

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

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

Журнал зарегистрирован  
в Федеральной службе  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
г. Москва  
Свид-во: ПИ № ФС 77-44527  
от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986  
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

## Содержание

<i>Б.С. Положий</i> Концептуальная модель суицидального поведения .....	3
<i>Ю.Е. Разводовский, С.В. Кондричин</i> Региональный паттерн смертности от самоубийств в Европейской части России и Беларуси .....	8
<i>Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур</i> Фармакологическая превенция суицидальных проявлений у больных с биполярной депрессией. Сообщение 1: диагностика и применение стабилизаторов настроения .....	18
<i>А.В. Меринов, Н.Л. Меринов, А.И. Юрченко, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова</i> Суицидологическая, личностно-психологическая и наркологическая характеристики супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично закрытой семейной системой .....	24
<i>В.Э. Пашковский, А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов, Г.А. Прокопович</i> Клинические особенности и оценка уровня тяжести суицида у лиц, совершивших суицидальные попытки отравления .....	32
<i>Н.Д. Узлов</i> Приговорённые к жизни: самооценка агрессивности и чувства вины осуждёнными к пожизненным срокам лишения свободы .....	42
<i>Е.Б. Любов, Н.Б. Левина</i> Признание в любви (О книге Лианы Алавердовой «Брат мой, брат мой...») .....	53
Информация для авторов .....	59

EDITOR IN CHIEF	
P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia)	
RESPONSIBLE SECRETARY	
M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia)	
EDITORIAL COLLEGE	
N.A. Bokhan, corresp. RAMS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)	
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)	
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland)	
Niko Seppälä, M.D. (Finland)	
Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)	
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74	
Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, д. 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 № 59. Тираж 1000 экз.	
Подписан в печать 23.03.2015 г.	
Распространяется по подписке	

## Contents

<i>B.S. Polozhy</i>	Conceptual model of suicidal behavior .....	3
<i>Y.E. Razvodovsky, S.V. Kondrichin</i>	The regional pattern of suicide mortality in European part of Russia and Belarus .....	8
<i>L.N. Yur'yeva, A. I. Mamchur</i>	Pharmacological prevention of suicidal manifestations in patients with bipolar depression. Message 1: diagnosis and the use of mood stabilizers .....	18
<i>A.V. Merinov, N.L. Merinov, A.I. Yurchenko, A.V. Lucashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova</i>	Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with primary closed family system .....	24
<i>V.E. Pashkovskiy, A.E. Dobrovolskaya, A.G. Sofronov, G.A. Prokopovich</i>	Clinical features and assessment of suicide severity among persons having attempted suicide through poisoning .....	32
<i>N.D. Uzlov</i>	Sentenced to life: self-assessment of aggression and sense of guilt of condemned to lifelong terms of imprisonment .....	42
<i>E.B. Lyubov &amp; N.B. Levina</i>	Declaration of love (Book Review Liana Alaverdova "Suicide: Before and After") .....	53

Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), сайт Российского общества психиатров – [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru), [www.medpsy.ru](http://www.medpsy.ru)

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03  
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.  
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89.008.44

## КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Б.С. Положий*

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ.  
Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (495) 637-58-06, e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Теоретические и клинические исследования суицидального поведения позволили нам разработать его концептуальную модель, развивающую существующую теорию «Диатеза-стресса». В рамках данной модели среди факторов суицидального диатеза выделяются детерминанты I, II и III рангов. Детерминанты I ранга (к ним относятся биологические, клинические и личностно-психологические) определяют саму возможность возникновения суицидального поведения. Детерминанты II ранга лишь повышают риск его развития. Детерминанты III ранга отражают популяционную частоту суицидов, и включают в себя социальные и этнокультуральные факторы. Разработанная концептуальная модель позволяет приблизиться к пониманию медико-социального феномена суицидальности, а также создает возможности для создания программ дифференцированной профилактики самоубийств.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, концептуальная модель, суицидальный диатез, стресс, детерминанты, частота суицидов.

К настоящему времени в мировой суицидологии накопилось значительное число теорий суицидального поведения. Однако в большинстве своем они продолжают оставаться дискуссионными, а точки зрения специалистов иногда принимают взаимоисключающий характер. С нашей точки зрения, это обусловлено тем, что в существующих концепциях в той или иной степени абсолютизируется роль какого-либо одного или группы родственных факторов и не придается должного значения другим факторам, играющим не менее важную роль в возникновении суицидального поведения. В итоге, факторы суицидального риска традиционно подразделяются на независимые группы – биологические, психологические, социальные, культуральные, клинические и др. Однако с развитием науки становится ясно, что эта «независимость» является лишь кажущейся, и препятствующей проникновению в суть суицидального поведения [5, 15].

В последние годы в суицидологии наибольшим признанием пользуется концепция «Диатеза-стресса», согласно которой суицидальное поведение развивается в результате наличия специфического диатеза (предрасположенности к суицидальному поведению, или повышенной чувствительности к факторам, снижающим порог его развития) и воздействия

стрессоров (триггеров), ускоряющих формирование такого поведения [14].

К факторам диатеза авторы относят отягощенную наследственность, особенности личностного развития, характерологические особенности, психические расстройства, отсутствие социальной поддержки, наличие или отсутствие религиозных убеждений, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, соматические заболевания, то есть широкий круг самых разнообразных факторов. Несмотря на безусловные достоинства этой концепции, категория диатеза остается в ней недостаточно ясной. В частности, возникает ряд вопросов: какие из перечисленных факторов играют основную роль? Достаточно ли одного из этих факторов, или необходимо их то или иное сочетание? Если сочетание, то какое именно? Сопоставимы ли факторы диатеза по силе воздействия? И так далее ...

Учитывая перечисленные вопросы, нами (в развитие концепции «Диатеза-стресса») была разработана модель суицидального поведения, получившая название интегративной [4]. Последующие клинические и теоретические исследования позволили нам переосмыслить ее некоторые аспекты и внести ряд изменений. В сегодняшнем виде концептуальная модель включает в себя два блока: этиопатогенетиче-

ский и клинико-динамический. Первый из них характеризует механизмы возникновения суицидального поведения, второй – его развитие (динамику).

Начнем с этиопатогенетического блока. Мы считаем достаточно обоснованным выделение среди многочисленных факторов суицидального диатеза (нам представляется более предпочтительным термин «детерминанты») две группы: детерминанты I и II ранга.

Детерминанты I ранга являются первичным и необходимым условием возникновения суицидального поведения. Иначе говоря, суицидальное поведение не возникает без наличия хотя бы одного из детерминантов I ранга даже при воздействии сверхсильных стрессов. Примером может служить известный специалистам факт того, что у некоторых людей, перенесших запредельно сильный стресс (например, произошедшую у них на глазах гибель родственников), не возникает каких-либо проявлений суицидального поведения. С другой стороны, у лиц с детерминантами I ранга при воздействии даже незначительного по силе стресса может начаться формирование суицидального поведения. Следует при этом заметить, что наличие детерминантов I ранга не является фатальным. Раннее выявление таких лиц и своевременное принятие профилактических мер способно предупредить развитие суицидального процесса.

Конкретными видами детерминантов I ранга являются *биологические, клинические и личностно-психологические*. В отношении *биологических детерминантов* следует сказать, что к настоящему времени получены результаты серьезных генетических и биохимических исследований. В частности, суицид рассматривается как генетически обусловленный паттерн поведения [11]. Это подтверждается результатами специальных семейных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов наследования суицидального поведения. Российским исследователем О.Н. Тиходевым [8] установлено, что склонность к самоубийству тесно связана с мутациями генов SLC6A4 и COMT. Первый из них контролирует передачу нервных импульсов при помощи серотонина, второй – отвечает за уровень веществ, регулирующих активность нервной системы (дофамина, адреналина и норадреналина). Люди с мутациями в этих генах отличаю-

тся повышенной предрасположенностью к самоубийству.

Американский исследователь J.J. Mann [13] предлагает рассматривать суицидальное поведение с биохимических позиций как трехкомпонентную систему: 1) моноаминергическая медиация и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система как путь срочной реализации стрессового напряжения, и связанного с ним возбуждения, тревоги, страха и беспокойства; 2) серотонинергическая система как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии; 3) иммунная система и липидный обмен как «системный контекст», способный усиливать патохимические изменения в мозге, на фоне которых развиваются собственно нейробиологические нарушения. Генетически обусловленные изменения в перечисленных системах могут создавать те или иные дефициты или гиперреакции их звеньев, формируя неблагоприятные сочетания таких суицидальных черт, как агрессивность, импульсивность, неустойчивость к стрессу, ангедония, депрессия. Будучи заложены в генетическую программу поведения, эти черты могут активироваться в результате дополнительного воздействия различных медицинских и стрессовых факторов.

Переходим к *клиническим детерминантам* суицидального поведения. Здесь особо важную роль мы отводим их психической составляющей, то есть состоянию психического здоровья. По материалам ВОЗ [3, 19] и данным наших собственных исследований [5], психические расстройства на момент совершения самоубийства имеют место у 90-95% суицидентов. Согласно результатам известного Датского реестрового исследования [7], значение риска на популяционном уровне в отношении совершения суицида лицами с психическими расстройствами, требующими госпитализации, составило 40,3%. В то же время, при других статистически значимых факторах уровень риска был достоверно ниже. При безработице он составил 2,8%; при отсутствии на рабочем месте в связи с болезнью – 6,4%; при низком уровне доходов – 8,8%; при пребывании на пособии по инвалидности – 3,2%; при пребывании на пенсии по возрасту – 10,2%.

Приведенные сведения подтверждаются данными о риске суицида при наиболее опасных в суицидологическом отношении психических заболеваниях [10]. Так, при депрессивных

расстройствах он выше, чем в общей популяции, в 30 раз; при шизофрении – в 20 раз, при расстройствах личности (особенно при истерическом и эмоционально неустойчивом) – в 15 раз, при алкоголизме – в 10 раз, при эпилепсии – в 4 раза, при стрессовых расстройствах – в 3 раза. Представленные данные убедительно показывают связь суицидального поведения с психическими расстройствами. По нашему мнению, особо значимую роль здесь играет депрессия как патогенетически близкое к суицидальному процессу состояние.

*Личностно-психологические детерминанты* суицидального поведения достаточно широко описаны в литературе [1, 2, 8]. Наиболее типичными среди них являются: высокие уровни аутоагрессии и импульсивности, эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, низкая стрессоустойчивость, отсутствие навыков конструктивного решения проблем, низкая способность к формированию психологических защит, особенности интеллекта (максимализм, незрелость суждений), чрезмерно развитое чувство вины, трудности в перестройке ценностных ориентаций, низкий уровень или отсутствие чувства самодостаточности. Как правило, эти качества встречаются в различных комбинациях.

Следует заметить, что в данном случае мы не касаемся особенностей личности, обусловленных наличием того или иного психического расстройства (вторичных изменений личности). В нашем контексте речь идет о первичных личностных деформациях, связанных с дефектами воспитания (патологическим воспитанием), особенно в раннем детском возрасте – до 5-6 лет. Именно в этот возрастной период формируется личностная структура индивида, которая по мере его взросления будет накапливать либо черты гармоничной, стрессоустойчивой, уверенной в себе личности, либо личности слабой, зависимой, пассивной, неустойчивой. Судя по всему, суициденты с наличием именно такой личностно-психологической предрасположенности относились (а рядом психиатров и сейчас относятся) к лицам без наличия психических расстройств. Однако следует заметить, что сформированные с детства суицидоопасные черты при воздействии стресса способствуют быстрому возникновению психических (чаще депрессивных) расстройств, следствием которых становится суицидальное поведение.

К детерминантам II ранга относятся иные (не вошедшие в первую группу) факторы предрасположенности к возникновению суицидального поведения. Сюда можно включить: отсутствие социальной поддержки, собственной семьи, религиозных убеждений; злоупотребление алкоголем и прием других психоактивных веществ, соматические заболевания, психические последствия травм головного мозга или тяжелых инфекций, пережитое насилие и др. В частности, известно, что при многих соматических заболеваниях существует высокий суицидальный риск. К числу таковых относятся ишемическая болезнь сердца, онкологические и эндокринные болезни, хроническая почечная недостаточность, СПИД, инсульт, болезнь Паркинсона, системная красная волчанка. Однако, с нашей точки зрения, в этих случаях непосредственной причиной развития суицидального поведения является все же психическое расстройство. Чаще всего это – депрессия, возникшая как реакция на тяжелое соматическое страдание. Каким-либо самостоятельным суицидогенным воздействием соматические болезни, по-видимому, не обладают. Таким образом, детерминанты II ранга *повышают риск суицидального поведения*, но, в отличие от детерминантов I ранга, *не являются необходимым условием его возникновения*.

Вторым компонентом этиопатогенеза суицидального поведения является *стресс*, характеризующийся переживанием критических жизненных событий. В современной литературе описано более 800 стрессов личной жизни, способных стать непосредственным поводом для совершения суицидальных действий [18]. Около половины из них (41%) приходится на личностно-семейные конфликты (деструктивные отношения в семье, развод, болезнь или смерть близких, одиночество, измена супруга(и), неудачная любовь, неудовлетворенность поведением «значимых других», недостаток внимания и заботы со стороны окружающих и др.). По мнению E. Grollman [11], углубленно изучавшего семейные факторы суицидальности, наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке; далее в порядке убывания – овдовевшие и разведенные, состоящие в бездетном браке и, наконец, супружеские пары, имеющие детей. К числу наиболее распространенных стрессов личной жизни, ставших причиной реализации суицидальных намерений, автор относит также

страх перед наказанием – 19%, страсти (понимая под ними мощный и трудноуправляемый аффект) – 6%, денежные потери, разорение – 3%.

Таким образом, критические жизненные события (стрессы) являются важной и неотъемлемой составляющей суицидального поведения, запускающей суицидальный процесс, а на его поздних этапах приводящей к реализации суицидальных намерений.

Клинико-динамический блок нашей модели суицидального поведения характеризует его развитие в динамике. Здесь мы базируемся на современном понимании суицидального поведения как «непрерывного процесса» [17]. Исходя из этого, можно прийти к выводу о том, что суицидальное поведение имеет свою динамику и этапность развития. В настоящее время выделяются следующие этапы: досуицидальный, пресуицидальный, реализации суицидальных намерений и постсуицидальный (в случаях нелетального исхода суицидальных действий). Позволим себе, не останавливаясь на их описании, поскольку оно достаточно подробно представлено в литературе [2]. Отдельно следует сказать лишь о досуицидальном этапе. Согласно современным представлениям, он характеризуется периодически наступающими состояниями ангедонии – утраты или выраженного ослабления положительных эмоций, не достигающего уровня депрессии. Что касается динамики суицидального процесса, то она развивается в направлении от легких проявлений суицидальности к тяжелым, то есть собственно к суициду.

Дополнительно к вышеизложенному, нами выделены детерминанты III ранга. Что вкладывается в это понятие? Если детерминанты I и II ранга совместно со стрессовым фактором определяют саму возможность возникновения суицидального поведения у отдельного индивида и реализацию им своих суицидальных намерений, то детерминанты III ранга определяют популяционную частоту суицидов. Разделяя мнение российского социолога Я.И. Гилянского, мы расцениваем этот показатель как социальное явление, поскольку популяционная частота суицидов служит одним из наиболее достоверных индикаторов социального, экономического и политического состояния общества, а ее величина напрямую связана с уровнем существующего в нем социального благополучия / неблагополучия.

Отсюда становится ясным, что важнейшими детерминантами III ранга являются *факторы социального неблагополучия*. Механизм их воздействия связан с тем, что в неблагоприятных социальных условиях резко возрастает риск суицидального поведения у лиц, имеющих соответствующую предрасположенность, а это, в свою очередь, ведет к выраженному увеличению популяционной частоты суицидов.

Наиболее суицидогенными социальными факторами являются экономическая депрессия, безработица, социальные кризисы, эмиграция. Так, на протяжении почти всего XX столетия уровень самоубийств в США был весьма стабилен, составляя 10-12 случаев на 100000 населения, и лишь в годы Великой депрессии он увеличился до 17,5 на 100000. Кроме того, значительным суицидогенным воздействием обладают периоды «смены веков», характеризующиеся утратой прежних идеалов и резкими изменениями общественных стереотипов и ценностей. Это четко проявилось в новейшей истории России.

Еще одной разновидностью детерминантов III ранга являются *этнокультуральные факторы*. Основанием для изучения их участия в формировании суицидального поведения послужили сведения о существенных различиях в частоте суицидов в разных странах мира. В частности, американские исследователи М.К. Nock и соавт. отмечают, что высокий уровень самоубийств наиболее характерен для стран Восточной Европы, а низкий – Центральной и Южной Америки. Промежуточное положение занимают страны Западной Европы, Северной Америки и Азии [16].

Наши собственные исследования показали, что частота суицидов связана не только со страной, но и с этнической принадлежностью проживающих в ней народов. Подтверждением этому служат этнические группы населения России, отличающиеся как стабильно высокими, так и стабильно низкими показателями частоты суицидов. К первым из них относятся народы финно-угорской (карелы, коми, удмурты, марийцы, мордва и др.) и монгольской (буряты, калмыки) групп, а также малочисленные этносы Севера Сибири и Дальнего Востока (эвенки, эвены, удэгейцы и др.). Ко второй – народы Северного Кавказа. При этом различия между показателями частоты суицидов в сравниваемых группах достигают 100 и более раз.

Таким образом, этническая принадлежность может свидетельствовать как о высоком, так и о низком риске развития суицидального поведения. Это объясняется тем, что этнокультуральные детерминанты представляют собой вошедшие в культуру этносов особенности отношения к жизни и смерти, в том числе, и к допустимости самоубийства как способу разрешения кризисной ситуации. Таким образом, с этнокультуральных позиций, самоубийство представляет собой своеобразный социально-психологический архетип, отражающий культуральные особенности отдельных этносов.

В заключение следует сказать, что представленная модель суицидального поведения не претендует на роль «кристины в последней инстанции». Вместе с тем, она позволяет приблизиться к пониманию сложнейшего медико-социального феномена суицидальности, а также создает возможности для создания программ дифференцированной профилактики самоубийств [6].

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально - психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 40-52
2. Амбрумова А.Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 6-28
3. Всемирная организация здравоохранения (ВНО) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.; Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. – 2001. – 215 с.
4. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-62.
5. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
6. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
7. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: МИА, 2009. – 544 с.
8. Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству // Экологическая генетика. – 2007. – Том 4. – С. 22-43.
9. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
10. Bertolote J.M. Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000 // Suicide. An unnecessary death. Ed. Danuta Wasserman. – London: Martin Dunitz, 2001. – P. 3-10.
11. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2-nd ed. – Beacon: Hill Press, 1988. – 457 p.
12. Kety S.S. Genetic factors in suicide // Suicide. Ed. by Roy A. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1986. – P. 41-45
13. Mann J.J. The neurobiology of suicide // Nature Medicine. – 1998. – № 4 (1). – P. 25-30.
14. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. – 1999. – № 156. – P. 181-197.
15. Marušić A., Roscar S., Zorko M., Sveticic J. Going beyond the bio-psycho-social boundaries in suicidology // Psychiat. Danub. – 2006. – Vol. 18 (suppl 1). – P. 7-8.
16. Nock M.K., Borches G., Bromet E.J. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts // The British Journal of Psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 98-105.
17. Van Heeringen K. Unrresting suicidal behaviour: suicidal process approach to research, treatment and prevention. – Chichester: John Wiley & sons., 2001. – 322 p.
18. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process // Suicide. An unnecessary death. – London: Martin Dunitz, 2001. – P. 13-27.
19. World Health Organisation. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva, 2014. – 98 p.

CONCEPTUAL MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR

B.S. Polozhy

Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia

Theoretical and clinical studies of suicidal behavior enabled us to develop his conceptual model, developing the existing theory of "diathesis-stress". In this model, among the factors of suicidal diathesis allocated determinants of I, II and III ranks. Determinants I rank (this includes biological, clinical and personal-psychological) determine the possibility of suicidal behavior. Determinants II rank only increase the risk of its development. Determinants Rank III reflect population frequency of suicide and include social and ethnocultural factors. Developed a conceptual model allows closer to understanding medical and social phenomenon of suicidality, and creates opportunities to create differentiated suicide prevention programs.

*Keywords:* suicidal behavior, conceptual model, suicidal diathesis, stress, determinants, suicide rate.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН СМЕРТНОСТИ ОТ САМОУБИЙСТВ В ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ И БЕЛАРУСИ

Ю.Е. Разводовский<sup>1</sup>, С.В. Кондричин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Минская областная клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, д. 80. Телефон: +375-152-70-18-84, e-mail: razvodovsky@tut.by

Кондричин Сергей Вацлавович – кандидат социологических наук, врач-статистик. Место работы: УЗ «Минская областная клиническая больница», Адрес: 203041, Республика Беларусь, г. Минск, Минский район, агрогородок Лесной, д. 40. Телефон: +375-17-265-21-68, e-mail: kondrichin@cdog.med.unibel.by

Неравномерность в распределении показателей смертности от самоубийств на Европейском континенте представляет одну из исследовательских проблем современной суицидологии. Корректная интерпретация этого явления позволит глубже понять природу аутодеструктивного поведения и поможет разработать мероприятия по его профилактике. Целью настоящей работы является исследование характера распределения показателей смертности от самоубийств на территории России и Беларуси за период 1988-2013 гг. Проанализирован ранговый порядок распределения уровня смертности от самоубийств по 73 регионам-субъектам Российской Федерации и 6 областям Беларуси. Проведён анализ географического распределения показателя по оси север-юг на территории Европейской части России и Беларуси. Результаты анализа демонстрируют существование устойчивого характера распределения показателей самоубийств на территории России и Беларуси. Порядок рангового распределения по 73 регионам Российской Федерации оценивался с помощью коэффициента ранговой корреляции по Спирману, который демонстрировал значимость на всём временном интервале. Для крайних лет – 1988 и 2013 – он был:  $r(s) = 0,66$ ;  $p < 0,001$ . Оценка пространственного распределения показателя смертности от самоубийств на территории Европейской России и Беларуси выявила устойчивый вектор роста в северном направлении. В работе обсуждаются этно-исторические и антропологические основания устойчивого паттерна пространственной дифференциации показателя смертности от самоубийств, в частности, совпадение вектора его распределения с направлением исторической миграции древних славян в период раннего средневековья.

*Ключевые слова:* смертность от самоубийств, южные и северные регионы, Российская Федерация, Беларусь, коэффициент ранговой корреляции.

Анализ пространственного распределения показателя самоубийств на территории Европы выявил ряд интересных закономерностей. Прежде всего, речь идет о существовании устойчивого пространственного градиента, который проявляется ростом числа самоубийств в направлении с юго-запада на северо-восток континента, получившего название Югославского или Албанского парадокса [7, 8, 10, 20, 25, 27-29]. Он означает, что территории Средиземноморья и Британские острова демонстрируют более низкие показатели по сравнению с центральными и северо-восточными регионами Европы. Этот же градиент проявляет себя и на территории отдельных европейских стран, таких как Франция и Италия, где более благополучные в экономическом плане северо-восточные и северные регионы

имеют более высокие показатели смертности от самоубийств по сравнению с южными [24, 27, 45, 46]. Указанный градиент имеет место и на востоке континента, где он выразительно проявлялся при анализе показателей смертности от самоубийств на территории бывшего СССР и, отдельно, на территории Европейской части России [11, 44]. Беларусь также не выпадает из общеевропейского паттерна – на её территории регистрируется аналогичная географическая полярность в распределении самоубийств и убийств: в северных регионах страны их уровень устойчиво выше, чем в южных [23, 27].

Существование указанного градиента было известно уже первым исследователям «статистики морали» в XIX столетии. Наиболее полно проблема отражена в работах Энрико Мор-



селли (представителя итальянской медико-антропологической школы) и Эмиля Дюркгейма (одного из родоначальников современной социологии) [3, 31]. Именно этими учеными были сформулированы вопросы, которые стали ключевыми для многих последующих исследований. Почему из года в год в отдельной стране или регионе приблизительно одно и то же число людей добровольно лишают себя жизни? А так же, почему показатели самоубийств распределяются неравномерно на карте Европы, и отчего эти различия носят устойчивый характер?

Уже в XIX столетии в качестве возможных объяснений прозвучали социокультурные, этно-исторические, антропологические и физико-климатические трактовки [31]. Однако и по сей день данный феномен не получил логичного объяснения, поскольку аргументация затруднена рядом методологических проблем. Во-первых, в процессе исторического развития неизбежно формировалась взаимозависимость между различными этиологическими факторами, например, между социокультурными и экономическими детерминантами самоубийств или между этно-антропологическими, климатическими и психологическими факторами. Поэтому проводить дифференциацию между различными причинными механизмами или же оценить их эффект изолированно друг от друга можно только условно. Во-вторых, устойчивый характер географического распределения показателей самоубийств предполагает участие исторических механизмов, а возможности использования научной операционализации в данном случае более, чем скромные [19]. История, как и биологическая эволюция, допускает лишь использование процедуры сравнения, которая не может служить доказательством той или иной гипотезы.

Среди причин дополнительно затрудняющих интерпретацию различий в региональных показателях суицидов следует также указать особенности социально-экономической ситуации, а также надёжность функционирования системы статистической отчётности [12].

Практически все перечисленные методологические затруднения относятся к этно-антропологической теории, сформулированной Морселли в рамках работ итальянской антропо-криминалистической школы [31]. Морселли предложил связать географические вариации в показателях самоубийств с различиями в этно-

исторических процессах и миграционными потоками на континенте. Так различия в уровне самоубийств между севером и югом Франции и Италии он объяснял историческим доминированием германского этнического субстрата на севере и романского на юге этих стран.

С одной стороны, данные, накопленные в XX веке, предоставили дополнительную аргументацию в пользу этой гипотезы. Например, отмеченная Морселли полярность в распределении показателей сохранялась [27, 28]. Кроме того, был аккумулирован значительный материал о роли этнического фактора в генезе самоубийств. Так, этно-исторический метод может быть использован для интерпретации высоких показателей самоубийств у представителей Финно-Угорских народов, населяющих различные территории Европейского континента [11, 26, 39]. Однако обнаруженная зависимость не может рассматриваться в качестве неопровержимого доказательства, поскольку она не исключает возможность действия различных конкурирующих этиологических механизмов.

Проблема устойчивости в географическом распределении показателей смертности от самоубийств на территории Российской Федерации являлась предметом ряда исследований [11, 16, 41]. Некоторые из исследователей пытались проследить длительную динамику характера в распределении показателей самоубийств по регионам России начиная с конца XIX – начала XX века [35]. Однако значимые социальные потрясения и войны, национальные и территориальные преобразования, через которые прошла Россия в XX столетии, трансформация структуры региональных популяций, а так же низкая надёжность данных статистики царского периода (то есть периода становления институтов статистики) существенно ограничивают ценность подобных долговременных сравнений. Более обоснованным представляется обращение к региональным статистическим данным, аккумулированным в послевоенный период, когда была достигнута устойчивость социальной организации и административного деления территории, а надёжность статистического метода существенно возросла и стала контролируемой [43].

Предварительный анализ статистики самоубийств на территории бывшего СССР продемонстрировал, что республики, занимающие

северные территории – это Российская Федерация, Украина, Беларусь и республики Балтии, имеют более высокие показатели, чем республики Закавказья и Среднеазиатского региона [4, 38, 45]. Иными словами, “Албанский парадокс” дублировался на территории бывшего СССР. Для объяснения указанных различий, проявляющихся в уникальном социокультурном и экономическом пространстве сформированном в границах бывшего СССР, авторы обычно обращаются к социально - экономическим условиям, национальным и культурным традициям, религиозности, силе семейных связей, а также к стереотипам в практике потребления алкоголя [38, 42, 44].

Экономическая ситуация в регионе рассматривается в качестве одного из основных факторов, определяющих уровень суицидов [41]. Рост уровня этого показателя в период социально-экономических потрясений, которые прошли все республики бывшего СССР после его распада, казалось бы, является лучшим тому свидетельством. Однако данные сравнительного регионального анализа выполненные на материале России, Украины и Беларуси указывают на то, что группа экономических причин не является ответственной за устойчивость региональных различий в показателях уровня самоубийств [1, 11, 16, 23]. Более того, во всех трёх странах скорее наблюдается обратная тенденция, которая означает, что регионы с более низким уровнем доходов населения имеют более низкие показатели смертности от самоубийств. И наиболее показательным, в этом отношении, является пример с северокавказскими автономиями Российской Федерации [23].

Имеющиеся данные указывают на то, что географическое положение региона, национальный и этнический состав его населения оказывают большее влияние на уровень самоубийств, чем социально-экономические факторы (о чём, собственно, и свидетельствует упомянутый ранее Албанский парадокс) [21-25]. Данное положение имеет непосредственное отношение к материалу бывшего многонационального СССР, где в масштабах всего государства было достигнуто относительное равенство социально-экономических условий.

В то же время, исследователи отмечали, что указанные географические вариации, не могут объясняться исключительно с помощью актуальных социальных и экономических па-

раметров [4]. Иными словами, в область исследования входили “глубинные факторы”, определяющие социально-психологические и ментальные характеристики населения данных регионов. Поэтому было предложено расширить поиск теоретической интерпретации и углубить её до поиска соотношений с процессом этнической истории.

Анализ распределения показателей смертности от самоубийств на территории России и Беларуси представляет уникальную возможность для комплексной реализации исторического и географического метода. На этой территории, значительно превосходящей по своим размерам территорию любой из европейской стран, сформировалась своеобразная зависимость характера распределения социальных и демографических показателей от действия исторических факторов. Следует учитывать, что рассматриваемая территория входила в состав СССР, а ранее в состав Российской Империи, что обусловило формирование общности социокультурного пространства. При этом наиболее значимым в плане выравнивания социокультурных и экономических характеристик на этой территории являлся советский период. В этот же период по единым принципам было проведено административное деление территории обеих стран, которое сохранилось и по сегодняшний день. Кроме того, в течение советского периода были выработаны единые методы функционирования института социальной и демографической статистики [1].

Однако ключевой момент, который определяет структуру и основную идею исследования, относится к периоду раннего средневековья. Именно в это время началась колонизация указанной территории племенами древних славян, и основной вектор исторической миграции имел северное (и северо-восточное) направление [23]. Ранее населявшие эту территорию финно-угорские и балтийские племена частично смещались в северном направлении, частично ассимилировались пришлым славянским населением. Следует учитывать, что этот процесс взаимодействия древних этнических групп, или “этнический синтез” происходил в течение столетий, а размеры незаселённой территории предоставляли широкие возможности для маневра. В период становления государственности и распространения христианства процессы ассимиляции коренных народностей значительно ускорились. Результатом этой ми-

грации и смешения древних этнических групп явилось формирование специфичной структуры населения с доминированием славянского этноса на южных территориях, а финно-угорского и балтского на северных (влияние балтского этнического субстрата особенно значимо на северных территориях Беларуси) [5, 6, 11, 23]. В результате основное направление этноисторической дифференциации на территории Европейской части России и Беларуси подобно вектору, ранее обсуждаемому в отношении населения Франции и Италии. В настоящей работе исследуются региональные показатели смертности от самоубийств в двух странах: в Российской Федерации и Беларуси.

Исследование континуальности географического паттерна смертности в соседних странах преследует сразу несколько целей:

1. Продемонстрировать и сопоставить характер распределения показателей смертности от самоубийств на прилегающих территориях России и Беларуси.

2. Предоставить дополнительное свидетельство тому, что ареалы смертности формируются вне зависимости от линий государственных и административных границ.

3. Обсудить возможности расширения рамок теоретической интерпретации данного регионального феномена.

Материал и методы.

Анализ базируется на доступных данных по регионам России начиная с 1988 года, а по регионам Беларуси с 1985 года. В 1988 году Российская Федерация включала в себя 73 административных единицы (субъекта федерации): 10 национальных автономий, 52 области, 3 края и два города: Москву и Санкт-Петербург (Ленинград), имеющих особый административный статус. Выбранные временные рамки охватывают различные исторические периоды: годы перестройки и социальной трансформации после 1991 года. Для двух стран региональные общие показатели смертности от самоубийств были получены из ежегодной отчётной документации Федеральной службы государственной статистики РФ (Росстат) и Национального статистического комитета Республики Беларусь. Данные до 1990 года получены из отчётной документации ЦСУ СССР.

Изменения в административном делении Российской Федерации, которые произошли после 1991 года, не сопровождались существенными территориальными преобразованиями

регионов Европейской части России и Беларуси, в некоторых случаях, с целью сохранения континуальности массива регионов, новые административные и национальные регионы рассматривались в допустимом соответствии с границами 1988 года (последнее относится к новым национальным образованиям на территории РФ).

Для исследования феномена устойчивости в пространственном распределении показателей смертности от самоубийств за период 1988-2013 был проведён ранговый корреляционный анализ Спирмана. Анализ ранговой корреляции был проведен как для всех 73 субъектов федерации, а так же с учётом роли этнокультурной составляющей, так и отдельно для 55 российских регионов (исключая национальные автономии и столичные города).

С целью исследования паттерна в распределении показателя самоубийств было выбрано 40 регионов: 38 областей и 2 края, находящихся в Европейской части России и Уральском регионе. Регионы, в зависимости от географического положения, были разделены на три группы: северную, центральную и южную. Расположение центральной группы регионов (11 областей), в основном соответствует широте Московской области (то есть географическому диапазону 54-57°N). Соответственно 12 регионов, расположенные выше указанной широты, оказались в северной группе, а 17 регионов, расположенные ниже, составили южную группу. Данный метод географического деления был использован в предыдущих работах [9, 11, 21, 22].

Сопоставление региональных показателей смертности оценивались во временном промежутке 1988-2013 гг. Оценка значимости в распределении показателей между полярными группами (южной и северной) проводилась с помощью критерия Стьюдента (t-test).

В административном плане территория Беларуси подразделяется на 6 областей и столичный город Минск. В исследуемом периоде не было изменений в административном делении Беларуси. Сравнение средних показателей смертности от самоубийств для выбранных географических групп проводилось за период 1985-2011 гг. Вся территория Беларуси в северо-южном направлении располагается в границах 56°10'- 51°16'N, а линия деления между северной и южной группами областей в целом соответствует 53°N.

Оценивался порядок рангового распределения показателя самоубийств для всех областей. Данные по столичному городу, который имеет особый административный статус, были исключены из сравнения.

Результаты и обсуждение.

Таблица 1 демонстрирует коэффициент ранговой корреляции региональных показателей смертности от самоубийств по 73 регионам Российской Федерации, подсчитанный начиная с 1988 года и заканчивая данными за 2013 год. В течение всего периода регистрировалась значимая ранговая корреляция, которая предполагает существование устойчивого паттерна в пространственном распределении показателей самоубийств и отсутствие значимых вариаций в отношениях по уровню смертности между отдельными регионами.

Таблица 1

Коэффициент ранговой корреляции уровня смертности от внешних причин для 73 регионов Российской Федерации в сравнении с 1988 г.\*

Годы	1988	1990	1998	2003	2006	2008	2013
Коэф-т	1,0	0,86	0,79	0,77	0,70	0,72	0,66

Примечание: \* – за весь период корреляция значима; 0,01 level (2-tailed);  $p < 0,0001$

Показатели самоубийств устойчиво ниже в национальных автономиях северо-кавказского региона и столичных городах Москве и Санкт-Петербурге, а также на некоторых южных территориях России. На противоположном полюсе с устойчиво высокими показателями смертности находились регионы Сибири и севера Европейской части России.

Крайние ранговые позиции в 1988 году занимали Республика Марий Эл с наибольшим показателем смертности от самоубийств – 41,2 (на 100000 населения), а с наименьшим – 3,9 – Республика Дагестан. В 2013 году на разных полюсах этой шкалы расположились Республика Бурятия (58,3), а с наименьшими показателями были Чеченская Республика (0,7) и Республика Дагестан (2,6).

Несмотря на возможность проблем с надёжностью статистических данных по отдельным регионам федерации, нельзя игнорировать тесную зависимость этого показателя с действием этнического фактора [42, 43]. На это указывают и представленные выше сведения о ранговом распределении показателя по национальным автономиям.

С целью уменьшить значимость этнокультурного (как и социокультурного) фактора в оценке межрегиональных различий уровня смертности от самоубийств, на следующем этапе из общего массива регионов были исключены данные по национальным автономиям и городам Москва и Санкт-Петербург. В результате исследуемую выборку составили 53 региона федерации. Русские доминируют в национальной структуре каждого из этих регионов. В данном случае коэффициент ранговой корреляции по уровню смертности от самоубийств был несколько ниже, но оставался статистически значимым (табл. 2).

Таблица 2

Коэффициент ранговой корреляции уровня смертности от самоубийств для 55 регионов Российской Федерации, за исключением Москвы, Санкт-Петербурга и национальных автономий, в сравнении с 1988 г.\*

Годы	1988	1990	1998	2003	2006	2008	2013
Коэф-т	1,0	0,83	0,81	0,74	0,67	0,70	0,65

Примечание: \* – за весь период корреляция значима; 0,01 level (2-tailed);  $p < 0,0001$

Примечательно, что в двух случаях после периода убывания значимости наблюдалась некоторая стабилизация коэффициента ранговой корреляции. Указанная динамика может означать, что изменения в уровне суицидов в отдельных регионах происходили в ответ на изменения в структуре региональных популяций в период социальных и экономических преобразований. Очевидным представляется наличие двух компонентов, определяющих динамику региональных показателей: один из которых обуславливает устойчивость географического распределения показателей, другой связан с изменением уровня смертности от самоубийств, включая региональные соотношения. Суммарный эффект их взаимодействия определяет долговременную динамику соотношения региональных показателей смертности от самоубийств. Очевидно, что быстрые изменения в структуре популяций, например, в результате массовой миграции, могут сопровождаться таким же быстрым изменением уровня смертности от самоубийств. Для большинства регионов России фактор миграции в рассматриваемый исторический период был значимым, однако его оценка не проводилась в рамках настоящего исследования.

Таблица 3

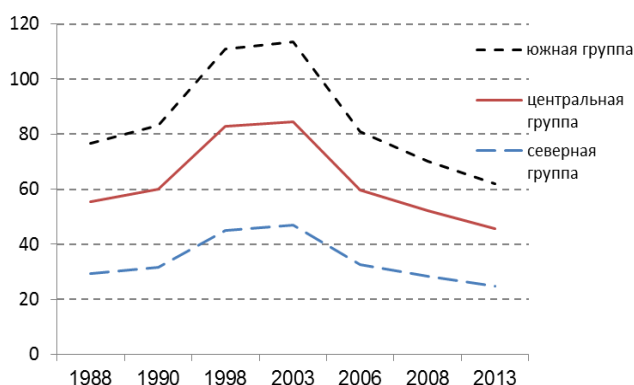
Ранговая позиция областей Беларуси по уровню показателя самоубийств (на 100000 нас.) за 1985-2011 годы

Область	Ранг	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2009	2010	2011
Брестская	I	19,5	*16,4	24,4	28,3	28,3	25,8	25,5	*24,1	18,4
Гомельская	II	19,8	*16,1	24,5	32,5	33,7	28,5	27,6	*23,6	21,6
Могилёвская	III	23,5	22,0	31,8	37,4	*35,6	*35,6	*34,7	*33,5	24,8
Гродненская	IV	26,9	23,6	34,3	35,9	*34,4	*34,6	*29,0	*30,0	27,5
Минская	V	27,3	23,7	46,0	47,0	36,6	36,7	39,1	*35,2	*31,5
Витебская	VI	29,8	26,7	46,6	47,5	44,8	40,8	41,6	*31,4	*31,4

Примечание: \* – случаи изменения в ранговом соотношении

Потенциальная значимость фактора экономического развития регионов в формировании региональных отличий в показателях насильственной смертности, включая смертность от самоубийств, обсуждалась в ряде исследований [1, 16, 21, 41]. Большинство авторов сходятся во мнении, что причины социально-экономического характера не следует рассматривать в качестве основных детерминант региональной специфики уровня суицидов на территории бывшего СССР [21].

Анализ распределения показателей смертности от самоубийств по 40 регионам Европейской части России, по выше обозначенным трём географическим группам, выявил существование стабильного градиента в распределении с ростом показателя в направлении с юга на север (рис. 1).



Примечание: \* – за весь период различие между северной и южной группами было значимым (t-test;  $p < .001$ )

Рис. 1. Уровень смертности от самоубийств в северной, центральной и южной группах, объединяющих 40 регионов Европейской части Российской Федерации, за 1980-2013 годы.

Следует отметить, что разница между северной и южной группами регионов была статистически значимой в течение всего периода наблюдения. Значительный рост показателей смертности в 90-е годы сопровождался увеличением межрегиональных различий, что предполагает более значимый вклад северных регионов в формирование общенациональных показателей смертности. Однако в годы относительной социальной и экономической устойчивости межрегиональные различия по оси север-юг в Европейской России сохраняли свою значимость.

Распределение ранговых позиций областей Беларуси по уровню смертности от самоубийств за период 1985-2011 гг. представлено в таблице 3. Ранговый порядок в течение всего периода характеризовался заметной устойчивостью. Некоторые перестановки наблюдались только между регионами, занимающими соседние позиции, в то время как “на полюсах” позиции регионов оставались практически неизменными.

Паттерн географического распределения демонстрировал устойчивую полярность: южные регионы страны (Брестская и Гомельская области) в течение всего наблюдения имели более низкие показатели, чем остальные четыре области, расположенные в центре и на севере. Динамика средних показателей по двум группам регионов Беларуси представлена на рисунке 2. В среднем за период различие в уровне самоубийств между указанными группами регионов составило 28,7%.

Таким образом, на территории Беларуси, так же как и между регионами Европейской части России, регистрируется устойчивый градиент в распределении показателей смертности от самоубийств с ростом показателя в северном направлении.

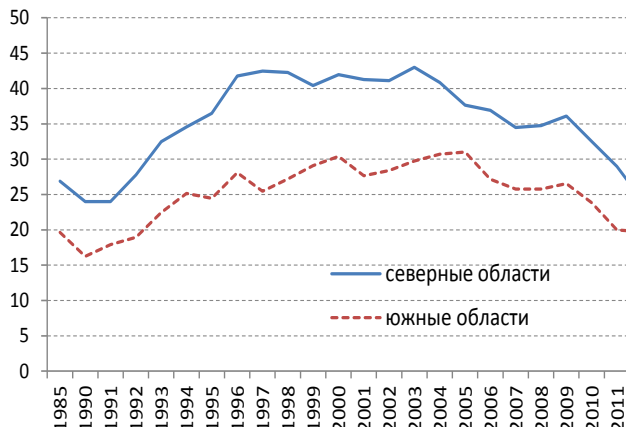


Рис. 2. Средние показатели смертности от самоубийств в южной и северной группах областей Беларуси, за 1985-2012 годы.

Вместе с тем, сравнение региональных трендов указывает на то, что в двух странах период социальной и экономической нестабильности в 90-х характеризовался более значимым повышением смертности в северной группе регионов.

Представленный анализ данных подтверждает существование феномена неравномерности пространственного распределения показателя смертности от самоубийств на территории Российской Федерации и Беларуси. Устойчивый и статистически значимый характер рангового распределения регионов по уровню суицидов говорит о том, что факторы, ответственные за его формирование, имеют устойчивую природу, определённым образом соотносятся с пространственно-временными характеристиками, что переносит рассматриваемую проблему в сферу истории.

Допустимо предположение о том, что в пространственных и временных координатах действуют устойчивые исторические структуры, для описания которых Фернан Бродель предложил концепцию *longueduree* [17, 18]. Бродель и другие представители исторической школы Анналов продемонстрировали существование подобных структур на примере набора показателей из области экономики, демографии, а также политической и религиозной жизни [40]. Другими словами, выводы о существовании стабильных в историческом отношении структур, были сделаны на основании оценки пространственного распределения социальных и экономических показателей, которые выступали в роли маркеров исторических координат. Показатель смертности от са-

моубийств может быть добавлен к этой группе исторических маркёров. Вместе с тем, не смотря на очевидность того, что устойчивый характер пространственной дифференциации социальных и демографических показателей требует обращения к историческим причинам, и одновременно иллюстрирует их действие в исторической перспективе, сами эти структуры не позволяют идентифицировать механизмы их формирования, и только в ограниченном объёме позволяют судить о рамках их функционирования.

Тем не менее, несомненный интерес представляет тот факт, что географические вариации показателя смертности от самоубийств соответствуют распределению антропологических ареалов. Формирование этнической структуры населения и формирование антропологических ареалов на востоке Европы происходило в период раннего средневековья. На территории Европейской части России и Беларуси основной этно-исторический и антропологический вектор связан с миграцией древних славян в северном и северо-восточном направлении [5, 6, 11, 23]. Результатом миграции и смешения древних этнических групп явилось их неравномерное распределение на больших территориях на востоке Европы: влияние финно-угорского и балтского этноса более выражено стало на севере, а славянского (и ряда других этнических групп) на юге. Сопоставление расселения древних этнических групп с полярностью в распределении показателей смертности от самоубийств подтверждает гипотезу Морселли, сформулированную в XIX веке на антропологическом материале западной Европы.

Следует подчеркнуть, что сочетанный характер пространственного распределения антропологических (этно-исторических) и демографических характеристик не может служить доказательством существования между ними причинной зависимости, однако результаты подобных сопоставлений следует рассматривать как доступный и уникальный эвристический материал, который может использоваться в процессе формулировки гипотез и планирования дальнейших исследований.

Некоторые исследователи в качестве причинного механизма существования пространственного градиента уровня суицидов по оси север-юг предлагают рассматривать стереотипы (или паттерны) потребления алкоголя, обу-

словленные как социокультурными, так и медико-биологическими причинами [13-16, 33, 34, 36, 42]. В частности, более высокий уровень суицидов в странах Северной Европы при более низком общем уровне потребления алкоголя на душу населения, по сравнению со странами Южной Европы, объясняется преобладанием в них так называемого интоксикационно-ориентированного или фестивального стиля употребления алкоголя, при котором большие дозы крепких алкогольных напитков выпиваются за короткий промежуток времени [33, 36, 37]. «Фестивальный» стиль потребления алкоголя часто называется в качестве одной из причин высокого уровня суицидов в России и Беларуси. Вполне возможно, что различия в стиле употребления алкоголя также определяют и региональную вариацию уровня суицидов в этих странах. В данном контексте стоит задуматься над причинами возникновения региональной специфики в паттерне употребления алкоголя, а так же причинами формирования отличительных стереотипов потребления алкоголя в границах различных географических и этно-исторических ареалов. Вероятно локальные традиции и физиологический эффект чрезмерного употребления алкоголя следует рассматривать в совокупности с другими факторами, ассоциированными с антропологическими характеристиками популяции. Иными словами, есть основания предполагать, что сам фактор злоупотребления алкоголем подпадает под действие этих «фоновых» причин, оставаясь при этом одним из наиболее значимых механизмов, либо обуславливает разные варианты насильственной смерти.

В предыдущих исследованиях высказывалось мнение, что на роль такого фонового фактора, имеющего этно-исторические основания и определяющего разноплановые проявления жизни региональных популяций, могут претендовать психофизиологические и психосоциальные характеристики популяции (как темперамент, импульсивность) [5, 6, 11, 23]. Близким по своему содержанию к ним выступает и понятие пассионарности, предложенное Гумилёвым, которое неизменно предполагает обращение к этно-историческому фундаменту региональных популяций [2]. В рамках работ вышеупомянутой исторической школы Анналов особую значимость приобретает понятие региональной ментальности, объединяющее совокупность психофизиологических и культурных

характеристик популяции [18, 40]. Однако все из перечисленных факторов, по известным причинам, остаются в роли более либо менее приемлемой для научного дискурса гипотезы, а возможности их научной верификации существенно ограничены.

Вместе с тем, результаты сравнительного анализа пространственного распределения показателей самоубийств на Европейской части бывшего СССР (Россия, Украина, Беларусь) позволяют усомниться в значимости одной из конкурирующих гипотез – физико-климатической (метеорологической). Фактор природного окружения, включая климатические условия, является одним из ведущих механизмов, определяющий ход эволюционного развития древних этнических групп, и помимо ожидаемого эффекта на физиологические и ментальные характеристики популяции, он обуславливает формы хозяйственной деятельности, формирование культурных традиций [31]. Иными словами, действие этого фактора неразрывно связано с эволюционными и историческими характеристиками региональных популяций. Совсем по-другому выглядит ситуация, когда исследователи предлагают оценивать значимость физических факторов в отрыве от исторического фундамента, например, непосредственный эффект солнечной радиации, продолжительность светового дня, химический состав почвы и воды. Влияние факторов окружающей среды, в их физиологическом диапазоне, периодически рассматривается в качестве причины существования отличий в показателях смертности [32]. Однако пример распределения показателей суицидов на сопредельных территориях России, Украины и Беларуси, с учётом размеров их территории и разнообразия климатических условий, позволяет усомниться в значимости подобных рассуждений [22, 23]. Наиболее показательным тут является пример полярных, в географическом и демографическом аспектах, регионов – Мурманской области и Краснодарского края. Современное население этих областей формировалось значительно позже, чем в прилегающих областях (преимущественно в течение XIX-XX века), при этом процессы миграции в этих регионах сохраняли особую значимость. Эти полярные регионы по своему «вырваны» из контекста этно-исторической миграции, типичной для северных и южных территорий России. Несмотря на максимально допустимую, по евро-

пейским меркам, разбежку в географических координатах и отличие климатических условий показатели смертности от самоубийств в этих регионах существенно не отличаются (с учётом стандартизации данных). Так в 2013 году общий показатель смертности от внешних причин в Мурманской области был 102,6 (на 100000 населения), а в Краснодарском крае 99,3; в то же время показатель смертности от самоубийств соответственно был 6,6 и 17,8. Сходная тенденция в распределении показателей между указанными полярными регионами отмечалась в течение всего периода доступного анализа и с учётом показателей смертности стандартизированных по полу и возрасту [22]. Данный пример является дополнительным аргументом в пользу того, что показатели самоубийств должны рассматриваться в непосредственной связке с процессами исторической миграции и формированием этнической структуры населения.

Выводы:

Методы эпидемиологического анализа не могут объяснить, каким образом реализуется влияние социокультурных и антропобиологических факторов на формирование устойчивых различий в региональных показателях смертности от самоубийств. В то же время, на основании устойчивых закономерностей в географическом распределении показателей смертности, которые по разным регионам Европы наблюдаются уже более двух столетий, можно сформулировать некоторые из принципов регионального анализа:

1. Изучение географического паттерна распределения показателей смертности от самоубийств неизменно требует обращения к истории формирования современного населения регионов. Другими словами, исторический подход является одним из базовых в изучении регионального разнообразия. Пример устойчивого распределения региональных показателей смертности в Европейской части России и Беларуси указывает на правомочность суждения о том, что формирование актуальных демографических показателей происходит в заранее заданных исторических рамках.

2. Влияние исторического фактора на показатели смертности от самоубийств обнаруживает тесную зависимость от этнического состава популяций. Поскольку указанная зависимость реализуется в долговременной исторической перспективе остаётся неясным какие из причинных механизмов, ассоциированных с

этнической принадлежностью, являются наиболее значимыми. Несмотря на первоочередность факторов социальной и культурной природы, нельзя полностью игнорировать их зависимость от антропологических характеристик популяции.

3. Социальные и культурные изменения в жизни общества сопровождаются изменениями в уровне смертности от самоубийств. В то же время динамика показателей смертности по регионам бывшего СССР указывает на то, что такая социально опосредованная динамика уровня смертности не сопровождается значимыми изменениями ранее существовавших межрегиональных различий.

4. Мультифакторный характер формирования социальных и демографических показателей является существенным методологическим барьером в их интерпретации. Представленная проблема устойчивости в пространственном распределении показателей смертности от самоубийств относится к проблемной сфере приложения различных научных дисциплин. И хотя подобная декларация о необходимости использования междисциплинарных подходов сегодня является правилом хорошего тона, попытки её воплощения на практике всегда сопряжены с очевидными трудностями.

#### Литература

1. Антонова О.И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин. Вопросы статистики. – 2007. – № 10. – С. 17-21.
2. Гумилёв Л.Н. География этноса в исторический период. – Ленинград: Наука, 1990. – 278 с.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. – СПб: Союз, 1998. 496 с.
4. Иванова А.Е., Семёнова В.Г., Кондракова Э.В., Михайлов А.Ю. Основные тенденции и региональные особенности смертности российских подростков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 2. – С. 5-10.
5. Кандрычын С. Антропологические типы в поле истории: Устойчивые основания региональной ментальности (Пример Беларуси) // *Zwierciadło Etnologiczne*. – 2013. – № 2. – С. 21-34.
6. Кандрычын С. Брэсцкая і Віцебская вобласці як два палюсы ментальнай прасторы Беларусі. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 1. – С. 112-144.
7. Кандрычын С. Дифференциация социального пространства Украины и Беларуси как эффект «столкновения цивилизаций» // *Социология: теория, методы, маркетинг*. – 2008. – № 4. – С. 74-96.



8. Кандрычын С. Украина и Беларусь в ареале столкновения цивилизаций: по данным социальной и демографической статистики. Saarbrücken: Palmarium publishing, 2014. – 160 с.
9. Кондричин С.В. Дифференциация социального пространства России и Италии: Историческая обусловленность явления // Социологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 73-82.
10. Кондричин С. О методе исследования исторических структур // КЛИО. – 2008. – № 4. – С. 10-19.
11. Кондричин С. Региональная дифференциация электоральных установок, уровня самоубийств и смертности от насильственных причин: К вопросу об этногенезе социального поведения // Социол. журнал. – 2000. – № 3-4. – С. 98-117.
12. Ноэль Э. Массовые опросы: введение в методику демоскопии. – М.: Прогресс, 1978. 380 с.
13. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в странах Восточной Европы // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 18–28.
14. Разводовский Ю.Е. Алкогольные проблемы в Беларуси: эпидемиологический анализ. – Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmdH & Co.KG, 2012. – 237 с.
15. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: эпидемиологический анализ. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmdH & Co.KG, 2012. – 81 с.
16. Стародубов В.И., Иванова А.Е., Семёнова В.Г., Кондракова Э.В. Евдокушкина Г.Н. Тенденции смертности в России в 1980-1990-х годах (региональный уровень) // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 4. – С. 23-28.
17. Braudel F. History and the Social Sciences: The Longue Duree. In F. Braudel (ed.) On History. Chicago: University of Chicago Press, 1980. – P. 25-54.
18. Braudel F. Morze śródziemne: Przestrzeń i historia, ludzie i dziedzictwo. Warszawa: Volumen, 1994. – 232 s.
19. Douglas J.D. The social meaning of suicide. New Jersey: Princeton University Press, 1967. – 268 p.
20. Gjónsa A, Bobak M. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle // Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 1815-1817.
21. Kandrychyn S. Ethnic history and Longue duree: Geography of suicide and electoral patterns in Russia. Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing, 2014. – 92 p.
22. Kandrychyn S. Geographic variation in suicide rates: relationships to social factors, migration, and ethnic history // Archives of Suicide Research. – 2004. – Vol. 8, № 4. – P. 303-314.
23. Kandryčyn S. Geografia społeczna i kontury historii: Podziały historyczne Białorusi w świetle danych statystyki społecznej, medycznej i demograficznej. Warszawa: Semper, 2008. – 178 s.
24. Kerkhof J., & Clark, D. Stability of suicide rates in Europe // Crisis. – 1993. – Vol. 14, № 2. – P. 50-52.
25. Kondrichin S.V. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 835.
26. Kondrichin S.V. Suicide among Finno-Ugrians // Lancet. – 1995. – Vol. 346. – P. 1623–1623.
27. Kondrichin S.V., Lester D. Suicide in Belarus // Crisis. – 1998. – Vol. 19. – P. 167-171.
28. Lester D. Suicide in Italy: the north versus the south // Italian journal of suicidology. – 1997. – Vol. 7, № 1. – P. 19-21.
29. Lester D. The stability of national suicide rates in Europe: 1875-1975 // Sociology and social research. – 1987. – Vol. 71, № 3. – P. 208.
30. Milcinski L., Mrevlje G. Epidemiologija samoubistva u Jugoslaviji--metodoloka pitanja. // Medicinski pregled. – 1990. – Vol. 43, № 11-12. – P. 453-456.
31. Morselli H. Suicide: An essay on comparative moral statistics. New York: D. Appleton, 1903. – 372 p.
32. Preti A. The influence of climate on suicidal behaviour in Italy // Psychiatry Research. – 1998. – Vol. 78. – P. 9-19.
33. Razvodovsky Y.E. Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia // Alcoholism. – 2010. – Vol. 46, № 2. – P. 63-75.
34. Room R., Bullock S. Can alcohol expectancies and attributions explain Western Europe's north-south gradient in alcohol's role in violence? // Contemp Drug Probl. – 2002. – Vol. 29, № 3. – P. 619-648.
35. Stickley A, Makinen I. H. Homicide in the Russian Empire and Soviet Union: continuity or change? // Br J Criminol. – 2005. – Vol. 45, № 5. – P. 647-670.
36. Stickley A., Razvodovsky, Y., McKee, M. Alcohol and mortality in Russia: A historical perspective // Public Health. – 2009. – Vol. 123. – P. 20-26.
37. Stickley A., Leinsalu M., Andreew E., Razvodovsky Y.E., Vagero D., McKee, M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002 // Eur. J. Pub. Health. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 444–449.
38. Värnik A., Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics // Acta Psychiat. Scand. – 1992. – Vol. 86. – P. 76-78.
39. Voracek M., Loibl L., Kandrychyn S. Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: replication and refinement with regional suicide data from Eastern Europe // Perceptual and Motor Skills. – 2007. – Vol. 104. – P. 985-994.
40. Vovelle M. Ideologies and mentalities. Cambridge: Polity Press, 1990. – 263 p.
41. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis // BM J. – 1998. – Vol. 317. – P. 312-318.
42. Wasserman D., Varnik A., Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR // Acta Psychiat. Scand. – 1994. – Vol. 89. – P. 306-313.

43. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990 // Acta Psychiat. Scand. – 1998. – Vol. 394 (Suppl.). – P. 34-41.
44. Wasserman D., Värnik A., Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990 // Acta Psychiat. Scand. – 1998. – Vol. 394 (Suppl.). – P. 5-12.
45. World Health Organization. Atlas of mortality in Europe. Subnational patterns 1980/1981 and 1990/1991. Collaboration of WHO – ECEH, UN - ECE, CBS and RIVM. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, №75, 1997.
46. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO, 1999.

#### THE REGIONAL PATTERN OF SUICIDE MORTALITY IN EUROPEAN PART OF RUSSIA AND BELARUS

*Y.E. Razvodovsky<sup>1</sup>, S.V. Kondrichin<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Grodno state medical university, Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Minsk regional clinical hospital, Minsk, Belarus

Geographic variation of suicide mortality across Europe poses a problem for social health epidemiology. The accurate interpretation of this phenomenon will be helpful for forecasting and prevention measures. The present article seeks contribution to understanding of spatial regularity in distribution of social and demographic indicators. The spatial pattern of suicide mortality in

European part of Russia and Belarus over the period 1988-2013 has been studied. The distribution in ranking between 73 regions-subjects of Russian Federation and 6 regions of Belarus was investigated. This analysis was followed by a more detail examination of the suicide mortality distribution across the north-south axis by using latitudinal approach both for European part of Russia and Belarus. The findings show the long-term continuity in the violent mortality geographical pattern. The Spearman's rank order correlation was found significant, for the maximum interval data available. For years 1988 and 2013, rank order correlation for 73 administrative regions of Russian Federation was  $r(s) = 0.66$ ;  $p < .001$ ; and after exclusion of national autonomies and two largest cities (Moscow and St. Petersburg) the correlation stays on significance level. The analysis of suicide distribution between 6 regions of Belarus for period (1985-2011) has also revealed the noticeable stability in ranking order. The stable south-north gradient in suicide mortality is manifested on the European territory of Russia and Belarus. These data emphasize the role of historical and anthropological factors in determination of violent death geography. Attention was made on correspondence of mortality pattern with direction of Old Slavs migration in the early medieval period. Besides the historical vision accentuation the multidisciplinary background of this problem is discussed.

*Keywords:* suicide mortality rate, south and north regions, Russian Federation, Belarus, rank order correlation.

УДК: 616.89 – 008.441.44:369.223.24:612.017:616-051

### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ. СООБЩЕНИЕ 1: ДИАГНОСТИКА И ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛИЗАТОРОВ НАСТРОЕНИЯ

*Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины, г. Днепропетровск, Украина

Контактная информация:

Юрьева Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, академик АН ВО Украины. Место работы и должность: заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Адрес: 49015, Украина, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. Телефон: +380-675622566, e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

Мамчур Александр Иосифович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Адрес: 49015, Украина, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. Телефон: +380-984112241, e-mail: malexan@i.ua

В статье отражены особенности диагностики биполярной депрессии, приводятся данные о её высоком суицидальном риске. Выделены стратегии фармакологической профилактики суицидальных проявлений у больных с биполярной депрессией. В первом сообщении описаны особенности назначения стабилизаторов настроения и даны практические рекомендации по их применению у больных с депрессивным эпизодом биполярного аффективного расстройства.

*Ключевые слова:* суицид пациента, биполярная депрессия, фармакологическая профилактика суицидальных проявлений, применение стабилизаторов настроения.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – хроническое рецидивирующее психическое заболевание с эмоциональными и когнитивными нарушениями, приводящее к потере трудоспособности и стойкой социальной дезадаптации при отсутствии адекватного лечения. Распространенность БАР составляет от 0,5 до 2% (в среднем около 1%), риск развития в течение жизни достигает 5%, а с учётом субсиндромальных форм – 12% [2, 5]. При этом различия в показателях заболеваемости, связанные с местом проживания или этнокультуральными особенностями, в целом, несущественны. Выраженная социальная дезадаптация наступает у достаточно большого числа больных БАР, а примерно 30% из них в отсутствие достаточной терапии становятся инвалидами. Социальную значимость это заболевание приобретает из-за высокого суицидального риска: до 35% пациентов предпринимают суицидальные попытки, 15-20% пациентов с БАР совершают завершённые суициды. При этом риск завершённого суицида у больных с биполярным расстройством выше, чем у страдающих униполярной депрессией, и в 20-30 раз выше, чем в общей популяции [2, 5, 8-10]. Риск суицидального поведения гораздо выше у пациентов с биполярным расстройством 2-го типа по классификации DSM, в клинике которых доминируют депрессии, которые вызывают выраженную социальную дезадаптацию и являются основной причиной обращения пациента к врачу (35%) по сравнению с пациентами, страдающими биполярными расстройствами 1-го типа (19%). Наибольшее число суицидов (79%) совершается во время депрессивного эпизода БАР, меньше (11%) в период смешанного аффективного эпизода и маниакального (10%) эпизодов биполярного расстройства [11]. Следовательно, периоды депрессии у больных БАР или биполярная депрессия (БД) потенциально наиболее суицидоопасны.

Согласно диагностическим критериям и классификация (МКБ-10) для диагностики биполярной депрессии (БД) необходимо наличие текущей депрессивной симптоматики, удовлетворяющей критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести, и хотя бы одного эпизода мании, гипомании или смешанного состояния в анамнезе, то есть, прежде всего, должно быть диагностировано БАР [2, 3, 5, 11]. Такой подход достаточно прост, удобен, позволяет определить тяжесть клинической депрессивной

симптоматики, однако не отражает все клинико-психопатологические особенности БД, её отличия от униполярной депрессии, а, следовательно, не может реализовать адекватную терапевтическую стратегию и обеспечить превенцию и купирование суицидальных тенденций.

Клинические особенности БД были описаны и уточнены достаточно давно (Mitchell P.V. и соавт., 2001), но, к сожалению, не всегда учитываются при выборе лечения, основанном на синдромальном подходе. У больных БД, в отличие от униполярной, больше выражена психомоторная заторможенность, гиперфагия, а не отсутствие аппетита и снижением веса. Из типичных для депрессии нарушений сна преобладает гиперсомния, меньше выражена нейровегетативная симптоматика, чаще имеют место психотические включения. БД имеет тенденцию к более быстрому развитию и формированию симптоматики, большую частоту и меньшую длительность в сравнении с рекуррентной [2]. У 5-20% больных первоначально поставленный диагноз рекуррентной депрессии впоследствии меняется на диагноз биполярного расстройства. 17% пациентов, наблюдающихся у врача общей практики и получающих по его назначению длительную поддерживающую терапию антидепрессантами, на самом деле страдают БАР.

В оригинальном исследовании Д.Р. Тахташовой (2014) детально изучена и описана (с использованием клинико - психопатологического и психометрического методов) феноменология суицидального поведения с учетом полиморфизма его клинических проявлений, различных фаз и периодов развития у больных с депрессивным эпизодом БАР [7]. Суицидальное поведение в 80,0% случаев проявляется преимущественно в форме суицидальных решений, намерений и замыслов, суицидальные мысли, фантазирования, переживания отмечаются в 20% наблюдений. У 68,9% больных регистрируется суицидальное поведение психопатологического генеза, у 22,2% – смешанного, у 8,9% – ситуационного. Уровень депрессии (по данным шкалы депрессий Гамильтона) у больных с суицидальным поведением в структуре депрессивной фазы БАР выше, чем у пациентов БД без признаков суицидального поведения. При этом в клинике депрессии у этих больных более выражены следующие симптомы: чувство вины, депрессивное

настроение, потеря массы тела, суточные колебания настроения и, естественно, суицидальные намерения. В синдромальной структуре депрессивной патологии больных БАР с суицидальным поведением преобладают тоскливый (в 37,8% случаев) и апато - адинамический варианты (в 22,2%). Среди двигательных расстройств доминируют рудиментарные двигательные расстройства – в виде гипомимии, легкой заторможенности и мышечной адинамии. Расстройства мышления и когнитивных функций значительно чаще проявляются снижением уровня интересов (84,4%), наличием идей малоценности (71,1%), повышенной чувствительностью к критике в свой адрес. В структуре эмоциональных расстройств значительно чаще наблюдаются суточные колебания настроения (68,9% случаев), ангедония (66,7%), тоска (42,2%), отчаяние (22,2%) и уныние (20,0%). В качестве преобладающих соматовегетативных расстройств имеют место жалобы на нарушения сна (чаще нарушение засыпания, ранние пробуждения) – 64,4% случаев, снижение массы тела — 42,2%, запоры – 28,9%. Эти данные могут рассматриваться в качестве клинических критериев диагностики риска и антириска развития суицидального поведения при депрессивной стадии БАР и должны учитываться при разработке терапевтических стратегий, направленных на профилактику аутоагрессивного поведения у этих пациентов [7].

Потенцирует суицидальное поведение и сочетанная патология. Биполярное расстройство коморбидно с тревожно-фобическими расстройствами (93%), с расстройствами, связанными с зависимостью от психоактивных веществ (71,1%), с дистимиями (49,7%) и поведенческими расстройствами. Особенно суицидоопасно сочетание биполярного расстройства с алкогольной зависимостью. Среди лиц с биполярными расстройствами распространенность зависимости от алкоголя достаточно высока (от 30 до 60,7%). Риск развития алкоголизма у мужчин, страдающих БАР, в 3 раза выше, чем в мужской популяции, у женщин он в 7-8 раз превышает уровень риска в женской популяции. Поиск средств самокупирования аффективных нарушений (так называемый «неадаптивный копинг аффективных нарушений») – чаще всего имеет место на этапе депрессивных расстройств. В клинической картине этих пациентов преобладают депрессивно-дисфорические и смешанные состояния,

которые потенцируют суицидальные формы поведения. К дополнительным факторам суицидального риска относятся следующие: мужской пол, молодой возраст, ранняя стадия заболевания (зависимости), суицидальная попытка в анамнезе, повышенный уровень агрессивности в течении жизни, высокий уровень суицидальных представлений (воображений) [11].

Суицидальный риск при биполярных аффективных расстройствах обусловлен как психопатологическими феноменами, так и ситуационными факторами. В связи с этим выделяют психотический и ситуационный варианты суицидального поведения. У пациентов страдающих тяжелой депрессией с психотическими симптомами суицидальное поведение обусловлено преимущественно психотическими проявлениями, у пациентов, находящихся в интермиссии – ситуационными. При психотическом варианте основной суицидального поведения является психопатологические переживания. Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы и состояния: бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения, бред виновности, ущербности, обнищания, ипохондрический бред, психическая анестезия. Особенно опасны суицидальные попытки импульсивного характера при меланхолическом раптусе. При ситуационном варианте в основе суицидального поведения лежат психологически понятные психогенные факторы: межличностные и социальные конфликты, профессиональные и бытовые трудности, потеря значимых близких, попытка привлечь внимание к своему состоянию и положению [11].

Отсутствие лечения сокращает продолжительность качественной жизни у больных БАР на 15 лет, трудоспособность – на 14 лет, общую продолжительность жизни – на 10 лет [2]. В связи с этим подходы к терапии депрессивного эпизода при биполярном аффективном расстройстве (БАР) существенно отличаются от рекомендаций по лечению депрессии в рамках других аффективных расстройств (рекуррентная депрессия, органическая депрессия или депрессия при хронических расстройствах настроения). Они основаны не только на задачах купирования актуальной симптоматики текущего депрессивного эпизода, но и на представлениях о влиянии фармакогенного фактора на течение основного заболевания – БАР [2, 5, 8-10]. Депрессия при БАР не может рассматриваться в отрыве от основного заболевания, и

выбор терапевтических мероприятий на этапе купирования симптоматики проводится с учётом анализа предшествующего, порой многолетнего опыта лечения заболевания в целом, а также стратегических задач терапии. Общими целями при терапии депрессий являются: быстрое купирование симптоматики, предотвращение суицидальных тенденций и попыток, борьба с формированием резистентности. Одна из приоритетных целей при БАР на первом этапе терапии – предотвращение риска инверсии фазы. Её выполнение во многом определяет дальнейшее течение заболевания и судьбу пациента. В период становления ремиссии восстанавливается критика и энергетический потенциал. В этот период возможен парадоксальный суицид, когда исполняется суицидальное намерение периода болезни [11].

Стратегии фармакотерапии БД следующие:

- монотерапия антидепрессантами (АД);
- монотерапия антиконвульсантами – нормотимиками (АК);
- монотерапия антипсихотиками (АП);
- комбинация АД + АП;
- комбинация АД + АК;
- комбинация АК + АП;
- комбинация АД + АП + АК.

При этом, на наш взгляд, ни одна из них не является универсальной и, следовательно, должен быть реализован индивидуальный подход при выборе тактики лечения. Несомненный практический интерес представляет собой обсуждение каждого из стратегических направлений лечения.

При БД препаратами первого выбора считают нормотимики (стабилизаторы настроения), которые назначаются уже на начальных этапах купирующей терапии с последующим непрерывным длительным приёмом, иногда на протяжении жизни, для профилактики рецидивов. Они обладают более или менее выраженным антидепрессивным эффектом, позволяют также снизить риск инверсии фазы, обеспечивают профилактическое действие, что позволяет удлинить эутимный период. Однако их антидепрессивный эффект, а значит и влияние на суицидальные тенденции, часто является недостаточным (незначительным, не очень выраженным). На наш взгляд целесообразность монотерапии биполярной депрессии нормотимиками может быть объяснима их длительным, подчас многолетним приемом в качестве про-

филактических средств для лечения БАР, что не исключает возможности актуализации депрессии и суицидальных проявлений. Современные стабилизаторы настроения являются сборной группой, состоящей из психофармакологических средств различного действия. Она включает в себя соли лития, антиконвульсанты-нормотимики и антипсихотики второго поколения [1, 2, 6, 12, 14, 15]. Последние так же нуждаются в подробном обсуждении возможностей их применения. Эти особенности будут рассмотрены в следующей статье.

Согласно рекомендациям, основанным на данных доказательной медицины, препаратами первого выбора для лечения БД в качестве монотерапии являются соли лития и ламотриджин [1, 2, 6, 14, 15], что далеко не всегда обеспечивает надёжный терапевтический эффект.

Соли лития практически не обладают собственной антидепрессивной активностью, медленно реализуют свой терапевтический потенциал. Их применение чревато плохой переносимостью и частыми побочными эффектами или угрозой для жизни больного при отсутствии контроля за их содержанием в крови, в том числе из-за межлекарственного взаимодействия [1, 2, 6, 14, 15]. Поэтому, на наш взгляд, их применение целесообразно, если они составляют основу предшествующей длительной терапии БАР в дозах не выше 900 мг/сут, а чаще не более 300-600 мг/сут под контролем концентрации их в крови (что не всегда возможно технически из-за отсутствия соответствующих лабораторных возможностей или недостаточной организованности как самого больного, так и родственников, помогающих в лечении). Тем более, что рецидив БАР на фоне приема препаратов лития может свидетельствовать о его недостаточной эффективности как средства профилактики, а, следовательно, его следует заменить препаратом с потенциально большей эффективностью.

В лечении биполярной депрессии из антиконвульсантов-нормотимиков чаще всего используют ламотриджин, вальпроаты и карбамазепин, реже – топирамат, габапентин и прегабалин. Перспективным может быть назначение леветирацетама (спорно и малоизучено).

Наиболее предпочтительным АН при лечении БД является ламотриджин. Препарат изучен достаточно полно среди представителей своей группы, обладает заметной антидепрес-

сивной активностью, представлен на фармацевтическом рынке большим количеством генериков, в том числе и отечественных, экономически доступных. Хорошо переносится больными при остром и хроническом приеме. Может быть использован в качестве монотерапии как препарат первого выбора или в составе комбинированной терапии не только БД, но и смешанных аффективных эпизодов БАР, в лечении мании (в том числе собственные наблюдения) и в профилактике рецидивов. При лечении БД, с учетом фармакологических свойств ламотриджина, лечение начинают с дозы 25 мг/сутки вечером. В последующем дозу повышают на 25 мг/сутки ежедневно до 100-200 мг/сутки на 2 приема. Такая схема титрации обеспечивает хорошую переносимость и позволяет избежать опасных побочных реакций, прежде всего аллергических. При необходимости, достаточно редко, в том числе при появлении маниакальной симптоматики, доза может быть увеличена до максимальной (до 500 мг/сут).

Применение вальпроатов в лечении БАР имеет мощную доказательную базу и претендует на роль «золотого стандарта». Однако их эффективность доказана, прежде всего, для купирования маниакальной симптоматики в высоких дозах (1500-3000 мг/сут). Применение вальпроатов (предпочтительна комбинация вальпроата натрия и вальпроевой кислоты) в лечении БД целесообразно только если они составляют основу предшествующей длительной терапии БАР в дозах не выше 1200 мг/сут, а чаще не более 300-600 мг/сут. При этом хорошая переносимость не может компенсировать их незначительную антидепрессивную активность.

Применение карбамазепинов в лечении депрессий разного генеза имеет долгую историю в отечественной психиатрии. Карбамазепины, согласно справедливой оценке В.Н. Краснова, долгое время считались «адыювантными средствами в психиатрии» [1]. Их применение в лечении разных психических и поведенческих расстройств, в том числе и БД, было частым, чуть ли не универсальным. Отсутствие данных доказательных исследований, практический опыт последних двух десятилетий показали как сравнительно низкую антидепрессивную активность карбамазепина, по сравнению с другими нормотимиками, так и их способность менять фармакологические свойства других лекарственных препаратов (по-

средством влияния на системы печеночных ферментативных систем) как при их совместном применении, так и при смене терапии. Такое межлекарственное взаимодействие может проявляться в виде плохой переносимости / непереносимости и отказу больными от дальнейшего приема. Применение карбамазепинов в лечении БД целесообразно только если они составляют основу предшествующей длительной терапии БАР в дозах не выше 1200 мг/сут, а чаще не более 200-600 мг/сут. При этом, даже в случае хорошей переносимости, их применение вряд ли выглядит целесообразным.

Фармакологические эффекты топирамата проявляются нейропротективным действием, психотропной активностью, влиянием на массу тела, в лечении мигрени и наркозависимых состояниях. Среди антиконвульсантов последнего поколения топирамат является самым изученным и, тем не менее, наиболее интригующим средством [1, 2, 4, 6, 14, 15]. Фармакологическое действие проявляется в активации ГАМК-ергической и блокаде глутаматергической системы, отвечающих соответственно за базовые процессы торможения и возбуждения центральной нервной системы. Поэтому психотропное действие топирамата определяется общим неспецифическим сбалансированным седативно-активизирующим влиянием на психику. Этим объясняется способность топирамата сглаживать выраженность аффективных нарушений при биполярных аффективных расстройствах, особенно при быстрой их цикличности, то есть использование как нормотимика. С учетом того, что для больных БД характерна гиперфагия (см. выше) и, соответственно, избыточная масса тела – применение топирамата может быть целесообразным в этом случае. Не следует назначать его пациентам с патологией почек. Дозы выше 300 мг/сут, как правило, плохо переносятся из-за сонливости и вряд ли, на наш взгляд их назначение больным БД целесообразно.

Кроме лечения эпилепсии габапентин эффективен при нейропатической боли, купировании маниакальной симптоматики, в том числе психотической, в терапии резистентных депрессий, тревожных расстройств (паническое расстройство, социофобии), коморбидных БАР. Механизм действия заключается в повышении концентрации ГАМК в мозге – основного тормозного медиатора ЦНС. Несомненно, не является препаратом первого выбора, в первую очередь, а из-за особенностей титрации и труд-

ности в подборе терапевтической дозировки: начальная доза составляет 300 мг, среднетерапевтическая – 900-1800 мг, а максимальная 3600 мг.

При наличии у больных БД выраженной тревоги или коморбидного генерализованного тревожного расстройства оправдано применение прегабалина. Препарат является аналогом гамма-аминомасляной кислоты, в терапевтических дозах хорошо переносится пациентами. Прегабалин почти не взаимодействует с другими лекарствами, обеспечивает значительное улучшение в течение первой недели терапии. Анксиолитический эффект сопоставим с таковым у бензодиазепиновых транквилизаторов (лоразепам, алпразолам). Оригинальный механизм анксиолитического действия обеспечивает быстрый и стойкий эффект, значительное облегчение психических и соматических симптомов тревоги, существенное уменьшение расстройств сна, хорошую переносимость и отсутствие риска развития зависимости при приеме 2 раза в сутки (150 мг/сут первую неделю и 300 мг/сут – начиная со второй недели, более высокие дозы, как правило, нецелесообразны).

Применение других потенциальных стабилизаторов настроения не выявило их заметной клинической эффективности, проявлялось плохой переносимостью, что приводило к отказам от лечения больными (возможно, наша субъективная оценка объяснима недостаточным числом наблюдений).

Таким образом: клиничко - психопатологические особенности биполярной депрессии, её отличия от униполярной депрессии требуют особых, более тонких подходов к диагностике, как минимум – сочетание клинических и психометрических методов. Периоды депрессии у больных биполярным аффективным расстройством потенциально наиболее суицидоопасны в практике психиатрии. Реализовать адекватную терапевтическую стратегию и обеспечить превенцию и купирование суицидальных тенденций возможно только при использовании различных стратегий лечения. Несомненный практический интерес представляет собой обсуждение каждого из стратегических направлений лечения. Ни одно из них не является универсальным и, следовательно, должен быть реализован индивидуальный подход при выборе тактики лечения для каждого конкретного больного. При биполярной депрессии препара-

тами первого выбора являются нормотимики (стабилизаторы настроения), которые назначаются уже на начальных этапах купирующей терапии с последующим непрерывным длительным приёмом для профилактики рецидивов как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированного лечения биполярной депрессии. Адекватная фармакологическая превенция суицидальных проявлений позволит избежать потери для общества вследствие суицида или исключения из социума больных с биполярной депрессией.

Литература:

1. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна, С.Н. Мосолова. – М.: МИА, 1994. – 336 с.
2. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
3. Зражевская И.А. Современные подходы к выявлению и реабилитации пациентов с биполярным аффективным расстройством (обзор проблемы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2 (53). – С. 109-114.
4. Максимов В.И. Мировой опыт применения топирамата (обзор литературы) // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 4 (42). – С. 28-39.
5. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
6. Rx index vadamedicum. Лікарські засоби для застосування в раціональній неврології та психіатрії. – К.: ТОВ. «Фармацевт Практик», 2014. – 1409 с.
7. Тахташова Д. Р. Клиничко - психопатологические закономерности формирования суицидального поведения в структуре депрессивного эпизода биполярного аффективного расстройства // Медична психологія. – 2014. – № 1. – С. 4-9.
8. Хаустова Е. А., Безшейко В., Романив А.П. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Электронный ресурс] // НейроNews. – 2012. – № 1 (36). Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/1201.html>
9. Фрайе М.А. (Frye M.) Биполярное расстройство – акцент на депрессии [Электронный ресурс] // НейроNews. – 2012. – № 2 (37). Режим доступа: <http://www.neuronews.com.ua/article/579.html>
10. Чабан О.С., Хаустова Е.А. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Электронный ресурс] // НейроNews. – 2011. – № 5 (32). Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>

11. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
12. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И., Юрьев Е.Б. Исследование влияния терапии рisperоптолом на суицидальные проявления у психически больных // Український вісник психоневрології. – 2002. – Том 10. – Вып. 4 (33). – С. 91-95.
13. Bipolar Disorder / Lakshmi N. Yatham, Gin. S. Malhi. – Oxford university press, 2011. – 76 p.
14. Bipolar Psychopharmacotherapy – caring for the patient / Ed. by H. Akiskal and M. Tohen. – 2<sup>nd</sup> ed. – Wiley-Blackwell, 2011. – 520 p.
15. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and international society for bipolar disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 // Bipolar Disorder. – 2013. – № 15. – P. 1–44.

PHARMACOLOGICAL PREVENTION  
OF SUICIDAL MANIFESTATIONS IN  
PATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION.  
MESSAGE 1: DIAGNOSIS AND THE USE  
OF MOOD STABILIZERS

*L.N. Yur'yeva, A. I. Mamchur*

Dnepropetrovsk State Medical Academy,  
Dnepropetrovsk, Ukraine

The paper describes the diagnostic features of bipolar depression, it shows the high suicide risk. Highlighted strategies pharmacological prevention of suicidal manifestations in patients with bipolar depression. In the first report describes the features of the application of mood stabilizers and practical recommendations for their use in patients with depressive episode of bipolar disorder

*Keywords:* suicide patient, bipolar depression, pharmacological prevention of suicidal manifestations, mood stabilizers.

УДК: 616.89–008.44

**СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ, ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУГОВ ИЗ БРАКОВ  
МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ,  
С ПЕРВИЧНО ЗАКРЫТОЙ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМОЙ**

*А.В. Меринов, Н.А. Меринов, А.И. Юрченко, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова*

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, г. Рязань, Россия  
ОГБУЗ «Тамбовская клиническая психиатрическая больница», г. Тамбов, Россия

Контактная информация:

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

Меринов Николай Львович – заведующий амбулаторным отделением ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д. 55. Телефон: (495) 593-14-05, e-mail: nikmerinov@gmail.com

Юрченко Андрей Иванович – врач-психиатр. Место работы и должность: заведующий шестым отделением ОГБУЗ «Тамбовская клиническая психиатрическая больница». Адрес: г. Тамбов, ул. Московская, д. 27. Телефон: (475) 272-72-92, e-mail: and\_yur@mail.ru

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lukashuk-alex62@yandex.ru

Сомкина Ольга Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: Olyasomkina@gmail.com

Байкова Мария Александровна – студентка шестого курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lentazzz111@gmail.com

В предлагаемой работе изучены суицидологические, наркологические и личностно-психологические характеристики супругов из семей, сформировавшихся и функционирующих в рамках модели с первично закрытой семейной системой, где муж страдает алкогольной зависимостью. Показано, что супруги в подобных браках в отношении рассматриваемых показателей, являют собой наиболее характерный, «усредненный» срез как в зависимой, так и созависимой группах. Именно они формируют подавляющее большинство, наиболее знакомых клиницистам, аутоагрессивных спецификаций алкогольных семей в целом. В исследовании проведена оценка



представленности саморазрушающих паттернов, продемонстрирована суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов. Это имеет принципиальное значение для проведения дифференцированной превентологической работы, вероятностной оценки возможности аутоагрессивных реакций в зависимо-созависимой диаде и осуществления эффективных и максимально индивидуализированных терапевтических мероприятий как зависимого, так и созависимого звеньев.

*Ключевые слова:* алкоголизм; аутоагрессия; динамика семейных отношений у больных алкогольной зависимостью.

Связь саморазрушающего поведения и алкогольной зависимости уже давно не подвергается сомнению [1, 2, 3, 6]. Как, впрочем, и связь проживания в семьях, образованных лицами, страдающими данной патологией, с высокими показателями аутоагрессивной активности ближайших родственников больного. Наиболее часто речь идет о жёнах наших пациентов, реже их детях. Данные закономерности к настоящему времени уже стали практически аксиоматичными.

Однако наши предыдущие исследования позволили убедительно продемонстрировать гетерогенность алкогольной и созависимой аутоагрессивности в зависимости от типа семейной динамики.

Настоящая работа посвящена изучению суицидологических, наркологических и экспериментально-психологических характеристик супругов из наиболее «типичных» и распространенных вариантов алкогольных браков, когда имеет место перманентная и всеобъемлющая закрытость семейных границ.

Актуальность исследования объясняется значительной распространенностью подобных брачных отношений, следовательно, необходимостью поиска высокоэффективных подходов как к терапии алкогольно-созависимой диады, так и к снижению уровня антивитальных проявлений, генерируемых данными состояниями, что сложно себе представить без рассмотрения данных феноменов вне рамок функционирования семейного института, его особенностей и динамических характеристик [6, 7].

Коротко остановимся на описании предложенной нами типологии динамики брачных отношений семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Главной особенностью «алкогольных» браков является феномен «закрытой семейной системы» [8]. Это своеобразная, глухая изоляция «дел семейных» от внешнего мира, некий «заговор молчания» по поводу имеющихся проблем. Наши исследования позволили выделить три клинически чётко очерченных варианта динамики семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), в соответствии с проницаемостью гра-

ниц семейной системы. Два из них первично были закрыты: браки с перманентно закрытой (ПЗСС) и вторично открытой семейными системами (ВОСС). Последний вариант подразумевает отсутствие закрытости вообще – браки с первично открытой семейной системой (ПОСС). Интересующий нас вариант – с ПОСС.

Опишем рассматриваемые семейные отношения подробнее. Брак МСАЗ с ПЗСС – это вариант, когда после этапа борьбы за здоровье мужа или в его процессе, супруга создаёт непроницаемые семейные границы (феномен истинной закрытости), инкапсулируя проблему в пределах узкого круга, с последующей имитацией гармоничной семьи. Для жен типичны тотальное чувство вины и частые угрызания совести, являющиеся их эмоциональными маркерами. Жены, в таких браках, изначально имеют патологическую потребность в заботе о ком-либо, наполняя смыслом свою жизнь, занимают главенствующую роль в семье. Любая неудача воспринимается «на свой счет», и в браке такие жены занимают роль «Спасателя», начиная «притапливать» мужа, чтобы иметь возможность его спасти.

Потребность супруги в признании формирует своеобразную волнообразную поступательную семейную динамику [9], которая способствует поддержанию гомеостаза зависимо-созависимых отношений и нарастающей закрытости, так как то, что происходит внутри семьи, в связи с явной нелогичностью, «показывать нельзя». Муж часто занимает позицию «Взрослого ребенка», создающего проблемы заботливой материнской фигуре – супруге.

Характеристика жен соответствует классическому созависимому, некоему патологическому развитию личности, сформированному задолго до вступления в брачные отношения, в которых созависимость реализуется именно по параалкогольному типу. Данная система носит устойчивый характер и на бессознательном уровне удовлетворяет супругов.

Таким образом, задачей настоящей работы была оценка суицидологических, наркологических и экспериментально-психологических характеристик супругов из браков с ПЗСС, а также – разработка подходов к лечению основной патологии с параллельной коррекцией аутоагрессивного поведения супругов.

**Материал и методы.**

Для решения поставленных задач были обследованы 250 семей МСАЗ. Из всех обследованных семей 61,6% были отнесены к семьям с ПЗСС. Возраст МСАЗ в этой выборке составил  $42,7 \pm 3,8$  года, их жен –  $41,8 \pm 4,1$  года. Срок семейной жизни в браке у МСАЗ равнялся  $20,9 \pm 4,2$  года, у их жён –  $19,7 \pm 3,9$  года.

По этим показателям исследуемая группа статистически не отличалась от семей с прочими типами семейной динамики (ПОСС и ВОСС).

Все пациенты клинически находились во второй-третьей стадии заболевания.

Для оценки суицидологического статуса использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем.

Динамика семейных отношений оценивалась на основании клиничко-анамнестических сведений, отражающих функционирование диады «аддикт-семейное окружение».

Статистический анализ и обработку данных, проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики (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.**

#### Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики мужчин из браков с ПЗСС

Показатели классической суицидальной аутоагрессии достоверно не отличают МСАЗ из изучаемых групп друг от друга, суицидальные попытки выявлены соответственно у 27,27%; 16,6%; 19,23% пациентов в группах (ПЗСС; ПОСС; ВОСС соответственно), суицидальные мысли у 28,57%; 26,6%; 34,62% обследованных пациентов.

Тем не менее, можно говорить о, безусловно, преобладающем количестве суицидальных попыток в анамнезе. Характерно, что практи-

чески у всех респондентов данной группы имеющиеся в прошлом суицидальные мысли реализовывались в суицидальную попытку (92,3% наблюдений), что не характерно для обеих оставшихся групп. В случае пациентов из браков с ПОСС и ВОСС суицидальные мысли часто носили «изолированный от действия» характер. Их количество в виде исключительно идеаций соответствующей направленности превышало число осуществленных попыток; имеющиеся же попытки часто были импульсивны, а так же носили характер шантажа.

Больные же из группы с ПЗСС были более склонны к истинной реализации суицидальных мыслей и представлений, наиболее часто – на фоне выраженного депрессивного аффекта и переживания безысходности. Этот факт позволяет предположить большую «злокачественность» суицидальных раздумий у данной группы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, что, безусловно, не обесценивает значение данного феномена в остальных оставшихся группах. Преимущественными способами реализации суицидальной попытки являлись самоповешение, падение с высоты и применение огнестрельного оружия (96,4% наблюдений), тогда как в двух оставшихся группах, данные наиболее фатальные варианты осуществления суицида, выбирались достоверно реже (чуть более, чем в половине случаев). Все это, по всей видимости, указывает на больший антивитаальный потенциал группы, что, безусловно, требует особого внимания и дальнейшего изучения.

Отдельно отметим, что по актуальному профилю представленности аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения наиболее близкими оказались МСАЗ из браков с перманентно закрытой и с вторично открытой семейной системами. Отличает их достоверная разница в отношении длительных периодов угрызений совести за время брака, которые чаще встречаются у МСАЗ с перманентно закрытой семейной системой (46,75% и 21,05% соответственно,  $p < 0,05$ ).

#### Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с ПЗСС

Отличия, от наиболее «благоприятной» в отношении наркологических показателей, группы МСАЗ с ПОСС приведены в таблице 1.

Таблица 1

Отличия наркологических характеристик МСАЗ с ПЗСС и ПОСС (приведены пары сравнений  $p < 0,05$ )

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

Изучаемая группа, как следует из представленной таблицы, «проигрывает» практически по всем наиболее значимым показателям. Однако, учитывая особенности группы МСАЗ с ПОСС, можно лишь сделать вывод о именно ее нетипичности, тогда как описываемая нами группа являет собой наиболее характерный клинический срез мужской российской алкогольной популяции.

От пациентов из семей с ВОСС данная группа отличается более ранним началом употребления алкоголя (21,2±2,5 и 23,0±3,0 соответственно,  $p < 0,05$ ), более редким возникновением алкогольных психозов (12,99% и 34,62% соответственно,  $p < 0,05$ ), наличием частых срывов на фоне лечения в анамнезе (91,67% и 63,64% соответственно,  $p < 0,05$ ).

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

По срокам ремиссии после проведенного лечения МСАЗ этой группы достоверно занимают промежуточное место в континууме: МСАЗ из браков с ПОСС, ПЗСС и ВОСС – 38,8±21,8; 23,3±15,4; 13,6±7,6 соответственно, ( $p < 0,05$  в обеих парах сравнений).

Таблица 2

Характеристика суицидальных паттернов, предикторов аутоагрессивного поведения и личностно-психологические характеристики жен МСАЗ из браков с ПЗСС и ПОСС (приведены пары сравнений с  $p < 0,05$ )

Признак	Жены МСАЗ из браков с ПЗСС	Жены МСАЗ из браков с ПОСС
Наличие суицидальной попытки в анамнезе	15,58%	0%
Суицидальные мысли в период брака	23,38%	0%
Суицидальные мысли вообще	25,97%	0%
Моменты безысходности в последние два года	55,84%	15,79%
Наличие моментов безысходности в анамнезе вообще	62,34%	36,84%
Оценка собственной жизни как преимущественно праведной	44,16%	15,79%
Держу неприятности «в себе» – интрапунитивность	57,14%	15,79%
Физическое насилие со стороны мужа	32,47%	0

Интересным является и тот факт, что пациенты данной группы реже других использовали возможность раскодирования при наличии срывов на «коде» у подавляющего большинства в прошлом (основную активность даже при осуществлённой процедуре «раскодирования» в 75% случаев проявляла супруга).

Таким образом, можно констатировать тот факт, что пациенты изучаемой группы отражают наиболее среднестатистический современный тренд в клинике алкогольной зависимости и восприимчивости ее к терапевтическим мероприятиям.

#### Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с ПЗСС

Рассмотрим теперь суицидологические и личностно-психологические характеристики жён МСАЗ из браков с ПЗСС. Из таблицы 2 следует, что данная группа имеет существенное количество достоверных отличий от наиболее благоприятной группы жён МСАЗ из браков с ПОСС по факторам, характеризующим суицидологический профиль.

Хорошо видно, что группа имеет существенно большую «нагруженность» парасуицидальными феноменами и важнейшими предикторами аутоагрессивного поведения.

Спектр отличий от жён МСАЗ из браков с ВОСС несколько иной. Прежде всего, группы имеют схожее количество классических суицидальных феноменов и не отличаются по признакам, отвечающим за представленность несуйцидальных форм саморазрушающего поведения.

С другой стороны, проявляются четкие различия по профилю эмоциональных реакций, имеющих важное значение в суицидологической практике, что отражено в таблице 3 (для наглядности приведены и соответствующие показатели женщин из браков с ПОСС).

Жен из браков с ПЗСС достоверно отличается склонность к длительному переживанию вины, особенно из-за неспособности справиться с алкогольными проблемами мужа (что для созависимых женщин является основой появления у них симптомов депрессии с суицидальными мыслями и поступками). Не менее характерными являются частые угрызания совести «по любому поводу», служащие эмоциональным маркером группы коренным образом отличающим её от вторично открытых семей.

Основной акцент отличий данной выборки жён МСАЗ приходится на показатели личностно-созависимых характеристик (что достоверно отличают женщин этой группы от двух остальных). То есть, несмотря на многочисленные неудачи в лечении мужа, подавляющее большинство женщин продолжает активные поиски любых новых методов лечения, зачастую курьёзных («не сдаётся»); не верит в свою неспособность решить проблемы мужа (сопровождаясь обесцениванием потенциальных возможностей мужа и убежденностью в своем «особом» предназначении); продолжает активно скрывать зависимость своего супруга, и создает внешнюю иллюзию счастливого брака. Отметим, что это идеально соответствуют феноменологии созависимого поведения [5, 9].

Таблица 3

Клиническая и личностно-созависимая характеристика жён МСАЗ из браков с ПЗСС (пары сравнений с  $p < 0,05$ ), в %

Признак	Жены МСАЗ из браков с ПЗСС	Жены МСАЗ из браков с ВОСС	Жены МСАЗ из браков с ПОСС
Длительное переживание вины в браке	37,66	15,38	-
Длительное переживание вины в последние два года	40,26	11,54	-
Навязчивые угрызания совести в браке	33,77	7,69	-
Смирилась с алкогольной зависимостью у мужа	22,08	42,31	47,37
Продолжаю активно спасать мужа от зависимости	85,71	40,0	32,11
Убеждённость в том, что муж «пропадёт, погибнет» без заботы со стороны супруги	49,35	11,54	10,53
Скрываю алкогольные проблемы мужа	72,73	7,69	5,26
Создаю видимость хорошей семьи	89,61	15,38	21,05

Примечание: «-» – означает отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре.

Женщины из этой группы значительно чаще других подвергаются физическому насилию со стороны мужа (32,47%), часто демонстрируя провокационные паттерны поведения, зная, что за этим последует агрессия со стороны супруга – 62,34%. Примечательно, что, несмотря на частую агрессию и оскорбления со стороны супруга, в силу закрытости семейной системы и создания иллюзорной нормальности брачных отношений, женщины готовы терпеть все это очень долго – количество попыток развестись в группе минимально. Любопытно, что в рассматриваемой группе женщин реже всего встречается наличие курения, так как многие из них нарочито негативно относятся к данной зависимости, не вписывающейся в их «рафинированный» образ жизни (около 30% признавших факт наличия курения, сообщили о нем под «большим секретом»).

С целью изучения глобальных семейных характеристик данного типа брака мы провели серии сравнений суммарных показателей аутоагрессивной сферы обоих супругов. В качестве контрольной группы выступили соответственно семьи мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (то есть сумма показателей мужа и жены). Смысл сравнения заключался не в поиске параметров качественных отличий экспериментальных и контрольной групп (так как очевидно, что отличия будут касаться большинства изучаемых показателей), а в попытке количественно выразить степень сходства / различия экспериментальных групп в отношении нормативного контроля, выраженного через соотношение количества статистически достоверно различающихся параметров, отражающих наличие аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов к общему числу позиций для их выявления выраженного в процентах (процент статистически достоверных отличий – ПСДО). Наиболее отличной от семей мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, являются браки с перманентно закрытой семейной системой – процент достоверных отличий достиг 63,4%. ПСДО браков с вторично открытой семейной системой составил 47,72%. Наименьшее количество достоверных отличий от контрольной группы обнаруживается в группе браков с первично открытой семейной системой – 27,92%. То есть, не смотря на тот факт, что сплошная

выборка семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в сравнении с контрольной группой имеет значительный процент достоверных отличий по профилю самодеструктивного поведения – 62,94%, тем не менее, внутри группы имеется существенная вариативность значения показателя в зависимости от типологии брачной динамики. Иными словами, группа в целом не гомогенна. Наиболее неблагоприятными в суицидологическом плане, безусловно, являются браки с ПЗСС.

Крайне любопытным является тот факт, что некоторые жены из перманентно закрытых браков, имеющие в последние два года суицидальные мысли, попытки самоубийства, достаточно уверенно могли утверждать, что с момента возникновения у них описываемых феноменов, интенсивность классической аутоагрессивности супруга снижалась, как впрочем, в ряде случаев смягчалась клиническая картина алкогольной зависимости – феномен викарной самодеструкции (пять собственных наблюдений). Безусловно, данный феномен не носит универсального характера в этих семьях (в особенности из-за сложностей его выявления) и зачастую в большей степени касается внутрисемейного дрейфа несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, но, тем не менее, должен учитываться при построении эффективных терапевтических программ.

В качестве иллюстрации брака с ПЗСС предложим следующий клинический пример.

Больной И., 42 лет, монтажник. Находился на амбулаторном наблюдении. Диагноз: алкогольная зависимость, II стадия, среднепрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. Ранее за наркологической помощью не обращался.

Анамнестические данные: отец больного злоупотреблял алкоголем, часто бил ребенка. И. рос легко возбудимым, капризным и своевольным. Школу окончил на «три». Служил в армии, после службы окончил профессиональное училище, работал по специальности. Женат второй раз. Первый раз женился в 24 года, в браке прожил один год, «не сошлись характерами». В имеющийся брак вступил в 26 лет. Отношения в семье оценивает как «хорошие». Воспитывает дочь.

Наркологический анамнез: длительность злоупотребления алкоголем более 16 лет. Похмельный синдром сформирован в течение 9

лет. Псевдозапой в среднем по одной неделе. Толерантность достигает 1,5 литров водки. Светлые промежутки обычно не превышают одного месяца. Употреблял неоднократно сурrogаты алкоголя в виде одеколонов, лосьонов. Обращение к наркологу связано с тяжелым выходом из последнего псевдозапоя и выраженными соматическими осложнениями.

Аутоагрессивный анамнез: дядя по материнской линии страдал «депрессией», покончил жизнь самоубийством. Отец утонул, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Сам больной неоднократно пытался покончить жизнь самоубийством: один раз в 19 лет после ссоры с девушкой пытался отравиться по примеру друга (находился в состоянии алкогольного опьянения), второй раз пытался повеситься год назад в состоянии запоя, супруга с дочерью вытащили из петли. В состоянии опьянения и, особенно в ситуации абстинентного синдрома, актуализируются суицидальные мысли, сопровождающиеся идеями виновности, депрессивным аффектом с тревожным компонентом, ощущением «никому ненужности». Последние два года участились периоды безысходности. Имеет несколько часто обостряющихся соматических заболеваний: язвенная болезнь желудка, хронический простатит неспецифического характера. Неоднократно подвергался оперативным вмешательствам. Травматическая патология: перелом левого предплечья в 14 лет, ключицы и лучевой кости в 36 лет (получил в «пьяной» драке). На службе в армии были неоднократные черепно-мозговые травмы в результате неуставных отношений. В состоянии опьянения агрессивен, выступает инициатором драк, неоднократно подвергался избиениям. Дважды сотрудниками правоохранительных органов применялась физическая сила за оказание сопротивления при задержании. Характеризует себя как азартного человека, часто идущего на неоправданный риск, но только в состоянии алкогольного опьянения. Четыре года назад был уволен с предприятия «за вино», с трудом устроился на менее оплачиваемую работу. В беседе не может сформулировать смысл своей жизни, при подсказках говорит: «Да, дети», «Да, работа», «Да, семья». Однако уверен, что его обязательно будут помнить после его смерти, но не может сказать, кто и за что. Отношения в браке считает очень хорошими.

Катамнез два года после лечения: от алкоголя воздерживается, стал больше зарабатывать, отношения в семье спокойные. Жену боготворит: «Если бы не она, то умер бы, наверное...».

К., 36 лет, супруга больного И. Работает кондуктором.

Анамнестические сведения: отец больной и дед по материнской линии злоупотребляли алкоголем. Отец и мать к девочке относились хорошо, хотя отец и часто ругал. Отца очень любит. Успешно окончила школу и училище, работала в банке, восемь лет назад «сократили», с тех пор работает кондуктором троллейбуса. Замужем первый раз, возраст вступления в брак 21 год, имеет ребенка десяти лет. В момент обследования считала, что браку угрожает развод.

Аутоагрессивный анамнез: Три года назад после того, как избил муж, хотела отравиться, выпила большое количество «киках-то» таблеток, была госпитализирована. Суицидальные тенденции после психотравмирующих ситуаций возникали и ранее. От суицида останавливает мысль о ребенке и родителях, своей собственной смерти не боится. Жизнь в целом считала неудавшейся. Последние годы отмечает учащение моментов безысходности по поводам, которые «раньше не трогали», особенно в отношении перспектив семейной жизни. Респондентка склонна к длительному переживанию вины, идеям самообвинения. Стала отмечать «беспричинные» эпизоды снижения настроения с оттенком эндогенности депрессивных переживаний, в эти моменты становится неусидчивой, тоскливой, куда-то хочется уйти – «места себе не нахожу». Из соматической патологии: хронический пиелонефрит, аднексит. К врачам старается не обращаться, старается терпеть «до последнего». Оперативная патология: три года назад операция по поводу внематочной беременности, имеет четыре медицинских аборта. Неоднократно подвергалась избиениям со стороны мужа. Три года назад после избиения лечилась по поводу сотрясения головного мозга и отравления неустановленными лекарственными препаратами. Была пострадавшей в автоаварии, когда села в автомобиль, за рулем которого находился заведомо нетрезвый водитель (супруг). Часто испытывает неудобства из-за своей внешности,

считает себя некрасивой. Последние два года, чтобы удержать мужа дома, стала выпивать вместе с ним. Изредка стала курить.

Приняла активное участие в лечении супруга, посещала в течение года врача-психотерапевта с целью решения проблемы созависимого поведения и дезактуализации собственных антивитаальных тенденций.

Клинически обнаруживаются три разновидности данного типа брака по представленности у супругов суицидальных феноменов. Наиболее распространенными вариантами оказались следующие: суицидальные паттерны обнаруживаются у обоих супругов (22,1%); только у МСАЗ (22,1%). Третий вариант, когда суицидальное поведение выявляется только у супруги МСАЗ, обнаружен в 6,5%. Общее количество семей, где хотя бы у одного супруга обнаруживались суицидальные феномены составило 50,7%.

В 37,66% браков антивитаальные паттерны были представлены несуйцидальными формами аутоагрессии.

11,64% семей данной группы были интактны в отношении саморазрушающих форм поведения.

Заключение и выводы.

Таким образом, выделение рассматриваемого варианта брака МСАЗ диктуется клинической реальностью и подтверждается данными клинико-психологического исследования.

Можно утверждать, что рассматриваемая типология браков МСАЗ позволяет по-новому взглянуть на динамику семейных отношений, что имеет принципиальное значение для построения дифференцированных терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках.

В контексте браков МСАЗ с ПЗСС можно утверждать, что феномен созависимости, как его понимает большинство исследователей, встречается именно в подобных семьях. Можно утверждать, что семейные отношения при наличии ПЗСС являются конгруэнтными для супругов.

Диагностика данного варианта семейной динамики позволяет использовать следующий алгоритм антиалкогольного лечения.

Первый этап – заключение индивидуальных контрактов на:

а) лечение алкогольной зависимости (при необходимости с акцентом на аутоагрессивном поведении);

б) контракт на лечение созависимого состояния с акцентом (или без) на аутоагрессивном поведении и патологических моделях поведения;

в) контракт с супругой «на невмешательство» – антисаботажный контракт, с целью блокировки ее прежних «параалкогольных» модусов поведения (например, жена берет на себя обязательство не контролировать супруга, актуализируя в настоящем свое прежнее отношение к нему, как к пьющему человеку);

г) контракт с женой на поддержку происходящих с мужем терапевтических изменений (создание атмосферы принятия и доверия, позитивная вербальная и невербальная оценка его успехов, создание долгосрочных планов).

Второй этап – с целью исключения возможного игрового и сценарного поведения супругов, проводится индивидуальная работа с супругами (фаза «терапевтического» развода). МСАЗ проходит курс «классического» или мортально-ориентированного лечения зависимости, супруга посещает индивидуальные или групповые занятия для созависимых.

Третий этап – соединение супругов в «безалкогольный» брак на новых, конструктивных основаниях (правилах), подразумевающих развитие семьи, без использования алкогольной и созависимой субличностей, с использованием различных терапевтических техник

Отдельно отметим, что мы разделяем мнение К. Минингера (2000) об алкоголизме как о хроническом суициде (то есть, как об аутоагрессивном заболевании) и считаем, что всякая попытка лечения этого заболевания лишена перспективы, если психотерапевт не касался антивитаальной проблематики, лежащей в основе алкогольной клиники, а зачастую и созависимого поведения.

Литература:

1. Зотов П.Б., Уманский М.С. Потребление алкоголя в России // Медицинская наука и образование Урала. – 2006. – № 3. – С. 28-30.
2. Кривулин Е.Н., Бочкарёва И.Ю. Взаимосвязь аффективных расстройств и суицидальной активности у лиц с ассоциированными формами алкоголь зависимости // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 12-14.

3. Приленский Б.Ю., Приленская А.В. Зависимое поведение и суицидальное поведение // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 19-22.
4. Меннингер К. (Menninger K.A.) Война с самим собой: пер. с англ. – М.: ЭКСПО-Пресс, 2000. – 480 с.
5. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
6. Шитов Е.А. Влияние ранней детской травмы на клинику и динамику алкогольной зависимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – М., НИЦ Наркологии Минздрава России, 2007. – 24 с.
7. Уманский М.С., Пивоварчук Ф.И., Зотов П.Б. Особенности «наркологического» анамнеза у мужчин, больных алкоголизмом позднего возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 56-57.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
9. Schaef A.W. Codependence: Misunderstood-Mistreated. – Sun-Francisco etc.: Harper and Row Publ., 1986. – 305 с.

### SUICIDAL AND NARCOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPOUSES IN FAMILIES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE, WITH PRIMARY CLOSED FAMILY SYSTEM

A.V. Merinov, N.L. Merinov, A.I. Yurchenko, A.V. Lucashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova

In the present work we studied suicidologist, substance abuse and experimentally-psychological specifications spouses from families where the husband suffers from alcohol addiction, formed and functioning in the framework of models with initially closed family system. It is shown that spouses in such marriages, in respect to these characteristics, represent the most typical, "average" cut both in dependent and codependent groups. They form the vast majority, the most familiar to clinicians, autoaggressive specifications alcoholic families in General. The study assessed the representation of self-destructive patterns, demonstrated suicidological, substance abuse and psychological characteristics of the spouses. It is crucial to conduct differentiated prevention work, a probabilistic evaluation of the potential autoaggressive responses in the dependent-codependent dyad and implementation of effective and highly individualised therapeutic measures as dependent and codependent links.

*Keywords:* alcoholism; autoaggressive; types of families of patient's dependent of alcohol.

УДК: 615.214.32-099:616.89-008.441.44

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЯЖЕСТИ СУИЦИДА У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ОТРАВЛЕНИЯ

*В.Э. Пашковский<sup>1</sup>, А.Е. Добровольская<sup>1</sup>, А.Г. Софронов<sup>1</sup>, Г.А. Прокопович<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

**Пашковский Владимир Эдуардович** – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. Телефон: (812) 301-01-05, e-mail: pashvladimir@yandex.ru

**Добровольская Алла Евгеньевна** – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41. Телефон: (812) 301-01-05, e-mail: maxmmm@yandex.ru

**Софронов Александр Генрихович** – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41. Телефон: (812) 301-01-05, e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

**Прокопович Галина Анатольевна** – соискатель степени кандидата медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник отдела клинической токсикологии ГБУ «Санкт-Петербургский научно - исследова-



тельский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе». Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3. Телефон: (812) 705-29-70, e-mail: galinapro@rambler.ru

С целью изучения клинических особенностей и уровня суицидального риска у лиц, совершивших суицидальные попытки отравления, проведено исследование 102 пациентов. Группа сравнения состояла из 35 пациентов с преднамеренным повреждением острым предметом. Отдельной серией обследовано 43 пациента с использованием Колумбийской шкалы C-SSRS и скринингового опросника Московского института психиатрии. У пациентов с суицидальными попытками отравления наиболее часто диагностируются расстройства адаптации (49,0%) и психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (37,2%). Значительно меньшую долю составляют больные, страдающие параноидной шизофренией (7,8%) и аффективными расстройствами настроения депрессивного круга (5,9%).

Ретроспективное изучение пресуицидального периода показало, что у 43 обследованных пациентов с помощью скрининга Московского института психиатрии установлены симптомы аффективного спектра, которые хотя бы однократно отмечались в течение месяца, предшествующего суицидальной попытке отравления. С помощью шкалы C-SSRS оказалось возможным произвести оценку тяжести суицида и определять уровень суицидального риска.

*Ключевые слова:* суицидальная попытка отравления, расстройства адаптации, колумбийская шкала C-SSRS.

Суицидальные попытки отравления (СПО) являются важной и недостаточно изученной проблемой. Их диагностика затруднена неопределенностью термина «суицидальная попытка», что отражается в различиях эпидемиологических показателей. По данным И.И. Садовниковой [10] в популяции примерно 80% всех эпизодов приходится на случайные отравления, 18% на СПО и 2% на профессиональные. Другие авторы [8] сообщают, что 3-5% от общего числа вызовов, поступающих на станцию скорой медицинской помощи, обусловлены лекарственными отравлениями, из которых 30% случайных, а 70% преднамеренных. В популяции психически больных доля СПО составила 59% [3]. Близкий показатель был получен на материале токсикологического отделения соматического стационара. По данным И.В. Кравченко [6] количество отравлений психотропными препаратами и их удельный вес среди всех суицидальных попыток составил 42%. По данным А. Rahman [21], преднамеренное самоотравление непостоянно и составляет 0,5-2% обращений в стационар скорой помощи, который является местом первого врачебного контакта. У пациентов с СПО отмечаются высокие риски повторных суицидальных попыток и самоубийств.

Вместе с тем, психиатрическая помощь в отделениях скорой помощи оказывается не везде и не в полном объеме. В исследовании Т.К. Grimholt [16] указано, что 41% лиц с СПО не консультировались психиатром. При отсутствии психиатрической помощи через год после первой СПО 16% совершают повторную попытку, а у 2% наступает летальный исход [18].

Если исследованию попыток самоубийства, в целом, посвящено большое количество работ, то работ, посвященных суицидальным попыткам отравления, мало [4, 5]. В ряде диссертационных исследований основное внимание обращается на соматические нарушения при суицидальных отравлениях отдельными лекарственными средствами [8], в то время как психосоциальные факторы анализируются недостаточно.

В эпидемиологических исследованиях суицидальных попыток отравления имеются расхождения по гендерному фактору. Например, в одних работах выявлено двукратное преобладание женщин [15], в других такого соотношения не наблюдается [22]. Имеются различия и в соотношении психических расстройств лиц с СПО, поступивших в стационары экстренной помощи. Например, по данным А. Doshi [13], психические расстройства обнаружены у 55% пациентов: при этом депрессивные расстройства диагностировались у 34%, а злоупотребление алкоголем у 16%. В другом исследовании наиболее распространенными были реакции адаптации (84,3%), а депрессия диагностировалась только у 18,1% [14].

В литературе почти отсутствуют сравнительные исследования факторов риска при различных методах суицидальных самоповреждений [12].

Цель исследования: изучение клинических особенностей и уровня суицидального риска у лиц, совершивших суицидальные попытки отравления.

Материал и методы.

Исследование проведено в Центре неотложной психиатрии, наркологии и токсиколо-

гии Санкт-Петербургского Научно - исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе.

Изучались пациенты с диагнозом «СПО» (1-я группа) – n=102, средний возраст – 41,7±1,9 лет, по гендерному признаку: 28,4% (n=29) мужчин и 71,6% (n=73) женщин. Критерием включения в группу была верифицированная СПО в соответствии с определением ВОЗ [19]. Критериями исключения были: возраст ниже 18 лет, тяжелое соматическое состояние, исключающее возможность продуктивного контакта, острые психотические состояния, деменция и умственная отсталость.

В группу сравнения вошли пациенты с суицидальными попытками в виде преднамеренного повреждения острым предметом (2-я группа) – n=35, средний возраст – 36,1±2,7 лет, 62,9% (n=22) мужчин и 37,1% (n=13) женщин.

Методы исследования: клинико - психопатологический (категориальная модель), клинико-психопатологический (операциональная модель: МКБ-10: F00-F99 «Диагностические критерии», «Глава XX (X60-X84) – умышленные самоповреждения», клинико-архивный, клинико-статистический. Для исследования пациентов использовалась формализованная карта, включающая 5 модулей и состоящая из 250 переменных.

Отдельной серией обследовано 43 пациента, 20 мужчин и 23 женщины, средний возраст 36,1±15,7 лет с использованием Колумбийской шкалы тяжести суицида C-SSRS [11, 20] и

скринингового опросника Московского института психиатрии [7].

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 6.0. Для параметрических признаков выполнялось вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений, сравнение групп с помощью t-критерия Стьюдента. Для непараметрических качественных признаков – вычисление относительных частот (долей), описание относительной частоты бинарного признака, сравнение относительных частот внутри одной группы и в двух группах по двустороннему критерию статистической значимости, кластерный анализ. Уровень статистической значимости, принятый в исследовании – p<0,05.

Результаты исследования.

Данные о предпочтении различных средств, применяемых пациентами для осуществления умышленного самоотравления, представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, наибольший удельный вес (54,9%; ДИ (95%), 44,3% – 65,5%) приходится на случаи самоотравления антиэпилептическими, седативными, антипаркинсоническими и психотропными препаратами. На втором месте самоотравление неуточненными лекарственными средствами (препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, антибиотики системного действия и т.д.) (14,9%; ДИ (95%), 7,0% – 22,6%).

Таблица 1

Распределение пациентов фокус-группы по способам преднамеренного отравления

Х-коды	Преднамеренное самоотравление и воздействие	Количество		ДИ %*
		n	%	
X60	неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами	12	11,8	4,6-19,0
X61	противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами	56	54,9	44,3-65,5
X62	наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами)	3	2,9	0,00001-7,1
X63	другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему	12	11,8	4,6-19,0
X66	органическими растворителями, каустической содой и их испарений, галогенсодержащими углеводородами и их парами	1	0,9	0,00001-3,6
X68	пестицидами	1	0,9	0,00001-3,6
X64	другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами	15	14,9	7,0-22,6
X69	другими и неуточненными химическими и ядовитыми веществами	2	1,9	0,00001-5,5
Всего		102	100	

Примечание: \*ДИ – доверительные интервалы (95%).

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологическим группам

Код по МКБ-10	Название психического расстройства	1 группа		2 группа		p
		n	%	n	%	
F0	Органические, включая симптоматические психические расстройства	10	9,8	1	2,9	0,1953
F10	Психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя	38	37,2	22	62,9	0,0084*
F11-19	Психические расстройства, связанные с употреблением других ПАВ	9	8,8	9	25,7	0,0118*
F20.0	Параноидная шизофрения	8	7,8	4	11,4	0,5890
F32, 33	Аффективные расстройства настроения депрессивного круга	6	5,9	2	5,7	1.0000
F43.2	Расстройство адаптации	50	49,0	13	37,1	0,2211
F60-69	Расстройства личности и поведения	1	0,9	2	5,7	0,0894

Примечание: Суммарные абсолютные числа и проценты не показаны, так как у ряда пациентов выявлялась коморбидная патология. \* – различия статистически значимы.

В первом случае это можно объяснить накоплением в домашних условиях транквилизаторов и антидепрессантов, правом на выписку которых имеют не только психиатры, но также и интернисты. Лица с импульсивными формами реагирования зачастую предпочитали любые медикаменты, которые были «под рукой».

Распределение пациентов по нозологическим группам представлено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, у пациентов с СПО (1-я группа) чаще всего диагностирова-

лись расстройства адаптации (49,0%). Различия статистически не значимы. В то же время в исследуемой группе (1-я группа), по сравнению с контрольной (2-я группа), было значительно меньше пациентов с психическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (37,2% против 62,9;  $p=0,0084$ ) и с психическими расстройствами, связанными с употреблением других ПАВ (8,8% против 25,7%,  $p=0,0118$ ).

Таблица 3

Анамнестические данные пациентов с суицидальными попытками, поступившими на лечение в НИИСП им. И.И. Джанелидзе

Анамнестические признаки	1-я группа		2-я группа		p
	n	%	n	%	
Ранее диагностированные психические расстройства	22	21,6	11	31,4	0,2860
Ранее диагностированные соматические расстройства	19	18,6	5	14,3	0,5050
Стационарное лечение в психиатрическом стационаре	13	12,7	7	20,0	0,2927
Стационарное лечение в соматическом стационаре	15	14,7	6	17,1	0,7342
Амбулаторное лечение в психиатрическом ЛПУ	9	8,8	4	11,4	0,6510
Амбулаторное лечение в соматическом ЛПУ	13	12,7	5	14,3	0,8091
Предшествующие суицидальные попытки с госпитализацией	9	8,8	6	17,1	0,1766
Предшествующие суицидальные попытки без госпитализации	13	12,7	11	31,4	0,0131*
Онкологические заболевания	2	1,9	1	2,9	0,7258
ВИЧ, СПИД	4	3,9	3	8,6	0,2774
Другие тяжелые соматические заболевания	13	12,7	2	5,7	0,2538

Примечание: \* – различия статистически значимы.

Данные об инвалидности пациентов

Инвалидность по соматическому заболеванию	1-я группа		2-я группа		p
	n	%	n	%	
Инвалид первой группы	3	2,9	1	2,9	1,0000
Инвалид второй группы	17	16,7	1	2,9	0,0379*
Отсутствует	82	80,4	33	94,2	0,0558*
Всего	102	100	35	100	
Инвалидность по психическому заболеванию	1-я группа		2-я группа		P
	n	%	n	%	
Инвалид второй группы	8	7,8	3	8,6	0,8531
Инвалид третьей группы	1	0,9	0	0	0,5536
Отсутствует	93	91,3	32	91,4	1,0000
Всего	102	100	35	100	

Примечание: \* – различия статистически значимы.

Обращает на себя внимание сравнительно небольшое количество больных с расстройствами органического, шизофренического и аффективного спектра. Можно думать, что эти больные поступают на лечение в психиатрические стационары. Данные анамнеза пациентов отражены в таблице 3.

Анализ анамнестических данных показал, что почти у 1/2 пациентов с СПО ранее диагностировались психические и соматические расстройства, требующие лечения в ЛПУ. В 1-й группе доли пациентов, проходящих лечение в стационарах и амбулаторных учреждениях психиатрического и соматического профиля, страдающих онкологическими и ВИЧ, СПИД заболеваниями, были ниже, чем во 2-й. В то же время доля лиц, страдающих другими тяжелыми и затяжными соматическими болезнями, были выше. Межгрупповые различия статистически не значимы.

Данные об инвалидности пациентов представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, большинство пациентов с суицидальными попытками как в 1-й, так и во 2-й группах не имеют инвалидности. В то же время среди пациентов исследуемой (1-я группа) значимо выше доля инвалидов 2-й группы по соматическому заболеванию (16,7% против 2,9%;  $p=0,0379$ ).

Повторные суицидальные попытки наблюдались у 22 (21,6%) пациентов 1-й и у 17 (48,6%)

2-й группы ( $p=0,0117$ ). Различие статистически значимо.

Шанс повторной суицидальной попытки в исследуемой (1-я группа) ниже, чем в группе сравнения. Это подтверждено расчетом доверительного интервала (ДИ) для отношения шансов (ОШ) отсутствия повтора суицидальной попытки для исследуемой и контрольной групп.

Расчет показал, что  $ДИ=1,53-7,70$  ( $ОШ=3,433$ ;  $\ln ОШ(3,433)=1,233$ ,  $t=1,96$ ). Поскольку ДИ расположен правее 1, шанс отсутствия повтора суицидальной попытки значимо ( $p<0,05$ ) выше в 1-й группе.

В основу настоящей работы положена клиническая гипотеза о том, что сам по себе нозологический диагноз не определяет риск суицидального поведения. Непосредственная зависимость суицидального поведения от отдельных психопатологических симптомов не подтверждена клиническими исследованиями [9, 17]. В основе суицидального поведения лежит тесная взаимосвязь средовых, психологических, социальных и психопатологических факторов.

В нашем исследовании изучены как психопатологические симптомы у исследуемого контингента, так и корреляционные взаимосвязи между симптомами и психосоциальными переменными.

Результаты отражены в таблице 5.

Таблица 5

Корреляционные взаимосвязи между симптомами и психосоциальными переменными у пациентов с СПО

Переменные	Коэффициент корреляции (Y)	Z	p
Симптомы пресуицидального периода			
Нарушения сна / тревога	0,598470	5,861370	0,000000*
Нарушения сна / депрессия	0,543082	5,189983	0,000000*
Тревога / депрессия	0,624271	6,905739	0,000000*
Симптомы постсуицидального периода			
Нарушения сна / тревога	0,692542	4,153325	0,000033*
Нарушения сна / депрессия	0,457364	2,633646	0,008447*
Тревога/ депрессия	0,641618	6,313548	0,000000*
Демонстрация суицидальных намерений без реальной угрозы для жизни / конфликтные семейные взаимоотношения	0,459854	3,158763	0,001584*
Демонстрация суицидальных намерений без реальной угрозы для жизни / одиночество (отсутствие постоянных продолжительных социальных контактов)	- 0,671406	- 3,32140	0,000896*
Демонстративно-шантажные способы с непреднамеренной угрозой для жизни / конфликтные семейные взаимоотношения	0,568662	4,017970	0,000059*
Демонстративно-шантажные способы с непреднамеренной угрозой для жизни / одиночество (отсутствие постоянных продолжительных социальных контактов)	- 0,523664	- 2,66020	0,007810*
Суицидальные попытки с истинными намерениями уйти из жизни / конфликтные семейные взаимоотношения	- 0,656250	- 5,02432	0,000001*
Суицидальные попытки с истинными намерениями уйти из жизни / супружеские измены	0,137014	0,642001	0,520872
Суицидальные попытки с истинными намерениями уйти из жизни /болезнь или смерть члена семьи	0,311155	1,547077	0,121845
Насильственный способ суицидальной попытки с угрозой для жизни / одиночество (отсутствие постоянных продолжительных социальных контактов)	0,511628	3,281680	0,001032*

Примечание: \* – различия статистически значимы.

Как видно из таблицы 5, как в пресуицидальном, так и в постсуицидальном периоде выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между нарушением сна и тревогой, нарушениями сна и депрессией, и тревогой, и депрессией. Суицидальные попытки отравления с демонстрацией суицидальных намерений без реальной угрозы для жизни положительно значимо коррелировали с конфликтными семейными взаимоотношениями и отрицательно – с одиночеством (отсутствием постоянных продолжительных социальных контактов). Аналогичные взаимосвязи выявлены у пациентов с демонстративно-шантажными способами

суицидальных попыток с непреднамеренной угрозой для жизни.

Напротив, у лиц, с суицидальными попытками с истинными намерениями уйти из жизни, выявлена положительная взаимосвязь с одиночеством (отсутствием постоянных продолжительных социальных контактов) и отрицательная с конфликтными семейными взаимоотношениями.

Для более детального изучения глубины суицидальных переживаний и тяжести суицида у пациентов, совершивших СПО, нами была использована Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS).

Обследовано 43 пациента, 20 мужчин и 23 женщины, со средним возрастом  $36,1 \pm 15,7$  лет поступивших на лечение в НИИСП им. И.И. Джанелидзе с СПО. Психические расстройства представлены следующими диагнозами: расстройство адаптации – 37 (86,0%), органические, включая симптоматические психические расстройства – 4 (9,4%), аффективные расстройства настроения депрессивного круга – 2 (4,6%).

У всех обследованных пациентов с помощью скрининга МНИИП установлены симптомы аффективного спектра, которые хотя бы однократно отмечались в течение месяца, предшествующего СПО:

- 1) снижение интереса к привычным занятиям – 69,8% (n=30);
- 2) снижение удовольствия от ранее приятного – 67,4% (n=29);
- 3) ощущение слабости, упадка сил – 53,5% (n=23);
- 4) чувство подавленности, угнетенности – 48,9% (n=21);
- 5) боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела – 41,9% (n=18);
- 6) чувство беспокойства, напряженности – 34,9% (n=15);
- 7) нарушение сна – 23,2% (n=10).

Обследование по Колумбийской шкале проводилось в форме «структурированного интервью», однократно за период наблюдения, когда соматическое состояние больных позволяло вести длительный опрос. Оценивался период не более 60 дней до совершения СПО. Были получены следующие результаты.

Суицидальные идеи. Пассивное желание умереть («уснуть и не проснуться») отмечалось у 15 (34,9%), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 12 (27,9%), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 7 (16,3%), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана – у 6 (13,9%), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – у 3 (7,0%) пациентов.

Интенсивность суицидальных идей. За изучаемый период суицидальные мысли посещали пациентов с частотой: реже одного раза в неделю – в 21 (48,8%) случаев, раз в не-

делю – в 8 (18,6%), 2-5 раз в неделю – в 6 (13,9%), каждый день или почти каждый день – в 5 (11,6%) и многократно каждый день в 3 (7,0%); с продолжительностью: в несколько секунд или минут в 23 (53,4%) случаев, менее часа / недолго – в 7 (16,3%), 1-4 часа / долго – в 5 (11,6%), 4-8 часов / большую часть дня – в 6 (13,9%), более 8 часов / мысли устойчивы или постоянны – в 2 (4,6%).

Контролируемость – означает способность при желании прекратить думать о самоубийстве. Могли контролировать такие мысли с легкостью – 11 (25,6%) пациентов, с незначительными затруднениями – 12 (27,9%), с некоторыми затруднениями – 8 (18,6%), с большими затруднениями – 6 (13,9%), не в состоянии контролировать такие мысли – 5 (11,6%) и не пытался контролировать такие мысли – 1 (2,3%).

Сдерживающие факторы. Отмечались факторы, которые за изучаемый период удерживали пациента от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве (например, семья, религия, страх перед болью / смертью). Установлено, что неуверенность в способности сдерживающих факторов предотвратить суицидальную попытку высказало 11 (25,6%) пациентов. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали от суицидальной попытки 14 (32,5%) и определенно не удержали 18 (41,9%) человек.

Основания суицидальных идей. Изучались основания для того, чтобы думать о нежелании жить. Думали о нежелании жить: исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей – 5 (11,6%), большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей – 8 (18,6%), в равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль – 11 (25,6%), большей частью для того, чтобы прекратить/остановить боль – 9 (20,9%), исключительно для того, чтобы прекратить/остановить боль – 10 (23,2%).

Суицидальное поведение. Подготовительные действия (сбор и накопление медикаментов и др. агентов) отмечались у 14 (32,5%) пациентов, суицидальные действия в период госпитализации – у 4 (9,3%).

Уровни тяжести суицидальных попыток

Первый кластер. Легкая степень	
Суицидальные идеи	Желание умереть.
Интенсивность суицидальных идей	Реже одного раза в неделю
Продолжительность	Несколько секунд или минут
Контролируемость	Пациент контролирует мысли о самоубийстве или желании умереть с легкостью или с незначительными затруднениями
Сдерживающие факторы	Определенно или вероятно удерживают от попытки самоубийства
Основания суицидальных идей	Исключительно или большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей
Суицидальное поведение	Суицидальное поведение во время периода наблюдения не выявлено
Реальная опасность	Незначительные физические повреждения или физические повреждения умеренной тяжести
Второй кластер. Умеренная степень	
Суицидальные идеи	Активные неспецифические мысли о самоубийстве или актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства, при отсутствии намерения действовать
Интенсивность суицидальных идей	Реже одного или один раз в неделю
Продолжительность	Несколько секунд, минут или около часа
Контролируемость	Пациент контролирует мысли о самоубийстве или желании умереть с незначительными или некоторыми затруднениями
Сдерживающие факторы	Неуверенность в том, что сдерживающие факторы могут удержать от попытки самоубийства
Основания суицидальных идей	В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль
Суицидальное поведение	Суицидальное поведение во время периода наблюдения не выявлено
Реальная опасность	Физические повреждения умеренной или средней тяжести
Третий кластер. Тяжелая степень	
Суицидальные идеи	Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана или актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением
Интенсивность суицидальных идей	2-5 раз в неделю или почти каждый день
Продолжительность	Большую часть дня
Контролируемость	Пациент контролирует мысли о самоубийстве или желании умереть с большими затруднениями или не в состоянии контролировать такие мысли
Сдерживающие факторы	Скорее всего, или определенно сдерживающие факторы не удерживают от попытки самоубийства
Основания суицидальных идей	Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (невозможность продолжать жить, испытывая боль)
Суицидальное поведение	Подготовительные действия перед суицидальной попыткой
Реальная опасность	Тяжелые или умеренные физические повреждения

Реальная опасность (ущерб здоровью) – незначительные физические повреждения (легкие отравления) отмечались у 3 (7,0%) пациентов, физические повреждения умеренной тяжести (оказание помощи в токсикологическом отделении) у 24 (55,8%), физические повреждения средней тяжести (госпитализация и интенсивная терапия в токсикологическом отделении) у 10 (23,2%) и тяжелые физические повреждения (требующие токсикологической реанимационной помощи) – у 6 (13,9%).

В связи с гетерогенностью исследуемой выборки для осуществления поиска закономерностей группирования объектов исследования (пациентов) нами был проведен кластерный анализ по общепринятой методике [1]. Был использован метод кластеризация К-средних.

Результаты исследования отражены в таблице 6.

Таким образом, с помощью шкалы C-SSRS оказалось возможным выявить легкую степень тяжести суицида у 15 (34,9%), среднюю – также у 15 (34,9%) и тяжелую у 13 (30,2%) пациентов.

Обсуждение.

Наибольший удельный вес в исследуемой группе пришелся на случаи самоотравления антиэпилептическими, седативными, антипаркинсоническими и психотропными препаратами. На втором месте самоотравление неуточненными лекарственными средствами (препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, антибиотики системного действия). В исследовании Л.Н. Касимовой [4] также, как и в нашей работе, установлена предпочтительность психотропных средств (транквилизаторы – 21%, нейролептики и антидепрессанты по 10,9%). Обратное соотношение выявлено А. Värnik и соавт. [22], сопоставивших показатели 16 европейских стран. Ими показано, что чаще всего используются «другие и неуточненные препараты и биологические вещества (Х64)». Самоотравления «антиэпилептическими, седативных, антипаркинсоническими и психотропными препаратами (Х61)» занимают второе место. Можно думать, что эти различия зависят от доступности психотропных средств в разных странах.

В нашем исследовании наиболее частыми были расстройства адаптации, психические

расстройства, связанные с употреблением алкоголя. В то же время в группе пациентов с СПО по сравнению с группой сравнения было значимо меньше пациентов с психическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и с психическими расстройствами, связанными с употреблением других ПАВ. Эти показатели отличаются от показателей психиатрического стационара, где общим для всех форм психической патологии, сопровождающихся суицидальным поведением, независимо от уровня расстройств, является наличие различной степени выраженности аффективных расстройств, наибольшие показатели которых приходятся на органическое поражение головного мозга, шизофрению и аффективные психозы [2]. В то же время наши данные более соответствуют данным Л.А. Касимовой [5], полученным при исследовании пациентов с СПО токсикологического отделения городской больницы. Психометрические показатели, полученные с помощью Колумбийской шкалы тяжести суицида, существенно дополняют клиническое исследование и, наряду с ним, способствуют разработке лечебно-реабилитационных программ в многопрофильном стационаре.

Литература:

1. Боровиков В.П. Программа STATISTICA для студентов и инженеров. 2-е изд. – М.: Компьютер Пресс, 2001. – 301 с.
2. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. – М., 2012. – 310 с.
3. Иванов О.В., Егоров А.Ю. Клинико-статистический анализ суицидов в популяции психически больных (по данным ПНД) // Психическое здоровье. – 2010. – Том 44, № 1. – С. 14-18.
4. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Суицидология. – 2011. – №1. – С. 54-55.
5. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравлений по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2008 г. // Медицинский альманах. – 2013. – Том 25, № 1. – С. 176-179.



6. Кравченко И.В. Суицидальные отравления психотропными препаратами // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 51-53.
7. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
8. Медведева И.В. Клинические, гемодинамические и психовегетативные нарушения при суицидальных отравлениях клофелином: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.06. – Тверь, 2003. – 212 с.
9. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб.: ВМедА, 2007. – 527 с.
10. Садовникова И.И. Бытовые отравления. Эффективная помощь на догоспитальном этапе // РМЖ. – 2010. – № 5. – С. 288-291.
11. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 2. – С. 30-39.
12. Bancroft J.H., Skrimshire A.M., Reynolds F. et al. Self-poisoning and self-injury in the Oxford area. Epidemiological aspects 1969-73 // Br. J. Prev. Soc. Med. – 1975. – Vol. 29, № 3. – P. 170-177.
13. Doshi A., Boudreaux E.D., Wang N. et al. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001 // Ann. Emerg. Med. – 2005. – Vol. 46, № 4. – P. 369-375.
14. Farzaneh E., Mehrpour O., Alfred S. et al. Self-poisoning suicide attempts among students in Tehran, Iran // Psychiatr. Danub. – 2010. – Vol. 22, № 1. – P. 34-38.
15. Flavio M., Martin E., Pascal B. et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO / EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour // Swiss. Med. Wkly. – 2013. – May, 28.
16. Grimholt T.K., Bjornaas M.A., Jacobsen D. et al. Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning // Ann. Gen. Psychiatry. – 2012. – Apr., 20.
17. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, № 2. – P. 181-189.
18. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review // British Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 193-199.
19. Platt S., Bille-Brahe U., Kerkhof A. et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989 // Acta Psychiatr Scand. – 1992. – Vol. 85, № 2. – P. 97-104.
20. Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults // Am. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 168, № 12. – P. 1266-1277.
21. Rahman A., Martin C., Graudins A., Chapman R. Deliberate self-poisoning presenting to an emergency medicine network in South-East Melbourne: a descriptive study [Электронный ресурс] // Emerg. Med. Int. – 2014. – Режим доступа: Published online Jun 12, 2014. doi: 10.1155/2014/461841.
22. Värnik A., Sisask M., Värnik P. et al. Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries // BMC Public Health. – 2011. – Vol. 11. – № 1. – P. 61.

CLINICAL FEATURES AND ASSESSMENT OF SUICIDE SEVERITY AMONG PERSONS HAVING ATTEMPTED SUICIDE THROUGH POISONING

V.E. Pashkovskiy<sup>1</sup>, A.E. Dobrovolskaya<sup>1</sup>,  
A.G. Sofronov<sup>1</sup>, G.A. Prokopovich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.I. Mechnikov Nord-West Medical University,  
St. Petersburg

<sup>2</sup>I.I. Dzhanelidze Institute of Emergency Medical Care,  
St. Petersburg

The purpose of the study was to research clinical features and level of suicide risk among persons who had suicide attempts through poisoning. There were 102 patients who participated in a study. The control group consisted of 35 patients who had injured themselves with a sharp objects. As a separate group, 43 patients were examined by the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) and by the Screening Questionnaire of Moscow Research Institute of Psychiatry. Among patients who attempted suicide through poisoning were often diagnosed with an adjustment disorder (49.0%) and mental disorders due to alcohol use (37.2%). There was a smaller proportion of patients with paranoid schizophrenia (7,8%) and depressive disorders (5,9%). Retrospective study of period before suicide revealed that among 43 patients examined by the Screening Questionnaire of Moscow Research Institute of Psychiatry, there were found symptoms of affective spectrum disorders which occurred at least once during a month before suicide attempt through poisoning. With the help of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), it was possible to assess the severity of suicide and determine the level of suicide risk.

*Keywords:* suicide attempt through poisoning, adjustment disorder, Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

## **ПРИГОВОРЕННЫЕ К ЖИЗНИ: САМООЦЕНКА АГРЕССИВНОСТИ И ЧУВСТВА ВИНЫ ОСУЖДЕННЫМИ К ПОЖИЗНЕННЫМ СРОКАМ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

*Н.Д. Узлов*

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

Контактная информация:

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

В статье представлены обзор литературы и результаты эмпирического исследования декларируемой самооценки агрессивности и чувства вины осужденных к пожизненному лишению свободы (ПЛС), в зависимости от срока отбытого наказания – до и свыше 10 лет в сравнении с группами осужденных к срочному заключению и законопослушных мужчин. В работе использованы методы беседы, наблюдения, психодиагностические опросники Басса-Дарки и «Воспринимаемый индекс вины» Дж. Отгербахера и Д. Минца. Установлено, что осужденные, отбывшие срок 5-10 лет, декларируют более низкие уровни агрессии, в сравнении с преступниками, отбывшими наказание 10 и более лет. Для объяснения этих различий предлагаются гипотезы о «подавленной агрессии» и «аккумулированной агрессии». Показано, что осужденные, отбывшие срок наказания свыше 10 лет, интенсивнее и глубже переживают чувство вины.

*Ключевые слова:* осужденные к пожизненному лишению свободы, личность преступника, агрессивность, подавленная агрессия, аккумулированная агрессия, чувство вины, суицид.

Постановка проблемы.

В последнее время отмечается повышенный интерес исследователей к изучению социально-демографических, криминологических и психологических характеристик личности преступников, осужденных к пожизненному лишению свободы (ПЛС) [1-4, 6-8, 16, 17, 19, 32, 33, 35 и др.], число которых медленно, но неуклонно растет [18]. Согласно статистике на 1 сентября 2014 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы содержалось 1897 осужденных к пожизненному лишению свободы, десятью месяцами ранее их было 1844 человека [27].

В отечественной литературе имеются немногочисленные лонгитюдные исследования личности преступников, осужденных к ПЛС, выполненные в разное время, в том числе с помощью психодиагностических методик. Очевидно, что первый обобщенный психологический портрет осужденных к пожизненному сроку, был составлен на основе первичного обследования отбывавших наказание в Исправительном учреждении ФБУ ИК-5 УФСИН России по Вологодской области в 1996 году [1,

28]. Спустя 13 лет группой специалистов под руководством проф. Ю.М. Антоняна было проведено повторное углубленное обследование указанного контингента с помощью личностных опросников и методик, исследующих агрессивность (тест руки Вагнера, опросник Басса-Дарки и др.). Оказалось, что сведения, полученные в 2009 году, мало чем отличались от добытых ранее. Личностные характеристики получились почти идентичными [3].

По результатам последнего обследования (выборка 211 человек) был выявлен ряд групп, подлежащих профилактическому учету. Наибольшую группу составляли лица с неустойчивой психикой и неврозоподобными состояниями – около 33%. Следующую категорию представляли осужденные, склонные к членовредительству и суицидальным проявлениям – до 23%. Далее следовали лица с повышенным уровнем агрессивности и враждебности – 19%, лица с затруднениями в сфере общения, установлении психолого - педагогического контакта – 18%. Немногочисленная группа осужденных (около 7%) составляли лица со сниженным уровнем интеллекта.

Преступнику, отбывающему пожизненное наказание, приписываются следующие черты: «По характеру замкнут, погружен в себя, пессимистичен, испытывает трудности в общении и адаптации, чувство вины завышено, раздражителен, склонен к аффективным реакциям, мнителен, тревожен, замкнут на чувственном восприятии реальности, с пониженным, часто подавленным фоном настроения. Общая агрессивность у таких лиц в целом снижена, но с врожденной склонностью к вербальной агрессии, уровень эротизма завышен, уровень интеллекта ниже среднего, мыслительная активность снижена, логическое мышление часто тормозится аффективными переживаниями. У таких лиц проявляется робость, неуверенность в себе, заниженная самооценка в сочетании с переоценкой значимости личных страданий, стремление избежать ответственности, осознания реальности в плане потворствования своим желаниям. Они ориентированы, прежде всего, на получение личной выгоды, при этом способны пренебрегать моральными нормами и социальными правилами; внутренняя дисциплина отсутствует, в поведении часто руководствуются случайными влечениями, чувство коллективизма отсутствует; уровень волевого самоконтроля снижен, стремление приспособиться к условиям, необходимость постоянного сдерживания и самоконтроля часто вызывают тревожные, невротические реакции» [3, 10].

Сравнительное психодиагностическое исследование с использованием личностного опросника СМИЛ осужденных к ПЛС, отбывающих наказание в учреждениях ИК-1 (участок ПЛС) УФСИН России по Республике Мордовия (n=113) и ИК-5 УФСИН России по Вологодской области (n=117) было проведено Б.Г. Бовиным и Ю.В. Славинской. Усредненные профили заключенных обеих групп оказались практически идентичными: общим оказалось сочетание высоких значений 4 и 8 шкал (>80Т), что отражает непредсказуемость, импульсивность и неконформность этих личностей. К таким субъектам применим термин «шизоидная личность», которой свойственны определенные расстройства мышления, поведения и склонность к резонерству, маскирующему интеллектуальную несостоятельность, снижение продуктивности мышления; своеобразие восприятия окружающей обстановки, находящее

свое выражение в странных и необычных мыслях и поступках; чувство неадекватности и неполноценности; отсутствие интересов и привязанностей. Часто люди с таким профилем характеризуются не агрессивным поведением, а скорее криминальными эпизодами, совершенными в результате социальной дезадаптации, своеобразия мышления, эмоциональной холодности, отсутствия эмпатии, невозможности прогнозирования последствий своих преступных действий. Как правило, их преступления часто бессмысленны, плохо спланированы и чрезвычайно жестоки [6].

Большой фактический материал о личности осужденных к ПЛС и их внутреннем мире представлен профессором В.С. Мухиной на основе личных наблюдений, общения с заключенными и переписки с некоторыми из них. Автор отмечает (и это подтверждается наблюдениями сотрудников пенитенциарных учреждений), что сохраняют способность здраво рассуждать и контролировать себя как социального человека всего 3-4% от общей численности ПЛС, остальные деградируют и «роботируются». Их шизоидизацию В.С. Мухина объясняет термином «пенитенциарный аутизм», обусловленный «застывшим стрессом» (застывшим аффектом), связанным с суровыми условиями отбывания наказания, и однообразием существования, которые держат личность под постоянным прессингом. Она указывает на 4 основных фактора, определяющих физическое и психическое самочувствие осужденного: 1) строгий режим, 2) бедность предметного мира, 3) сенсорная депривация, 4) специфические условные (уставные) формы общения администрации и охраны с заключенными [24, 25].

В этой связи следует отметить, что адаптационный период большинства осужденных к ПЛС длится около года. А.П. Детков в этом периоде выделяет три этапа, условно названные им как «оглушенность», «пробуждение» и «приспособление», сопровождающиеся выраженной динамикой агрессивных и депрессивных проявлений, при успешной адаптации достигающих некоторого баланса [12]. Выделяют четыре категории заключенных по уровню адаптации по истечении года пребывания в колонии: приблизительно 50-60% – относительно успешно адаптированные; около 15-

20% – в той или иной мере с выраженной хронической адаптацией агрессивно - конфликтного типа; до 10-15% – с хронической адаптацией депрессивно-суицидального типа, оставшиеся – со смешанным типом дезадаптации и с проявлением невротической симптоматики [10]. Первоначально осуждённые помещаются в строгие условия отбывания наказания. При отсутствии взысканий в следующие 10 лет переводятся в облегчённые условия (в соответствии с п. 4 ст. 127 УИК РФ) [14].

По данным В.В. Попова, только 20% осуждённых расценивают назначенную им по приговору суда исключительную меру наказания как справедливую, 48% считают более справедливым срочное лишение свободы, а каждый третий полагает, что пожизненное лишение свободы для него является чрезмерно строгим. Около 40% опрошенных предпочитают расстрел пожизненному лишению свободы, и свыше 90% осуждённых надеются на освобождение, пусть даже в отдалённом будущем по истечении 25-летнего срока (на основании ч. 5 ст. 79 УК РФ [28].

Детальный анализ литературы показывает, что имеются противоречивые сведения об особенностях проявления агрессии у этой категории осуждённых. Так, в обоих психологических портретах лиц, отбывающих наказание в ФБУ ИК-5 УФСИН России по Вологодской области (1996, 2009), было показано, что «общая агрессивность у осуждённых снижена, но с врожденной склонностью к вербальной агрессии» [3, 28]. Вместе с тем, осталось не выясненным, имеются ли различия в параметрах проявления агрессивности преступников, прошедших адаптационный период и выдержавших условия строгого пребывания (то есть отсидевших первые 5-10 лет) и тех, у кого этот срок превысил 10 лет (то есть отбывающих оставшийся пожизненный срок в облегченных условиях).

Из повторного заключения об осуждённых колонии «Вологодский пятак» исчезло также указание на чувство вины, которое ранее определялось как завышенное и относилось к числу наиболее тяжелых переживаний отбывающих пожизненное наказание: чувство вины перед потерпевшими и их родными – у 32,8 %; чувство вины перед собой и своими родными – 37,2 %, на что указывал Г.Г. Шиханцов в 1998

году в своем учебнике «Юридическая психология» [41]. Л.В. Вавилова и Е.Л. Кирюхина, ссылаясь на литературные данные, указывают, что примерно 12% лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы в Вологодской колонии, склонны к самоубийству [10]. Вместе с тем попытки суицида среди осуждённых к ПЛС встречаются крайне редко. Так, в мордовской исправительной колонии ЖХ-385/1 с момента ее основания в 1998 году по 2010 год была зарегистрирована только одна такая попытка [23]. За осуждёнными зорко следят, любые проявления ауто- и гетероагрессии со стороны заключённых жестко пресекаются.

Сказанное выше определило предмет настоящего исследования. В своей работе мы исходили из предположений, что проявления агрессивных реакций у осуждённых к ПЛС высоко вероятны, однако они у них подавлены, носят неявный характер, и имеют тенденцию к аккумулярованию. Вторая гипотеза имела отношение к чувству вины: мы предполагали, что осуждённые, отбывшие срок наказания свыше 10 лет, интенсивнее и глубже переживают чувство вины.

Следует оговориться, что данное исследование не претендует на всеобъемлющую полноту и носит скорее пилотажный характер. Выдвинутые тезисы подлежат дальнейшей эмпирической проверке на репрезентативных выборках испытуемых с учетом ряда других переменных – возрастных, клинико - психопатологических, психодиагностических и иных параметров, а также более тщательно организованных для сопоставления контрольных групп респондентов.

Материал и методы.

С целью проверки вышеуказанных гипотез было проведено эмпирическое исследование. Его результаты отражены в ряде предшествующих публикаций [36-39]. В 2013 году нами был собран эмпирический материал, касающийся особенностей самооценки агрессивности и чувства вины осуждёнными с разными сроками лишения свободы. Были сформированы 2 группы из осуждённых мужчин. Исследование проводилось на базе учреждения ФКУ ИК-5 УФСИН России по Вологодской области, расположенной на острове Огненный (пос. Новоозеро Белозерского района), где отбывают наказание лица, осуждённые к ПЛС, относя-

щихся к категории «относительно успешно адаптированных» [10]. Из числа последних было выделено две подгруппы, каждая по 30 человек:

1) отбывшие наказание 5-10 лет, находящиеся в условиях усиленного режима;

2) свыше 10 лет, отбывающих наказание в облегченных условиях.

Большинство заключенных к ПЛС имели судимость по 3-5 статьям, самые распространенные из них 105, 126, 127, 131, 132, 135, 158, 161, 168 и 228 УК РФ.

Группу сравнения составили заключенные ФКЛПУ КТБ-17 ОИУ-1 ОУХД ГУФСИН России по Пермскому краю, являющимся многопрофильной больницей тюремного типа, куда помещались осужденные больные из исправительных колоний Пермского края и Республики Коми, с установленными судом конкретными (от 5 до 12 лет) сроками отбывания наказания (ст.107, 108, 109, 111, 112, 122, 124, 158, 161, 168, 228 УК РФ) – 30 человек.

Первая подгруппа респондентов из числа «пожизненников» была сформирована из отбывших срок наказания в течение 5-10 лет. Средний возраст обследованных составлял  $28 \pm 6$  лет. Три человека имели начальное, 18 – среднее, 7 – средне-специальное (рабочие профессии), 2 человека – высшее образование. 16 заключенных были женаты и имели детей, 9 состояли в гражданском браке, остальные были холосты.

Вторая подгруппа из осужденных на ПЛС включала испытуемых, которые уже отбыли наказание свыше 10 лет. Учитывая, что прием этой категории преступников начался в эту колонию еще в 1996 году, эти осужденные являлись ее старожилками. Средний возраст обследованных –  $42 \pm 5$  лет. Образовательный уровень у них был также низким: начальное образование (3-5 классов) имели 5 человек, средне-специальное – 3, среднее – 17, хотя 5 заключенных имели незаконченное высшее образование. 10 обследуемых этой группы были холосты, остальные состояли в официальном или гражданском браке и имели детей, в настоящее время разведены.

Осужденные к срочному заключению были в возрасте  $27 \pm 7$  лет. Большинство из них ( $n=20$ ) имели средне-специальное образование (уровень ПТУ), 1 – высшее, 5 – общее среднее,

4 – неполное среднее. До привлечения к уголовной ответственности 12 из них имели постоянную работу, остальные либо не работали, либо имели временный заработок. 19 обследованных состояли в гражданском браке, 1 – в зарегистрированном, другие отвечали, что они одиноки. Четверо осужденных имели детей.

Контрольная группа состояла из законопослушных мужчин, не имевших ранее судимости. Средний возраст составил  $28 \pm 8$  лет с общим средним ( $n=5$ ), средне-специальным ( $n=16$ ), незаконченным высшим ( $n=7$ ) и высшим ( $n=2$ ) образованием. По роду деятельности они были в основном работниками торговли и сферы обслуживания или относились к техническому персоналу больницы. 15 из них были женаты, 12 – состояли в гражданском браке, 3 – были холосты, половина из обследованных имела детей.

Предварительно были изучены литературные источники и все доступные материалы по пожизненно осужденным, условиям их пребывания в исправительной колонии на сайтах Интернета. Нас интересовали также мнения о них инспекторов, непосредственно осуществляющих надзор, использовались возможности наблюдать за поведением осужденных к ПЛС во время беседы, проведения психодиагностического исследования, в других возникших ситуациях.

Аналогичная работа осуществлялась и с осужденными из группы сравнения. Отличительной особенностью для них являлось значительная широта личной свободы, возможность передвижения внутри госпиталя, обилие межличностных контактов, свободного, нерепрессированного проявления чувств, вербальной агрессии и т.п.

Беседа и психодиагностическое обследование с осужденными к ПЛС осуществлялось в специально отведенном помещении, оснащенном «тревожной кнопкой», под тщательным надзором младшего инспектора. Испытуемым предъявлялись тексты опросников, бланки для заполнения, в которых осужденные делали отметки карандашом. Вопросы также дублировались устно. Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в процессе выполнения ими предложенных заданий, а также в иных ситуациях, когда для этого предоставлялась возможность. По своему характеру наблюдение

являлось выборочным, невключенным, обобщенным, неформализованным в соответствии с систематикой Л.А. Рёгуш [29].

Психодиагностическое исследование проводилось с помощью:

1) опросника диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI), в модификации А.К. Осницкого [26]. Подсчет данных по шкалам опросника Басса-Дарки осуществлялся в «сырых» баллах, что позволило сопоставить их с результатами аналогичных исследований, выполненных в том же ключе. Интегральный показатель агрессивности устанавливался индексом агрессивности (ИА), который представляет собой сумму значений физической, косвенной, вербальной агрессии; индекс враждебности (ИВ) включает компоненты обиды и подозрения. Нормой ИА считается величина, равная  $21 \pm 4$ , ИВ –  $6,5-7 \pm 3$ . Рекомендуется определять также уровень агрессивной мотивации (ИАМ), определяемый суммой значений физической, вербальной агрессии и склонности к раздражению. Его предельное значение составляет 34 балла. При этом необходимо учитывать, что  $УАМ \approx ИА$ . Если  $УАМ > ИА$ , то имеется потенциал агрессии. Если  $УАМ < ИА$ , то идет подавление личности [9];

2) опросника «Воспринимаемый индекс вины» Perceived Guilt Index (PGI), авторы – Дж. Оттербахер и Д. Минц [22]. Опросник состоит из двух шкал, которые измеряют эмоциональное переживание чувства вины как состояния (G-state) и как генерализованной Я-концепции (черты) (G-trait). Спектр переживаний включает в себя 11 позиций, располагающихся в континууме значений от 1,1 («невиновный») до 10,4 («не заслуживающий прощения»). Содержательная сторона переживаний интерпретировалась по толковому словарю Т.Ф. Ефремовой [13]. Индекс вины вычислялся по формуле:  $(G\text{-state} - G\text{-trait}) + 10$ : если полученное значение выше 10, значит интенсивность реакции чувства вины выше, а если ниже 10, то, соответственно, интенсивность реакции чувства вины ниже обычных переживаний.

Статистическая обработка данных осуществлялась на основе t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

1. Результаты беседы и наблюдения заключённых.

Из бесед с инспекторами, осуществляющими надзор за осужденными к ПЛС, создано впечатление, что у них имеется несколько предвзятое отношение к заключенным, основанное на чувствах презрения, унижения. Многие отзывались о них как о «нелюдях», недостойных сочувствия, которые непредсказуемы в поведении и «себе на уме», как о «психах», от которых можно ожидать чего угодно. Они отмечали, что для этой категории преступников агрессивность носит кратковременный, импульсивный характер, которая проявляется чаще всего по отношению к сокамернику: «Такой человек может месяцами вести себя спокойно, накапливая раздражение и недовольство к своему партнеру, с которым уже тысячи раз обо всем переговорил, в котором знакома каждая черточка его внешности и поведения, и от которого никоим образом невозможно избавиться». По рассказам инспекторов, вспышки агрессии у осужденных бывают нечасто, но они могут проявляться грубым физическим насилием вплоть до попыток убийства своего напарника. Однако этого никогда не происходит ввиду немедленного пресечения таких действий с последующим применением репрессивных мер со стороны администрации. Нас интересовали также проявления суицидальной активности заключенных, на что был получен ответ, что подобные мысли и даже намерения у осужденных к ПЛС имеются, однако их реализация, как и гетероагрессивных действий, практически невозможна.

Беседа с осужденными к ПЛС, мы не обнаружили у них внешних проявлений агрессии, понимая, что многое в их отношениях между собой, а также с сотрудниками колонии остается «за кадром». Большинство из них в начале беседы держались скованно, замкнуто, на вопросы отвечали осторожно, проявляли тревожность. Для многих беседа с экспериментатором была своеобразной отдушиной от их сенсорной депривации, вносила разнообразие и эффект новизны, поэтому они охотно шли на контакт. Главными интересами у них были новости о том, что происходит в мире, в стране, за пределами колонии. Однако, отвечая на задаваемые вопросы, они иногда отвлекались от темы, начинали говорить о чем-то своем, затем как бы стряхивали с себя «наплыв мыслей» и снова включались в разговор.

Средние значения показателей агрессии у респондентов

Виды агрессии	Осужденные к пожизненному лишению свободы		Осужденные к срочному заключению – группа сравнения (n=30)	Законопослушные граждане – контрольная группа (n=30)
	Отбывшие наказание от 5 до 10 лет (n=30)	Отбывшие наказание свыше 10 лет (n=30)		
Физическая агрессия	2,93	6,2	4,83	2,53
Вербальная агрессия	3,8	7,23	5,88	3,1
Косвенная агрессия	2,73	6,03	4,9	2,53
Негативизм	1,43	2,8	2,07	1,23
Раздражение	2,97	6,9	6,9	2,91
Подозрительность	2,43	6,1	4,86	2,4
Обида	3,63	6,0	5,17	2,0
Чувство вины	4,0	7,1	6,07	3,77
Индекс агрессивности (ИА)	9,46	19,46	15,61	8,16
Индекс враждебности (ИВ)	6,06	12,1	10,03	4,91
Уровень агрессивной мотивации (УАМ)	9,71	20,32	17,61	8,56

Осужденные старшего возраста выглядели более апатичными и опустошенными. В целом их поведение соответствовало описаниям данным в литературе [3, 24].

Наблюдение за осужденными к срочному заключению в процессе индивидуальных бесед и выполнения ими психодиагностических заданий показало, что эти лица по большей части проявляют открытость, доброжелательность, вежливость, соблюдают дистанцию и умеют себя сдерживать. Несколько иная картина наблюдалась в ситуациях их межличностного взаимодействия, в которых нередко, с одной стороны, присутствовала грубость, цинизм, инвективная лексика, угрозы, оскорбления, с другой – ответная ругань, перебранка, раздражение, злость, не доходящая, однако, до прямых стычек.

Вербальная агрессия, как и мат, являлись для осужденных «легальным» способом разрядки эмоций. Суицидальных мыслей никто из заключенных этой группы не высказывал.

2. Результаты психодиагностического исследования.

В таблице 1 представлены данные, полученные с помощью опросника Басса-Дарки. В оценке результатов осужденных мы ориенти-

ровались на данные, представленные в 2000 году М.Е. Сандомирским с соавт. для категорий преступников, отбывавших наказание в колонии общего режима [30].

Установлено, что осужденные, отбывшие пожизненный срок 5-10 лет, демонстрируют низкие показатели агрессии, сопоставимые с нормами для обычных граждан, установленными А.К. Осницким [26], и значительно более низкие значения, чем у преступников, чей срок предполагаемого освобождения определен судом [30].

В нашем исследовании результаты декларируемой агрессивности осужденных к ПЛС данной группы были сопоставимы с самооценкой агрессивности законопослушных испытуемых контрольной группы. Статистически значимые различия установлены только по параметру «обида» ( $p < 0,05$ ).

Обида у А. Басса описывается как «зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия». В контексте рассматриваемой здесь темы она служит самооправданию поведения преступников, поискам внешних виновников, возмущению «несправедливостью приговора» и др., что отмечают большинство исследователей.

Отбывающие начальный срок ПЛС в сравнении с осужденными к срочному заключению декларируют в 1,5-2 раза меньшие уровни вербальной и косвенной агрессии ( $p < 0,01$ ) и 1,5-2,5 раза меньшие показатели физической агрессии, раздражения, подозрительности, обиды и чувства вины, а также индексов агрессивности и враждебности ( $p < 0,001$ ), за исключением негативизма, показатели которого не обнаружили статистически значимых различий и располагались в границах нормативных значений [26, 30].

Итак, первый вывод, который можно сделать на основе наших исследований, позволяет говорить о том, что агрессивность осужденных к ПЛС, отбывших первые 5-10 лет пожизненного срока, декларируется как заниженная. Для объяснения этого факта нами выдвинута гипотеза о «подавленной агрессивности». Иными словами, в условиях строгой изоляции и отсутствия каких-либо послаблений режима такие осужденные сконцентрированы лишь на выживании, так как любые проявления внешней агрессии или аутоагрессии не только строго пресекаются, но и служат основанием для немедленного применения санкций. Наши наблюдения, как и данные литературных описаний личности преступников, говорят о скорее депрессивном статусе этих респондентов [2, 6, 25, 37]. Послушное поведение служит для них также слабой, но все надеждой на условно-досрочное освобождение, о чём мечтают свыше 90% сидельцев [10], либо, хотя бы на последующее послабление условий пребывания. Индексы агрессивности и враждебности у них оказались невысокими, потенциал агрессии был низким ( $УАМ \approx ИА$ ).

У преступников, отбывших 10 и более лет из пожизненного срока, по сравнению с их предшественниками, большинство самооценочных параметров агрессии, а также интегральные показатели агрессивности и враждебности оказались увеличенными в 2-2,5 раза ( $p < 0,001$ ), а вербальная агрессия и негативизм в 1,9 раза ( $p < 0,001$ ). Потенциал агрессии в абсолютных цифрах у них оказался более высоким ( $УАМ > ИА$ ). Как видно из таблицы 1, по многим параметрам агрессии (негативизм, раздражение, обида, чувство вины, ИА, ИВ) они приближаются к группе преступников, осужденных к срочному заключению, а по осталь-

ным превышают их ( $p < 0,01$ ). Что происходит реально в психике осужденного в этот период, сказать трудно, так как фиксированные случаи открытого выражения агрессии, хотя и имеют место, как уже было сказано выше, носят эпизодический характер, приобретая форму кратковременных вспышек. Можно предположить, что пройдя значительный путь адаптации к жестким тюремным требованиям, и заслужив тем самым небольшое послабление режима, они показывают свое «истинное лицо», свой агрессивный статус, когда уже «нечего терять». Иными словами, происходит своеобразное «аккумуляция» агрессии, которая ищет, но пока не находит способа разрядки.

Вопрос о степени «осознаваемости» и «загаенности» подавленной и аккумулятивной агрессии остается открытым и подлежит уточнению.

В этой связи вспоминается сюжет рассказа английского писателя Ивлина Во «Коротенький отпуск мистера Лавдея» об одном душевнобольном, который десять лет терпеливо пребывал в условиях психиатрической больницы, ни коим образом не показывая своего безумия, а затем был выписан по настоянию родственников. Через два часа он вернулся в больницу «на совсем» со странной, «доброй» улыбкой на лице, сообщив, что много лет тешил себя надеждой на небольшую вылазку, которая оказалась недолгой, но «в высшей степени приятной». Первое, что он сделал, выйдя из больницы, – совершил убийство безвинной жертвы, молодой женщины, которая всего-то и натворила, что позволила обогнать его на велосипеде [11].

С этих позиций уместным является постановка вопроса о введении в действие ч. 5 ст. 79 УК РФ, предусматривающей условно - досрочное освобождение ПЛС после отбытия наказания ими в течение 25 лет, при прочих дополнительных условиях. У некоторых «пожизненников» этот дедлайн уже приближается. Но если, согласно нашим данным, уровень агрессивной мотивации через 10 лет пребывания в колонии строгого режима возрастает как минимум в 2 раза при внешне «благопристойном» поведении, должны быть даны полные и научно обоснованные гарантии при их освобождении, что преступного рецидива больше не произойдет.



Показатели чувства вины у респондентов

Группы	Показатели чувства вины			
	Опросник Басса-Дарки	Опросник «Воспринимаемый индекс вины»		
		G-state	G-trait	Индекс чувства вины
Пожизненно осужденные, отбывшие наказание от 5 до 10 лет (n=30)	4,0	6,14	6,28	9,81
Пожизненно осужденные, отбывшие наказание свыше 10 лет (n=30)	7,1	5,37	5,7	9,77
Осужденные к срочному заключению (n=30)	6,07	4,18	5,54	9,12
Законопослушные испытуемые (n=30)	3,77	5,75	5,93	9,72

В таблице 2 представлены данные, характеризующие проявления чувства вины у обследованных преступников.

Как видно из табл. 2, близкие друг к другу и к «норме» показатели чувства вины, измеряемые опросником Басса-Дарки, демонстрируют законопослушные мужчины и осужденные на ПЛС, отбывшие наказание 5-10 лет ( $p > 0,05$ ), и сравнительно более высокие – осужденные к срочному заключению и к ПЛС, отбывшие наказание более 10 лет ( $p > 0,05$ ). Показатели первой группы осужденных в целом близки к параметрам, представленным М.Е. Сандомирским с соавт. [30] и О.М. Манхаевой [20]. Относительно низкие показатели чувства вины у осужденных к ПЛС, отбывших наказание 5-10 лет, по нашему мнению, можно объяснить все тем же феноменом «подавленной агрессивности»: у этой категории осужденных все самооценочные параметры агрессии, измеряемые опросником Басса-Дарки, приобретают значительно более низкие значения, чем у обычных преступников. Вместе с тем, межгрупповое сравнение показывает на более высокие (в 1,6 раз) уровни чувства вины у осужденных к срочному заключению, чем законопослушных граждан ( $p < 0,05$ ). Пожизненный срок заключения является значимым фактором в переживании чувства вины: она возрастает более чем в 1,7 раза у преступников, чей срок отбытия наказания перевалил за 10-летний рубеж ( $p < 0,001$ ). Её значения несколько превышают средние показатели чувства вины преступников, установленные в других исследованиях [21, 31, 34 и др.]. Вполне вероятно, что только на этом этапе осужденные начинают испытывать чувство вины в том понимании, как его

определял А. Басс: «отношение и действия по отношению к себе и окружающим, проистекающие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает нехорошо (вредно, злобно или бессовестно)». Чувство это обращено на себя, направлено на обрушение образа «Я», самооценки, погружение в депрессию. Исцеление от нее возможно только через покаяние и полное «отпущение грехов» за содеянное. Для насильников и убийц, осужденных пожизненно, это непрощённое (следовательно, все еще наполненное злобностью и ненавистью) чувство, и оно усиливается параллельно с другими параметрами агрессивности и враждебности, которые возрастают в сравнении с предшествующей группой испытуемых в 2-3 раза. Самый простой способ избежать чувства вины – самоубийство, но оно в крайне строгих условиях пребывания в колонии практически неосуществимо. Осужденные обречены жить, исходом может быть только естественная смерть, приближенная болезнями и старостью. Варианты жизни скудны и ограничены, один из них – погружение в религию, другой – в безумие, в пенитенциарный аутизм [24].

Иная картина наблюдается при оценке вины как состояния и как черты личности. Полученные средние значения были подвергнуты интерпретации, соотносились с соответствующими индексами самооценки эмоционального состояния. Оказалось, что слабые различия имеют осужденные к срочному заключению и пожизненно лишённые свободы, отбывшие наказание от 5 до 10 лет ( $p < 0,05$ ), переживающие вину «здесь и сейчас» (G-state), в большей степени – последние. Вина, как черта лично-

сти, не выявила статистически значимых различий. Более интересным оказался качественный анализ ответов испытуемых. Оказалось, что законопослушные испытуемые больше тяготеют к позиции «разочарованный» (индекс 5,9) по обеим субшкалам. «Разочарование» по Т.Ф. Ефремовой – чувство, состояние неудовлетворенности от чего-либо несбывшегося; утрата веры в кого-либо, что-либо.

Осужденные к срочному заключению как черту выделяют позицию «раздражительный» (ближайший индекс 5,3), а как состояние – «подавленный» (индекс 4,3). Раздражительным считается человек, приходящий в озлобленное, раздраженное состояние; испытывающий чувство гнева, досады, недовольства. «Подавленный» описывается как находящийся в угнетенном, удрученном настроении.

Для ПЛС, отбывших наказание 5-10 лет, обе субшкалы укладывались в границы, близкие к экстрапунитивному значению «осуждающий» (то есть высказывающий неодобрительное мнение, порицание), с индексом, близким к 6,8. Оно сродни к описанному ранее агрессивному чувству обиды как реакции на «несправедливое осуждение». У ПЛС, отбывших более 10 лет заключения, вина-черта характеризовалась эмоциональной характеристикой «разочарованный», вина-состояние – «раздражительный».

Примечательно, что при оценке вины как состояния общее количество ответов, соответствующих крайней позиции «не заслуживающий прощения» с индексом 10,4 у преступников, отбывающих ПЛС свыше 10 лет, все же было в два раза больше – против других категорий осужденных, что может свидетельствовать о том, что некоторые из них все же испытывают глубокое раскаяние за содеянные ими проступки.

Полученные нами результаты не дают основания сделать вывод о том, что преступники, осужденные к ПЛС, в большей степени переживают чувство вины в сравнении с лицами с определенным сроком освобождения. Её уровни не достигают высоких значений. Вполне вероятно, что средние показатели вины у заключенных указывают на приспособительную функцию этого чувства, что согласуется с наблюдениями И.А. Белик [5]. Кроме того, состояние вины может ассоциироваться с разными эмоциональными проявлениями: подавленностью, разочарованием, раздражительностью.

В завершении статьи следует сказать несколько слов о суицидологическом аспекте рассматриваемой здесь проблемы. Большинство криминологов относят осужденных к ПЛС к группе риска по совершению суицида. Так, среди лиц, совершивших три и более убийств, выявлено максимальное количество преступников, склонных к самоубийству [10]. Тем не менее, попытки суицида в колониях для осужденных к ПЛС крайне редки [23]. Кончат собой обычно в СИЗО, после вынесения приговора, в ожидании этапирования в специальную колонию для бессрочного отбывания наказания.

В литературе описан обобщенный портрет рецидивного преступника-суицидента: «Мужчина 34-45 лет, неженатый, с основным общим образованием, не страдающий психическими и физическими недостатками, ранее отбывавший наказание в виде лишения свободы за корыстно-насильственные преступления и вновь осужденный за аналогичные преступления, отбывающий наказание в исправительной колонии строгого или особого видов режима, находящийся, как правило, на строгих условиях отбывания наказания, отбывший свыше года от назначенного срока наказания, не имеющий права перевода в колонию-поселение, а также на условно-досрочное освобождение, являющийся, как правило, злостным нарушителем установленного порядка отбывания наказания, состоящий в группировках отрицательной направленности, не имеющей связи с семьей и родственниками, неверующий» [40]. Вычленив из этого портрета типические признаки, общие для преступников, осужденных к срочному и бессрочному заключению, можно выделить ряд антисуицидальных факторов, касающихся ПЛС: тотальный контроль поведения, принудительность существования, невозможность включения в тюремную иерархию, покорность, сохранившиеся контакты с родственниками, относительная психическая сохранность, обращение к религии.

Выводы.

1. Отбытый срок заключения осужденных к ПЛС является значимым фактором в самооценке ими своих агрессивных тенденций. Будучи невозможной в своих проявлениях в жестких условиях отбывания режима наказания в колонии, агрессивность ПЛС в первые 5-10 лет внутренне подавляется, и субъективно определяется ими как низкая. Осужденные, отбывшие 10-летний и более срок, деклариру-

ют более высокие уровни агрессии, способны её аккумулировать, не находя возможности к разрядке.

2. Чувство вины осужденных к ПЛС противоречиво: оно наполнено враждебностью у отбывших наказание первые 5-10 лет, и большим раскаянием преступников, кто отбыл наказание свыше 10 лет.

3. Аутоагрессивное и суицидальное поведение осужденных к ПЛС в той же степени мало возможно, как и гетероагрессивное. Осужденные к ПЛС проговорены к жизни и обречены умереть от естественных причин.

Литература:

1. Антонян Ю.М. Общая психологическая характеристика лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы // Проблемы острова помилованных убийц. – Вологда, 1996. – С. 29-30.
2. Антонян Ю.М., Верещагин В.А. Убийцы, отбывающие пожизненное лишение свободы // Государство и право. – М.: Наука, 1999. – № 11. – С. 44-50.
3. Антонян Ю.М., Могачев М.И., Смирнов В.В. Убийцы, отбывающие пожизненное лишение свободы // Общество и право. – 2010. – № 2. – С. 148-153.
4. Баламут А.В. Осужденные к пожизненному лишению свободы и пути оказания им психологической помощи: монография. – М.: PRI, 2009. – 198 с.
5. Белик И.А. Чувство вины в связи с особенностями развития личности: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. – М., 2003. – 26 с.
6. Бовин Б.Г., Славинская Ю.В. Криминологические и психологические характеристики лиц, осужденных к пожизненному лишению свободы // Прикладная юридическая психология. – 2011. – № 1. – С.98-107.
7. Бовин Б.Г., Славинская Ю.В. Типология временных перспектив осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы // Человек: преступление и наказание. – Рязань: Акад. ФСИН России, 2011. – № 4 (75). – С. 110-114.
8. Бовин Б.Г., Славянская Ю.В. Динамика личностных изменений осужденных в процессе отбывания пожизненного лишения свободы // Реформирование пенитенциарных учреждений и актуальные вопросы ресоциализации осужденных (в свете требований Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года). Сборник материалов международной научно-практической конференции (Вологда, 24-25 ноября 2011 г.): В 2 ч. – Вологда, 2011. – Ч. 1. – С. 189-193.
9. Бруннер Е.Ю. Методика диагностики показателей форм агрессии А. Басса и А. Дакри (адаптация А.К.Осницкого) [Электронный ресурс]. – URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/41-bd>
10. Вавилова Л.В., Кирюхина Е.Л. Особенности личности осужденных, отбывающих наказание в виде пожизненного лишения свободы // Российский следователь. – М.: Юрист, 2005. – № 6. – С. 44-47.
11. Во И. Мерзкая плоть. Возвращение в Брайдсхед. Незабвенная. Рассказы. – М.: Прогресс, 1979. – С. 609-616.
12. Детков А. П. Пожизненное лишение свободы: Уголовно-правовые и уголовно - исполнительные аспекты: автореферат ... дис. канд. юрид. наук: 12.00.08. – Томск, 1996. – 20 с.
13. Ефремова Т.Ф. Новый толково - словообразовательный словарь русского языка. – М.: Дрофа; Русский язык, 2000. – 1233 с.
14. Ищенко О.Е. Особенности режима содержания осужденных при исполнении и отбывании наказания в виде пожизненного лишения свободы // Российский следователь. – М.: Юрист, 2013. – № 22. – С. 32-34.
15. Кирюхина Е.Л. Уголовно-правовые и исполнительные аспекты применения наказания в виде пожизненного лишения свободы: автореферат ... дис. канд. юрид. наук: 12.00.08. – М., 2008. – 24 с.
16. Кокурин А.В., Селиверстов В.И. Осужденные к пожизненному лишению свободы. По материалам специальной переписи осужденных и лиц, содержащихся под стражей, 12-18 ноября 2009 г. / под ред. В.И. Селиверстова. – Вып.4. – М.: ИД «Юриспруденция», 2011. – 98 с.
17. Кокурин А.В., Славинская Ю.В. К вопросу о психологическом сопровождении осужденных к пожизненному лишению свободы в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы // Юридическая психология. – 2010. – № 2. – С. 25-28.
18. Куликов В.Число пожизненных приговоров выросло в пять раз // Российская газета – Федеральный выпуск. – № 5182 (103) от 14 мая 2010 г.
19. Мальцева Ю.А. О возможности исправления осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы // Теоретические и прикладные проблемы деятельности уголовно - исполнительной системы. Сборник научных трудов. – М.: Изд-во НИИ УИС Минюста России. – 2004. – № 1. – С. 122-124
20. Манхаева О.М. Переживание чувства вины у мужчин с различной социальной направленностью: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. – Хабаровск, 2012. – 23 с.

21. Манхаева О.М., Кадыров Р.В. Чувство вины и стили межличностного поведения у заключенных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях // Прикладная юридическая психология. – 2011. – № 4. – С. 68-75.
22. Методика «Воспринимаемый индекс вины» (PGI) [Электронный ресурс]. URL: <http://psycabi.net/testy/518>
23. Мордовская «единичка» – приговоренные к жизни [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.tyurma.com/mordovskaya-edinichka-prigovorenyye-k-zhizni>
24. Мухина В.С. Отчужденные: Абсолют отчуждения. – М.: Прометей, 2009. – 704 с.
25. Мухина В.С. Пожизненно заключенные: мотивация к жизни // Развитие личности, 2002. – № 3. – С. 51-60; № 4. – С. 100-114; 2003. – № 1. – С. 97-117; № 4. – С. 121-143; 2004. – № 1. – С. 118-130; № 2. – С. 128-145; № 3. – С. 115-127. №4. – С. 97-106; 2005. – № 1. – С. 157-175; № 2. – С. 137-142; №3. – С. 82-93; № 4. – С.100-114; 2006. – № 1. – С.110-118; № 2. – 141-146; №3. – С. 145-151; № 4. – С. 89-101.2007. – № 1. – С.138-151; № 2. – С.194-198; № 3. – С. 147-154; 2008. – № 1. – С. 124-136; № 2. – С.138-151; № 3. – С. – С.149-166; № 4. – С.53-68; 2009. – № 1. – С.97-110.
26. Осницкий А.К. Психология самостоятельности. Методы исследования и диагностики. – М.-Нальчик, 1996. – С. 51-56.
27. Пожизненное лишение свободы в России [Электронный ресурс]. – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> – [Даты обращения 28.02.2014 и 08.01.2015].
28. Попов В.В. Психологические характеристики осужденных, отбывающих наказание пожизненно // Проблемы острова помилованных убийц. – Вологда, 1996. – С. 13-14.
29. Регуш Л.А. Практикум по наблюдению и наблюдательности. – СПб.: Питер, 2001. – 176 с.
30. Сандомирский М.Е., Гизатуллин Р.Х., Аминев Г.А., Еникеев Д.А. Психологическая диагностика лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы: методические рекомендации. – Уфа, 2000. – 25 с.
31. Сафуанов Ф.С., Киренская А.В., Ткаченко А.А., Телешева К.Ю., Корнилова С.В., Мямлин В.В. Патохарактерологические особенности лиц с психическими расстройствами, склонных к импульсивной агрессии [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2013. – Т.6. – № 29. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n29/831-safuanov29.html>
32. Славинская Ю.В. Психические состояния лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы: автореферат дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.06. – Рязань, 2002. – 24 с.
33. Славинская Ю.В., Бовин Б.Г. Личность осужденного, отбывающего пожизненное лишение свободы: социально-демографические и криминологические аспекты // Коченовские чтения «Психология и право в современной России», 2010. – С. 188-192.
34. Тевосян Н.Р. Самосознание лиц, склонных к инструментальной агрессии: автореферат дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01. – М., 2011. – 24 с.
35. Третьяк Е.С. Изучение личности осужденных к пожизненному лишению свободы как основа проведения социально-психологической работы // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – Вологда, 2013. – № 4 (24). – С. 55-60.
36. Узлов Н.Д. Декларируемая агрессивность законопослушных граждан и осужденных к различным срокам лишения свободы, диагностируемая опросником Басса–Дарки // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2014. – № 2 (18). – С. 100–110.
37. Узлов Н.Д. Чувство вины у осужденных с разными сроками лишения свободы //Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник научных статей III-й Международной научно-практической конференции / под ред. Р.В. Кадырова. – Владивосток: Морской государственный университет, 2014. – С. 245-252.
38. Узлов Н.Д., Сайдали Е.А. Самооценка агрессивности и стилей межличностных отношений осужденными к пожизненным срокам лишения свободы // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Том 20. – С. 1551-1555.
39. Узлов Н.Д., Сайдали Е.А. От подавленной к аккумулированной агрессии: как осужденные к пожизненному лишению свободы оценивают свою агрессивность // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 47-49.
40. Шахманов Р.А. Предупреждение самоубийств среди осужденных к лишению свободы (правовые и криминалистические аспекты): автореферат ... дисс. канд. юрид. наук: 12.00.08. – М., 2001. – 24 с.
41. Шиханцов Г.Г. Юридическая психология. Учебник для ВУЗов. – М.: Зерцало, 1998. – 341 с.

SENTENCED TO LIFE: SELF-ASSESSMENT  
OF AGGRESSION AND SENSE OF GUILT  
OF CONDEMNED TO LIFELONG TERMS  
OF IMPRISONMENT

N.D. Uzlov

Berezniki Branch of the Perm State National Research University,  
Berezniki, Russia

The review of literature and results of empirical research of the self-assessment of aggressiveness, styles of the interpersonal relations and sense of guilt of those who are sentenced to the lifelong imprisonment, are presented in this article.

Two groups of imprisoned were studied depending on the term of the served sentence – less than 10 years of imprisonment and more than 10 years, in comparison

with groups of the condemned to the urgent conclusion and law-abiding men. Interview, supervision, psychodiagnostic questionnaires (Buss-Durkee Hostility Inventory, Perceived Guilt Index by John R. Otterbacher & David C. Munz) were used. It was established that those who stayed in prison from 5 to 10 years had lower levels of aggression in comparison with the criminals who were in jail for 10 and more years. For an explanation of these distinctions the hypotheses of «the suppressed aggression» and «the accumulated aggression» are offered. It was shown that the convicts who served the sentence over 10 years, more intensively and more deeply experience the feeling of guilt.

*Keywords:* sentenced to life imprisonment, identity of the criminal, aggressivity, the suppressed aggression, the accumulated aggression, sense of guilt, suicide.

УДК: 616.89–008.44

**ПРИЗНАНИЕ В ЛЮБВИ  
(О книге Лианы Алавердовой «Брат мой, брат мой...»)<sup>1</sup>**

Е.Б. Любов<sup>1</sup>, Н.Б. Левина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Левина Нелли Борисовна – председатель Общероссийской общественной организации инвалидов (ОООИ) вследствие психических расстройств «Новые возможности». Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3.

E-mail: levinan36@gmail.com

В расширенном реферате исповедальной книги сестры жертвы самоубийства показаны внутренняя картина горя потери, важность широкого просвещения населения и третичной профилактики как интегральных частей типовых антикризисных программ.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, бремя семьи, рассказы, лечение, профилактика.

*Кто сказал нам, что жизнь  
надо оценивать при помощи смерти,  
А смерть при помощи жизни?  
Нет ничего справедливее счастья.*

*Метерлинк*

«Одна смерть – трагедия, тысячи – статистика»? В прошлом году с нами не захотели жить почти 30 тысяч соотечественников, но бремя самоубийств не сводится к официальному усредненному уровню смертей, представляющему вершину айсберга. Так, рядом пора-

<sup>1</sup>Лиана Алавердова – уроженка Баку, поэт, прозаик, эссеист и переводчик. Живет в Нью-Йорке, работает в Бруклинской публичной библиотеке. Книга выходит в издательстве ОООИ «Новые возможности».

женные осколками добровольно погубленной судьбы: родственники и друзья погибших, соученики и сотрудники, соседи и читатели газетной хроники («труп к завтраку»), случайные свидетели...

«Частные истории» жертв суицида, ужаснувшихся и выживших, повествуют о уделе человека, путях изменения себя и жизни. Многого человеку дано. Пока он жив. Каждому свой черед и своя школа изучать *«науку расставания в простоволосых жалобах ночных»* (Мандельштам О.).

Беременная кореянка молила усопшего суженного: *«Я не могу забыть в этом мире, и горечь моя не имеет границ. Прочти это письмо, явись во снах и ответь мне»*.

Через 400 лет вдова сраженного инфарктом советского 40-летнего ученого *«... опять среди ночи проснулась, как просыпалась теперь каждую ночь, будто кто-то привычно и злобно будил ее толчком: думай, думай, старайся понять! Она не могла. Ни на что, кроме самомучительства, не было способно ее существо. Но то, что будило, требовало упорно: старайся понять, должен быть смысл, должны быть виновники, всегда виноваты близкие, жить дальше невозможно, умереть самой. Вот только узнать: в чем она виновата...»* (Трифонов В. «Другая жизнь»).

*«Раньше он думал ..., что можно утолить тоску, возвратившись туда, где они были счастливы, а если не утолить, то хотя бы поторопить, слегка подтолкнуть к порогу. Но взять над ней власть невозможно. Тоска сама забрала над ним власть. И он готовился в следующие месяцы и годы еще многому от нее научиться»* (Барнс Д. «Брачные узы»).

Боль утраты не связана напрямую со степенью родства, но в ранжире жизненных несчастий и потерь – гибель ребенка главенствует.

А. Мариенгоф упоенно внимал писку первенца: *«...затаив дыхание, я любовался, как он, задрав лапы, согнутые в коленках, дрыгает ими. Причем пятки у него были красные, как одесские помидорчики»*. Спустя 17 лет красавец, поэт, чемпион по теннису Кирилл повесится (как и его крестный, С. Есенин), а безутешному отцу останется заклинять: *«Никогда не забывайте, что дети очень скрытны, закрыты... Отцы, матери, умоляю вас: читайте*

*дневники ваших детей, письма к ним, записочки, прислушивайтесь к их телефонным разговорам, входите в комнату без стука, ройтесь в ящиках, шкатулочках, сундучках. Умоляю: не будьте жалкими трусливыми интеллигентами! Не бойтесь презрительной фразы сына или дочери: "Ты что, шпионишь за мной?" Это шпионство святое»*.

Психиатр И. Сикорский век назад сетовал на *«упадок нравов и высоких мотивов»*, равнодушие, распад человеческих отношений. В тургеневской «Маше» и чеховской «Тоске» извозчики изливают сеδοкам горе: у первого умерла жена, у Ионы – сын. Тургеневский собеседник сразу заметил печальное лицо извозчика и заговорил с ним о его несчастье, а у Ионы лишь лошадь внимает его тоске.

Кому повем печаль свою? После самоубийства слово за живыми. Вопреки ритуальному безмолвию (пронзительно и безнадежно «Молчание» Л. Андреева) перед фактом суицида, потрясенные смертью все же говорят иначе, чем об «обычной» кончине [9]. Пусть это горячка слов. По Полю Валери, в бессвязности сам образ суицида: *убивают всё, целостность*. После самоубийства ближнего освобожденные слова избавляют от нагромождения разрозненных причин, «чтобы не отсечь лишнего». За «отредактированным сценарием» образ романиста не по своей воле.

Покончивший с собой помещает свой психологический скелет в шкаф близких [8]. В откровениях обилие догадок вопреки пробелам и хаотичности знания, неустанный поиск причин и следствий. *«Он убил себя потому, что...»*. Обычно «все, что было после этого – из-за этого» при недопонимании, отказе принять суть свершившегося (вряд ли «истина» открылась напоследок и жертве суицида).

«Подранки» до изнеможения перематывают киноленту судьбы погибшего в обратном порядке. Вновь и вновь истязают себя: *«Как я это допустил?», «Где были мои глаза и уши, голова?»*.

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

*«Кабанов. Хорошо тебе, Катя! А я-то зачем остался жить на свете да мучиться! (Падает на труп жены.)»* (Островский А.Н. «Гроза»).



А. Мариенгоф и С. Есенин

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

Смерть от суицида, если не прекращает, то удручает жизнь, удерживает живых в сердцеvine кризиса. Семья утрачивает неотъемлемое право жить без социальной печати самоубийства [8] и отвечает вихрем боли на обвинения и, что горше, самообвинения. Во власти горя они стенают: *«Как показаться на людях?»*, *«Что станут о нас говорить?»*.

Можно ли научиться и научить «правильно» горевать? Единственное средство от горя – само горе?

*«Долго ли муки сея, протопоп, будет?»*. И я говорю: *“Марковна, до самая смерти!”* Она же, вздохня, отвечала: *“Добро, Петрович, ино еще побредем”*» (Аввакум. «Житие»).

Упомянутая выше молодая вдова (Трифонов Ю.) вопрошает с надеждой у вдовы со «стажем», уйдет ли, притупится боль. «Никогда», – обреченно в ответ. Возможно, речь об особых близких, не способных находить позитив и выразить себя в настоящем. Люди обречены *жить с этим*, а психиатр отличит горе от дебюта клинической депрессии, препятствующей жить с непроходящей болью утраты.

«Внезапность» и преднамеренность трагедии, целенаправленность суицидента затрудняет природное исцеление и психотерапию. Обычно помощь близким (третичная профилактика) в руках самих утопающих, часто по неведению и нежеланию.

Любой рассказ – переосмысление невозвратных событий «Я-нынешним». По Бродско-

му: *«когда-уже-все-известно», но «еще-ничего-не началось»*. Ключ понимания человека в детстве: *«Там – корни»* (Цветаева М.).

Лиана бережно восстанавливает из рассыпанной мозаики воспоминаний близких и знакомых, писем – живой образ брата Вадима. Показан теплый открытый людям дом детства с избытком дорогих подробностей и мелочей счастья *«страны, которой нет и не будет»*. В знаковое время формирования личности природные силы брата раскованы и стихийны, но ведет его по жизни внутренний ребенок (*«Блажен кто смолоду был молод, / Блажен – кто вовремя созрел»*). Черствость к близким (иногда в противовес вниманию и шальной помощи посторонним), сумасбродство – во многом следствие недостаточной социальной интуиции.

Показан неординарный характер брата, смышленного, все ловящего налету. Однако *«тот, кто быстро пламенеет, тот и остывает вдруг»*. Все чаще в звенящую мелодию взросления вторгаются пока не столь настораживающие сторонние звуки. Конфликты дома, сомнительные дружки, отделение милиции, раннее увлечение спиртным, уходы из дому (психиатр скажет об уклоняющемся поведении). Испытанием на излом стала служба в армии, «школа характера». Предприимчивый и находчивый, Вадим отслужил положенный срок. Природный юмор (*«И смех, волиебный алкоголь, / Наперекор земному аду, / Журча, укачивает боль...»*) как способ психологической защиты – известное подспорье. Затем русские (израильские и американские) горки судьбы все круче и опаснее. Но жизненный путь с метаниями, не выстраданными и не осознанными провалами и легкими победами, извилистая тропа занятий и личной жизни лишь на сторонний взгляд алогичен.

Это траектория эмоционально неустойчивой, психологически незрелой, импульсивной личности. Любящая и любимая сестра зовет его Маленьким Принцем. Но Вадим представляет собой более вечного ребенка Питера Пена.

Если стабильно приподнятый фон настроения как характерологическая черта отца и сестры способствовали их социальному росту и природной жизнестойкости, то непрерывная синусоида колебаний настроения брата (пока-

заны его полюса-ипостаси) все более препятствовали жизни Вадима. Спады (замкнутость, подавленность) сменялись, без видимого периода ровного настроения, взбудораженностью с лавиной мало проработанных планов и поступков, близких к авантюрам. Обычные при непрерывных перепадах настроения смешанные состояния выражались раздражительностью, конфликтностью. Злоупотребление спиртным, коварным адаптогеном, тесно связано с аффектом.

Лиана называет жизнь «безрассудного» Вадима, источника забот семьи, «путем к трагедии». Суицидальный сценарий человека, изначально уязвимо к психосоциальному дистрессу, во многом провоцируемым им самим (так замыкается неразрывный круг несчастий), пишется с молодых ногтей.

Травма эмиграции, одиночество (поддержка друзей вынужденно эпизодическая, близкие – далеко), бытовая неустроенность, спиртное (нарушен ситуационный контроль – пьян в автобусе, конфликт с полицейским) обостряют социальные проблемы Вадима. Супружеские передеряги стали спусковым крючком развития (усугубления) тяжелой депрессии с идеями самообвинения, возможно, психотического уровня, приведшей к попытке самоубийства (как вовремя объявился друг!) и психиатрической госпитализации.

Психиатрический стандарт означает скорейшую выписку пациента, но преемственность помощи обычно желает лучшего, особенно при уклонении от поддерживающего лечения «выздоровевшего». Мы не знаем, как и чем лечили Вадима помимо двух встреч с психотерапевтом, но эффект антидепрессантов обычно сказывается лишь на 6-8 неделе (к этому времени Вадим был уже дома), и лечиться бы ему не менее полугода в сочетании с психотерапией. Видимо, в израильской больнице были облегчены острые симптомы, и риск суицида признан неактуальным. Хроническая депрессия не излечена, и обилие писем-ламентаций (о бремени его существования для близких) Вадима, приведенных в книге, с повторениями фраз и кружением вокруг «больной темы» указывает на неизбывную тревогу и расстройство последовательности («неуправляемый поток») мышления. У нас нет свидетельств о выраженных подъемах настроения (ско-

рее, повторные смешанные состояния) в дальнейшем, но близкие после воссоединения в США поражены «словом», внешним и внутренним, Вадима, что, кстати, свидетельство умозрительности разделения душевного и телесного. Меж тем при формально благополучном развитии событий у повторного эмигранта нарастают рассеянность, раздражительность, все более он уходит в депрессивную раковину при наложении психотравм (очередных неудач). Вадим тоскует по потерянному раю (был ли он), как Принц по покинутой Розе, понимая, что не построил Дом и разбил жизненный челн; привычно мечется. Типично двойственно относится к профессиональной помощи. Свойственное Вадиму рискованное поведение проявилось на пустынных улицах преступного района (возможно, искал «удар милосердия» из чужих рук как средство «полунамеренного» самоубийства). «Провокационным» поведением на собеседованиях Вадим пресекает любой шанс жизненного устройства. Хроническая депрессия с печатью малой ценности, самообвинений и понимания провала жизни – благодатная почва идей отношения, ощущения «повсеместного обмана и подвоха», особо в иноязычном окружении. Злоупотребление спиртным как средство самолечения – прекращено спонтанно по мере утяжеления депрессии. Но потеряно и чувство юмора, спасательный кружок в житейском море.



А.Г. Амбрумова



В отличие от асоциальных личностей, Вадим ответствен (пусть на расстоянии) перед сыном, пытается помочь ему материально; склонен винить себя в неудачах, а не окружающих и обстоятельства.

Чрезмерно опекающая мягкая сострада-тельная мать («амортизатор» конфликтов в семье), заботливо застилающая постель, отец, занятый гобеленами и учениками, многодетная работающая сестра и его славные племянницы не могли лишь любовью и преданностью противодействовать запущенной цепной реакции саморазрушения Вадима. Увы, отчий дом всегда тяготил его (дома был скучен, отчужден и молчалив), и вынужденное возвращение блудного сына стало еще одним унижением и свидетельством краха судьбы. Следование религиозным требованиям не приблизило Вадима к общине.

Согласно социологическому подходу [2], чем более человек вовлечен в семью, малую родину, религию, тем ниже риск суицида. Верно и обратное. Основоположник отечественной суицидологии, профессор Московского НИИ психиатрии А.Г. Амбрумова рассматривала самоубийство как следствие социально-психологического слома личности в условиях неразрешенного социального конфликта, как бегство от непереносимой жизненной ситуации [Подробнее: 5].

Лианой показана решающая роль на скорбном пути брата мук отчаяния, тревоги с ночными «перешагиваниями», безнадежности, душевной боли, не сравнимой с лютой физической. Так, Гаршин, бросившись в лестничный пролет и распостертый со сломанными членами, на неловкие вопросы доброхотов и неловких помощников: «*Больно ли?*», – указывал на израненное депрессией сердце: «*Здесь болит*».

Последние, бережно «реконструированные» близкими, дни Вадима – перечень типовых угрожающих знаков запланированного брутального («чтобы на этот раз наверняка») суицида, вплоть до зловещего предсмертного умиротворения.

*«Как только человек принимает решение уйти из жизни, он оказывается в изолированном, замкнутом, непроницаемом, но совершенно убедительном мире, в котором одна деталь подходит, соответствует другой, и каждое*

*происходящее событие подкрепляет принятое решение»* (самоописание поэта Аль Алвареса).

Лиане вторит некий вдовец: «*Я полагал, что Венди стало лучше, ей оставалось только держаться. Теперь понимаю, что именно в такие моменты люди наиболее ранимы. У них некий запас сил, они понимают, что с ними происходит, и это очень расходуется с тем, чего бы они хотели. Им кажется, что надежды нет, и это случилось с Венди»* [3].

Рассказ Лианы – материал для психологической аутопсии (посмертного анализа обстоятельств самоубийства). Вадим, как большинство жертв самоубийства, страдал невыявленным своевременно и нелеченным систематически душевным расстройством.

Депрессия – не насморк и требует систематического длительного лечения во избежание рецидива и многообразных тяжелых ее последствий. На уровне ряда стран прослежена обратная связь между назначением антидепрессантов и уровнем суицидов. Увы, лишь каждый десятый, страдающий депрессией, обращается к врачу, половина из них получает необходимые дозы антидепрессантов (наиболее эффективный и экономически оправданный для пациента и его семьи вариант) хотя бы полгода. Большинство пациентов, получающих морально устаревшие небезопасные (риск намеренной передозировки) антидепрессанты, прерывают лечение, выбирая бремя болезни завтра, но не муки побочных действий лечения уже сегодня, или занижают дозы препаратов, делая их неэффективными.

Обычно не болезнь сама по себе увеличивает риск суицида, но взаимосвязь с жизненными невзгодами и социальной неустроенностью («одиночество в толпе», незанятость).

Лиана – с завидной стрессоустойчивостью и гибкостью психики – остается слабой женщиной, неустанно вопрошающей без ответа, романтизирует образ Маленького Принца, но не сливается с героем повествования и не живет горем. Беда Лиану, «стойкого оловянного солдатика», сделала лучше, мудрее и терпимее. Ведь «*отчаяние Бог посылает нам не затем, чтобы убить нас, он посылает нам его, чтобы пробудить в нас новую жизнь*» (Гессе Г.).

Важен ресурс, мало реализованный пока в нашей стране, общественных организаций сампомощи. Работа профессионала и обученно-

го добровольца (как Лиана) со скорбящими [подробнее 1] обращена к освобождению от сковывающей связи с умершим, на возвращение к жизни, развитию новых отношений. В помощи другим автор ищет опору и непреходящей тоске. Исходя из выстраданного опыта горя и его преодоления, «пропуская» через душу и осмысливая массив научной и популярной литературы, автор предлагает возможные пути предупреждения катастрофы и самовосстановления помимо помощи профессионала (обращение к людям, творчество). Памятуя К. Юнга – назовем Лиану «раненым целителем».

В ткани изложения Лианы уместны метафоры депрессии от первого лица, вопреки тому, что душевные сферы обычно «*глагол не имут, слова найдут*». Понимание внутренней картины болезни необходимо для терапевтического союза пациента с врачом, согласованного следования плану лечения с ранжиром ценности поставленных сообща целей.

Рассказ Лианы вписывается в антологию исповедальных историй, собранных на сайте «Новых возможностей» (См. <http://nvm.org.ru/>) и вышедших отдельным изданием [7]. Внимание к просвещению и обучению реабилитируемых пациентов и их близких «суицидологической бдительности» не случайно. Выздоровливающие под двойным гнетом неутихшей болезни и её ограничений и растущих личных потребностей. Но таков опыт и посыл организации самопомощи: препятствовать «выученной беспомощности» и отчаянию душевнобольных и их близких через общение, обучение и взаимовыручку. Типографией общества, руками вчерашних тяжело больных выпущены тематическая газета, брошюры для семьи [6] по неисчерпаемой и вечной теме.

При трагичности повода и содержания – у книги Лианы открытый финал. Впереди, читатель верит, обычная жизнь семьи новых американцев, любящих друг друга, тоскующих по ушедшим и благодарных, что они были с ними.

Ведь пока о ком-то помнят – он жив.

Литература:

1. Алавердова Л. Один в поле, или размышления о волонтерской работе // Знамя. – 2012. – № 7. – С. 170.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд: Пер. с франц. 2-е изд. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
3. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Материалы. – Хельсинки, 2005. – 77 с.
4. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Местные суицидологические службы России: проблемы и решения // Социальная клиническая психиатрия. – 2014. – Том 24. – Вып. 4. – С. 10-20.
5. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
6. Пособие по предотвращению суицидальных попыток (Рекомендации для родственников) / С.В. Харитонов. – М.: Новые возможности, 2013. – 16 с.
7. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное / Под ред. И.Я. Гуровича / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов. – М.: Новые возможности, 2009. – 129 с.
8. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер с англ. – М.: Смысл, 2001. – 132 с.
9. Cettour D. Essai sur la narration du suicide // Nervure. – 1999. – Vol. XII. – № 5. – P. 26-32.

DECLARATION OF LOVE  
(BOOK REVIEW LIANA ALAVERDOVA  
"SUICIDE: BEFORE AND AFTER")

*E.B. Lyubov & N.B. Levina*

Moscow Research Institute of Psychiatry branch of the Federal state institution "Federal medical research center of psychiatry and narcology", Moscow, Russian

In the extended abstract confessional books sisters victims of suicide shows an inner picture of grief loss, the importance of broad public education and tertiary prevention as an integral part of typical anticrisis programs.

*Key words:* suicidal behavior, family burden, narratives, treatment, prevention.

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте [elibrary.ru](http://elibrary.ru) В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет

за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

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

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

16. Плата за публикацию не взимается.

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

---

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru