театр или посетить интересное историческое место и др.

Заключение.

В работе обсуждены лишь некоторые из большой группы факторов антисуицидального барьера. Тем не менее, следует отметить, что включение в процесс психотерапии этой категории психологических образований является обязательным этапом и важным условием эффективной коррекции суицидального поведения.

Учет возрастных особенностей лиц с повышенной суицидальной готовностью позволяет предполагать предпочтительную субъективную значимость основных элементов, что

способствует индивидуализации работы, повышению положительного лечебного эффекта.

Литература:

1. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-17.
2. Вагин Ю.Р. Корни суицидальной активности // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 3-10.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 5-6.
4. 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.
5. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей онкологов // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 18-25.
6. Зотов П.Б. «Жизнь после смерти» – в коррекционной работе с суицидентами // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 26-27.
7. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 33-36.
8. Зотов П.Б. «Референтный человек» – в психотерапии суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 28-30.
9. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 21-26.
10. Зуйкова Н.Л., Шестерова О.А. О психотерапии старшего поколения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 46-47.
11. Каневский В.И. Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 36-42.
12. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
13. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
14. Любовь Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
15. Мидько А.А., Розанов В.А. Гендерная инвариантность аффективной дисрегуляции у суицидентов, переживающих безнадежность // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 18-19.

16. Москвитин П.Н. Персонологические различия в процессе профессиональной идентификации психотерапевтов и психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 17-20.
17. Моуди Р. Жизнь после смерти. – М, 1994.
18. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
19. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
20. Семенова Н.Б. Особенности эмоциональной сферы коренной молодежи Севера как фактор риска суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 11-13.
21. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
22. Церковникова Н.Г. Психологические особенности личности подростка, склонного к суицидальному поведению // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 25-27.
23. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Психологические защиты от страха смерти у людей с разным опытом суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 14-15.
24. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.
25. Katz-Sheiban B., Eshed Y. Fact and myths about suicide: a study of Jewish and Arab students in Israel // Omega (USA). – 2008. – Vol. 57, № 3. – P. 279-298.
26. Pritchard C., Amanullah S. An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK // Psychol. Med. – 2007. – Vol. 37, № 3. – P. 421-430.

ANTISUICIDAL FACTORS BARRIER
IN THE PSYCHOTHERAPY OF SUICIDAL
BEHAVIOR OF PERSONS OF DIFFERENT
AGE GROUPS

P.B. Zotov

Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

The main antisuicidal factors barrier and its role in therapy of suicidal behavior in people of different age groups. It is shown that the age is important because, determines the presence or absence of personal knowledge and experience of coping, as well as reflect the expected future life duration. It is noted that the inclusion in the process of psychotherapy in this category psychological structures is an obligatory step and an important condition for effective control of suicidal behavior. Age-appropriate individuals with increased suicide readily suggests a preferred basic elements of subjective significance, which contributes to a custom design, enhance the positive therapeutic effect.

Key words: suicidal behavior, suicide, psychotherapy, antisuicidal factors, age.

УДК: 616.89-008.441.44:614.253:316.4

ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ И ФАКУЛЬТЕТА ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ К СУИЦИДЕНТАМ, КАК ОТРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ

В.А. Руженков, В.В. Руженкова

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

Контактная информация:

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

Реженкова Виктория Викторовна – студентка 6 курса медицинского факультета ФГАУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (4722) 34-43-81, e-mail: ruzhenkova@yandex.ru

Методом анонимного анкетирования проведен опрос 469 медицинских сестер женского пола, работающих в психиатрических больницах: 190 человек – Белгородской области (Россия), 187 – Николаевской области (Украина) и 92 – работающих в соматических больницах, учащихся факультета высшего сестринского образования Белгородского ГУ.

Выявлено социальное дистанцирование медицинских сестер от суицидентов, при этом положительное эмоциональное отношение респондентов к ним зависит от степени знакомства (по отношению к сотруднику по работе и соседу по дому оно выше, чем к незнакомым людям). Более лояльное отношение характерно для медицинских сестер психиатрических лечебных учреждений, чем факультета высшего сестринского образования, не имеющих опыта общения с суицидентами.

Выявлен высокий уровень стигматизации суицидентов медицинскими сестрами в интимной, производственной, общественно-политической и духовной сферах и несколько ниже – в бытовой. Межрегиональных различий не выявлено. Обсуждаются проблемы дестигматизации и профилактики суицидального поведения.

Ключевые слова: медицинские сестры, высшее сестринское образование, психиатрическая больница, стигматизация, суицидальное поведение, суициденты.

На современном этапе развития психиатрической службы в Российской Федерации к медицинским сестрам психиатрических лечебно-профилактических учреждений предъявляются особые требования как профессионального [4, 6], так и этического характера [3]. Особенно это касается работы с пациентами, поступающими в психиатрический стационар после совершения попытки самоубийства [12].

Отношение медицинских сестер, участвующих в оказании психиатрической помощи, к суицидентам играет важную роль в реализации программ психосоциальной терапии и реабилитации лиц с психическими расстройствами [10, 13], при этом профессиональный аспект реализуется через исполнение функциональных обязанностей [1], а биоэтический во многом зависит от личностных характеристик: социальный интеллект [11], коммуникативный стиль и навыки, способность находить общий язык с пациентами, умение оказать психологическую поддержку, уважение прав пациента. Личные качества медицинских сестер играют важную роль и в психотерапевтическом лечении лиц с психическими расстройствами: их способность к яркой, отчетливой экспрессии, к активному, открытому использованию в отношениях с больными всех видов невербальной коммуникации. Это делает поведение сестер понятным для пациентов без дополнительных усилий с их стороны, поэтому его рассматривают в качестве модели поведения для больных [9], что особенно важно в связи с развитием полипрофессионального подхода к лечебно-реабилитационной работе с лицами с психическими расстройствами [8]. Поэтому совершенствование отечественной психиатрической помощи также связано с возрастающей ролью медицинских сестер в оказании квалифицированной помощи [9].

В доступной нам литературе мы встретили единичные работы [5], посвященные отношению работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов. Авторы

установили, что независимо от основных социально-демографических характеристик, профессиональной принадлежности, стажа работы респонденты объясняют суицид средством решения «невыносимых» душевных и физических (в большей мере) страданий и решения «безвыходных» житейских ситуаций. Более 60% опрошенных не исключает суицид как выход при безнадежной мучительной физической болезни, в том числе и для себя. Основные надежды опрошенные возлагают на лекарственное лечение, связывая проблемы своих подопечных в основном с острой психопатологической симптоматикой.

В связи с этим целью исследования было изучение особенностей отношения медицинских сестер психиатрических стационаров к суицидентам для разработки рекомендаций по оптимизации отношения среднего медицинского персонала к лицам с психическими расстройствами, совершившими попытки покушения на жизнь.

Участники и методы исследования

Опрошено 469 медицинских сестер женского пола: 377 (80,4%) работающих в психиатрических больницах Белгородской (n=190) и Николаевской (n=187), и 92 медицинских сестры, работающих в общесоматических больницах Белгородской области – получающих высшее образование.

Опрос проводился при помощи разработанной нами анкеты, включающей 4 раздела (социально-демографические сведения, уровень осведомленности о суицидах, отношение к суицидентам в различных социальных сферах, мнение о возможности профилактики суицидального поведения).

База данных создавалась в среде Microsoft Windows в табличном редакторе Microsoft Excel с дальнейшей статистической обработкой при помощи пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6.0. Сравнительный анализ проводился в двух группах: первую составили медицинские сестры, работающие в

психиатрических лечебных учреждениях, вторую – медицинские сестры факультета высшего сестринского образования. Применялись непараметрические методы: описательная статистика и критерий χ^2 для таблиц сопряженности 2x2.

Результаты исследования и обсуждение.

Возраст респондентов на период опроса был в диапазоне от 19 до 70 лет, причем во второй группе более половины (68,5%) медицинских сестер были в возрасте от 21 до 30 лет, а в первой – только 14,5% ($\chi^2=114,7$ $p<0,001$). Подавляющее большинство медицинских сестер в первой группе (90,5%) имели среднее специальное образование (медицинское училище), все обследуемые из второй группы на момент исследования являлись учащимися ВУЗа.

Анализ осведомленности медицинских сестер в области суицидального поведения показал следующее. Изучали суицидальное поведение в период учебы в медицинском училище 41,9% респондентов из первой группы и 29,4% из второй (различия статистически недостоверны). Самостоятельно читали специальную литературу по суицидологии в первой группе 25,2%, а во второй – 54,3% ($\chi^2=28,0$ $p<0,001$). Также большее число медицинских сестер второй группы, чем первой, изучали девиантное поведение – соответственно 83,7% и 54,6% ($\chi^2=24,8$ $p<0,001$). Тем не менее, чаще обсуждали со знакомыми проблемы суицидального поведения респонденты первой группы – 39,0%, против 7,6% во второй группе ($\chi^2=31,6$ $p<0,001$). Таким образом, теоретическая осведомленность в области суицидального поведения во второй группе была выше, чем в первой, хотя и медицинские сестры первой группы имеют больший практический опыт общения с суицидентами.

Анализ различий внутри первой группы показал, что медицинские сестры Белгородской области несколько более осведомлены в вопросах суицидального поведения, чем Николаевской. Так, специализированную литературу читала треть (32,1%) медицинских сестер Белгородской области и четверть (18,1%) Николаевской ($\chi^2=8,9$ $p=0,003$); то же касается изучения девиантного поведения – 61,1% против 48,1% ($\chi^2=5,8$ $p=0,016$), а также обсуждения данных вопросов со знакомыми – 48,9% против 28,9% ($\chi^2=15,1$ $p<0,001$).

Личная точка зрения о суицидентах медицинских сестер представлена в таблице 1.

Таблица 1

Мнение медицинских сестер о суицидентах

Мнение о суицидентах	1 группа		2 группа		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Психически больной	181	48,0	46	50,0	227	48,4
Прикидывается	3	1,0	–	–	3	0,6
Ищет выгоду	6	1,6	1	1,1	7	1,5
Слабак	76	20,2	17	18,5	93	19,8
Обычный человек	66	17,5	20	21,7	86	18,3
Другое	33	7,7	6	6,5	39	8,3
Не ответили	11	2,9	2	2,2	13	2,8
Итого	377	100,0	92	100,0	402	100,0

Из таблицы 1 видно, что почти половина респондентов – 48,4% в обеих группах считают суицидентов психически больными людьми. В то же время пятая часть – 19,8% респондентов считают суицидента «слабаком», что имеет определенное стигматизирующее значение. Кроме того, 2,1% респондентов полагают, что суицидент – прикидывается или ищет выгоду от совершения попытки самоубийства. Обычным человеком суицидента считают лишь 18,3% медицинских сестер. Помимо предложенных в опроснике, ряд обследованных предложили свои варианты: так, 3,2% респондентов считают, что суициденты просто не могут найти выхода из сложившейся в их жизни ситуации, 3,0% – что они сильно зависят от обстоятельств, еще 2,1% – видят суицидентов как беспомощных, неуверенных в себе людей. Статистически значимых различий относительно мнения о личности суицидента между группами не выявлено.

Более половины респондентов в обеих группах считают суицидальное поведение серьезной моральной проблемой, несколько больше ($\chi^2=10,5$ $p=0,001$) во второй группе (80,4%), чем в первой (61,8%). На втором месте, по мнению респондентов обеих групп звучит экономическая проблема, которую создает суицидальное поведение. Лишь 8% опрошенных считают, что суицидальное поведение не создает никаких проблем для общества, а является индивидуальным делом суицидента.

В бытовой сфере большинство респондентов обеих групп – 72,3% готовы поддерживать дружбу со своими приятелями, если те совершат попытку самоубийства, однако более половины респондентов – 59,8% отказались бы

идти к ним в гости. Приведенные данные свидетельствуют об определенной дистанции респондентов по отношению к суицидентам и их внутренней противоречивости – декларируется дружба и поддержка, а в реальности реакция ухода и отказа. (Статистически значимых различий между группами не выявлено).

Характеристика эмоционального отношения медицинских сестер к соседу по дому, который совершил суицидальную попытку, представлена в таблице 2.

Таблица 2

Эмоциональное отношение медицинских сестер к соседу по дому, который совершил суицид

Эмоции	1 группа		2 группа		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Неприятные	55	14,6	26	28,2	81	17,3
Равнодушные	10	2,6	2	2,2	12	2,5
Сочувствие	288	73,4	55	59,8	343	73,2
Нейтральные	24	6,4	9	9,8	33	7,0
Итого	377	100,0	92	100,0	469	100,0

Как видно из таблицы 2, более половины респондентов обеих групп (73,4% из первой и 59,8% – из второй ($\chi^2=9,6$ $p=0,002$)) с сочувствием отнеслись бы к соседу по дому, который совершил попытку самоубийства, а неприятные эмоции испытывали бы лишь 14,6% медицинских сестер первой группы и почти треть – 28,2% из второй ($\chi^2=8,7$ $p=0,003$). Аналогичное отношение выявлено и по отношению к сотруднику по работе, причем в первой группе также несколько больше сочувствующих, чем во второй: соответственно 76,4% и 58,4% ($\chi^2=10,8$ $p<0,001$). Интересно, что и внутри первой группы среди медицинских сестер Николаевской области больше сочувствующих суицидентам – 81,8%, чем в Белгородской – 71,1% ($\chi^2=5,4$ $p=0,019$). Данные обстоятельства свидетельствуют о том, что медсестры психиатрических лечебных учреждений более лояльно относятся к суицидентам в силу имеющегося опыта общения с такими пациентами.

В то же время к малознакомому суициденту (попутчику в туристической поездке) отнеслись бы с сочувствием только 42,6% респондентов: 46,9% из первой группы и 25,0% – из второй ($\chi^2=13,6$ $p<0,001$) против 72,9% сочувственного отношения к сотруднику по работе и 73,2% соседу по дому ($\chi^2 >88,0$ $p<0,001$). Установлено, что пятая часть – 20,6% медицинских сестер второй группы будут равнодуш-

ны к суициденту-попутчику в туристической поездке, тогда как в первой группе такие эмоции будут испытывать лишь 4,5% опрошенных ($\chi^2=24,9$ $p<0,001$). Аналогичные различия выявлены как в первой группе – соответственно 73,4% сочувственного отношения к суициденту-соседу по дому и 46,9% к малознакомому человеку ($\chi^2=67,9$ $p<0,001$), так и во второй: соответственно 59,8% и 26,1% ($\chi^2=20,1$ $p<0,001$).

Мнение медицинских сестер в плане отношений с суицидентами в интимной сфере разделились поровну: половина (49,7%) считают суицидента полноценным сексуальным партнером, а половина (44,8%) – отказались бы от секса с таким мужчиной (точки зрения в обеих группах совпадают). Гипотетически допускает интимные отношения с суицидентом лишь пятая часть – 21,2% опрошенных из первой группы, и 42,4% из второй ($\chi^2=16,4$ $p<0,001$). Продолжали бы интимные отношения с другом, совершившим попытку самоубийства, менее половины (42,4%) респондентов. Полноценной семьей, в которой один из супругов пытался покончить жизнь самоубийством, считают лишь немногим более половины респондентов – 54,8%, а 46,1% – отказались бы вступать в брак с суицидентом.

Характеристика отношения медицинских сестер к суицидентам в административно-правовой сфере показала, что большинство медицинских сестер отказали бы лицам с суицидальным поведением в анамнезе в выполнении ответственной работы. Более половины – 61,0% респондентов не доверили бы суицидентам работу руководителя среднего звена. Аналогичной точки зрения придерживаются респонденты первой группы и в отношении ответственной работы и управления на производстве – соответственно 66,8% и 73,5%, тогда как медицинские сестры второй группы более лояльны – соответственно 48,1% и 61,9% ($\chi^2=9,5$ $p=0,002$) и ($\chi^2=6,0$ $p=0,014$). Лишь незначительное количество респондентов занимают еще более жесткую позицию: так 7,0% считают целесообразным привлекать лиц, совершающих попытки покусания на жизнь, к уголовной ответственности: 5,6% – из первой группы и 13,0% – из второй ($\chi^2=5,2$ $p=0,022$), а 6,0% и 6,8% соответственно, отказали бы суицидентам как в специализированной, так и высокотехнологической помощи.

Что касается производственной сферы, несмотря на то, что большинство респондентов – 79,5% считают, что суицидент может работать так же качественно, как и другие лю-

ди, подавляющее большинство обеих групп отказали бы ему в различных областях ответственной работы. Так более 80% медицинских сестер не доверили бы суициденту работу судьи, прокурора, воспитателя детского сада, врача-реаниматолога и врача-хирурга, а более 70% – отказали бы ему в работе врача-акушера, врача-психиатра, учителя, преподавателя ВУЗа, следователя. Несколько более лояльное отношение медицинских сестер к допуску суицидентов к работе продавца супермаркета и квалифицированного рабочего и бухгалтера – отказали бы им и в этом, соответственно, 20,5%, 26,9% и 37,1% респондентов (статистически значимых различий между первой и второй группами не установлено).

Несмотря на то, что подавляющее большинство медицинских сестер – 87,6% считают, что суициденты могут принести пользу на производстве, 21,6% уверены, что они не приносят пользы обществу и являются для него обузой (17,3%), а 29,2% обвиняют суицидентов в профессиональной несостоятельности.

Изучение отношения медицинских сестер к суицидентам в общественно - политической сфере показало, что лишь пятая часть респондентов (20,3%) доверяла бы политическому деятелю, у которого имеется суицидальное поведение. Тем не менее, 40,7% полагают, что суицидент может быть общественным деятелем, 60,1% респондентов считают, что он может сдержать свое слово, и лишь 21,5% считают его мнение ошибочным. Почти треть (28,8%) опрошенных медицинских сестер отказали бы суициденту в руководстве даже маленьким коллективом. Нужно отметить, что треть (31,2%) респондентов первой группы отказывают суицидентам в праве голоса, тогда как вторая группа более лояльна – 13,0% ($\chi^2=13,5$ $p<0,001$).

В семейной сфере – отношение медицинских сестер к родным и близким, совершившим попытку самоубийства, более лояльное, чем к посторонним. Подавляющее большинство медицинских сестер – 90,6%, в случае суицидального поведения их супругов отнеслись бы к ним с пониманием и оказывали бы поддержку. Лишь незначительная часть – 3,4% расторгли бы брак с суицидентом и 2,0% проигнорировали бы происшедшее. Еще более внимательное отношение респондентов было бы к своему ребенку, совершившему попытку самоубийства: подавляющее большинство – 94,1% респондентов обеих групп оказывали бы ему всяческую поддержку.

В духовной сфере 70,7% респондентов второй группы и 51,7% первой ($\chi^2=9,9$ $p=0,002$) считают суицидентов эгоистами, 32,6% – бездуховными, 18,1% – не достойными снисхождения, а 6,6% считают необходимым отлучать их от церкви. Также 31,5% медицинских сестер второй группы и 18,8% первой считают суицидентов аморальными ($\chi^2=6,3$ $p=0,012$).

Что касается возможности профилактики, то большинство медсестер – 96,4% считают, что самоубийство можно предупредить. Для этого необходимо развивать духовность, религиозность (58,2%), проводить тренинги разрешения конфликтов (43,3%) и изучать суицидологию как науку (43,3%). Четвертая часть респондентов – 24,3% считают для предупреждения самоубийств необходимым повысить уровень жизни населения. Что касается тренингов, респонденты считают, что их необходимо проводить с начальных классов средней школы (85,7%) и обязательно при обучении в университете (97,0%). Кроме того, 88,7% опрошенных полагают, что необходимо вести санитарно-просветительскую работу, направленную на снижение уровня самоубийств, а 7,0% убеждены, что не стоит тратить на суицидентов ни денежных средств, ни времени.

Таким образом, в результате исследования установлено, что теоретический уровень осведомленности в области суицидального и девиантного поведения у медицинских сестер, получающих высшее сестринское образование, выше, чем у работающих в психиатрических лечебных учреждениях, имеющих опыт общения с пациентами, поступающими в стационар после совершения попытки суицида. Уровень образования позволяет теоретически классифицировать суицидальное поведение как серьезную моральную проблему. Выявлена определенное социальное дистанцирование медицинских сестер обеих групп от суицидентов – на вербальном уровне более 72% готовы поддерживать дружеские отношения с приятелем, совершившим попытку покушения на жизнь, и в то же время 60% отказались бы идти к ним в гости. Положительное эмоциональное отношение медсестер к суицидентам зависит от степени знакомства (по отношению к сотруднику по работе и соседу по дому оно выше, чем к незнакомым людям). При этом более лояльное отношение характерно для медицинских сестер психиатрических лечебных учреждений.

Что касается интимной и административно-правовой сфер, то более лояльное отноше-

ние выявлено у медицинских сестер, получающих высшее образование. Данный факт, с нашей точки зрения, связан с тем, что медицинские сестры психиатрических лечебных учреждений контактируют в основном с суицидентами, страдающими тяжелыми психическими расстройствами, и ассоциируют с ними суицидальное поведение.

Выявлен значительный уровень стигматизации суицидентов в производственной сфере – более 2/3 респондентов обеих групп отказали бы им в работе в судебно - следственных органах, врачебной и педагогической деятельности. При этом пятая часть респондентов считают суицидентов обузой для общества. Аналогично и в общественно - политической сфере – лишь пятая часть респондентов доверяла бы суициденту – политическому работнику, хотя более 40% допускают такую деятельность. Выраженная стигматизация суицидентов (как бездуховных и аморальных) в духовной сфере респондентами второй группы объясняется отсутствием опыта работы в области охраны психического здоровья и бытовыми представлениями о суицидальном поведении.

Для профилактики стигматизации суицидентов медицинскими сестрами целесообразно введение в образовательный стандарт суицидологии и психологии кризисных состояний, что в определенной мере может повысить уровень лояльного отношения к пациентам данной категории.

Литература:

1. Балабанова В.В. Психотерапевтические методы воздействия в работе медицинской сестры психиатрического стационара // Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции»: пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / под ред. В.С. Ястребова. – М., 2008. – С. 87-90.
2. Васильева Л.П. Роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами // Преобразования психиатрической службы Омской области: метод. пособие для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатр. сервиса / ред. кол.: Ю.В. Ерофеев [и др.]. – Омск, 2008. – С. 26-29.
3. Вишнякова В. Психиатрия и гуманизм // Сестринское дело. – 2006. – № 3. – С. 46-47.
4. Грошева Р.Л. Современные задачи сестринского дела // Сестринское дело. – 2006. – № 1. – С. 19.
5. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14.
6. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 2009. – 296 с.
7. Поляков И.В., Чернов В.Н. Роль медицинских сестер в оказании психиатрической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 3. – С. 45-50.
8. Поляков И.В. и др. Организация сестринской реабилитационной помощи // Вестник Санкт-Петербургской ГМА им. И.И. Мечникова. – 2006. – № 2. – С. 142-145.
9. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е издание. – СПб, 2000.
10. Солохина Т.А. Современные подходы к психосоциальной реабилитации // Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции»: пособие для профессионалов, работающих в сфере психич. здоровья / под ред. В.С. Ястребова. – М., 2008. – С. 80-83.
11. Таунсенд М.С. Сестринские диагнозы в психиатрической практике: карманное руководство для построения плана оказания помощи больным. – Киев: Сфера, 1998. – 427 с.
12. Халиуллина Н. М., Козлов А.Б. Сестринский уход за больными шизофренией с суицидальным поведением // Медицинская сестра. – 2007. – № 1. – С. 16-18.
13. Ritter S. Bethlem Royal and Maudsley Hospital manual of clinical psychiatric nursing principles and procedures. – Philadelphia: Harper & Row, 1989. – 324 p.

THE ATTITUDE OF NURSES IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND FACULTY OF HIGHER EDUCATION IN NURSING TO SUICIDERS AS MIRROR OF SOCIAL STIGMATIZATION

V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova

Belgorod state national research university, Russia

By the nameless questionnaire survey 469 the female sex nurses which work in the psychiatric hospitals: 190 – in Belgorod Region (Russia), 187 – in Nikolayev Region (Ukraine) and 92 – which work in somatic hospitals and study at the faculty of higher education in nursing.

A large social distance between respondents and suiciders was found. Also was discovered that positive emotional attitude to suiciders depends of familiarity's degree (it is better to colleague and neighbor than to stranger). The loyal relation peculiar to nurses which work in the psychiatric hospitals more than nurses which work in somatic hospitals and study at the faculty of higher education in nursing and don't have experience with suiciders. The high level of stigmatization was found in intimate, production, political public and moral spheres. There are no trans-regional differences. The problems of destigmatization and prevention of suicidal behavior are discussed.

Key words: nurses, psychiatric hospital, stigmatization, suicidal behavior, suicider.