

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- С.В. Богданов*
Самоубийства в Санкт-Петербурге во второй половине XIX века: масштабы, тенденции, проблемы недоучёта 3
- Г.Я. Пилягина*
Когнитивно-эмоциональный дефицит и когнитивно-эмоциональный дисбаланс в личностном развитии, формировании психической патологии и патогенезе саморазрушающего поведения 10
- С.В. Харитонов, Е.Б. Любов, С.В. Рызова, В.А. Соболев, В.М. Кушнарёв*
Сравнительный анализ наиболее распространённых методов оценки суицидального риска 17
- А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов*
Суицидальное поведение мужчин: уточнение роли безнадежности и депрессии методами структурного моделирования.
Часть II. Феномен безнадежности и суицидальность: эффекты стратификации 22
- А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина*
Аутоагрессивная, личностно-психологическая характеристики жён мужчин, больных алкоголизмом, имевших в анамнезе суицидальную активность 27
- Ж.В. Емяшева*
Некоторые закономерности влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном поведении 32
- Н.Д. Узлов, Е.С. Стряпунина*
Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения . 41
- А.А. Гизатулина, А.А. Тараданов*
Интегральная матрица дифференциации самоубийств 48
- П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин*
«Суицидологический паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции .. 55

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, corresp. RAMS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)

Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
(Izhevsk, Russia)

N.A. Kometov, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)

E.N. Krivulin, Ph. D., prof.
(Chelyabinsk, Russia)

J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

A.V. Merinov, Ph. D.
(Ryazan, Russia)

N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)

G. Pilyagina, Ph. D., prof.
(Kiev, Ukraine)

B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
(Ekaterinburg, Russia)

V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(Odessa, Ukraine)

V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
(Belgorod, Russia)

N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)

A.V. Semke, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)

V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)

V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
(Ufa, Russia)

L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
(Dnipropetrovsk, Ukraine)

Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)

Jyrki Korkeila, Ph. D., prof.
(Finland)

Niko Seppälä M.D. (Finland)

Журнал

«Суицидология»

включен в Российский

индекс научного

цитирования

(РИНЦ)

М.Н. Лященко

Суицид «глазами» Сократа и Августина Блаженного .. 60

Список работ, опубликованных в журнале в 2013 г. 65

Информация для авторов 68

Contents

S.V. Bogdanov

Suicide in St. Petersburg in the second half of XIX century:
the magnitude, trends and problems of the undercount 3

G. Pilyagina

Cognitive-emotional disbalance (deficiency) concept
and its value in pathways of mental pathology
and self-destructive behaviour 10

*S.V. Kharitonov, E.B. Lyubov, S.V. Ryzova,
V.A. Sobolev, V.M. Kushnarev*

Benchmarking study of the most popular estimating
method of the risk of suicidality 17

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

Suicidal behavior in males: evaluation of hopelessness
and depression roles using structural equation modeling.
Part II. The phenomenon of hopelessness and suicidality:
effects of stratification 22

A.V. Merinov, O.Y. Somkina

Autoaggressive and psychological characteristics of the
wives of men alcoholics with a history of suicidal activity 27

Z.V. Emyasheva

Peculiarities of stressful life events influence on the formation
of suicidal tendencies in patients with addictive behavior 32

N.D. Uzlov, E.S. Stryapunina

Self-relation of adolescents with potential risks of suicide
and addictive behavior 41

A.A. Gizatulina, A.A. Taradanov

Integral matrix differentiation of suicide 48

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin

«Suicidal passport territory» as a stage of development
of the system for suicide prevention 55

M.N. Lyaschenko

Suicide is the "eyes" of Socrates and Augustine 60

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на 2014 год.

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

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

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

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

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

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

Заказ № 239. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 20.12.2013 г. Распространяется по подписке.

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

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

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

УДК: 616.89–008.44

САМОУБИЙСТВА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА: МАСШТАБЫ, ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ НЕДОУЧЕТА

С.В. Богданов

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

Контактная информация:

Богданов Сергей Викторович – доктор исторических наук. Место работы и должность: профессор кафедры истории ФГАУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

Адрес: 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (905) 677-64-09, e-mail: dr.bogdanov_sv@mail.ru

Рассматривается динамика самоубийств в столице Российской империи на протяжении второй половины XIX в. Представлено распределение умерших от самоубийств по полу. Проводится сравнение уровня самоубийств в Санкт-Петербурге с другими наиболее крупными городами Европейской части страны в 1870-1894 гг. Исследуется проблема недоучета официальной полицейской статистикой случаев насильственной смерти (убийств и самоубийств) в столице государства.

Ключевые слова: самоубийство, мужчины, женщины, недоучет насильственной смертности, Санкт-Петербург.

Сложившаяся в последние десятилетия чрезвычайно тревожная ситуация со смертностью населения от самоубийств в России вынуждает исследователей все чаще направлять свои взоры в прошлое. Данный поход позволяет рассмотреть это явление в исторической ретроспективе, выявить детерминанты и факторы, способствовавшие усилению суицидальной активности населения России в условиях масштабных социальных изменений, явившихся закономерным следствием падения крепостного права и либерализации общественно-политической жизни страны. Не случайно хронологическими рамками исследования выбрана вторая половина XIX столетия.

Интерес именно к этому временному отрезку обусловлен целым рядом обстоятельств.

Первое. Социальное развитие страны на протяжении всего пореформенного периода характеризовалось дальнейшим усложнением и ростом противоречий. Фактически в одночасье многомиллионная масса крестьянства приобрела свободу, резко интенсифицировались миграционные потоки, рост городского населения стал постоянно действующим фактором российской действительности. Шла ускоренная перестройка государственного аппарата, создание новых учреждений и ведомств. Страна получила новую судебную систему. Изменения охватили практически все сферы жизнедеятельности страны.

Второе. Пореформенное развитие страны характеризовалось весьма эклектичным соединением противоречивых тенденций: свобода шла рядом со вседозволенностью, созидание – рядом с разрушением. Не случайно одной из характерных черт общественной жизни страны на протяжении всей второй половины XIX в. явилось широкое распространение аномии. Это явление выразилось не только в отрицании существовавших норм права, но и в неприятии общественной морали и этических установок, что у отдельных людей нашло свое выражение в крайней форме индивидуальной деструкции – самоубийстве.

Данные обстоятельства обусловили необходимость анализа феномена самоубийств в столице Российской империи – Санкт - Петербурге – в условиях крупномасштабных социальных и экономических преобразований, последовавших с начала 1860-х гг.

Падение крепостного права и последовавшие за этим реформы практически во всех сферах жизни российского общества не могли не вызвать научного и публицистического интереса к проблеме самоубийств. Как писал один из довольно популярных журналистов этого периода К. Лизин на страницах либерального журнала «Дело»: «Теперь самоубийство сделалось какой-то эпидемической болезнью и, притом, болезнью хронической, которая вырывает тысячи жертв из среды населения решительно всех цивилизованных стран Евро-

пы. Так говорит статистика, это же может сказать всякий, кто следит за городской хроникой» [12].

В то же время, еще три-четыре десятилетия назад проблема самоубийств, хотя и не была вовсе запрещенной, но все же относилась к нежелательным. Это, конечно, не значило, что цензоры категорически не допускали к печати книги или статьи, в которых в той или иной мере затрагивалась эта грань моральной статистики. Тем не менее, перечень публикаций, посвященных вопросам самоубийства в России, увидевших свет в первой половине XIX столетия, оказался незначительным.

Одним из первых в этом списке был доклад действительного члена Императорской Академии наук К.Ф. Германа «Изыскания о числах убийств и самоубийств в России в 1819-1820 годах», который им был озвучен в 1823 г. [22]. В рамках рассматриваемой проблемы автор анализировал ситуацию с насильственной смертью в губерниях Европейской части страны. Санкт-Петербург упоминался три раза. Однако тематика, затронутая в докладе, вызвала крайне негативную реакцию в правящих кругах. Поэтому изучение данных явлений российскими учеными не встретило ни понимания, ни поощрения со стороны государственной бюрократии.

В 1830-х гг. в некоторых географических, экономико-статистических описаниях появляются параграфы, специально посвященные отдельным негативным чертам «народной нравственности» – пьянству, преступности, самоубийствам. Отличительной особенностью данных работ явилась довольно упрощенная трактовка причин самоубийств среди населения столицы Российской империи в этот период. Так, например, И. Пушкарев в своем «Описании Санкт-Петербурга и уездных городов Санкт-Петербургской губернии» видит «... побудительный повод самоубийства – отчаяние, наведенное или действием бурных страстей, или стечением несчастных обстоятельств. Были же, однако, случаи, когда человек, изнемогая от самых благороднейших чувствований, тоскуя по родине, об умерших родственниках, решался на самоубийство!» [18].

В то же время автор упомянутой книги не видит в самоубийстве серьезной проблемы для государства и нации: «Вообще же насильственные лишения жизни и самоубийства, совершаются в Петербурге наиболее простолю-

динами, и в незначительном числе сравнительно с другими столицами Европы; вернейшее доказательство истины, что понятия религиозные сохраняются у нас во всем благотворном своем могуществе» [18].

В 1847 г. из печати вышла небольшая по объему, но очень емкая по содержанию книга К.С. Веселовского «Опыты нравственной статистики России» [3]. Ценность данного исследования заключалась в том, что в нем впервые в России были поставлены проблемы недоучета насильственной смертности в России, содержалась богатейшая статистика самоубийств в губерниях страны, а также предпринималась попытка выявления совокупности факторов, толкающих людей к самоистреблению.

Таким образом, отечественная литература первой половины XIX столетия, посвященная самоубийству, не отличается обилием и многообразием рассматриваемых проблем.

Отмена крепостного права открыла период гласности в российском обществе. С начала 1860-х гг. проблематика самоубийств в России все чаще становится предметом научных исследований. Данные работы насыщаются разнообразной статистикой, в них присутствуют попытки представить социологические, психологические причины самоубийств. Наиболее заметными явились труды А.В. Лихачева, П.Ф. Булацеля [2, 14].

Что касается изучения самоубийств в Санкт-Петербурге, то интерес вызывают научные изыскания Ю. Гюбнера, П. Загорского, И. Пастернацкого, А.А. Липского, С.А. Белякова, Ф.К. Тереховко [1, 8, 11, 13, 17, 21].

Предваряя изучение суицидального поведения жителей Петербурга во второй половине XIX столетия, остановимся на отдельных статистических показателях самоубийств в столице Российской империи накануне и в первые годы после отмены крепостного права (1858-1862 гг.).

Итак, в 1858 г. в Петербурге от данного вида насильственной смерти погибло 66 человек (10,3 % от общего количества погибших насильственной и внезапной смертью), в 1859 г. – 55 человек (10,3%), в 1860 г. – 62 человека (12%), в 1861 г. – 42 человека (6,8%), в 1862 г. – 59 человек (8,7%) [4]. В среднем за год в расчете на 100000 человек от самоубийств в столице Империи погибало 5 человек.

Таким образом, внутри данного непродолжительного временного отрезка видно, что на

год общественного перелома – 1861-й – выпадают самые низкие показатели количества погибших от самоубийств.

Развитие ситуации в последующие десятилетия показало, что самоубийство прочно вошло в жизнь крупных городов Европейской части страны. Увеличение количества погибших в результате насильственных и внезапных смертей вынудило Центральный Статистический Комитет МВД (далее – ЦСК МВД) МВД России приступить к сбору и публикации статистических сведений по данным видам смертности населения в стране [5, 19].

В 1897 г. из печати вышло очередное издание ЦСК МВД – Временник «Умершие насильственно и внезапно в Российской империи в 1888–1893 гг.» [6].

В сравнении с двумя предшествующими статистическим сборниками, посвященным насильственным и внезапным смертям в России, это издание содержало сведения о насильственных и внезапных смертях по десяти крупнейшим городам Европейской России за период с 1870-1894 гг.

Видный российский криминолог конца XIX – начала XX столетия Е.Н. Тарновский так оценивал особенности распространения самоубийств в крупных городах Западной Европы и России: «В городах, в особенности в больших, самоубийство развито в колоссальных разме-

рах. В Берлине свыше 300 самоубийств на 1000000 жителей, а в провинциях Пруссии только 150, в Париже и Вене свыше 400, в Петербурге около 200, тогда как в России только 30. Вообще самоубийство в русских городах относительно в три раза чаще, чем в сельском населении» [20].

Рассмотрим подробнее, как развивалась ситуация с самоубийствами в Петербурге и в отдельных наиболее крупных городах Европейской части России в 1870-1893 гг. (табл. 1).

Исследование динамики смертности населения наиболее крупных городов Европейской части страны в результате самоубийств за 1870-1894 гг. позволяет выявить некоторые особенности. Так, по абсолютным показателям наибольшее количество самоубийств было зафиксировано полицейской статистикой в Санкт-Петербурге, Москве и Одессе. Наибольшая доля погибших от самоубийств в общем количестве погибших в результате насильственной смерти оказалась в Риге (87,3%), Москве (84,7%), Петербурге (84,5%).

Статистика самоубийств в крупнейших городах Европейской России за два с половиной десятилетия свидетельствует о неуклонном увеличении среднегодовых показателей умерших от самоубийств во всех наиболее крупных городах Европейской части страны.

Таблица 1

Среднегодовые темпы роста числа самоубийств в крупнейших городах Европейской России за 1870-1894 гг.

Города	Число погибших от самоубийств в среднем за год, чел.									
	1870-1874		1875-1879		1880-1884		1885-1889		1890-1894	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
С-Петербург	54,2	10,0	60,2	11,8	105,2	24,2	123,0	31,4	131,2	37,0
Москва	38,8	6,4	44,6	7,6	67,8	14,4	73,8	12,8	67,4	16,0
Нижний Новгород	3,0	0,2	5,4	1,2	5,2	2,0	9,4	0,8	7,6	1,6
Казань	3,8	0,2	6,8	1,6	9,0	4,2	16,4	9,8	13,4	8,6
Саратов*	3,0	1,0	7,0	0,8	7,4	1,4	10,6	6,4	8,8	3,0
Харьков	5,6	1,4	8,2	5,6	16,2	9,2	19,1	8,0	11,6	9,4
Киев	4,2	1,2	10,6	2,4	22,2	6,8	25,4	8,6	29,0	9,0
Одесса**	13,2	1,8	22,0	5,3	21,0	3,2	37,4	8,2	45,6	10,6
Рига***	9,2	2,0	13,4	1,8	19,8	4,4	19,0	5,0	28,8	7,8

Примечание: *Сведения по Саратову за 22 года. Нет данных за 1870 и 1871 гг.

**Сведения по Одессе за 22 года. Нет сведений за 1878 и 1881 гг.

***Сведения по Риге за 23 года. Нет сведений за 1870 г.

Как видим, среднегодовые темпы числа погибших от самоубийств в Петербурге имели тенденцию к постоянному увеличению. Так, к середине 1890-х гг. они увеличились у мужчин в 2,4 раза, у женщин – в 3,7 раза.

Анализ статистики самоубийств в столице Российской империи наталкивается на определенную сложность – расхождение показателей, представленных в различных документах.

Таблица 2

Распределение суицидентов по полу в Санкт-Петербурге в 1870-1894 гг. (в % от общего количества зарегистрированных самоубийств)

Годы	% от общего числа самоубийств	
	Мужчины	Женщины
1870	76,3	23,7
1871	91,0	9,0
1872	87,1	12,9
1873	78,8	21,2
1874	88,3	11,7
1875	78,5	21,5
1876	87,7	12,3
1877	80,0	20,0
1878	90,4	9,6
1879	82,1	17,9
1880	84,6	15,4
1881	84,3	15,7
1882	78,2	11,8
1883	81,0	19,0
1884	79,6	20,4
1885	76,0	24,0
1886	75,8	24,2
1887	84,0	16,0
1888	82,3	17,7
1889	79,7	20,3
1890	72,4	17,6
1891	82,9	17,1
1892	81,7	18,3
1893	75,2	24,8
1894	74,0	26,0
Всего за 25 лет	80,4	19,6

Согласно подсчетам ЦСК МВД, за 1870-1893 гг. (сведения о количестве самоубийств в отчетах МВД за 1875 г. отсутствуют) в столице государства от самоубийств погибло 2869 человек.

В то же время, согласно Всеподданнейшим отчетам Санкт-Петербургского градоначальника за 1873-1893 гг. (без сведений за 1880 и 1881 гг. – отчеты не составлялись), количество самоубийств в городе существенно разнится – 2505 случаев.

Представляет интерес остановиться подробнее на распределении самоубийств в столице Российской империи по полу в пореформенные десятилетия (табл. 2).

Несмотря на то, что по абсолютным показателям число самоубийств среди мужчин было значительно больше, чем среди женщин (в Санкт-Петербурге – в 4,1 раза), тем не менее, год от года происходило увеличение доли женщин, погибших от суицида в общем количестве умерших насильственно и внезапно. Так, в Петербурге эти показатели выглядели следующим образом: среди женщин – 19,6%, среди мужчин – 18,2%. Схожие тенденции обнаруживаются также в Риге, Харькове и Казани.

Анализируя преобладание мужчин, закончивших жизнь самоубийством, над женщинами, Э. Дюркгейм объяснял это следующим образом: «Если число женщин, покончивших с собой, гораздо меньше, чем число мужчин, то это происходит оттого, что первые гораздо меньше соприкасаются с коллективной жизнью и поэтому менее сильно чувствуют ее дурное или хорошее воздействие» [9].

В то же время условия пореформенного развития России способствовали ускорению процессов эмансипации женщин, прежде всего из высших и средних слоёв городского населения. Не случайно, на протяжении 1870-1894 гг. в Петербурге доля мужчин, кончивших жизнь самоубийством, в общем количестве суицидентов, постепенно сокращалась, тогда как доля женщин имела тенденцию к увеличению.

Сравнение двух источников официальной статистики самоубийств в Санкт-Петербурге на протяжении исследуемого хронологического периода выявило наличие существенных различий. Основной причиной этого являлось крайне низкое качество моральной статистики в России, на что обращалось внимание еще в конце 1840-х гг. Так, К.С. Веселовский в своем труде указывал на неполноту и неточность

официальных сведений о самоубийствах в стране: «Можно утвердительно сказать, что везде число самоубийств бывает значительнее того, какое оказывается на основании официальных документов» [3].

К.С. Веселовский в своем мнении был не одинок. Критика официальной статистики самоубийств в стране содержалась и в книге А.В. Лихачева [14]. По мнению доктора Ю. Гюбнера, отчеты МВД и губернских статистических комитетов учитывали всего лишь одну третью часть от действительного количества самоубийств [8].

Попытаемся прояснить чрезвычайно важный в контексте рассматриваемой темы вопрос: можно ли считать официальные сведения о самоубийствах в Санкт-Петербурге полными?

Упомянутый выше К.С. Веселовский приводит следующий довольно характерный пример: «Вычислено, что в Петербурге, по сложности восьми лет, приходится по 30 самоубийств на год; между тем, из рапортов петербургского обер-полицмейстера оказывается, что с 1834 по 1849 год, найдено мертвых и всплывших тел 172, из которых 116 по гнилости были преданы земле без анатомического вскрытия» [3].

К началу 1870-х гг. ситуация со статистикой насильственной смерти не претерпела изменений. Так, согласно сведениям ЦСК МВД, количество погибших от убийств и самоубийств в столице Российской империи за этот период составило 898 человек [6].

Однако целый ряд обстоятельств порождает сомнение в полноте данного показателя. Дело в том, что ЦСК МВД сведений о количестве обнаруженных мертвых тел, по которым судебно-медицинская экспертиза не смогла дать заключений о причинах летальных исходов за период с 1870-1894 гг. по столице Российской империи не представил. Что касается Всеподданнейших отчетов Санкт - Петербургского градоначальника, то в них содержалась информация о количестве обнаруженных мертвых тел, вскрытие которых из-за их гнилости не производилось. Это отчеты за 1873-1883 гг. С 1884 г. в отчетах по судебно-медицинскому ведомству такие сведения больше не публикуются.

Еще одна особенность предопределила масштабы латентной смертности от насильственных причин в Санкт-Петербурге во вто-

рой половине XIX столетия – географическое положение российской столицы.

Особенностью географического положения Санкт-Петербурга явилось обилие рек, каналов. Наряду с определенными положительными моментами (крупный порт, оживленное судоходство, отсутствие проблем с водоснабжением), это также создавало и ряд серьезных проблем (угроза наводнения, большая вероятность несчастных случаев на водах столицы, возможность для преступника избавиться от жертвы собственного преступного умысла, замаскировав тем самым это деяние под смерть от несчастного случая – утопления).

Бесспорно, извлечение из воды тела погибшего человека не может однозначно являться свидетельством насильственной смерти. Но это также не может быть и неоспоримым свидетельством естественной смерти погибших, тела которых были выловлены в водах Петербурга. В целом, за 1873-1893 гг. из столичных рек и каналов было выловлено 3762 тела погибших, которые были отнесены к разряду «утопленников». Однако истинная причина смерти этих людей так и осталась до конца невыясненной.

Согласно отчетам Санкт-Петербургского градоначальника, только за период с 1873-1883 гг. у 797 обнаруженных мертвых тел «за гнилостью причины смерти не открыты». Не подлежит сомнению тот факт, что среди этого количества обнаруженных мертвых тел, определенная часть умерла в результате насильственных действий. Поэтому официальную статистику погибших от убийств и самоубийств необходимо увеличить, по меньшей мере, в 1,5-1,6 раза.

Одной из объективных сложностей определения действительных причин смерти выловленных тел из вод Петербурга являлся уровень судебно-медицинских исследований. Один из специалистов в этой сфере, врач П.П. Заблочкий, разбирая характерные признаки смерти от утопления от помещения в воду уже мертвого тела, в заключение пишет, «... что все прочие признаки, упоминаемые врачами и взятые отдельно, недостаточны для определения рода смерти, и что одна совокупность может приблизить к вероятному заключению» [10].

Действительно, попытки сведения счетов с жизнью посредством утопления среди жителей Петербурга не были столь уж редким явлени-

ем. В отчётах Санкт-Петербургского градоначальника с 1888 г. появляется информация о количестве покушений на самоубийство, совершенных на водах и учтенных речной полицией. Отдельно учитывается число спасённых из предпринявших попытку суицида.

Согласно отчетам этого подразделения столичной полиции, ситуация развивалась следующим образом: в 1888 г. на водах столичного города было зарегистрировано 76 покушений на самоубийство, было спасено 62 человека, в 1889 г. – 52 попытки и 35 человек, в 1890 г. – 83 попытки и 70 человек, в 1891 г. – 76 попыток и 69 человек, в 1892 г. – 61 попытка и 55 человек, в 1893 г. – 79 попыток и 64 человека соответственно.

Безусловно, попытки самоубийств совершались и ранее. Однако системы сбора и обработки сведений о попытках самоубийств до начала 1880-х гг. не сложилось. В.О. Михневич, ссылаясь на сведения доктора Н.В. Пономарева, приводит следующие цифры, иллюстрирующие статистику детского суицида. Только с 1869 по 1878 гг. в Петербурге 57 детей в возрасте от 8 до 16 лет были избиты в покушениях на самоубийство, в том числе 16 из них погибли в результате суицида [15].

Как показали последующие события, в начале XX столетия российская государственность и общество столкнулись с настоящей эпидемией детских и подростковых самоубийств.

Обобщая сказанное выше, сделаем следующие выводы.

Настоящая статья изначально не ставила своей целью проведение полного анализа такого сложного социального явления, каким является самоубийство. Поэтому в поле зрения не попали такие вопросы, как: социальные факторы, которые обусловили воспроизводство данной социальной патологии среди столичного населения, не рассматривались особенности территориального распределения самоубийств по частям Санкт-Петербурга, способы осуществления суицида. Данные проблемы составляют отдельное исследование автора. В статье ставился достаточно ограниченный и конкретный круг вопросов, связанных с рассмотрением динамики самоубийств, расчетом уровня самоубийств среди жителей российской столицы, их распределением по полу, а также недоучетом количества погибших от насильственной смерти.

Итак, динамика смертности населения Санкт-Петербурга от самоубийств свидетельствовала о неуклонном увеличении числа жителей крупнейшего города страны, добровольно покончивших с жизнью. Города становились все более «суицидоопасными», чем сельская местность.

Распределение суицидентов в Санкт-Петербурге по полу показало традиционную картину: мужчины значительно преобладали над женщинами в общем количестве лиц, совершивших самоубийство. Хотя доля женщин постепенно увеличивалась в общем количестве суицидентов.

Статистика насильственной смертности по Санкт-Петербургу в пореформенные десятилетия не являлась полной. Она отражала всего лишь определенную часть умерших от убийств и самоубийств, причина смерти которых была очевидной и не вызвала сомнений у судебных медиков. Не вызывает сомнений тот факт, что среди указанного в отчетах количества обнаруженных в водах столицы Российской империи погибших определенная часть явилась жертвами убийств или самоубийств. В связи с тем, что ни полицейская статистика, ни отчеты Санкт-Петербургского градоначальника не отличались полнотой сведений, можно предположить, что реальное число погибших от насильственных причин в действительности было значительно больше.

В то же время, не смотря на расхождения статистики самоубийств, подготовленной различными властными структурами Российской империи, тем не менее, общие тенденции развития данного вида насильственной смертности среди городского населения прослеживаются отчетливо. И в этом плане статистика самоубийств, собранная столичным Градоначальством, обнаруживает схожую с другими наиболее крупными городами Европейской части Российской империи траекторию в динамике данного вида насильственной смерти.

Литература:

1. Беляков С.А. О самоубийстве и несчастных случаях в психиатрических заведениях. Доклад С.-Петерб. обществу психиатров в заседании 14 ноября 1892 г. – С-Пб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1893. – 144 с.

2. Булацель П.Ф. Исследования о самовольной смерти: исторический очерк философских воззрений и законодательств о самоубийстве. – Ревель: Печ. Эстлянд. губ. правл., 1894. – 208 с.
 3. Веселовский К.С. Опыты нравственной статистики России. – С-Пб.: Типография Министерства внутренних дел, 1847. – 64 с.
 4. Военно-статистический сборник. Выпуск IV. Россия / под общей ред. Н.Н. Обручева. – С-Пб.: Военная типография, 1871. – 526 с.
 5. Временник Центрального Статистического Комитета Министерства внутренних дел № 35 Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1875–1887 гг. / ЦСК МВД. – С-Пб., 1894. – 67 с.
 6. Временник Центрального Статистического Комитета Министерства внутренних дел № 41 Умершие насильственно и внезапно в Европейской России в 1888–1893 гг. / ЦСК МВД. – С-Пб., 1897. – 95 с.
 7. Всеподданнейшие отчеты С-Петербургского градоначальника. – С-Пб.: Типография С-Петербургского Градоначальства, 1873-1893.
 8. Гюбнер Ю. Самоубийства в Санкт-Петербурге. – СПб.: Тип. Имп. Академии наук, 1868. – 23 с.
 9. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / пер. с франц. А.Н. Ильинского. – С-Пб.: Издание Н.П. Карбасникова, 1912. – 546 с.
 10. Заблоцкий П.П. Врачебно-полицейские и судебно-медицинские изыскания об утопленниках. – С-Пб., 1845. – 71 с.
 11. Загорский П. Смертность в С.П.Б. за 1878 г. – СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1880-1881. – 24 с.
 12. Лизин К. Самоубийство и цивилизация // Дело. – 1882. – № 7. – С. 265-285.
 13. Липский А.А. Самоубийство детей в С.-Петербурге. – С-Пб.: Паровая скоропеч. Яблонский и Перрот, 1887. – 12 с.
 14. Лихачев А.В. Самоубийство в Западной Европе и Европейской России. Сравнительное статистическое исследование. – С-Пб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1882. – 253 с.
 15. Михневич В.О. Язвы Петербурга: опыт историко-статистического исследования нравственности столичного населения. – С-Пб.: Изд-во Ф.С. Сущинского, 1886. – 542 с.
 16. Обзоры деятельности С-Петербургского градоначальства и столичной полиции. – С-Пб.: Типография С-Петербургского Градоначальства, 1894-1896.
 17. Пастернацкий И. Статистическое исследование самоубийств в Петербурге за 1870, 1871 и 1872 годы. – С-Пб.: Тип. Я. Трея, 1873. – 29 с.
 18. Пушкирев И. Описание Санкт-Петербурга и уездных городов Санкт-Петербургской губернии. – С-Пб.: Тип. Н. Греча, 1839. – 506 с.
 19. Статистический временник Российской Империи. Серия II. Выпуск 19 / ЦСК МВД. – С-Пб., 1882. – 305 с.
 20. Тарновский Е.Н. Статистика самоубийства // Журнал Министерства юстиции. – 1901. – № 1 (январь). – С. 145-151.
 21. Тереховко Ф.К. К вопросу о самоубийстве в Петербурге за 20 летний период (1881-1900): дис. на степ. д-ра мед. – Гатчина: Тип. Х. Неймана, 1903. – 279 с.
 22. Recherchessurle nombre des suicides etdes homicides commis en Russie pendant les annees 1819 et 1820" par Ch.-Th. Herrmann // Memoires de l'Academic imperiale des sciences de St. Petersburg. – St. Petersburg, 1832. – VI serie. Tome 1. – 20 p.
- Транслитерация:
1. Beljakov S.A. O samoubijstve i neschastnyh sluchajah v psihiatricheskikh zavedenijah. Doklad S.-Peterb. obshhestvu psihiatrov v zasedanii 14 nojabrja 1892 g. – S-Pb.: Tip. M.M. Stasjulevicha, 1893. – 144 s.
 2. Bulacel' P.F. Issledovanija o samovol'noj smerti: istoricheskij ocherk filosofskih vozzrenij i zakonodatel'stv o samoubijstve. – Revel': Pech. Jestljand. губ. правл., 1894. – 208 s.
 3. Veselovskij K.S. Opyty npravstvennoj statistiki Rossii. – S-Pb.: Tipografija Ministerstva vnutrennih del, 1847. – 64 s.
 4. Voенno-statisticheskij sbornik. Vypusk IV. Rossiya / pod obshhej red. N.N. Obrucheve. – S-Pb.: Voennaja tipografija, 1871. – 526 s.
 5. Vremennik Central'nogo Statisticheskogo Komiteta Ministerstva vnutrennih del № 35 Umershie nasil'stvenno i vnezapno v Evropejskoj Rossii v 1875–1887 gg. / CSK MVD. – S-Pb., 1894. – 67 s.
 6. Vremennik Central'nogo Statisticheskogo Komiteta Ministerstva vnutrennih del № 41 Umershie nasil'stvenno i vnezapno v Evropejskoj Rossii v 1888–1893 gg. / CSK MVD. – S-Pb., 1897. – 95 s.
 7. Vsepoddannejschie otchety S-Peterburgskogo gradonachal'nika. – S-Pb.: Tipografija S-Peterburgskogo Gradonachal'stva, 1873-1893.
 8. Gjubner Ju. Samoubijstva v Sankt-Peterburge. – SPb.: Tip. Imp. Akademii nauk, 1868. – 23 s.
 9. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologicheskij jetjud / per. s franc. A.N. Il'inskogo. – S-Pb.: Izdanie N.P. Karbasnikova, 1912. – 546 s.
 10. Zablockij P.P. Vrachebno-policejskie i sudebno-medicinskie izyskanija ob utoplennikah. – S-Pb., 1845. – 71 s.
 11. Zagorskij P. Smertnost' v S.P.B. za 1878 g. – SPb.: Tip. M.M. Stasjulevicha, 1880-1881. – 24 s.
 12. Lizin K. Samoubijstvo i civilizacija // Delo. – 1882. – № 7. – S. 265-285.
 13. Lipskij A.A. Samoubijstvo detej v S.-Peterburge. – S-Pb.: Parovaja skoropech. Jablonskij i Perrot, 1887. – 12 s.
 14. Lihachev A.V. Samoubijstvo v Zapadnoj Evrope i Evropejskoj Rossii. Sravnitel'noe statisticheskoe issledovanie. – S-Pb.: Tip. M.M. Stasjulevicha, 1882. – 253 s.

15. Mihnevich V.O. Jazvy Peterburga: opyt istoriko-statisticheskogo issledovaniya npravstvennosti stolichnogo naseleniya. – S-Pb.: Izd-vo F.S. Sushhinskogo, 1886. – 542 s.
16. Obzory dejatel'nosti S-Peterburgskogo gradonachal'stva i stolichnoj policii. – S-Pb.: Tipografija S-Peterburgskogo Gradonachal'stva, 1894-1896.
17. Pasternackij I. Statisticheskoe issledovanie samoubijstv v Peterburge za 1870, 1871 i 1872 gody. – S-Pb.: Tip. Ja. Treja, 1873. – 29 s.
18. Pushkarev I. Opisanie Sankt-Peterburga i uездnyh gorodov Sankt-Peterburgskoj gubernii. – S-Pb.: Tip. N. Grecha, 1839. – 506 s.
19. Statisticheskij vremennik Rossijskoj Imperii. Serija II. Vypusk 19 / CSK MVD. – S-Pb., 1882. – 305 s.
20. Tarnovskij E.N. Statistika samoubijstva // Zhurnal Ministerstva justicii. – 1901. – № 1 (janvar'). – S. 145-151.
21. Terehovko F.K. K voprosu o samoubijstve v Peterburge za 20 letnij period (1881-1900): dis. na step. d-ra med. - Gatchina: Tip. H. Nejmana, 1903. – 279 s.

SUICIDE IN ST. PETERSBURG IN THE
SECOND HALF OF XIX CENTURE:
THE MAGNITUDE, TRENDS AND PROBLEMS
OF THE UNDERCOUNT

S.V. Bogdanov

Belgorod National Research University, Russia

Consider the dynamics of suicides in the capital of the Russian Empire during the second half of the XIX century. Shows the distribution of deaths from suicide on the floor. A comparison is made of the level of suicides in St. Petersburg with most other large cities in the European part of the country in 1870-1894. The problem of the omission of the official police statistics of cases of violent death (homicide and suicide) in the capital of the state.

Keywords: suicide, men, women, underreporting of violent mortality, Saint Petersburg.

УДК: [616.89-008.441.44]-092

КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ И КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС В ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ, ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Г.Я. Пилягина

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

Контактная информация:

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

Патогенез большинства психопатологических расстройств невротического регистра и манифестных вариантов саморазрушающего поведения (СрПв) базируется на психотравмирующем опыте детства, основным компонентом которого являются девиантные детско-родительские взаимоотношения. Когнитивно-эмоциональный дисбаланс или дефицит (КЭДД) может служить определенной психологической мерой такого психотравмирующего воздействия девиантных детско-родительских взаимоотношений.

Цель работы: описание такого патопсихологического феномена как КЭДД, его характеристик и вклада в развитие различных видов психической патологии и СрПв.

Основное содержание. КЭДД – это диспропорциональное психологическое развитие личности, в результате пережитых в детстве хронических девиаций в детско-родительских взаимоотношениях или значительного психотравмирующего события. КЭДД является основным проявлением дезинтеграции психологических процессов (когнитивного и эмоционального функционирования) во взаимодействии с реальностью, а также во внутреннем переживании такого взаимодействия. Можно выделить два базисных варианта КЭДД: регрессивно-эмоциональный и гиперкогнитивный.

Регрессивно-эмоциональный вариант КЭДД участвует в развитии эмоционально-неустойчивого (F60.30), истерического (F60.30), мозаичного (F61) или даже шизотипического (F21) личностных расстройств, которые в большинстве случаев сопровождаются тем или иным видом зависимости вследствие употребления психоактивных веществ (F1). В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов крайне быстро формируется расстройство адаптации (F43.25) с высокой вероятностью реализации импульсивных саморазрушающих действий. У таких пациентов манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв развиваются еще в стадии юности с быстрым формированием суицидальной карьеры.

Психопатология, ассоциированная с гиперкогнитивным вариантом КЭДД, проявляется в виде панического расстройства (F41), различных видов соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3), конверсионных расстройств (F44), неврастении (F45.8) или дистимии (F34.1). СрПв при гиперкогнитивном варианте является результатом хронических психотравмирующих обстоятельств, на фоне которых у пациентов обычно формируются постоянные антивитаальные переживания и периодические суицидальные мысли. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов развивается тяжелая депрессивная симптоматика (тяжелый депрессивный эпизод – F32.2 или депрессивная реакция – F43.2) с реальной опасностью формирования суицидальных тенденций и осуществления тщательно продуманных суицидальных действий.

Выводы. КЭДД является одним из важных патогенетических компонентов формирования психопатологических расстройств и различных вариантов СрПв. Понимание механизмов формирования КЭДД и его проявлений целесообразно использовать в диагностике психопатологических расстройств, а также обязательно учитывать в тактике психотерапевтического вмешательства при конкретных видах психической патологии.

Ключевые слова: когнитивно-эмоциональный дисбаланс или дефицит, психические расстройства, саморазрушающее поведение, девиантные детско-родительские отношения, суицид.

В основе формирования большинства психопатологических расстройств невротического регистра и манифестных вариантов саморазрушающего поведения (СрПв) лежат развивающиеся в раннем онтогенезе девиантные детско-родительские взаимоотношения [3, 4, 8, 12]. Все многочисленные варианты девиантных детско-родительских взаимоотношений могут быть сведены к двум основным типам. К первому можно отнести детско-родительские взаимоотношения с гиперстимуляцией ребенка избытком родительской любви: гиперопека, «социально правильные», ригидные поведенческие установки, воспитание по типу кумир семьи. Ко второму типу – отвержение со стороны родителей по отношению к ребенку, либо открытое (эмпатическая депривация, гипоопека), либо скрытое (формальное общение, безэмоциональная дистантность, равнодушное пренебрежение, игнорирование интересов ребенка). Психотравмирующий эффект девиантных детско-родительских взаимоотношений в детстве в определенной степени прямо пропорционален тяжести выявляемых психических расстройств в любой возрастной группе. Определенной психологической мерой такого повреждающего эффекта может служить выраженность когнитивно-эмоционального дисбаланса или дефицита (КЭДД) [1, 8, 9].

КЭДД – это диспропорциональное психологическое развитие личности, возникающее в результате пережитых в детстве хронических девиаций в детско-родительских взаимоотношениях или значительного психотравмирующего события. Квалификация КЭДД как дисбаланса или как дефицита когнитивно-эмоционального функционирования зависит от его глубины, выраженности и необратимости. Когнитивно-эмоциональный дисбаланс – это обратимое и преодолимое проявление, в боль-

шей степени, патопсихологических проблем. А когнитивно-эмоциональный дефицит – практически необратимый процесс и облигатная характеристика большинства психопатологических расстройств и клинически манифестных форм и видов СрПв. По сути, когнитивно-эмоциональный дефицит («базисный дефект» по М. Балинту) – это необратимое следствие отягощенного раннего психологического развития ребенка, которое может быть компенсировано только при адекватном и длительном профессиональном психотерапевтическом вмешательстве [1].

Обобщенный процесс формирования КЭДД можно представить следующим образом. В условиях возобновляемого психотравмирующего воздействия гипертрофированное переживание обиды, протеста, вины, стыда, психической боли и поведение, обусловленное этими чувствами, вытесняется из сознания ребенка, так как он, в силу недосформированных механизмов психологической защиты, не способен конструктивно противостоять и адекватно выражать накопившиеся негативные эмоции по отношению к агрессору. Вытеснение в подсознание негативных эмоциональных переживаний становится инициальным этапом формирования КЭДД. В процессе формирования КЭДД закрепляются паттерны инфантильного поведения и эмоционального реагирования. Тогда как когнитивные функции, процессы познания и осознания, развиваются соответственно возрасту ребенка, несмотря на формирующиеся гиперкомпенсаторные нарушения избирательности внимания и тестирования реальности. Эти процессы нарушают адекватное формирование стресс-реагирования, прогнозирования поведения и импульс-контроля, потенцируют гиперболизацию эмоциональных переживаний в фрустрирующих обстоятель-

ствах и гиперактивацию психологических защит. В физиологическом реагировании закрепляется реакция вегетативного дисфункционирования, мышечного перенапряжения и функциональной иммунной супрессии, что вызывает формирование соматоформных нарушений и постепенное развитие психосоматических заболеваний. Все это тормозит реализацию адаптивной поисковой активности у ребенка и инициирует процессы патологизации психической деятельности.

В норме при взаимодействии с изменяющейся действительностью человеком с раннего возраста согласованно используются две базисные психологические системы: когнитивного тестирования реальности и эмоционального реагирования, базирующиеся на естественном биологическом развитии организма с поддержанием психофизического гомеостаза в пределах физиологической нормы. Формирование КЭДД является основным проявлением рассогласования, дезинтеграции психологических процессов когнитивного и эмоционального функционирования во взаимодействии с реальностью, а также во внутреннем переживании такого взаимодействия с последующей диспропорциональностью личностного развития ребенка.

КЭДД может быть представлен двумя вариантами. Первый подразумевает доминирование регрессивного эмоционального реагирования с преимущественным использованием в стрессовых условиях неуправляемых эмоциональных реакций, а не когнитивного тестирования реальности, анализа происходящего. При его контрверсном варианте – наоборот, выявляется превалирование когнитивной активности при диссоциативном, алекситимическом вытеснении эмоционального реагирования в условиях внешнего стрессорного воздействия. То есть, диспропорциональность психологического развития личности при КЭДД выражается в том, что ребенок при реагировании на любое стрессовое воздействие в одном варианте преимущественно использует эмоциональное реагирование с «выключением» когнитивного тестирования реальности, а в контрверсном – фиксируется исключительно на когнитивной переработке информации при диссоциировании, подавлении, вытеснении эмоционального компонента. У ребенка расщепляется фокус приспособительного взаимодействия с внешней и внутренней реальностью, когда закрепляется игнорирование одного из базисных

компонентов адаптирования: или когнитивного, или эмоционального. Метафорически в максимализированном виде варианты КЭДД можно представить как «без-умные чувства» или «бес-чувственный ум». Безусловно, подобная максимализация носит крайне упрощенный и символический характер, но отражает принцип расщепления в реактивном, приспособительном взаимодействии ребенка с реальностью, который закрепляется в виде одного из вариантов КЭДД.

Таким образом, можно выделить два базисных варианта КЭДД: регрессивно - эмоциональный и гиперкогнитивный. Регрессивно-эмоциональный вариант выражается очевидным преобладанием, гиперактивацией импульсивного эмоционального реагирования при стрессорном воздействии и невозможностью адекватного использования индивидом когнитивного анализа, тестирования реальности. При формировании гиперкогнитивного варианта закрепляется гиперактивация когнитивных функций и, соответственно, диссоциируются эмоциональные переживания и подавляется их выражение. При обоих вариантах КЭДД существенно снижается адаптивные возможности организма и личности вследствие дисфункционирования основных сфер психической деятельности: внимания, воли, эмоций, мышления, а также вегетативного регулирования. Кроме того, при обоих вариантах КЭДД нарушаются процессы избирательности внимания, импульс-контроля, способности к поливариантному прогнозированию собственной деятельности и конструктивно-адаптивному целенаправленному поведению.

КЭДД – это длительный психодинамический процесс, сопровождающий личность в течение многих лет, если не всю жизнь. Поэтому формирование регрессивно - эмоционального или гиперкогнитивного варианта КЭДД непосредственно и стойко влияют на характер человека, резко повышают его стрессуязвимость, потенцируют развитие психопатологических нарушений и манифестных вариантов СрПв. Глубина и характеристики диспропорциональности личностного развития при КЭДД достаточно вариабельны и зависят от индивидуальных особенностей человека, характера девиаций в детско-родительских отношениях и содержания детской психотравматизации. Клиническая основа формирования КЭДД – это избегающий, амбивалентный или дезорганизованный типы расстройств привя-

занности, по сути, являющиеся ключевым компонентом девиантных детско-родительских взаимоотношений [2, 9].

Внешние проявления этих двух вариантов КЭДД существенно отличаются.

При регрессивно-эмоциональном варианте КЭДД гиперболизированные эмоциональные переживания и импульсивное поведенческое реагирование представляют собой основной способ взаимодействия с реальностью. Его базис – амбивалентный или дезорганизованный типы расстройств привязанности. Характерная для матерей таких пациентов ведущая форма родительства – это дезорганизованная эмоциональность с импульсивным и необъяснимым для ребенка перемежающим поведением наказания / поощрения. Такие родители постоянно игнорируют потребности ребенка вследствие наличия у них собственных проблем в тестировании реальности, нарушений импульс - контроля, аутодеструктивных или деструктивных копинг-стратегий. Эмоционально непредсказуемый, хаотичный и пренебрегающий стиль воспитания закрепляет у ребенка неадекватное аффективное реагирование и каскад патологических поведенческих паттернов, становясь базисом последующей патологизации психической деятельности. Такой ребенок, а впоследствии и взрослый человек, любое воздействие извне воспринимает как стрессовое и фрустрирующее, если оно не согласовано с его ожиданиями в обязательном и мгновенном получении желаемого. Поэтому практически каждое взаимодействие с реальностью у ребенка будет сопровождаться всепоглощающими эмоциональными переживаниями и бурно, импульсивно выражаемыми аффективными реакциями. При таком варианте патологической адаптации ребенок не способен адекватно перерабатывать поступающую информацию. Он привыкает игнорировать и обесценивать возможности аналитического и прогностического тестирования внешних обстоятельств, внутреннего состояния и собственного поведения, предпочитая всецело отдаваться всепоглощающим эмоциям.

Достаточно часто гиперболизированное переживание и выражение эмоций у таких детей может не иметь внешних проявлений, хотя бурно и глубоко переживается ими внутренне. Ребенок выглядит растерянным, замершим, эмоционально притупленным, одновременно находясь в состоянии интенсивных внутренних

переживаний. В таком состоянии он, также как и при бурном внешнем выражении чувств, не способен тестировать реальность: адекватно перерабатывать информацию, использовать собственный опыт и выстраивать адаптивные поведенческие копинг-стратегии. Но и при гиперболизированном внешнем выражении эмоций, и при проявлении замиранья с интенсивным внутренним переживанием чувств поведение ребенка в фрустрирующих обстоятельствах, провоцирует негативное внимание со стороны опекающих взрослых и усиление девиаций в детско-родительских взаимоотношениях по типу «замкнутого круга».

Таким образом, за счет неуправляемости переживания эмоций и постоянного подкрепления дезадаптивного поведения вследствие ответного негативного аффективного реагирования со стороны взрослых у ребенка закрепляется регрессивно-эмоциональные паттерны поведения как ведущая копинг-стратегия, которая в гипертрофированном, неуправляемом виде реализуется в фрустрирующих обстоятельствах.

Основные проявления регрессивно-эмоционального варианта КЭДД:

- постоянная и неадекватная гиперболизация эмоций;
- плохо контролируемое, импульсивное и непредсказуемое эмоциональное и поведенческие реагирование;
- неуправляемые аффективные вспышки;
- постоянная фиксация на достижении состояния удовольствия; эгоцентризм;
- хаотичное поведение, направленное на удовлетворение сиюминутных желаний.

Основной целью дезадаптивного поведения при этом варианте КЭДД является немедленное удовлетворение желаемого, достижение состояния удовольствия, способного ненадолго снизить критический уровень внутреннего фрустрационного напряжения, агрессии, экзистенциальной тревоги и ненасыщаемой метапотребности в принятии и осмысленности. Такая стратегия поведения сохраняется и в процессе взросления. При взрослении ребенок с регрессивно-эмоциональным вариантом КЭДД не может своевременно и качественно освоить юношеское поисковое поведение, а при необходимости адаптироваться в новых условиях он продолжает демонстрировать закрепленное инфантильное поведение. Такой подросток не только не способен адекватно тестировать ре-

альность и формировать целенаправленную приспособительную активность, но преимущественно использует деструктивные и аутодеструктивные копинг-стратегии эмоционального принуждения окружающих решать его проблемы. У таких пациентов в большинстве случаев уже к 15–17 годам выявляется нозологически очерченная патология личности (F60, F91 – F94). Часто такие пациенты неоднократно реализуют саморазрушающие действия в виде несуицидального членовредительства, но нередко – суицидальных попыток.

К сожалению, достаточно часто выраженные проявления регрессивно-эмоционального варианта КЭДД наблюдаются не только в периоде юношества и молодости, но и в зрелом возрасте. Весь возможный спектр экзистенциальной самореализации личности сводится к единственному желанию вытеснить из осознания, не испытывать субъективно непереносимый уровень фрустрационного перенапряжения и психалгии. У таких пациентов в обязательном порядке диагностируются те или иные формы личностной патологии стеничного полюса с пограничным уровнем организации психики по О. Кернбергу [5]: обычно эмоционально-неустойчивое (F60.30), истерическое (F60.30), мозаичное (F61) или даже шизотипическое (F21) личностное расстройство. В большинстве случаев личностная патология сопровождается тем или иным видом химической (F1) или поведенческой зависимости – эквивалентной формы СрПв. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов крайне быстро формируется расстройство адаптации с нарушениями эмоций и поведения (F43.25) с высокой вероятностью реализации импульсивных саморазрушающих действий. Трансформация эквивалентной формы аутодеструктивной активности во внутреннюю или внешнюю форму в таких случаях может осуществляться молниеносно при возникновении любых субъективно значимых, психотравмирующих обстоятельств, к которым, прежде всего, относятся проблемы в межличностном взаимодействии. А так как у пациентов с регрессивно-эмоциональным вариантом КЭДД конфликтность в межличностных отношениях есть облигатной характеристикой, то в подобных случаях манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв развиваются еще в стадии юности с быстрым формированием суицидальной карьеры.

Внешние проявления гиперкогнитивного варианта КЭДД принципиально другие. У таких детей ускоренно прогрессируют когнитивные функции (ребенок – «маленький старичок»), опережающее развитие которых отображает необходимость приспособляться, вырабатывать стратегию преодоления в хронических психотравмирующих условиях. Эмоциональная часть личности ребенка «застывает» на уровне возраста первой осознанной и запечатлевшейся встречи с психотравмирующими переживаниями. Практически всегда речь идет о переживании чувства брошенности и отверженности, когда ребенок психологически неспособен понять причины случившегося. Основной копинг-стратегией у «плохо - чувствующего», «бес-чувственного», но «чрезмерно умного» ребенка становится гиперболизированное превалирование процесса обработки поступающей информации, основной целью которого есть прогнозируемость поведения окружающих. В девиантных детско - родительских отношениях у такого ребенка вырабатывается доминирующая внутренняя установка запрета на спонтанное выражение чувств, так как в раннем детстве его эмоциональные сигналы к опекающим взрослым либо игнорировались, либо запрещалось их выражение. Подобное «бес-чувствие» при гипертрофированной аналитичности позволяет ребенку хоть в какой-то степени снизить закритический уровень переживания тревоги, брошенности и беззащитности. Поведение таких детей достаточно предсказуемо: крайне «правильное» и тихое послушание. Таких детей легко узнать: это «маленькие профессора», «самостоятельные с пеленок», необременительные для опекающих взрослых, дети, часто берущие на себя и психологическую, а иногда и реальную заботу о родителях еще в детстве. Ребенок или подросток с гиперактивацией когнитивного компонента преждевременно, не имея внутренней готовности (ни биологической, ни психологической, ни социальной), осваивает поведение, свойственное взрослой, зрелой личности. Это становится основой девиаций в его личностном развитии и непосредственно обуславливает формирование психической патологии. Так как в ходе закрепления поведенческой стратегии сверххранной самостоятельности формируется базисная аутодеструктивная мотивация как способ психологического выживания: «во всем» полагаться только на себя и «героически» терпеть. У такого ребенка при биологиче-

ской и психологической незрелости, недосформированных стресс-протективных механизмах крайне быстро нарастает истощение адаптивных ресурсов и патологизация психической деятельности. Перфекционизм, «синдром отличника» с обесцениванием границ своего личностного пространства и собственных достижений является ведущей мотивационной установкой поведения ребенка, а впоследствии и взрослого человека с гиперкогнитивным вариантом КЭДД. Его основной поведенческой стратегией является гипертрофированное стремление к осознанности, контролю, правильности в своих и чужих поступках. Ценой подобного гипертрофированного контроля реальности с потребностью в «гарантированности поведения» окружающих становится быстрое формирование соматизированных расстройств – эквивалентных форм СрПв, ангедония, синдром хронической усталости и другие проявления зашкаливающей вытесненной тревоги, чувства брошенности, подавленной агрессии и нарастающей депрессии.

Основой хронической гиперактивации когнитивных функций у таких детей есть избегающий тип расстройств привязанности [2]. Его ведущая характеристика – диссоциация ребенком чрезмерных негативных эмоциональных переживаний брошенности, беззащитности и беспомощности. У ребенка формируется установка внутреннего запрета на переживания и выражение чрезмерных негативных эмоций во взаимодействии с реальностью, их вытеснение и подавление, отказ в осознании чувств, так как в раннем детстве опекающие взрослые игнорировали его потребности в защищенности, внимании и понимании, а также запрещали открыто выражать любые сильные эмоции. Вследствие отсутствия адекватной реакции родителей на потребности ребенка, у него развивалась сверххранящая самостоятельность с необходимостью познавать реальность и приспосабливаться к ней, не ожидая поддержки от взрослых.

Именно в силу удобства для родителей психологического «псевдо-самообеспечения» таких детей, их «необременительности» с точки зрения внешней заботы подобное поведение подкрепляется опекающими взрослыми как «успешное», а КЭДД только усиливает и потенцирует закрепление аутодеструктивных копинг-стратегий. Психопатология, ассоциированная с гиперкогнитивным вариантом КЭДД,

проявляется, прежде всего, в виде соматизированных, невротических и аффективных симптомокомплексов. В раннем детском возрасте – это невропатии или частая болезненность (F45.8); в юношеском – панические атаки (F41), различные виды вегетативной дисфункции (F45.3), другие конверсионные расстройства (F44); во взрослом возрасте, на фоне длительного психофизического перенапряжения и истощения адаптивных ресурсов организма – те же расстройства с их утяжелением в виде неврастении (F45.8) или дистимии (F34.1).

При гиперкогнитивном варианте КЭДД манифестация СрПв является результатом хронических психотравмирующих обстоятельств, истощающих психогений, на фоне которых у таких пациентов обычно формируется эквивалентная форма СрПв с выраженной астенизацией или соматизацией эмоциональных переживаний и невротической симптоматики, постепенно трансформирующаяся во внутреннюю форму с постоянными антивитальными переживаниями и периодическими суицидальными мыслями [7, 11]. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов формируется тяжелая депрессивная симптоматика (тяжелый депрессивный эпизод – F32.2 или депрессивная реакция – F43.2). В таком случае есть реальная опасность формирования суицидальных тенденций с осуществлением тщательно продуманных суицидальных действий. В условиях острой психотравмирующей ситуации может развиться молниеносная реализация суицидальных действий при переживании острого чувства несправедливости или брошенности.

При гиперкогнитивном и регрессивно-эмоциональном вариантах КЭДД подсознательно индивид использует принципиально разные механизмы психологической защиты [6, 10], которые обуславливают различную мотивацию клинически манифестных проявлений СрПв. В частности, при гиперкогнитивном варианте преимущественно активируются такие механизмы психологической защиты как подавление, вытеснение, рационализация, смещение, компенсация, идентификация, в результате чего преимущественной мотивацией клинически манифестных проявлений СрПв является самонаказание, самопожертвование или отрицательный жизненный баланс. Тогда как при регрессивно-эмоциональном варианте КЭДД ведущими механизмами психологической защиты являются проекция, регрессия,

отрицание, проективная идентификация, расщепление, а наиболее часто встречающейся мотивационной основой клинически манифестных проявлений СрПв – призыв о помощи, месть или демонстративно-манипуляционная виктимность. При обоих вариантах КЭДД в мотивационную основу СрПв включается избегание непереносимой психалгии. Однако при гиперкогнитивном варианте, во многих случаях психалгия вытеснена из сознания личности и не декларируется как одно из ведущих эмоциональных переживаний.

Итак, детская психотравматизация в условиях формирования девиантных детско - родительских отношений запускает целый каскад патологических процессов, включая формирование одного из вариантов КЭДД с последующей манифестацией психопатологических расстройств и различных вариантов СрПв. Понимание механизмов формирования КЭДД и его проявлений целесообразно использовать в диагностике психопатологических расстройств, а также обязательно учитывать в тактике построения психотерапевтического вмешательства при конкретных видах психической патологии.

Литература:

1. Балинт М. Базисный дефект. – М: Когито-центр, 2002. – 256 с.
2. Боулби Д. Привязанность: Пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
3. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения: Дисс. ... канд. психол. наук. – М, 1986. – 206 с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы. – М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2001. – 368 с.
5. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. – М.: Класс, 2000. – 464 с.
6. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2006. – 507 с.
7. Пилягина Г.Я. Клинико-патогенетическая типологизация аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. – 2003. – Т. 9. – № 3 (34). – 24–30.
8. Пилягина Г.Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 6 (38). – С. 49–56.
9. Пилягина Г.Я., Дубровская Е.В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском возрасте // Мистецтво лікування. – 2007. – №6 (42). – С. 71–78.
10. Фрейд А. Эго и механизмы защиты. – М.: ЭКСМО, 2003. – 256 с.
11. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия. – Киев, 1999. – 60с.
12. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

Транслитерация:

1. Balint M. Bazisnyj defekt. – M: Kogito-centr, 2002. – 256 s.
2. Boulbi D. Privjazannost': Per. s angl. – M.: Gardariki, 2003. – 477 s.
3. Varga, A.Ja. Struktura i tipy roditel'skogo otnoshenija: Diss. ... kand. psihol. nauk. – M, 1986. – 206 s.
4. Kalshed D. Vnutrennij mir travmy. – M.: Akademicheskij proekt, Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2001. – 368 s.
5. Kernberg O. Tjazhjolnye lichnostnye rasstrojstva: strategii psihoterapii. – M.: Klass, 2000. – 464 s.
6. Nikol'skaja I.M., Granovskaja R.M. Psihologicheskaja zashhita u detej. – SPb.: Rech', 2006. – 507 s.
7. Piljagina G.Ja. Kliniko-patogeneticheskaja tipologizacija autoagressivnogo povedenija // Arhiv psihiatrii. – 2003. – T. 9. – № 3 (34). – 24–30.
8. Piljagina G.Ja. Mehanizmy patologicheskogo prispособlenija i detskaja travmatizacija v suicidogeneze // Ukr. med. chasopis. – 2003. – № 6 (38). – S. 49–56.
9. Piljagina G.Ja., Dubrovskaja E.V. Narushenija privjazannosti kak osnova formirovanija psihopatologi-cheskih rasstrojstv v detskom vozraste // Mistectvo likuvannja. – 2007. – №6 (42). – S. 71–78.
10. Frejd A. Jego i mehanizmy zashhity. – M.: JeKSMO, 2003. – 256 s.
11. Chuprikov A.P., Piljagina G.Ja., Vojceh V.F. Suicidologija. Osnovnye terminy i ponjatija. – Kiev, 1999. – 60s.
12. Shnejdman Je. Dusha samoubijcy. – M.: Smysl, 2001. – 315 s.

COGNITIVE-EMOTIONAL DISBALANCE
(DEFICIENCY) CONCEPT AND ITS VALUE IN
PATHWAYS OF MENTAL PATHOLOGY AND
SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR

G. Pilyagina

Shupyk national medical Academy of postgraduate education
Kiev, Ukraine

Pathway of the neurotic disturbances and manifest variants of self-destructive behaviour (SDB) based on psychotraumatic experience at the childhood, mainly as deviant child-parental relations. Cognitive-emotional disbalance or deficiency (CEDD) is a certain psycho-

logical measure of psychotraumatization by deviant child-parental mutual relations.

The aim of this article – the description a psychological phenomenon as CEDD and its characteristics as pathway basement of mental pathology various kinds and of SDB.

The basic maintenance. CEDD is a disproportional psychological development of the person, as a result of the chronic deviations in deviant child-parental mutual relations or extreme psychotraumatic event. CEDD is the basic characteristic of a disintegration in psychological processes cognitive and emotional functioning in interaction with a reality and also in internal experience of such interaction. It has two basic variants CEDD: is regressive-emotional and hypercognitive.

Regressive-emotional variant of CEDD is main component of personal disorders such as emotionally-unstable (F60.30), hysterical (F60.30), mosaic (F61) or even schizotypic (F21) combined with alcohol and drug abuse (F1) in most cases. Such patients in stress circumstances have maladjustment (F43.25) with high risk of impulsive self-destructive or suicide acts. The conflict behaviour in interpersonal relations as main trait of them is the great characteristic as background of manifest, clinically observable variants of SDB. Often it

formed in adolescence age with extreme development of suicide career.

The psychopathology based on hypercognitive variant CEDD is including panic disorder (F41), somatoform vegetative dysfunction (F45.3), dissociate and conversive disturbances (F44), neurasthenia (F45.8) or dysthymia (F34.1). Such patients with hypercognitive variant SDB as result of chronic psychotraumatic circumstances usually detect antivital feeling and periodic suicide thoughts. The severe depressive symptomatic is developing in stress circumstances for them (severe depressive episode – F32.2 or depressive reaction as maladjustment – F43.2) with real danger of suicide tendencies creation. In such case risk of carefully thoughted suicide acts is so strong.

Conclusions. CEDD is one of the important pathogenetic components of various psychopathological disturbances and variants of SDB. The psychological mechanisms understanding and its features determination is reasonable diagnostic way of mental disturbances. And also it is obligatory to input in psychotherapeutic intervention at concrete kinds of neurotic mental pathology.

Keywords: cognitive-emotional disbalance or deficiency, mental disturbances, self-destructive behaviour, deviant child-parental mutual relations, suicide.

УДК: 616.89–008.441

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

С.В. Харитонов, Е.Б. Любов, С.В. Рызова, В.А. Соболев, В.М. Кушнарев

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

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: 8 (495) 963-7572, e-mail: sergeyhar@mail.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: 8 (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Рызова Светлана Владимировна – медицинский психолог. Место работы и должность: медицинский психолог ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения Москвы». Адрес: 123367, г. Москва, ул. Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: 8 (499) 193-05-66; e-mail: ryzovas@gmail.com

Соболев Владимир Алексеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: главный врач ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения Москвы». Адрес: 123367, г. Москва, ул. Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: 8 (499) 193-72-33, e-mail: info@pkb12.mosgorzdrav.ru

Кушнарев Валерий Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: 8 (495) 963-7572; e-mail: sergeyhar@mail.ru

В статье обобщаются результаты рандомизированного исследования, выполненного на репрезентативной выборке включающей 94 пациента суицидологического профиля в двух исследовательских центрах (мульти-центровое).

Целью настоящей работы являлось изучение соответствия друг другу показателей суицидального риска, определяемых в наиболее распространенных тестах, шкалах и классификациях. Исследовалась корреляция между классификацией степеней суицидального риска, предложенной ВОЗ, шкалой внутреннего суицидального поведения по А.Г. Амбрумовой, шкалой суицидальных мыслей А. Бека, «Опросником причин для жизни» М. Лайхена и методикой «Сигнал». Выявлено, что клинические способы оценки согласуются между собой и другими тестами лучше, чем опросники согласуются друг с другом.

Ключевые слова: суицидальный риск, классификация, опросник, шкала, тест, сравнение.

Актуальность предпринятого исследования связана с необходимостью повышения надежности оценок суицидального риска. В ряде структур и организаций оценка вероятности суицида является особенно необходимой, притом, что, в большинстве случаев, нет возможности клинического обследования всего заинтересованного контингента врачом - суицидологом. В этих условиях значимость опросников, тестов и иных способов измерения суицидального риска существенно возрастает.

С другой стороны, достаточно надежное прогнозирование суицидального риска может являться основой для формирования алгоритмов действий на уровне организаций и подразделений. Однако в настоящее время таких надежных алгоритмов нет, и это связано, в первую очередь с проблемой надежности процедур выявления лиц опасных в суицидологическом отношении. В тоже время, в некоторых научных исследованиях и в практике приобрели незначительную, но все-таки популярность ряд тестов и опросников. Их применение, по большому счету, не улучшает положения дел в области прогнозирования суицидальных рисков и больше практикуется от безысходности (как это парадоксально не звучит, особенно применительно к суицидологии). Основная проблема этих тестов – валидность, надежность и репрезентативность, не говоря о ретестовой надежности (фактически все, что делает тест – тестом). Большой частью результаты тестирования в таких опросниках и тестах зависят от характера ответов испытуемых и при желании могут быть легко ими искажены.

Наибольшее распространение, судя по анализу литературных сведений и существующей практике, имеют следующие способы оценки уровня суицидального риска:

1. Классификация степеней суицидального риска, предложенная ВОЗ.
2. Шкала внутреннего суицидального поведения по А.Г. Амбрумовой.
3. Шкала суицидальных мыслей А.Бека.
4. «Опросник причин для жизни» М.Лайхена.

5. Методика «Сигнал».

Цель исследования: провести оценку соответствия друг другу показателей суицидального риска, определяемых в наиболее распространенных тестах, шкалах и классификациях.

Методы исследования.

В исследовании между собой сравнивались следующие методы оценки уровня суицидального риска:

1. Классификация ВОЗ, степеней суицидального риска 2006 г. [3].

1. Риск отсутствует. По сути, риска нанесения себе вреда (членовредительства) не существует.

2. Незначительный. Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов, и не было попыток самоубийства в прошлом.

3. Умеренный. На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерения, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить по возможности свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус

4. Высокий. Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку, в прошлом были попытки самоубийства.

5. Крайне высокий. В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры.

II. Шкала внутреннего суицидального поведения по А.Г. Амбрумовой [1].

Антивитальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь» и т.п., где ещё нет чётких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности.

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

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

III. Шкала суицидальных мыслей А. Бека [2].

Включает в себя 21 вопрос по темам: отношение к жизни / смерти, характеристики суицидальной идеаторной активности, характеристики предполагаемой суицидальной попытки, реализация предполагаемого суицида, предпосылки для его совершения. В зависимости от вариантов ответа на вопросы шкалы присваивается некоторое число баллов, которые в дальнейшем суммируются и полагается, что эта сумма отображает уровень суицидального риска.

IV. «Опросник причин для жизни» М. Лайхена [4].

Нами применялась версия опросника включенная в компьютерную программу Методика экспресс-диагностики суицидального риска "Сигнал". Данный опросник позволяет осуществлять оценку наиболее значимых факторов, препятствующих суициду (защитные факторы), таких как: умение справляться с ситуацией; ответственность перед семьей; мотивы связанные с детьми; опасения относительно совершения

самоубийства; опасения социального неодобрения; моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки.

Значения в баллах по каждому из перечисленных мотивов ранжируются в баллах от 1 до 6. Если значение мотива равно или меньше средней величины (3,5 балла – средняя), то в методике он не рассматривается как значимый антисуицидальный мотив. Если значение мотива выше 3,5 баллов, то он сравнивается с нормативными данными, полученными для выборки здоровых и для выборки суицидентов. И в зависимости от результатов этого сравнения ему дается оценка.

V. Методика «Сигнал» [4].

Методика основана на измерении резервов внимания при обработке информации с нейтральным и суицидальным содержанием. Испытуемый предупреждается, что в процессе тестирования будут оценены некоторые его особенности внимания и скорости мышления. Предлагается просматривать, появляющиеся на экране компьютера предложения, и, при обнаружении в них грамматических ошибок, нажать клавишу «←→». В случае, если ошибок не определено, то следует нажать клавишу «←». В случае появления звукового сигнала испытуемый должен, как можно скорее, нажать на клавишу «Пробел». Предполагается, что в условиях такого исследования время простой сенсомоторной реакции на сигнал будет надежно отображать предвзятость внимания лиц с суицидальной активностью и его задержкой на предложениях, с включенными в них словами о суициде.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась методами непараметрической статистики с использованием программы StatPlus Professional 2009.

Материал исследования.

В исследовании приняли участие 94 пациента, в возрасте от 18 до 60 лет. Среди них 31 мужчина и 63 женщины.

В нозологическом отношении выборка была разнородной. В структуре выборки преобладали пациенты с диагнозами: F43 (n=19), F41 (n=18), F33 (n=18), F21 (n=9), F06 (n=9), F20 (n=5), F60 (n=5), F42 (n=4), F34 (n=4), F 48 (n=3).

Высшее и неоконченное высшее образование имели 69 пациентов. У 25 человек было среднее и среднее специальное образование.

Все пациенты поступали на амбулаторное (ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России) и госпитальное («Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения Москвы») лечение в связи с имевшейся у них суицидальной активностью.

Дизайн исследования.

Исследование проводилось в случайной выборке. Учитывая распространенность суицидов в популяции, являлось репрезентативным. Рандомизация осуществлялась с применением генератора случайных чисел. Пациенты не знали сути проводимого исследования. Исследование проводилось независимо в двух исследовательских центрах (таким образом, по сути, являлось мультицентровым). Исследование осуществлялось при добровольном согласии пациентов, в соответствии с принципами Хельсинской декларации о проведении медицинских исследований.

Результаты исследования.

По классификации ВОЗ степеней суицидального риска установлено, что риск отсутствовал у 46 пациентов (группа РО по ВОЗ); у 44 человек суицидальные идеи были ограниченными и нестойкими, в связи с чем риск оценивался, как незначительный (группа РН по ВОЗ), а у 4 человек имелись твердые планы и явные суицидальные мысли, что соответствовало умеренной степени суицидального риска (группа РУ по ВОЗ).

При исследовании соответствия классификации ВОЗ и данных по другим шкалам и опросникам получены средние величины, представленные в таблице 1.

Проведение корреляционных исследований позволило определить, что между оценка-

ми степени суицидального риска по классификации ВОЗ и показателями шкалы суицидальных мыслей А. Бека существует достоверная связь. Так, показатель R Спирмена = 0,4 при уровне значимости менее 0,0001, а Тау Кендалла = 0,32 при уровне значимости менее 0,0001.

Между оценками степени суицидального риска по классификации ВОЗ и шкалой А.Г. Амбрумовой существует достоверная корреляция при R Спирмена = 0,59 при уровне значимости менее 0,0001 и Тау Кендалла = 0,39 при уровне значимости менее 0,0001.

При исследовании корреляции оценок степени суицидального риска по классификации ВОЗ с показателями теста «Сигнал» определено, что связь этих показателей оказалась недостоверной. В частности, коэффициент R Спирмена = -0,09, а уровень значимости = 0,34 при Тау Кендалла = -0,07 и уровне значимости = 0,28.

Между оценками степени суицидального риска по классификации ВОЗ и показателями «Опросника причин для жизни» М. Лайхена существует достоверная обратная корреляция при R Спирмена = -0,32 и уровне значимости менее 0,002. Тау Кендалла = -0,26 при уровне значимости менее 0,0003.

Показатели шкалы внутреннего суицидального поведения А.Г. Амбрумовой и показатели, полученные по методике «Сигнал», не обнаружили корреляционной связи, которая имела обратный знак. R Спирмена = -0,2 и уровень значимости 0,052. Тау Кендалла = -0,159 при уровне значимости 0,02.

Таблица 1

Таблица соответствия показателей суицидального риска по классификации ВОЗ и иными способами оценки

Методика	Риск отсутствует (по ВОЗ)	Риск незначительный (по ВОЗ)	Риск умеренный (по ВОЗ)
Шкала А. Бека средний балл	4,1	6,3	20
Тест «Сигнал» Показатель суицидального риска	0,96	0,94	0,92
«Опросник причин для жизни» М. Лайхена (средний балл)	4,3	3,8	3,8
Шкала А.Г. Амбрумовой	Антивитальные переживания – n=35 Суицидальные мысли – n=11	Антивитальные переживания – n=11 Суицидальные мысли – n=33	Суицидальные замыслы – n=4

Определяемые по шкале А.Г. Амбрумовой степени суицидального поведения и показатели «Опросника причин для жизни» имели между собой статистически достоверную обратную связь, при R Спирмена = -0,38 и уровне значимости 0,0001. Тау Кендалла составила -0,31, уровень значимости менее 0,0001.

С показателями, определяемыми по шкале А. Бека, степени суицидального поведения А.Г. Амбрумовой, также имели статистически достоверную связь при R Спирмена = 0,49 и уровне значимости менее 0,0001. Тау Кендалла = 0,39 при уровне значимости менее 0,0001.

Между показателями суицидального риска, определяемых шкалой А.Бека и показателями теста «Сигнал», корреляционной связи не выявлено. R Спирмена = 0,013 с уровнем значимости 0,9 и Тау Кендалла = -0,0025 при уровне значимости 0,97. Так же не было обнаружено связи показателей шкалы А. Бека и показателей «Опросника причин для жизни». R Спирмена = -0,065 (уровень значимости = 0,51). Тау Кендалла составила -0,042 при уровне значимости 0,5.

В свою очередь, показатели «Опросника причин для жизни» и данные теста «Сигнал» также не обнаружили корреляции между собой, при R Спирмена = 0,08 и уровне значимости 0,44. Тау Кендалла = 0,052 при уровне значимости 0,45.

Для наглядности результаты исследования корреляции разных способов оценки суицидального риска друг с другом представлены в таблице 2.

Обсуждение и выводы:

Из полученных результатов очевидна хорошая согласованность между собой клинических способов оценки суицидального риска (шкала А.Г. Амбрумовой и степени суицидального риска ВОЗ). Более того, шкала А.Г. Амбрумовой и классификация ВОЗ, оценивая разные аспекты психики, хорошо дополняют друг друга.

С клиническими способами оценки хорошо соотносится и шкала А. Бека, показатели которой достоверно коррелируют как со шкалой А.Г. Амбрумовой, так и с классификацией ВОЗ.

«Опросник причин для жизни» в большинстве случаев показал хорошую согласованность с клиническими способами оценки уровня суицидальной угрозы (и со шкалой А.Г. Амбрумовой и с классификацией, предложенной ВОЗ, опросник достоверно обратно коррелировал). Однако со шкалой А. Бека корреляция отсутствует, что свидетельствует о несоответствии в выборке уровней суицидального риска и выраженности противодействующих факторов.

Показатели по тесту «Сигнал» не обнаружили корреляции ни с клиническими способами оценки, ни с «Опросником причин для жизни», ни со шкалой А. Бека.

Таким образом, клинические способы оценки согласуются между собой и показателями опросников, шкал и тестов лучше, чем исследованные шкалы и тесты между собой.

Полученные в предпринятом исследовании результаты свидетельствуют о примате клинической диагностики в оценке суицидального риска.

Таблица 2

Корреляция показателей разных способов оценки суицидального риска друг с другом

Способ оценки	Классификация ВОЗ	Шкала А.Г. Амбрумовой	Шкала А.Бека	«Опросник причин для жизни»	Тест «Сигнал»
Классификация ВОЗ	--	К+	К+	К-	Нет К
Шкала А.Г. Амбрумовой	К+	--	К+	К-	Нет К
Шкала А.Бека	К+	К+	--	Нет К	Нет К
«Опросник причин для жизни»	К-	К-	Нет К	--	Нет К
Тест «Сигнал»	Нет К	Нет К	Нет К	Нет К	--

Примечание: «К» – есть корреляция; знак «+» - корреляция положительная; знак «-» - корреляция обратная; «Нет К.» – нет корреляции.

При этом, классификация, предложенная ВОЗ, и ступени суицидального поведения, выделяемые А.Г. Амбрумовой, хоть и предполагают разные оценочные дефиниции, хорошо согласуются друг с другом, и существует вероятность, что совместное применение обоих способов оценки может повысить надежность предсказания суицидального риска.

В свою очередь, опросники и тесты тоже имеют свои достоинства и могут предсказывать суицидальный риск, но в качестве средств вспомогательной диагностики. Это ограничение связано с тем, что результаты, полученные при сопоставлении данных опросников и тестов, свидетельствуют о необходимости учета клинического состояния.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации, 1980. – 14 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – С. 279-281.
3. ВОЗ. Департамент психического здоровья. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. 2006. URL: <http://www.who.int/publications/list/9241594314/ru/> Дата обращения 18.10.2013.
4. Методика экспресс-диагностики суицидального риска "Сигнал". URL: <http://www.imaton.com/metodiki/met/34/> Дата обращения 18.10.2013.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii, 1980. – 14 s.
2. Bek A., Rash A., Sho B., Jemeri G. Kognitivnaja terapija depressii. – SPb.: Piter, 2003. – S. 279-281.
3. VOZ. Departament psihicheskogo zdorov'ja. Predotvrashhenie samoubijstv. Spravochnoe posobie dlja konsul'tantov. 2006. URL: <http://www.who.int/publications/list/9241594314/ru/> Data obrashhenija 18.10.2013.
4. Metodika jekspress-diagnostiki suicidal'nogo riska "Signal". URL: <http://www.imaton.com/metodiki/met/34/> Data obrashhenija 18.10.2013.

BENCHMARKING STUDY OF THE MOST POPULAR ESTIMATING METHOD OF THE RISK OF SUICIDALITY

S.V. Kharitonov, E.B. Lyubov, S.V. Ryzova,
V.A. Sobolev, V.M. Kushnarev

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

The paper summarizes the results of a multicenter, randomized study performed on a representative sample consisting of 94 patients. The aim of the present work was to study matching each other indicators of suicide risk identified in the most common tests, scales and classifications. We investigated the correlation between the classification of the level of risk proposed by the WHO scale internal suicidal behavior by AG Ambrumovoy, the scale of suicidal thoughts A.Bek" questionnaires reasons for Life" M.Layhena and methods "Signal". It was revealed that the clinical evaluation methods are consistent with each other and other tests better.

Keywords: suicide risk, the classification questionnaire, scale, test, comparison.

УДК: [616.89–008.441.44]–055.1

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН: УТОЧНЕНИЕ РОЛИ БЕЗНАДЕЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ МЕТОДАМИ СТРУКТУРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ. ЧАСТЬ II. ФЕНОМЕН БЕЗНАДЕЖНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНОСТЬ: ЭФФЕКТЫ СТРАТИФИКАЦИИ

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов

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

Контактная информация:

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

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

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

Во второй части настоящего исследования представлены структурные модели, отражающие эффекты двойной медиации влияния накопленного стресса на риск тяжелой суицидальной попытки у суицидентов – мужчин. Медиация исследовалась на выборках, отличающихся наличием/отсутствием феномена безнадежности. В качестве медиаторов использовались латентные переменные *Аффективная дисрегуляция* и *Ригидная адаптация*. Анализ полученных моделей показал наличие существенных различий в системных аспектах медиации между двумя подвыборками («безнадежной» и «небезнадежной»). Предложена альтернативная модель для выборки мужчин, переживающих безнадежность. Сделан вывод о том, что феномен безнадежности является маркером специфической группы суицидентов.

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

В первой части настоящего исследования (см. «Суицидология». – 2013. – Том 9, № 3) показано, что феномен безнадежности (ФБ) «реализует» своё влияние на риск тяжелых суицидальных попыток в составе латентной переменной, описывающей личностные предиспозиции и наличный уровень социальной адаптации. Тем не менее, специфичность такого вклада в рамках общепопуляционной модели оказалась безупречной. Можно полагать, что переживание ФБ является признаком принадлежности суицидента к специфической группе суицидентов, обнаруживающей определённую системную специфику в аспекте реализации суицидальных попыток. Иными словами, целесообразно проведение системного анализа суицидального поведения с учётом дихотомии, привносимой таким признаком, как феномен безнадежности.

Исходя из изложенного, нами была вновь протестирована заявленная выше гипотеза о двойном медиировании связи *накопленный стресс* → *тяжесть суицидальной попытки* (НС → ТСП) отдельно для каждой из подвыборок мужчин-суицидентов – для «небезнадежной» (рис. 1) и «безнадежной» (рис. 2). При этом переменная НС была проконтролирована по возрасту, т.к. очевидным является то, что уровень НС есть функция числа прожитых индивидом лет. Как видно из представленных данных, модель для «безнадежных» мужчин-суицидентов отличается значительно худшими интегральными показателями, фактически – на грани адекватной применимости такой модели: $p=0,012$, $RMSEA=0,100$ (рис. 2). Также, согласно путевой диаграмме, объясняемая этой моде-

лью дисперсия критериальной переменной ТСП, судя по коэффициентам детерминации, уменьшилась на порядок (0,27 versus 0,04). Исходя из качеств полученной модели можно полагать, что в группе «безнадежных» ТСП зависит от уровня НС в значительно меньшей степени, несмотря на наличие прямого и негативного эффекта ($\beta = -0,11$). По крайней мере, можно утверждать то, что такая связь медируется латентными переменными АД и РА в значительно меньшей степени по сравнению с аналогичной в группе «небезнадежных» мужчин.

Модель 1, описывающая медиацию для «небезнадежных» мужчин, оказалась вполне адекватно описывающей эмпирические данные и со средней объяснительной мощностью (рис. 1).

Тем не менее, сравнительный анализ моделей 1 и 2 может оказаться бесполезным. Если обратить внимание на величины коэффициентов регрессии связей НС→АД, НС→РА, АД→ТСП, РА→ТСП, то можно заметить существенные различия в этих моделях. Для группы «небезнадежных» очень слабое и негативное предсказание ЛП уровнем стресса «преобразуется» самими ЛП в значительно более выраженное влияние ЛП на уровень переменной ТСП (регрессионные коэффициенты: -0,01 и -0,03 vs. -0,18 и 0,56). Кроме того, модели заметно отличаются по факторным нагрузкам для индикаторов ЛП РА: для Модели 2 заметен значительный рост нагрузки для индикатора «Ценности» (-0,42), в то время как для Модели 1 максимальная нагрузки приходится на экстраперсональные индикаторы – F1 и

ОФФ, при минимальных значениях для «личностных» индикаторов (рис 1 и 2). Этот аспект полученной модели прямо подтверждает данные литературы о связи стресса и суицидального риска у «химически» – зависимых: у страдающих алкоголизмом наличие виктимизации в детстве, связанной с родителями, повышает суицидальный риск для женщин в 15 раз, для мужчин – вдвое [2]. Таким образом, мы предположили, что модель медиации для «безнадежной» выборки может включать в себя только личностные переменные и не включать в себя переменную НС. Такое допущение согласуется с данными о связи аффекта гнева с тяжестью попыток самоубийства у «безнадежных» мужчин суицидентов [1].

Полученная альтернативная модель представлена на рис. 3. Как видно из этого рисунка, интегральные индексы указывают на очень

высокую степень соответствия Модели 3 эмпирическим данным. Модель 3 отражает медиаторные свойства описанной выше латентной переменной РА с максимальной (факторной) нагрузкой в этом отношении на индикаторные переменные «Ценности» и «Действия».

Эта латентная переменная выполняет функцию частичного медиатора, который опосредует эффекты переменных РГ (Реактивный гнев), ГТ (Гнев как черта темперамента) и РНД (Риск насильственных действий) на переменную ТСП. Влияние переменных ГТ и РНД на ЛП РА носит негативный характер, в то время как для переменной РГ такая связь носит позитивный характер. Тем не менее, ЛП РА негативно предсказывает значения переменной ТСП. В то же время мы наблюдаем и прямые эффекты: РГ→ТСП (позитивный); ГТ→ТСП (негативный); РНД→ТСП (негативный).

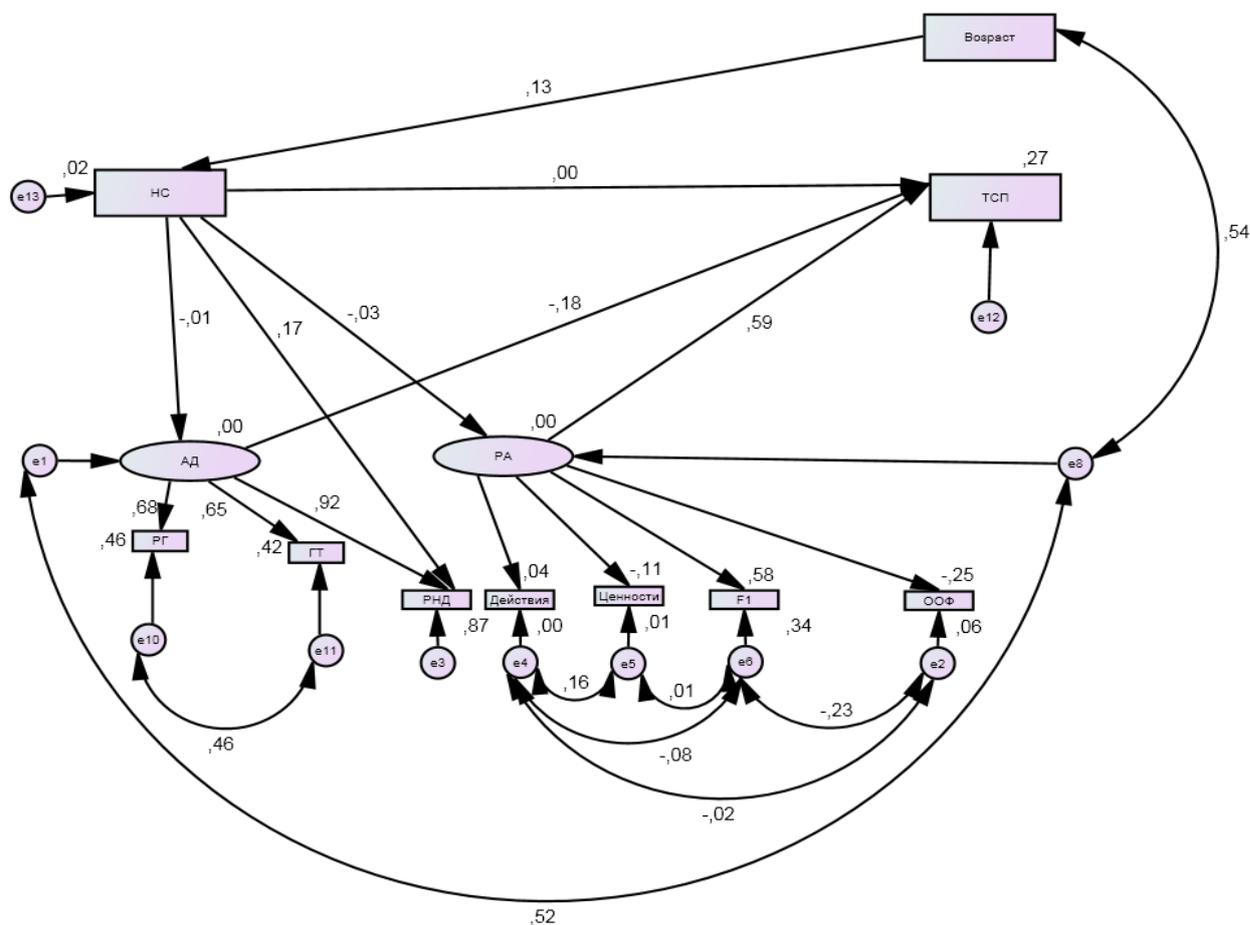


Рис. 1*. Модель 1 ($\chi^2 = 29,204$ ($df = 23$, $p = 0,174$), $RMSEA = 0,045$).

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

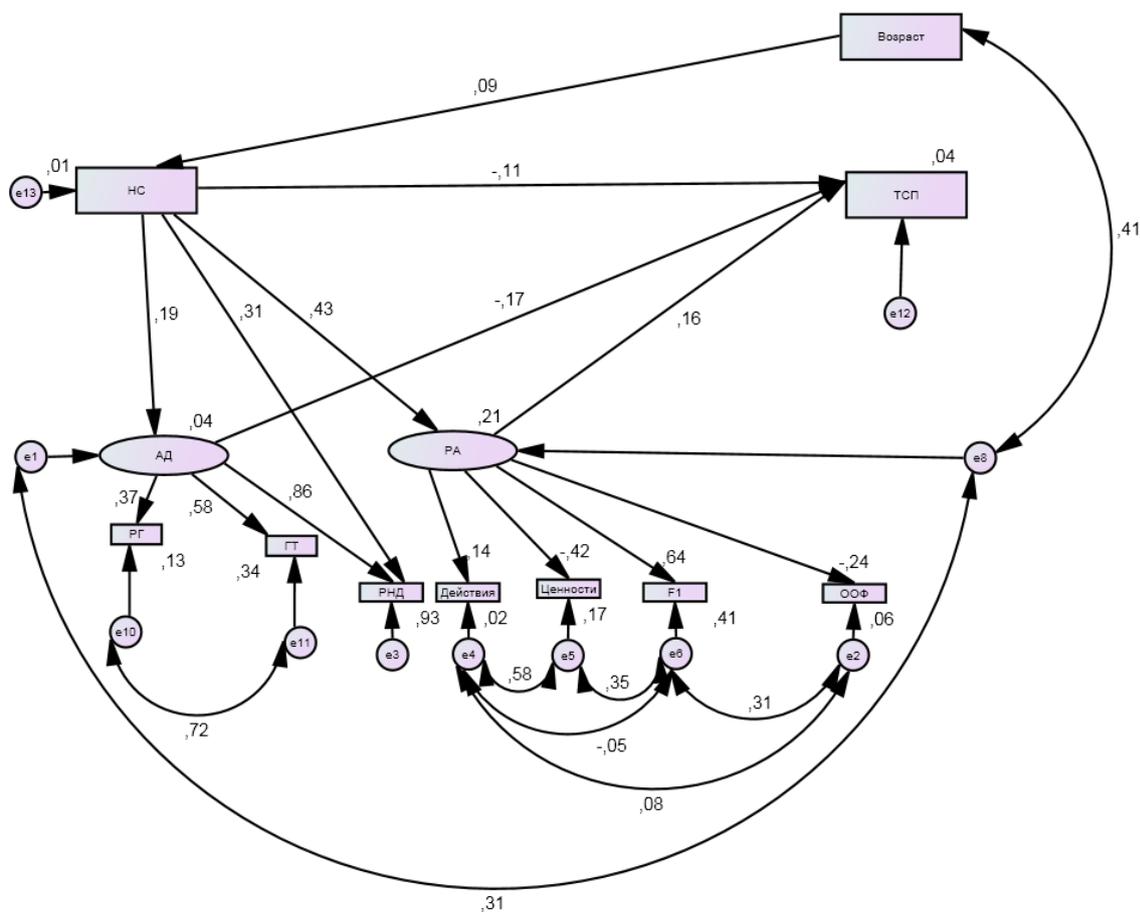


Рис. 2. Модель 2. ($\chi^2 = 41,102$ ($df = 23$, $p = 0,012$), $RMSEA = 0,100$).

Таким образом, опосредованное влияние предикторов прямо противоположно прямым эффектам. Как следует из модели, высокие значения РГ, а также низкие ГТ и РНД непосредственно повышают риск тяжёлых СП. Тем не менее, не прямые эффекты и часть прямых оказывают противоположное влияние. В этом заключается очевидная парадоксальность данной модели: предикторы высокого риска тяжёлых СП положительно влияют на ЛП РА, которая, в свою очередь, снижает данный риск. И наоборот, предикторы более легких попыток отрицательно влияют на ЛП РА, повышая риск тяжелой попытки. Судя по путевой диаграмме, основной вклад в объяснение дисперсии переменной ТСП вносят переменные РГ ($\beta = 0,46$) и РА ($\beta = 0,44$).

На наш взгляд, сильная негативная связь конструкта РА и критериальной переменной ($\beta = 0,44$) с системной точкой зрения несёт основную смысловую нагрузку Модели 3. Для переменных ГТ и РНД латентная переменная РА лишь усиливает их и без того негативное

влияние на ТСП, причем, судя по динамике значений регрессионных коэффициентов, такое усиление эффекта особенно выражено для переменной РНД ($\beta = -0,5$ vs. $\beta = -0,44$). Аналогичный эффект наблюдается и для переменной ГТ ($\beta = -0,17$ vs. $\beta = -0,44$).

Таким образом, можно полагать, что именно «реактивная» порция этой черты личности, которая является, с одной стороны, прямым предиктором завершённого суицида у переживающих безнадежность, с другой стороны, может являться потенциальной терапевтической мишенью. Реактивную агрессию как поведенческий паттерн связывают с одной стороны с суицидальным риском, с другой – с риском насильственных действий [3]. Частичная медиация связи переменных РГ и ТСП латентной переменной РА, основной психологический смысл которой отражает подшкала *Ценность* и, в несколько меньшей степени, подшкала *Действия* фактора *Открытость опыту*, можно интерпретировать как один из аспектов конфликтной ситуации.

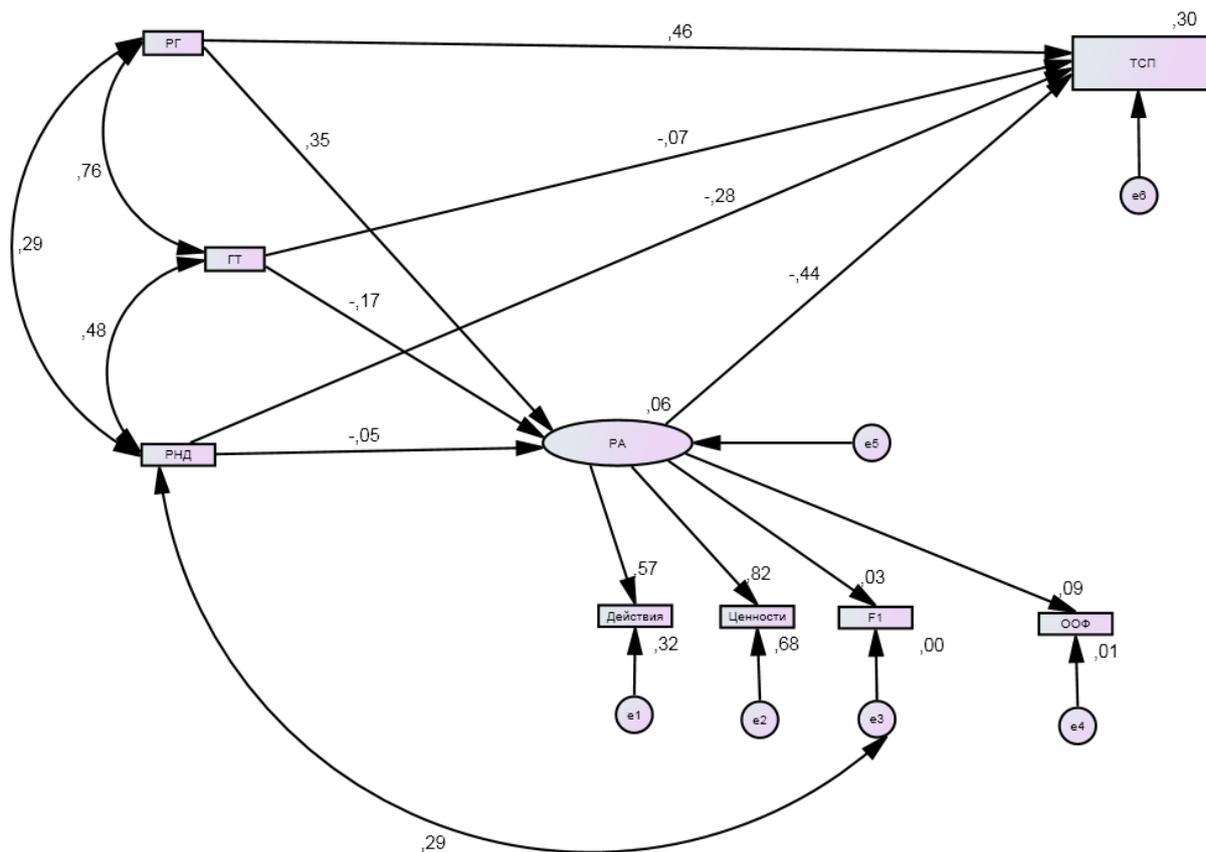


Рис 3. Модель 3. ($\chi^2 = 12,677$ ($df = 13$, $p = 0,473$), $RMSEA = 0,000$).

Действительно, РГ как гнев, направленный на других людей, подразумевает как вероятный «сдвиг» в системе ценностей, уменьшение консерватизма и ригидного следования старой системе ценностей (что имеет особое «звучание» для индивидов, переживающих безнадежность) как результат позитивного исхода конфликтной ситуации, так и «абортивный» вариант разрешения конфликта в виде суицидальной попытки. Также стоит обратить внимание на пренебрежимо малую факторную нагрузку индикатора РА F1 и весьма скромную – у индикатора ООФ (рис. 3). Для модели, описывающей группу «небезнадежных» мужчин, ситуация в этом смысле обратная (рис. 1).

Таким образом, можно заключить, что для мужчин переживающих ФБ, влияние «химической» зависимости и уровня общего функционирования индивида не так существенно, в то время как личностные факторы приобретают совсем другой «вес». Это обстоятельство следует учитывать в разработке превентивных мероприятий с учетом стратифицирующего,

«расслаивающего» выборку суицидентов влияния ФБ: для подгруппы «безнадежных» вторичная и третичная превенции, в первую очередь, должны быть направлены на помощь в совладании с гневными реакциями и уменьшению выраженности своеобразного личностного качества – личностной «ригидности» в ценностно-мотивационном аспекте. Можно предположить, что это свойство личности и РГ на самом деле репрезентируют некое более широкое личностное измерение, возможно определяемое как часть «суицидального диатеза», что требует специальных исследований и напрямую не вытекает из рассматриваемой модели. Для мужчин, не переживающих ФБ, превентивная тактика, «выводимая» из представленной модели, по-видимому, будет определяться уровнем стрессовой нагрузки: для высоко стрессовой субпопуляции (групп риска) важной превентивной мерой будет, прежде всего, редукция комплекса проблем, определяемых «химической» зависимостью. На индивидуальном уровне в этом отношении дополнительной

целью становится помощь в развитии способности к выражению чувств и интрапсихической (а не «моторной», то есть аутоагрессивной) переработкой стресс-индуцированных переживаний.

Литература:

1. Мидько А.А., Розанов В.А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадёжности // Медицинская психология. – 2011. – № 1. – С. 70-77.
2. Bácskai E., Czobor P., Gerevich J. Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism // Psychiatry Research. – 2009. – Vol. 165, № 1–2. – P. 103-110.
3. Conner K.R., Duberstein P.R., Conwell Y., Caine E.D. Reactive aggression and suicide: Theory and evidence // Aggression and Violent Behavior. – 2003. – Vol. 8, № 4. – P. 413-432.

Транслитерация:

1. Mid'ko A.A., Rozanov V.A. Gnev i drugie lichnostnye prediktory tjazhesti suicidal'noj popytki v svjazi s perezhivaniem beznadèzhnosti // Medicinskaja psihologija. – 2011. – № 1. – С. 70-77.

SUICIDAL BEHAVIOR IN MALES: EVALUATION OF HOPELESSNESS AND DEPRESSION ROLES USING STRUCTURAL EQUATION MODELING. PART II. THE PHENOMENON OF HOPELESSNESS AND SUICIDALITY: EFFECTS OF STRATIFICATION

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

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

In the second part of this study structural models reflecting effects of double mediation of the influence of the cumulative stress on the risk of serious suicide attempts in men who committed suicide attempts are presented. Mediation was investigated on samples differing by the presence / absence of the Hopelessness. Latent variables Affective dysregulation and Rigid adaptation were used as mediators. Analysis of the models showed significant differences in systemic aspects of mediation between the two sub-samples («hopelessnessfull» and «hopelessnessness»). An alternative model for the sample of men experiencing hopelessness was proposed. Main conclusion states that hopelessness is a marker of a specific group of suicide attempters.

Keywords: completed suicide, serious suicide attempts, prediction of suicide, Hopelessness, depression.

УДК: [616.89-008.441.13]-055.1

АУТОАГРЕССИВНАЯ, ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЁН МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ

А.В. Меринов, О.Ю. Сомкина

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

Контактная информация:

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

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

Изучено влияние наличия суицидальной активности у мужчины, страдающего алкогольной зависимостью, на аутоагрессивные показатели, личностно-созависимые и экспериментально-психологические характеристики их жён. Продемонстрировано, что женщины, состоящие в браках с парасуицидальными мужчинами, страдающими алкоголизмом, достоверно чаще сами обнаруживают суицидальную активность (феномен суицидальной супружеской коморбидности). У них так же значительно чаще встречаются несуйцидальные паттерны поведения и широко представлены предикторы аутоагрессивного поведения. Данный контингент женщин имеет высокий суицидальный потенциал и заслуживает пристального внимания.

Ключевые слова: жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, аутоагрессия, суицидальное поведение, суицид

В настоящее время имеется значительное количество работ, посвящённых суицидальной активности мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [1-4, 7, 13]. В этих исследованиях предпринимается попытка выделения суицидальных пациентов в некую «особую» клиническую группу, обладающую специфическими характеристиками [12, 14]. С учётом феномена ассортативности при образовании брачной пары и последующем формировании специфических системных отношений в семье, продиктованных таким выбором [5, 6, 11, 16], выделения «особых» клинических вариантов алкогольной зависимости – в нашем случае – парасуицидальных, вероятно, подразумевает существование каких-то особенностей у женщин, находящихся замужем за такими пациентами. Научных исследований, посвящённых этой проблематике, нам обнаружить не удалось.

Таким образом, целью исследования являлся ответ на вопрос, обладают ли какими-

либо суицидологическими и личностно - психологическими особенностями жены из браков, где муж, страдающий алкогольной зависимостью, имел классическую суицидальную активность в анамнезе.

Согласно поставленной цели, основной задачей исследования являлась оценка влияния суицидальной активности у супруга на суицидологические показатели, личностно - созависимые и экспериментально-психологические характеристики их жён.

Материал и методы.

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено обследование 52 жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), мужа которых имели в анамнезе суицидальную активность (суицидальные попытки, не приведшие к смертельному исходу) и 73 супруги МСАЗ, мужа которых такой активности никогда не имели.

Таблица 1

Достоверные отличия в отношении аутоагрессивных паттернов и предикторов их возникновения у женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют или не имеют суицидальную активность в анамнезе

Признак	Женщины, мужья которых имеют суицидальную активность в анамнезе (n=52)	Женщины, мужья которых не имеют суицидальной активности в анамнезе (n=73)
*Суицидальная попытка в последние два года	15,38%	1,37%
*Суицидальная попытка в период брака	28,85%	4,11%
*Суицидальная попытка в анамнезе вообще	30,77%	5,48%
*Суицидальные мысли в последние два года	30,77%	10,96%
*Суицидальные мысли в добрачный период	21,15%	4,11%
*Суицидальные мысли в период брака	42,31%	8,22%
*Суицидальные мысли в анамнезе вообще	46,15%	12,33%
Злоупотребление алкоголем в период брака	19,23%	5,48%
Подверженность насилию в добрачные периоды	17,31%	1,37%
Подверженность насилию в период брака	28,85%	9,59%
Суицид близкого родственника	21,15%	5,48%
Склонность долго переживать стыд	46,15%	27,4%
Неоправданный риск в последние два года	32,69%	5,48%
Неоправданный риск в добрачный период	17,31%	5,48%
Неоправданный риск в период брака	32,69%	6,85%
Уверенность в долгой последующей жизни	38,46%	57,53%

Таблица 2

Достоверные отличия в отношении личностно-психологических показателей у женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют или не имеют суицидальную активность в анамнезе

Признак	Женщины, мужья которых имеют суицидальную активность в анамнезе (n=52)	Женщины, мужья которых не имеют суицидальной активности в анамнезе (n=73)
Алкогольная зависимость у отца	72,08%	39,73%
Удовлетворённость браком	21,8±9,1	25,5±9,8
Неоднократные попытки развестись	44,23%	17,81%
ЗПМ «Замещение»	5,1±2,6	4,0±2,2

Возраст в первой группе составил: 40,1±3,9 года, во второй – 41,1±4,2 года. Срок семейной жизни – 14,0±6,5 и 16,2±6,0 года соответственно.

Обследованные респондентки были также сопоставимы по основным социально - демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, а так же, в такие временные отрезки, как последние два года, добрачный, брачный периоды.

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использовались: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест удовлетворенности брачными отношениями Н.Н. Столина, а также тест Mini-Mult (сокращённый вариант ММРІ).

Для решения поставленной задачи было произведено фронтальное сравнение всех изучаемых признаков в группах (аутоагрессивных, личностно-созависимых и экспериментально-психологических).

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 представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение.

Основные отличия в спектрах аутоагрессивных паттернов и основных предикторов

аутодеструктивного поведения приведены в таблице 1.

Первое, что обращает на себя внимание, это достоверно высокое количество суицидальных паттернов поведения у женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют суицидальную активность в анамнезе – феномен, обозначенный нами как суицидальная супружеская коморбидность (выделенная * часть таблицы).

Акцент в спектре несуйцидальных аутоагрессивных поведенческих паттерном у женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью, имеют суицидальную активность в анамнезе, приходится на подверженность насилию как в период брака, так и до него.

В 69,23% имело место семейное насилие (преимущественно, физическое), в остальных – вне семьи (физическое и сексуальное).

Обращает на себя внимание и достаточно высокая частота злоупотребления алкоголем в период брака у женщин, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе – почти у 20%. У четверых была диагностирована клиника алкогольной зависимости I-II стадии (7,69%). Любопытно, что только трое из них 5,77% употребляли алкоголь преимущественно с мужем, то есть имел место классический супружеский тип алкогольной зависимости [3, 8]. Остальные предпочитали употребление алкоголя «на стороне»: с подругами, с коллегами.

Предикторы аутоагрессивного поведения, достоверно отличающие женщин, чьи мужья имеют суицидальную активность в анамнезе, представлены рискованными моделями поведения и наличием суицидов близких родственников. Отметим так же низкую уверенность в продолжительной последующей жизни, что отражает существование некоего негативного психологического фона в группе.

Перейдём к характеристике личностно-психологических особенностей изучаемой группы. Основные отличия приведены в таблице 2.

Прежде всего обращает на себя внимание частота выявления алкогольной зависимости у отца женщин, чьи мужья имели суицидальную активность в анамнезе. Многие исследователи сообщают об отягощённости анамнеза супруг МСАЗ родительским алкоголизмом, о высокой вероятности у дочерей МСАЗ вступить в брак с зависимым от алкоголя мужчиной [16]. Согласно нашим данным, наличие алкогольной зависимости у отца скорее способствует не просто выбору дочерью мужа, зависимого от алкоголя, а скорее служит фактором вероятного вступления в брачные отношения с МСАЗ, имеющим суицидальную активность.

Так же этих женщин достоверно характеризует меньшая удовлетворённость брачными отношениями с неоднократными «подачами» заявления на развод, которые фактическим распадом брака не завершились.

Весьма показательно, что предпочитаемым психологическим защитным механизмом в группе женщин, чьи мужья, страдающие алкогольной зависимостью и имеющие суицидальную активность в анамнезе, является замещение. Напомним, что суть замещения заключается в разрядке подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступны по сравнению с теми, которые вызвали отрицательные эмоции и чувства. В случае женщин, мужья которых страдают алкогольной зависимостью и имеют суицидальную активность в анамнезе, подавленная агрессия и недовольство мужем проецируется «на себя» [15], что подтверждается частотой суицидальных и несуицидальных аутоагрессивных феноменов у этой группы женщин.

Отметим так же и тот факт, что рассматриваемые группы жён МСАЗ не обнаруживают достоверных отличий в личностном профиле (Mini-Mult) и представленности паттернов в поведении и мышлении, отвечающих за созависимые модели реагирования, то есть в этом отношении сходны.

Выводы:

1. Проживание в браке с МСАЗ, имеющим суицидальную активность, предполагает присутствие определённых суицидологических и психологических особенностей у их жён,

которые достоверно реже встречаются у жён из браков, где у мужа не отмечалось в анамнезе суицидальных паттернов.

2. У жён из семей суицидальных МСАЗ достоверно чаще обнаруживаются собственная суицидальная активность в мыслях и поведении (феномен суицидальной супружеской коморбидности), отмечается высокий уровень представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения.

3. Факт наличия суицидальной активности у мужа, страдающего алкогольной зависимостью, является значимым фактором риска аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения у их жён, что следует учитывать в суицидологической практике.

4. Полученные данные помогут более дифференцированно строить терапевтический процесс как в рамках супружеской терапии наркологического заболевания у мужа, так и при коррекции состояния созависимости у супруги.

Литература:

1. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. и соавт. 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. Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма // Вестник клинической психологии. – 2005. – Том 3, № 1. – С. 51-56.
4. 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.
5. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 59-63.
6. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1994. – Том 94, Вып. 1. – С. 51-54.
7. Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Москвина Я.В. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 44-45.
8. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 53-61.

9. 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.
10. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – Москва: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
11. Эйдемиллер Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999. – 652 с.
12. Berglund M., Tunving K. Assaultive alcoholics 20 years later // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1985. – Vol. 71, № 2. – P. 141-147.
13. Buydens-Branchey L., Branchey M.N., Noumair D. Age of alcoholism onset. 1. Relationship to psychopathology [see comments] // *Arch. Gen. Psychiatr.* – 1989. – Vol. 46, № 3. – P. 225-230.
14. Cloninger C.R. et al. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism // *Adv. Alcohol. and Subst. Abuse.* – 1988. – Vol. 7, № 3-4. – P. 3-16.
15. Potter-Efron R.T., Potter-Efron P.S. Outpatient co-dependency treatment // *Alcohol. Treat. Quart.* – 1989. – Vol. 6, № 1. – P. 151-167.
16. Schuckit M.A. et al. Women who marry men with alcohol-use disorders // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2002. – Sep. – Vol. 26, № 9. – P. 1336-1343.
17. Watzlawick P., Bevin J. Jackson D.D. / Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия / Пер. с англ. А. Суворова. - М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 320 с.
- menskoj oblasti) // *Suicidologija.* – 2012. – № 3. – S. 41-48.
5. Merinov A.V., Shustov D.I. Autoagressija v sem'jah bol'nyh alkoholizmom // *Narkologija.* – 2010. – № 9. – S. 59-63.
6. Moskalenko V.D., Gun'ko A.A. Zheny bol'nyh alkoholizmom: opyt izuchenija psihopatologii // *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii.* – 1994. – Tom 94, Vyp. 1. – S. 51-54.
7. Seledcov A.M., Kokorina N.P., Moskvina Ja.V. Depressivnye sostojanija i suicidal'nye tendencii v klinike alkoholizma // *Suicidologija.* – 2010. – № 1. – S. 44-45.
8. Shajdukova L.K. Supruzheskij alkoholizm // *Ros-sijskij psichiatricheskij zhurnal.* – 2005. – № 5. – S. 53-61.
9. Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnostika autoagressivnogo povedenija pri alkoholizme metodom terapevtsicheskogo interv'ju. Posobie dlja vrachej psichiatrov-narkologov i psihoterapevtov. – Moskva, 2000. – 20 s.
10. Shustov D.I. Autoagressija, suicid i alkoholizm. – Moskva: Kogito-Centr, 2005. – 214 s.
11. Jejdemiller G., Justickis V.V. Psihologija i psihoterapija sem'i. – SPb., 1999. – 652 s.

AUTOAGGRESSIVE AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF THE WIVES
OF MEN ALCOHOLICS WITH A HISTORY
OF SUICIDAL ACTIVITY

A.V. Merinov, O.Y. Somkina

Ryazan State Medical University, Russia

The article studies the influence of presence of suicidal activity in men suffering from alcohol dependence on suicidal indexes, personal-codependent and experimental-psychological specifications of their wives. It has been found out that women married to «suicidal» men suffering from alcohol dependence as distinct from wives of «non-suicidal» men suffering from alcohol dependence authentically show suicidal activity more frequently (phenomenon of suicidal matrimonial comorbidity).

They also reveal non-suicidal behavioral patterns more frequently and pro-suicidal predictors are quite common in them. This contingent of women has high suicidal potential, so they should be given careful attention during therapeutic work.

Keywords: wives of men suffering from alcohol dependence, autoaggression, suicidal behaviour.

Транслитерация:

1. Aminov H.A., Imamov Sh.A., Dusov A. i soavt. Nekotorye dannye o svjazi mezhdju lichnostnymi osobennostjami bol'nyh hronicheskim alkoholizmom i harakterom suicidal'nyh dejstvij // *Suicidologija.* – 2010. – № 1. – S. 27-28.
2. Voroshilin S.I. Alkohol'nyj faktor sredi prichin rosta samoubijstv v SSSR i v postsovetstkih gos-udarstvah // *Suicidologija.* – 2012. – № 2. – S. 23-33.
3. Egorov A.Ju. O tipologii supruzheskogo alkoholizma // *Vestnik klinicheskoj psihologii.* – 2005. – Tom 3, № 1. – S. 51-56.
4. Zotov P.B., Umanskij M.S. Suicidal'noe povedenie bol'nyh alkoholizmom pozdnego vozrasta v uslovi-jah sindroma otmeny alkoholja (na primere Juga Tju-

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЛИЯНИЯ СТРЕССОВЫХ СОБЫТИЙ ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ

Ж.В. Емяшева

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

Контактная информация:

Емяшева Жанна Валентиновна – клинический психолог, аспирантка кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2.
Телефон: 8 (048) 761-60-17, e-mail: shanna2006@ukr.net

Статья посвящена исследованию закономерностей влияния стрессовых событий жизни на суицидальные тенденции у лиц с химическими зависимостями по сравнению с контрольной выборкой. Негативные жизненные события при этом были объединены в определенные факторы. В работе проанализирован гендерный аспект формирования суицидальных тенденций под влиянием этих факторов. Показано, что факторная структура событий, влияющих на суицидальность у аддиктов, заметно отличается от таковой в контрольной группе, большее значение имеют проблемы с законом и насилие.

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

Анализируя показатели психического здоровья населения в Украине, можно говорить об увеличении распространенности таких нарушений как поведенческие расстройства, диссоциальные расстройства и расстройства личности [1, 13]. С этими нарушениями часто сочетаются различные виды зависимостей, в том числе алкоголизм и наркомания, а также суицидальные проявления (суицидальные мысли и попытки).

Рост зависимостей – особенно актуальная медико-социальная проблема, поскольку они детерминируют преждевременную смертность, заболеваемость, дестабилизацию общества, подрывают основы таких социальных институтов как семья, брак, родительство [2, 7]. Одним из серьезных коррелятов аддиктивного поведения является самоубийство, частота которого в последние годы в Украине растет, главным образом, среди молодых людей [8, 15].

Большинство современных исследований химических зависимостей посвящено изучению механизмов воздействия психоактивных веществ на структурно-функциональные характеристики мозга и психическую деятельность человека, поиску механизмов зависимости и путей их коррекции [4, 9, 11, 14]. Наиболее актуальным является комплексный подход, включающий в себя медицинский, психологи-

ческий, социальный и биологический аспекты проблемы. В то же время, психологические механизмы стресса и его роль в провоцировании аддикций и суицидальности на их фоне остаются во многом неясными, особенно с учетом гендерного фактора.

Одной из наиболее привлекательных является модель Дж. Бридж с соавторами, где объясняется взаимосвязь между негативными жизненными событиями, суицидальным поведением и использованием психоактивных веществ. В данной модели ключевую роль играет самоконтроль индивида. Сочетание сниженного контроля над импульсами, негативные жизненные события и употребление алкоголя или наркотиков повышает вероятность суицидального поведения [16]. Таким образом, связь между жизненным стрессом, суицидальностью и аддиктивным поведением не вызывает сомнений, причем эти три фактора, по-видимому, усиливают друг друга. Мало изученным остается влияние пола (гендерной принадлежности) в данном аспекте.

Целью нашей работы было изучение общих закономерностей влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном поведении с учетом половых особенностей.

Объект и методика исследования.

Для оценки уровня жизненного стресса в работе использовался опросник негативных жизненных событий (НЖС), разработанный в Шведском Национальном Центре исследований и предупреждения суицидов и нарушений психического здоровья для целей совместного Украинско-Шведского проекта по генетике суицидального поведения 2000-2007 гг. (табл. 1).

Подробное описание опросника приведено в нашей работе [6].

Основная группа – пациенты лечебного медицинского центра «Вита» г. Одессы, лица, страдающие алкоголизмом или наркоманией (201 человек). Возраст аддиктов колебался в пределах от 18 до 68 лет. Мужчин в группе аддиктов было – 152 (75,6%); средний возраст мужчин составил $33,93 \pm 0,86$ лет. Из них, страдающих наркоманией – 75 человек, алкоголизмом – 77 человек. Женщин в исследуемой группе было 49 (24,4%); средний возраст – $35,82 \pm 1,42$ лет. Из них, страдающих наркоманией – 14 человек, алкоголизмом – 35 человек.

В состав контрольной группы вошли слушатели курсов обучения вождения автомобилей мужского и женского пола, социально адаптированные, в количестве 618 человек. Возраст испытуемых колебался в пределах от 17 до 77 лет. Мужчин в группе было 276 (44,6%); средний возраст мужчин составил

$29,44 \pm 0,85$ лет. Женщин в группе было несколько больше – 342 (55,4%); средний возраст – $32,00 \pm 0,75$ лет.

Результаты и их обсуждение.

Для выявления закономерностей влияния разнообразных стрессовых событий жизни (опросник включал 28 различных жизненных неприятностей, трагедий и стрессов) на формирование суицидальных тенденций необходимо было осуществить снижение размерности эмпирических данных.

С этой целью был использован факторный анализ. Факторный анализ является одним из наиболее распространенных вариантов метода множественных корреляций, который в отличие от метода парных корреляций, позволяет выявить общую структуру корреляционных зависимостей, существующих внутри многомерного экспериментального материала, включающего более двух переменных, и представить эти корреляционные зависимости в виде некоторой системы.

В результате данного подхода обнаруживаются так называемые факторы – внутренние латентные причины, объясняющие множество частных (парных) корреляционных зависимостей. В этом смысле назначение факторного анализа совпадает с целью любого научного исследования – поиском экономного объяснения наблюдаемого многообразия явлений [12].

Таблица 1

Перечень событий жизни, частота которых оценивалась при опросах

- | | |
|--|---|
| 1. Опыт связан с боевыми действиями. | 15. Одиночество. |
| 2. Угрожающий жизни несчастный случай. | 16. Физическое заболевание. |
| 3. Природный катаклизм. | 17. Психическое заболевание. |
| 4. Свидетель тяжелого ранения, убийства. | 18. Недовольство внешностью. |
| 5. Изнасилование. | 19. Длительная сора. |
| 6. Сексуальные домогательства. | 20. Попытка самоубийства близких. |
| 7. Физическое нападение, насилие. | 21. Смерть близких. |
| 8. Угроза оружием, плен. | 22. Разрыв отношений. |
| 9. Пытки, жертва террористов. | 23. Тюремное заключение. |
| 10. Экономические проблемы. | 24. Финансовые проблемы. |
| 11. Трудности с жильем. | 25. Проблемы с тем, чтобы иметь детей. |
| 12. Трудности с работой, учебой. | 26. Проблемы, связанные с детьми. |
| 13. Осуждены за уголовное преступление. | 27. Проблемы, связанные с половой жизнью. |
| 14. Запугивание, жестокость. | 28. Проблемы близких. |

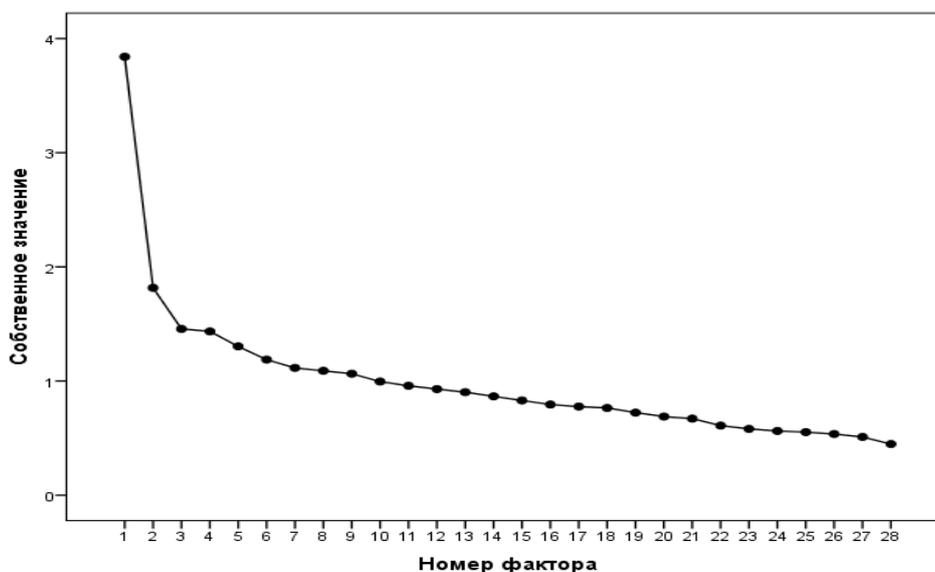


Рис. 1. График каменной осыпи, иллюстрирующий факторный анализ стрессовых событий жизни в контрольной группе.

Факторный анализ можно использовать не только как метод сжатия информации, но и как основу классификации, заменяя исходные признаки факторами. В данном случае классификация объектов заключается в получении факторных оценок для каждого из них, и последующей визуальной или аналитической группировки этих объектов в факторном пространстве, что позволяет перейти от типологизации по большому числу исходных признаков к построению классификации на основе значительно меньшего числа факторов [10].

На первом этапе исследовались лица контрольной группы. Факторный анализ позволил сгруппировать стрессовые события жизни в

более общие категории, отражавшие базовую структуру общей стрессовости в контрольной группе. В факторный анализ включались жизненные события по измерению А (что случилось). Кратность событий и время их возникновения в данном случае не анализировалось.

Использовался метод обобщенных наименьших квадратов и ортогонального вращения varimax. На основании графика каменной осыпи (рис. 1) было принято решение о создании 6-факторной модели.

Данная шестифакторная модель объясняет достаточную для содержательной интерпретации долю дисперсии.

Таблица 2
Доля дисперсии, объясняемая шестифакторной моделью НЖС в контрольной группе

Фактор	Начальные собственные значения			Нагрузки после факторного анализа и вращения		
	Всего	Доля дисперсии (%)	Накопленная доля дисперсии (%)	Всего	Доля дисперсии (%)	Накопленная доля дисперсии (%)
1	3,840	13,715	13,715	1,552	5,541	5,541
2	1,816	6,486	20,202	1,489	5,316	10,857
3	1,457	5,202	25,403	1,258	4,491	15,349
4	1,435	5,124	30,528	1,040	3,714	19,063
5	1,303	4,653	35,181	1,037	3,705	22,767
6	1,187	4,240	39,421	0,763	2,724	25,491

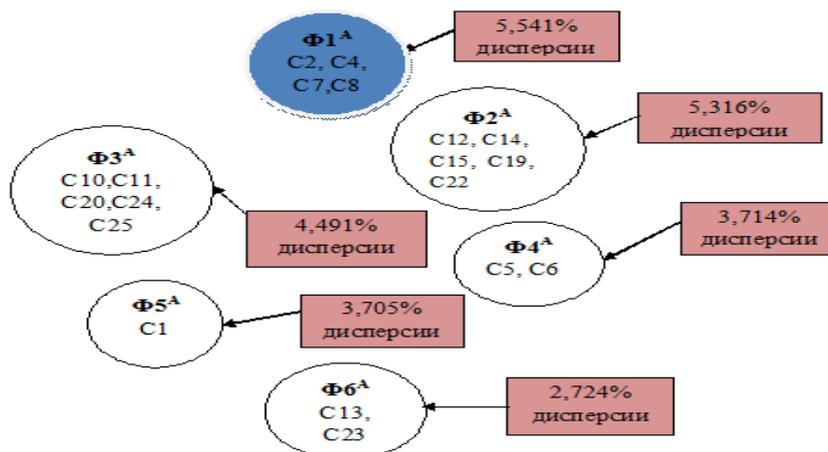


Рис. 2. Схематическое изображение факторного анализа стрессовых событий жизни в контрольной группе. Номера событий соответствуют приведенным в табл. 1.

Накопленная доля дисперсии при расчете начальных собственных значений составляет 39,42%, при расчете нагрузок после факторного анализа и вращения – 25,49%.

Результаты расчета доли дисперсии, объясняемой шестифакторной моделью НЖС в контрольной группе, представлены в таблице 2.

Схематически результаты факторного анализа в контрольной группе представлены на рисунке 2.

Исходя из структуры факторов, первый фактор получил название «Насилие», так как в него вошли следующие события: «Угрожающий жизни несчастный случай», «Свидетель

тяжелого ранения, убийства», «Физическое нападение, насилие», «Угроза оружием, плен».

Второму фактору было дано название «Самооценка», так как в него вошли такие события, как: «Трудности с работой, учебой», «Запугивание, жестокость», «Одиночество», «Недовольство внешностью», «Длительная ссора», «Разрыв отношений».

Третий фактор отражал бессилие перед жизненными невзгодами, которое испытывали респонденты, и состоял из следующих событий: «Экономические проблемы», «Трудности с жильем», «Попытка самоубийства близких», «Финансовые проблемы», «Проблемы с тем чтобы иметь детей». Данному фактору было присвоено название «Беспомощность».

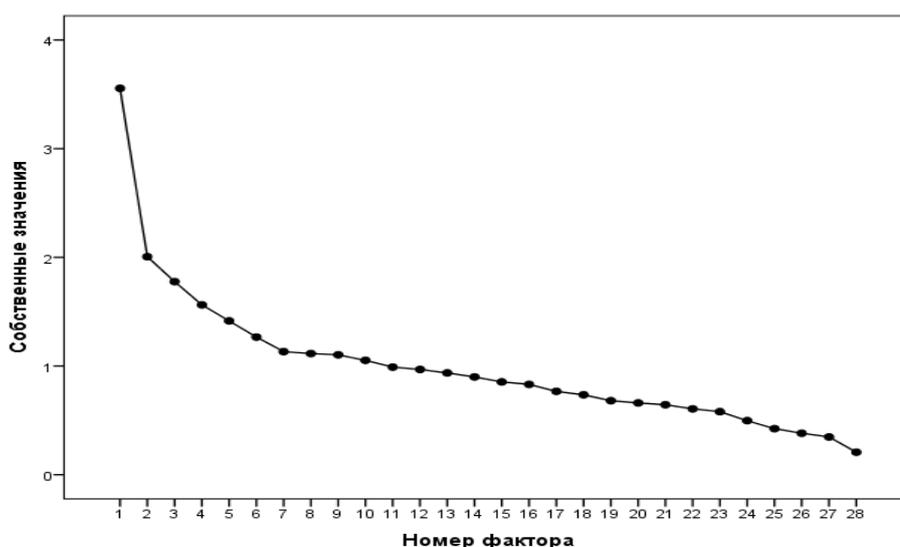


Рис. 3. График каменистой осыпи, иллюстрирующий факторный анализ стрессовых событий жизни в контрольной группе.

Доля дисперсии, объясняемая шестифакторной моделью НЖС в основной группе

Фактор	Начальные собственные значения			Нагрузки после факторного анализа и вращения		
	Всего	Доля дисперсии (%)	Накопленная доля дисперсии (%)	Всего	Доля дисперсии (%)	Накопленная доля дисперсии (%)
1	3,555	12,697	12,697	1,943	6,938	6,938
2	2,007	7,167	19,863	1,573	5,618	12,556
3	1,777	6,346	26,209	1,268	4,528	17,084
4	1,563	5,582	31,792	1,265	4,516	21,600
5	1,416	5,055	36,847	1,248	4,456	26,056
6	1,267	4,524	41,371	1,191	4,253	30,310

На четвертый фактор, отражавший опыт сексуального насилия, максимальные нагрузки обнаружили следующие показатели «Изнасилование» и «Сексуальные домогательства». Для данного фактора было дано соответствующее название: «Сексуальное насилие».

Пятый фактор являлся однокомпонентным и был сформирован показателем «Опыт, связанный с боевыми действиями». Данный фактор был назван «Военный опыт».

Шестой фактор состоял из двух параметров: «Осуждены за уголовное преступление» и «Тюремное заключение». Этому фактору было дано название «Проблемы с законом», так как он отражал опыт пребывания в местах лишения свободы.

Итак, факторная структура отражала самые существенные характеристики стрессовой нагрузки у лиц контрольной выборки. Основ-

ными структурными единицами, отражающими специфику стрессовых переживаний среди лиц контрольной выборки, являются: «Насилие», «Самооценка», «Беспомощность», «Сексуальное насилие», «Военный опыт», «Проблемы с законом». Данные структурные единицы расположены в порядке убывания их вклада в общий фон негативных стрессовых событий жизни.

В контрольной группе график каменистой осыпи (рис. 3) также свидетельствовал о целесообразности анализа 6-тифакторной модели

Доля дисперсии, которую объясняет данная шестифакторная модель, достаточна для проведения содержательной интерпретации. Накопленная доля дисперсии при расчете начальных собственных значений составляет 41,37%, при расчете нагрузок после факторного анализа и вращения – 30,31%.

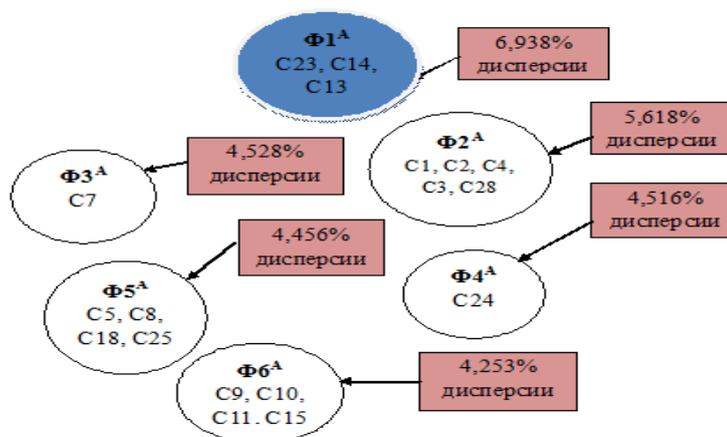


Рис. 4. Схематическое изображение факторного анализа стрессовых событий жизни в основной группе. Номера событий соответствуют приведённым в табл. 1.

Результаты расчета доли дисперсии, объясняемой шестифакторной моделью НЖС в группе лиц основной выборки, представлены в таблице 3.

На рисунке 4 схематически представлены результаты факторного анализа в основной группе.

Анализируя структуру факторов, полученную в результате данного анализа, необходимо указать на следующее. Максимальные нагрузки пришлось на первый фактор «Проблемы с законом», отражавший опыт пребывания в местах лишения свободы и запугивание. Он включал такие показатели, как «Осуждены за уголовное преступление», «Запугивание, жестокость», «Тюремное заключение».

Второй фактор состоял из наибольшего числа переменных и был сформирован показателями: «Опыт, связанный с боевыми действиями», «Угрожающий жизни несчастный случай», «Природный катаклизм», «Свидетель тяжелого ранения, убийства» и «Проблемы близких». Данный фактор был назван «Угроза жизни».

Третий фактор состоял лишь из одного параметра – «Физическое нападение, насилие». Этому фактору было дано название «Насилие».

Четвертый фактор получил название «Финансовые проблемы», так как в него вошло одноименное событие.

Пятому фактору было дано название «Беспомощность» – в него вошли события, связанные с ощущением неспособности или отсутствия возможности сделать что-либо: «Изнасилование», «Угроза оружием, плен», «Недовольство внешностью», «Проблемы с тем, чтобы иметь детей».

Шестой фактор отражал одиночество, отсутствие поддержки близких лиц, которое испытывали респонденты и состоял из следую-

щих событий: «Одиночество», «Трудности с жильем», «Пытки, жертва террористов», «Экономические проблемы». Данный фактор получил название «Одиночество».

Для лиц с аддиктивным поведением факторная структура отражала ведущие характеристики опыта негативных жизненных событий, на приоритетных позициях. При этом оказались иные, по сравнению с контролем, факторы. Основными структурными единицами, отражающими специфику стрессовой нагрузки зависимых лиц, являются: «Проблемы с законом», «Угроза жизни», «Насилие», «Финансовые проблемы», «Беспомощность», «Одиночество». Данные структурные единицы расположены в порядке убывания их вклада в объяснение общей дисперсии стрессовых событий жизни.

Таким образом, полученные с помощью факторного анализа классификации негативных жизненных событий для контрольной и основной групп имеют определенные отличия. Иерархия данных событий жизни в каждой из групп представлена в таблице 4.

Группы событий с более высокими факторными номерами, характеризуют более широкий спектр стрессовых переживаний. Следует отметить, что общими структурными в группе контрольной и основной выборки являются «Насилие», «Беспомощность» и «Проблемы с законом».

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что на формирование высокой стрессовой нагрузки больше всего влияют следующие факторы: для лиц с аддиктивным поведением это «Проблемы с законом», «Угроза жизни», «Насилие», для лиц контрольной выборки: «Насилие», «Самооценка», «Беспомощность».

Таблица 4

Факторы, выделенные для двух выборок исследования

Номер фактора	Норма	Аддикты
1	Насилие	Проблемы с законом
2	Самооценка	Угроза жизни
3	Беспомощность	Насилие
4	Сексуальное насилие	Финансовые проблемы
5	Военный опыт	Беспомощность
6	Проблемы с законом	Одиночество

Эти различия можно объяснить тем, что лица с адиктивным поведением чаще ведут асоциальный образ жизни и чаще характеризуются патологическим влечением к рисковому поведению в рамках «расстройств привычек и влечений» (F63) [3]. Частые конфликты с законностью и употребление психоактивных веществ способствуют тому, что эти лица регулярно подвергают свою жизнь риску, в конечном итоге попадая в ситуации насилия. В контрольной группе приоритетность оказалась иной – наиболее важными оказались факторы связанные с насилием, вслед за чем следует снижение самооценки и ощущение собственной беспомощности.

На следующем этапе исследования, в связи с его основной целью, оценивались факторы, которые статистически значимо влияют на формирование суицидального поведения в группах. Для этого применялся метод бинарной логистической регрессии. В регрессионное уравнение в качестве независимых переменных включали показатели, характеризующие выделенные в результате факторного анализа факторы, а в качестве зависимой величины – показатель наличия или отсутствия соответствующего компонента суицидального поведения (суицидальные мысли или суицидальные попытки). Такие регрессионные уравнения строились как для объединенных групп (аддиктов и здоровых добровольцев), так и отдельно для мужчин и женщин.

Для всей контрольной выборки в целом была построена регрессия, уравнение которой приведено ниже (здесь и далее правая часть уравнения соответствует параметру z из формулы:

$$y = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$\text{Суицидальные мысли} = -1,018 + 0,232 \times [\text{Насилие}] + 0,519 \times [\text{Самооценка}] + 0,271 \times [\text{Беспомощность}] + 0,411 \times [\text{Сексуальное насилие}]$$

В модели оставлены только статистически значимые предикторы. Именно они формируют развитие суицидальных мыслей. Коэффициент детерминации Нагелькерке [17] для модели равен 0,124. Вместе с тем, построение моделей отдельно для мужского и женского пола показывает некоторые отличия в составе факторов, влияющих на появление и развитие суицидальных мыслей у лиц контрольной вы-

борки. Так, модель, построенная для женщин, имеет следующий вид:

$$\text{Суицидальные мысли} = -1,059 + 0,479 \times [\text{Насилие}] + 0,470 \times [\text{Самооценка}] + 0,441 \times [\text{Беспомощность}] + 0,353 \times [\text{Сексуальное насилие}]$$

и коэффициент Нагелькерке равен в этом случае 0,088. Это уравнение по своей структуре повторяет состав уравнения для всей выборки. Однако у женщин сравнительно выше, чем в целом по всей выборке, роль факторов «Насилие» и «Беспомощность». В свою очередь, логистическая регрессия для мужчин имеет вид:

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,820 + 0,600 \times [\text{Самооценка}] + 0,780 \times [\text{Сексуальное насилие}]$$

Для данной модели коэффициент Нагелькерке равен 0,182.

Таким образом, можно констатировать, что у мужчин определяющим является лишь влияние двух факторов, связанных с самооценкой и сексуальным насилием.

Суицидальные попытки в целом по выборке определялись следующей формулой:

$$\text{Суицидальные попытки} = -3,648 + 0,602 \times [\text{Насилие}] + 1,074 \times [\text{Самооценка}] + 0,388 \times [\text{Сексуальное насилие}]$$

В данном случае в формировании вероятности суицидальных попыток ярко проявляется роль негативных жизненных событий, связанных с ущемлением самооценки. Также статистически значимы события, связанные с насилием как физическим, так и сексуальным. Коэффициент Нагелькерке для данной модели составил 0,186.

У мужчин уравнение, определяющее формирование суицидальных попыток имело вид:

$$\text{Суицидальные попытки} = -3,95 + 0,703 \times [\text{Насилие}] + 1,060 \times [\text{Самооценка}]$$

– при коэффициенте Нагелькерке 0,173.

У женщин аналогичное уравнение включало большее число предикторов:

$$\text{Суицидальные попытки} = -3,552 + 0,745 \times [\text{Насилие}] + 0,955 \times [\text{Самооценка}] + 0,652 \times [\text{Беспомощность}]$$

– при коэффициенте Нагелькерке 0,221.

Аналогичным образом были построены уравнения для пациентов с аддиктивным поведением. Суицидальные мысли у указанных респондентов (если не разделять выборку по полу) определяются только двумя статистически значимыми предикторами – факторами «Проблемы с законом» и «Беспомощность».

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,134 + 0,622 \times [\text{Проблемы с законом}] + 0,539 \times [\text{Беспомощность}].$$

Коэффициент Нагелькерке для данной модели составил 0,147.

Вызывает интерес, что у мужчин статистически значимым являлся фактор «Проблемы с законом», а у женщин – «Беспомощность».

Уравнения, характеризующие данные модели, были следующими:

$$\text{Суицидальные мысли} = 0,651 - 0,286 \times [\text{Проблемы с законом}] - \text{для мужчин}$$

и

$$\text{Суицидальные мысли} = -0,153 + 0,786 \times [\text{Беспомощность}] - \text{для женщин.}$$

Коэффициенты Нагелькерке для данных моделей составили соответственно 0,130 и 0,134.

Попытки, совершаемые лицами основной выборки, объяснялись с помощью следующего уравнения:

$$\text{Суицидальные попытки} = -1,392 + 0,534 \times [\text{Беспомощность}].$$

Эту модель характеризовал достаточно низкий коэффициент Нагелькерке – 0,046.

Данная модель обнаружила большую устойчивость в женской выборке:

$$\text{Суицидальные попытки} = -2,317 + 1,948 \times [\text{Беспомощность}].$$

Модель характеризовалась высоким коэффициентом Нагелькерке – 0,440.

Для мужчин моделей со статистически значимыми предикторами построено не было.

Таким образом, увеличение стрессовой нагрузки, которое впоследствии приводит к риску повышения уровня суицидальных тенденций [5, 6] у лиц основной и контрольной выборки, происходит различным образом, но при этом имеются общие структурные факто-

ры, такие как: «Насилие», «Беспомощность» и «Проблемы с законом».

Выявлена определенная гендерная специфика факторной структуры событий жизни, приводящих к формированию суицидальных тенденций. Обращает на себя внимание роль насилия как фактора суицидальных тенденций.

Полученные зависимости представляют, на наш взгляд, практический интерес в плане оценки риска суицидальности среди аддиктов. Выявление указанных негативных событий путем несложного опроса в контексте первичной или текущей психокоррекционной работы может дать ценную подсказку относительно опасности суицидальных действий конкретного индивидуума.

При работе с пациентами реабилитационных центров для алкоголиков и наркоманов особое внимание следует уделять проблемам с законом среди мужчин и фактору беспомощности, неспособности справиться с проблемами среди женщин. Наличие гендерных различий в структуре жизненных стрессов, приводящих к суицидальности, подчеркивает различную значимость тех неприятностей и трагедий, которые оказывают влияние на формирование суицидальных тенденций у мужчин и женщин в нашей культурной среде.

Литература:

1. Андрух П.Г. Особенности эмоциогенеза и характеристики эмоциональных нарушений у лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ // Украинський вісник психоневрології – 2011. – Том 19, вип. 1 (66). – С. 92-95.
2. Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
3. Ворошилин С.И. Аддиктивное рисковое поведение как проявление снижения инстинкта самосохранения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 61-68.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
5. Емяшева Ж.В., Влияние стрессовых жизненных событий на формирование аддиктивного поведения с учетом гендерного признака // Медицинская психология – 2010. – Том 5, № 2. – С. 45-47.
6. Емяшева Ж.В., Бирон Б.В., Розанов В.А., Оценка степени выраженности жизненного стресса в поло-возрастном аспекте и его связь с

- суицидальными тенденциями // Медицинская психология – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.
7. Зайцева Н. В., Алексеев В. Б., Лебедева-Несевря Н. А., Барг А. О., Гасников В.К. Анализ влияния социально-демографических факторов на распространенность некоторых форм девиантного поведения // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». Главная. Архив номеров. – 2011. – № 3 (19).
 8. 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.
 9. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина. 2004. – 415 с.
 10. Машин В. А. Методические вопросы использования факторного анализа на примере спектральных показателей сердечного ритма // Экспериментальная психология. – 2010. – Том 3, № 4. – С. 119-138.
 11. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах: Справочник практикующего врача. – Ростов-на-Дону: Феникс; Харьков: Торсинг, 2003. – 480 с.
 12. Митина О.В., Михайловская И.Б. Факторный анализ для психологов. – М.: Учебно-методический коллектор «Психология», 2001. – 169 с.
 13. Олджэм Дж.М., Моррис Л.Б. Автопортрет вашей личности. Как лучше узнать самого себя / Пер. с англ. – М.: Вече, 1996. – 544 с.
 14. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008. – 640 с.
 15. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – №1 (28). – С. 53-61.
 16. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47. – P. 372-394.
 17. Nagelkerke, Nico J.D. Maximum Likelihood Estimation of Functional Relationships. – Pays-Bas. Lecture Notes in Statistics, 2012. – Volume 69. – 110 p.
 3. Voroshilin S.I. Addiktivnoe riskovoe povedenie kak projavlenie snizhenija instinkta samosohranenija // Suicidologija. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 61-68.
 4. Gofman A. G. Klinicheskaja narkologija. – M.: Mi-klosh, 2003. – 215 s.
 5. Emjasheva Zh.V., Vlijanie stressovyh zhiznennyh sobytij na formirovanie addiktivnogo povedenija s uchetom gendernogo priznaka // Medicinskaja psihologija – 2010. – Том 5, № 2. – С. 45-47.
 6. Emjasheva Zh.V., Biron B.V., Rozanov V.A., Ocenka stepeni vyrazhennosti zhiznennogo stressa v polovozrastnom aspekte i ego svjaz' s suicidal'nymi tendencijami // Medicinskaja psihologija – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.
 7. Zajceva N. V., Alekseev V. B., Lebedeva-Nesevrya N. A., Barg A. O., Gasnikov V.K. Analiz vlijanija social'no-demograficheskikh faktorov na rasprostranennost' nekotoryh form deviantnogo povedenija // Jelektronnyj nauchnyj zhurnal «Social'nye aspekty zdorov'ja nasele-nija». Glavnaja. Arhiv numerov. – 2011. – № 3 (19).
 8. Zaharov S.E., Rozanov V.A., Krivda G.F., Zhuzhulenko P.N. Dannye monitoringa suicidal'nyh popytok i zavershennyh suicidov v g. Odessa za period 2001-2011 gg. // Suicidologija. – 2012. – № 4. – С. 3-10.
 9. Lichko A. E., Bitenskij B. C. Podrostkovaja narkologija. – L.: Medicina. 2004. – 415 s.
 10. Mashin V. A. Metodicheskie voprosy ispol'zovanija faktornogo analiza na primere spektral'nyh pokazatelej serdechnogo ritma // Jeksperimental'naja psihologija. – 2010. – Том 3, № 4. – С. 119-138.
 11. Minko A.I., Linskij I.V. Narkologija v voprosah i otvetah: Spravochnik praktikujushhego vracha. – Rostov-na-Donu: Feniks; Har'kov: Torsing, 2003. – 480 s.
 12. Mitina O.V., Mihajlovskaja I.B. Faktornyj analiz dlja psihologov. – M.: Uchebno-metodicheskij kollektor «Psihologija», 2001. – 169 s.
 13. Oldhjem Dzh.M., Morris L.B. Avtoportret vashej lichnosti. Kak luchshe uznat' samogo sebja / Per. s angl. – M.: Vechе, 1996. – 544 s.
 14. Pjatnickaja I. N. Obshhaja i chastnaja narkologija: Rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Medicina, 2008. – 640 s.
 15. Rozanov V.A., Valiev V.V., Zaharov S.E., Zhuzhulenko P.N., Krivda G.F. Suicidy i suicidal'nye popytki sredi detej i podrostkov v g. Odessa v 2002-2010 gg. // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. – 2012. – №1 (28). – С. 53-61.

Транслитерация:

1. Andruh P.G. Osobnosti jemociogeneza i harakteristiki jemocional'nyh narushenij u lic s zavisimost'ju ot razlichnyh vidov psihoaktivnyh veshhestv // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii – 2011. – Том 19, vip. 1 (66). – С. 92-95.
2. Vagin Ju.R. Avital'naja aktivnost' (zloupotreblenie psihoaktivnymi veshhestvami i suicidal'noe povedenie u podrostkov). – Perm': Izd-vo PRIPIT, 2001. – 292 s.

PECULIARITIES OF STRESSFUL LIFE EVENTS INFLUENCE ON THE FORMATION OF SUICIDAL TENDENCIES IN PATIENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR

Z.V. Emyasheva

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

The article is devoted to the study of the influence of stressful life events on the formation of suicidal tendencies among patients with addictive behavior in comparison to control sample. The factor structure of negative life events was obtained. In the present article analyzed formation of suicidal tendencies under the influence of

these factors is studied with consideration of the gender aspect. It can be seen that the factor structure of events affecting suicidal tendencies among addicted patients

differ from the control group, the problems with law and being victim of violence are most significant.

Keywords: negative life events, suicidal thoughts, suicide attempts, gender features.

УДК: 159.972 + 616.89-053.71

САМООТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РИСКАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО И АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.Д. Узлов, Е.С. Стряпунина

Березниковский филиал ФБГОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», г. Березники, Россия

Контактная информация:

Узлов Николай Дмитриевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: профессор кафедры естественных и гуманитарных наук Березниковского филиала ФБГОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 618416 Пермский край, г. Березники, ул. Юбилейная, д. 99. Телефон: (3424) 24-66-33; e-mail: knots51@mail.ru

Стряпунина Елизавета Сергеевна – педагог-психолог, МАДОУ «Детский сад № 88». Адрес: 618426, г. Березники, Пермский край, ул. Набережная, 35. Телефон: (3424) 22-40-03; e-mail: izastr777@mail.ru

С помощью методики выявления суицидального риска, опросника «Группа риска наркозависимости» и методики исследования самоотношения у подростков обследовано 87 учащихся 10-11 классов. Установлено значительное (80,5%) число латентных носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения. Перекрестные риски суицидального и аддиктивного поведения, выявлены у 18,3% обследованного контингента. При исследовании структуры самоотношения выявлены статистически значимые различия по параметру «саморуководство»: у потенциальных суицидентов его показатель статистически значимо выше, а у носителей факторов аддиктивного риска – ниже, в сравнении, с «не рискующими». Поставлен вопрос о разработке новых программ профилактики исследуемых девиаций, ориентированных на работу с контингентами интеллектуально развитой молодежи.

Ключевые слова: подростки, суицидальный риск, риск аддиктивного поведения, самоотношение, саморуководство.

Одной из серьезных проблем современного российского общества является рост детских и подростковых суицидов. Согласно официальной статистике, ежегодно каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет пытается совершить попытку самоубийства. Показатель суицида среди молодежи в России составляет 20 на 100 тыс. населения, что превышает средний мировой показатель в 2,7 раза [23, 25]. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами [11].

В 2009 году в Пермском крае было зафиксировано 1223 случая самоубийств. По информации Пермского отделения Госкомстата, за шесть месяцев 2010 года число завершенных суицидов достигло 554.

Самоубийства в Прикамье составляют самую большую долю среди погибших от естественных причин (насилие, ДТП, несчаст-

ные случаи). В среднем ежедневно добровольно уходят из жизни 3 человека [4]. Среди городов Края в конце 2005 года г. Березники лидировал по числу суицидальных попыток взрослых, когда примерно раз в неделю кто-то пытался расстаться с жизнью [1]. По данным Министерства социального развития Пермского края в 2009 году закончили жизнь самоубийством 44 ребенка (в 2008 году – 40 детей) [22]. По данным Пермьстата, в 2012 году детьми и подростками в возрасте от 10 до 19 лет было совершено 49 самоубийств. По уровню подростковых суицидов Пермский край входит в первую пятерку среди субъектов Российской Федерации [16].

Вызывают интерес данные, указывающие на связь молодежной суицидальности с другой чрезвычайно важной для России проблемой – зависимым поведением. Эта связь описывается в отношении химической, игровой и компью-

терной зависимости и другими формами рискованного поведения подростков [2, 12, 19 и др.]. Например, было показано, что более чем у 50% опиоинозависимых аддиктов аутоагрессивные тенденции прослеживались еще далеко до начала потребления наркотиков [5].

Проблема подростковых токсико- и наркоманий в г. Березники стоит не менее остро. В декабре 2012 года в рамках городской антинаркотической программы «Рывок из Зеркала» было проведено социологическое исследование среди учащихся 10-11 классов, в котором приняли участие 842 человека, которое показало, что 19% респондентов пробовали наркотики. Другая категория опрошенных – студенты ВУЗов и средних специальных учреждений – 1017 человек. Из них 570 (56,0%) юношей и 447 (44,0%) девушек в возрасте от 14 до 30 лет. Каждый четвертый (n=266; 26,1%) указал, что употребляет наркотики, в том числе 5,2% (n=14) ежедневно, 22,9% (n=61) – 2-3 раза в неделю, остальные 69,9% (n=186) – от нескольких раз в месяц до 1-2 раз в год.

Таким образом, две эти проблемы имеют высокое распространение в исследуемой популяции, и, безусловно, взаимосвязаны между собой. Соответственно, одной из важнейших целей современной суицидологии и аддиктологии является выявление как потенциальных самоубийц, так и потенциальных потребителей наркотиков. Для ее достижения необходимо решить, как минимум, три вида задач. Во-первых, осуществить поиск общих «маркеров» суицидальной и наркотической опасности, которые в теоретическом плане хорошо прописаны и известны (личностные особенности, ситуативные факторы, параметры поведенческой активности и др.). Все эти факторы способны проявлять себя как явно, так и латентно. Они могут быть наблюдаемы и / или диагностированы. Вторая значимая задача – выбор и оценка существующих методик по определению суицидального и наркотического риска [6, 9, 10, 21]. Третья задача – выявление индивидуальных диагностических признаков скрытой суицидальной и наркотической активности, и построение на их основе профилактических и психокоррекционных программ [17, 20, 26 и др.].

Среди многообразия факторов, вызывающих проявление наркотической и суицидальной активности в подростковом возрасте выделяют личностно-смысловые и ценностные ха-

рактеристики, особенности самооценки, образ Я и Я-концепцию, принятие себя, локус контроля и др. [7, 8, 18]. Одним из таких «ядерных образований» является самоотношение, которое в отечественной психологии рассматривается как отношение личности к собственному «Я», включая его эмоциональную и смысловую составляющие [15, 24].

Анализ данных литературы показывает, что усилия ученых направлены главным образом на изучение самоотношения подростков с уже сформировавшимся девиантным поведением [27, 28 и др.]. Вместе с тем, самоотношение подростков, относящихся к группам риска по суицидальному и аддиктивному поведению, изучено недостаточно.

Цель исследования: изучение самоотношения подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 87 старшеклассников в возрасте 15-17 лет, из них 51 юношей и 36 девушек, учащихся девятых (n=56) и десятых (n=31) классов двух общеобразовательных школ (в том числе одной из них элитной, с углубленным изучением предметов физико-математического профиля – n=47).

Все испытуемые происходили из социально благополучных семей, имели достаточный уровень успеваемости в школе. В употреблении психоактивных веществ и суицидальных намерениях никто из этих учащихся замечен не был.

В работе использовались скрининговые опросники:

1) методика выявления суицидального риска (авторы А.А. Кучер, В.П. Костюкевич) [10];

2) опросник «Группа риска наркозависимости» (ГРН) (авторы Б.И. Хасан, Ю.А. Тюменева) [14];

3) методика исследования самоотношения (МИС), адаптированная для подросткового возраста (автор М.С. Пантеев) [13].

Две первые методики являлись отборочными.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты, полученные с помощью методики выявления суицидального риска, показали, что 21 учащийся являлся носителем разнообразных факторов риска, среди которых ведущими были факторы «отношения с окружа-

ющими» и «алкоголь, наркотики». Из числа указанных у трёх подростков выявлялось сочетание двух (алкоголь, наркотики + потеря смысла жизни; алкоголь, наркотики + несчастная любовь; алкоголь, наркотики + добровольный уход из жизни), а одного – трех факторов риска (алкоголь, наркотики + противоправные действия + проблемы взаимоотношения с окружающими). Всего к группе повышенного риска – склонных к суициду – было отнесено три человека (фактор «добровольный уход из жизни»). Указанные субъекты – юноши-десятиклассники (у одного из них выявлен дополнительный фактор «алкоголь, наркотики»). В рейтинге проблем алкогольно-наркотический фактор занимал ведущее место (6,9%). Далее следовали в равной доле «школьные проблемы» и «добровольный уход из жизни» (3,4%), «несчастливая любовь» и «противоправные действия» (по 2,2%). Замыкал список фактор – «потеря смысла жизни» (1,1%).

Для сравнения можно привести данные исследования, проведенного психологами г. Березники в 2009 г. на выборке 1453 учащихся 7-9 классов из 15 школ города. Тогда в рейтинге проблем первую позицию занимали «отношения с окружающими», вторую – «алкоголь и наркотики», третью – «проблемы с деньгами». Четвертое место было связано с переживаниями «чувства неполноценности, ущербности, уродливости», которое в нашем исследовании среди старшеклассников совсем не актуализировалось.

Наиболее интересующая нас позиция «добровольный уход из жизни» занимала пятое место. В абсолютных цифрах она составляла достаточно большую группу – $n=111$, причем 39 из них (2,7% от общей массы респондентов), уже требовалась определенная психологическая помощь [3].

Результаты, полученные с помощью опросника «Группа риска наркозависимости», показали, что в первую группу риска – «потенциально готовые к пробе» попали 54 (62,1%), во вторую – «совершившие пробу» – 6 (6,9%), в третью – «аддиктивное поведение» вошли 3 (3,4%) подростка. Таким образом, в целом группа риска составила 65 человек, или три четверти – 74,7% от обследованного контингента. Более глубокий опрос этих лиц показал, что 6 опрошиваемых (6,9 %) однократно пробовали наркотики, а 5 учащихся (5,7%) предположительно продолжают их употреблять.

Следует обратить внимание, что, несмотря на хорошие социальные показатели, отмеченные при отборе учащихся, только каждый четвертый – 25,2% ($n=22$) был отнесен к категории «не рискующих», то есть не проявляющих интереса к наркотикам.

Далее был проведен анализ соотношения факторов суицидального и наркотического рисков у обследованных учащихся. Как было отмечено выше, в результате опроса выявлено 18 носителей факторов суицидального риска и 3 склонных к суициду учащихся, а также 54 респондента, готовых к наркотической пробе, 11 – уже ее совершивших (табл. 1).

Сопоставление факторов суицидального и наркотического риска (табл. 1) показало, что только 17 человек (19,5%) из числа обследованных являются устойчивыми в плане рисков суицидального и аддиктивного поведения, остальные 70 учащихся (80,5%) попадают в ту или иную зону потенциального риска, например, не склонные к суициду, но готовые испытать на себе действие наркотика. Это самая многочисленная группа из 43 человек (49,4%).

Таблица 1

Совпадение факторов суицидального и наркотического риска

Показатель	Суицидально не рискующие		Носители факторов суицидального риска		Склонные к суициду	
	n	%	n	%	n	%
Наркотически не рискующие	17	19,5	4	4,6	1	1,1
Потенциально готовые к пробе (1-я группа риска)	43	49,4	10	11,5	1	1,1
Совершившие пробу (2-я группа риска)	5	5,7	1	1,1	--	--
Аддиктивное поведение (3-я группа риска)	1	1,1	3	3,4	1	1,1

«Перекрестные риски» являются крайне неблагоприятным сочетанием, они выявлены у 16 респондентов (18,4%). При этом одна девиация может подпитывать другую. Между ними могут быть также и причинно-следственные связи, например, вовлеченность в наркотизацию может повлечь суицидальную активность, или потенциальный суицидент станет использовать алкоголь и наркотики как антидепрессант и прочее [21].

Результаты исследования самооотношения по возрастному и половому признакам показали, что его параметры, у обследованных учащихся, находились в основном в границах средних значений. В зоне относительно низких уровней ($4,9 \pm 0,3$ стэнов) определялся показатель внутренней конфликтности у юношей-десятиклассников, что может свидетельствовать о наличии у них эскапизма (отрицании проблем), закрытости и поверхностного самодовольства. В зоне повышенных значений ($8,1 \pm 0,4$ стэнов) находился показатель самооценности у девушек-десятиклассниц. Согласно интерпретативным характеристикам опросника, высокие оценки по данной шкале отражают заинтересованность в собственном Я, любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего Я для других.

При сравнении показателей самооотношения испытуемых по группам риска суицидального поведения получены статистически значимые различия между группами не рискующих и носителями факторов суицидального риска по параметру «саморуководство» ($p < 0,05$). Повышение показателей по этой шкале у носителей факторов риска можно рассматривать как тревожный симптом: подобная «суицидальная интернальность» свидетельствует о том, что подростки ответственно относятся к своему выбору и их добровольный уход из жизни, при определенных обстоятельствах, может носить осознанный характер. С другой стороны, как это следует из теоретических представлений, на которых базируется опросник МИС, данная шкала отражает переживание подростком «собственного «Я» как внутреннего стержня, интегрирующего и организующего личность и жизнедеятельность» в плане управления собственной судьбой, обоснованности и последовательности принятия решений на основе своих внутренних побуждений и целей. Однако этот «внутренний стержень» находится еще в стадии формирования,

а позиция «Я сам» проявляется завышенными притязаниями на взрослость и самостоятельность, свойственными данному возрасту реакциями эмансипации и оппозиции и др. Повышенная аффективность, слабость самоконтроля (произвольной саморегуляции) при недостаточности жизненного опыта, использования адекватных ситуации стратегий совладания со стрессом и иных ресурсов, выступают ограничителями при принятии разумных, взвешенных, кажущимися подростку «взрослых» решений, имеющих отношение к многочисленным проблемам его взаимоотношения с окружающим миром. Значимость трудностей в разрешении этих проблем оборачивается «факторами риска» (обозначаемые в методике А.А. Кучера и В.П. Костюкевича как мотивы поведения подростков, которые, так или иначе, могут выступать провоцирующими суицид, поводами). Вместе с тем, можно предположить, что накопленный подростком опыт успешного решения жизненных ситуаций, в которых он проявляет себя интернально, может служить буфером, снижающим суицидальную настроенность.

При сравнении показателей самооотношения испытуемых по группам наркотического риска установлено, что обследованные учащиеся имели средние показатели по всем шкалам, за исключением группы «аддиктивное поведение», выявивших относительно низкие уровни по шкалам «самоуверенность» ($4,8 \pm 0,2$ стэнов) и «зеркальное Я» ($4,4 \pm 0,3$ стэнов), что свидетельствует о вероятной неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнения в способности вызывать уважение, подтвержденное негативным отраженным самооотношением (зеркальное Я).

Как и при оценке суицидальной опасности, статистически значимые различия ($p < 0,05$) были обнаружены по параметру «саморуководство» между группами «потенциально готовые к пробе» и «совершившие пробу», однако с противоположной тенденцией – в сторону снижения показателей (средние значения соответственно $5,6 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,1$ стэнов). Такие испытуемые демонстрировали экстернальный способ поведенческого контроля, оказываясь подвластными влияниям среды и слабо противостоящим внешним влияниям. Примечательно также, что число потенциально готовых к пробе учащихся, которых одолевали мысли и разговоры о наркотиках, было в 9 раз больше, чем тех, кто отважился наркотики попробо-

вать. Таким образом, через фильтр «саморуководства» проходят многие, но его обрушение обнаруживается лишь у некоторых. Тем не менее, это не дает основания для утешительных прогнозов, поскольку число лиц, которых наркотики абсолютно не интересовали, в 2,4 раза меньше тех, кого эта тема была актуальной.

Приведём несколько клинических наблюдений, на наш взгляд, представляющих интерес для анализа структуры самоотношения у трех юношей, склонных к суицидальному поведению.

Испытуемый И., 17 лет, угрожаемый по суициду, по методике ГРН был отнесен к группе не рискующих в плане аддикций. Обнаружил высокие показатели самоотношения по параметрам «саморуководство» (8 стэнов), «внутренняя честность» (7 стэнов) и «самоценность» (8 стэнов) при низких уровнях шкал «самообвинение» (4 стэна) и «внутренняя конфликтность» (5 стэнов). Его можно охарактеризовать как амбициозную личность, обладающую внутренними убеждениями и ценностями, способную, как ему думается, распоряжаться своей собственной жизнью, отличающегося самодовольством и повышенным самомнением, недостаточной критичностью, низким уровнем чувства вины. Учителя характеризуют его как интеллектуально развитого юношу, но с трудным характером, стремящегося подчеркивать перед сверстниками свою исключительность, эгоцентричного, с пренебрежительной манерой общения со сверстниками и нежеланием считаться с чужими интересами, не склонного поддерживать близкие контакты, закрытого для неформального общения. Можно предположить, что его манера поведения является защитной, а скрытая суицидальность определяется внутренним конфликтом между высокими притязаниями на свою исключительность и непризнанием этих качеств окружающими.

Испытуемый А., 16 лет с суицидальной склонностью обнаружил низкие значения по шкале самоуверенности (4 стэна), что говорит о неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнениях в способности вызывать уважение у окружающих; и средневысокие – по шкале самопривязанности (7 стэнов). Значения последних свидетельствуют о ригидности Я-концепции, нежелании меняться, привязанностью к неадекватному Я-образу. Со-

гласно школьной характеристике юноша обладает хорошими способностями. Однако на фоне других учащихся, которые имеют более высокие достижения в учебе, выглядит «бледно» (в спецклассе высокая конкурентность). Среди сверстников ничем не выделяется, отличается уступчивым характером. При оценке наркотического риска аддиктивной активности он был диагностирован как «потенциально готовый к пробе».

Испытуемый В., 17 лет, также обнаружил высокий уровень по шкалам «саморуководство» (8 стэнов) и «самопривязанность» (7 стэнов). По наркотическому риску он попал в третью категорию риска «аддиктивное поведение». Учителя считают его способным, разносторонне развитым. Увлекается восточными учениями и современной рок-музыкой. В приватной беседе установлено, что подросток в течение полугода употребляет марихуану. При этом «курение травки» не считает чем-то зазорным, поскольку это никак не отражается на его учебе, и даже наоборот, «способствует раскрытию творческих способностей». Им движет желание «всего попробовать», но остаться собой. Его потенциальная суицидальность оправдывается, по его мнению, правом человека распоряжаться жизнью по своему усмотрению.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что вопросы своевременной и правильной диагностики личностных ценностей и ценностных ориентаций, присутствующих как потенциальному суициденту, так и аддикту, и целенаправленной психологической работы по их формированию или коррекции у подростков, имеют большую практическую значимость в современном обществе. Следует согласиться с мнением профессора И.А. Кудрявцева [7], что именно на этом пути можно достичь успехов по направленной превентивной профилактике самоубийств и других социально опасных форм отклоняющегося поведения.

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Среди учащихся старших классов имеется значительное число латентных носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения, среди которых можно выделить особую группу «формально благополучных» – интеллектуально развитых и социально адаптированных подростков.

2. Наибольшего внимания требуют подростки с перекрестными рисками суицидального и аддиктивного поведения, которые выявляются у 18,4% обследованного контингента старшеклассников.

3. Структура самоотношения носителей факторов риска суицидального и аддиктивного поведения не имеет принципиальных различий у групп «не рискующих» и «рискующих» подростков, за исключением параметра «саморуководства»: у потенциальных суицидентов его показатель статистически значимо выше, а у носителей факторов аддиктивного риска – ниже в сравнении с «не рискующими».

Заключение.

Результаты исследования подростков с суицидальными и наркотическими рисками показали, что такое поведение затрагивает глубинную, ценностно-смысловую, «идеологическую» основу личности, ее ядерные образования, связанные с самоотношением. В свете полученных данных требуют пересмотра устоявшиеся представления о том, что подростковые девиации чаще всего являются следствием семейного или микросоциального неблагополучия, так как в наркотизацию и игры со смертью втягивается все больше детей из благополучных семей, с академическими успехами и вполне социально адаптированных. С этих позиций становится актуальной постановка вопроса о разработке принципиально новых моделей психопрофилактики исследуемых девиаций, ориентированных на работу с контингентами интеллектуально развитой и социально адаптированной молодежи.

Литература:

- Березники становятся городом суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://perm.rfn.ru/rnews.html?id=15193&date=22-11-2005>
- Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Баранова И.В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 10. – С. 20-25.
- Галинова Н.А., Гришина А.Е., Жулдыбина Т.Ю., Узлов Н.Д. Оценка риска подросткового суицида и превентивные мероприятия // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 53-65.
- За полгода в Прикамье добровольно ушли из жизни 554 человека [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.beriki.ru/2010/09/10/za-polgodav-prikame-dobrovolno-ushli-iz-zhizni-554-cheloveka>
- Зотов П.Б., Михайловская Н.В. Неумышленные передозировки наркотика и суицидальное поведение больных наркоманиями // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 48-57.
- Каневский В.И. Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 36-42.
- Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 3-7.
- Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
- Кухаренко И.А., Рычкова М.В., Хасан Б.И. Методика исследования динамики риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте (на примере наркозависимости) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 17-44.
- Кучер А.А., Костюкевич В.П. Выявление суицидального риска у детей // Вестник психосоциальной и коррекционно - реабилитационной работы. – 2001. – № 3. – С. 32-39.
- Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
- Меринев А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
- Методика исследования самоотношения (МИС) / С.Р. Пантिलеев [Электронный ресурс]. – URL: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/41.html>
- Опросник «Группа риска наркозависимости» (ГРН). Выявление групп риска наркозависимости в старшем подростковом возрасте / Б.И. Хасан, Ю.А. Тюменева. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-70378.html?page=2#3147617>
- Пантिलеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 110 с.
- Пермский край входит в первую пятерку регионов РФ по уровню подростковых суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://news.rambler.ru/19070720/>
- Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
- Прихожан А.М. Проблема подросткового кризиса // Психологическая наука и образование. – 1997. – № 1. – С. 82-87.
- Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. –

2013. – Том 4, № 2. – С. 8-24.
20. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди детей и подростков. – М.: НИЦ наркологии МЗ РФ, 2003. – 95 с.
 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. Специальный доклад Уполномоченного по правам ребенка в Пермском крае «О соблюдении прав и законных интересов детей в Пермском крае в 2009 году» [Электронный ресурс]. – URL: <http://lib.znate.ru/docs/index-141089.html>
 23. Статистика суицидов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistics.htm>
 24. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: МГУ, 1983. – 284 с.
 25. Страшная статистика подростковых самоубийств [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kp.ru/daily/25802.5/2783101/>
 26. Узлов Н.Д., Узлов А.Н. Модель превенции суицида в условиях учебного заведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С.75-76.
 27. Чевачина А. Современные эмпирические исследования по проблеме самоотношения у подростков // Гуманізація навчально-виховного процесу. – 2012. – Спецвипуск 9. – Слов'янськ. – С.179-188.
 28. Чевачина А.В. Психологические особенности развития самоотношения у старших подростков в условиях различных воспитательных систем: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – Нижний Новгород, 2012. – 24 с.
- Транслитерация:
1. Berezniki stanovjatsja gorodom suicidov [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://perm.rfn.ru/rnews.html?id=15193&date=22-11-2005>
 2. Buhanovskij A.O., Soldatkin V.A., Baranova I.V. Faktory predraspolzhenija k patologičeskomu gemblingu // Zhurnal nevrologii i psihatrii im. S.S.Korsakova. – 2008. – № 10. – С. 20-25.
 3. Galinova N.A., Grishina A.E., Zhuldybina T.Ju., Uzlov N.D. Ocenka riska podrostkovogo suicida i preventivnye meroprijatija // Suicidologija. – 2010. – № 1. – С. 53-65.
 4. Za polgoda v Prikam'e dobrovol'no ushli iz zhizni 554 cheloveka [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.beriki.ru/2010/09/10/za-polgoda-v-prikame-dobrovolno-ushli-iz-zhizni-554-cheloveka>
 5. Zotov P.B., Mihajlovskaja N.V. Neumyslennye peredozirovki narkotika i suicidal'noe povedenie bol'nyh narkomanijami // Suicidologija. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 48-57.
 6. Kanevskij V.I. Situacija, nadsituativnost' i parasuicid // Suicidologija. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 36-42.
 7. Kudrjavcev I.A. Smyslovaja tipologija suicidov // Suicidologija. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 3-7.
 8. Kudrjavcev I.A., Dekalo E.Je. Psihologičeskie faktory i mehanizmy suicidogeneza kak kriterii suicidal'nogo riska i napravlennoj profilaktiki // Suicidologija. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
 9. Kuharenko I.A., Rychkova M.V., Hasan B.I. Metodika issledovanija dinamiki riska addiktivnogo povedenija v podrostkovom vozraste (na primere narkozavisimosti) // Psihologičeskaja diagnostika. – 2005. – № 3. – С. 17-44.
 10. Kucher A.A., Kostjukevich V.P. Vyjavlenie suicidal'nogo riska u detej // Vestnik psihosocial'noj i korrekcionno-reabilitacionnoj raboty. – 2001. – № 3. – С. 32-39.
 11. Ljubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Jekonomičeskoe bremja suicidov v Rossijskoj Federacii // Suicidologija. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
 12. Merinov A.V. K voprosu diagnostiki suici-dal'nogo povedenija pri alkogol'noj zavisimosti u mužchhin // Suicidologija. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
 13. Metodika issledovanija samoотношения (MIS) / S.R. Pantileev [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/41.html>
 14. Oprosnik «Gruppa riska narkozavisimosti» (GRN). Vyjavlenie grupp riska narkozavisimosti v staršem podrostkovom vozraste / B.I. Hasan, Ju.A. Tjumeneva. – [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-70378.html?page=2#3147617>
 15. Pantileev S.R. Samoотношение как jemocional'no-ocenocnaja sistema. – М.: Izd-vo MGU, 1991. – 110 с.
 16. Permskij kraj vhodit v pervuju pjaterku regionov RF po urovnju podrostkovyh suicidov [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://news.rambler.ru/19070720/>
 17. Polozhij B.S., Panchenko E.A. Differencirovannaja profilaktika suicidal'nogo povedenija // Suicidologija. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
 18. Prihozhan A.M. Problema podrostkovogo krizisa // Psihologičeskaja nauka i obrazovanie. – 1997. – № 1. – С. 82-87.
 19. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Suicidal'nost' i sklonnost' k risku u podrostkov: biopsihosocial'nyj sintez // Suicidologija. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 8-24.
 20. Sirota N.A., Jaltonskij V.M. Profilaktika upotreblenija narkotikov i drugih psihoaktivnyh veshhestv sredi detej i podrostkov. – М.: NNC наркологии МЗ РФ, 2003. – 95 с.
 21. Soldatkin V.A., D'jachenko A.V., Merkur'eva K.S. Issledovanie suicidologičeskoj i addiktologičeskoj obstanovki v studencheskoj srede g. Rostova-na-Donu // Suicidologija. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
 22. Special'nyj doklad Upolnomocennogo po pravam rebenka v Permskom krae «O sobljudenii prav i zakonnyh interesov detej v Permskom krae v 2009 godu» [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://lib.znate.ru/docs/index-141089.html>
 23. Statistika suicidov [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>
 24. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti. – М.: МГУ, 1983. – 284 с.
 25. Strashnaja statistika podrostkovyh samoubijstv [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.kp.ru/daily/25802.5/2783101/>
 26. Uzlov N.D., Uzlov A.N. Model' prevencii suicida v uslovijah uchebnogo zavedenija // Suicidologija. – 2010. – № 1. – С.75-76.

27. Chevachina A. Sovremennye jempiricheskie issledovanija po probleme samootnoshenija u podrostkov // Gumanizacija navchal'no-vihovnogo processu. – 2012. – Specvipusk 9. – Slov'jansk. – S.179-188.
28. Chevachina A.V. Psihologicheskie osobennosti razvitiija samootnoshenija u starshih podrostkov v uslovijah razlichnyh vospitatel'nyh sistem: avtoreferat dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.07. – Nizhnij Novgorod, 2012. – 24 s.

SELF-RELATION OF ADOLESCENTS WITH POTENTIAL RISKS OF SUICIDE AND ADDICTIVE BEHAVIOR

N.D. Uzlov, E.S. Stryapunina

Berezniki Branch of the Perm State National
Research University, Russia

By means of the Questionnaire of Identification of suicide risk, the Questionnaire «Group of Risk of a Drug Addiction» and the Questionnaire «Research of the self-relation at teenagers» 87 pupils of 10-11 classes are

surveyed. All respondents were treated categories as socially adapted, successful pupil. It was established that among the examined teenagers there is a considerable number of latent carriers of risk factors of suicide and addictive behavior. The greatest danger is represented by cross risks of suicide and addictive behavior which come to light at 18-20% of the surveyed contingent of teenagers. The self-relation structure at carriers of risk factors of suicide and addictive behavior has no basic distinctions between groups «not risking» and «risking» teenagers, except for parameter of the self-management: at potential self-murderers its level is statistically significantly higher, and at carriers of factors of risk – is lower in comparison with «not risking» adolescents. The question of creation up of new programs of prevention of the studied deviations focused on work with the contingents of intelligent youths is raised.

Keywords: adolescents, self-relation, self-management, suicide risk, risk of addictive behavior.

УДК: 616.89-008.44

ИНТЕГРАЛЬНАЯ МАТРИЦА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ САМОУБИЙСТВ

А.А. Гизатулина, А.А. Тараданов

ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (Челябинский филиал), г. Челябинск, Россия
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет», г. Челябинск, Россия

Контактная информация:

Гизатулина Анастасия Александровна – социолог. Место работы и должность: специалист лаборатории прикладной политологии и социологии ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (Челябинский филиал). Адрес: г. Челябинск, ул. Комарова, 26. Телефон: 8 (912) 310-06-01, e-mail: gizatulinaaaa@mail.ru

Тараданов Александр Ардалионович – доктор социологических наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной работы и социологии ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет». Адрес: г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 129. Телефон: 8 (351) 779-70-81, e-mail: taradanov@csu.ru

В статье систематизированы мотивационные типы-установки самоубийства (табу, подвиг, поступок, протест, укор, выход, уход), выработаны (определены) понятия действительного и недействительного самоубийства, непосредственного и опосредованного самоубийства; обоснована и предложена категорийно-мотивационная структура самоубийств; определены и разведены понятия самоубийства как осознаваемого убийства человеком себя и суицида как его разновидности – действительного (преднамеренного или аффективного) непосредственного убийства себя, имеющего мотивационным содержанием «протест»; и (или) «укор»; и (или) «выход»; и (или) «уход»).

Ключевые слова: осознаваемое убийство человеком себя (самоубийство), непосредственное и опосредованное самоубийство, действительное и недействительное самоубийство, действительное (преднамеренное или аффективное) непосредственное убийство себя (суицид как разновидность самоубийства).

В истории человеческой цивилизации представлены самые разнообразные виды самоубийств и их оценки вплоть до диаметрально противоположных, что весьма усложняет определение понятия суицида и, соответствен-

но, дальнейших теоретических и эмпирических его исследований. В древнем Китае больные и старики, потеряв способность к труду, обязаны были убить себя [7]. В Индии совершались религиозные самоубийства в виде самоутопле-

ния и самосожжения, последователи Вишну бросались под колеса громадных колесниц, принося себя в жертву [8]. Долгое время в Индии обязательным было самоубийство вдов – «сати» [22], которое было одним из наиболее распространенных видов ритуального самоубийства, а добровольным – «браминов», которым не следовало дожидаться старости и болезней, дабы не испортить «сансару» – возрождение в новом, более прекрасном и благородном теле [6].

В Японии до сих пор имеют место исторически сложившиеся неформальные, но обязательные «требования чести» – ритуальные самоубийства, окруженные ореолом святости [4]. Самоубийство по определенному ритуалу безальтернативно, если следует *искупить вину* или *выразить протест* против несправедливости для сохранения чести.

В древней Греции и древнем Риме пожилой или тяжело больной человек, решивший покинуть мир, созывал друзей, устраивал пир и с восходом солнца заканчивал жизнь самоубийством [17].

В Древней Руси до принятия христианства, как свидетельствует Н. Карамзин, «славянки не хотели переживать мужей и добровольно сжигались на костре с их трупами. Вдова живая бесчестила семейство» [16].

Однако уже Аристотель считал, что смерть приходит в положенный час и ее следует приветствовать; самоубийство – *проявление трусости и малодушия*, даже если оно спасает от бедности, безответной любви, телесного или душевного недуга [1]. Убивая себя, человек преступает закон и поэтому виновен перед собой, как афинский гражданин, и перед государством, оскверненным пролитой кровью. Не случайно в Афинах существовал обычай отрубать и хоронить отдельно руку самоубийцы [3].

Самоубийство христианина предвещает ему вечные муки [16]. В Исламе самоубийство – тяжелейший из грехов, решительно запрещаемое Кораном. «Кысмет», то есть судьба, предначертана Аллахом, и правоверные мусульмане обязаны терпеливо сносить все удары судьбы как ниспосланные свыше испытания в этой жизни. Однако героические самоубийства и самопожертвования во имя отечества и Аллаха [16] приветствуются.

В Буддизме смерть – событие незначительное для души; в индуизме – способ перерождения в иную жизнь, продолжающую цепь

существований земных. Самоубийство в буддизме обещает последующие блага [16].

В Древней Греции самоубийство было распространенным вариантом ухода из жизни для неизлечимо больных, осужденных к смерти преступников, для уставших жить людей. Платон вводит в законодательство право на смерть тяжело больного, а Аристотель без осуждения говорит об убийстве детей, рожденных с дефектом [1].

Эпикур прославлял самоубийство как деяние более храброе, чем недостойная жизнь в боли. Сенека утверждал: «Если я могу выбирать между смертью и мучениями или легкой и простой смертью, почему мне не выбрать последнюю. Ведь нет никакой разницы, смерть ли к нам придет, или мы к ней» [21]. Аргумент за «открытую дверь» был возрожден в 20-м столетии Ж.-П. Сартром, который подчеркнул что выбор – даже выбор пребывания живым каждый день – неизбежен [20]. А.Ф. Кони полагал, что эвтаназия допустима с нравственной и юридической точки зрения [13].

Поэтому сложности в определении и решении проблемы самоубийства не могли не привлечь повышенного внимания исследователей-обществоведов. Одно из первых теоретических определений *самоубийства* представлено у Е. Дюринга: «Самоубийство – это добровольная смерть, которая связывается не только с величайшим страданием для решившегося на нее, но вместе с тем является и общим протестом против порядка вещей, вынудившего на этот акт» [9]. Итак, Е. Дюринг определяет самоубийство как добровольную смерть, причиной которой является неразрешимый (по мнению личности) конфликт между личностью и обществом. Тему «на смерть для блага общества» Дюринг не затрагивает.

Э. Дюркгейм формулирует следующее определение: самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах [10]. То есть, Дюркгейм включает в понятие самоубийства не только конфликт и протест в отношениях личности и общества, но и прямо противоположное – выбор человеком для себя неизбежного смертельного исхода «за идею» или «на благо других».

Обосновывая свою позицию, Э. Дюркгейм выделяет и описывает четыре основных вида самоубийств. Первый вид – это эгоистическое самоубийство: саморазрушение в этих случаях обусловлено тем, что индивид чувствует себя *отчужденным* и *изолированным* от общества, семьи и друзей.

Второй вид – *аномическое* самоубийство: как реакция индивида на аномию (буквально «беззаконие»), которое совершается, согласно анализу Дюркгейма, из-за ощущения того, что жизнь больше не имеет смысла, из ощущения одиночества, изоляции и рассогласованности с нормами и ценностями общества.

Третий вид – *альтруистический*. Совершается человеком, если авторитет социума или группы подавляет его собственную эгоистичность, и он жертвует собой во благо общества, ради какой-либо социальной или религиозной идеи.

И последний вид – это *фаталистическое* самоубийство, которое имеет место в авторитарных обществах, общественных структурах с чрезмерным контролем общества над индивидом, чрезмерной общественной регламентацией: тюрьма, армия и военизированные организации. Избыток постоянной регламентации, которая становится невыносимой, чрезмерный контроль общества над индивидом, повсеместное, гнетущее регулирование, физический или моральный деспотизм создают невыносимые условия для жизни индивида [10].

Выделение Дюркгеймом *альтруистического* самоубийства принципиально важно для дальнейшего развития теории суицида. Таким выделением Э. Дюркгейм теоретически решает проблему «общего» и «частного» в определении основных понятий в структуре самоубийства, которое (самоубийство вообще) здесь начинает выступать обобщающей категорией для двух *принципиально различных* областей самоубийства, исследуемых Дюркгеймом: «суицида» как самоубийства вследствие неразрешимого конфликта личности и общества (сюда подпадают *эгоистическое, аномическое и фаталистическое* самоубийства), – и «попутка», «героизма» или «подвига», объединяющего *альтруистические* самоубийства.

Тот факт, что Э. Дюркгейм очень точно уловил тонкую, но принципиальную разницу между самоубийством и суицидом, далеко не всегда обнаруживаемую другими авторами, подтверждается современными определениями суицида. Так, суицид определяют и как сино-

ним самоубийства [18]; и как «преднамеренное лишение себя жизни, самоубийство» [2]; и как «*осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций*» [12]. Однако то, что «суицид» определяют все-таки через «самоубийство», говорит о том, что Э. Дюркгейм прав, *разводя* данные понятия и полагая суицид лишь *частным* (хотя и частым) случаем самоубийства.

Э. Фромм, видимо почувствовавший «неразбериху» в теоретическом соотношении «самоубийства» и «суицида», предпочел не углубляться в нее и использовать более «туманное» понятие *суицидального поведения*, не давая его определения, но указывая, что суицидальное поведение нужно рассматривать в рамках «саморазрушительного» поведения [23].

К суицидальному поведению Э. Фромм относит:

1. Злоупотребление алкоголем, наркотиками, курением.
2. Намеренную рабочую перегрузку.
3. Упорное нежелание лечиться.
4. Рискованный стиль вождения транспортных средств, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии.
5. Упорное стремление к поездкам в зоны боевых действий.
6. Увлечение некоторыми видами спорта, когда оно связано с неоправданным риском (альпинизм, парашютный спорт) [23].

М. Фарбер определяет самоубийство как «сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [24]. Однако данное определение не совсем корректно, поскольку, например: а) трудно назвать «сознательным» лишение себя жизни в состоянии аффекта; и б) трудно назвать «быстрым» лишение себя жизни методом, например, отказа от приема пищи.

Э. Шнейдман определил самоубийство как осознанный акт самоуничтожения, понимаемый наилучшим образом, как многогранное расстройство личности, имеющей проблему, для решения которой самоубийство представляется лучшим вариантом [25]. Данное определение так же не совсем удовлетворительно по причине включения в него весьма неопределенного положения «многогранное расстройство личности».

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Самоубийство – это преднамеренный акт убийства самого себя» [19]. Данное определение не содержит

вышеуказанных недостатков, однако понятие «преднамеренный акт убийства самого себя» тоже спорно, поскольку Христос, Гастелло и Матросов сами себя преднамеренно не убивали. Да и совершенное в состоянии аффекта самоубийство трудно назвать преднамеренным.

А. Meerloo, Н. Фарбероу, Н. Табачников вводят понятия «непрямое саморазрушение», «скрытый суицид», которые также связывают с «самоубийством». «Саморазрушающее поведение» Н. Табачник определяет как совершение любых действий, над которыми у человека имеется реальный или потенциальный волевой контроль, способствующих продвижению индивида в направлении ранней физической смерти [5]. «Непрямое саморазрушение» отличается от «прямого суицида» двумя моментами: протяженность во времени и неосознанность последствий. А. Meerloo сюда же относил такие феномены, как занятия опасными видами спорта, переядание или отказ от еды, неосторожное вождение машины (автоцид) [11]. Создатель концепции саморазрушительного поведения Норманн Фарбероу включает в суицидальное поведение, как формы аутоагрессии, алкоголизм, трудовоголизма, неоправданную склонность к риску, опрометчивый азарт [15].

К. Меннингер квалифицирует самоубийство как специфический вид смерти, подразумевающий три неотъемлемых элемента: умирания, убийства и жертвы убийства. Каждый из этих элементов требует детального анализа, ибо представляет как сознательные, так и бессознательные мотивы. Одновременное наличие всех трех элементов, как правило, приводит к трагическим последствиям, а отсутствие какого-либо компонента обуславливает относительно более «мягкие» формы аутоагрессивного поведения [14].

Мы здесь видим, что К. Меннингер определяет самоубийство не как «преднамеренный акт по убийству», а как «специфический вид смерти», то есть *завершенный* акт «желания умереть», чем снимает проблему *незавершившегося* смертью «преднамеренного акта по убийству себя». Но проблема «Христа-Матросова» в концепции Меннингера остается неразрешенной.

Итак, в теории суицида вырисовывается ряд проблем, отсутствие корректного решения которых значительно затрудняет дальнейшие исследования. Это:

1. Нечеткое определение суицида, отсутствие теоретического решения вопроса о принадлежности - непринадлежности к суициду случаев «опосредованной» (по Дюркгейму) смерти как следствия преднамеренного или аффективного смертельного риска.

2. Неразграничение или нечеткое разграничение понятий самоубийства, суицида, эвтаназии.

3. Отсутствие цельной концепции суицида, содержащей координационно - субординационные связи между основными понятиями и отношениями в научной области исследования самоубийств.

Теоретическое движение становится возможным при определении самоубийства как осознаваемого убийства человеком себя. Осознаваемое убийство человеком себя точнее «сознательного» и «преднамеренного», поскольку позволяет включать сюда, например, самоубийство в состоянии аффекта, которое не является ни сознательным, ни преднамеренным, но осознаваемо в смысле ожидаемого результата – смерти. Это определение также «работает» в случае с рискованными действиями, не имеющими целью самоубийство, но с осознаваемыми последствиями (закономерная гибель как следствие экстремального поведения).

Такой подход дает основания и возможность сформировать категориальную структуру самоубийства через определение и разведение в нем четырех основных форм, составляющих две группы по две формы: 1) непосредственного и опосредованного самоубийства; и 2) действительного и недействительного самоубийства.

Непосредственное убийство человеком себя (непосредственное самоубийство) есть осознаваемое лишение себя жизни без участия в этом процессе других людей или внешних условий – обстоятельств, например: застрелился, повесился, отравился, бросился с высоты.

Опосредованное убийство человеком себя (опосредованное самоубийство) есть осознаваемое лишение себя жизни при участии в этом процессе других людей или созданных с участием самоубийцы внешних условий - обстоятельств, закономерно приводящих его к смерти; например, когда человек осознанно идет на смертельный риск (ложится на амбразуру, лезет в драку с толпой, летит на скейтборде с отвесного склона или с повышенной скоростью да на красный свет); или пере-

стает бороться, еще имея силы – но потеряв надежду....

Непосредственное самоубийство обнаруживает четыре его основных разновидности:

- 1) преднамеренное;
- 2) аффективное;
- 3) фарс;
- 4) несчастный случай.

Преднамеренное самоубийство – это заранее спланированное, сознательно подготовленное самим человеком непосредственное самоубийство (выбрал способ, обеспечил его необходимыми средствами, выбрал время и место и реализовал по плану).

Аффективное самоубийство – это непосредственное самоубийство, совершенное спонтанно, без планирования и предварительной подготовки (произошло событие, «выбившее» человека «из себя», – и тут же оказалось средство для лишения себя жизни...).

Самоубийство – фарс (или «буфф»): непосредственное самоубийство вследствие, например, демонстрации намерения прекращения собственной жизни при отсутствии такого намерения (что-то пошло не так...).

Самоубийство – несчастный случай: непосредственное самоубийство, произошедшее без намерения, аффекта, планирования и предварительной подготовки (неосторожное обращение с оружием, токами высокого напряжения, ядохимикатами, механизмами ...).

К «действительному» непосредственному самоубийству (прямому убийству человеком себя) принадлежат только две разновидности: преднамеренное и аффективное. Фарс и несчастный случай составляют подгруппу «недействительных» непосредственных самоубийств.

Опосредованные самоубийства также обнаруживают четыре основных своих разновидности: жертва (самопожертвование), эвтаназия, экстремальное поведение, смертельное бездействие.

Самоубийство – жертва (*самопожертвование*): человек подвергает себя смертельному риску во имя и для блага других людей и (или) «во имя идеи».

Самоубийство – эвтаназия: человек лишается жизни по его желанию с помощью других людей вследствие невыносимых физических мук и страданий от болезней или травм и (или) желания освободить друзей и близких от излишних переживаний и материально - временных затрат.

Самоубийство – экстремальное поведение: человек сам осознанно подвергает себя риску и в результате лишается жизни.

Самоубийство – смертельное бездействие: в условиях угрозы жизни человек перестает бороться за жизнь, еще имея силы – но потеряв надежду.

Отсюда следует, что из четырех разновидностей опосредованного самоубийства к «действительному» самоубийству (убийству человеком себя) принадлежат тоже две: жертва и эвтаназия. Экстремальное поведение и смертельное бездействие составляют подгруппу «недействительных» опосредованных самоубийств.

Итого, в составе действительных самоубийств два непосредственных (преднамеренное и аффективное) и два опосредованных (жертва и эвтаназия). И в составе недействительных самоубийств также два непосредственных (фарс и случайная гибель) – и два опосредованных: экстремальное поведение и смертельное бездействие.

По *мотивационному* основанию самоубийства являют собой шесть основных типов:

- 1) «табу»;
- 2) «подвиг»;
- 3) «поступок»;
- 4) «протест» (или «укор»);
- 5) «выход»;
- 6) «уход».

Самоубийство – «табу» имеет мотивационным основанием признание (приятие) личностью примата общества, социальной группы или идеи в вопросах ее (личности) жизни и смерти.

Самоубийство – «подвиг»: имеет обоснованием благо других людей.

Самоубийство – «поступок»: имеет мотивационным основанием гибель во имя идеи (Че Гевара); веры (Христос) или чести («бусидо», дуэль и т.д.).

Самоубийство – «протест» (или «укор»): *убийство себя* вследствие неразрешимого конфликта личности и общества.

Самоубийство – «выход»: *убийство себя* вследствие невыносимых *психических* страданий из-за внутриличностного конфликта.

Самоубийство – «уход»: например, вследствие невыносимых *физических* мук и страданий от болезней или травм и (или) желания освободить друзей и близких от излишних переживаний и материально-временных затрат.

Категорийно-мотивационная структура самоубийства

	Категории самоубийства									
	Непосредственные самоубийства				Опосредованные самоубийства					
	Действительные самоубийства (неизбежная гибель)		Недействительные самоубийства (случайная гибель)		Действительные самоубийства (ожидаемая гибель)		Недействительные самоубийства (закономерная гибель)			
	Преднамеренное	Аффективное	Фарс (буфф)	Несчастный случай	Жертва	Эвтаназия	Экстремальное поведение	Смертельное бездействие		
Мотивационные основания самоубийства и установок	<u>Табу:</u> таковы правила	Я должен умереть, как все	Достали своими правилами		Чистить оружие положено	Я должен умереть для пользы общ-ва	Я должен умереть, но сам не могу. Помогите.	От этого гибнут. Но иначе нельзя	Умру как все	
	<u>Подвиг:</u> моя смерть спасет жизнь другим					Иду на смерть ради жизни!	Все равно я умираю – дайте гранат, я взорву врагов	Спасу ценой своей жизни!	Я умру, но на этом все закончится	
	<u>Поступок:</u> моя смерть поможет жизни						Все равно умираю. Возьмите мои органы в качестве донорских	Честь дороже жизни	Может, на этом закончатся	
	<u>Протест-укор:</u> получайте!	СУИЦИД Моя смерть привлечет внимание	СУИЦИД Может, хоть так обратят внимание	Пусть он, изменщик, знает					Скучно жить! Рискую всем наперекор	Никто не может помочь
	<u>Выход:</u> жизнь потеряла смысл	СУИЦИД Так жить дальше не могу	СУИЦИД Тогда жить незачем						Скучно! Рискую назло себе!	
	<u>Уход:</u> так всем будет лучше	СУИЦИД Если я умру, всем будет лучше	СУИЦИД Так пусть всем станет лучше!				Рискую: погибну – всем будет лучше		Устал жить...	

Полученное позволяет нам теперь теоретически развести самоубийство и суицид и выделить *суицид* как *определенный тип* самоубийства.

Из выше изложенного получается, что суицид представляет собой действительное (преднамеренное или аффективное) непосредственное самоубийство, имеющее мотивацион-

ным содержанием «протест» («укор»); и (или) «выход»; и (или) «уход». В целом, все самоубийства теоретически складываются в следующую категориально - мотивационную структуру (табл. 1).

Итак, из 48 (8 × 6) теоретически сформулированных категориально - мотивационных разновидностей самоубийства суицид представляют собой только *шесть групп* и только *действительных* самоубийств:

- 1) протест-преднамеренное;
- 2) протест-аффективное;
- 3) выход-преднамеренное;
- 4) выход-аффективное;
- 5) уход-преднамеренное;
- 6) уход-аффективное.

Остальные незаполненные или представленные лишь разновидностями установок ячейки структуры самоубийств не являются суицидом и еще ждут своего определения.

Литература:

1. Аристотель. О душе // Аристотель. Соч. в 4 т. – М.: Мысль, 1975. – Том 3.
2. Большой психологический словарь. – М.: Прайм-ЕВРОЗНАК. Под ред. Б.Г. Мещерякова, акад. В.П. Зинченко, 2003.
3. Бруханский Н.П. Самоубийцы. – Л.: 1927. – С. 12-36.
4. Бусидо. Кодекс чести японского война. – М.: Астрель, 2008. – 123 с.
5. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – С. 60.
6. Гипинский Я. И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – СПб.: «Юридический центр Пресс», 2004. – 520 с.
7. Древнеиндийская философия / Н.П. Суханов (отв. ред.) и др. – М.: Наука, 1963 – 128 с.
8. Древнеиндийская философия. – М.: Соцэкгиз, 1963. – 272 с.
9. Дюринг Е. Ценность жизни. – Мн.: Харвест, М.: ООО «Издательство АСТ», 2000. – 197 с.
10. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – С. 399.
11. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – С. 23.
12. Краткий психологический словарь. – Ростовна-Дону: «ФЕНИКС» / Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998 // [Электронный ресурс] // URL <http://psychology.academic.ru/2511/>
13. Малиновский А. Имеет ли человек право на смерть? // Российская юстиция. – 2002. – № 8. – С. 54-55.
14. Меннингер К. Война с самим собой [Электронный ресурс] // URL: <http://www.fidel-kastro.ru/psihology/suicide/menninger.htm>
15. Морев М.В., Шабунова А.А., Гулин К.А. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения [Текст]: Монография / Под ред. В.А. Ильина – Вологда: Ин-т социально-экономического развития территорий РАН, 2010. – 188 с.
16. Моховиков А.Н. Введение к историко-философскому разделу // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 24.
17. Плахов В.Д. Социальные нормы: Философское основание общей теории. – М.: Мысль, 1985 – 253 с.
18. Прикладные аспекты современной психологии: термины, законы, концепции, методы / Справочное издание, автор-составитель Н.И. Конюхов, 1992 г. // [Электронный ресурс] // URL <http://vocabulary.ru/dictionary/30/word/suicid>
19. Самоубийства. ВОЗ [Электр. ресурс] // URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>
20. Сартр Ж.-П. Бытие и ничто (извлечения) // Человек и его ценности. – М., 1988. – Часть 1. – С. 104.
21. Сенека Л. Нравственные письма к Луцилию. Если хочешь быть свободным. – М.: Политиздат, 1992. – С. 7.
22. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993 – 286 с.
23. Фромм Э. Здоровое общество / Пер. с англ. Т. Банкетовой. – М.: АСТ: Хранитель, 2006. – 539 с.
24. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. – М.: Захаров, 2006.
25. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – С. 17.

Транслитерация:

1. Aristotel'. O dushe // Aristotel'. Soch. v 4 t. – М.: Mysl', 1975. – Том 3.
2. Bol'shoj psihologicheskij slovar'. – М.: Prajm-Evroznak. Pod red. B.G. Meshherjakova, akad. V.P. Zinchenko, 2003.
3. Bruhanskij N.P. Samoubijcy. – L.: 1927. – S. 12-36.
4. Busido. Kodeks chesti japonskogo vojna. – М.: Astrel', 2008. – 123 s.
5. Wojceh V.F. Suicidologija. – М.: Miklosh, 2007. – S. 60.
6. Gipinskij Ja.I. Deviantologija: sociologija prestupnosti, narkotizma, prostitucii, samoubijstv i drugih «otklonenij». – SPb.: «Juridicheskij centr Press», 2004. – 520 s.
7. Drevneindijskaja filosofija / Redkol.: N.P. Suhanov (otv. red.) i dr. – М.: Nauka, 1963 – 128 s.
8. Drevneindijskaja filosofija. – М.: Socjckgiz, 1963. – 272 s

9. Djuring E. Cennost' zhizni. – Mn.: Harvest, M.: ООО «Izdatel'stvo AST», 2000. – 197 s.
10. Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud / Per, s fr. s sokr.; Pod red. V. A. Bazarova. – M.: Mysl', 1994. – S. 399.
11. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: «Izdatel'stvo «Dialekt», 2004. – S. 23.
12. Kratkij psihologicheskij slovar'. – Rostov-na-Donu: «FENIKS» / L.A. Karpenko, A.V. Petrovskij, M.G. Jaroshevskij, 1998 // [Elektronnyj resurs] // URL <http://psychology.academic.ru/2511/>
13. Malinovskij A. Imeet li chelovek pravo na smert'? // Rossijskaja justicija. – 2002. – № 8. – S. 54-55.
14. Menninger K. Vojna s samim soboj [Elektronnyj resurs] // URL: <http://www.fidelkastro.ru/psychology/suicide/menninger.htm>
15. Morev M.V., Shabunova A.A., Gulin K.A. Social'no-jekonomicheskie i demograficheskie aspekty suicidal'nogo povedenija [Tekst]: Monografija / Pod red. V.A. Il'ina –Vologda: In-t social'no-jekonomicheskogo razvitiya territorij RAN, 2010. – 188 s.
16. Mohovikov A.N. Vvedenie k istoriko-filosofskomu razdelu // Suicidologija: proshloe i nastojashhee. Problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah. – M., 2001. – S. 24.
17. Plahov V.D. Social'nye normy: Filosofskoe osnovanie obshhej teorii. – M.: Mysl', 1985 – 253 s.
18. Prikladnye aspekty sovremennoj psihologii: terminy, zakony, koncepcii, metody / Spravochnoe izdanie, avtor-sostavitel' N.I. Konjuhov, 1992 g. // [Elektronnyj resurs] // URL <http://vocabulary.ru/dictionary/30/word/suicid>
19. Samoubijstva. Sajt Vsemirnoj organizacii zdoravoohranenija (VOZ) [Elektronnyj resurs] // URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>
20. Sartre Zh.-P. Bytie i nichto (izvlechenija) // Chelovek i ego cennosti. – M., 1988. – Chast' 1. – S. 104.
21. Seneka L. Nravstvennye pis'ma k Luciliju. Esli hochesh' byt' svobodnym. – M.: Politizdat, 1992. – S. – 7.
22. Tregubov L.Z., Vagin Ju.R. Jestetika samoubijstva. – Perm', 1993 – 286 s.
23. Fromm Je. Zdorovoe obshhestvo / Per. s angl. T. Banketovoj. – M.: AST: Hranitel', 2006. – 539 s.
24. Chhartishvili G. Pisatel' i samoubijstvo. – M.: Zaharov, 2006.
25. Shnejdman Je. Dusha samoubijcy: per. s angl. – M.: Smysl, 2001. – S. 17.

INTEGRAL MATRIX DIFFERENTIATION OF SUICIDE

A.A. Gizatulina, A.A. Taradanov

Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia
Russian Academy of National Economy and Public
Administration under the President of the Russian
Federation" (Chelyabinsk branch), Russia

In the article the motivational types of installation-suicide (taboo; feat; Act; protest; reproach; exit; care), set (defined) concept of valid and invalid suicide, direct and indirect suicide is justified and proposed categorijno-motivational structure of suicide, identified and separated the notion of suicide as perceptions of oneself and suicide murder as its varieties-valid (intentional or affective) direct killing themselves with motivational content of "protest"; and (or) rebuke; and (or) exit; and (or) "maintenance").

Keywords: aware of killing oneself (suicide-R), direct and indirect suicide, valid and invalid, valid (intentional or affective) direct killing themselves.

УДК: 616.89-008

«СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ ТЕРРИТОРИИ» КАК ЭТАП РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин

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

Контактная информация:

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

Родяшин Евгений Владимирович – главный врач ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: (3452) 72-72-40

Для разработки дифференцированных программ суицидальной профилактики необходима более глубокая оценка суицидологической ситуации в отдельном регионе. Системный учет всех необходимых показателей, прямо или косвенно, отражающих и влияющих на суицидальную ситуацию в регионе, авторы предлагают представить как «суицидологический паспорт территории». Он включает 4 основные категории: 1. Характеристика суицидологической ситуации территории (число попыток и завершённых суицидов; их характеристика). 2. Межведомственная система суицидальной профилактики (средства) – инвентаризация учреждений и служб,

способных оказывать помощь при суицидальном поведении. 3. Ведущие специалисты (профессиональная среда). 4. Профилактическая работа (просветительская работа, научные конференции и др.).

Систематическое оформление подобного паспорта, например, по образцу подготовки годовых отчетов, даст возможность динамического наблюдения за регионом, оценки эффективности профилактической и коррекционной работы.

Ключевые слова: суицид, суицидологический учет, суицидальная превенция, суицидологический паспорт.

В России в течение ряда последних лет отмечается устойчивая тенденция к снижению числа самоубийств. Так, если в 1995 году добровольно ушли из жизни 61 тыс. человек, то спустя 10 лет, в 2005 г. – на 15 тысяч меньше – 46,1 тысяч. В 2012 году этот показатель достиг абсолютного минимума за последние 20 лет – 29,7 тысяч. Относительные значения смертности от самоубийств за данный период составили: 1995 г. – 41,4; 2005 г. – 32,1; 2011 г. – 21,8 [6, 7, 21].

Отмеченная регрессивная динамика, безусловно, является положительным социальным моментом. Однако превышение регистрируемого уровня самоубийств, оцениваемого экспертами ВОЗ как «критический» – выше 20 случаев на 100000 населения, указывает на необходимость поиска новых путей улучшения демографической ситуации в стране. Снижение суицидальной смертности является одной из важнейших медико-социальных задач, тем более, что гибель от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, поддающийся влиянию не только социально-экономических, но и медицинских, психологических факторов [12, 18].

С целью комплексного подхода к решению этой проблемы требуется разработка национальной программы суицидальной превенции [15, 17], учитывающей, в том числе территориальные, культуральные и др. особенности [23, 25]. Последний аспект достаточно важен, так как в ряде регионов страны уровень суицидальной активности значительно превышает среднероссийский [2, 24, 26]. Статистические данные свидетельствуют о том, что в «суицидологическом рейтинге» доминируют Сибирский, Дальневосточный и Приволжский федеральные округа с уровнем самоубийств – 30,0 случаев и более на 100000 населения [17]. «Лидирующие» места занимают республики Алтай, Бурятия и Тыва [22, 23, 25].

Повышение уровня суицидальной активности населения обычно является отражением неблагоприятной экономической ситуации [14, 15, 25], высокой распространенности злоупотребления алкоголем и другими психоактив-

ными веществами [1, 3, 19, 27], недостаточного уровня медико-социальной и психиатрической помощи [11, 20], криминальными проблемами [16] и др. Влияние каждого отдельного фактора с суицидогенным потенциалом, нередко, имеет региональную специфичность. Поэтому при общем знании основных направлений профилактической работы [15, 17, 18], которые могут войти в национальную программу суицидальной превенции, учет региональных особенностей позволит обеспечить более дифференцированный подход превентивных мер. Это объясняет важность и необходимость разработки территориальных программ в каждом федеральном округе, включающих подпрограммы более низкого уровня – края, области, города, района и др.

Необходимыми базовыми условиями являются единство структуры и определение основных направлений деятельности данных программ, при возможности акцентирования внимания (в том числе финансирования) на отдельных направлениях, отражающих территориальные, в том числе культуральные, национальные и др. особенности региона.

Первым этапом подготовки таких программ, на наш взгляд, является более глубокая оценка суицидологической ситуации, а так же инвентаризация имеющихся сил (профессиональная среда) и средств (организации медицинской, социальной и др. служб) для определения приоритетных направлений развития. Системный учет всех необходимых показателей, прямо или косвенно отражающих и влияющих на суицидальную ситуацию в регионе, может быть представлен как «суицидологический паспорт территории».

Среди предпочтительных категорий учёта в «Суицидологический паспорт» могут быть включены:

1. Характеристика суицидологической ситуации в территории:
 - 1.1. Число завершённых самоубийств.
 - 1.2. Число суицидальных попыток.
 - 1.3. Распределение суицидальных действий (завершённых суицидов и суицидальных попыток) по полу, возрасту, месту проживания

(город / село), этнической принадлежности, социальному положению.

1.4. Способы и средства суицидальных действий.

1.5. Наличие психической и / или соматической патологии у суицидентов.

1.6. Применение психоактивных веществ при совершении суицидальных действий (алкоголь, наркотические средства и др.).

1.7. Кратность повторения суицидальных действий.

1.8. Другие категории.

Пояснения: действующая в настоящее время система учёта позволяет оценить лишь число завершённых самоубийств. Суицидальные попытки в России учёту не подлежат, а их количество обычно оценивают приблизительно, по числу вызовов скорой помощи [8]. Между тем, знание точного количества числа суицидоопасного контингента, его гендерного и возрастного состава, особенностей психического состояния, наркологического анамнеза и соматического статуса позволяет определить основные направления превентивных мер и их объём. В первую очередь это лица, совершившие суицидальную попытку и проявляющие внешние признаки повышенной суицидальной готовности (активные суицидальные высказывания, суицидальные угрозы, суицидальный шантаж). Коррекционная работа среди этих лиц и является тем ведущим направлением профилактики добровольного ухода из жизни, так как известно, что не менее трети лиц, совершивших суицидальную попытку, в последующем ее повторяют [28].

В качестве практического варианта решения проблемы регистрации и учёта суицидальных попыток нами была предложена модель специализированного суицидологического регистра, действующего на основе талонной системы [10]). Опыт работы Регистра, организованного в 2012 г. на базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы, позволил получить достаточно объективную картину в регионе о количественном и качественном составе суицидоопасного контингента, способах совершаемых суицидальных действий и ряде других ведущих характеристик исследуемых лиц. В связи с чем, данная модель может быть рекомендована к внедрению в систему здравоохранения других регионов.

2. Межведомственная система суицидальной превенции (средства) – ин-

вентаризация специализированных учреждений и служб, способных оказывать помощь при суицидальном поведении.

2.1. Медицинская помощь.

2.1.1. Телефон доверия (к оцениваемым критериям могут быть отнесены: наличие, количество и доступность в течение суток территориальных номеров; доступность федерального номера. Например, в качестве одного из критериев доступности, можно отнести наличие номеров на сайтах медицинских и социальных учреждений, учебных заведений, справочных телефонных служб и др.) [4].

2.1.2. Кабинет психологической помощи (критерии: количество кабинетов, в том числе на душу населения; доступность номеров телефона для записи на приём на интернет-сайтах – по примеру телефона доверия – п.2.1.1).

2.1.3. Кризисный стационар (критерии: наличие и коечный состав, количество лиц, прошедших лечение в году).

2.1.4. Суицидологический регистр (наличие, количество – соответствие талонов первичной и уточненной регистрации [9]).

2.2. Служба психологической помощи: учебные заведения, ЛПУ и др. (критерии: количество и доля учебных заведений, ЛПУ, в которых имеется психолог или штат психологов – относительно общего числа таких учреждений в регионе).

2.3. Служба социальной помощи (критерии: те же, что в п. 2.2) [13].

3. Ведущие специалисты (профессиональная среда) – персональный профессиональный учёт специалистов. Цель учёта: количественная оценка имеющейся профессиональной среды; ее качественный состав; необходимость системной и периодической профессиональной подготовки по теме «суицидология».

Категории:

3.1. Врачи-психиатры.

3.2. Психотерапевты.

3.3. Психологи (клинические, социальные и др.).

3.4. Педагоги.

3.5. Социальные работники.

4. Профилактическая работа.

4.1. Научно-практические, научные конференции (критерии: количество конференции по данной тематике и число участников – отдельно для различных категорий: для врачей общей

лечебной сети, для психиатров и психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников).

4.2. Просветительская работа: выступления в СМИ, лекции, семинары, брошюры, акции др. в общей аудитории / популяции (критерии: количество отдельных форм работы и число участников).

4.3. Интернет-ресурсы (критерии: например, число региональных интернет-сайтов с действующими площадками, где обсуждаются с привлечением специалистов – психологов, психотерапевтов, психиатров – обращения за психологической помощью из общей аудитории. Другой возможный вариант: доступность в регионе запрещенных сайтов, призывающих к суициду. В этом случае критерием оценки может быть мониторинг доступности сайтов по ключевым словам – суицид, самоубийство, проводимый, к примеру, 1 числа начала каждого квартала, то есть 4 раза в год) [5].

Предлагаемый в данной работе «суицидологический паспорт территории», конечно, не является окончательным вариантом. Это лишь попытка разработать возможный инструмент, включающий основные категории, практическое применение которого позволит дать объективную комплексную оценку суицидологической ситуации в регионе, и укажет основные проблемы и направления деятельности всей системы суицидальной превенции.

Систематическое оформление подобного паспорта, например, по образцу подготовки годовых отчетов, так же даст возможность динамического наблюдения за регионом, оценки эффективности профилактической и коррекционной работы. Объективным итоговым критерием, безусловно, должно быть число регистрируемых суицидальных действий в данной территории (завершенные суициды и покушения на самоубийство).

Литература:

1. Балашов П.П., Сульдин А.М., Савченко М.Е. Некоторые результаты исследования аутоагрессивного и девиантного поведения коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа на фоне алкогольной зависимости // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 4-5.
2. Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Антонова А.А. Структура завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области (по данным за 2001–2010 гг.) // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 37-41.
3. Бохан Н.А., Семке В.Я., Мандель А.И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32-38.
4. Давыденко А.Ф., Семенова Н.Б., Щеглова Ю.Н. и др. Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 48-49.
5. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодежи (на основе анализа социальной сети «Вконтакте») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 37-39.
6. Демографический ежегодник России. 2012: Стат. сб. / Росстат. – М., 2012. – 535 с.
7. Демографический ежегодник России. 2013: Стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – 530 с.
8. Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершенных суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 3-10.
9. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 6. – С. 13-16.
10. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 10-11.
11. Коргонен М.Е. Суицидальное поведение подростков в условиях социального сиротства // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 33-34.
12. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 44-58.
13. Корнетов Н.А., Дубовская Л.Н. Развитие антикризисной суицидологической помощи в системе социальной защиты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 39-41.
14. Лазебник А.И. Анализ взаимосвязи динамики уровня безработицы и частоты самоубийств в Удмуртской Республике в 1992-2003 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 35-36.
15. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
16. Петушкова А.М. Аспекты психодиагностического прогнозирования аутоагрессивного поведения осужденных, подозреваемых, обвиняемых // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 32-33.

17. Положий Б.С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 11-17.
 18. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
 19. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
 20. Розанов В.А., Рейтарова Т.Е., Рахимкулова А.В., Уханова А.И., Розанова О.В. Психическое здоровье и суицидальные тенденции среди подростков в связи с социо-экономическими факторами семьи // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 32-34.
 21. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. / Росстат. – 2012. – 786 с. ISBN 978-5-89476-532-1
 22. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 48-51.
 23. Семенова Н.Б. Особенности эмоциональной сферы коренной молодежи Севера как фактор риска суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 11-13.
 24. 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.
 25. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.
 26. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Петрова С.В., Шаповалов Д.Л. Анализ динамики показателей суицидальной активности населения Воронежской области за период 1996-2006 гг. // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 52.
 27. Bokhan N.A., Baturin E.V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – Vol. 41, № 7. – P. 710—714.
 28. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. Ed.: Second Edition Binding: Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.
- Транслитерация:
1. Balashov P.P., Sul'din A.M., Savchenko M.E. Nekotorye rezul'taty issledovaniya autoagressivnogo i deviantnogo povedeniya korennoho naseleniya Jamalo-Neneckogo avtonomnogo okruga na fone alkohol'noj zavisimosti // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – Tom 15, № 3. – S. 4-5.
 2. Baryl'nik Ju.B., Bachilo E.V., Antonova A.A. Struktura zavershjonnyh i nezavershjonnyh suicidov na territorii Saratovskoj oblasti (po dannym za 2001–2010 gg.) // Suicidologija. – 2011. – № 4. – S. 37-41.
 3. Bohan N.A., Semke V.Ja., Mandel' A.I. Narkologicheskaja situacija i psihicheskoe zdorov'e naselenija: regional'nye trendy desjatiletija // Psihicheskoe zdorov'e. – 2006. – № 1. – S. 32-38.
 4. Davydenko A.F., Semenova N.B., Shheglova Ju.N. i dr. Organizacija kabineta «Telefon doverija» v strukture Krasnojarskogo kraevogo psihonevrologicheskogo dispansera №1 // Suicidologija. – 2011. – № 2. – S.48-49.
 5. Demdoui N.Ju., Denisov Ju.P. Social'naja set' kak aspekt suicidal'noj aktivnosti sredi detej i molodjozhi (na osnove analiza social'noj seti «Vkontakte») // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – Tom 15, № 3. – S. 37-39.
 6. Demograficheskij ezhegodnik Rossii. 2012: Stat. sb. / Rosstat. – M., 2012. – 535 c.
 7. Demograficheskij ezhegodnik Rossii. 2013: Stat. sb. / Rosstat. – M., 2013. – 530 c.
 8. Zaharov S.E., Rozanov V.A., Krivda G.F., Zhuzhulenko P.N. Dannye monitoringa suicidal'nyh popytok i zavershennyh suicidov v g. Odesse za period 2001-2011 gg. // Suicidologija. – 2012. – № 4. – S. 3-10.
 9. Zotov P.B. Opyt sistemnogo suicidologicheskogo ucheta: pervichnaja dokumentacija // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2011. – № 6. – S. 13-16.
 10. Zotov P.B., Rodjashin E.V., Umanskij S.M., Kuznecov P.V. Problemy i zadachi suicidologicheskogo ucheta (organizacija registra) // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2011. – № 1. – S. 10-11.
 11. Korgonen M.E. Suicidal'noe povedenie podrostkov v uslovijah social'nogo sirotstva // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2012. – № 3. – S. 33-34.
 12. Kornetov N.A. Chto javljaetsja luchshej formoj profilaktiki suicidov? // Suicidologija. – 2013. – Tom 4, № 2. – S. 44-58.
 13. Kornetov N.A., Dubovskaja L.N. Razvitie antikrizisnoj suicidologicheskoy pomoshhi v sisteme social'noj zashity // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – Tom 15, № 3. – S. 39-41.
 14. Lazebnik A.I. Analiz vzaimosvjazi dinamiki urovnja bezraboticy i chastoty samoubijstv v Udmurtskoj Respublike v 1992-2003 gg. // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2012. – № 3. – S. 35-36.
 15. Ljubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Jekonomicheskoe bremja suicidov v Rossijskoj Federacii // Suicidologija. – 2012. – № 3. – S. 3-10.
 16. Petuskova A.M. Aspekty psihodiagnosticheskogo prognozirovanija autoagressivnogo povedeniya osuzhdennyh, podozrevaemyh, obvinjaemyh // Tjumenskij medicinskij zhurnal. – 2013. – Tom 15, № 3. – S. 32-33.
 17. Polozhij B.S. Reformirovanie sistemy suicidologicheskoy pomoshhi – neobhodimoe uslovie sovershenstvovaniya ohrany obshhestvennogo psihicheskogo zdorov'ja // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2011. – № 6. – S. 11-17.
 18. Polozhij B.S., Panchenko E.A. Differencirovannaja profilaktika suicidal'nogo povedeniya // Suicidologija. – 2012. – № 1. – S. 8-12.
 19. Rozanov V.A. Samoubijstva, psiho-social'nyj stress i potreblenie alkoholja v stranah byvshego SSSR // Suicidologija. – 2012. – № 4. – S. 28-40.

20. Rozanov V.A., Rejtarova T.E., Rahimkulova A.V., Uhanova A.I., Rozanova O.V. Psihicheskoe zdorov'e i suicidal'nye tendencii sredi podrostkov v svjazi s socio-jekonomicheskimi faktorami sem'i // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2012. – № 5. – S. 32-34.
21. Rossijskij statisticheskij ezhegodnik. 2012: Stat. sb. / Rosstat. – 2012. – 786 s. ISBN 978-5-89476-532-1
22. Saharov A.V., Govorin N.V. Smernost' po prichine samoubijstv v Zabajkal'skom krae // Suicidologija. – 2011. – № 1. – S. 48-51.
23. Semenova N.B. Osobennosti jemocional'noj sfery korennoj molodezhi Severa kak faktor riska suicidal'nogo povedenija // Suicidologija. – 2011. – № 2. – S. 11-13.
24. Soldatkin V.A., D'jachenko A.V., Merkur'eva K.S. Issledovanie suicidalogicheskij i addiktologicheskij obstanovki v studencheskoj srede g. Rostova-na-Donu // Suicidologija. – 2012. – № 4. – S. 60-64.
25. Cyrempilov S.V. Suicidogennaja situacija v Burjatii: voprosy vlijanija jetnokul'tural'nyh faktorov i passionarnosti jetnosov // Suicidologija. – 2012. – № 3. – S. 48-51.
26. Jel'tekova Je.V., Ovsjannikova N.L., Petrova S.V., Shapovalov D.L. Analiz dinamiki pokazatelej suicidal'noj aktivnosti naselenija Voronezhskoj oblasti za period 1996-2006 gg.. // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. – 2010. – № 4. – S. 52.

«SUICIDAL PASSPORT TERRITORY» AS A STAGE OF DEVELOPMENT OF THE SYSTEM FOR SUICIDE PREVENTION

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin

Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

For the development of differentiated suicide prevention programs, a more profound assessment of suicidal particular region. A systematic registration of all necessary parameters, directly or indirectly, reflecting and affecting the suicide situation in the region, the authors offer to «suicidal passport territory». It includes 4 main categories: 1. Characteristic suicidal situation territory (the number of attempted and completed suicide; their characteristics). 2. Interdepartmental system for suicide prevention (products) inventory of facilities and services able to provide assistance with suicidal behavior. 3. Leading specialists (professional environment). 4. Preventive work (educational work, scientific conferences and other). The systematic design of such a passport, for example, on the model of the preparation of annual reports, enable dynamic observation of the region, to assess the effectiveness of preventive and remedial work.

Keywords: suicide, account of suicide, suicide prevention, suicidal passport.

УДК: 616.89-008

СУИЦИД «ГЛАЗАМИ» СОКРАТА И АВГУСТИНА БЛАЖЕННОГО

М.Н. Лященко

ФГБОУ ВПО "Оренбургский государственный университет", г. Оренбург, Россия

Контактная информация:

Лященко Максим Николаевич – кандидат философских наук. Место работы и должность: старший преподаватель кафедры философии науки и социологии, факультет гуманитарных и социальных наук ФГБОУ ВПО "Оренбургский государственный университет". Адрес: 460018, г. Оренбург, пр. Победы, д. 13. Телефон: 8 (3532) 372585, e-mail: megamax82@rambler.ru

Статья посвящена рассмотрению философских оснований феномена самоубийства и выявлению оценки к данному акту в Античности и Средневековье в лице Сократа и Августина Блаженного. Проведенная аналогия фундирует идею, что неоднозначность взгляда и оценки суицида в Античности различна, и в некоторых моментах не совпадает со средневековыми представлениями в рассмотрении суицида как антиценности и категоричной неприемлемости. Объективизм философского мышления Древней Греции доминировал над личными интересами, в Средневековой философской мысли начинает утверждаться личностное начало, которое однозначно оценивает самоубийство как зло, ведущее к разрушению.

Ключевые слова: самоубийство, Сократ, Августин Блаженный, логос, зло, грех.

Проблема самоубийства создавала вокруг себя немалые мыслительные пространства в силу значительного интереса философов к пониманию сущности человеческого бытия. Имплицитно возникновение интереса философов к этому феномену берет свое начало в точке пересечения важных метафизических векторов: осмысление оснований бытия и его обратной

стороны – небытия, выраженной в уничтожении и гибели «вещей».

Начиная с Сократа, философский разум начинает осмысливать проблему самоубийства в разных аспектах и плоскостях, но порой это делается в неявном виде. Эта проблема не была центральной в работах представителей афинской школы.

Открывая абсолютный характер этических понятий и неизменную их сущность Сократ, считал, что их главная задача – нравственное совершенствование души человека через придание последнему смысложизненной основы. Именно в условиях изменяющейся реальности, с её диалектической природой, абсолютные понятия становятся смыслообразующим началом. Они олицетворение мирового логоса в разуме человека. Сократ, как ни кто другой, понял, что этические понятия имеют свои онтологические основания в мировом разуме. Только онтологизация этих понятий придает им статус абсолютов.

Абсолютные понятия, для Сократа, тождественны истине, они выше по своему гносеологическому статусу, чем частные убеждения или частные поступки – это то, за что человек может расстаться со своей жизнью. Сократ говорит, что он «на стороне закона и справедливости, нежели из страха перед тюрьмой или смертью быть заодно с ... желающими несправедливого» [6]. Поэтому отказ Сократа от истины соразмерен философскому самоубийству, то есть духовной смерти. Духовная смерть для древнегреческого философа воспринималась как самое страшное наказание, которое может быть ниспослано судьбой («естественный закон», олицетворяющий справедливость и разумность). Вытекающие последствия этого жизненного акта – потеря смысложизненной основы, душевный «хаос», потеря веры в жизненные силы человека и познавательные возможности разума. Последний, таким образом, приходит в противоречие с мировым Логосом.

Параллельно с этим аспектом Сократ развивал тезис о том, что философ, прикоснувшись к истинному (трансцендентному) миру этических абсолютов, находит в нем духовное наслаждение, которое венчает познавательный процесс. Для познавшего истинный мир, материальный мир – меркнет. Его ценности и блага не интересуют Сократа. Идеальный мир – цель Сократа, так как духовные возможности и силы разума открывают человечеству разумное устройство космоса. Сократ осознал, что через свой разум он «соединяется» в акте познания с космосом. Этот познанный «идеальный мир», по Сократу, и есть модель социального мироустройства, а в частном случае – модель поведения человека, которую индивид должен осознать и внутренне разделить. Так и делает Сократ, и поэтому смерть для него нестрашна, она по его словам – «пустое дело». Сократ счи-

тает, что за истину, идеал человек имеет право умереть. В таком смысле можно трактовать поступок Демосфена, совершившего самоубийство из-за постигшего разочарования в крушении полиса и его идеалов. Но только с точки зрения этих разумных доводов самоубийство оправдывается Сократом, выступает вынужденной мерой, которой следует прибегнуть человеку. «Совсем не бессмысленно, чтобы человек не лишал себя жизни, – говорит словами Сократа Платон, – пока Бог каким-нибудь образом его к этому не принудит, вроде как, например, сегодня – меня» [7]. Но сам Сократ – дитя полиса, и его философия космоцентрична. Поэтому общество не отдельно с космосом, а человек не мыслим без общества. Сократовская мысль видит необходимость рассмотреть вопрос о самоубийстве с социальной точки зрения. Оправдывается ли оно с точки зрения общежития? Человеческое существование не отдельно связано с общественным бытием в силу удовлетворения человеком своих потребностей, желаний самоутверждения и самореализации. Это то, что, по Сократу, позволяет человеку существовать и придает смысл жить сообща, укрепляя и создавая общественные отношения, поддерживая высокий уровень саморегуляции общества. По логике рассуждения Сократа – вступление человека в общежитие обязывает его к определенному образу жизни и призывает к соблюдению долга перед другими членами общества, несмотря на человеческий эгоизм, который мыслитель считает не универсальным свойством. Он говорит, что «социальная ответственность является неотъемлемой, существенной характеристикой индивида» [4]. Человек за свои поступки не только должен нести ответственность, но и выстраивать жизненную стратегию с учетом общественного блага. В этом и кроится достоинство человека.

Достоинство человека заключается в следовании добродетели – соблюдение закона и справедливости (внешние условия) и духовная общественная интеграция (внутренние условия). Результатом следования добродетели является преобразование души. В целом, жизненная стратегия личности, по Сократу, должна сводиться в служении другим, общественному благу. Поэтому Сократ принимает смертный приговор и морально готов к лишению себя жизни, но делает он это ради общественного блага, и чтобы не порвать духовные «узы», связывающие его со своим народом. Он считал, что, несмотря на несправедливое обвине-

ние, его долг принять вынесенный вердикт. Сократ глубоко осознавал социальную ответственность и не мог перешагнуть через проложенную необходимость как в социальном смысле, так и в моральном.

Высокая степень солидарности и духовная связь граждан полиса обеспечивалась не только социальной ответственностью, но и чувством патриотизма. Это чувство тесно переплеталось с ревнивым отношением каждого члена полиса к свободе и той социально-политической организации, которая обеспечивает условия для свободного развития. Общественные интересы в городах-государствах не только на словах, но и на деле ставились выше личных или узкосемейных. Самопожертвование или альтруистическое самоубийство на благо полиса признавалось добродетельным поступком и являлось образцовостью, которая продиктована общественным долгом и обязанностью защиты интересов родного полиса. Общественный долг подразумевал защиту и процветание демократических основ города-государства.

Античность сменяется Средневековьем – периодом господства христианско-теологических представлений о мире, обществе и человеке, утверждение которых было обусловлено пересмотром наследия античной философской мысли в духе библейской традиции.

Христианское сознание в центре проблемного поля поставило онтологические проблемы Бога как Абсолюта (именно восприятие Бога как личности и дает утвердиться этой категории, применения этой категории к личности, а не к чему-то безличному) и его главного творения – человека. Именно в этом проблемном узле и выявляется отношение средневековых мыслителей к самоубийству.

Главным принципом христианской философии выступает – креационизм, утверждающий, что истинное бытие – Бог, пребывающий в вечности, а мир – это продукт его «чистого» творческого акта. Бог представляется, таким образом, абсолютным творцом всего, «ибо все из Него, Им и к Нему» [1]. Он – вечносушная причина и основание изменяющегося и временного мира явлений. Все вещи и явления считаются производными и не имеющими подлинного бытия. Они только «сопричастны» к истинному бытию, что служит основанием их несовершенства и неполноты. Создание «мира из ничего имело своим последствием своего рода актуализацию небытия, привнесение его в

мир. Все, что «есть» в сотворенных вещах, происходит от бога; все, чего «нет», чего не хватает, что отсутствует, – от ничто. Вещи несовершенны, – значит у них недостаток совершенства... сам же недостаток – от ничто» [5]. Творение – несубстанционально; по своей природе нетождественно бытию Бога и онтологически оправдывает свой временный и разрушительный характер стремлением к «ничто». В христианской философской традиции природа «вещей», на онтологическом языке, является диалектической, с одной стороны, жизнеутверждающая сила Бога как необходимая причина бытия вещей, а с другой – разрушение как сказывающееся влияние актуализации «ничто».

Бог – высшее благо, и стремление к нему – добро, а несовершенство вещей – стремление к «ничто» – метафизическое основание зла. Но Бог – истинное благо и совершенство, его творение представляется как то лучшее, что могло быть создано из «ничего» (богоподобное). И в этом смысле «весь мир есть не что иное, как искусство божественного мастерства, в котором произведение (тварный мир) существует не для постороннего употребления, а «для славы Божией», то есть, чтобы обнаружить собой совершенство «божественного искусства» [3]. Но по своей природе творение уступает творцу – второй метафизический аргумент, позволяющий говорить о зле как о несубстанциональном начале, так как «все ухудшающееся лишается доброго. Если оно (сущее) совсем лишится доброго, оно вообще перестанет быть ... следовательно все что есть – есть добро, а то зло ... не есть субстанция; будь оно субстанцией, оно было бы добром, или субстанцией, не подверженной ухудшению вовсе, то есть великой и доброй» [2].

Христианское сознание представляло зло не субстанциональным в силу того, что оно проявляется в «вещах», которые существуют только благодаря «сопричастности» их к истинному бытию (Богу). Таким образом, зло – это искаженное добро и является олицетворением развития мира «назад», то есть в диаметрально противоположную сторону от истинного блага (Бога). Таким образом, в христианском сознании, бытие «вещей» предстает как противоречие: с одной стороны, Бог – цель любого «сущего», и несовершенная природа вещей как противовес этого устремления, обуславливающаяся противоположное сосуществование (от Бога).

Так Августин, говоря о воплощении всеенского Логоса в образе Христа (именно это воплощение и переносит вектор онтопознавательный с мирового бытия к бытию человека – как особенной «твари», созданной по образу и подобию Бога, его сущность в космической иерархии из всех земных созданий более приближенна и уподобается божьей, так как сын божий был ниспослан Богом в этом облики) заявляет, что «основной закон существования всего и особенно человека, который отпал в силу своей гордыни от Бога, вернуться к Нему» [2]. Эта идея является калькой с телеологической концепцией Аристотеля, только истолкованной в теолого-христианском ключе. Если у Аристотеля каждая вещь имеет уникальную и неповторимую цель (занимает определенное место и значение в космосе) своего развития, отклониться от которой не представляется возможным, то Христианство утверждает в мысли, что Бог (сверхбытие) – единственная и универсальная цель «всего». Миростройство (космический Храм), в «глазах» средневековых мыслителей, венчает Бог. Говоря словами Августина, человек «спускается» (земное бытие), чтобы после подняться к Богу. Главный смысл жизни человека (отведенного ему Богом времени) и его деятельности Христианство усматривает в осознании своей греховной природы и «воссоединении» с Богом. Моральное совершенствование человека, таким образом, направлено на возвращение в лоно своей подлинной природы (человеческое состояние до грехопадения, то есть спасение в Боге).

Акт самоубийства, как любые другие действия человека, приводящие его к негативно-разрушающим последствиям (старение, убийство, болезнь), по логике своей природы направлен на отклонение человека от истинной цели существования – Бога. Самоубийство олицетворяет разрыв духовной связи тварного со своим творцом, то есть «сущего» со своим «бытием», что влечет за собой «разрушение» и отказ в возможности достигнуть счастья (воссоединение с трансцендентным Благим). Самоубийство с точки зрения онтологии ставило под сомнение бытие Бога, его мудрость и деятельность. Оно представляется в христианском сознании как отказ творения (человека) признать бытие своего создателя (Бога), его животворящей сущности и максимальной активности в мировых процессах. В человеке возникают вопросы: зачем Бог создал мир? Совершенный ли мир? Зачем

Бог вдохнул жизнь в человека? Является ли Бог высшей и единственной целью всего «живого»? Всесилен ли Бог? Эти вопросы на протяжении всего развития средневековой философии вызывали ожесточенные споры и являлись главными проблемными полями в теолого-христианской системе мировоззрения.

В самом факте самоубийства также, утверждается мысль о важности и независимости «сотворенного» от бытия божьего, его самостоятельной и самодостаточной сущности. Подчеркивается уникальность и неповторимость места человека в универсуме. Христианская философия, понимая, что самоубийство в своей сущности является злом, не могла примериться с ним как с эмпирической данностью. Аргументация всей христианской философии была направлена на разрешения этой проблемы, которая нашла свое место в религиозном интеллектуализме Фомы Аквинского, основывающемся на переработки идей Аристотеля. Учение Фомы Аквинского усматривало в самоубийстве – грех (преступление против бога по воле самого человека), рассматривающийся как отклонение от порядка вопреки принципам разума. «В самом деле, все, что подпадает под порядок разума, – пишет Фома Аквинский, – подпадает и под порядок Бога» [8]. Таким образом, через понимания греха как причины зла, христианское учение выходит из противоречивой ситуации в объяснении наличия зла в мире, связывая его с человеческой «природой».

В Христианстве грех понимается не однозначно. С одной стороны, грех – эмпирический модус бытия человека, обуславливающий его поступки, вследствие которого человек отступает от Бога. Тяжким грехом считается отступление от Бога духовно, когда человек предаст его внутренне. В таком контексте самоубийство рассматривается как проявления человеческого высокомерия, в котором он самоутверждается, тем самым отворачиваясь от Бога, забирая самолично жизнь у себя самого, греша против истины в себе самом. Наиболее тяжкими грехами считаются те, что человек «совершает против себя самого», как это бывает, когда человек «порой сознательно и свободно причиняет вред самому себе, как это имеет место в случае самоубийства» [8].

С точки зрения христианского учения, самоубийство не только нарушает внешний порядок, установленный Богом, но и осуждается как внутренне осознанный и переживаемый каждой личностью аморальный поступок, то

есть каждый человек внутренне приходит к нему и внутренне оправдывает его и считает необходимым. То есть человек заявляет себя ответственным за свое бытие и совершенный поступок, детерминированный сознательностью и целенаправленностью. «На деле же совершение поступков нимало не способствует увеличению любого рода греха, – пишет П. Абеляр, – и ничто не может загрязнить душу, кроме принадлежащего ей, то есть согласия, относительно которого мы утверждаем, что только оно одно и составляет грех, предшествуя воле в душе или следуя за исполнением поступков» [1]. Совершая самоубийство, человек внешне и внутренне демонстрирует несогласие с той участью и отведенным ему местом в мироздании. Совесть человека допускает этот шаг, а это означает разрушение образа Бога в сердце человека. Он духовно «умирает». По христианскому учению, это «смерть» человека как «личности». Смерть в физическом плане отрицается; она олицетворение перехода или трансформации человеческой души в «иное бытие». И не случайно, что Данте Алигьери в «Божественной комедии» помещает души самоубийц в седьмом круге, ниже убийц и еретиков, представляя их в виде ядовитых растений, которым в судный день не суждено обрести телесную плоть, так как «не наше то, что сбросили мы сами». Великий поэт выразил характерную мысль для всего христианского мировоззрения, что принцип креационизма является основой христианской веры, подразумевающий, что жизнь – создание Бога, и человек не имеет морального права прекратить ее по своему желанию и усмотрению. Жизнь – время, отведенное Богом человеку для осознания своей грешной природы и нравственного совершенствования, а самоубийство прерывает миссию человека на земле. Таким образом, суицид, с точки зрения христианства, выступает своеобразным онтологическим показателем конечности, ограниченности природы человека и греховным пределом его «со-бытия» в этом мире.

Самоубийство – это символ отступления и отпадения от «Сущего» (по словам А. Блаженного – «любовь к себе до забвения Бога»), укоренение во зле и несправимости «вещи» в божественной иерархии, что нарушает установленную божественную гармонию. Самоубийство – это символ разрушения и отпадения от гармонически устроенного Храма божьего.

Самоубийство, как и убийство, в корне противоречит идее творения, которая утвер-

ждает, что все вещи в большом вселенском организме предназначены, чтобы в большей или меньшей степени уподобиться Богу (Идеалу – для всех вещей). Творить для каждой вещи – это значит совершенствоваться, создавать, созидать, то есть придавать бытие чему-либо или кому-либо, а суицид – это противоположное акту творения действие – разрушение (саморазрушение) бытия, выключение из со-бытия, отказ участвовать в со-творении мира Богом. А значит, отпадение от Бога. Вина человека, к тому же, намного тяжелее, чем у других вещей, так как он ближе всего из земных тварей к Богу и более уподоблен ему.

С другой стороны, Христианство, понимая опасность такого допущения (грех есть причина зла) для всемогущего Бога, указывало на то, что самоубийство вписывается в общий промысел божий (по Августину Блаженному) и воспринимается как символ избранности и падшей души. Смягчая эту точку зрения, Аквинат писал, что «ущербные бытие и акт, и эта ущербность происходит от сотворенной причины, а именно свободной воли, отпавшей от порядка Первого Действителя, а именно Бога. Таким образом, Бог является причиной акта греха, хотя при этом Он, не обуславливая ущербности акта, не является причиной самого греха» [8]. Так или иначе, но христианская доктрина допускала, что опосредованной причиной греха, в частности самоубийства, является воля человека.

Проблема самоубийства в лице Сократа нашла свое первое философское осмысление, которое не только сделала первые шаги к познанию и объяснению этого феномена, но и дало ему первую оценку с точки зрения философии, которая оказалось неоднозначной. С одной стороны, в некоторых обстоятельствах альтруистическое самоубийство (самопожертвование) оправдывалось и считалось образцом поведения, а с другой стороны, философская мысль склонялась к неприемлемости и осуждению этого жизненного акта. Самоубийство считалось нецелесообразным поступком, сущность которого выводилась из небытия, что подразумевало внесение разрушающего, дисгармонирующего начала как в общественное бытие, так и в бытие человека. Этот акт обрывал развитие человека, символизируя неестественный и неразумный конец (природному, социальному и культурному) бытию человека.

В эпоху Средневековья феномен самоубийства вычленяется из общей проблематики, направленной на осмысления сущности Бога и

его творения (мир – общество – человек). Причина такого большого внимания к изучению проблемы самоубийства в это время заключается в последовавшем повороте философской мысли от проблем мирового бытия к человеку, его природе, роли и предназначению в этом мире. С этого времени самоубийство становится явлением, окончательно связанным с бытием человека. В христианском сознании самоубийство ассоциировалось со злом (отклонение человека от истинной цели существования – Бога), которое вносится в жизненный поток самим человеком, природа которого представляется греховной. Через осмысления феномена самоубийства выявляется эмпирический модус бытия человека в мире – грех.

Литература:

1. Абельяр П. Теологические трактаты: Пер. с лат. – М.: Прогресс, Гнозис, 1195. – 413 с.
2. Августин Аврелий. Исповедь: Абельяр П. История моих бедствий / Пер. с латин. – М.: Республика, 1992. – 335 с.
3. Ахутин А.В. Понятие «природы» в античности и в Новое время («фюсис» и «натура»). – М.: Наука, 1988. – 208 с.
4. Гусейнов А.А., Иррилиц Г. Краткая история этики. – М.: Мысль, 1987. – 589 [3] с.
5. Майоров Г.Г. Формирование средневековой философии: Латинская патристика. – М.: «Мысль», 1979. – 433 с.
6. Платон. Собрание сочинений в 4 т.: Т.1. – М.: Мысль, 1990. – 860 [2] с.
7. Платон. Собрание сочинений в 4 т.: Т.2. – М.: Мысль, 1993. – 528 с.
8. Фома Аквинский. Сумма теологии. Часть II-I. Вопросы 1-48. – К.: Эльга, Ника-Центр, 2006. – 576 с.
9. Фома Аквинский. Сумма теологии. Часть II-I. Вопросы 49-89. – К.: Ника-Центр, 2008. – 536 с.

Транслитерация:

1. Abeljar P. Teologicheskie traktaty: Per. s lat. – M.: Progress, Gnozis, 1195. – 413 s.
2. Avgustin Avrelij. Ispoved': Abeljar P. Istorija moih bedstvij.: Per. s latin. – M.: Respublika, 1992. – 335 s.
3. Ahutin A.V. Ponjatie «prirody» v antichnosti i v Novoe vremja («fjusis» i «natura»). – M.: Nauka, 1988. – 208 s.
4. Gusejnov A.A., Irrlitc G. Kratkaja istorija jetiki. – M.: Mysl', 1987. – 589 [3] s.
5. Majorov G.G. Formirovanie srednevekovoj filoso-fii: Latinskaja patristika. – M.: «Mysl'», 1979. – 433 s.
6. Platon. Sobranie sochinenij v 4 t.: T.1. – M.: Mysl', 1990. – 860 [2] s.
7. Platon. Sobranie sochinenij v 4 t.: T.2. – M.: Mysl', 1993. – 528 s.
8. Foma Akvinskij. Summa teologii. Chast' II-I. Vopro-sy 1-48. – K.: Jel'ga, Nika-Centr, 2006. – 576 s.
9. Foma Akvinskij. Summa teologii. Chast' II-I. Vopro-sy 49-89. – K.: Nika-Centr, 2008. – 536 s.

SUICIDE IS THE "EYES" OF SOCRATES AND AUGUSTINE

M.N. Ljaschenko

Orenburg State University, Orenburg, Russia

The article discusses the philosophical foundations of the phenomenon of suicide and evaluation to identify this act in Antiquity and the Middle Ages in the person of Socrates and Augustine. The analogy substantiates the idea that ambiguity view and assessment of suicide in antiquity and differ in some aspects does not coincide with medieval ideas in considering suicide as anti-dogmatic and inadmissibility. Objectivism philosophical thought of ancient Greece has dominated the personal interests in medieval philosophical thought begins to assert personal principle that uniquely assesses suicide as evil, leading to destruction.

Keywords: suicide, Socrates, St. Augustine, logo, sin.

Список работ, опубликованных в журнале в 2013 году, № 1-3

Суицидология. – № 1.

- | | |
|---|---|
| 1. Розанов В.А.
Гены и суицидальное поведение // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 3-14. | Rozanov V.A.
Genes and suicidality |
| 2. Любовь Е.Б., Цупрун В.Е.
Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 15-28. | Lyubov E.B., Tsuprun V.M.
Suicide and schizophrenia: rates and risk factors |
| 3. Семёнова Н.Б.
Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 28-32 | Semenova N.B.
Cognitive risk factors for suicidal behavior among indigenous peoples of the North |

4. Меринов А.В., Шитов Е.А., Сомкина О.Ю.
Суицидологическая и клиническая характеристика мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, жёны которых имеют парасуицидальную активность // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 33-35.
5. Каневский В.И.
Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 36-42.
6. Харитонов С.В.
Неспецифические феномены суицидального поведения у больных с личностными расстройствами // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 42-48
7. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А.
Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 48-54.
8. Зотов П.Б., Родяшин Е.В.
Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
9. Ворошилин С.И.
Аддиктивное рисковое поведение как проявление снижения инстинкта самосохранения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 61-64.
- Merinov A.V., Shitov E.A., Somkina O.Y.
Suicidal and clinical peculiarities of men with alcohol dependence, whose wives have parasuicidal activity
- Kanevsky V.I.
The situation, oversituation and parasuicide
- Kharitonov S.V.
Non-specific phenomena of suicidal behavior in patients with personality disorders
- Govorin N.V., Sakharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A.
Epidemiology of suicide in Transbaikalian territory, organization of assistance to the population
- Zotov P.B., Rodyashin E.V.
Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012
- Voroshilin S.I.
Addictive risk-taking behaviors reducing of the survival instinct

Суицидология. – № 2.

1. Кудрявцев И.А.
Смысловая типология суицидов // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 3-7.
2. Рахимкулова А.С., Розанов В.А.
Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 8-25.
3. Меринов А.В.
Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов в семьях мужчин, страдающих алкоголизмом, в зависимости от варианта брачной динамики // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 25-35.
4. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б.
Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 35-44.
5. Корнетов Н.А.
Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 44-58.
6. Зотов П.Б.
Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 58-63.
- Kudryavtsev J.A.
Semantic typology of suicides
- Rakhimkulova A.S., Rozanov V.A.
Suicidality and risky behaviours in adolescents: biopsychosocial synthesis
- Merinov A.V.
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
- Borisov I.V., Gladysheva A.G., Lyubov E.B.
Ontological view: suicidal behavior and the phenomenon of resilience
- Kornetov N.A.
What is the best form of suicide prevention?
- Zotov P.B.
Antisuicidal factors barrier in the psychotherapy of suicidal behavior of persons of different age groups

7. Руженков В.А., Руженкова В.В.
Отношение медицинских сестёр психиатрической больницы и факультета высшего медицинского образования к суицидентам, как отражение социальной стигматизации // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 63-68.

Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V.
The attitude of nurses in psychiatric hospitals and faculty of higher education in nursing to suiciders as mirror of social stigmatization

Суицидология. – № 3.

1. Любов Е.Б., Цупрун В.Е.
Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 3-16.
2. Мидько А.А., Бирон Б.В., Розанов В.А.
Суицидальное поведение мужчин: уточнение роли безнадёжности и депрессии методами структурного моделирования. Часть I. Влияние безнадёжности на риск тяжёлых суицидальных попыток // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 17-26.
3. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г.
Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 26-36.
4. Пилягина Г.Я.
Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 36-48.
5. Зотов П.Б., Михайловская Н.В.
Неумышленные передозировки наркотика и суицидальное поведение больных наркоманиями // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 48-57.
6. Меринов А.В.
Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально - психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 58-63.
7. Кузнецов П.В.
Способы и средства суицидальных попыток мужчин, содержащихся под стражей // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 64-70.
8. Юрьева Л.Н., Юрьев А.Е.
Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 70-76.
9. Богданов С.В.
Темпоральные характеристики самоубийств в российской провинции второй половины XIX века (на материалах Курской губернии) // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 76-78.
10. Лубсанова С.В., Базаров А.А.
Суицидальное поведение и религиозность (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей) // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 79-83.

Lyubov E.B., Tsuprun V.E.
Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions

Mid'ko A.A., Biron B.V., Rozanov V.A.
Suicidal behavior in males: evaluation of hopelessness and depression roles using structural equation modeling. Part I. The effect of hopelessness on the risk of severe suicide attempts

Chistopolskaya K., Enikolopov S., Magurdumova L.
Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior

Pilyagina G.
Pathway aspects of equivalent form of self-destructive behaviour

Zotov P.B., Michaylovskaya N.V.
Unintentional drug overdose and suicidal behavior among drug addicts

Merinov A.V.
The influence of past suicidal activity on other aggressive, experimental-psychological and narcological characteristics of men suffering from alcohol dependence

Kuznetsov P.V.
Ways and means of suicide attempts of men in custody

Yur'yeva L.N., Yur'yev A.E. Suicide in Ukraine: statistics and epidemiology

Bogdanov S.V. Temporal characteristics of suicide in the Russian province in the second half of XIX century (based on Kursk province materials)

Lubsanova S.V., Bazarov A.A. Suicidal behavior and religiosity (for example, young people Buryat and Russian nationalities)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.
2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

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

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

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

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

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

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

16. Плата за публикацию не взимается.

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