

Суицидология №3 2012

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю.В. Ковалев, д.м.н.
(Ижевск)

И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.,
профессор (Москва)

Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)

Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)

К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)

Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)

В.А. Солдаткин, д.м.н.
(Ростов-на-Дону)

С.М. Уманский, д.м.н., профессор
(Тюмень)

В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.И. Ворошилин, к.м.н., доцент
(Екатеринбург)

И.Н. Габсалимов (Тюмень)

Е.В. Родяшин (Тюмень)

И.П. Русакова (Тобольск)

* * *

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

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

Интернет-ресурсы:
www.elibrary.ru

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

16+

Содержание

- Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалева*
Экономическое бремя суицидов
в Российской Федерации 3
- И.А. Кудрявцев*
Психологический прогноз
повторных попыток самоубийства 10
- А.В. Меринов*
Парасуицидальное поведение женщин,
состоящих в браке с мужчинами,
страдающими алкогольной зависимостью
(на примере Рязанской области) 15
- Е.Б. Любов*
СМИ и подражательное суицидальное
поведение. Часть I 20
- Ж.В. Емяшева, В.А. Розанов, А.А. Мидько*
Некоторые психологические особенности лиц,
совершивших суицидальную попытку на фоне
алкогольной зависимости 29
- Е.Н. Кривулин, И.Ю. Бочкарёва,
А.С. Бецков, А.Х. Мингазов*
Суицидальное поведение больных
алкогольной зависимостью в условиях
крупного промышленного города
Южного Урала (г. Магнитогорск) 37
- П.Б. Зотов, М.С. Уманский*
Суицидальное поведение больных алкоголизмом
позднего возраста в условиях синдрома отмены
алкоголя (на примере Юга Тюменской области) ... 41
- С.В. Цыремпилов*
Суицидогенная ситуация в Бурятии:
вопросы влияния этнокультуральных факторов
и пассионарности этносов 48
- Авторам работ 52

Журнал «Суицидология» издается с 2010 года

Vertae!

Contents

<i>E.B. Lyubov, M.V. Morev, O.I. Falaleeva</i>		<i>Zh. V. Emyasheva, V.A. Rozanov, A.A. Mid'ko</i>	
The economic suicide burden in Russian Federation	3	Some psychological features of suicide attempters suffering of alcoholic addiction	29
<i>Joseph A. Kudryavtsev</i>		<i>E.N. Krivulin, I.Yu. Bochkareva, A.S. Beckov, A.H. Mingazov</i>	
Psychological prediction of repeated attempts of suicide	10	Suicidal behavior patients of alcohol dependence in a large in- dustrial city of the South Urals (Magnitogorsk)	37
<i>A.V. Merinov</i>		<i>P.B. Zotov, M.S. Umansky</i>	
Parasuicide behavioral of wives of men suffering from alcohol dependence (for example the Ryazan region)	15	Suicidal behavior of alcoholics in old age of alcohol withdrawal (in south of Tyumen Region)	41
<i>E.B. Lyubov</i>		<i>S.V. Tsyrempilov</i>	
Mass media and copycat suicidal behavior: Part I.	20	Suicides in Republic Buryatiya: the impact of ethnocultural factors and passionarity ethnic groups	48

Открыта подписка на журнал «Суицидология» на первое полугодие 2013 года

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации ОАО «Роспечать»

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

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

19 октября 2012 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2012 г., высланные в адрес оргкомитета

на e-mail: sibir@sibtel.ru

Публикация тезисов - бесплатно

Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования.

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

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

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

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

Заказ № 165. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 04.09.12 г. Распространяется по подписке.

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, Володарского, 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.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СУИЦИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Е.Б. Любов¹, М.В. Морев², О.И. Фалалеева³

¹ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития» России, г. Москва

²Институт социально-экономического развития территорий РАН, г. Москва

³Вологодская областная психиатрическая больница, г. Вологда

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович, д.м.н., профессор, руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ»; телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Морев Михаил Владимирович – к. экон. н., научный сотрудник Института социально-экономического развития территорий РАН, г. Москва, e-mail: 379post@mail.ru

Фалалеева Ольга Игоревна – главный врач ГБУЗ «Вологодская областная психиатрическая больница», e-mail: kuvshinovo-vopb@yandex.ru

Суммарные годы потерянной трудоспособной жизни вследствие суицидов (YLL) в России составили 723 на 100000 населения трудоспособного и моложе трудоспособного возраста; или 0,46% ВВП; на долю мужчин пришлось 89%. На группу лиц 15-29 лет пришлось 1008 YLL на 100000 населения, или более 30% суммарных YLL. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами. Суммарные потери вследствие суицидов составили 145,788 млрд. руб. в 2009 году (4,6 млрд. долларов США), или 0,46% ВВП. Поэтому можно предполагать ресурсосберегающий эффект профилактических программ суицидов на национальном и региональном уровнях.

Ключевые слова: суицид, экономическое бремя

«... если б не было войны...»

Экономическое бремя суицидов оценено на международном, государственном и региональном уровнях [10-12, 16, 23, 24, 26, 31, 32], но в России пока не подсчитано при доступности согласованных с ВОЗ необходимых статистических данных. В отчетах ВОЗ бремя суицидов выражено стандартизированными единицами, а именно, потерянными в связи с преждевременной смертью годами жизни (Years of Life Lost или YLL) [3, 35], т.е. числом лет ожидаемого дожития погибшего, не случись суицид.

Концепция YLL задействована странами - участниками ВОЗ в качестве единого и подлежащего сопоставлению показателя популяционного бремени болезней и травм [14], служит доказательным обоснованием рационального распределения «всегда недостаточных» медицинских и социальных ресурсов [36] при выделении приоритетных направлений региональной, государственной и международной стратегии здравоохранения [3, 5, 36], особенно при планировании и экономической оценке эффективности программ предотвращения преждевременной смертности [27], таких как мероприятий по предупреждению суицидов [17].

По данным ВОЗ, в 1993 г. самоповреждения заняли второе после алкоголизма место в

ранжире причин смерти мужчин, составив 17,5% обобщенного бремени болезней в мире (Global Burden of Disease, GDB), и третье (13,9% GDB) у женщин [33]. В 1998 году суициды определили 1,8% GDB и 2,4% – в странах рыночной экономики и в бывших странах социалистического лагеря [37]. В 2000 г. вклад суицидов составил 1,3% GDB [33] и 1,4% в 2002 г. (2,3% – в Европейском регионе), когда на них пришлось более 20 млн YLL [34, 35].

Суициды по вносимой доле YLL замкнули ряд из 10 ведущих причин смертности в мире, наряду с дорожно-транспортными происшествиями [33], а в 2004 г. заняли восьмое место в пересчете на лиц 15-44 лет [38]. Суициды удерживают 1-3 места в ранжире ведущих причин смертности обоих полов в возрасте 15-34 лет [33]. В 25 странах Европейского Союза на суициды лиц до 75 лет пришлось 30% YLL из-за внешних причин. Наибольший «вклад» смертей за счет самоубийств в возрастной группе 20-54 лет [30], на пике социальной жизни.

Суициды вносят наибольший вклад в бремя умышленных травм в развитых странах [22] и вносят еще больший в общее бремя болезни в грядущее десятилетие [22, 25]. В США в 2002 г. бремя суицидов составило более 1 млн YLL, 67% из которых пришлось на лиц среднего возраста обоего пола [17]. Потери

превысили таковые при диабете, инсульте и убийствах частых причинах смерти в этом возрасте. Социально-экономическое бремя суицида через YLL подсчитано в Великобритании, Швеции, Гонконге, Новой Зеландии [19, 29, 41]. В Тайване в 2007 г., исходя из суммарных YLL, суициды стоят на третьем месте среди причин смерти [18], что соответствует потере 32,5 млрд. тайваньских долларов. Наибольший урон за счет мужчин 25-59 лет. В Китае суициды заняли пятую строку в перечне причин смерти. При этом на суициды в сельских районах пришлось 90% суммарных YLL, особенно за счет женщин в возрасте 25-39 лет [42].

Применение данной методики в отечественной литературе ограничено [3]. Так, в Свердловской области в 2002-2008 гг. бремя самоотравлений определено в «человеко-годах недожитой жизни» [8]. На мужчин пришлось 60% потерь «человеко-лет» при их доле среди суицидентов 43%. Экономический ущерб оценен, исходя из «недополученного» душевного валового регионального продукта (ВРП) из-за смерти лиц в трудоспособном возрасте (45% выборки), в 736 млн. руб., то есть каждый суицид обошелся Области в 2 млн рублей.

Цель исследования: определение социально-экономического бремени смертности вследствие суицидов на государственном и региональном уровнях в сопоставлении с таковым при других распространенных болезнях и травмах.

Материалы и методы исследования: преждевременная смертность в связи с суицидами определена суммой потерянных лет трудоспособной жизни при учете ожидаемого дожития до пенсионного по старости возраста (55 лет для женщин и 60 – для мужчин). Половозрастное распределение суицидентов с 5 лет получено из официального статистического источника [4] с привлечением дополнительных данных Федеральной службы государственной статистики (www.gks.ru)¹. Количество YLL в связи с суицидом в возрасте, приравненном к середине уместного 5-летнего интервала, умножено на количество суицидов в данном возрасте и затем суммировано по всем возрастам с поправкой на пол и возраст суицидента (www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/): $YLL = N \times L$, где N – число суицидов в каждой возрастной группе, L – дли-

тельность в годах ожидаемого дожития сверстника суицидента до пенсии по старости.

Экономические потери (в руб. 2009 г.) на уровнях страны и регионов определены умножением YLL на потерянный доход общества в связи с преждевременной смертью в «допенсионном» возрасте (у мужчин – 16-59 лет, у женщин – 16-54 года). Потерянный вследствие суицида доход государства или региона подсчитан при подходе «человеческий капитал» (human capital approach), подходящем для оценки потерянных лет трудоспособной жизни, и с использованием душевных ВВП и ВРП. Данные о бремени суицидов сопоставлены с таковыми при наиболее распространенных болезнях и внешних причинах смерти класса «Несчастные случаи, травмы и отравления». Для определения социально-экономического бремени суицидов а проху определена «цена» каждой преждевременной смерти.

Результаты и их обсуждение.

Потери от преждевременной смерти в связи с самоубийствами превысили таковые от иных внешних причин и сравнимы с потерями вследствие злокачественных новообразований и ишемической болезни сердца (ИБС), (табл. 1).

Потери страны или ее региона от самоубийств связаны с количеством суицидентов трудоспособного возраста и / или величин ВВП и ВРП соответственно (рис. 1). По потерям ВРП лидирующие места в РФ заняли Чукотский автономный округ (2,7%), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6%).



Рис. 1. Распределение регионов РФ по потерям YLL вследствие самоубийств.

Возрастное распределение YLL. В сравнении с иными причинами смерти, наибольшая доля (37%) суммарных YLL от самоубийств пришлась на молодежь и, так называемых, молодых взрослых.

¹ Авторы благодарят сотрудников Федеральной службы государственной статистики.

Таблица 1

Социальный ущерб вследствие ряда «естественных» и «внешних» причин смерти

Территория	ИБС		Злокачественные новообразования		Внешние причины смерти							
					Случайные отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Суициды	
	YLL /	ВВП (%)	YLL	ВВП (%)	YLL	ВВП (%)	YLL	ВВП (%)	YLL	ВВП (%)	YLL	ВВП (%)
РФ	675.369	0,48	640.249	0,45	229.896	0,16	580.350	0,41	350.586	0,25	645.061	0,46
Федеральные округа (ФО)												
	YLL	ВВП, %	YLL	ВВП, %	YLL	ВВП, %	YLL	ВВП, %	YLL	ВВП, %	YLL	ВВП, %
ЦФО	187.113	0,50	168.050	0,45	61.539	0,17	152.162	0,41	65.648	0,18	91.481	0,25
СЗФО	74.434	0,55	61.369	0,46	25.733	0,19	50.081	0,37	30.551	0,23	52.146	0,39
ЮФО	79529	0,58	96143	0,70	9947	0,07	92461	0,67	32822	0,24	56146	0,41
ПФО	138840	0,46	133546	0,44	59304	0,20	126396	0,42	66308	0,22	178842	0,59
УФО	45753	0,37	54493	0,44	17131	0,14	44651	0,36	37306	0,30	71078	0,58
СФО	101681	0,52	95556	0,49	46761	0,24	89008	0,46	85959	0,44	150431	0,77
ДФО	48019	0,74	31092	0,48	9481	0,15	25591	0,34	31992	0,50	46047	0,71

Лица 20-29 лет составили в 2009 году 74,2% молодежи (15-29 лет) страны, или 27,5% трудоспособного населения РФ [6]. Среди лиц 15-29 лет количество YLL от самоубийств 339.999, или 1008,1 на 100000 населения соответствующего возраста, почти как вследствие транспортных несчастных случаев (320.102 YLL), но более чем вдвое выше бремени убийств и более чем в 2,5 раза – суммарного бремени ИБС и онкологических заболеваний. В структуре бремени смерти лиц 15-24 лет ведущая роль суицидов и транспортных несчастных случаев (рис. 2).

На молодых людей указанного возраста (15,4% населения РФ) пришлось 43% потерь общества (в YLL) вследствие транспортных несчастных случаев, 34% – из-за самоубийств, 7% – алкогольных отравлений, тогда как «лишь» 15% – по причине новообразований и 2% – ИБС.

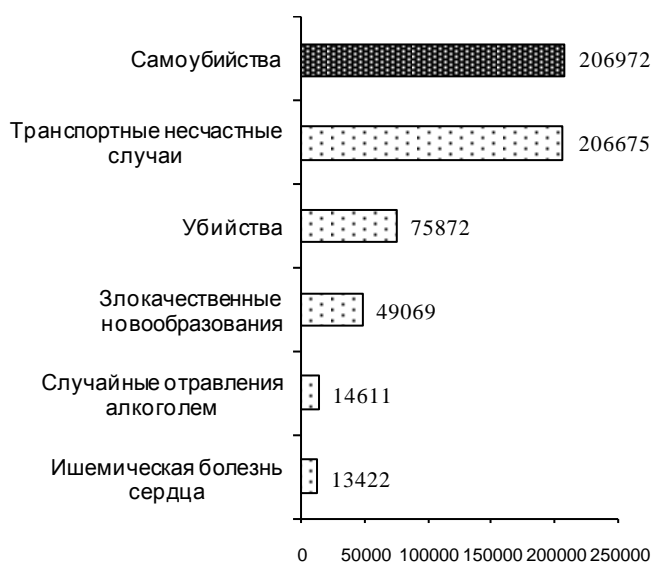


Рис. 2. Потери YLL в возрасте 15 -24 лет.

Таблица 2

Бремя суицида (YLL) в возрастных группах населения РФ

Причина смерти / возрастной период (лет)	Возрастные категории											
	5-9	10-14	15 -19	20 -24	25 -29	30 -34	35-39	40 -44	45 -49	50 -54	55-59	20-59
ИБС	47	42	3146	10276	25922	48541	72757	109537	175137	169830	60134	672134
Онкологические заболевания	12715	10881	20656	28413	40380	53263	63737	84667	132767	125041	44832	936100
Внешние причины												
Суициды	515	10613	71571	135401	133027	105111	71107	48737	41590	22823	4566	562362
Убийства	2631	2408	21944	53928	64600	65788	52168	35366	28861	13749	2578	317038
Случайные отравления алкоголем	0	136	2077	12534	29580	42136	42833	36123	37503	21740	4758	227207
Транспортные несчастные случаи	13342	16119	68327	138348	113427	82378	52997	37639	29036	13881	2634	470340

Пики YLL от иных причин смерти приходятся на более поздний период: в связи с убийствами в возрасте 30-34 года, алкогольными отравлениями в 30-39 лет, новообразованиями и ИБС в 45-55 лет.

Бремя самоубийств лиц трудоспособного возраста (20-59 лет) – наибольшее в группе внешних причин смертей. Для такого возраста суммарные YLL в связи с ИБС и онкологическими заболеваниями (1.608.234) немного превосходят таковые в связи со смертью из-за внешних причин (1.576.934), в объеме которых, в свою очередь, на суициды пришлось более 1/3 (35,7%) потерь, тогда как в связи с транспортными несчастными случаями – 29,8%.

Потери YLL мужчин и женщин. У мужчин бремя самоубийств уступает лишь ИБС. Среди женщин суициды, при меньшей (в 7,2 раза) частоте самоубийства в ряду любых других причин смерти (табл. 3).

На долю мужчин пришлось 89% потерь в связи с самоубийствами, так как риск «мужского суицида» выше во всех возрастных группах, и пик суицидов приходится на молодой

возраст (54% бремени суицидов мужчин трудоспособного возраста) (рис. 3).

Потери продуктивной жизни в связи со смертностью от внешних причин россиян составляют не менее 40% объема общих потерь (у мужчин более ½); потери в связи с самоубийствами составляют до ½ бремени смертей от внешних причин; бремя самоубийств мужчин ожидаемо превышает таковое у женщин в 4,5 раза (табл. 4).

Региональные отличия.

По YLL от самоубийств мужчин и женщин лидируют Приволжский и Сибирский Федеральные округа (табл. 5) за счет Республик Башкортостан и Татарстан, Пермского края (Приволжский ФО) и Красноярского края, Иркутской и Кемеровской областей (в Сибирском ФО).

Итак, «цена» YLL вследствие суицида мужчины и женщины, совершенного до пенсионного возраста, соответствует 308331,7 и 226002,3 рублей, а каждый суицид мужчины и женщины оборачивается потерями в 4961782,2 и 806939,7 рублей соответственно.

Таблица 3

Социально-экономические потери в связи с преждевременной смертностью мужчин и женщин

Причина смерти	Мужчины			Женщины		
	YLL	Ущерб ВВП (млрд руб.)	Ущерб ВВП (%)	YLL	Ущерб ВВП (млрд руб.)	Ущерб ВВП (%)
ИБС	608.686	137,568	0,429	66.683	15,071	0,047
Злокачественные новообразования	416.882	94,218	0,294	223.367	50,483	0,157
Внешние причины						
Самоубийства	571.575	129,180	0,403	73.486	16,608	0,052
Убийства	285.510	64,527	0,201	65.076	14,708	0,046
Случайные отравления алкоголем	198.411	44,842	0,140	31.485	7,116	0,022
Транспортные несчастные случаи	468.194	105,815	0,330	112.156	25,348	0,079

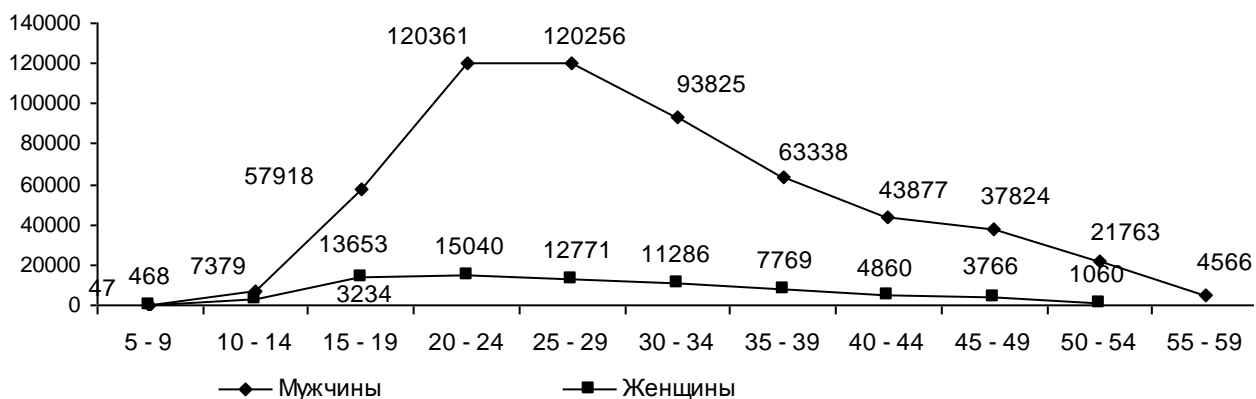


Рис. 3. Потери лет продуктивной жизни в связи с суицидами мужчин и женщин РФ.

Таблица 4

Потерянные годы трудоспособной жизни в связи с причинами смерти в РФ

Показатель	Мужчины	Женщины	Оба пола
Всего	2.549.258	572.253	3.121.511
На 100000 человек до 60 (мужчины) и 55 лет (женщины)	4449,3	1049,8	2791,9
В том числе от смертности в связи с внешними причинами	1.523.690	282.203	1.315.618
Доля потерь от таких смертей (%)	59,8	49,3	42,1
На 100000 человек до 60 (мужчины) или 55 лет (женщины)	2659,4	517,7	1176,7
Количество потерянных лет жизни в связи с суицидами на 100000 человек до 60 (мужчины) или 55 лет (женщины)	997,6	134,8	576,9
Доля суицида в объеме смертей от внешних причин (%)	37,5	26,0	49,0

Таблица 5

Национальные и региональные потери в связи с суицидами мужчин и женщин

Территория	Мужчины			Женщины		
	YLL	Потери ВВП (млрд. руб.)	Потери ВРП (%)	YLL	Потери ВВП (млрд. руб.)	Потери ВРП (%)
Россия	571.575	129,180	0,403	73.486	16,608	0,052
Федеральные округа	YLL	Потери ВРП (млрд руб.)	Потери ВРП (%)	YLL	Потери ВРП (млрд руб.)	Потери ВРП (%)
Центральный	81.448	25,113	0,219	10.033	3,093	0,027
Северо-Западный	45.138	11,430	0,336	7.008	1,775	0,052
Южный	49.652	7,200	0,362	6.494	0,942	0,047
Приволжский	161.155	26,312	0,535	17.687	2,888	0,059
Уральский	63.412	22,726	0,517	7.666	2,747	0,062
Сибирский	130.878	22,692	0,669	19.553	3,390	0,100
Дальневосточный	39.892	10,705	0,618	6.155	1,652	0,095

Суммарные потери России в связи с принципиально обратимой смертностью от суицидов составили 145,788 млрд рублей или, с учетом средневзвешенного курса (31,7 руб.) – 4,6 млрд. долларов США. В США потери продуктивности в связи с суицидами достаточно стабильны и составили \$11,8 млрд в год [15]. При учете паритетов покупательской способности (последний раунд сравнения в 2005 г.) соотношение ВВП России и США 1:12,74. Таким образом, экономические потери в связи с суицидами трудоспособного населения превышают в 5 раз таковые в США за счет более высокого уровня самоубийств (втрое для мужчин, на которых приходится основной вклад в экономическое бремя суицида).

Заключение.

По пессимальному демографическому прогнозу Росстата [4] страну в 2030 г. ждет депопуляция (минус 993,2 тыс. чел.) при надежде на неиссякаемый миграционный прирост; при оптимальном сценарии – возможно увеличение населения на 182,4 тыс. человек, также частично за счет мигрантов. Доля трудоспособного населения составит не более 54,1% (в 2009 г. – 62,9%). При тренде к снижению

среднестатистических показателей суицидов в последние годы (различия между ними на региональном уровне, однако, превышают два порядка), среди умерших россиян в 2009 г. было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно, каждые 14 минут. Средний возраст самоубийцы-мужчины 42,5 г., женщины – 43,7 лет, а вероятность смерти от суицида в течение жизни составила 606,4 на 100000 родившихся в анализируемом году граждан РФ [4]. Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью в стране был бы меньше на 15,1%. Суициды составили 16,7% объема смертности россиян от внешних причин. Количество самоубийц больше в 1,25 раза, чем погибших от всех видов транспортных несчастных случаев (в 1,8 раза более, чем жертв ДТП) и лишь на 2,6% меньше, чем погибших от повреждений с неопределенными намерениями, среди которых (как и среди иных смертей от внешних причин), видимо, существенен вклад завуалированных суицидов. Жертв суицида в РФ в 1,8 раза больше, чем погибших от рук убийц.

Возможно, более полным показателем уровня социальной патологии выступает сум-

мированный уровень самоубийств и убийств. Так, в 1988-1993 г. этот интегральный индикатор состояния общества вырос в РФ более чем вдвое, тогда как, например, в Австрии, Дании, Канаде, Франции он пошел на спад. Тренды снижения самоубийств и убийств в последние годы отмечены и в РФ. При учете убийств бремя насильственной смерти мужчин увеличивается на 50%, а у женщин – почти на 100% (табл. 3). Бремя смертности от внешних причин (ее структура высвечивает острейшие национальные проблемы) в стране и суицидов в частности определено смертями молодых, которым суждено строить Россию XXI века. У самоубийств осязаемые (подлежащие учету и анализу) социально-экономические последствия [2, 7, 28] как отражение эпидемиологических и демографических характеристик суицидального поведения населения.

Экономисты, юристы, философы пытаются определить «ценность жизни» [3, 9]. Результаты исследования привлекает внимание к «цене россиянина», которая пока косвенно определена мизерными страховыми бонусами. Экономическая оценка последствий суицидов становится унифицированным знаменателем биопсихосоциального феномена, сводимого к невосполнимым, но принципиально предотвратимым социальным потерям. При любой преждевременной смерти опустошаются трудовые резервы, обесценены инвестиции в человека. Уровни суицидов и их динамика - общепринятый показатель социально-психологического благополучия страны, а также косвенный показатель нуждающихся в неотложной лечебно-профилактической суицидологической помощи. Многопрофессиональная и межведомственная проблема [1] вписана в стратегическую задачу общественного здравоохранения и интегрированной в ее систему новой парадигмы психиатрии: сбережение и приумножение «социального капитала» народа через сохранение и укрепление физического и душевного здоровья человека как первостепенной личной и общественной ценности, снижение риска предотвратимой преждевременной смертности. Государственные и региональные стратегии превенции суицидов должны включить целевые программы с учетом характеристик и особых нужд возрастных, профессиональных и клинических групп населения с высоким риском суицида, определяющих диспропорционально высокий вклад в бремя самоубийства. Важен клинико-экономический анализ эффек-

тивности любых мероприятий по снижению риска суицидов [13, 20, 21, 39]. Так, ресурсосберегающий результат программы при предотвращении 1/3 суицидов в стране составит около 50 млрд. руб.

Ограничения исследования связаны с методологией расчета YLL [3, 36]: показатель не учитывает бремя семьи суицидента, указывает гипотетические социально-экономические издержки суицида; «дискриминированы» лица нетрудового возраста. В работе указан нижний полюс масштаба потерь при использовании порога пенсионного возраста по старости (что более подходит для экономического анализа), тогда как в зарубежных анализах оценены потери до прогнозируемого возраста дожития (75 лет в странах ЕЭС – 85 лет в США), что подчеркивает ценность любой «здоровой» жизни для общества. Возраст ожидаемого дожития в РФ выше пенсионного по старости: для мужчин 62,8, для женщин 74,7 лет (2009 г.), хотя продолжительность жизни мужчин в РФ (на которых приходится львиная доля бремени суицида) не достигла уровня 1964 г., когда она, единственный раз за историю России, превысила 65 лет. В результате соотношение женщин и мужчин в возрасте 30-60 лет неуклонно возрастает, достигая 1,4:1. Предположено, что все суициденты были бы заняты трудом до пенсии, и их вклад в ВВП (ВРП) неизменен, что поднимает вопрос о ценности незанятой полезным трудом жизни. Не учтены (за отсутствием детализированных данных) различия потерь в связи с суицидами городского и сельского населения и «отсроченная» трудоспособность учащихся (студентов). В связи с малой предсказуемостью инфляционных процессов в России и сложностью прогнозирования доходов в пользу государства граждан не проведено *дисконтирование* (обычно 3-6%) для эквивалентной оценки «социальной ценности» года жизни в разных возрастах, ведь YLL отнесены к будущим годам [25]. Желателен в дальнейших работах анализ чувствительности с учетом 0-10% коэффициента дисконтирования. Однако высокий уровень скидки не в пользу вмешательства, чей эффект отставлен, как в программах превенции суицидов. Индикатор YLL обосновывает первоочередное направление ресурсов для предупреждения суицидов работающего населения, но у безработных и инвалидов еще более высок риск суицида. Дисконтирование и «социальная ценность» года жизни в разных возрастах указывает на предпочтения

общества: сохранение жизни молодого человека желательнее (что служит руководством при медицинской сортировке), нежели старика или ребенка. С опорой на концепцию YLL мужчины средних лет могут составить целевую группу для мер по сокращению разрушительных и опустошительных последствий суицида, тогда как пожилые и подростки (определяют первый и последний пики суицидального риска в течение жизни) окажутся вне фокуса внимания. Образовательный ценз и доход больного не отражен в подсчете YLL, хотя эти показатели – типовые критерии благополучного общества.

Литература:

- Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984. – С. 8-26.
- Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. 71 с.
- Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
- Демографический ежегодник России 2010: Стат.сб. Росстат, М.: 2010. – 525 с.
- Дженкинс Р., МакКаллок Э., Фридли Л., Паркер К. Вопросы разработки национальной политики в области психического здоровья. Пер. с англ. М: Медпрактика. – М., 2005. – 228 с.
- Молодежь в России. 2010: Стат. сб. Юнисеф, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. – 166 с.
- Морев М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения населения на примере Вологодской области. Автореф. дисс. ... канд. эконом. наук. Вологда, 2009 г. – 27 с.
- Сенцов В.Г., Бровкин М.В., Ножкина Н.В. и др. Преждевременная смертность, обусловленная острыми суицидальными отравлениями в Свердловской области и ее социально-экономические последствия // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 9 (74). – С. 118-123.
- Arnesen T., Nord E. The value of DAILY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years // BMJ. – 1999. – Vol. 319. – P. 1423-1425.
- Clayton D., Barceló A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996 // Chronic. Diseases in Canada. – 2000. – Vol. 20. – P. 89-95.
- Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the US. // Am. J. Prevent. Med. – 2007. – Vol. 32, № 6. – P. 474-482.
- Cox K. Miller T.R. The costs of youth suicide and medically – treated attempts by state / Children's Safety Network, Landover, 1999.
- The Estimation of the Economic Cost of Suicide to Australia. ConNetica Consulting for SPA, Lifeline, OzHelp, Inspire, Salvation Army, the Mental Health Council of Australia & the Brain and Mind Research Institute: University of Sydney, 2009. – 11 p.
- A Health Status Indicator for Targeting Federal Aid to States (GAO report no. GAO/HEHS-97-13). Gaithersburg, MD: General Accounting Office, 1996.
- Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M. et al., eds. *Reducing suicide: a national imperative*. National Academies Press: Washington, DC, 2002.
- Insel T.R. Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness // Am. J. Psychiatry. – 2008. – № 165. – P. 663-665.
- Knox K.L., Caine E.D. Establishing priorities for reducing suicide and its antecedents in the United States // Am. J. Publ. Health. – 2005. – Vol. 95. – P. 1898-1903.
- Law C.K., Yip P.S., Chen Y.Y. The economic and potential years of life lost from suicide in Taiwan, 1997-2007 // Crisis. – 2011. – Vol. 32, № 3. – P. 152-159.
- Law CK, Yip PS, Huo Y. Assessing the quantitative impact of suicide on life expectancy in Hong Kong: 1986-2006 // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14, № 3. – P. 284-290.
- Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review // JAMA. – 2005. – Vol. 294, № 16. – P. 2064-2074.
- Mathers C.D., Bernard C., Iburg K.M. et al. *Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper no 54*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 // *PLoS Med.* – 2006. – № 3. – P. 442. Electronic article.
- McDaid D., Kennelly B. An economic perspective on suicide across the five continents. / Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. D. Wasserman, C. Wasserman, eds. Oxford University Press, 2009. – P. 359-367.
- Miller T., Covington K., Jenson A. Costs of injury by major cause, United States, 1995: Cobbling together estimates in measuring the burden of injuries. Proceedings of a conference in Noordwijkerhout; 1998 May 13-15. – Noordwijkerhout, Netherlands, 1999.
- Murray C.J., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996. – P. 6-39.
- National Burden of Disease Manual Supplementary Files. WHO website: http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden,burden_manual,burden_

27. Romeder J.M., McWhinnie J.R. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning // *Int. J. Epidemiol.* – 1977. – Vol. 6. – P. 143-151.
28. Suicide prevention. / *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from WHO European Ministerial Conference.* WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2005. – P. 75-82.
29. O'Dea D., Tucker S. *The Cost of Suicide to Society.* Wellington: Ministry of Health NZ, 2005. – 52 p.
30. *Suicide-related deaths in an enlarged European Union / European Project ANAMORT Monographs,* 2008.
31. Thomas C., Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000 // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 183. – P. 514-519.
32. Watson L.L., Ozanne-Smith J. *The cost of injury to Victoria / Monash University, Victoria,* 1997.
33. World Health Organization: *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: WHO, 2001. – 178 p.
34. World Health Organization: *World Health Report 2003: Shaping the Future.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Available at: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf. обновить?
35. Suicide prevention / World Health Organization: *Mental health: facing the challenges, building solutions.* WHO, 2005. – P. 75-82.
36. World Health Organization: *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system.* WHO, 2006. – 56 p.
37. World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
38. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2008.
39. WHO: *Suicide prevention, 2009* <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
40. WHO: *World Suicide Prevention Day. 10 September 2006: Many faces, many places: Suicide prevention across the world, 2010.*
41. Yip P.S., Liu K.Y., Law C.K., Law Y.W. Social and economic burden of suicides in Hong Kong SAR // *J. Crisis Interv. Suicide. Prevention.* – 2005. – Vol. 26. – P. 156-159.
42. Yip P.S., Liu K.Y., Law C.K. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000 // *Crisis.* – 2008. – Vol. 29, № 3. – P. 131-136.

THE ECONOMIC SUICIDE BURDEN IN RUSSIAN FEDERATION

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

The magnitude of economic burden of premature death from suicides of Russian residents before age 55 (for women) and 60 (for men) in 2009 and for the specific groups of youth and young adults was assessed using the years-of-life-lost (YLL) method. The total of YLL was 723 per 100.000 population (89% for men) or 0.46 GDP. The high burden is particularly notable in the 15-29 age group (i.e., 1008 per 100.000 age specific population) where up to 30% of the total YLL are due to suicide. Suicide ranks first as a burden of external death among youth. The total cost of suicidal mortality was estimated as 145,788 milliard Rub. (2009) or 4,6 milliard. USD (0.46% GDP). So we can assume cost-saving effect of national or regional suicide prevention programs.

Key words: suicide, economic burden

УДК: 616.89-008.441.44:159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ ПОВТОРНЫХ ПОПЫТОК САМОУБИЙСТВА

И.А. Кудрявцев

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г. Москва

Контактная информация:

Кудрявцев Иосиф Абакарович, д.м.н., д.п.н., профессор, руководитель лаборатории психологии Отдела экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. Телефон: (495) 637-50-77; e-mail: psylab.kja@serbsky.ru

Были проанализированы результаты психологической диагностики у 34 лиц с незавершёнными попытками самоубийства. Полученные данные позволили выделить и ранжировать психологические маркёры риска повторных суицидов, оценить наиболее опасные их сочетания (личностные симптомокомплексы), понять механизмы, которые реализуют суицид. Эта информация даёт возможность наметить терапевтические «мишени», сформулировать общие методические принципы и выбрать конкретные способы психологической личностной

коррекции для профилактики повторных попыток самоубийства как в раннем периоде после суицида, так и на отдалённых этапах наблюдения – во время мониторинга психодинамики кризисного состояния.

Ключевые слова: самоубийство, психологические предикторы возможности повторения попыток самоубийства, личностный риск суицидальных рецидивов.

Своевременное выявление и правильная оценка потенциальных и актуальных тенденций личности к самоубийству является главным условием эффективности его первичной и вторичной профилактики. Наибольшую важность имеет выяснение свойств и образований личности, которые входят в механизм суицидального поведения, детерминируют и/или реализуют его. При этом значимо установление не только мотивационных и смысловых составляющих способствующих, но и препятствующих осуществлению суицидальных намерений. Приоритетное значение при этом имеет оценка внутренних смысловых факторов суицидального риска, которая до настоящего времени разрабатывалась преимущественно в клинико-психологическом, сугубо поведенческом аспекте [1, 2].

Вместе с тем, установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем [6]. Особенно угрожаемым является период ближайшего года [6], вследствие чего такие лица отнесены к группе наиболее высокого риска, требующей профессионального наблюдения и направленной профилактики суицидальных рецидивов. Для этой цели используется специально разработанная типология состояний после незавершённых самоубийств, ориентированная на прогноз кризисного эпизода. Информация для такого предсказания опирается преимущественно на данные клинико-психологической беседы и извлекается посредством раскрытия отношения субъекта к совершенной им суицидальной попытке.

Сведения, получаемые таким путём, доступны намеренным искажениям, диссимуляции суицидальных замыслов, вследствие чего недостаточно надёжны. В связи с этим особую практическую важность приобретают дополнительные методы исследования постсуицидального периода, позволяющие верифицировать индивидуальный прогноз. Среди них у лиц с незавершённым суицидом наиболее перспективной представляется экспериментально - психологическая объективация внутриличностных факторов, приведших к суицидальному поведению и сохраняющих свою актуальность в период наблюдения. В период стацио-

нарного и амбулаторного наблюдения психодиагностический мониторинг актуального состояния и личности таких суицидентов позволяет не только содержательно и надёжно оценить у них динамику риска повторения суицида, но и уточнить выбор зон, методов и приёмов необходимых коррекционных вмешательств.

Результаты психодиагностических исследований такого рода в отечественной литературе практически отсутствуют. Восполнение этого пробела предпринято в настоящем сообщении.

Цель исследования: определение и оценка значимых личностных факторов суицидального поведения по данным психодиагностических исследований.

Для достижения этой цели ставились следующие задачи:

1) практическая апробация и отбор эффективных стандартизированных и нестандартизированных методов психодиагностики, раскрывающих возможные механизмы суицидального поведения молодых мужчин посредством выявления особенностей их эмоциональной, коммуникативной, потребностно - мотивационной сферы;

2) раскрытие прогностического значения результатов тестирования, выделение критериев повышенного суицидального риска и механизмов его реализации у исследованных лиц.

Материал исследования.

Исследование проведено на 34 лицах мужского пола в возрасте 20-30 лет, находящихся в состоянии постсуицида, не страдающих психическим заболеванием и направленных на недобровольное лечение в психиатрический стационар после незавершённой попытки самоубийства. По данным экспериментально - психологического исследования (ЭПИ) нарушения мнестико-интеллектуальной сферы у них отсутствовали. Большинство имело высшее или незаконченное высшее образование. К моменту суицидальной попытки все работали.

По форме суицидального поведения преобладало вскрытие вен (60%), реже встречались падение под движущееся транспортное средство и отравление (40%).

В качестве причин суицидального поведения, в подавляющем большинстве случаев,

(71%) назывались ссора с сексуальным партнёром (девушкой, женой). Проблемы в профессиональной деятельности отмечались в 14%. Столь же часто имело место сочетание обоих травмирующих причин.

Методы исследования.

Методы психологической диагностики были направлены на получение данных об особенностях эмоциональной, мотивационно-потребностной, коммуникативной сфер личности, наличие которых могло иметь значение для формирования суицидального поведения респондентов.

Были использованы методики «Клинико-психологическая структурированная беседа», «Шкала суицидальных мыслей Л. Бека», «Тест Люшера», «Методика многостороннего исследования личности» в модификации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова и Е.Д. Соколовой (ММИЛ).

Результаты исследования.

«Шкала суицидальных мыслей» Л. Бека. При использовании «Шкалы суицидальных мыслей» Л. Бека [3] наиболее информативным было обсуждение темы «Сдерживающие факторы (семья, религиозные убеждения, возможность инвалидизации в случае безуспешной попытки, необратимость поступка и др.)», дескрипторы которой раскрывают уровень контроля над суицидальными тенденциями. При её обсуждении значимые высказывания большинства исследованных лиц с попытками самоубийства были оценены как свидетельствующие об их сниженном контроле над суицидальным поведением.

Маркёром суицидального риска выступало отсутствие указаний на личностные ценности, которые могли бы удерживать от суицида. Назывались лишь актуально заблокированные (фрустрируемые) смыслы, ответственные за предпринятую попытку самоубийства или сформировавшие серьёзные суицидальные намерения.

Некоторые сдерживающие факторы оценивались как значимые ценности, формально свойственные другим людям, но не являющиеся существенными для респондентов. Всё это означает, что смысловые барьеры для реализации суицида не присутствовали в сознании исследуемых лиц.

Следует признать, что применение шкалы Бека особенно показано при отрицании суицидальных мыслей в период стационарного обследования. Её результаты позволяют установить отсутствие или смысловую недостаточ-

ность сдерживающих самоубийство личностных факторов. Другими словами, они дают возможность объективировать латентную угрозу рецидива суицидальной активности.

Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ).

О повышенном суицидальном риске с необходимостью оказания психолого-психиатрической помощи в виде направленной медико-психологической коррекции в условиях стационара по данным теста ММИЛ [4], помимо тяжести депрессии (высокая 2-я шкала), свидетельствовали сочетания ведущих пиков на 4-й и 9-й шкалах. Таким лицам были свойственны склонность в переоценке собственных возможностей и недоучёт требований ситуации; бурное эмоциональное реагирование на препятствия и поспешность, непродуманность поступков в проблемных ситуациях, недостаточная способность правильно оценивать реакции окружающих и поддерживать длительные отношения.

Сопутствующее повышение баллов по 7-й шкале указывает на легко возникающее чувство вины и сожаления в связи с уже реализованными импульсивными поступками, что, однако, не изменяет поведения в будущем.

Высокие показатели 5-й шкалы позволяют говорить о повышенной чувствительности, ранимости, наличии потребности в эмоциональной привязанности и защищённости.

Типичным диагностическим личностным регулятивным паттерном, маркирующим повышенный суицидальный риск в постсуицидальный период, следует считать эмоционально-неустойчивое поведение, признаки эмоциональной незрелости, недостаточно развитой способности к оценке и контролю ситуаций, реакций других людей, собственных возможностей и поведения в сочетании с повышенной сензитивностью, потребности в эмоциональной привязанности, эмоциональной зависимости от значимого другого.

Повторные исследования с помощью методики ММИЛ позволяют оценить динамику психического состояния суицидентов в процессе коррекции. У большинства лиц, обследованных вторично, общий профиль личности снижался и стремился к нормализации.

Установленный дезадаптивный личностный симптомокомплекс хорошо соотносится с данными анализа завершённых суицидов [7]. По этой причине он должен учитываться при оценке состояния суицидентов как критерий

повышенного суицидального риска и ориентир для психотерапевтической коррекции с целью профилактики повторных попыток самоубийства у таких лиц.

Цветовой тест Люшера. При анализе данных цветовых выборов в тесте Люшера [5] информативное значение имело присутствие на безразлично-индифферентной позиции выборов таких основных цветов, как синий, желтый, зеленый. Это указывает на неспособность удовлетворить потребность в эмоционально близких взаимоотношениях (синий цвет), состояние разочарованности (жёлтый цвет) и невозможность или неспособность реализовывать потребность в самоутверждении. Частота выбора в качестве дополнительного цвета фиолетового свидетельствовала об эмоциональной незрелости и неустойчивости личности суицидентов. Выдвижение на позицию предпочтения чёрного цвета выявляло компенсирующее поведение экстремального типа, указывало на протест против существующего положения вещей, на готовность действовать опрометчиво и безрасчётно.

Наиболее общими, типичными результатами применения теста Люшера у лиц, помещённых в стационар в связи с попытками самоубийства, следует считать две особенности:

1) снижение способности к реализации потребностей в самоутверждении и гармоничном удовлетворяющем личностном взаимодействии с окружающими людьми;

2) повышение вероятности опрометчивого, импульсивного поведения, что определяет неконструктивные способы выхода из проблемных ситуаций.

Обсуждение.

Ранжирование *предсказательной ценности* полученных психодиагностических данных позволяет заключить, что наиболее значимым личностным фактором повышенного суицидального риска у лиц, помещённых в психиатрический стационар в связи с попытками самоубийства, являются блокированные (фрустрированные) потребности в гармоничных удовлетворяющих взаимоотношениях со значимыми другими (брачными и любовными партнёрами) и в профессиональном самоутверждении.

Неудовлетворённость близкими отношениями и эмоциональная депривация со стороны значимых лиц являются более значимым факторами. Подавляющее большинство исследованных лиц причиной собственного суицидального

поведения назвали ссору (расставание) с женой или любимой девушкой. У остальных данная проблема, хотя и в меньшей степени, но также, так или иначе, присутствовала.

Создание и сохранение эмоционально близких отношений с лицами противоположного пола являлись доминирующей ценностью не только в пресуициде, но и в постсуицидальном состоянии. Для мониторинга этого качества следует ориентироваться на динамику показателей «Шкалы Бека», согласно которым данная потребность имела ведущее значение и была столь напряжена, что другие жизненные ценности утрачивали свою актуальность и не могли выполнять компенсирующую и переключающую функцию защитных смысловых барьеров.

Деструктивное влияние этой причины усугубляется недостаточно развитой у исследованных лиц способностью к установлению гармоничных отношений, несформированностью навыков оптимального интимно - эмоционального контакта. Удовлетворяющие личность взаимодействия с другими людьми предполагают наличие не только объективных обстоятельств, но также и наличие способности понимать другого человека, правильно определять его настроение и потребности, адекватно реагировать на его поведение. Наиболее полную информацию о степени дефицита этого качества можно получить посредством ММРІ и теста Люшера.

Маркерами ущербности коммуникативных способностей по данным ММРІ являются сочетание пиков на 4 и 9 шкалах, указывающие на недостаточность способности к критической оценке реакций других людей и собственного поведения. Данные теста Люшера (выдвижение на позицию предпочтения чёрного цвета) свидетельствуют об отсутствии включенности таких резервов личности как умение понимать другого человека, сочувствовать ему, проявлять истинную эмпатию [5].

Специального внимания следует уделять такой черте суицидентов как высокая потребность в эмоциональной привязанности, определяемая 5-й шкалой ММРІ, поскольку конфликт зависимых отношений, следующий за эмоциональной фиксацией на объекте зависимости, является суицидоопасным. Маркёром такого риска является высокая 5-я шкала ММРІ, выражающая повышенную потребность в эмоциональной привязанности, склонность устанавливать зависимые отношения.

Существенным внутриличностным фактором повышенного суицидального риска по данным психодиагностического исследования следует считать неспособность к конструктивному выходу из проблемных ситуаций. Тенденция к выдвиганию на первые позиции в тесте Люшера чёрного цвета свидетельствует о готовности действовать опрометчиво и импульсивно. Сочетание подъёмов по 4-й и 9-й шкалам в ММРІ говорит о высокой вероятности бурного эмоционального реагирования на препятствия и поспешность, непродуманность поступков в конфликтных ситуациях. Сочетание этих психодиагностических показателей позволяет с большой надёжностью установить недостаточную способность исследованных лиц к совладающему поведению в проблемно-конфликтных ситуациях.

Следует принимать во внимание, что на ущербность совладающего поведения, как на один из внутриличностных факторов суицидального риска, указывают также результаты клинико-психологического анализа посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз (КСППЭ) [7]. Такое совпадение свидетельствует о содержательной валидности и надёжности выявленных психодиагностических прогностических критериев.

Необходимо ещё раз подчеркнуть, что среди них наиболее информативным маркёром повышенного суицидального риска являются результаты обсуждения темы «Сдерживающие факторы...» в методике Бека. Преимущество данной методики состоит в возможности работать непосредственно со смысловым ценностным наполнением внутриличностных факторов, снижающих риск самоубийства. Содержание утверждений исследованных лиц достаточно определённо указывает, что в раннем постсуицидальном периоде антисуицидальные барьеры у них отсутствуют или слабо выражены, не являются актуализированными в их сознании, что сочетается с незавершённостью самоопределения, вследствие общей личностной незрелости.

Выводы:

1. Результаты анализа данных психодиагностического исследования лиц с попытками самоубийства позволяют выделить и ранжировать психологические маркёры риска повторных суицидов, оценить наиболее опасные их сочетания (личностные симптомокомплексы), раскрыть связанные с ними значимые механизмы суицидогенеза.

2. Полученные данные дают возможность наметить личностные терапевтические «мишени», общие принципы и конкретные способы (методические инструменты) психологической личностной коррекции для профилактики самоубийств как в раннем постсуицидальном периоде течения кризисного состояния, так и на отдалённых его этапах: при осуществлении мониторинга прогностических показателей.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения // Методические рекомендации. – М., 1991.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
3. Бек А. и др. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.
4. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: «Фолиум», 1994. – 175 с.
5. Собчик Л.Н. Метод цветových выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера. Методическое руководство. – М., 1990.
6. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005.
7. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Научно - практическое руководство. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

PSYCHOLOGICAL PREDICTION OF REPEATED ATTEMPTS OF SUICIDE

Joseph A. Kudryavtsev

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

Results of psychological diagnostics at 34 persons with incomplete attempts of suicide were analyzed. The obtained data allowed to allocate and range psychological markers of risk of repeated suicides, to estimate most their dangerous combinations (personal *symptom complex*), to understand mechanisms which realize a suicide. This information gives the chance to plan therapeutic "targets", to formulate the general methodical principles and to choose concrete ways of psychological personal correction for prevention of repeated attempts of suicide both in the early period after a suicide, and at the remote stages of supervision – during monitoring of psychodynamics of a crisis state.

Keywords: suicide, psychological predictors of possibility of repetition of attempts of suicide, personal risk of suicide recurrence.

ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ С МУЖЧИНАМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

А.В. Меринов

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – д.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России. Телефон: 8 (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Статья посвящена изучению парасуицидальной активности у жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, а также влиянию изучаемого феномена на остальной спектр аутоагрессивных паттернов поведения, экспериментально-психологические и личностно - психологические показатели респонденток. Изучена феноменология парасуицидального поведения изучаемой группы женщин. Выяснено, что присутствие суицидальных тенденций у жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно увеличивает вероятность обнаружения у них различных форм несуицидальных аутодеструктивных актов. Данная категория респонденток имеет специфические личностно-психологические особенности.

Ключевые слова: жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, парасуицид, аутоагрессивное поведение

В настоящее время всё большее внимание уделяется особенностям женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью [2, 4, 5, 9]. Этот интерес объясняется, с одной стороны, многочисленными и обширными медико-социальными проблемами, возникающими у супругов в подобных браках. С другой стороны, значительной распространенностью подобной модели семейных отношений в нашей стране, формирующей обширнейшую группу женщин относящихся к «женам алкоголиков».

Считается, что наличие семейных отношений с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью (МСАЗ), подразумевает у супруги определённые клиничко-психологические особенности, имеющиеся либо до вступления в брачные отношения, либо приобретаемые уже в период брака [3, 6, 14]. Одной из таковых особенностей жён МСАЗ, является их повышенная аутоагрессивность, которая, в частности, проявляется в частоте выявления у них суицидальных тенденций [4]. Существуют мнения, что суть данного феномена заключается не только в «патогенном» влиянии супруга, но и в определённой степени детерминируются внутренней психологической организацией женщин из этой группы [4, 12]. Как бы то ни было, рассматривая данную многочисленную группу женщин через призму суицидологии,

мы можем говорить о существующей серьёзной социальной проблеме, требующей детального изучения и решения.

Цель исследования: изучить особенности парасуицидального поведения жен МСАЗ, а также оценить прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и личностно-психологические характеристики в этой группе.

Материалы и методы.

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено обследование 185 женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (жителей Рязанской области). Средний возраст респонденток составил $40,5 \pm 4,7$ года. Длительность семейной жизни составила $16,5 \pm 5,3$ года. В качестве контрольной группы выступили 62 женщины, состоящие в браке с мужчинами, не имеющими алкогольной зависимости, с сопоставимыми возрастными и социально-демографическими показателями.

Для дальнейшего изучения основная экспериментальная группа была разделена на две подгруппы: жен МСАЗ, имеющих в анамнезе суицидальную попытку (40 респонденток – парасуицидальная группа жен МСАЗ) и таковую не имеющих (145 респонденток – непарасуицидальная группа жен МСАЗ). Средний возраст респонденток в первой группе соста-

вил 38,4±3,9 года. Длительность семейной жизни – 14,9±4,2 года. Во второй – 41,2±5,2 года и 16,9±4,9 года соответственно.

В качестве диагностического инструмента использовались: опросник для выявления ауто-агрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [10], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, а так же, в такие временные отрезки как последние два года, добрачный, брачный периоды; а также тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека - Келлермана-Конте.

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение.

Представленность основных суицидальных паттернов в изучаемой группе показана в предлагаемой таблице.

Таблица 1

Представленность суицидальных попыток и суицидальных мыслей в группе жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в %

Признак	Жены МСАЗ (n=185)	Контрольная группа (n=62)
Суицидальная попытка в последние два года	7,2	–
Суицидальная попытка в добрачный период	4,0	–
Суицидальная попытка в период брачной жизни	14,4	1,61
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	16,0	1,61
Суицидальные мысли в последние два года	19,2	–
Суицидальные мысли в добрачный период	11,2	4,84
Суицидальные мысли в период брачной жизни	22,4	1,61
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	26,4	4,84

Как хорошо видно, в контрольной группе женщин из браков мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, все рассматриваемые

показатели достоверно ниже, чем в группе жен МСАЗ. Данный факт подчеркивает выраженную суицидологическую неблагополучность изучаемой группы женщин, что позволяет рассматривать проживание в подобных семейных отношениях как фактор высокого риска суицидального поведения у супруги.

Добрачная парасуицидальная активность будущих жён МСАЗ во всех случаях носила реактивный характер, вызванный значимыми внешними причинами. Суицидальность жён МСАЗ в период брачной жизни наиболее часто была связана с «семейными проблемами», неспособностью контролировать алкогольную зависимость мужа (83,33% наблюдений). В 16,67% случаев были указаны иные причины (проблемы на работе, тяжёлое заболевание, неспособность уйти к другому человеку). То есть, основная причина суицидальных попыток жён МСАЗ может быть обозначена как созависимая.

Способы осуществления суицидальных попыток в группе жён МСАЗ отражены в таблице 2.

Таблица 2

Способы парасуицида в группе жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью

Способ	% от общего числа
Отравление ядами	75
Самоповешение	10
Нанесение порезов	10
Отравление газом	5

Из таблицы следует, что самоотравление остаётся предпочитаемым «женским» способом суицидальной попытки в семьях МСАЗ, отражающим общепопуляционные особенности женского суицида вообще [13].

Таким образом, в изучаемой группе широко представлены суицидальные паттерны, как в когнитивной, так и поведенческой сферах. Это должно формировать специфическое в суицидологическом плане отношение к данной группе женщин, что принципиально шире суицидологической парадигмы предлагаемой в отечественной наркологии [1], где акцент в основном делается на самих наркологических пациентах.

Отдельно стоит отметить, что в 66,7% случаев при обнаружении суицидальных паттернов у супруги МСАЗ суицидальная активность также обнаруживалась и у мужа (феномен,

обозначенный нами как парасуицидальный супружеский параллелизм). В оставшихся наблюдениях суицидальная активность отмечалась только у самой супруги (33,3%).

Коротко коснёмся добрачно-брачной динамики парасуицидальной активности в группе жен МСАЗ, имеющих суицидальную активность в анамнезе. Парасуицидальная активность в анамнезе встретила у 40 жён МСАЗ (21,62% от общего числа обследованных жён МСАЗ). Добрачная суицидальная аутоагрессия была обнаружена у 10 из них (25% от общего числа парасуицидальных жён МСАЗ), четыре из которых имели исключительно добрачную суицидальную активность и не имели таковой в браке (10%); у шестерых жён МСАЗ добрачные суицидальные паттерны (суицидальные попытки и мысли) сохранились / повторились в период брачной жизни (15% от общего числа женщин, имевших парасуицидальную активность). Брачная суицидальная активность диагностирована у 36 супругов МСАЗ, причём у 30 из них суицидальные феномены появились

впервые в браке (83,3%), а у 16,7% из всех парасуицидальных жён МСАЗ имелась как добрачная, так и внутриврачная суицидальная активность.

Следующий этап дизайна исследования подразумевал ответ на вопрос: является ли парасуицидальное поведение у жён МСАЗ единственным отличием между подгруппами парасуицидальных и непарасуицидальных женщин из подобных браков, либо отнесение к парасуицидальному кластеру подразумевает наличие и иных значимых для суицидологии и наркологии особенностей. Для решения поставленной задачи было произведено фронтальное сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах.

Основные отличия в спектре несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, а так же основных предикторов аутодеструктивного поведения между группами женщин, имеющих и не имеющих парасуицидальную активность в анамнезе, состоящих в браке с МСАЗ, приведены в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика аутоагрессивной сферы женщин, имеющих и не имеющих парасуицидальную активность в анамнезе, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Женщины, имеющие суицидальную активность в анамнезе, состоящие в браке с МСАЗ (n=40)	Женщины, не имеющие суицидальной активности в анамнезе, состоящие в браке с МСАЗ (n=145)
Наличие несчастных случаев в анамнезе	35,0%	11,4%
Подверженность насилию в последние два года	35,0%	6,67%
Подверженность насилию в период брака	55,0%	10,48%
Наличие ЧМТ в анамнезе	45,0%	10,48%
Злоупотребление алкоголем в период брака	25,0%	8,57%
Употребление наркотических средств в период брака	20,0%	3,31%
Наличие обморожений в добрачный период	30,0%	4,76%
Ожоговая патология в период брака	45,0%	8,57%
Ожоговая патология в добрачный период	20,0%	7,62%
Наблюдение у психиатра в анамнезе	20,0%	1,9%
Склонность к навязчивому стыду в добрачный период	40,0%	17,14%
Склонность к моментам острого одиночества	55,0%	33,33%
Склонность к депрессивным реакциям в добрачный период	35%	14,29%
Склонность к депрессивным реакциям в период брака	80%	43,81%
Периоды переживания безысходности в период брака	75%	43,81%
Склонность к неоправданному риску вообще	50%	20,09%
Уверенность в долгой последующей жизни в последние два года	25%	62,86%
Уверенность в долгой последующей жизни в период брака	35%	62,86%
Повышенная агрессивность в последние два года	55%	23,81%
Повышенная агрессивность в период брака	65%	29,52%

Таблица 4

Характеристика личностно-психологических показателей женщин, имеющих и не имеющих суицидальную попытку в анамнезе, состоящих в браке с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Женщины, имеющие суицидальную попытку в анамнезе, состоящие в браке с МСАЗ (n=40)	Женщины, не имеющие суицидальной попытки в анамнезе, состоящие в браке с МСАЗ (n=145)
Алкогольная зависимость у отца	75%	49,5%
Алкогольная зависимость у матери	20%	6,7%
Склонность во всех неудачах обвинять себя	75%	26,7%
Способность легко делиться своими проблемами с окружающими	15%	42,9%
Использование замещения	5,7±2,7	4,2±2,2
Использование регрессии	8,2±2,7	5,5±2,3

Обращает на себя внимание широкий спектр несуйцидальных аутоагрессивных паттернов характеризующий женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе и состоящих в браке с МСАЗ, который, прежде всего, касается рискованно-виктимных модусов поведения, травматической патологии (ЧМТ) и наличия злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами в период брака. Следует подчеркнуть, что насилие в рассматриваемой подгруппе (физическое) в период брака возникало, в подавляющем большинстве случаев, в результате агрессивных действий со стороны мужа. Эти данные позволяют утверждать, что за счёт показателей женщин с классической парасуйцидальной активностью в значительной степени формируются общие групповые показатели несуйцидальной аутоагрессивной активности группы жён МСАЗ в целом.

Аналогичную закономерность можно обнаружить и в отношении целого ряда предикторов аутоагрессивного поведения. Отметим преобладание в группе женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, основных

общепризнанных предикторов саморазрушающего поведения – склонности к депрессивным реакциям, периодов острого одиночества, навязчивого переживания стыда, моментов безысходности, отсутствия уверенности в долгой последующей жизни. У парасуйцидальных жён МСАЗ обнаруживается достоверная связь аутоагрессивного и гетероагрессивного поведения. Гетероагрессия наиболее часто касалась собственных детей, животных, сотрудников, мужа.

Перейдём к характеристике личностно-созависимых и экспериментально-психологических особенностей рассматриваемых женских групп. Основные отличия между группами приведены в таблице 4.

Прежде всего, отметим встретившуюся частоту наличия алкогольной зависимости у родителей в группе женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, что согласуется с полученными нами ранее данными [6]. Кроме того, их характеризует наличие созависимого личностно-психологического комплекса: сочетания склонности обвинения во всех неудачах себя и неспособность открыто обсуждать возникающие проблемы с окружающими, даже близкими родственниками.

Спектр преобладающих психологических защит у жён, имеющих суицидальную активность в анамнезе, полностью соответствует таковому у МСАЗ [4], имеющих суицидальную активность, что, вероятно, является маркёром алкогольной и созависимой суицидальности.

Заключение.

Можно с уверенностью констатировать, что группа женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, представляет собой крайне неблагоприятный срез женской популяции в отношении риска реализации суицидального поведения. Это по праву позволяет отнести супружество со страдающим алкогольной зависимостью мужчиной к факторам, облегчающим реализацию аутоагрессивных импульсов, которые следует использовать в суицидологической практике, что, в наиболее упрощенном виде, должно сводиться к обязательным вопросам о наличии суицидальных тенденций в этой группе женщин. Факт суицидальной активности в прошлом у жён МСАЗ подразумевает гораздо более широкий спектр отличий от несуйцидальных супругов из аналогичных браков, что формирует их клиническую специфичность.

Полученные данные позволяют утверждать, что наличие суицидальной активности у жён МСАЗ зачастую подразумевает так же и достоверно более частое присутствие у них несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения и наоборот, что в значительной степени расширяет наше представление о месте суицидального и несуицидального аутоагрессивного поведения в изученных браках, а также позволяет более фокусно осуществлять суицидологическую работу в наркологической практике.

Литература:

1. Брюн Е.А., Шустов Д.И., Бузик О.Ж. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии // Психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 278.
2. Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма // Вестник клинической психологии. – 2005. – Том 3, № 1. – С. 51-56.
3. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма. – Полтава: АСМИ, 2003. – 144 с.
4. Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – № 8 (116). – С. 72-77
5. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 59-63
6. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Суицидологические и личностно - психологические особенности девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Психическое здоровье. – 2011. – № 5 (60). – С. 53-55.
7. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невроп. и психиатр. – 1994. – Том 94. – Вып. 1. – С. 51-54.
8. Сабиров Р.Б. Медико-социальное исследование насилия в отношении женщин (по материалам города Набережные Челны): Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Казань, 2005. – 21 с.
9. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 53-61.
10. 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.
11. Aldridge D. Suicide. The tragedy of hopelessness. - London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. – 311 p.
12. Berne E. What Do You Say after You Say Hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
13. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. – 2nd ed. – N.Y.: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.
14. Hurcom C., Copello A. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades // Substance Use & Misuse. – 2000. – Vol. 35, № 4. – P. 473-502.

PARASUICIDE BEHAVIORAL OF WIVES OF MEN
SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE
(FOR EXAMPLE THE RYAZAN REGION)

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The article studies the parasuicidal activity wives of men suffering from alcohol dependence, and the influence of parasuicidal activity of wives whose husbands suffer from alcohol dependence on the rest of the spectrum of auto-aggressive behavioral patterns, experimental-psychological and personal-codependent indexes of the respondents. Studied phenomenology parasuicide study group of women. It has been found out that the presence of suicidal tendencies in wives whose husbands suffer from alcohol dependence sharply increases the probability of various forms of non-suicidal autodestructive acts in them. This category of the respondents has specific personal-codependent and experimental-psychological peculiarities.

Key words: wives of men suffering from alcohol dependence, parasuicide, autoaggressive behavioral

Открыта подписка на журнал «Суицидология»
на первое полугодие 2013 года

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации ОАО «Роспечать»

СМИ И ПОДРАЖАТЕЛЬНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ЧАСТЬ I

Е.Б. Любов

Московский НИИ психиатрии, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович, д.м.н., профессор, руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития РФ; телефон: 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

В обзоре литературы приведены данные о взаимосвязанных факторах суицидальной тематики СМИ и риске подражательных суицидов. Такие факторы включают характеристику сообщения (истории), позицию читателя (слушателя, зрителя) и социальный (средовой) контекст реальной или вымышленной истории.

Ключевые слова: суицидальное поведение, СМИ

Самоубийства – актуальная междисциплинарная и межведомственная проблема народосбережения. СМИ¹ – важный источник формирования взглядов и убеждений [7] и ключевая стратегия повышения осведомленности общества [43]. Роль СМИ в аспекте суицидального поведения – тема многолетней дискуссии. Суицид стал общим местом дискуссий и обыденной сенсацией («труп к завтраку») СМИ на фоне все большей эмпатии населения к суицидентам и допущения возможности суицида. Связь сообщений СМИ суицидальной тематики и риском суицидального поведения как многофакторного биопсихосоциального феномена [80] требует уточнения.

С 1830-х гг. вопросы суицида в Западной Европе оказались в центре статистических анализов и газетных хроник, социальным явлением. В России с 1860-е гг., в ходе реформ, создавших и статистические комитеты, и массовую периодическую печать, самоубийство вызывает пристальный общественный интерес [4]. В начале XX века губернские отчеты «О состоянии народного здравия» часто были неполны, но в целом отражали благополучную картину (по сравнению с Западной Европой) патриархальной Руси. В роли статистиков выступали журналисты [3], но их эмоционально заряженные, призванные будоражить умы,

данные опирались на живописание отдельного события, не указывая реальную картину. Российские газеты пестрели рубриками «самоубийства», и толчком к роковому выбору, замыкая порочный круг, становились распространенные прессой поступки сверстников: история бросившейся в водопад девы (ставшей примером для 16 сверстниц, прибывших издалека), прощальных писем утопившейся курсистки («...я одна из многих и падаю жертвой для многих... Девушки, не примиряйтесь с жизнью...») и гимназиста («не забудете добиться того, за что пали мы...») [цит. по 3]. Молодежь убивала себя на балах и улицах, их «программные» письма в газете становились «почтиной обществу». «Почтовые ящики» газет и журналов переполняли письма граждан, озабоченных «эпидемией» самоубийств молодежи. Периодическая печать создала русский дискурс о самоубийстве, которое стало не только культурным символом положения человека в эпоху общественного, морального и метафизического кризиса [4], но и бытовым явлением: «быстрый их рост в начале поражал..., но теперь только разве какой-нибудь экстраординарный случай в этой области, вроде «лиги самоубийц» на минуту остановит наше внимание» [5]. Речь идет о «Лиге», выдумке ушлых газетчиков в 1912 г. [3], помянутой и Б.Акуниным в постмодернистской «Любовнице смерти». В «Лиге» якобы сотни студентов по жребию искали «красивые формы суицида». За две недели газетная утка стала фактом. Гимназисты искали Лигу, оставляя записки: «Мы умрем в кругу тех, кто разделяет наши взгляды».

В годы Первой мировой войны влияние печати на суициды снизилось [78]: убийства

¹ Средства массовой информации (СМИ) – средства донесения информации (словесной, звуковой, визуальной), постоянно охватывающие большую аудиторию. К СМИ относят печатные издания (газеты, журналы) и электронные СМИ: телевидение, радио, интернет. Рассмотрение СМИ как «информирующих» ушло в прошлое, используются эпитеты «развлекающие» и «формирующие» общественное мнение. СМИ стали частью сферы средств массовой коммуникации (Википедия).

(врагов, мирного населения) вызывают более интерес СМИ, и эффект виден в пропаганде героических поступков [62]. Социальная интеграция при внешней угрозе нации, по Дюркгейму, играет антисуицидальную роль. Исследования 1930-х гг. на 93% менее вероятно, чем современные подтверждают эффект СМИ [81], что можно объяснить и отсутствием электронных СМИ, кумулирующих эффект печати, и / или с массовыми социальными движениями за социально-экономические изменения, отвлекающими от суицида. Кроме того, тираж газет обычно убывает в кризис. Декриминализация и снятие табу с суицидов ждали гласности, и газеты развитого социализма были обращены к суицидам трудящихся на Западе. Отдельные сообщения в рубрике происшествий 20-х гг. XX века касались суицидов через осуждающе-морализаторскую призму «нежелательных явлений»: проявления старорежимной душевной дряблости («Юровщина») или морального разложения («Альтшуллеровщина») ¹ в студенческой среде. На последнее событие, как и на удивительно живучий миф о «Клубе самоубийц», указывает и Ю. Домбровский («Факкультет ненужных вещей»).

Пионерские работы 70-х гг. XX века американского социолога D. Phillips на основе ретроспективных статистических данных дали имя Вертера (суицид героя Гете стал смертельно прямой приманкой молодых романтиков XVIII века) эффекту социально - психологического «заражения» подражательным суицидальным поведением вследствие реальных или вымышленных историй СМИ. Ретроспективный анализ статистики самоубийств в США в 1947-1968 гг. [62] показал, что национальный уровень суицидов увеличен (в среднем на 58 человек) за два месяца после громкой публикации в крупных газетах; чем более муссируется история, тем выше уровень суицидов в тех местах, где она опубликована. Коли ставший «знаменитым» самоубийца молод – росли суициды его сверстников; если принадлежал к определенному социальному кругу (профессии) – учащались самоубийства таких же лиц; сходны и способы первого и кластерных суицидов. *Новаторские работы до поры были игнорированы большинством ученых.* Сегодня

¹ Андреевский Г.В. Повседневная жизнь Москвы в сталинскую эпоху. 1920-1930. 2-е изд., испр. и доп. М.: Молодая гвардия, 2008. – 557 с.

подражательные кластерные самоубийства уязвимых лиц, воспроизводящих медийные сценарии [25, 51], и приводящих к кратковременным пикам самоубийств, не объяснимыми иными факторами и спонтанными флуктуациями [64, 83], систематически изучены на примерах реальных и вымышленных историй [28, 33, 40, 53, 58]. Сотни исследований указали причинную связь между сообщениями газет, телевидения (ТВ) и последующим подражательным суицидальным поведением [13, 32, 33, 44, 58, 64, 65, 73, 81]. Более 1000 исследований указали причинно-следственную связь между изображением СМИ насилия и агрессивным поведением некоторых детей [15]. Рост суицидов читателей и зрителей отмечен при увеличении числа историй о суицидах; отдельная смерть обсуждается долго или освещается во многих сообщениях, изображена на первой полосе и/или в видном месте, заголовок в драматических тонах («10-летний мальчик покончил с собой из-за двойки») [39, 62, 81]. Улучшенная методология усилила доказательность анализов: указана связь количества и относительного числа суицидов [83, 88] и попыток суицида с сообщениями СМИ по критериям последовательности, силы, специфичности и согласованности. В целом публикации увеличивают национальный уровень суицидов «лишь» на 2,5% в месяц [81].

Мета-анализы [83] показали, что при суициде знаменитости (звезды шоу бизнеса скорее, чем политика) подражательные суициды впятеро вероятнее, чем при гибели «обычного человека, а также [81], неожиданно, что сообщения о суицидах, особо занимающих СМИ, на 94% менее вероятно влекут подражательный эффект, чем суицидальные попытки. Возможно, лица, их совершающие, более склонны к копированию.

Большинство ранних работ касалось суицидов США и Европы, где христианская мораль отвергает самоубийство [12, 33], затем Азию [69]. Так, например, в Китае описана серия суицидов / попыток персонала гигантской электрокомпании подстегнута СМИ. Отмечено, что риск был повышен в течение трех дней после очередного самоубийства в связи с тесным межличностным общением сотрудников: мобильные телефоны сотрудников и СМИ скоро распространили новости, хотя сообщения о смерти обычных людей редко приводит к подражательному эффекту [83]. В Японии от-

четыре СМИ ведут к росту самоубийств [44]. Модель объяснила 88% вариантов месячных уровней суицида. На Тайване поток сообщений желтой прессы, восполняющие с лихвой недостаток информации официальной прессы, о самоубийствах способствовали росту их уровня в 1998-2006 гг., увеличили число суицидов [19, 20]. Количество персональных компьютеров положительно связано с общим и мужским уровнями самоубийств [86]. В Австралии отмечена связь между сообщениями столичных газет в 1981-1990 гг. и последующим ростом суицидов мужчин [39].

Муки старости и недуга неизменно трогают читателя. Участие СМИ в общественных дебатах о легализации «суицида при врачебном содействии» [8, 11, 29], необходимы [76], ведь у людей мало опыта. Эвтаназия означает содействие врача «спокойной и легкой смерти», страдающим неизлечимыми и мучительными заболеваниями или в состоянии необратимой комы [48]. Но порой СМИ, ратуящие за личную независимость, оправдывают «милосердные убийства» руками близких как этически и социально оправданные. СМИ Англии привлекли внимание к отказу 42-летней женщине в терминальном состоянии умереть при содействии мужа [48]. После ТВ передачи об эвтаназии морфием в течение двух недель в клинику токсикологии (Польша) после суицидальных попыток поступили измученные болями и депрессией четыре больных раком и рассеянным склерозом [23]. Через год по выходу руководства для смертельно больных «Окончательный выход», советующего асфиксию, число самоубийств в Нью-Йорке выросло втрое (с 8 до 33); книга найдена на месте ¼ суицидов [81].

Пик риска подражательных суицидов приходится на первые 3-7 дней после сообщения СМИ с пологим 2-х недельным спадом [13, 39, 62]. Мало известно насколько суицид знаменитости влияет на суицидальные мысли в отдаленной перспективе [40], возможно (в Азии), до 8-15 месяцев [31]. Известны «юбилейные» суициды (спустя год после смерти кумира). Отмечено, что выраженность и длительность «эффекта Вертера» зависят от меры сходства между моделью и «подражателем».

Ипостаси эффекта Вертера [62] подчеркивают связь суицида и насилия как форм социальной патологии, а также многоликость суицидального поведения и схожесть влияния различных СМИ.

После публикаций и ТВ сюжетов о суициде растет число ДТП (на 31%) и авиакатастроф именно, там, где событию придана огласка [62]. Описаны серийные школьные убийства-самоубийства [57] обычно молодых мужчин. Полиция Франции в наши дни задержала расстреливавшего прохожих на мотоцикле, как «тулузский стрелок» Мера, «героя» СМИ.

Сообщения СМИ об угрозе террора способствуют повышению бдительности граждан и «диффузному страху», предтече психических расстройств [60] и суицидального поведения. Риск суицида повышен террористической атакой 11.09.2001 г. [26]. В 2002 г. широко освещено СМИ самоубийство подростка, врезавшегося на угнанном легкомоторном самолете в Банк Америки по известному образцу. Тогда же произошло необычное число катастроф малых самолетов, расцененных как явные или скрытые самоубийства.

Век назад показано, что риск агрессии и суицидального поведения связан с формой и содержанием посланий радио, синемаатографа, позднее – телевидения (ТВ) и интернета с их особым языком. Так, изображение насилия СМИ усиливает эмоциональное возбуждение, агрессивные мысли, ожидания и воспоминания, ослабляет запреты на асоциальное поведение, эмпатию к жертвам [71]. Дети смотрят ТВ до 1/3 времени вне сна; больше, чем учатся в течение жизни [15, 67]. Половина детей 5-7 лет уже видела суицид по ТВ. Они же уязвима часть зрительской аудитории. Установлена некая связь между просмотром ТВ и «рискованным поведением» (включая агрессивность) детей [87] в отличие от подростков 14-16 лет [50]. В целом изучение ТВ программ новостей США за 12 лет не выявило взаимосвязь «доза-реакция» (суицид) [49]. Несмотря на выводы ранних исследований, риск суицидов коррелирует не с ТВ, а, например, с достатком семьи [52]. Если газетные вырезки часто находят рядом с жертвой, то ТВ сообщения мимолетны и могут быть скорее забыты или быть незамеченными. Рассказ BBC 15,5 млн. зрителям о «легкой» смерти при отравлении парацетамолом не изменило способ суицидальных попыток на местном уровне [74]. Более того, в стране отравления удвоились, когда та же программа показала серьезные последствия передозировки [40]. Однако в связи с количеством и разнообразием контактов со СМИ изучение психологического воздействия отдельных ТВ программ затруднено [16]. Более того, новое

поколение предпочитает ТВ социальные сети и виртуальное общение. На радио смотрят как на бедного родственника ТВ. Оно менее влиятельно в развитых странах, но подростки там слушают радио чаще, чем взрослые [50].

Интернет как самый быстрый и дешевый способ бурно развивающейся массовой коммуникации сочетает лучшие и худшие качества «старых» СМИ, доступных в Сети любому пользователю. ТВ и печать уступили позиции интернету в среде молодых, став привычным пространством досуга и общения. Интернет в России, как и в иных странах, более развлекает и отвлекает на зависть специалистам по когнитивной терапии. Сложилась «веб-культура», выросло «поколение Рунета». Простота доступа и скорость распространения информации особо радуют подростков. У России второе место в мире по количеству блогов, в них часто изливают беды (что неплохо), но и предлагают неадекватные пути решения кризиса. Кибермоббинг – виртуальная травля, включая распространение компрометирующих данных (поддельные и реальные фотографии и видеоролики), через порталы социальных сетей часто со стороны. Они не прячутся за никами, превращая жертву в изгоя без шанса, в отличие от жизни, найти безопасное пристанище. По данным института социологических исследований Forsa (2011), 1/3 школьников ФРГ – жертвы кибермоббинга, потенциально суицидогенного фактора. Израильские школьницы пытались, взявшись за руки, утопиться в море, не выдержав издевательств сверстников в Сети. Каждый десятый столичный старший школьник сталкивается с «интернет угрозами» (в том числе оскорблением и угрозами). Мало данных о подражательных суицидах, «соревнованиях» самоубийств в социальных сетях [70], но на ее «стенах» пишут: «Хочу уйти» и выкладывают десятки способов легкого и надежного «исчезновения» в компании единомышленников. Групповые суициды в Японии, Нидерландах, Англии, России связаны с поиском данных о суицидальном поведении на фоне тревоги и душевной боли [47], страхом социального отвержения и изоляцией [59]. В группе риска мужчины, возможно, более активные посетители Сети [38]. Киберсуицид определяет суицидальное поведение в интернете в связи с особыми сайтами [6, 9, 10, 18]. Интернет-клубы самоубийц с конца XX века распространены по миру с лидером Японией по части не

только времени, проводимым гражданами в онлайн, но и группового суицида перед веб-камерой. Обнародованный суицид угарным газом 17-летней школьницы повлек групповые самоубийства молодых, встретившихся в Сети [38].

Роль вымышленных историй показана менее, и данные неоднозначны. Сюжеты фильмов, в которых романтизирована (драматизирована) тема суицида, способствуют «заражению» суицидами, что отмечают руководства СМИ [13, 79, 85]. Пример гламуризации суицида – фильм США «Тельма и Луиза». Лукавый режиссер заставляет гадать по поводу безрассудно-преднамеренного порыва «бунтовщиц без причины», «воспаривших» на пути в пропасть. В драме Клинта Иствуда «Малышка на миллион» у парализованной Мэгги шансов на выздоровление нет, и она просит единственного друга помочь ей умереть. Тот в ужасе отказывается, и Мэгги пытается покончить с собой, откусив язык. Врачи спасают ее, обрекая ее на новые муки. Ночью друг перед смертельным уколom адреналина объясняет героине смысл прозвища «Mo Chuisle» (с ирландского «Моя дорогая», буквально: «мой пульс»). В отечественном фильме «Самоубийцы», якобы жизнеутверждающей комедии абсурда, герой после 17 попыток самоубийства поучает новичка – растущего народного клуба изгоев и лузеров, что смерть все спишет. У номинанта каннского фестиваля (2012 г.) анимации «Магазин суицидов» слоган: «твоя жизнь – полный провал – умри успешно». Вряд ли «черный юмор» служит антисуицидальным фактором. После демонстрации в Германии дважды за 2 года сериала «Смерть студента», бросившегося под поезд [73], в течение 5 недель между первой и последней серией и спустя 8 лет (!) после показа отмечен рост самоубийств и попыток суицида на железных дорогах страны. За 70 дней после начала сериала количество самоубийств юношей 15-19-лет на рельсах выросло до 175%. Суицидальное поведение студентов существенно участилось в течение 2-х недель после ТВ фильмов о суицидах там, где они показаны [66], но при подключении «горячей линии», руководств для преподавателей пика суицидов не произошло [35]. Отравления подростков парацетамолом росли в Великобритании в 90-х гг. XX века [74]. После ТВ драмы об отравлении подростка три недели росли отравления тем же способом сверстников, но с уче-

том статистики за предыдущие годы и контроле эффектов пола, возраста, сезона, лекарства «эффект» сошел на нет; лишь немногие отравившиеся видели сей фильм и отметили связь поступка с увиденным.

Музыка и музыкальные клипы могут стать суицидогенными факторами, если фаны идентифицируют чувства с текстом и содержанием музыки и самими кумирами. Тяжелый рок, реп привлекли внимание, но любая музыка может отражать депрессию, одиночество, насилие как спутников жизни; суицид становится путем совладания с проблемой [83]. «Давай вечером умрем весело, / Поиграем в декаданс», - предлагает группа «Агата Кристи» («Опиум для никого»). Земфира не исключает «Суицид», вариант «Повесица», группы «Алиса» бравирует: «Умереть молодым», а «Король и Шут» предупреждает: «Разбежавшись, прыгну со скалы. Вот я был, и вот меня не стало. И когда об этом вдруг узнаешь ты, тогда поймешь, кого ты потеряла». Dragbody не видит исцеления от жизни, навязчивая мысль о самоубийстве банальна. Осборн («Suicide Solution») задает риторический вопрос: «Где спрятаться? Самоубийство – единственный выход». Песня связана с рядом суицидов подростков, слушавших ее часами кряду перед самострелом [66]. Коли определенная музыка мила именно подросткам, возможно, для некоторых она особо пагубна.

Эффект Вертера упомянут в сериале «Обмани меня», но обзор 34 исследований роли вымышленных самоубийств в кино и ТВ, музыке, и драматургии на суицидальное поведение слушателей (зрителей) со строгими критериями причинно-следственной связи указал двусмысленность эффекта на фоне реальной статистики [64]. Логистический регрессионный анализ данных 42 исследований (293 случаев) показал, что невымышленные истории повышают риск подражательного эффекта в 4 раза против 14 раз при освещении суицида знаменитости, но ТВ спектакли и мыльные оперы в прайм-тайм на 82% реже приводят к подражательному самоубийству, чем новости газет [82].

Уязвимые группы населения. Не все уязвимы влиянию СМИ, но отдельные «проблемные люди» убивают себя в подражание. Морель писал, что одного впечатления от чтения о выдающемся преступлении недостаточно, чтобы вполне умственно здоровых людей толкнуть на подобный поступок. Заразительная

сила самоубийства оказывает воздействие только на людей, сильно к нему предрасположенных [цит. по 2]. Прозаик Чулков век назад размышляя об особом воздействии «рубрики самоубийц» полагал, что сообщения о застрелившихся, отравившихся и утопившихся не самодостаточны [цит. по 3]. Так, суицид знаменитости более значимо для уязвимой личности, и влияние такого суицида – не независимый фактор риска, опосредованный иными факторами риска [64, 83]. Типовым фактором риска самоубийства служит любое психическое расстройство [30]. Влияние популярных ТВ передач на мысли, отношения и поведение значимо для детей и подростков с психическими проблемами. Мальчик 7 лет с расстройством активного внимания «играючи» повесился после фильма о казни солдат через повешение (по сюжету они счастливо спасены) [84]. Риск суицида депрессивных подростков увеличен широким освещением темы ТВ [54]. Но влияние, например, ТВ не ограничено больными. Фильм о суициде вызвал дистресс у 70% опрошенных здоровых студентов, у 1/3 – до нескольких недель; 70% не покидали мысли об увиденном. Эмоциональная лабильность – предиктор (в 3,5 раза вероятнее) такой негативной реакции [68]. Суициденты реагируют на фильмы о суицидах сверстников-подростков с меньшей тревогой, чем здоровый контроль [27], возможно, в связи с постсуицидальным состоянием и/или большей эмпатией к суицидентам. В группе риска молодые [33], особенно депрессивные, подменяющие реальный мир виртуальным. Молодые более открыты посторонним, их намерения уйти из жизни, как правило, менее серьезны, чем у взрослых, но метаанализ [81] не выявил отличий риска подражательных суицидов молодого (10–34 лет), среднего (35–64 лет) и пожилого (>65 лет) возрастов, возможно, в связи с недостаточной детализацией исследований. Подростки особо восприимчивы к темам суицида в связи с незрелым «Я» и / или романтизированным образом смерти для себя и других [24]: 22,5% подростков и 42,5% взрослых верят, что самоубийца найдет рай [24]. Лишь 20% подростков понимают смерть как конец жизни; для других это победа силы над смертью [61]. Подростки часто воспринимают смерть глянцево «как в кино», где ленту можно перемотать вспять, романтизируя гибель как путь влияния на мир [61]; исцеляющий сон, акт обвинения, элексир

любви, встречу с дорогим покойником. Люди с психическими проблемами подражают суицидальному поведению в связи с нарушением самоидентификации [82]. Молодые и /или страдающие депрессией уязвимы подражательному суицидальному поведению [22, 62, 72]. Суицид знаменитости усугубил депрессию 39% больных, 5,5% из них совершили попытку суицида в течение последующего месяца [21]. Подростки особо подвержены влиянию СМИ как активные потребители [84]. Их суициды – «горячая» «резонансная» тема СМИ [84], что, в свою очередь, повышает риск суицидов в возрастной группе [24, 38], ставших второй-третьей по частоте причиной смерти в 13-18 лет [45]. Имитационное поведение (реакция группирования) типично для подростков. Подростковый суицид, афишируемый СМИ, становится триггером серии суицидов сверстников [34, 36]. Кластерные суициды составляют 5% суицидов подростков США [41]. На выборке 12000 суицидов подростков за 7 лет [62] показано, что повторные репортажи о самоубийствах на ТВ и первых полосах газет влекли их «аномальный рост», до недели, в большей мере у девочек. Отмечено увеличение на 7% подростковых и «только» 0,5% взрослых суицидов после ТВ новостей по данной теме [32].

Теоретическое обоснование роли СМИ в подражательных суицидах. Подражательный суицид представлен побочным продуктом приспособительного поведения [14] и социального обучения [42, 82] в виде моделирования поведения значимых лиц, что проще многотрудного личного пути проб и ошибок. Люди осваивают широкий ряд социальных реакций, включая агрессию, способы эмоционального реагирования. Эффект Вертера относится к моделированию («заражению»), когда суицидент следует дезадаптивному поведению при решении сходных проблем (развод, тяжкая болезнь, позор) [42, 56]. При этом на второй план сдвинуто более понятное («дюркгеймовское») объяснение феномена как следствия социальной нестабильности (безработицы, разводов, безверия), ставящей уязвимых людей на грань самоубийства. Функция СМИ сходна с культуральной передачей «от одного ко многим» [17], когда один, значимый, одновременно (учит) влияет на многих. СМИ способствуют подражанию не только суициду знаменитости [42], но и лиц сходных, например, по возрасту и полу, социальному статусу. По соци-

альной эволюционной теории [37] подражательные суициды суть социально - культуральные заразные болезни [55] с инкубационным периодом. Ключевыми условиями подражательного суицида становятся уязвимость суицидента (депрессия, неуверенность в себе, изоляция, импульсивность, меняющие восприятие суицидальной личности, особенно если жизненная ситуация схожа с таковой у наложившего на себя руки), путь передачи (СМИ), степень вирулентности и дозозависимость в виде тиражирования сенсационной новости [42]. Сходные механизмы «заражения» (моделирования поведения) в «латентных» средствах информации: популярной музыке, видеоиграх и компьютерной индустрии [16, 71]. Наряду с подражанием действуют архетипы, влияющие на поведение на подсознательном уровне. Так или иначе кластерные суициды вписываются в общую модель суицидального поведения «уязвимость-стресс-совладание», сходную с таковой, объясняющей развитие психических расстройств в целом.

Итак, сотни исследований в полуконтролируемых условиях, создаваемых СМИ, подтверждают социально-психологическое «заразительное» влияние суицидального поведения. Нет явления более легко передаваемого заражением, чем самоубийство в виде серийных (кластерных) подражательных самоубийств, – полагал Дюркгейм. Причем «явление морального заражения может распространяться двояко: или факт, служащий образцом, передается из уст в уста через посредство так называемого общественного мнения, или его распространяют газеты <...> оказывают влияние в особенности последние, и нельзя не признать, что они действительно являются могучим орудием распространения идей». «Самоубийство бывает заразительно, и убивающий себя совершает социальный акт, толкает других на тот же путь, создает психическую атмосферу разложения и упадка... Самоубийца вызывает роковую решимость и в других, он сеет смерть», – вторит Бердяев. СМИ (реальные и вымышленные истории) могут способствовать массовым, локализованным во времени [46] суицидальным кластерам. Ценность работ ограничена, т.к. не учтена связь СМИ и индивидуального поведения в неоднородном и многогранном социальном мире, а рассмотрена более на популяционном макроуровне в определенное время. Важно избегать объяснения колебаний суицидального

поведения лишь эффектом СМИ. Но не все, что происходит вслед за сообщением СМИ – из-за этого. Популяционные исследования, в отличие от серии случаев вряд ли выявят «вину» СМИ. Скрупулезный анализ оперирует слишком малыми числами, указывая пики подражательных суицидов, в результате чего несколько спекулятивен вывод о росте уровней суицидов на 100-1000%. «Факт самоубийства может передаваться от одного индивида к другому, но не замечено, чтобы сила подражания оказала влияние на социальный процент самоубийств» [2]. Информация СМИ для уязвимых личностей (склонных к подражательному поведению) формирует стиль межличностного общения и дезадаптивного решения типовой проблемы. Отчаявшись, не видя решения проблемы, они видят в известии о суициде послание, подсказку и копируют действия своих «двойников». Такие формы суицида особо заметны с подачи СМИ в безвременье социального пессимизма: «Живая жизнь давно уж позади. / Передового нет, и я, как есть, / На роковой стою очереди» (Тютчев Ф.). Аспект рассмотрения проблемы указывает не только суицидогенные, но и антисуицидальные факторы, которые потенциально могут быть усилены СМИ. Так, важны образовательная и информирующая миссии СМИ. Журналистам следует быть осторожными и ответственными в освещении суицидов, избегая сенсационности и развенчивая мифы о суицидах в обществе. СМИ закономерно становятся интегральной частью типовых программ предупреждения суицидов. Этим вопросам будет посвящена вторая часть обзора. Пока же вспомним Н.М. Карамзина, озадаченного отечественным «эффектом бедной Лизы»: «Хорошие авторы! думайте о следствиях, что вы пишете!».

Литература:

1. Бердяев Н.А. О самоубийстве. – М.: МГУ, 1992. – 23 с.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд: Пер. с франц. 2-е изд. М.: Мысль, 1994. – 399 с.
3. Могильнер М.Б. Кровь на серебре века / Мифология «подпольного человека» М.: Новое литературное обозрение, 1999. – С. 93-165.
4. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. М.: Новое литературное обозрение, 1999. – 256 с.
5. Сорокин П.А. Самоубийство, как общественное явление. Рига: Наука жизнь, 1913. – 48 с.
6. Alao A.O., Yolles J., Armenta W. Cybersuicide: the internet and suicide // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 1836-1837.
7. Angermeyer M.C., Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes toward the mentally ill // *J. Law Psychiatry.* – 2001. – Vol. 24. – P. 469-486.
8. Banerjee A, Birenbaum-Carmeli D. Ordering suicide: media reporting of family assisted suicide in Britain // *J. Med. Ethics.* – 2007. – Vol. 33. – P. 639-642.
9. Baume P, Cantor CH, Rolfé A. Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the internet // *Crisis.* – 1997. – Vol. 18. – P. 73-79.
10. Birbal R., Maharajh H.D., Birbal R. et al. Cybersuicide and the adolescent population: challenges of the future? // *Int. J. Adolesc. Med. Health.* – 2009. – Vol. 21, № 2. – P. 151-159.
11. Birenbaum-Carmeli D., Banerjee A., Taylor S. All in the family: media presentations of family assisted suicide in Britain // *Soc. Sci. Med.* – 2006. – Vol. 63. – P. 2153-2164.
12. Blumental S., Bergner L. Suicide and newspaper: a replicated study // *Am. J. Psychiatry.* – 1973. – Vol. 130. – P. 468-477.
13. Bollen K.A., Phillips D.P. Imitative suicides: A national study of the effects of television news stories // *Am. Soc. Rev.* – 1982. – Vol. 47. – P. 802-809.
14. Boyd R., Richerson P.J. Culture and the evolutionary process. Chicago: Univ. Chicago Press, 1985.
15. Bushman B., Anderson C. Media violence and the American public: Scientific facts versus media misinformation // *Am. Psychologist.* – 2001. – Vol. 56, № 6/7. – P. 477-489.
16. Byrne P. Psychiatry and the media // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2003. – Vol. 9. – P. 135-143.
17. Cavalli-Sforza L.L., Feldman M.W. Cultural transmission and evolution. Princeton: Princeton, 1981.
18. Chang S.S., Page A., Gunnell D. Internet searches for a specific suicide method follow its high-profile media coverage // *Am. J. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 168. – P. 855-857.
19. Chen Y.Y., Chen F., Yip P.S. The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002-05 // *J. Epidem. Commun. Health.* – 2011. – Vol. 65. – P. 934-940.
20. Chen Y.Y., Yip P.S., Tsai C.W., Fan H.F. Media representation of gender patterns of suicide in Taiwan // *Crisis.* – 2012. – Vol. 16. – P. 1-7.
21. Cheng A.T.A., Hawton K., Chen T.H.H. et al. The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behaviour in patients with a history of depressive disorder // *J. Aff. Dis.* – 2007. – Vol. 103. – P. 69-75.

22. Cheng A.T.A., Hawton K., Lee C.T., Chen T.H.H. The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study // *Int. J. Epid.* – 2007. – Vol. 36. – P. 1229-1234.
23. Chodorowski Z., Sein Anand J. The influence of media propagation of euthanasia on suicide attempts among terminally ill patients // *Przegl Lek.* – 2002. – Vol. 59, № 4-5. – P. 388-389.
24. Curran D. Adolescent suicidal behavior. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1987.
25. Dare A.J., Andriessen K.A., Nordentoft M. et al. Media awards for responsible reporting of suicide: Experiences from Australia, Belgium and Denmark // *Int. J. Ment. Health Syst.* – 2011. – Vol. 5. – P. 15.
26. De Lange AW, Neeleman J. The effect of the September 11 terrorist attacks on suicide and deliberate self-harm: a time trend study // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2004. – Vol. 34. – P. 439-447.
27. Doron A., Stein D., Levine Y. et al. Physiological reactions to a suicide film: suicide attempters, suicide ideators, and nonsuicidal patients // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1998. – Vol. 28, № 3. – P. 309-314.
28. Etzersdorfer E., Voracek M., Sonneck G. A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution // *Arch. Suicide Res.* – 2004. – Vol. 8, № 2. – P. 137-145.
29. Field C., Curtice M. Assisted dying: a review of international legislation // *Br. J. Hosp. Med. (Lond.)*. – 2009. – Vol. 70, № 5. – P. 280-283.
30. Fishman G, Weimann G. Motives to commit suicide: statistical versus mass-mediated reality // *Arch. Suicide Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 199-212.
31. Fu K.W., Yip P.S. Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: Results from a population-based study // *J. Epid. Com. Health.* – 2007. – Vol. 61. – P. 540-546.
32. Goldney R.D. The media and suicide: A cautionary view // *Crisis.* – 2001. – Vol. 22, № 4. – P. 173-175.
33. Gould M.S. Suicide and the media // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2001. – № 932. – P. 200-221.
34. Gould M., Wallenstein S., Keinman M. Time-space clustering of teenage suicide // *Am. J. Epidemiology.* – 1990. – Vol. 131. – P. 71-78.
35. Guetzloe E. Youth suicide: What the educator should know. Reston, VA: The Council for Exceptional Children, 1989.
36. Gutierrez M., King C., Ghaziuddin N. Adolescent attitudes about death in relation to suicidality // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1996. – Vol. 26, № 1. – P. 8-18.
37. Habermas J. Communication and the evolution of society. London. Heinemann, 1979.
38. Hagihara A., Tarumi K., Abe T. Media suicide-reports, Internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan // *BMC Public Health.* – 2007. – Vol. 7. – P. 321.
39. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: A research note // *Austral. NZ J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 29. – P. 480-483.
40. Hawton K., Williams K. Influences of the media on suicide // *BMJ.* – 2002. – Vol. 325, № 7377. – P. 1374-1375.
41. Hazell P. Adolescent suicide clusters: evidence, mechanisms and prevention // *Aust. NZ. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 27. – P. 653-665.
42. Henrich J., McElreath R. Dual inheritance theory: The evolution of human cultural capacities and cultural evolution. Oxford handbook of evolutionary psychology. Oxford: Oxford University Press, 2007.
43. Howe A, Owen-Smith V, Richardson J. Media influence on suicide. Television programme makers have an ethical responsibility // *BMJ.* – 2003. – Vol. 326, № 7387. – P. 498.
44. Ishii K. Measuring mutual causation: effects of suicide news on suicides in Japan // *Soc. Sci. Res.* – 1991. – Vol. 20. – P. 188-195.
45. Johnson G., Krug E., Potter L. Suicide among adolescents and young adults: A crossnational comparison of 34 countries // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 74-82.
46. Joiner J.T.E. The clustering and contagion of suicide // *Curr. Direct. Psychol. Sci.* – 1999. – Vol. 8. – P. 89-92.
47. Katsumata Y., Matsumoto T., Kitani M., Takeshima T. Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents // *Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2008. – Vol. 62, № 6. – P. 744-746.
48. Kelly B.D., McLoughlin D. Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 181. – P. 278-279.
49. Kessler R.C., Downey G., Stipp H. et al. Network television news stories about suicide and short-term changes in total US suicides // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1989. – Vol. 177. – P. 551-555.
50. Klein J.D., Brown J.D., Childers K.W. et al. Adolescents' risky behaviour and mass media use // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 92. – P. 24-31.
51. Krysinska K.E. Loss by suicide. A risk factor for suicidal behavior // *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* – 2003. – Vol. 41, № 7. – P. 34-41.
52. Lester D. Young adult suicide and exposure to television: a comment // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* – 1994. – Vol. 29. – P. 110-111.
53. Liu K.Y., Beautrais A., Caine E. et al. Charcoal burning suicides in Hong Kong and urban Taiwan: An illustration of the impact of a novel suicide method on overall regional rates // *J. Epidem. Com Health.* – 2007. – Vol. 61, № 3. – P. 248-253.
54. Martin G. The influence of television in a normal adolescent population // *Arch. Suicide Res.* – 1996. – Vol. 2. – P. 103-117.

55. Mazur A. Bomb Threats and the Mass Media: Evidence for a theory of Suggestion // *Am. Soc. Rev.* – 1982. – Vol. 47. – P. 407-411.
56. McElreath R., Boyd R., Richerson P.J. Shared norms and the evolution of ethnic markers // *Curr. Anthropology.* – 2003. – Vol. 44. – P. 122-130.
57. Neuner T., Hübner-Liebermann B., Hajak G., Hausner H. Media running amok after school shooting in Winnenden, Germany! // *Eur. J. Public Health.* – 2009. – Vol. 19. – P. 578-579.
58. Niederkrotenthaler T., Herberth A., Sonneck G. The "Werther-effect": legend or reality? // *Neuropsychiatr.* – 2007. – Vol. 21, № 4. – P. 284-290.
59. Ozawa-De Silva C. Shared death: self, sociality and internet group suicide in Japan // *Transcult. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 47, № 3. – P. 392-418.
60. Palmer I. Terrorism, suicide bombing, fear and mental health // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 19. – P. 289-296.
61. Patros P. Depression and suicide in children and adolescents. Boston: Allyn and Bacon Inc., 1988.
62. Phillips D.P., Lesina K., Paight D.J. Suicide and the media / R.V. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger et al., eds. Assessment and prediction of suicide. NY: The Guilford Press, 1992. – P. 499-519.
63. Philo G. Media and Mental Distress. London: Longman, 1996.
64. Pirkis J., Blood R.W. Suicide and the media: Part I: reportage in nonfictional media // *Crisis.* – 2001. – Vol. 22, № 4. – P. 146-154.
65. Pirkis J.E., Burgess P.M., Francis C. et al. The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. // *Soc. Sci. Med.* – 2006. – Vol. 62. – P. 2874-2886.
66. Poland S. Suicide intervention in the schools. NY: The Guilford Press, 1989.
67. Postman N., Powers S. How to watch TV news. NY: Penguin Books, 1992.
68. Pouliot L., Mishara B.L., Labelle R. The Werther effect reconsidered in light of psychological vulnerabilities: results of a pilot study // *J. Affect. Disord.* – 2011. – Vol. 134, № 1-3. – P. 488-496.
69. Ramadas S, Kuttichira P. The development of a guideline and its impact on the media reporting of suicide // *Ind. J. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 53, № 3. – P. 224-228.
70. Ruder T.D., Hatch G.M., Ampanozi G. et al. Suicide announcement on Facebook // *Crisis.* – 2011. – Vol. 32, № 5. – P. 280-282.
71. Rustad R., Small J., Jobes, D. et al. The impact of rock videos and music with suicidal content on thoughts and attitudes about suicide // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2003. – Vol. 33, № 2. – P. 120-131.
72. Scherr S., Reinemann C. Belief in a Werther Effect: third-person effects in the perceptions of suicide risk for others and the moderating role of de-
pression // *Suicide Life Threat Behav.* – 2011. – Vol. 41, № 6. – P. 624-634.
73. Schmidtke A, Schaller S. The role of mass media in suicide prevention / Hawton K., Heeringen K., eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. NY: Wiley, 2000. – P. 675-697.
74. Simkin S., Hawton K., Whitehead L. et al. Media influence on parasuicide. A study of the effects of a television drama portrayal of paracetamol self-poisoning // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167. – P. 754-759.
75. Sisask M., Värnik A., Wasserman D. Internet comments on media reporting of two adolescents' collective suicide attempt // *Arch. Suicide Res.* – 2005. – Vol. 9, № 1. – P. 87-98.
76. Somerville M.A. Death talk: the case against euthanasia and physician assisted suicide. Montreal: MQUP, 2001.
77. Stack S. Celebrities and suicide: a taxonomy and analysis, 1948–1983 // *Am. Sociol. Rev.* – 1987. – Vol. 52. – P. 401-412.
78. Stack S. Suicide: media impacts in war and peace, 1910-1920 // *Suicide Life Threat Behav.* – 1988. – Vol. 18, № 4. – P. 342-357.
79. Stack S. The effect of publicized mass murders and murder-suicides on lethal violence, 1968-1980: A research note // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid.* – 1989. – Vol. 24, № 4. – P. 202-208.
80. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and social integration perspectives // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2000. – Vol. 30. – P. 163-176.
81. Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings // *Soc. Sci. Q.* – 2000. – Vol. 81. – P. 957-971.
82. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide // *J. Epidem. Com. Health.* – 2003. – Vol. 57. – P. 238-240.
83. Stack S. Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2005. – Vol. 35, № 2. – P. 121-133.
84. Strasburger V., Donnerstein E. Children, adolescents, and the media: Issues and solutions. // *Pediatrics.* – 1999. – Vol. 103, № 1. – P. 129-140.
85. Sudak H.S., Sudak D.M. The media and suicide // *Acad. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 29, № 5. – P. 495-499.
86. Tsai J.F. The media and suicide: evidence based on population data over 9 years in Taiwan // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40, № 1. – P. 81-86.
87. Villani S. Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research // *J. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 40. – P. 392-401.
88. Wasserman I.M. Imitation and suicide: A re-examination of the Werther effect // *Am. Soc. Rev.* – 1984. – Vol. 49. – P. 427-436.

MASS MEDIA AND COPYCAT SUICIDAL
BEHAVIOR: PART I.

E.B. Lyubov

The research literature on the impact of news reports of nonfictional suicides as well as fictional suicide stories is reviewed in order to determine the nature and scope of the

influence of the mass media on suicide. The interactive factors that may moderate the impact of media stories are also reviewed. Such interactive factors include characteristics of the stories (agent), individuals' attributes (host), and social context of the stories (environment).

Key words: suicidal behavior, mass media

УДК: 159.9:616.89-008.441.44:616.89-008.441.13

**НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ,
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ
НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Ж.В. Емяшева, В.А. Розанов, А.А. Мидько

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина
Институт последипломного инновационного образования, г. Одесса, Украина
Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Емяшева Жанна Валентиновна, клинический психолог Центра лечения наркомании и алкоголизма «Вита»; заочный аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова; телефон: 048-761-60-17, e-mail: shanna2006@ukr.net

Розанов Всеволод Анатольевич, д.м.н., профессор

Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова; телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Мидько Андрей Анатольевич, врач-психиатр КП "Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1", заочный аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова; телефон: +380637350053, e-mail: midko@ukr.net

Сравнивали личностные (Большая Пятерка) и психосоциальные особенности лиц, совершивших суицидальные попытки на фоне сформировавшейся алкогольной зависимости (F10.2) и без таковой. Выявлено, что эти особенности связаны с возрастом, стажем алкоголизации и гендерным фактором. Основные различия у молодых мужчин - аддиктов касаются таких областей, как Открытость опыту и Сознательность, они также отличаются сниженной тревожностью, но повышенной импульсивностью. Мужчины - аддикты среднего возраста отличаются резко сниженной Открытостью опыту и высокой враждебностью. Для молодых женщин - аддиктов особенно характерны сниженная выраженность черт в домене Открытость опыту, а с возрастом нарастает выраженность нарушений в сфере Сознательность. Данные особенности могут отражать личностные предиспозиции к аддикциям, а также эволюцию, связанную с алкогольным стажем. Знание этих особенностей может быть полезным при психокоррекции этих лиц в условиях реабилитационных центров, а также в плане суицидальной превенции.

Ключевые слова: суицидальная попытка, алкогольная зависимость, личностные особенности, Большая Пятерка, гендерный и возрастной аспект

Суицидальные попытки примерно в четверти случаев совершаются в состоянии алкогольного опьянения [10, 17]. Прием алкоголя может служить ситуативным фактором, облегчающим суицидальное поведение, а в долгосрочной перспективе, по мере усугубления зависимости, выступает как второй по важности (после депрессии) фактор риска завершеного самоубийства [21]. Исходя из ведущего

диагностического критерия (продолжение приема, несмотря на очевидный вред общему здоровью) зависимость от алкоголя рассматривается как саморазрушение, агрессия против собственного Я [12]. Определенную роль в этом играют личностные особенности. Личностные особенности аддиктов и аддикция как саморазрушение тесно взаимосвязаны [16, 25], также как и личностные и аддиктивные расстройства

[15, 29]. С другой стороны, личностные особенности являются «связующим» звеном между аддикцией и суицидальностью [20]. В данной модели большую роль также играет жизненный стресс. Сочетание определенных личностных характеристик, например, сниженного контроля над импульсами, с накоплением стрессовых событий жизни и употреблением алкоголя повышает вероятность суицидального поведения [13]. Эти связи могут иметь свои особенности на разных этапах алкоголизации личности. Например, выраженность вторичной психопатологии, тяга к алкоголю и психосоциальные факторы (степень социальной дезадаптации, проблемы с ближайшим окружением, возможность и получение социальной поддержки) могут вносить значительные коррективы в вероятность суицидальности, вид и выраженность суицидального поведения [12].

Ранее мы детально проанализировали качественные и количественные характеристики стрессовых событий жизни у лиц, страдающих химической зависимостью, в сравнении со здоровыми и показали, что у аддиктов роль стресса в провоцировании суицидальных тенденций проявляется в более позднем возрасте вне зависимости от гендерной принадлежности [3, 9]. В определенном смысле алкогольная зависимость на время снижает вероятность суицидальных действий. В связи с этим интерес представляют дифференциальные психологические особенности лиц, совершивших суицидальные попытки на фоне клинически сформировавшейся аддикции и без таковой. Эти особенности чаще всего рассматриваются в когнитивистской или психодинамической традиции [11, 19] и реже в факторно-аналитическом направлении исследований, достоинством которого является возможность получения операционализированных данных. Мы предприняли попытку изучения связей алкогольной зависимости и диспозиционной организации личности в рамках «пятифакторной» модели (Big 5) у индивидуумов, совершивших суицидальную попытку, предполагая, что суициденты с алкогольной зависимостью могут иметь некоторые психологические особенности.

Материал и методы исследования.

Исследуемая группа состояла из лиц, зависимых от алкоголя (F10.2) и совершивших суицидальные попытки различной степени тяжести, в количестве 66 человек в возрасте от 18 до 39 лет, из них – 41 человек мужского пола и 25 – женского. Контрольную группу составили

лица, не обнаружившие ни диагноза алкогольной зависимости, ни какого-либо другого психического расстройства, но также совершивших суицидальную попытку, в количестве 309 человек (161 мужчин и 148 женщин) в том же возрастном диапазоне. Обе группы были разбиты на две возрастные подгруппы – 18-28 лет и 29-39 лет. Все суициденты были участниками шведско-украинского исследовательского проекта «Генетическое исследование суицида и суицидальных попыток» (рук. – проф. Д. Вассерман, проф. В.А. Розанов, при финансовой поддержке Wallenberg Foundation). Подробно методические особенности генетического проекта и его психологический инструментарий описаны в наших публикациях [4, 6].

Диагноз алкогольной зависимости (F 10.2) выставляли на основании использования структурированного диагностического опросника CID-I 2.1 [18]. Оценивались личностные особенности, описываемые пятифакторной моделью «Большая пятерка», которая дает возможность получить подробный и относительно устойчивый во времени «портрет» человека, включающий специфические сочетания различных черт. Пятифакторная модель включает набор основных показателей: Нейротизм (N), Экстраверсия (E), Открытость опыту (O), Уживчивость (A), Сознательность (C), и более дифференцированный набор черт в соответствии с подфакторами каждого из факторов. В частности, для фактора Нейротизм: Тревожность (N1), Враждебность (N2), Депрессия (N3), Рефлексия (N4), Импульсивность (N5), Ранимость (N6); для фактора Экстраверсия: Сердечность (E1), Общительность (E2), Настойчивость (E3), Активность (E4), Поиск возбуждения (E5), Позитивные эмоции (E6); для фактора Открытость опыту: Фантазия (O1), Эстетика (O2), Чувства (O3), Действия (O4), Идеи (O5), Ценности (O6); для фактора Уживчивость: Доверие (A1), Честность (A2), Альтруизм (A3), Уступчивость (A4), Скромность (A5), Чуткость (A6); для фактора Сознательность: Компетентность (C1), Организованность (C2), Послушность долгу (C3), Стремление к достижениям (C4), Самодисциплина (C5), Обдумывание поступков (C6); всего 30 подфакторов [2, 7, 14]. В число вспомогательных психо-социальных показателей были включены: «Шкала благополучия ВОЗ» [23] как инструмент для оценки психического равновесия и связанного с ним общего психического здоровья (WHO), шкала оценки риска насильственных действий Плут-

чика (PFAV) [22] и «Шкала интенсивности гнева» оценивающая актуальное эмоциональное

состояние и гнев как черту личности (STAS) [28].

Таблица 1

Психологические особенности мужчин, совершивших суицидальную попытку в возрасте 18-29 лет и 29-39 лет в зависимости от наличия/отсутствия алкогольной зависимости (F10.2)

	Мужчины 18-28 лет						Мужчины 29-39 лет					
	F10.2 (-) n=139	St dev	F10.2 (+) n=31	St dev	Крит. Манна Уитни	p.	F10.2 (-) n=22	St dev	F10.2 (+) n=10	St dev	Крит. Манна Уитни	p.
N	57,10	12,06	56,68	10,11	2132,5	,929	54,36	8,03	58,30	9,78	93,5	,502
E	46,42	12,34	48,94	14,35	1942,0	,390	51,05	12,70	49,30	8,22	100,5	,699
O	48,81	10,16	44,77	14,25	1815,0	,170	48,55	13,36	39,30	7,27	48,0	,011
A	48,20	10,68	42,94	13,84	1754,5	,106	47,50	9,65	45,60	14,66	101,5	,729
C	44,22	10,95	39,03	13,46	1692,0	,062	44,23	10,42	39,00	9,74	87,5	,359
N1	55,37	11,38	50,97	11,65	1654,0	,043	51,91	10,80	53,70	13,42	104,0	,807
N2	54,84	11,04	58,39	12,78	1792,5	,144	52,41	9,67	62,30	11,41	57,5	,032
N3	57,24	12,40	54,48	9,31	1855,5	,227	54,45	9,74	59,00	9,37	76,0	,164
N4	53,14	12,13	51,00	9,34	1906,5	,316	50,05	10,13	49,30	9,15	102,0	,743
N5	51,09	10,23	56,71	10,81	1591,5	,023	55,82	9,41	54,70	7,65	107,5	,918
N6	58,99	13,14	56,42	11,65	1927,0	,358	54,59	10,84	57,30	14,03	98,5	,639
E1	45,86	10,55	44,71	14,42	2011,5	,563	47,09	10,19	47,70	13,92	97,5	,609
E2	49,22	11,81	51,42	11,99	1901,5	,307	52,23	10,36	52,40	8,42	106,5	,886
E3	47,16	9,41	48,61	12,21	2123,5	,900	51,64	11,47	46,10	9,37	75,0	,152
E4	46,45	11,19	48,39	12,21	1972,5	,462	49,64	10,88	51,00	10,95	98,0	,624
E5	49,80	11,92	55,97	12,14	1523,5	,011	51,91	12,85	49,90	13,32	95,5	,554
E6	46,64	9,72	46,55	13,28	2140,5	,955	51,27	13,27	49,60	10,61	105,5	,854
O1	48,99	10,71	46,45	9,32	1862,5	,238	50,36	9,44	48,30	8,37	97,5	,610
O2	49,75	8,72	42,97	13,79	1501,5	,008	49,64	10,25	40,10	5,74	40,5	,005
O3	48,58	11,07	45,77	12,19	1882,5	,271	49,77	11,02	46,10	13,97	81,5	,244
O4	51,72	10,41	55,71	12,83	1696,5	,064	53,91	11,84	49,30	9,94	86,5	,335
O5	48,40	10,42	44,77	13,67	1835,5	,197	48,64	10,18	37,90	8,60	44,0	,007
O6	46,84	9,91	45,65	9,78	2066,5	,722	40,91	15,23	38,00	9,02	85,0	,305
A1	46,00	10,30	42,90	13,59	1884,0	,275	47,86	10,50	42,20	9,75	78,0	,190
A2	51,40	9,55	48,23	9,46	1811,0	,165	49,41	8,68	49,40	12,10	103,0	,775
A3	46,17	11,28	40,52	15,96	1761,0	,112	47,18	10,50	44,00	15,36	109,0	,967
A4	50,32	11,69	44,13	13,40	1638,5	,037	49,23	11,52	46,70	16,77	108,5	,951
A5	50,45	9,70	48,94	9,97	1991,0	,508	46,68	11,12	53,00	8,03	71,5	,115
A6	47,91	10,65	45,42	14,40	1912,5	,328	48,55	12,75	46,20	13,26	100,5	,698
C1	44,17	11,78	40,84	11,59	1810,5	,164	44,41	13,96	40,10	9,92	87,0	,348
C2	46,22	9,82	42,26	11,72	1689,5	,060	44,50	7,58	42,80	6,39	91,5	,448
C3	44,83	10,81	38,94	13,02	1591,0	,023	42,59	10,51	39,90	12,80	106,5	,886
C4	45,01	10,57	42,26	13,27	1791,0	,142	49,77	10,06	45,00	11,83	87,0	,348
C5	46,20	11,23	42,52	13,83	1812,0	,166	43,82	11,93	43,60	10,73	103,5	,791
C6	45,51	10,88	40,16	10,60	1573,0	,019	47,05	7,38	35,90	10,34	36,5	,003
WHO	9,72	5,55	12,53	4,78	1563,5	,009	9,64	6,69	9,50	5,64	106,0	,870
PFAV	6,27	4,25	8,75	3,59	1342,0	<0,001	9,55	6,21	8,70	6,04	103,0	,775
TAS	20,22	6,71	26,47	6,20	1047,5	<0,001	20,73	6,65	24,90	8,08	74,50	,147

С целью выявления особенностей, связанных с возрастом и стажем алкоголизации, рассматривали и мужчин и женщин двух возрастных групп – 18-29 лет и 29-39 лет. Во всех случаях использовались трактовки факторов и подфакторов (психологический смысл завышенных или заниженных показателей), предложенные разработчиками модели Большая Пятерка [2, 7, 14]. Для первичной оценки различий между группами рассчитывали показатели простой вариационной статистики. В связи с существенно разнящейся численностью групп для выявления значимых различий применяли непараметрические методы (критерий Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение.

Вначале рассмотрим группу мужчин (в таблицах достоверные различия выделены жирным шрифтом). Как видно из табл. 1, мужчины - суициденты на уровне основных факторов Большой Пятерки не обнаруживают существенной связи личностных параметров с диагнозом F10.2. Единственным исключением в этом смысле у мужчин молодого возраста является *Сознательность*: при том, что суицидентам вообще свойственно некоторое снижение *Сознательности* [5, 26].

Мужчины молодого возраста, страдающие алкогольной зависимостью, на уровне статистической тенденции обнаруживают еще более низкий уровень этого фактора. Согласно описанию, помимо меньшей приверженности моральным принципам, это может означать выраженные гедонистические устремления, когда стремление к удовольствию становится главной целью жизни, а поведение приобретает компульсивный характер. Все это свидетельствует о снижении волевого компонента, что хорошо согласуется с зависимостью [1].

У мужчин среднего возраста достоверно снижена выраженность фактора *Открытость опыту*. Это свидетельствует о ригидности в поведении, консервативности взглядов, сниженной эмоциональности, что можно рассматривать как защитную реакцию, характерную для лиц с узкой сферой интересов. Можно предполагать, что интересы таких субъектов концентрируются (первично или вторично под влиянием алкоголизации) вокруг алкоголя и связанной с ним активности. Различные случайные и порой малообоснованные поступки на этом фоне (в том числе возможно и суицидальные попытки) становятся последствием развития истории жизни зависимых, в связи с

чем некоторыми авторами вполне обоснованно рассматриваются как ступени деградации [1].

Рассматривая шкалы более подробно, на уровне подшкал, мы видим, что у мужчин молодого возраста, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении с лицами без диагноза на уровне тенденций или достоверно определяются более высокие показатели по подшкалам: *импульсивность, поиск возбуждения, действия*. Из этого следует, что эти лица слабо контролируют свои желания и побуждения, испытывают потребность в ярких впечатлениях и волнующих переживаниях, предпочитают новизну и разнообразие, не переносят рутины и обыденности. Более низкие достоверные показатели выявлены по следующим подфакторам: *уступчивость, организованность, послушность долгу, обдумывание поступков, эстетика и тревожность*. Таким образом, относительно молодые алкоголики не склонны к сотрудничеству, несобранны, ненадежны, склонны к необдуманным действиям, мало интересуются миром прекрасного. Вполне вероятно, что эти личностные черты играют определенную роль в том, что они становятся алкоголь-зависимыми. В то же время неожиданным было то, что пациенты этой группы не склонны к излишней тревожности, наоборот, расслаблены.

Таким образом, не исключено, что у лиц молодого возраста с диагнозом F10.2 алкоголизация играет роль своеобразного патологического «адаптивного» фактора, ведущего к анозогнозии относительно своей жизненной ситуации. Это подтверждается и более высокими значениями «благополучия» по шкале ВОЗ. Субъективно эти суициденты чувствуют себя более благополучными, чем лица, не имеющие зависимости. В то же время они более раздражительны и эмоциональны, а также более склонны к насильственным действиям (табл. 1). Можно полагать, что у них развивается т.н. «рискованный модус поведения», рассматриваемый многими авторами как «суицидальный эквивалент» [8, 12].

Мужчины среднего возраста, страдающие алкоголизмом, достоверно отличаются от мужчин того же возраста без психиатрического диагноза по шкале *злобная враждебность*, более высокие показатели которой свидетельствуют о фрустрации и озлобленности. Более низкие баллы в шкалах *эстетика, идеи и обдумывание поступков* говорят о том, что эти лица не интересуются искусством и миром

прекрасного, прекращают свое интеллектуальное развитие, даже при высоком его уровне фокусируются лишь на ограниченной тематике. Кроме того, они спонтанны и опрометчивы в действиях, плохо оценивают последствия своих поступков. У алкоголиков - суицидентов старшего возраста не обнаружено более высокого субъективного ощущения благополучия, но у них и нет склонности к насилию и гневным реакциям. Можно полагать, что это в какой-то степени отражает нарастающую деформацию в ходе алкоголизации, когда на смену «адаптивному» эффекту алкоголя приходят усиливающиеся признаки апатии, дизадаптации, личностной деформации.

Соответствующие показатели для женщин приведены в таблице 2. Прежде всего следует обратить внимание на то, что, несмотря на некоторое преобладание женщин над мужчинами в выборке в целом, женщин с диагнозом алкогольной зависимости почти вдвое меньше, чем мужчин, а в возрастной группе 18-29 лет – втрое меньше, чем мужчин. В данной возрастной группе случаи зависимости среди женщин все же достаточно редки – 7,3%, в то время как среди мужчин таких случаев выявилось 18%.

Рассматривая аналогичную таблицу для лиц женского пола, мы видим, что так же, как и у мужчин, на уровне основных факторов не обнаруживается существенной связи личностных параметров с диагнозом F10.2. Исключением является выраженность фактора *Открытость опыту*. У молодых женщин этот фактор достоверно снижен, а у женщин среднего возраста – на уровне тенденции, что свидетельствует о консервативности взглядов, предпочтении известного новому, эмоциональной незрелости. В этом плане просматривается аналогия между женщинами и мужчинами среднего возраста. У женщин старшего возраста на уровне достоверности прослеживается снижение фактора *Сознательность*, что так же, как у мужчин молодого возраста, говорит о гедонистических устремлениях, пренебрежении моральными принципами, вялости и апатичности.

Детальное рассмотрение подшкал показывает, что у женщин молодого возраста наблюдается снижение показателей почти во всех подшкалах домена *Открытости опыту*. Это позволяет говорить о том, что прозаичность и упрямство, сниженная способность осваивать новое, неумение учиться на собственных

ошибках является весьма характерными чертами молодых женщин, зависимых от алкоголя и совершивших суицидальные попытки. Такие женщины, очевидно, предпочитают держаться за испытанное и проверенное прошлое, при этом они не способны решать жизненные проблемы. Сужение сферы интересов, неспособность осваивать жизненный опыт можно рассматривать и как черту, предопределяющую аддиктивные наклонности, и как первые ступени деградации [8]. Отчасти это подтверждается анализом личностных черт женщин старшего возраста.

Женщины зрелого возраста с диагнозом F10.2 также предпочитают жить в проверенном прошлом, они еще более консервативны, а высокий показатель фактора *чуждость*, относящийся к измерению *Сотрудничество или Дружелюбие* говорит, что они к тому же часто движимы интересами других людей, непрактичны. В то же время, эту возрастную группу женщин отличает достоверно заниженный показатель по всем подшкалам шкалы *Сознательность*. Тенденция к снижению этих черт наблюдается и у молодых женщин, но с возрастом различия достигают достоверного уровня. Это, возможно, говорит о следующем: по мере алкоголизации женщины все больше теряют самооценку, становятся несобранными и неметодичными, ненадежными и лживыми. У них ослабевают жизненные амбиции, нарастает лень, они становятся все менее мотивированными, но при этом готовы на необдуманные поступки. Все это хорошо сочетается с зависимостью и суицидальностью, формируя портрет зависимой личности со склонностью к самоповреждению.

У женщин молодого и среднего возраста с диагнозом F10.2 имеют место достоверно высокие или на уровне тенденции показатели шкалы склонности к насильственным действиям, что еще раз подтверждает импульсивность их поведения, а также может свидетельствовать о значительном скрытом агрессивном потенциале.

Итак, личностные характеристики алкоголь-зависимых и совершивших суицидальные попытки мужчин и женщин в пределах одной возрастной группы существенно отличаются. Женщины молодого возраста консервативны, имеют узкую сферу интересов. При этом они не являются авторитарными личностями, но склонны к насильственным действиям. Муж-

чины этого же возраста мало придерживаются моральных принципов, имеют заниженный самоконтроль, гедонистичны, стремятся к ярким впечатлениям. Несмотря на то, что по

шкале благополучия они имеют более высокие показатели, чем лица без диагноза, они более раздражительны и агрессивны, а также склонны к рискованному поведению.

Таблица 2

Психологические особенности женщин, совершивших суицидальную попытку в возрасте 18-29 лет и 29-39 лет в зависимости от наличия/отсутствия алкогольной зависимости

	Женщины 18-29 лет						Женщины 29-39 лет					
	F10.2 (-) n=127	St dev	F10.2 (+) n=10	St dev	Крит. Манна Уитни	p.	F10.2 (-) n=21	St dev	F10.2 (+) n=15	St dev	Крит. Манна Уитни	p.
N	53,04	10,73	57,00	14,57	553,0	,521	50,81	11,68	58,00	15,20	38,0	,345
E	46,93	10,42	41,90	17,75	572,5	,631	54,95	13,48	53,40	10,38	45,5	,648
O	46,95	10,10	32,70	17,35	338,5	,015	50,95	10,28	41,40	7,40	25,0	,073
A	47,67	11,69	43,80	19,36	614,5	,897	41,19	13,48	42,80	21,10	39,0	,379
C	44,49	10,68	41,50	13,28	568,5	,608	50,29	11,08	36,80	9,576	19,5	,031
N1	49,76	10,54	52,00	14,09	551,5	,512	46,43	11,01	48,20	14,89	48,0	,769
N2	52,62	10,37	57,00	13,67	531,5	,411	56,19	12,54	68,60	12,58	24,5	,067
N3	54,67	11,34	61,10	15,23	477,5	,203	54,14	9,63	53,60	9,071	51,5	,948
N4	50,79	9,05	50,70	14,01	596,0	,776	44,38	13,01	49,20	14,65	43,5	,557
N5	50,59	11,56	54,90	10,12	522,0	,367	52,81	8,67	58,40	12,22	33,0	,202
N6	55,07	10,46	53,50	12,47	566,5	,596	49,904	12,17	58,00	15,38	33,5	,215
E1	46,77	11,69	38,30	23,31	572,0	,628	47,05	13,49	41,20	12,32	38,0	,344
E2	48,48	10,21	44,90	10,79	505,0	,297	52,00	10,50	51,60	15,26	52,5	1,00
E3	46,39	9,59	47,30	9,93	577,50	,661	56,24	11,50	54,00	12,65	49,0	,820
E4	45,06	10,28	41,60	13,57	545,5	,480	52,57	11,60	58,20	4,66	38,5	,360
E5	51,87	10,35	52,50	14,40	580,0	,677	59,62	8,99	59,20	9,39	52,0	,974
E6	48,00	10,57	41,10	18,02	500,0	,278	50,81	14,84	47,20	15,16	48,5	,794
O1	49,25	9,99	41,50	14,36	370,5	,030	50,76	10,92	47,40	9,86	44,5	,602
O2	46,45	11,29	36,20	17,62	414,5	,072	45,57	11,53	41,60	10,92	44,5	,601
O3	47,38	10,77	35,30	13,53	297,5	,005	49,95	10,99	44,20	6,72	39,0	,375
O4	48,11	9,64	37,40	10,53	272,5	,003	53,95	10,14	44,40	6,19	20,0	,033
O5	49,73	10,69	37,70	10,80	277,5	,003	52,14	11,71	43,60	16,79	28,0	,109
O6	45,40	9,80	39,70	15,85	462,0	,160	52,95	10,67	43,60	6,73	23,5	,057
A1	44,87	11,24	44,00	17,66	553,5	,523	41,19	11,78	41,80	16,62	47,5	,744
A2	49,39	10,16	47,20	11,72	589,0	,732	47,43	10,10	43,00	11,34	45,0	,624
A3	46,82	12,27	36,50	21,58	492,0	,249	44,95	16,36	45,40	13,41	49,5	,845
A4	49,73	11,62	44,10	15,46	504,0	,293	43,48	11,64	35,80	8,76	31,0	,160
A5	52,31	9,12	53,90	11,36	539,0	,447	48,71	10,93	54,60	18,02	33,0	,202
A6	48,32	10,44	50,30	20,24	535,0	,428	39,86	14,13	56,40	17,39	21,5	,041
C1	44,62	10,51	38,30	10,88	431,5	,097	50,29	12,72	38,00	10,46	23,0	,054
C2	46,96	9,45	44,30	14,58	556,0	,536	53,48	8,80	40,80	9,39	15,5	,015
C3	44,08	11,56	42,50	13,18	600,0	,802	49,33	14,87	35,80	15,56	26,5	,090
C4	46,48	10,50	44,60	12,31	573,0	,634	52,33	10,77	41,40	5,03	17,0	,020
C5	45,33	10,90	43,20	11,72	584,0	,701	49,90	9,72	42,00	11,23	26,0	,083
C6	46,25	9,61	45,70	12,37	626,50	,977	46,00	13,27	39,40	9,84	36,5	,296
WHO	9,913	5,68	10,10	3,73	593,00	,728	11,19	6,201	10,00	7,45	49,0	,820
PFAV	4,80	3,58	7,80	4,21	346,00	,016	4,52	3,355	9,20	5,97	25,0	,072
TAS	21,02	5,96	23,70	5,83	448,50	,129	20,81	7,166	25,60	5,68	28,5	,117

Сравнивая между собой мужчин и женщин более зрелого возраста, мы видим следующую картину. Мужчины и женщины этого возраста консервативны, мало верят в новое, доверяют хорошо проверенному старому, готовы на необдуманные поступки, при этом у мужчин определяется еще повышенный уровень агрессивности, а у женщин прослеживается заниженная самооценка, подчинение своих интересов другим, лживость и склонность к насильственным действиям.

Такая личностная эволюция, совершаемая алкоголь-зависимыми, может быть связана с динамикой алкоголизации и личностными деформациями, возникающими в связи ней. Несмотря на то, что основные черты индивида в рамках модели «Большая пятерка» (особенно нейротизм и экстраверсия) в значительной степени генетически предопределены, ряд исследований свидетельствуют о том, что жизненная динамика играет значимую роль в деформировании этих черт [24, 27].

С целью подтверждения этих предположений, мы провели анализ историй болезни алкоголь-зависимых суицидентов для оценки стажа употребления алкоголя. В таблице 3 представлена связь между возрастом и стажем употребления алкоголя, данные свидетельствуют о существовании прямой зависимости: чем больше возраст, тем длительнее стаж употребления алкоголя.

Таблица 3

Длительность употребления алкоголя в различных возрастных группах

Пол	Возраст		Критерий (U)	p
	18-29	30-39		
	M±m	M±m		
Мужчины	5,53±2,27	9,47±2,74	101,50	<0,001
Женщины	3,7±1,70	6,43±2,76	25,50	0,027

Таким образом, в нашей выборке подавляющее число суицидентов начинают алкогольную «карьеру» в молодом возрасте (судя по средним данным – начиная с 17-25 лет, причем мужчины раньше, чем женщины). Исходя из этого, мы можем предполагать, что с одной стороны, имеется ряд черт, предрасполагающих к алкогольной зависимости и самоповреждению, а с другой – существует связь между чертами личности, измеряемыми NEO-PR, и длительностью заболевания, а соответственно и определенными характерологическими особенностями зависимой личности. Вероятно

динамика алкогольной зависимости у лиц молодого возраста независимо от пола вносит свой вклад в развитие склонности к риску насильственных действий. С возрастом под воздействием тех же факторов такие лица становятся более психопатичными: мужчины – более агрессивными, а женщины все больше утрачивают свою идентичность.

Полученные в настоящей статье данные подтверждают наши предыдущие результаты о том, что при незначительном алкогольном стаже мужчины-аддикты могут быть «защищены» от суицидальных проявлений [3]. Даже на фоне совершенной суицидальной попытки их психологическое благополучие выше, чем у суицидентов без зависимости, у них также ниже уровень тревоги. Можно полагать, что «взаимоотношения» суицидентов с алкоголем сложны и неоднозначны – есть большая разница между ситуативным принятием алкоголя молодыми людьми, не имеющими большого алкогольного опыта, и последующим совершением ими попытки, и суицидальной попыткой на фоне сформировавшейся алкогольной зависимости. В данной работе нами сознательно отобраны лишь лица с диагнозом F10.2. Дальнейший анализ особенностей выявленных в данной работе групп целесообразно посвятить таким аспектам как тяжесть совершенной попытки, намеренность и мотивация суицидальных действий, а также связь всех вышеперечисленных показателей с выраженностью стресса (накоплением негативных жизненных событий как в жизни в целом, так и особенно – в раннем возрасте). Это позволит уточнить роль стресса и ранней психотравмы как факторов суицидальности и алкоголизации.

Несмотря на незавершенность исследования полученные данные, формирующие своеобразный «психологический портрет» алкоголь-зависимых суицидентов, могут быть использованы при психологическом консультировании и психокоррекции применительно к данному контингенту. Зависимые от алкоголя индивидуумы являются пациентами разнообразных реабилитационных центров для аддиктов, получивших широкое распространение в последнее время. Во всех этих центрах помощь психолога является важной составляющей, а выявление суицидальных тенденций и превенция суицида – важной задачей психолога. Выявленные личностные особенности могут служить предикторами сочетания алкогольной

зависимости и суицидальности. Особое внимание, очевидно, следует обращать на повышенную импульсивность в сочетании с гедонистическими тенденциями у молодых мужчин и неспособность усваивать жизненный опыт у молодых женщин.

Литература:

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
2. Бурлачук Л.Ф., Королев Д.К. Адаптация опросника для диагностики пяти факторов личности // Вопросы психологии. – 2000. – № 1. – С. 126-134.
3. Емяшева Ж.В. Риск возникновения суицидальных тенденций у людей с аддиктивным поведением (возрастной аспект) // Практична психологія та соціальна робота. – 2011. – № 6 (147). – С. 20-29.
4. Каневский В.И., Розанов В.А. Оценка целевой направленности личности в раннем периоде после суицидальной попытки // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Том 10, № 3 (36). – С. 79-85.
5. Мидько А.А. Феномен безнадежности у суицидентов как типологическая личностная категория. Возрастной аспект // Вісник Одеського національного університету (психологія). – 2010. – Том 5, вип. 4. – С. 18-23.
6. Мидько А.А., Розанов В.А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности // Медична психологія. – 2011. – № 1. – С. 70-76.
7. Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук / В.Е. Орел, А.А. Рукавишников, И.Г. Сенин // Рук. деп. ВНИОН № 52220 09.10.97.
8. Погодин И.А. Психология суицидального поведения. – Мн.: Тесей, 2005. – 208 с. (С. 14).
9. Розанов В. А., Емяшева Ж. В., Бирон Б. В. Характеристика стрессовых событий, значимо влияющих на риск возникновения суицидальных тенденций (гендерный аспект) // Практична психологія та соціальна робота. – 2012. – № 2 (155). – С. 62-69.
10. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19, вып. 2. – С. 35-41.
11. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103-115.
12. Шустов Д. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: Когито-Центр, 2004. – 216 с.
13. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47. – P. 372-394.
14. Costa P.T., McGrae R.R. NEO RI-R. Professional Manual / Psychological Assessment Resources. Inc., Odessa, FL, 1992.
15. De Jong C. A. J., van den Brink W., Harteveld F. M., van der Wielen E.G. M. Personality disorders in alcoholics and drug addicts // Comprehensive Psychiatry. – 1993. – Vol. 34, № 2. – P. 87-94.
16. Doherty O., Matthews G. Personality characteristics of opiate addicts // Personality and Individual Differences. – 1988. – Vol. 9, № 1. – P. 171-172.
17. Hawton K., Fagg J., Simkin S. et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995 // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 171. – P. 556-560.
18. Kessler R.C., Üstun T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) // International Journal of Methods in Psychiatric Research. – 2004. – Vol. 13, № 2. – P. 93-121.
19. Linehan M.M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Guilford Press., 1993.
20. MacLaren V.V., Best L.A. Nonsuicidal self-injury, potentially addictive behaviors, and the Five Factor Model in undergraduates // Personality and Individual Differences. – 2010. – Vol. 49, № 5. – P. 521-525.
21. Murphy J.E. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse. – In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. Keith Hawton & Kees van Heeringen. – John Wiley & Sons Ltd, 2000. – P. 135-146.
22. Plutchik R., Praag H. M. van, Conte H.R. Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces // Psychiatry Research. – 1989. – Vol. 28, № 2. – P. 215-225.
23. Regional Office for Europe WHO: Use of Well-Being Measures in Primary Health Care / The DepCare Project. Health for All. – Report on a WHO Meeting Stockholm, Sweden. – 1998. – 39 p.
24. Roberts B. W., Walton K. E., Viechtbauer W. Personality Traits Change in Adulthood: Reply to Costa and McCrae // Psychological Bulletin. – 2006. – Vol. 132, № 1. – P. 29-32.
25. Romo L., Aubry C., Legauffre C., Adès J. Comparison of personality dimensions within alcohol dependency and behavioral addictions // Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. – 2010. – Vol. 168, № 6. – P. 412-415.
26. Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Personality Patterns of Suicide Attempters: Gender Differences in Ukraine // Spanish Journal of Psychology. – 2011. – Vol.14, № 2. – P. 693-700.
27. Soldz S., Vaillant G. E. The Big Five Personality Traits and the Life Course: A 45-Year Longitudinal

- Study // Journal of Research in Personality. – 1999. – Vol. 33, № 2. – P. 208-232.
28. Spielberger C.D., Jacobs J., Russel S., Crane R.S. Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale // Advances in Personality Assessment. – 1983. – Vol.2. – P. 159-187.
29. Verheul R. Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders // European Psychiatry. – 2001. – Vol. 16, № 5. – P. 274-282.

SOME PSYCHOLOGICAL FEATURES
OF SUICIDE ATTEMPTERS SUFFERING
OF ALCOHOLIC ADDICTION

Zh. V. Emyasheva, V.A. Rozanov, A.A. Mid'ko

Institute of Innovative and Post-Diploma Education
Odessa National Mechnikov University, Ukraine

Psychological personality features (Big Five) and psychosocial peculiarities of suicide attempters with alcoholic addiction (F10.2) were compared with those of suicide attempters without addiction. It was found that these peculiarities are gender and age dependent. Main differences in young addictive males lay within such domains as Openness and Contentiousness; they also have lower anxiety but higher impulsivity. Older age addictive males have marked lowering in Openness but higher angry hostility than non-addictive suicide attempters. Young addictive females have especially low scores in the domain of Openness and with older age show more marked lowering of traits in the domain of Contentiousness. These features may be predisposing to addiction or the result of evolution of traits due to alcohol abuse. The data obtained may be helpful during psychological correction and suicide prevention in rehabilitation centers for addicts.

Key words: suicide attempts, alcoholic addiction, personality features, Big Five, gender and age differences.

УДК: (616.89-008.441.44:616.89-008.441.13)(470.55/5)

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА
ЮЖНОГО УРАЛА (г. Магнитогорск)**

Е.Н. Кривулин, И.Ю. Бочкарёва, А.С. Бецков, А.Х. Мингазов

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск
Областной наркологический диспансер, г. Магнитогорск
Клиника Челябинской государственной медицинской академии, г. Челябинск

Контактная информация:

Кривулин Евгений Николаевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, телефон: (351) 270-73-20, e-mail: Krivulin74@mail.ru
Бочкарева Ирина Юрьевна, заведующая лечебно-реабилитационным отделением ГБУЗ «Областной наркологический диспансер», г. Магнитогорск, телефон: (964) 245-18-98, e-mail: linia_mgn@mail.ru
Бецков Андрей Сергеевич, врач психиатр-нарколог Клиники Челябинской государственной медицинской академии, телефон: (906) 890-07-58, e-mail: becas84@mail.ru
Мингазов Андрей Ханифович, ассистент кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, телефон: (904) 819-51-79, e-mail: mingazovah74@mail.ru

Проведено комплексное клиничко-психологическое обследование 87 лиц с алкогольной зависимостью и 62 практически здоровых. Исследовано влияние суицидальных и антисуицидальных факторов у больных алкогольной зависимостью трудоспособного возраста в фазе обострения заболевания. Выявлены предикторы суицидального риска и снижение факторов антисуицидальной защиты. Результаты индивидуальной суицидальной диагностики позволяют определить терапевтические мишени коррекции суицидального поведения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, суицидальный риск, суицидальное поведение

Причины суицидального поведения многочисленны и их корни необходимо искать в биологических, генетических, психологических и социальных сферах жизнедеятельности человека. Несмотря на то, что люди обычно совершают суицид в экстремальных ситуациях, таких, как развод, потеря работы или учебы

большинство экспертов предполагает, что это скорее повод для совершения суицида, чем его причина [17].

Американский психолог, ныне рассматриваемый как пионер современной теории суицида, Эдвин Шнейдман, описал несколько наиболее значимых характеристик суицида.

Сюда включается чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также убеждение, что только смерть является единственным способом решить все проблемы [13].

Драматичная ситуация в современной России, занимающей лидирующие позиции по показателям смертности от суицидов на фоне затянувшегося демографического кризиса, заставляет искать возможности превенции этого необратимого решения. Согласно исследованиям Б.С. Положего (2011), в последние годы наметилась динамика к снижению этих показателей с «рекордных» 42 случаев на 100000 населения в 1995 г. до 23,5 - в 2010 году. Однако этот показатель по-прежнему превышает критический порог ВОЗ (20 случаев на 100000 населения), как показатель социально-экономического неблагополучия страны.

В последние годы, учитывая актуальность проблемы для нашей страны, ведутся многочисленные исследования в области суицидологии [1, 4, 9, 16 и др.]. Большинство исследователей отмечают ведущую роль аддиктивных расстройств как одного из вариантов аутоагрессии в формировании суицидального поведения [2, 3, 8, 11, 14]. В данном контексте исследования суицидального поведения среди лиц с психическими и поведенческими расстройствами имеют не только теоретическое, но практическое значение.

Цель исследования: изучение динамики суицидальной активности населения в крупном промышленном городе Южного Урала и установление степени влияния социально-демографических факторов на формирование суицидального поведения, а также выявление суицидогенных и антисуицидальных факторов у больных алкогольной зависимостью трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе амбулаторного лечебно-реабилитационного отделения ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» г. Магнитогорска Челябинской области. Следует пояснить, что больные обращаются в отделение в фазе обострения заболевания – с абстинентным синдромом легкой степени тяжести либо с постабстинентными расстройствами. Большая часть пациентов мотивированы к лечению, социально адаптированы с высоким, реже средним уровнями реабилитационного потенциала.

В исследование были включены 87 пациентов обоего пола (87,4% мужчин) в возрасте 20-55 лет (в среднем $38,5 \pm 3,7$ лет), имеющих клинически очерченную зависимость от алкоголя (МКБ-10 – F10.2). Длительность злоупотребления алкоголем в данной группе составляла от 1 до 30 лет, в среднем $8,2 \pm 1,1$ лет. Контрольная группа – 62 человека (85,5% мужчин) того же возраста (в среднем $36,9 \pm 3,4$ лет), работающие не менее 6 месяцев на одном предприятии, с отсутствием зависимости от психоактивных веществ.

Суицидальная диагностика проводилась с использованием клиничко-психопатологического, клиничко-динамического, экспериментально-психологического методов (клиническое интервью с использованием метода клиничко-лингвистической диагностики суицидального поведения [5], анкетирование [6], психодиагностический метод и математико-статистический анализ) [7]. Для оценки суицидального риска использовалась шкала оценки угрозы суицида, разработанная Американской ассоциацией превенции суицидов [10].

Результаты исследования.

Изучение динамики суицидальной активности населения в г. Магнитогорске (рис. 1) свидетельствует о том, что данные показатели хотя и превышают общероссийские, однако коррелируют с динамикой смертности от суицидов в Российской Федерации, демонстрируя постепенное снижение с 48,4 в 2004 г. до 27,1 случаев на 100000 населения в 2010 году.

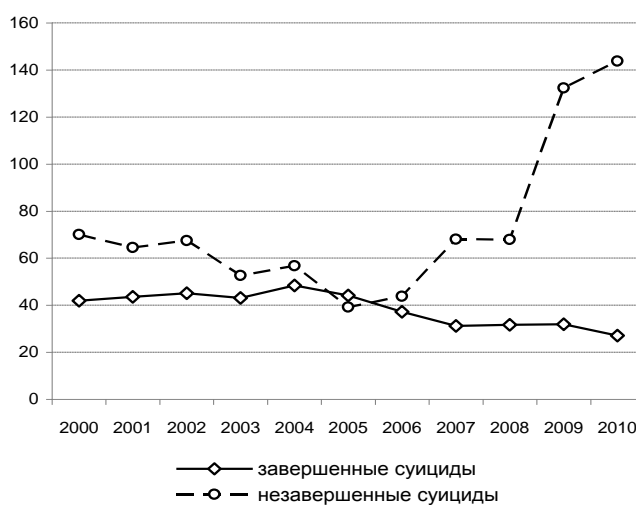


Рис. 1 Динамика суицидальной активности населения в г. Магнитогорске с 2000 по 2010 гг.

Представляет особый интерес и требует объяснения скачкообразный рост незавершенных суицидальных попыток, регистрируемых в последние 4 года. В официальной общероссийской статистике отсутствуют данные по незавершенным суицидам. В разных исследованиях имеют место лишь оценки соотношения завершенных и незавершенных суицидов. Вместе с тем, значительный рост числа незавершенных суицидов является прогностически неблагоприятным показателем роста повторных фатальных суицидальных попыток, поскольку 12% лиц, совершающих суицидальную попытку, не позднее чем через два года обязательно повторяют ее и достигают желаемого результата; четыре из пяти суицидентов, покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом [4].

Анализ гендерных особенностей суицидального поведения за 2000-2010 годы показал (рис. 2), что в группе незавершенных суицидов рост показателей за последние 4 года произошел преимущественно за счет мужчин, их доля увеличилась с 41,0% в 2006 г. до 53,0% в 2010 году, хотя традиционно считается, что у суицидальных попыток «женское лицо» [16]. В группе завершенных суицидов участие женщин оставалось стабильным 24,8±2,7%. Среди случаев завершенных суицидов в г. Магнитогорске доля психически больных составляет в разные годы 6,2±1,1%; доля лиц, состоящих на наркологическом учете 7,8±1,3%, что сопоставимо с отечественными и зарубежными данными [11]. По ретроспективному анализу материалов уголовных дел суицидентов за 2010 год в г. Магнитогорске не менее 18,0% самоубийц страдали алкогольной зависимостью.

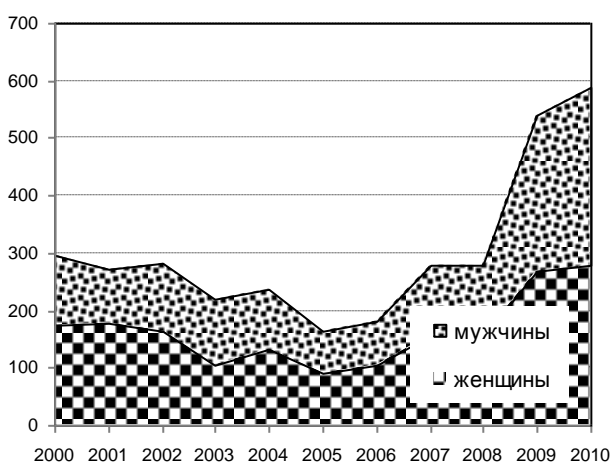


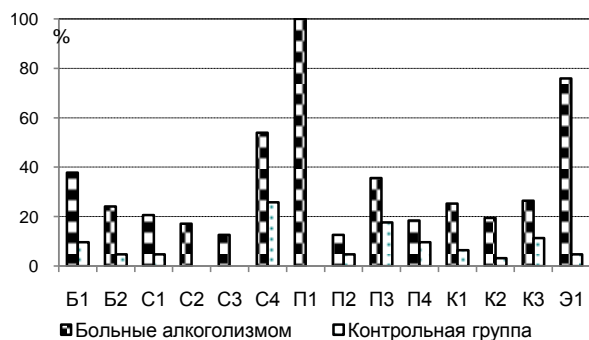
Рис. 2. Гендерный состав незавершенных суицидальных попыток в г. Магнитогорске за 2000-2010 гг.

Анализ социально-демографических факторов в исследуемых группах значимых различий не показал, поскольку группы формировались сопоставимыми по полу и возрасту: мужчины составили 87,3% в основной и 85,5% в контрольной группах, суицидоопасный возраст до 24 и после 45 лет составил 26,4% и 30,6% соответственно. Статус одиноких подтвердили 13,8% и 14,5% респондентов соответственно.

Суицидоопасные профессии имели место у двух больных только в основной группе – 2,3%. Диагностированных психических болезней у респондентов не было. На наличие опасной для жизни соматической болезни указывали 5,7% в основной и 3,2% лиц в контрольной группах. Суициды у членов семей или значимых близких (суицидогенная семья [12]) обнаруживались у 16,1% и 11,3% соответственно. Смерть значимого близкого была актуальна для 3,4% и 3,2% случаев соответственно по группам. Переживания по поводу ухода на пенсию волновали 4% и 4,6% больных, по поводу сексуального насилия 9,2% в основной и 3,2% в контрольной группах. Все эти показатели не достигали статистически достоверных различий.

Значимыми в нашем эксперименте являлись такие поведенческие предикторы как эскейп-реакции в прошлом (10,3% и 3,2%; $p < 0,05$), изоляция от людей и жизни (12,6 и 4,8%; $p < 0,05$), изменение привычек (5,7% и 3,2%; $p < 0,05$). Приведение «дел в порядок» – составление завещания, «посмертные распоряжения» близким и т.п. наблюдались лишь у 1 респондента (1,6%) в контрольной группе. Среди эмоциональных факторов имели достоверные различия такие признаки как амбивалентность – 20,7% у больных алкогольной зависимостью против 14,5% у наркологически здоровых ($p < 0,05$). Реакции горя, связанные с переживаниями об утрате близких не имели различий – 5,7% и 4,5% соответственно.

При оценке факторов суицидального риска в исследуемых группах выявлены значимые различия в соотношении таких признаков, как суицидальная карьера (суицидальные мысли, попытки в анамнезе), актуальность переживаемого микросоциального конфликта (развод, безработица, социальная изоляция, родительское послание «Не живи» [15]), эмоциональные (депрессии) расстройства.



Примечание:

Биографические: B1 – суицидальные мысли в анамнезе; B2 – суицидальные попытки.

Ситуационные: C1 – развод; C2 – безработица; C3 – социальная изоляция; C4 – родительская программа «Не живи!». Поведенческие: П1 – злоупотребление алкоголем; П2 – самоизоляция; П3 – снижение активности; П4 – разговоры о смерти.

Когнитивные: К1 – «туннельное видение»; К2 – суицидальные мысли, планы; К3 – «негативная триада»; Эмоциональные: Э1 – депрессия.

Рис. 3. Гистограмма соотношения значимых различий индикаторов суицидального риска в сравниваемых группах по частоте встречаемости (%)

Указанные признаки на фоне «когнитивных ошибок» (безнадежность, «туннельное видение», актуализация суицидальных мыслей и планов) формировали у больных алкоголизмом дезадаптивные поведенческие реакции (аддикции, самоизоляция, снижение активности, разговоры о смерти).

Антисуицидальные факторы в исследованных группах обнаруживали значимые различия ($p < 0,05$) по всем признакам:

- в основной группе 65,5% больных чувствовали поддержку семьи. В контрольной группе о семейной поддержке говорили 87,0% респондентов;

- обязательства перед детьми отмечались у 49,4% в основной группе. В контрольной группе родительский долг значим для 93,5% респондентов;

- ценность собственного здоровья актуальна у 43,7% в основной против 85,5% в контрольной группе;

- общественное мнение, мнение окружающих важно лишь для 26,4% зависимых от алкоголя против 67,7% в группе здоровых;

- жизненные планы строили 54,0% и 82,3% обследованных соответственно;

- о материальной стабильности говорили 40,2% в основной и 80,6% в контрольной группах.

Лишь такой защитный механизм как приверженность религии более актуален в основной группе – 73,5% против 30,9% в контрольной.

Оценка суицидального риска показала, что лиц с очень высокой степенью риска суицида, требующего экстренной госпитализации, не было. Высокая степень суицидального риска отмечалась только в основной группе (3,4%). Средняя степень риска была в 34,6% случаев в основной группе (в группе здоровых – 9,7%; $p < 0,05$). Остальные респонденты были с низким риском угрозы суицида.

Таким образом, к предикторам суицидального риска у больных алкоголизмом относятся: суицидальное поведение в прошлом, актуальность переживаемого микросоциального конфликта, изоляция от людей и жизни, депрессии. Указанные признаки на фоне «когнитивных ошибок» формируют у больных алкоголизмом дезадаптивные поведенческие реакции. На фоне значимого влияния факторов суицидального риска у данных больных обнаруживается снижение ресурсов антисуицидальной мотивации (поддержка семьи, родительский долг, ценность своего здоровья, значимость общественного мнения, планы на будущее, материальная стабильность), которые являются мишенями профилактических мероприятий.

Комплексная индивидуальная суицидальная диагностика больных алкоголизмом в ходе реализации программ превенции суицидального поведения позволяет определить мишени терапевтического воздействия и снижения риска угрозы суицида.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М.: М, 1980.
2. Бисалиев Р.В. Клиническая характеристика суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // XV съезд психиатров России 9-12 ноября, 2010. – С. 239.
3. Вагин Ю.Р. Психология жизни и смерти. СПб: Питер, 2003. – 160 с.
4. Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под ред. проф. В.С. Ястребова. – М.:, 2007. – 20 с.
5. Ганзин И. В. Клинико-лингвистическая диагностика суицидального поведения // Превенция суицидов и оказание экстренной психологической помощи по телефону. – Симферополь:

- Изд-во Крымского республ. центра ССМ, 1997. – С. 13-19.
6. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. – М., Верди, 2009. – 128 с.
 7. Комплексное клинико-психологическое исследование лиц с алкогольной зависимостью: учебное пособие под ред. д.м.н. Е.Н. Кривулина. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 88 с.
 8. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 16-17.
 9. Положий Б.С. Этнокультуральные аспекты суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 76-78.
 10. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: М, 2008. – 132 с.
 11. Разводовский Ю.Е. Суициды и уровень потребления алкоголя // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 22-25.
 12. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – К.: 1999. – 479 с.
 13. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К.: А.Л.Д., 1996. – С. 177-182.
 14. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: «Когито-Центр», Москва, 2005. – 145 с.
 15. Шустов Д.И. Родительская программа «Не живи» у больных алкоголизмом // Алкогольная болезнь. – 2000. – № 11. – С. 1-4.
 16. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
 17. Alan L. Berman (перевод К. Брежнева (konst@nicol.ru) Оригинальный текст "Suicide", Microsoft®, Encarta®98, Encyclopedica.

SUICIDAL BEHAVIOR PATIENTS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN A LARGE INDUSTRIAL CITY OF THE SOUTH URALS (MAGNITOGORSK)

*E.N. Krivulin, I.Yu. Bochkareva,
A.S. Beckov, A.H. Mingazov*

Chelyabinsk State Medical Academy,
Chelyabinsk, Russia

Integrated clinical-psychological survey of 87 persons with alcohol dependence and 62 practically healthy. The article studies the influence of suicidal factors and antisuicidal factors in patients with alcohol dependence of working age in a phase of exacerbation of the disease. Identified predictors of suicidal risk and reduction factors antisuicidal protection. Results of individual suicide diagnostics allow us to identify therapeutic targets the correction of suicidal behavior.

Key words: alcohol dependence, suicidal risk, suicidal behavior

УДК: 616.89-008.441.44:616.89-008.441.13

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ (НА ПРИМЕРЕ ЮГА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

П.Б. Зотов, М.С. Уманский

Тюменская государственная медицинская академия
Тюменский областной наркологический диспансер

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, тел.: (3452) 73-27-45, e-mail: note72@yandex.ru

Уманский Марк Станиславович, к.м.н., врач-нарколог ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, тел.: (3452) 34-15-40

У 83,6% больных алкоголизмом позднего возраста с признаками синдрома отмены алкоголя в структуре депрессивных нарушений выявляются различные формы суицидального поведения, в структуре которых доминируют суицидальные мысли (41,4%) и антивитаальные переживания (40,1%). Доля шантажных форм составляла лишь 2,2%. Среди факторов повышенной суицидальной активности преобладали неблагоприятные социальные условия (42,0%), среди которых ведущее место занимали выход на пенсию, снижение уровня материальной обеспеченности, потеря социального статуса и др. Реже назывались конфликты в семье (18,7%), запой

(14,3%) и ухудшение здоровья (12,9%). Полученные данные авторы предлагают учитывать при разработке мер профилактики и коррекции суицидального поведения больных алкоголизмом.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, алкоголь, алкоголизм.

Злоупотребление алкоголем представляет одну из наиболее важных медико-социальных проблем. Регулярный прием алкоголя отрицательно сказывается на самом пьющем, его семье [1], профессиональной деятельности и обществе в целом. Алкоголь является причиной 3,5% случаев смертности и недееспособности в мире, а социальная стоимость последствий его потребления для общества оценивается на уровне 2-3% от валового национального продукта государства [6, 10].

В Российской Федерации показатель распространенности алкоголизма, оставаясь одними из наиболее высоких в мире, в течение последних нескольких снижается: с 1660,2 случая на 100000 населения в 2004 г. до 1478,1 в 2010 году [2].

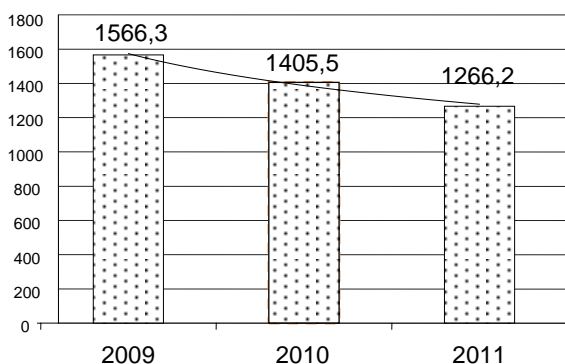


Рис. 1. Распространенность алкоголизма (в т.ч. алкогольные психозы) на Территории Тюменской области (на 100000 населения) [5].

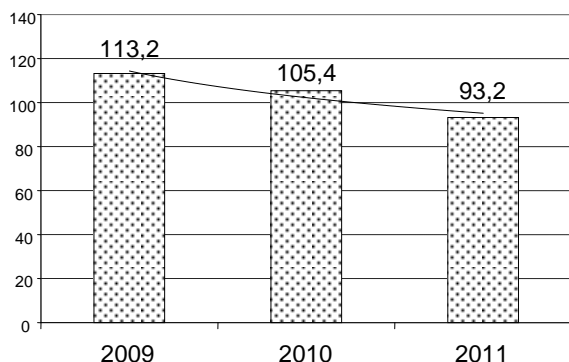


Рис. 2. Первичная заболеваемость хроническим алкоголизмом (в т.ч. алкогольные психозы) на Территории Тюменской области (на 100000 населения) [5].

На Юге Тюменской области (население 1343,2 тыс. человек [14]) прослеживается по-

добная тенденция. Только за период с 2009 по 2011 год число зарегистрированных больных снизилось с 1566,3 до 1266,2 на 100000 населения, а первичная заболеваемость уменьшилась с 113,2 до 93,2 (на 100000 населения) [5], (рис 2).

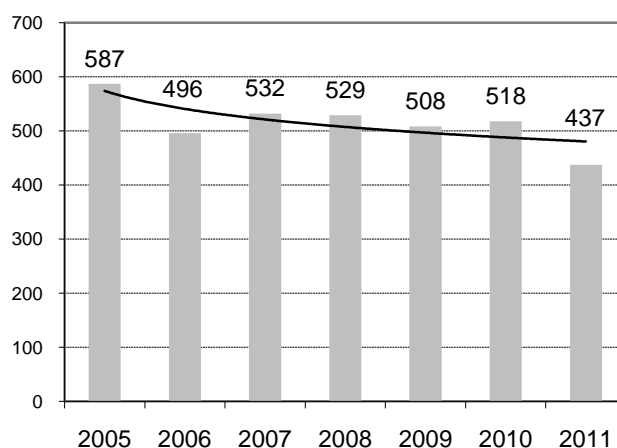


Рис. 3. Число самоубийств на Юге Тюменской области в 2005-2011 гг., абс.

Улучшение наркологической ситуации в регионе так же сопровождалось снижением уровня самоубийств как в абсолютных (рис. 3), так и относительных показателях: с 37,9 в 2009 г. до 32,5 в 2011 году (на 100000 населения).

Влияние алкоголя на суицидальную активность показано в многочисленных исследованиях [1, 9, 13, 16 и др.]. В одних случаях алкоголь может служить основой формирования суицидальных идей, в других – принимается суицидентом с целью облегчения реализации суицидальных действий. Повышение общего уровня потребления этанола в популяции сопровождается заметным увеличением количества самоубийств [3, 4, 12].

Суицидальное поведение больных алкоголизмом так же достаточно изучено. При этом в отдельных исследованиях показано, что у женщин мысли о самоубийстве коррелируют с частотой употребления алкоголя, а у мужчин с интенсивностью алкоголизаций [15].

Одну из менее изученных с суицидологических позиций категорий составляют больные алкоголизмом позднего возраста.

Цель исследования: комплексный анализ суицидального поведения больных алкоголизмом позднего возраста.

Материал и методы.

На первом этапе было проведено сплошное обследование 268 мужчин больных алкоголизмом позднего возраста, обратившихся за медицинской помощью в ГБУЗ ТО «Гюменский областной наркологический диспансер» с признаками синдрома отмены алкоголя. Различные формы суицидального поведения были выявлены у 224 человек (83,6%), которые и составили основную группу исследования. Возраст этих мужчин был от 50 до 76 лет (средний – 57,5±3,9 лет). Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 5 до 36 лет, в среднем 18,6±3,9 лет.

Состав группы сравнения (n=100) подбирался целенаправленно с учетом критериев сопоставимости по возрасту, нозологической принадлежности, стадии заболевания и наличием суицидальных тенденций. Главное отличие от основной группы исследования являлось формирование алкоголизма у этих пациентов в более молодом возрасте (до 30 лет).

Программа исследования была реализована с применением клинико - психопатологического, клинико-динамического и статистических методов. Статистический анализ результатов проводился с применением t-критерия Стьюдента. Достоверным считали различие между сравниваемыми рядами с уровнем доверительной вероятности 95% и выше.

Результаты исследования и обсуждение:

Все пациенты поступали на стационарное лечение в наркологический стационар после многодневного периода злоупотребления алкоголем с выраженными сомато-вегетативными, психопатологическими и неврологическими признаками абстинентного синдрома. Клиническая картина заболевания у всех мужчин определялась выраженностью абстинентного синдрома (F10.3), в структуре которого доминировали астено-вегетативные нарушения и расстройства сна. Достоверных различий между больными обеих групп по характеру и структуре этих симптомов не наблюдалось, что было обусловлено критериями отбора.

Сомато-вегетативные и неврологические нарушения сопровождалась психопатологическими расстройствами, структура которых значительно различалась в сравниваемых группах (табл. 1).

Таблица 1

Психопатологические синдромы у больных исследуемых групп

Синдром	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Эксплозивный	*34	15,2	47	47,0
Дисфорический	*21	9,4	34	34,0
Тревожно-депрессивный	*72	32,1	4	4,0
Астено-депрессивный	*53	23,7	8	8,0
Депрессивно-ипохондрический	19	8,5	5	5,0
Астено-ипохондрический	15	6,7	--	--
Апатический	10	4,4	2	2,0
Итого:	224	100,0	100	100,0

Примечание: * - P<0,05

В основной группе доминировали тревожно-депрессивный (32,1%) и астено - депрессивный (23,7%) синдромы, свидетельствующие о преимущественно аффективном характере эмоциональных нарушений. В группе сравнения, напротив, преобладали эксплозивный (47,0%) и дисфорический (34,0%) симптомокомплексы, указывающие на присутствие симптомов органического поражения ЦНС.

Анализ суицидального поведения [8] так же выявил значительные различия в его структуре у мужчин обеих групп (рис. 4).

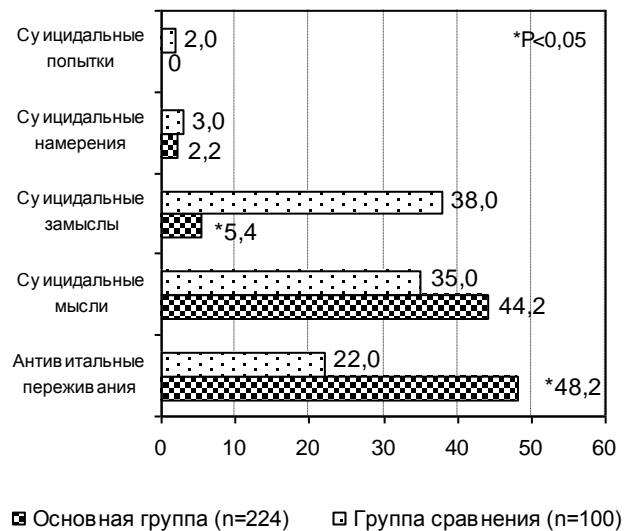


Рис. 4. Структура суицидального поведения больных алкоголизмом сравниваемых групп, в %.

У больных алкоголизмом позднего возраста ведущее место занимали *антивитаальные переживания* (48,2%), которые характеризовались отсутствием желания жить и/или желательности близкой смерти от естественных или внешних причин, но не сопровождалась рас-

смотрением конкретного способа самоубийства. Обычно эти проявления не выступали на первый план и регистрировались в общих жалобах больных. Однако именно наличие антивитаальных переживаний во многих случаях являлось достаточно характерной категорией, наиболее значимо отражающей субъективную тяжесть симптомов абстиненции. Среди вербальных проявлений наиболее часто отмечались жалобы: «лучше уснуть и не проснуться...», «хоть бы смерть пришла...», «устал так мучиться...» и др. Более подробный целенаправленный опрос не выявлял присутствие идей активного ухода из жизни, даже при наличии значительно выраженных симптомов аффективных расстройств. Для этих больных было характерно наличие значительно выраженных факторов антисуицидального барьера. В группе сравнения антивитаальные переживания выявлялись достоверно реже ($P < 0,05$) – 22,0%, но клиническая картина была схожей. При распределении по возрастным категориям было отмечено, что наиболее часто антивитаальные переживания присутствовали у больных обеих групп в возрасте 50-59 лет (основная – 52,9%; сравнения – 22,1%).

Суицидальные мысли так же чаще регистрировались у пациентов основной группы (44,2%), чем в группе сравнения (35,0%). Отличительной особенностью этой формы являлось наличие в структуре переживаний у больных различных сомнений о самоубийстве вообще, приемлемости его для себя, решение экзистенциальных проблем и т.д. Рассмотрение конкретного способа, места и времени суицида было на втором плане. Наиболее часто суицидальные мысли регистрировались у больных основной группы в возрасте 60-69 лет (53,5%), а группы сравнения – в 50-59 лет (35,0%).

Суицидальные замыслы, напротив, достоверно чаще преобладали ($P < 0,05$) в группе сравнения – 38,0% (в основной – 5,4%). Обычно они содержали более конкретные представления о способах и средствах самоубийства, но время и место носили неопределенный характер. Как правило, больные рассматривали возможность самоубийства при возникновении какого-либо внешнего признака («внешнего ключа» [8]), особенно наглядно проявляемого в виде угроз: «если не поможете, то удавлюсь...», «если не назначите гемодез, то вены вскрою...» и т.д. Наиболее часто эти формы суицидальной активности регистрировались у

больных группы сравнения в возрасте 50-59 лет (40,3%).

Суицидальные намерения регистрировались значительно реже – у 2,2% больных основной и 3,0% группы сравнения. Суицидальные намерения включают поведенческий компонент, направленный на поиск условий прекращения собственной жизни. Они более трудны в диагностике, так как присущие суицидальным мыслям сомнения, надежды и другие когнитивные компоненты, как правило, нашли свое решение, и уже не требуют внешнего воздействия (помощи). Нередко этих пациентов находят уже после реализации попытки суицида. В нашей практике, например, был случай обнаружения в санитарной комнате петли, изготовленной из марлевого бинта и привязанной к трубе отопления батареи. Эта находка позволила установить личность больного, поступившего в отделение накануне утром, провести коррекционную работу и предупредить самоубийство. К суицидальным намерениям так же относили случаи выявления накоплений медикаментов у больных с суицидальными идеями, просьбы дать лекарства, чтобы отравиться и др.

Суицидальные попытки были зарегистрированы у 2 больных группы сравнения. Способы суицидальных действий включали попытку самоповешения и самопорезов вен предплечий.

При анализе распределения отдельных форм суицидальной активности в зависимости от возраста больных были отмечены несколько различные тенденции в сравниваемых группах.

На рисунке 5 можно отметить, что в основной группе по мере повышения возраста пациентов увеличивается тяжесть аутоагрессивной настроенности: уменьшается доля антивитаальных переживаний, при одновременном увеличении процента суицидальных замыслов и намерений.

Такая тенденция может свидетельствовать о нарастании явлений дезадаптации в более старших возрастных группах. Клинически это проявляется в усилении тяжести течения соматической патологии, повышении частоты вдовства и одиночества, утраты надежды на изменение к лучшему. Приводимый ниже анализ мотивов суицидальной настроенности у пожилых пациентов подтверждает эти данные (табл. 3).

В группе сравнения прослеживается несколько иная тенденция. В отличие от основной группы исследования, у этих пациентов

доля антивитаальных переживаний составляет лишь пятую часть, при одновременном доминировании суицидальных замыслов, а так же росте числа суицидальных намерений и суицидальных попыток у лиц 60-69 лет.

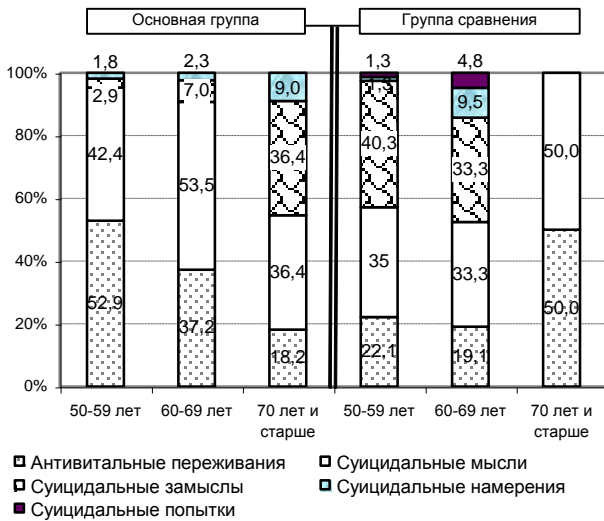


Рис. 5. Распределение отдельных форм суицидальной активности в зависимости от возраста больных сравниваемых групп, в %.

Такое распределение определяется преимущественно шантажным характером суицидальных тенденций, их демонстративностью, нередко, рентностью суицидальных угроз. Учитывая, что у большинства больных группы сравнения психический статус определялся эксплозивным и дисфорическим синдромами, выявленные клинические особенности суицидального поведения вполне закономерны.

Таблица 2

Предполагаемые способы суицидальных действий больных, в %

Предполагаемый способ суицида	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Самоповешение	62	53,4	31	39,7
Самопорезы	*20	17,3	28	35,9
Самострел	18	15,5	10	12,8
Самоотравление	12	10,4	5	6,4
Падение с высоких коммуникаций	2	1,7	3	3,9
С помощью транспортных средств	2	1,7	--	--
Размозжение о стену	--	--	1	1,3
Итого:	116	100,0	78	100,0

Примечание: * - P<0,05

Они могут свидетельствовать о более глубоком патологическом изменении личности больных, страдающих алкоголизмом с молодого возраста. Всего шантажные формы поведения регистрировались лишь у 2,2% (n=5) основной группы и 31,0% (n=31) группы сравнения (P<0,05).

Для разработки мер профилактики самоубийств больных алкоголизмом важной задачей являлось изучение предполагаемых способов суицидальных действий. Данный анализ мы провели среди 194 пациентов с суицидальными идеями (из исследования были исключены 130 человек обеих групп с антивитаальными переживаниями, так как они не предполагали какого-либо способа суицида).

Как видно на представленных в таблице 2 данных 53,4% больных алкоголизмом позднего возраста и 39,7% группы сравнения среди предполагаемых способов суицида указали на самоповешение. Вместе с тем, частота возможных самопорезов достоверно чаще (P<0,05) была отмечена больными группы сравнения – 35,9% (основная группа – 17,3%). На самострел указали 15,5% больных основной группы и 12,8% группы сравнения; на самоотравление 10,4% и 6,4%; падение с высоких коммуникаций – 1,7% и 3,9% больных, соответственно.

Факторами, объясняющими двукратное превышение числа самопорезов в группе сравнения, по нашим наблюдениям, могут служить отмеченное выше доминирование в психопатологической картине эксплозивных и дисфорических нарушений, большая склонность этих больных к бурным спонтанным аффективным и/или истерическим реакциям, а так же и шантажный характер суицидального поведения.

Вообще, при анализе полученных показателей, обращает внимание тот факт, что при значительном различии предпочтений в сравниваемых группах, подавляющее большинство мужчин как основной (89,6%), так группы сравнения (93,6%) указали на так называемые «жесткие» способы суицида.

Интересно сравнить полученные нами данные с показателями зарегистрированных завершённых самоубийств на юге Тюменской области в 2009-2010 гг. [7] (табл. 3).

Можно отметить, что в общей популяции так же преобладают «жесткие» способы, при абсолютном доминировании самоповешений (83,6-86,8%). Вместе с тем, самопорезы, напротив, составляют лишь 2,5-2,6%, что может так

же свидетельствовать о преимущественно шантажном характере большинства как заявляемых суицидальных намерений, так и суицидальных попыток.

Таблица 3

Способы зарегистрированных самоубийств на Юге Тюменской области в 2009-2010 гг.. [7]

Способ суицида (Х60-Х84)	2009		2010	
	абс.	%	абс.	%
Самоповешение (Х70)	441	86,8	433	83,6
Самострел (Х74)	27	5,3	41	7,9
Самоотравление (Х60-67)	20	3,9	24	4,6
Самопорезы (Х78)	13	2,6	13	2,5
Падение с высоты (Х80)	5	1,0	3	0,6
Утопления (Х71)	1	0,2	--	--
Другие	1	0,2	4	0,8
Итого:	508	100,0	518	100,0

Такой вывод нельзя сделать о самостреле, занимающем в общей популяции второе ранговое место (5,3-7,9%), а среди больных алкоголизмом – третье (12,8-15,5%). Клинические наблюдения и данные судебно-медицинской экспертизы свидетельствуют, что доля лиц, в крови которых при суицидальных действиях выявляется алкоголь, значительна. Простым выводом из этой ситуации является необходимость при сборе анамнеза обязательное выяснение наличия оружия в семье или его доступность в профессиональной деятельности. Рекомендации по ограничению доступности оружия для больных алкоголизмом будет являться важным аспектом профилактики самоубийств.

Дальнейший этап нашего исследования включал анализ этапа формирования суицидального поведения. Было установлено, что впервые суицидальные идеи у большинства (78,1%) больных алкоголизмом позднего возраста впервые возникли в последние годы, сохраняясь и периодически привлекая внимание в периоды ухудшения здоровья или под воздействием неблагоприятных социальных факторов. Только 16,1% обследуемых отмечали появление аутоагрессивных тенденций в молодом возрасте. На формирование подобных идей в условиях настоящей госпитализации указали лишь 5,8% больных. В группе сравнения, напротив, достоверно большее (62,0%; $P < 0,05$) число больных отмечали первое появление мыслей о добровольном уходе из жизни

в молодом и среднем возрасте, а 37,0% – в течение последних нескольких лет. Эти данные, с одной стороны, подтверждают провоцирующую роль алкоголизаций в формировании суицидальной настроенности, а с другой, указывают на достаточно длительное присутствие этих тенденций у большинства больных, что согласно определению А.Г. Амбрумовой [1] может расцениваться как «хронический пресуицид». Последний фактор обосновывает важность активного выявления суицидальной настроенности больных алкоголизмом на всех этапах лечения и реабилитации.

Подробный анализ факторов, способных провоцировать возникновение или актуализацию суицидальной настроенности, выявил достоверные различия в исследуемых группах. Так, мужчины с алкоголизмом позднего возраста достоверно чаще ($P < 0,05$) указывали на суицидогенное влияние различных неблагоприятных социальных факторов (42,0%), среди которых ведущее место занимали выход на пенсию, снижение уровня материальной обеспеченности, потеря социального статуса и др. Реже назывались конфликты в семье (18,7%), запой (14,3%) и ухудшение здоровья (12,9%). В группе сравнения при сравнительно одинаковом характере факторов, частота каждого из них достоверно различалась.

Таблица 4

Ведущие мотивы суицидального поведения больных алкоголизмом сравниваемых групп, в %

Мотивы суицидального поведения	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Представления о бесцельности дальнейшего существования	*86	38,4	19	19,0
Прекращение соматического страдания	*41	18,3	49	49,0
Чувство одиночества и ненужности	*42	18,8	10	10,0
Утрата надежды на изменение к лучшему	*31	13,9	6	6,0
Наказать обидчика	1	0,4	9	9,0
Освободить родственников	5	2,2	2	2,0
Желание вызвать к себе сострадание	5	2,2	2	2,0
Чувство вины	2	0,9	1	1,0
Другие мотивы	11	4,9	2	2,0
Итого:	224	100,0	100	100,0

Примечание: * – $P < 0,05$

Так, на первом месте указывались конфликты в семье (31,0%), затем запой (28,0%) и ухудшение здоровья (26,0%). Социальные факторы составляли лишь 6,0%, что, в общем, свидетельствует о низком влиянии окружения на поведение больных этой группы в целом.

Не менее важным являлся вопрос о мотивах суицидальной активности (табл. 4). Проведенный анализ показал, что у большинства пациентов ведущие мотивы суицидального поведения явно определялись депрессивными переживаниями, хотя структура мотивов имела различия. Так, у больных алкоголизмом позднего возраста достоверно чаще ($P < 0,05$) преобладали представления о бессмысленности дальнейшего существования (38,4%), чувство одиночества и ненужности (18,8%), утрата надежды на изменение к лучшему (13,9%). У больных группы сравнения, напротив, депрессивная интерпретация мотивов аутоагрессивной настроенности в 49,0% случаев определялось желанием прекращения страдания, уменьшения тяжести симптомов, обусловленных абстинентным состоянием. Собственно депрессивные мотивы у больных группы сравнения присутствовали достоверно реже. В целом полученные данные о структуре мотивов суицидальной активности согласовывались с характером поведения больных. Обычно желание пациентов группы сравнения уменьшить тяжесть клинических проявлений синдрома отмены алкоголя толкало их на шантажное, нередко достаточно агрессивное поведение в отношении медицинского персонала, с целью получить более лучшую, по их мнению, медикаментозную помощь или удовлетворение каких-либо мелких потребностей.

Обобщая данные комплексного исследования суицидального поведения больных алкоголизмом, можно сделать следующие выводы:

1. Клинико-статистический анализ мужчин, больных алкоголизмом позднего возраста, обратившихся в наркологическое отделение с признаками синдрома отмены алкоголя, показал высокий удельный вес суицидального поведения (83,6%). В структуре клинических форм суицидального поведения у этих пациентов преобладают суицидальные мысли (41,4%) и антивитальные переживания (40,1%). Реже выявляются суицидальные замыслы (15,4%) и намерения (2,5%).

2. У мужчин, страдающих алкоголизмом с молодого возраста (группа сравнения), суици-

дальная настроенность носит достоверно более тяжелый аутоагрессивный характер. При этом достоверно чаще ($P < 0,05$) суицидальное поведение проявляется в шантажных, рентных формах (31,0%).

3. Подавляющее число мужчин обеих групп среди предполагаемых вариантов добровольного ухода из жизни указывают на «жесткие» способы суицида, в структуре которых преобладает самоповешение (основная группа – 53,4%; сравнения – 39,7%).

4. У большинства пациентов (90,7%) ведущие мотивы суицидального поведения явно определяются депрессивными переживаниями. При этом у больных алкоголизмом позднего возраста достоверно чаще ($P < 0,05$) преобладают представления о бессмысленности дальнейшего существования (38,4%), чувство одиночества и ненужности (18,8%), утрата надежды на изменение к лучшему (13,9%). У больных группы сравнения, напротив, депрессивная интерпретация мотивом аутоагрессивной настроенности в 49,0% случаев определяются желанием прекращения страдания, уменьшения тяжести симптомов, обусловленных абстинентным состоянием. Собственно депрессивные мотивы у больных группы сравнения присутствуют достоверно реже.

Таким образом, весь комплекс данных, полученных при обследовании больных алкоголизмом позднего возраста, свидетельствует о высокой распространенности суицидального поведения, что определяет важность разработки мер профилактики и коррекции суицидального поведения среди данного контингента лиц.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Бойцов С.А., Потемкина Р.А. Алкоголизм как фактор риска смерти в Российской Федерации. – Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. – М., 2011. – 14 с.
3. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24-33.
4. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольная смертность населения трудоспособного возраста // Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России / под ред.

- Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. – СПб: «Печатный элемент», 2012. – С. 136-137.
5. Доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Тюменской области в 2011 году. – Тюмень: ООО «Печатный дом «Цессия», 2012. – С. 76-167.
 6. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя. – ЕРБ ВОЗ, 1992. – 5 с.
 7. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. и др. Суицидологическая ситуация на юге Тюменской области в 2009-2010 гг.: эпидемиологические и организационные аспекты // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – № 2. – С. 63-64.
 8. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
 9. Зотов П.Б., Уманский С.М., Куценко Н.И. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом и алкоголь // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – №2. – С. 14-16.
 10. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И. и др. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 24-26.
 11. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпикрип как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 26-29.
 12. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Том 102, № 10. – С. 58-63.
 13. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К., Бедильбаева Г.А. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Том 90, № 2. – С. 55-58.
 14. Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2012 года // Бюллетень Федеральной службы Государственной статистики. – Москва, 2012. – 548 с.
 15. Conner K., Li Y., Meldrum S. et al. The role of drinking in suicidal ideation: Analises of project MATCH data // J. Stud. Alcohol. – 2003. – Vol. 64, № 3. – P. 402-408.
 16. Wielosz, M. Rola czynnikow psychologicznospolecznych I klinicznych w Samobojstwach usilowanych (w materiale osroka ostrich zatruc) // Psychiatr. Pol. – 1988. – Vol. 22, № 1. – P. 14-20.

SUICIDAL BEHAVIOR OF ALCOHOLICS
IN OLD AGE OF ALCOHOL WITHDRAWAL
(IN SOUTH OF TYUMEN REGION)

P.B. Zotov, M.S. Umansky

Tyumen State Medical Academy, Russia
Tyumen regional drug abuse clinic, Russia

In 83.6% of patients with alcoholism in old age with signs of alcohol withdrawal are identified various forms of suicidal behavior, the structure of which is dominated by suicidal ideation (41.4%). Share blackmailing forms is only 2.2%. Factors increased suicidal activity attributed adverse social conditions (42.0%), of which the leading light of retirement, reduced financial security, loss of social status, etc. Less commonly called a conflict in the family (18.7%), heavy drinking (14.3%) and poor health (12.9%). These data suggest the authors consider in developing prevention and correction of suicidal behavior of alcoholics.

Key words: suicidal behavior, suicide, alcohol, alcoholism.

УДК: (616.89-008.441.44:39) (571.54)

СУИЦИДОГЕННАЯ СИТУАЦИЯ В БУРЯТИИ: ВОПРОСЫ ВЛИЯНИЯ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ПАССИОНАРНОСТИ ЭТНОСОВ

С.В. Цыремпилов

Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

Контактная информация:

Цыремпилов Сергей Владимирович, к.м.н., заместитель декана медицинского факультета, старший преподаватель кафедры анатомии и физиологии, ФБГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» г. Улан-Удэ, телефон: 8 (3012) 44-82-55, e-mail: tsyrempilov@yandex.ru

В статье приводятся данные о высоком уровне суицидов в Республике Бурятия. Приводятся факторы, влияющие на уровень суицидов в Бурятии. Обосновывается необходимость применения фактора «пассионарность» при определении риска суицида.

Ключевые слова: суицид, буряты, пассионарность, повышенный риск

В России наиболее неблагоприятная суицидогенная ситуация отмечается в Сибирском федеральном округе (СФО), где в 2009 году показатель самоубийств составил 41,5 случая на 100000 населения, что превышало средний показатель по России в 1,5 раза, критический уровень ВОЗ – в два раза, а среднемировой показатель – в 2,6 раза [7]. В 2010 году этот показатель несколько снизился – 34,5 [8].

Согласно классификации ВОЗ, во всех регионах СФО отмечался только высокий и сверхвысокий уровень. При этом только 4 субъекта были относительно благополучны – Томская, Омская, Новосибирская области и Красноярский край. Остальные 11 территорий характеризовались сверхвысоким уровнем частоты суицидов.

По данным на 2008 год самый высокий в СФО уровень частоты самоубийств отмечался в Бурятии – 73,3 случая на 100000 населения. Наивысшие относительные показатели суицидов зарегистрированы и среди городского (56,9 случая), и среди сельского (93,4 случая) населения [7]. При этом наибольшее количество суицидов регистрировалось в возрасте от 16 до 25 лет. В 2007 г. – 30,1% от общего числа суицидов [6].

Особую тревогу вызывает ситуация в Кижингинском, Еравнинском, Хоринском, Окинском, Северобайкальском районах республики, где количество самоубийств за последние годы неоднократно превышала 100 случаев на 100 тыс. населения, а так же отмечались случаи массового суицида среди подростков. Кижингинский, Еравнинский, Хоринский районы населены преимущественно бурятами, Окинский – почти полностью сойотами, Северобайкальский – частично эвенками.

Данная неблагоприятная ситуация обязательно требует анализа причин ее возникновения. В настоящее время считается, что популяционная частота суицидов зависит от трех групп факторов: социально-экономических, медико-организационных и этнокультуральных.

Социально-экономические факторы в Бурятии можно отнести к наиболее суицидогенным. В 2008 году по индексу развития человеческого потенциала населения Бурятии занимала 65 место из 80 регионов России [15]. По данным Правительства Бурятии [10] в 2010

году количество людей с доходами ниже прожиточного минимума оставалось на уровне 2009 года и составило 19,7%, что значительно превышает аналогичный российский показатель (13,5%). Это количество людей находящихся в «абсолютной бедности», поставленных на грань физического выживания, голодающих. Среди данной социальной группы риск суицида многократно увеличивается [3].

Согласно определению, предложенному в 1964 году Молли Оршански и применяемому ныне в большинстве развитых стран мира, бедность – это состояние, при котором более 1/3 бюджета домашнего хозяйства тратится на покупку продуктов питания. В Бурятии согласно данному критерию в 2010 году к беднякам относится 34,8% населения [9]. Таким образом, можно предположить, что более чем у трети населения Бурятии риск суицида значительно повышен.

Немаловажное значение имеют и медико-организационные факторы, включающие целый комплекс как профилактических, так и лечебно-реабилитационных мероприятий. В этом аспекте, отсутствие суицидологической службы в Бурятии можно так же расценивать как негативный фактор, ограничивающий доступность людей к специализированной помощи, и, соответственно, негативно влияющий на суицидогенную обстановку во всем регионе. Сочетанное влияние социально-экономических и медико-организационных факторов может только усугублять ситуацию.

Понятно, что данное положение неприемлемо и требует системного анализа, а так же создания системы превенции и помощи при суициде. Опыт других регионов свидетельствует о достаточной эффективности отдельных моделей превенции, в том числе включающих определение лиц с повышенным суицидальным риском и проведением специальной коррекционной работы [12]. Однако он не может быть автоматически перенесен на территории с другими этносами и отличной культурой.

По нашему мнению, создание суицидологической службы в Бурятии, как территории, включающей самые различные этносы, должно обязательно методологически основываться на изучении этнокультуральных факторов. Тем более, что в настоящее время нет единства взглядов к оценке их влияния на суицидальную

активность, а мнения отдельных авторов прямо противоположны. Так, например, по мнению профессора Б.С. Положего, буддийская религия у бурят способствует «формированию мыслей о допустимости суицида» [7], а профессор И.С. Урбанаева, напротив, считает что «...для буддиста самоубийство недопустимо» [13].

Между тем, этнокультуральные факторы, вероятно, имеют достаточно большое значение, так как известно, что региональные различия по распространенности смертности от самоубийств достигают в отдельных территориях Российской Федерации до 100-120 раз [2, 4]. Наименьшие цифры суицида наблюдаются в регионах Северного Кавказа (Республика Ингушетия – 0; Чеченская республика – 0,2; Республика Дагестан – 3,5), а одни из самых больших – в Сибирском Федеральном округе – 34,5 случаев на 100000 населения в 2010 г. [8].

Степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицидальных действий) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности, а также степенью влияния личностно-ситуационных (характер и значимость суицидогенного конфликта) и средовых (социально-демографических) факторов. И здесь, по нашему мнению, можно предположить, что в данном сопоставлении определяющим, «перевешивающим со знаком минус» компонентом может выступить фактор пассионарности, а точнее уровень пассионарной энергии данного конкретного этноса, определяемый фазой этногенеза данного этноса. Л.Н. Гумилев в труде «Этногенез и биосфера Земли» пишет: «... без пассионарности, люди менее приспособлены к жизни на Земле, чем животные. Те в стабильных и благоприятных условиях не вымирают.... На этом (низком) уровне пассионарности кончаются этногенезы». Согласно теории этногенеза Гумилева Л.Н. уровень пассионарной энергии, присущий определенной фазе этногенеза, определяет этнический характер (менталитет) конкретного этноса. По определению Ю.В. Чернявской [14], «этнический (национальный) характер (менталитет) есть особый психический склад народа, возникающий на основе всего его социокультурного опыта, всей совокупности традиций, идей, ценностей, стереотипов, идеалов, интере-

сов, распространенных в данной этнической общности, оказывающих воздействие на ее представителей и “вылепливающих” ее образ как в сознании самой этой общности, так и в представлении других. Это целостная система черт, особенностей восприятия, мышления и поведения, которые могут встречаться и у других народов, но именно в таком выражении и соотношении отличают именно этот этнос». Этнический характер этноса определяет этнические ценности этноса и этнокультурные доминанты психики, императивно обуславливающие тот или иной этнический стереотип поведения, ценностные ориентиры, в частности, отношение к смерти, что в свою очередь влияет на возможность совершения суицида [14]. Этнотипы с повышенным риском развития суицида, к примеру, циркумполярные, арктические монголоиды (в т.ч. эвенки) рядом авторитетных исследователей-суицидологов рассматриваются как реликтовые этнотипы [1, 11], что по определению Л.Н. Гумилева, означает находящиеся в фазе биоценоза с окружающей средой. Уровень пассионарной энергии данных этносов низок, что не позволяет им приспособиться к непрерывно изменяющимся условиям развивающегося мира и в конечном итоге эти причины выступают определяющим суицидогенным фактором. Важность учета и возможного введения показателя «уровень пассионарности», в первую очередь, в вероятностные модели развития суицида, а затем и в клиническую практику, в том числе, определения потенциальных суицидентов, на наш взгляд, несомненна, и отчасти подтверждена данными литературы [1, 5, 11]. Более того, можно предположить, что бурят-монгольский этнос как неотъемлемая часть *Рах Mongolica*, как и остальные монгольские племена переживший пассионарный подъем, и сохранивший память об этом в письменных и устных эпосах и преданиях «...Когда виноград прилипал к копытам лошадей и колесам телег...», ныне переживает фазу обскурации с соответствующим стереотипом поведения и соответствующими фатальными последствиями.

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение этнокультурных доминант поведения различных сибирских этносов, в т.ч. фактора пассионарности применительно к теории и практике суицида, в первую очередь, для оцен-

ки риска развития суицида, для возможного решения данной проблемы.

Литература:

1. Галактионов О.К., Шорин В.В. Транскультуральная психиатрия. Владивосток.: Время, ЛТД. – 416 с.
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П. Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье // Забайкальский медицинский вестник. – 2007. – Том 1. – С. 12-17.
3. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник РАМН. – 2006. – № 8. – С. 18-22.
4. Дмитриева Т.Б. После ночи всегда наступает день // Медицинский вестник. – 2009. – № 3-4. – С. 4.
5. Доржиева О.Э., Доржиева О.Э., Малишевский С.А., Ушакова Ю.В., Харин А.Г., Цыремпилов С.В. Знание студентов медицинского ВУЗа об этногенезе, теории этногенеза, теории этногенеза Л.Н. Гумилева // Материалы 9-й региональной научной конференции студентов и молодых ученых «Медицина завтрашнего дня». – Чита, 2011. – С. 236-237.
6. Лубсанова С.В., Югов К.Д. Оценка динамики завершённых суицидов в Республике Бурятия за 2005-2007 гг. (по материалам бюро СМЭ РБ) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2009. – № 2. – С. 196-198.
7. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в Сибирском федеральном округе и пути ее улучшения // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы суицидологии: проблемы и пути их решения в Республике Бурятия». – Улан-Уде: Пресс, 2010. – С. 8-12.
8. Положий Б.С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного здоровья // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 11-17.
9. Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах по субъектам Российской Федерации / Статистический бюллетень федеральной службы государственной статистики «Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах» в 2010 году (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств), Москва, 2011 г.
10. Постановление Правительства Республики Бурятия от 30 сентября 2011 г. №507 «О Программе Республики Бурятия по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, на 2011-2012 годы» // Общественно-политическая газета «Бурятия – официальный вестник», от 6 октября 2011 г., № 11 (1095). – С. 9.
11. Семке В.Я., Бохан Н.А., Галактионов О.К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск.: изд-во ТГУ, 1999. – 158 с.
12. Узлов Н.Д., Узлов А.Н. Модель превенции суицида в условиях учебного заведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 75-78.
13. Урбанаева И.С. Философский подход к анализу причин роста суицида в Бурятии: Буддизм и факторы суицидального риска // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы суицидологии: проблемы и пути их решения в Республике Бурятия». – Улан-Уде: Пресс, 2010. – С. 22-28.
14. Чернявская Ю.В. Народная культура и национальные традиции. http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Culture/Chern/index.php – С. 24-39.
15. National Human Development Report, Russian Federation, 2010, Pages 138-139 // ru.wikipedia.org/wiki/ИРЧП_субъектов_Российской_Федерации

SUICIDES IN REPUBLIC BURYATIYA:
THE IMPACT OF ETHNOCULTURAL FACTORS
AND PASSIONARITY ETHNIC GROUPS

S.V. Tsyrempilov

Buryat State University, Ulan-Ude, Russia

In clause data about a high level of suicides in Republic Buryatiya are cited. The factors influencing a level of suicides in Buryatiya are resulted. Necessity of application of the factor «passionarity» proves at definition of risk of a suicide.

Keywords: suicide, buryats, passionarity, the raised ris