

Н.В. Говорин, А.В. Сахаров,  
А.С. Гаймоленко



Алкогольный фактор  
в криминальной агрессии  
и аутоагрессии

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ  
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

---

Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, А. С. Гаймоленко

АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР  
В КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ  
И АУТОАГРЕССИИ

Издательство «Иван Федоров»

Чита

2009

УДК 616.89-008.444.9-008.441.13:340.6  
ББК Р645.021.11+Р811.39  
Г577

**Р е ц е н з е н т ы:**

**Н. А. Бохан** – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ,  
заместитель директора по научной работе,  
руководитель отдела аддиктивных состояний  
(Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН)

**В. В. Вандыш-Бубко** – д.м.н., профессор,  
руководитель отдела органических психических расстройств  
(Москва, ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского)

**Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С.**

Г577 Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии.  
– Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.

ISBN 978-5-91701-015-1

Монография содержит теоретические подходы к проблеме значения алкогольного фактора в криминальной агрессии и суицидальном поведении. В ней представлены сведения о распространенности убийств и самоубийств, произведен анализ взаимосвязей между насильственной, алкогольобусловленной смертностью и показателями наркологического здоровья населения Забайкальского края. Авторами изучены структура алкоголизации, коморбидность психопатологических расстройств и алкогольной зависимости, описана синдромальная структура атипичных форм опьянения (в том числе суррогатами алкоголя) у лиц, совершивших агрессивные криминальные действия при различных психопатологических состояниях. Освещены вопросы значения алкогольного опьянения и алкогольной зависимости при совершении суицидальных действий, показаны личностные особенности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями.

Монография предназначена для врачей психиатров, наркологов, психологов и других специалистов, сталкивающихся с проблемами агрессивного поведения.

Рисунков 31, таблиц 30, приложений 4, библиография 368 наименований.

УДК 616.89-008.444.9-008.441.13:340.6  
ББК Р645.021.11+Р811.39

ISBN 978-5-91701-015-1

Federal Agency on Healthcare and  
Social Development of Russian Federation

---

N. V. Govorin, A. V. Sakharov, A. S. Gaimolenko

ALCOHOL FACTOR  
IN CRIMINAL AGGRESSION  
AND AUTO-AGGRESSION

Publishing House «Ivan Fedorov»

Chita

2009

УДК 616.89-008.444.9-008.441.13:340.6  
ББК P645.021.11+P811.39  
Г577

***Reviewers :***

**N. A. Bokhan** – MD, Professor, Honored Scientist of Russian Federation,  
Deputy Director in Scientific Research,  
Head of Addictive States Department  
(Tomsk, Mental Health Research Institute SB RAMSci)

**V. V. Vandysh-Bubko** – MD, Professor,  
Head of Organic Mental Disorders Department  
(Moscow, V. P. Serbsky State Social and  
Forensic Psychiatry Scientific Center)

**Govorin N. V., Sakharov A. V., Semke A. V., Gaimolenko**

Г577 Alcohol factor in criminal aggression and auto-aggression. – Chita :  
Publishing House «Ivan Fedorov», 2009. – 184 p.

ISBN 978-5-91701-015-1

Monograph consists of theoretic approaches to problem of significance of alcohol factor in criminal aggression and suicidal behavior. In it, information about prevalence of homicides and suicides has been presented; analysis of interrelationships between violent, alcohol-related mortality and indices of addictological health of the population of Transbaikalian Krai has been carried out. Authors have studied structure of alcoholization, comorbidity of psychopathologic disorders and alcohol dependence, syndromal structure of atypical forms of intoxication (including alcohol surrogates) has been described in persons having committed aggressive criminal actions in various psychopathologic states. Questions of significance of alcohol intoxication and alcohol dependence have been highlighted in suicide attempters; personality features of alcoholic patients with suicidal ideation have been shown.

Monograph has been intended for psychiatrists, addictologists, psychologists and other specialists confronted by problems of aggressive behavior.

31 figures, 30 tables, 4 supplements, 368 references.

УДК 616.89-008.444.9-008.441.13:340.6  
ББК P645.021.11+P811.39

ISBN 978-5-91701-015-1

© Govorin N. V., Sakharov A. V., Gaimolenko A. S., 2009

## Предисловие

В условиях демографического кризиса причины смертности населения, особенно среди мужчин, нуждаются в более глубоком системном изучении. Злоупотребление алкоголем является одним из факторов, повышающих смертность трудоспособного населения, причем как по причине насильственной гибели людей, так и в связи с неврологической и соматической патологией, обусловленной злоупотреблением спиртными напитками. Изучение региональных особенностей клинической картины алкоголизма и показателей смертности, обусловленной алкогольной зависимостью, является очень важным, так как позволяет проанализировать масштабы проблемы с учетом социально-экономических особенностей отдельных субъектов страны и уровнем развития в них инфраструктуры.

В представленной монографии известного отечественного ученого профессора Н. В. Говорина и соавторов полученные данные убедительно демонстрируют чрезвычайную напряженность алкогольной ситуации в регионах Сибири, тесную связь распространенности злоупотребления спиртными напитками с показателями смертности населения, в особенности среди мужчин трудоспособного возраста. В работе представлены современные научно-практические данные о роли алкогольного фактора в механизмах формирования криминальной агрессии, совершаемой как психически здоровыми лицами, так и больными с наркологическими (психическими) расстройствами. Авторы убедительно демонстрируют влияние фактора злоупотребления алкоголем на уровень самоубийств в Забайкальском крае, который можно определить как запредельный. Такая ситуация указывает на социально-психологическое кризисное неблагополучие населения региона, особенно жителей сельской местности.

Хочется подчеркнуть убедительность и достоверность материалов монографии профессора Н. В. Говорина и соавторов: «Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии». В монографии раскрыты масштабы алкогольной проблемы в Сибирском регионе и обнаружены весомые аргументы, свидетельствующие о ее связи с демографическим кризисом в стране. Доказана необходимость разработки принципиально новой региональной, а в последующем и государственной стратегии проведения комплексных мер по усилению борьбы со злоупотреблением алкоголем, которые позволят уменьшить негативные демографические, социально-экономические и медицинские последствия этого крайне опасного для общества явления.

*Д.м.н., профессор Е. В. Макушкин, зам. директора ФГУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Минздрава России*

## Введение

Наблюдаемая с 1992 г. депопуляция населения Российской Федерации является не только результатом падения рождаемости, но и следствием значительного роста числа умерших (Волкотруб Л. П. и др., 2005). Именно необычно высокий уровень преждевременной смертности российского населения продолжает оставаться наиболее острой и злободневной проблемой, внося существенный вклад в демографический кризис в нашей стране, в среднюю продолжительность жизни, что, в свою очередь, приводит к огромным экономическим потерям. Поэтому показатели смертности в России, в 2—3 раза превышающие аналогичные показатели в экономически развитых странах, интерпретируются как сверхсмертность.

Имеющиеся данные неутешительны. Численность населения РФ к началу 2008 г. составила чуть более 142 млн человек, при этом за последние 5 лет она сократилась почти на 3 млн. Следует учитывать, что численные потери компенсируются на 50—60 % возросшей в последние годы миграцией населения из других стран, а естественная убыль сохраняется на высоком уровне (477,7 тыс. человек в 2007 г.), несмотря на рост рождаемости.

Ежегодно в России умирает от разных причин более 2 млн человек (2080,1 тыс. в 2007 г.). При этом сформировалась уникальная для мирного времени половозрастная структура смертности: треть умерших уходят из жизни в трудоспособном возрасте, из них 80 % составляют мужчины. Средняя продолжительность жизни мужчин в нашей стране снизилась до 60 лет, что соответствует, по данным ООН, 134-му месту в мире. Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин достигла 13 лет.

Особенно плачевная ситуация сложилась в регионах Сибири и Дальнего Востока, где люди умирают все более молодыми. Только за последние 3 года смертность в возрастной группе мужчин 20—29 лет возросла на 60 %. В Забайкальском крае показатели смертности населения также остаются опасно высокими, приводя неуклонно и естественно к уменьшению численности населения, которая на 1 января 2008 г. составила 1 118,9 тыс. человек. В целом только за последние 10 лет население края сократилось почти на 10 %.

Структура причин смертности в РФ сходна с таковой в странах третьего мира и характерна для асоциальных, имеющих низкий образовательный и культурный уровни, категорий населения. Ведь второе место среди причин преждевременной смертности (после болезней органов кровообращения) занимают так

называемые «внешние причины»: несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства и т. п. (Немцов А. В., 2002). Смертность от указанных причин еще называется насильственной.

Она относится к наиболее значимым явлениям, отражающим социально-психологическое здоровье населения (Нечаев А. К., 1992). Подобная «стратегия» поведения россиян объясняется глубокими социальными предпосылками, так как происходящие деструктивные процессы в обществе привели к подмене общечеловеческих ценностей, утрате духовных ориентиров, снижению важности человеческого существования и утрате его смысла. Нет тех идеалов, с которыми может сопоставить свое поведение человек в трудной (кризисной) для него ситуации. Отсюда вытекает путь к вседозволенности, распространению коррупции, росту преступности, пьянства, суицидальных проявлений (Амбурова А. Г., 1991).

В сверхсмертности населения России огромную роль играют такие факторы, как негативная социально-экономическая ситуация: бедность значительной части населения, низкие отчисления на социальные нужды и т. д., а также рекордно высокое потребление крепкого, часто некачественного алкоголя (Бохан Н. А., 2005; Люсов В. А. и др., 2008).

Так, по данным А. В. Немцова (2003), около трети всех смертей в нашей стране в большей или меньшей степени связаны с алкоголем. В разных регионах алкогольная смертность составляет от 30 до 46 %, а в среднем по стране – 37 % от всех смертей. В Сибири и на Дальнем Востоке алкогольная смертность превышает 40 % от общей смертности. Между тем смертность от насильственных причин – главный и, вероятно, наиболее явный источник гибели людей, в котором реализуется алкоголь (Нечаев А. К., 1992; Разводовский Ю. Е., 2002). Им обусловлены 72 % убийств, 42 % самоубийств, 68 % смертей при циррозах печени. Естественно, что смерти при отравлениях алкоголем связаны с ним на 100 %. Такая оценка алкогольной смертности в десять раз больше официальных данных Госкомстата РФ, которые составляют 3 % общей смертности (Немцов А. В., 2003).

Можно с уверенностью заявить, что наша страна занимает печальное первое место в мире по смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, от внешних причин смерти, от соматической патологии, связанной со злоупотреблением алкоголем, намного превышая таковые показатели других стран.



По существу, следует говорить об алкогольной эпидемии как национальной трагедии России, угрожающей безопасности и отдельной личности, и государству в целом. В стране много говорили о терроризме – как новой и опасной проблеме, что находит большой общественный резонанс, тогда как молчаливый, но невероятно кровавый враг под названием «алкоголизм» ежегодно уносит жизни не менее 500 тыс. наших сограждан, одновременно деморализуя семьи и уродуя детские души, и это не находит адекватного эмоционального реагирования как на уровне властных структур, так и общества в целом (Говорин Н. В., 2007). Именно последствия массивной и неуправляемой алкоголизации вносят самый решающий вклад в депопуляцию населения страны, принося огромный моральный и материальный ущерб.

Не является исключением и Забайкальский край. Он входит в группу территорий с максимальными показателями преступной и суицидальной смертности. Исходя из этого, мы попытались обобщить данные о роли и месте алкогольного фактора в гетеро- и аутоагрессивном поведении, уделив особое внимание региональному значению проблемы.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УБИЙСТВ И САМОУБИЙСТВ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЛКОГОЛЬБУСЛОВЛЕННОЙ СМЕРТНОСТИ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

## 1.1. Распространенность самоубийств и убийств

Россия давно уже является страной с высоким уровнем смертности по причине убийств и самоубийств, при этом суициды по числу уносимых жизней стоят на первом месте в структуре насильственной смертности (Немцов А. В., 2002). Так, согласно данным официальной статистики, удельный вес завершенных суицидов в обозначенной группе причин составляет 20 %. Однако эта цифра не отражает их истинного количества, поскольку немалая часть самоубийств попадает в статистику под рубриками несчастных случаев, травм, отравлений и других причин. Реальная же доля самоубийств может достигать 45—50 % (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

С XIX века наблюдается повсеместный рост числа самоубийств, и эта проблема с каждым годом приобретает все более глобальный характер. Средний показатель смертности по причине суицидов в мире равен 14,5 на 100 тысяч населения (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006), а различие в частоте самоубийств по всему миру достигает 153 раз (Сливко К. Ю., 2003; Разводовский Ю. Е., 2004). В настоящее время самоубийства стали 13-й по значению причиной смерти населения в мире (Войцех В. Ф., 2007). Анализируя изменения эпидемиологических показателей суицидов, исследователи отмечают отсутствие стабилизации в сложившейся ситуации.

Уровень самоубийств представлен широким диапазоном: от очень высокого – более 25—30 на 100 тысяч населения (в Латвии, Литве, России, Венгрии, Финляндии, Украине) до более низкого – менее чем 10 на 100 тысяч (в Албании, Греции, Испании, Италии). По определению ВОЗ, показатель самоубийств, превышающий 20 на 100 тысяч населения, говорит о ситуации кризиса в обществе, указывает на психическую дезадаптацию населения и требует принятия экстренных государственных мер.

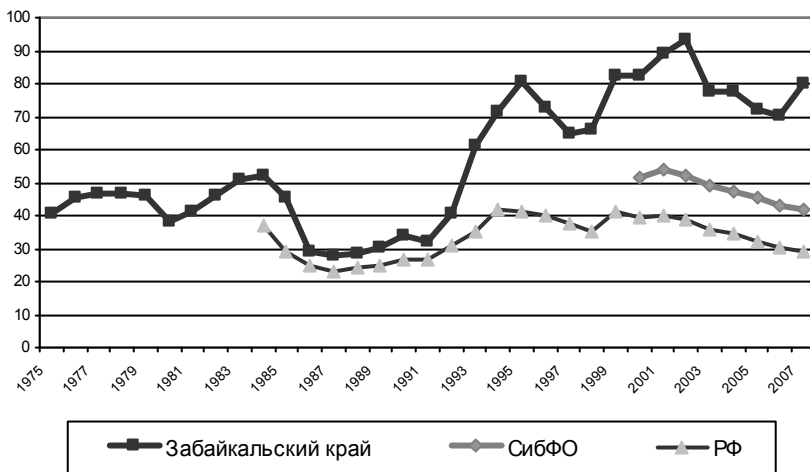
В конце XIX века Россия была последней среди европейских стран по уровню самоубийств – в ней совершалось 3 самоубийства на 100 тысяч населения, в 1988 г. – 19 на 100 тысяч населения (Гишинский Я. И., 1998, 2000). С 1994 г. наша страна проч-

но занимает второе место в мире, после Литвы, по величине данного показателя (41,8 и 45,8 на 100 тысяч в 1994 г. соответственно). Поэтому ситуация с суицидами, сложившаяся в последние десятилетия в Российской Федерации, приобрела масштабы национального бедствия (Волкотруб Л. П. и др., 2005). Распространенность самоубийств с 2003 г. находится в пределах 30—36 случаев на 100 тысяч населения. В 2007 г. показатель составил 29 на 100 тысяч населения. Для сравнения, в США и Германии уровни суицидов составляют 12 и 18 на 100 тысяч жителей в год соответственно (Лаукс Г., 1996; Леенарс А. А. и др., 2002; Knowlton L., 1995; Warnke A. und and., 1996; Leenars A. et al., 1998; Pajork F. G. et al., 2005).

Необходимо отметить, что в некоторых регионах нашей страны распространенность суицидов достигает 100—150 на 100 тысяч населения, а максимальное различие частоты самоубийств в субъектах РФ составляет 100—120 раз (Немцов А. В., 2002; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

Анализ частоты суицидов по административным территориям нашей страны, проведенный М. В. Гладышевым (2006), позволил выделить среди них 4 группы: с низким (0—10 случаев на 100 тысяч населения), средним (11—20), высоким (21—60) и сверхвысоким (более 60 случаев на 100 тысяч) уровнями распространенности самоубийств. По величине среднего показателя частоты суицидов в 1990—2003 гг., в первую группу вошли 4 субъекта Федерации: Республики Ингушетия, Дагестан, Карачаево-Черкесия и Северная Осетия. Ведущим антисуицидальным фактором в этих регионах является этнокультуральный. Во вторую группу – 5 (Кабардино-Балкарская Республика, Ставропольский край, Ростовская область, Москва и Санкт-Петербург), в третью – 71, в четвертую 8 (Республики Удмуртия, Бурятия, Алтай; Усть-Ордынский Бурятский, Агинский Бурятский, Ненецкий, Корякский и Коми-Пермяцкий автономные округа). Таким образом, основная часть регионов входит в группу с высокой и сверхвысокой частотой самоубийств. Это отражает наличие значительного числа неблагоприятных факторов, включая низкий уровень жизни и этнокультуральные особенности, а также отсутствие или недостаточную эффективность работы суицидологических служб (Гладышев М. В., 2006). По нашему мнению, следует добавить к вышеперечисленным факторам высокую распространенность пьянства и алкоголизма в нашей стране, на значении которых мы остановимся в следующих главах.

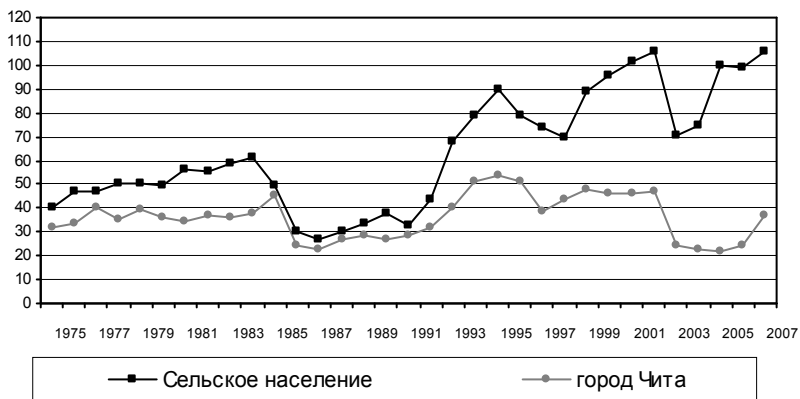
Забайкальский край начиная с 1993 г. входит в группу регионов со сверхвысокой смертностью от самоубийств, в 2007 г. показатель составил 80 на 100 тысяч жителей (максимальным он был в 2002 г. – 93,4 на 100 тысяч населения). Таким образом, распространенность завершенных суицидов в нашем регионе в 2—2,5 раза выше среднероссийской (рис. 1).



**Рис. 1. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае, РФ, СибФО (на 100 тысяч населения)**

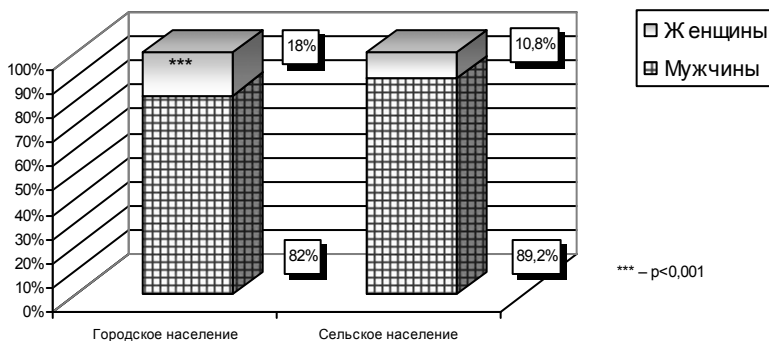
Изучение динамики показателей смертности от самоубийств отдельно среди сельского и городского населения Забайкальского края выявило ряд особенностей. В первую очередь это сверхвысокая частота суицидов среди сельских жителей (2007 г. – 105,4 на 100 тысяч населения), что говорит о сложившейся там крайне неблагоприятной ситуации.

И, наоборот, видны более низкие показатели самоубийств в городских поселениях (2007 г. – 65,4 на 100 тысяч населения). Особенно это показательно на примере центра Забайкальского края – города Читы (2007 г. – 36,9 на 100 тысяч населения), где распространенность смертности по причине суицидов кратно меньше, чем в среднем по краю, а с 2003 по 2006 г. она была ниже среднероссийской (Чита – 24,6 на 100 тысяч; РФ – 36,1 на 100 тысяч в 2003 г.). При этом смертность по причине суицидов в г. Чите за 33 года остается примерно на одном уровне (рис. 2).



**Рис. 2.** Смертность по причине самоубийств в сельской местности Забайкальского края и в г. Чите (на 100 тысяч населения)

Интересным оказалось и выявленное нами значительное преобладание «мужских» самоубийств именно в сельской местности. Соотношение «мужских» суицидов к «женским» составило по городу 4,5:1, среди сельского населения – 8,25:1 (рис. 3).



**Рис. 3.** Распределение по полу завершённых суицидов

Данный факт является косвенным подтверждением чрезвычайно низкого качества жизни сельских жителей. Ведь доказано, что макросоциальные факторы занимают важное место в возникновении и частоте самоубийств именно у мужчин, но незначительно влияют на частоту самоубийств у женщин, в континген-

те которых ведущими являются микросоциальные (личные, семейные) факторы (Гладышев М. В., 2006).

Приводимые факты, конечно же, будут неполными, если не учитывать количество суицидальных попыток. Следует отметить, что количество попыток самоубийства в 10—20 раз превышает число завершённых суицидов (Попик И. Г., 2002), что характеризует истинные масштабы происходящего явления. Статистика парасуцидов колеблется в значительных пределах – от 60 до 220 на 100 тысяч населения (Лопатин А. А., 2000). Трудности сбора объективных данных обусловлены в первую очередь тем, что в регистрацию попадает приблизительно лишь 1 из 4—10 случаев.

В настоящее время серьёзной проблемой являются повторные парасуциды, так как наличие суицидальных попыток в анамнезе является предиктором повторного суицидального акта: из тех, кто совершил парасуицид, как правило, 20—60 % повторяет его в течение первого последующего года, причём в 50 % случаев «успешно», что резко увеличивает и без того высокую смертность от самоубийств. Однако достаточно надёжных критериев прогноза повторной суицидальной попытки пока не разработано (Лапин И. А., 2005).

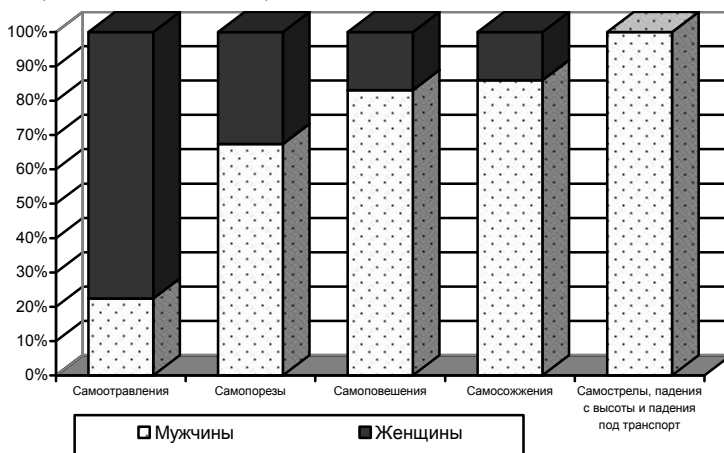


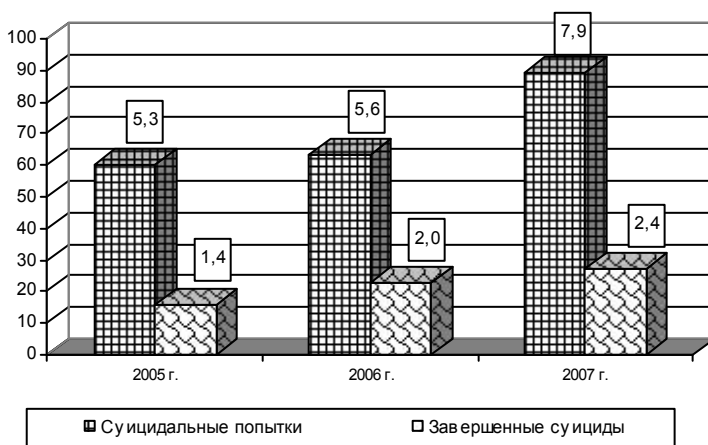
Рис. 4. Половая структура способов парасуицидов

По результатам наших исследований, в динамике за последние 10 лет обращаемость населения в стационары края по поводу данной формы суицидального поведения оставалась стабильной и варьировала от 73 до 97 на 100 тысяч жителей. Суи-

цидальные попытки совершили 73,7 % женщин (Ж) и 26,3 % мужчин (М), соотношение мужчин и женщин равно 1:2,8.

Обнаружена зависимость от способа совершения суицида: при отравлениях женщины составили 77,6 %, мужчины – 22,4 % (1:3,5), при самопорезах – 32,6 и 67,4 % (2:1); при попытках самоповешения – 16,9 и 83,1 % (4,9:1); при попытках самосожжения – 14 и 86 % (6:1) соответственно. Такие способы, как падения с высоты, самострелы и падения под транспорт, использовали только мужчины (рис. 4).

Распространенность суицидального поведения больных психическими расстройствами в Забайкалье имеет отчетливую тенденцию к росту в последние 3 года, что соответствует общей динамике самоубийств (рис. 5).



**Рис. 5. Распространенность суицидального поведения психически больных в Забайкальском крае (на 100 тысяч населения) (Ступина О. П., 2008)**

Что же касается убийств, то их число стало быстро увеличиваться с начала XX века. Разброс показателей в мире исчисляется десятками раз. Так, в США в 2005 г. убийств было зарегистрировано 5,6 в расчете на 100 тысяч населения, в Японии – 1,1, Канаде – 2,2, а например, в Южной Африке – 40,2. Среди стран Европейского Союза число зарегистрированных убийств сокращалось в среднем на 3,2 % в год в период с 1995 по 2005 г. Среднегодовое число убийств в этом регионе в расчете на 100 тысяч за 2003—2005 гг. составило 1,8, колеблясь от 11 в Литве и

9 в Эстонии до менее чем 1 в Австрии, Германии, Швеции и на Мальте. При этом число убийств, зарегистрированных в крупных городах, как правило, выше, чем в среднем по стране (Щербакова Е., 2007).

Уровень преступности этого рода в Российской Федерации заметно выше, чем в большинстве развитых стран. Это вполне объяснимо, ведь увеличение числа убийств отражает возросшую агрессивность населения, рост социальной напряженности в обществе (Войцех В. Ф., 2007). Число зарегистрированных убийств в последние 5 лет составляло 20—30 на 100 тысяч населения, но начиная с 2003 г. данный показатель постоянно снижается. В 2007 г. показатель смертности по причине убийств составил 18 на 100 тысяч населения (в 2002 г. – 31 на 100 тысяч). Несмотря на снижение, уровень криминальной агрессии в РФ на фоне показателей других государств остается крайне высоким, превышая более чем в 25 раз показатели в странах Европейского Союза, уступая только некоторым латиноамериканским (Колумбия) и африканским странам. Кроме того, официальные данные – это только нижняя граница оценки числа убитых; их много и среди неуточненных смертей и пропавших без вести.

Показатель убийств заметно варьирует по регионам страны. В 2005 г. он составлял от 8 в Дагестане до 91 на 100 тысяч населения в Тыве. По сравнению с 1995 г., когда он варьировал от 10 в Воронежской области и Кабардино-Балкарской Республике до 76 на 100 тысяч в той же Республике Тыве, межрегиональная дифференциация за последнее десятилетие усилилась. Но и в 1990 г., когда уровень преступности этого рода был почти вдвое ниже, региональные различия были очень существенны: от 5 убийств и покушений на убийство в расчете на 100 тысяч человек в Дагестане до 50 в Тыве (Антонюк В. В. и др., 1998; Щербакова Е., 2007).

Помимо Республики Тывы, высоким значением данного показателя в 2005 г. отличались также Читинская область (а с 2008 г. Забайкальский край) (51 на 100 тысяч), Корякский автономный округ (47 на 100 тысяч), Иркутская область (46 на 100 тысяч), Республика Бурятия (42 на 100 тысяч), Магаданская область (41 на 100 тысяч) и Чукотский автономный округ (40 на 100 тысяч). В остальных регионах он был ниже 40 на 100 тысяч населения.

Следовательно, Забайкальский край входит в группу территорий с максимальными показателями преступной смертности. В 2007 г. распространенность убийств в нашем регионе составила



49,1 на 100 тысяч населения (максимальной она была в 2002 г. – 74,9 на 100 тысяч). Частота убийств в Забайкалье с 1993 г. была в 2—2,5 раза выше, чем в среднем по России (рис. 6).



**Рис. 6. Смертность по причине убийств в Забайкальском крае и РФ (на 100 тысяч населения)**

В целом за 33 года (с 1975 по 2007 г.) распространенность суицидального и гомицидного видов смертности в Забайкалье увеличилась: самоубийств стало больше в 2 раза (с 40,64 до 80,0 на 100 тысяч населения), убийств – в 3 раза (с 16,37 до 49,1 на 100 тысяч населения).

Корреляционная связь убийств со смертностью от суицидов была сильной прямой ( $r=+0,906$ ;  $p<0,0001$ ), что указывает на наличие сходных факторов, влияющих на их возникновение, и косвенно характеризует ситуацию в регионе как чрезвычайную (рис. 1, 6). В краевом центре связь между рассматриваемыми явлениями гораздо слабее ( $r=+0,494$ ). Это свидетельствует о более благоприятной обстановке в Чите.

Проведенный нами анализ показал следующее: смертность по причине убийств и самоубийств в Забайкальском крае с 1975 по 1984 г. постепенно росла (суициды – с 40,64 до 51,90 на 100 тысяч; убийства – с 16,37 до 24,63 на 100 тысяч населения). В 1985—1987 гг. произошло резкое снижение (самоубийства – 27,71 на 100 тысяч; убийства – 13,05 на 100 тысяч населения в 1987 г.), что, по нашему мнению, связано с антиалкогольной

кампанией и мерами, направленными на ограничение торговли спиртными напитками (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002).

В период с 1988 до 1992 г. происходило постепенное увеличение смертности, которое многие исследователи связывают с увеличением потребления алкоголя (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002; Шустов Д. И., 2005; Положий Б. С., 2006). В свою очередь, рост насильственной смертности с 1992 г. был обусловлен крушением прежнего политического режима, снижением жизненного уровня людей (Немцов А. В., 2002; Войцех В. Ф., 2006, 2007; Гладышев М. В., 2006). Трудности переживаемого периода, по оценке Б. С. Положего (2006), носили характер стресса социальных изменений, оказавшего патогенное воздействие на психическое здоровье населения страны.

Забайкальский край не является исключением. Своего первого максимума уровень суицидов и убийств в нашем регионе достиг в 1994—1995 гг. (самоубийства – 71,70—80,71 на 100 тысяч; убийства – 64,23 на 100 тысяч населения в 1994 г.). Этот период характеризовался политическим, социальным и экономическим кризисами. В 1996—1998 гг. показатели частоты данных видов смертности в Забайкалье начинают постепенно уменьшаться (самоубийства – 64,85 на 100 тысяч в 1997 г.; убийства – 44,24 на 100 тысяч населения в 1998 г.).

Однако с 1999 г. произошел новый подъем. Своего второго максимума показатели насильственной смертности в Забайкалье достигли в 2002 г. (самоубийства – 93,35 на 100 тысяч; убийства – 74,87 на 100 тысяч населения). Связать этот факт отчасти можно с дефолтом 1998 г., следствием чего стало не только разорение многих людей, но и утрата большинством населения веры в благополучный исход экономических и политических реформ (Гладышев М. В., 2006).

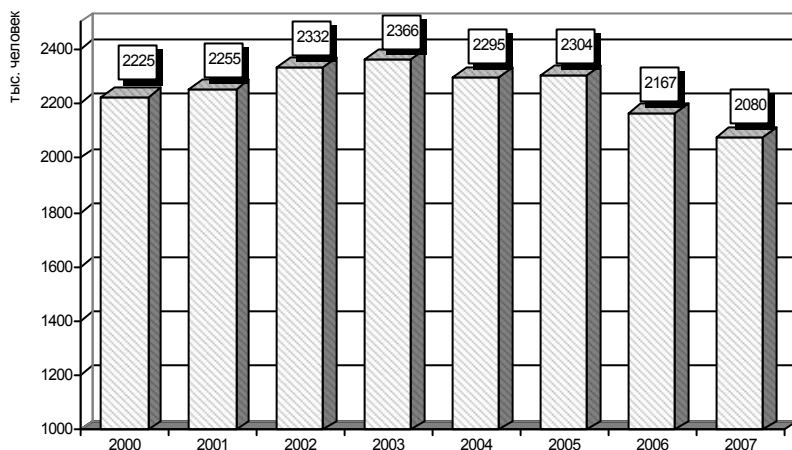
С 2003 г. в нашем регионе началось некоторое снижение числа самоубийств (до 70,6 на 100 тысяч населения в 2006 г.) и убийств (до 49,1 на 100 тысяч населения в 2007 г.). Такая тенденция характерна и для всей России, поэтому ряд авторов указывает на относительную социальную стабилизацию в обществе (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

Между тем в 2007 г. вновь произошло увеличение распространенности самоубийств в Забайкальском крае (до 80,0 на 100 тысяч населения). При этом показатели смертности от убийств и суицидов в нашем регионе остаются сверхвысокими, что указывает на сохраняющийся социально-психологический кризис, со-

проводящийся массивным пьянством, причем главным образом в сельской местности.

## 1.2. Насильственная смертность и алкоголизация населения

В последние годы в Российской Федерации отмечается положительная тенденция с рождаемостью, но продолжает сохраняться высоким показатель общей смертности населения (рис. 7). Это по-прежнему определяет сложившуюся кризисную демографическую ситуацию, которая характеризуется рядом исследователей как процесс депопуляции (Немцов А. В., 2003; Разводовский Ю. Е., 2004).



**Рис. 7. Число умерших в РФ (тыс. человек) по данным Федеральной службы Государственной статистики**

Следует отметить, что значительный вклад в общее число умерших и низкую среднюю продолжительность жизни в нашей стране вносит преждевременная смертность – треть всех случаев приходится на лиц трудоспособного возраста (Шустов Д. И., 2005; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). При этом значительное количество случаев ранней смертности прямо или косвенно связано с потреблением алкоголя (Люсов В. А., 2008). Наиболее доказательны работы, показывающие динамику изменения показателей в зависимости от среднедушевого потребления алкоголя (рис. 8).



**Рис 8. Соотношение смертности мужчин и женщин в России в 1960—2004 гг. с оценками потребления алкоголя (Немцов А. В., 2007)**

Было выявлено, что снижение потребления алкоголя в нашей стране даже на 5—10 % сохраняет жизнь 100—200 тысячам человек в год (Немцов А. В., 2003). И все же самой показательной и значимой эта зависимость была в 1985—1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС. А. В. Немцов и А. К. Нечаев (1991), изучая статистику этого периода, установили интересные закономерности, касающиеся снижения насильственной смертности (убийства, самоубийства, отравления различными веществами, включая алкоголь, дорожно-транспортные происшествия и др. несчастные случаи) при снижении потребления алкоголя на 25 %. Поэтому смерти от насильственных причин — наиболее явный источник смертности, в котором реализуется алкоголь.

Такая однозначная зависимость между потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и насильственной смертностью выявляется не во всех странах. По крайней мере, в Европе она не прослеживается. Например, в Испании, Дании, Франции отмечено снижение уровня суицидов при росте употребления алкоголя, в Венгрии при постоянном уровне употребления происходит снижение числа суицидов (Шустов Д. И., 2005; Войцех В. Ф., 2006). Иногда даже в ряде регионов одной страны уровень алкоголизации не коррелирует с уровнем самоубийств и убийств.

Это приводит к большому разнообразию и противоречивости выводов и не позволяет установить, в какой степени алкоголь выступает в качестве причины смерти. Часто так происходит из-за того, что сравниваются популяции с различными уровнями потребления алкоголя, которые почти никогда не бывают сравнимы по внеалкогольным факторам (Гладышев М. В., 2006). Следует отметить также, что верхний уровень диапазона потребления алкоголя, зафиксированный в зарубежных работах, не достигает уровней потребления в нашей стране (Немцов А. В., 2003).

В России же, по-видимому, такая взаимосвязь с той или иной силой корреляции существовала всегда (Кузнецов В. Е., 1987; Шустов Д. И. и др., 1998; Немцов А. В., 1995, 2001; Люсов В. А., 2008).

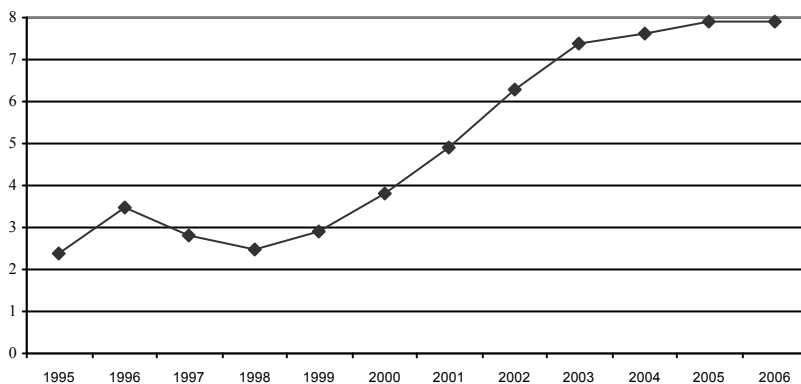
Динамика реального потребления алкоголя в России в XX веке показывает, что в течение первой его половины уровень потребления был стабильным – примерно 3 литра: 1900—1905 гг. – 2,65 л и 1922—1953 гг. – 2—3 л (Немцов А. В., 1995, 2001).

Во второй половине века он увеличивался, особенно в конце 90-х гг., причем в большей мере это касалось неучтенного, нестандартного алкоголя. В 1984 г. регистрируемый алкоголь составлял 10,5 литра, реальное потребление на человека старше 15 лет – 18,3 литра, в 1994 г. – 6,8 и 19,0 литра соответственно, в 2001 г. реальное потребление алкоголя составило 15 литров на человека в год (Немцов А. В., 2003). К 2005 г. потребление алкоголя в стране выросло почти до 17 литров на человека. Следует отметить, что российские мужчины выпивают 4/5 общего количества спиртного, что не может не сказываться на сверхсмертности мужского населения.

При этом официальные данные объема продаваемого алкоголя существенно ниже, но и они также не уменьшаются (рис. 9).

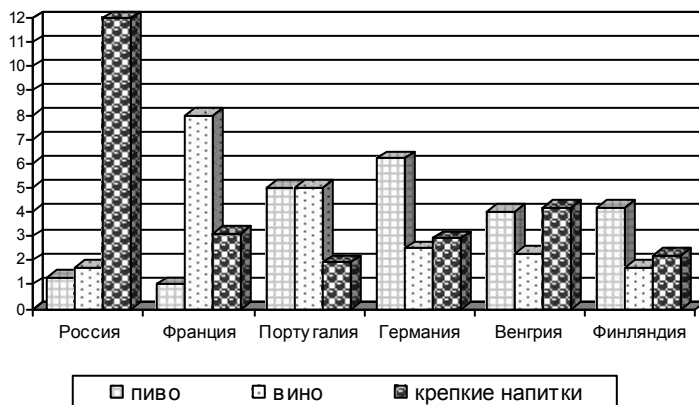
Помимо уровня потребления алкоголя, не стоит забывать об изменении паттерна потребления спиртного, когда крепкие алкогольные напитки начинают преобладать над слабоалкогольными в структуре потребления, что способствует возникновению острых проблем, связанных с алкоголем (Разводовский Ю. Е., 2002).

Потребление крепкого алкоголя (40° и выше) в России составляло в разные периоды 70—82 %. Именно потребление большого количества крепкого алкоголя, так называемый «северный тип потребления», характерный для нашей страны, приводит к созданию высокой концентрации алкоголя в крови и к повреждению внутренних органов.



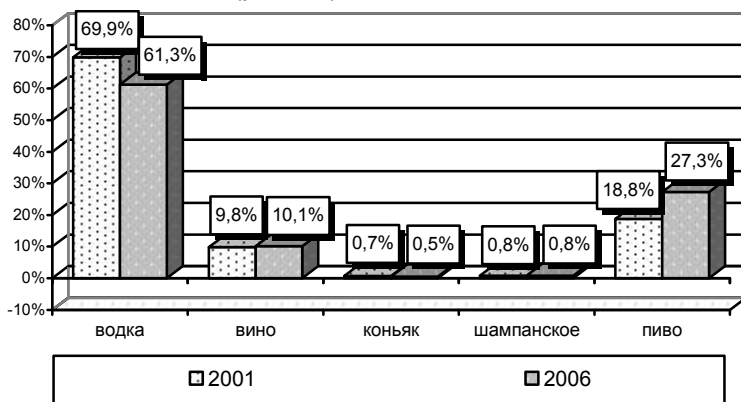
**Рис. 9. Продажа алкогольной продукции (в том числе пива) на душу населения в Забайкальском крае (в литрах абсолютного алкоголя) по данным ТО ФС Государственной статистики**

В других странах мира потребление крепких алкогольных напитков (в процентах от всего потребляемого алкоголя) не достигает 30 % (рис. 10). Например, в Финляндии – 29 %, в Канаде – 28,7 %, в США – 27,3 %, в Швеции – 23,8 %, в Германии – 21,4 %, в Норвегии – 20,5 %, в Великобритании – 18,3 %. Среди бывших республик СССР потребление крепкого алкоголя составляло в 1997 г.: на Украине – 70,6 %, в Латвии – 65,7 %, в Литве – 56,8 % (Люсов В. А. и др., 2008).



**Рис. 10. Структура потребления алкоголя (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения) в Европе**

В Забайкальском крае о структуре потребления алкогольных напитков можно приблизительно судить по официальным данным Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики. Естественно, в крае превалирует продажа крепких алкогольных напитков, но заметна еще одна закономерность. Среди детей и подростков, во многом благодаря рекламе, интенсивно растет потребление пива – за 5 лет его продажа выросла на 45,2 %. Можно говорить о своеобразной пивной пандемии, угрожающей молодому поколению развитием юношеского пивного алкоголизма (рис. 11).



**Рис. 11. Структура розничной продажи алкогольных напитков в Забайкальском крае (в абсолютном алкоголе, в % к итогу)**

Другой серьезной проблемой в России стала фальсификация качества значительной части алкогольных напитков. В нашей стране преобладает производство алкогольных напитков либо на основе этилового спирта, либо с добавлением его значительных количеств (на том или ином этапе производственного процесса). Промышленно производится этиловый спирт трех разновидностей: пищевой, синтетический и гидролизный. Характер эффекта, вызываемого такого рода напитками, зависит от качества этилового спирта, которое, в свою очередь, определяется как особенностями сырья, из которого он производится, так и степенью очистки в процессе производства (Нужный В. П., 1995, 2004).

Синтетический этиловый спирт производится из продукта крекинга нефти – этилена. Гидролизный спирт получают на целлюлозно-бумажных комбинатах путем сбраживания сахаров, образующихся при гидролизе целлюлозы. Любой, даже самый

качественный алкогольный напиток содержит в незначительных количествах токсические примеси.

ГОСТ предусматривает контроль за качеством алкогольных напитков, исходя из содержания в них четырех ингредиентов: альдегидов, сивушных масел, сложных эфиров и этилового спирта. Альдегиды и сивушные масла придают напиткам специфические, неприятные вкус и запах. При высоком содержании эфиров органолептические свойства напитка могут не вызывать отвращения и иметь цветочный или фруктовый оттенок. Кроме того, синтетический и гидролизный виды этилового алкоголя при соответствующей очистке также могут быть доведены до требований, предъявляемых Госсанэпиднадзором России.

Но, к сожалению, в отечественную торговую сеть стало поступать большое количество фальсифицированного алкоголя, представляющего собой недостаточно очищенный синтетический или гидролизный спирт (Дмитриева Т. Б. и др., 1998).

Впервые об этом заговорили в 90-х гг. прошлого века. Страна столкнулась с гидролизным спиртом «из нефти», который содержал очень токсичный кретоновый альдегид и полимеры этилена (при этом существующий ГОСТ их не регистрирует). Был налажен выгодный бизнес: добыча нефти и изготовление синтетического спирта в России, продажа этого спирта в Польшу или в Германию, где проводились его ароматизация, разбавление и розлив алкогольных напитков, которые затем везли на продажу в Россию. В результате такой политики на рынке нашей страны появилось огромное количество дешевого некачественного алкоголя. Во второй половине 90-х гг. нелегальный оборот такого алкоголя достигал 60 % (Пелипас В. Е. и др., 2002).

В Забайкальском крае в тот период широкое распространение получил так называемый «китайский» спирт, в котором содержание одних только сивушных масел превышало предельно допустимые концентрации в 120 раз.

В последние годы в качестве суррогатов алкоголя выступали также бытовые жидкости, заведомо не предназначенные для приема внутрь: растворители, стеклоочиститель, тормозная жидкость и т. п. Все эти вещества, основным компонентом в которых является этанол и фальсифицированные спиртные напитки с высоким, выходящим за рамки ГОСТа содержанием вредных примесей, называются алкогольными суррогатами.

Поэтому высокое потребление алкоголя в России и низкое его качество сыграли и продолжают играть негативную роль в



сверхсмертности населения от внешних причин и соматических заболеваний. При этом выявляется одна важная деталь: смерть от алкоголя все чаще возникает не вследствие приема смертельной дозы, а от токсического влияния ядов, находящихся в фальсифицированной водке, даже при средней степени опьянения. В результате этого в 1992—1996 гг. произошел взрывоопасный рост числа алкогольных отравлений (Немцов А. В., 2001).

Кроме того, известно, что в современной России сверхсмертность во многом обусловлена болезнями системы кровообращения (БСК). Смертность в нашей стране от БСК почти в 3 раза выше уровня смертности в экономически развитых странах, причем подобное превышение смертности носит «искусственный» характер и связано с особенностями учета и диагностики, а именно с так называемым принципом «умолчания» в отношении алкоголизма и злоупотребления алкоголем. Людям, которые умирают от соматических последствий алкоголизма, особенно если они сохраняют при жизни хороший социальный статус и имеют семью, практически никогда не ставится диагноз алкоголизма, им выставляются «диагнозы-маски», в первую очередь заболевания сердечно-сосудистой системы.

Эти показатели в РФ занижаются приблизительно в 15—20 раз (официальный показатель алкогольной смертности составляет не более 3 %, хотя на самом деле он равен 37 %). Например, в Норвегии около 10 % всех смертей связывают с алкоголем, что в 3—5 раз больше, чем в России, тогда как в Норвегии отмечается самое низкое в Европе потребление алкоголя, а в нашей стране – самое высокое (Нужный В. П., 1995, 2002).

Результаты специального корреляционного анализа убедительно демонстрируют, что смертность от болезней системы кровообращения находится в прямой зависимости от уровня потребления спирта на душу населения и его качества. Сивушные масла, кретоновый альдегид и полимеры этилена оказывают выраженное кардиотоксическое действие. Именно высокое потребление фальсификатов алкоголя превращает факторы риска развития БСК в факторы риска смерти, а также приводит к колоссальному росту иной соматической патологии, в том числе панкреатитов, гепатитов и циррозов печени (Люсов В. А. и др., 2008).

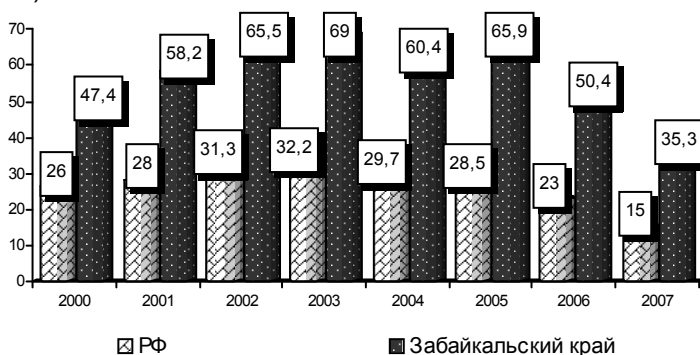
Учитывая вышеизложенное, существующие в РФ уровень и структура потребления алкоголя, низкое качество алкогольной продукции наносят колоссальный ущерб здоровью людей, спо-

способствует их деградации и ведет к дальнейшему росту в стране так называемой алкогольобусловленной смертности, даже несмотря на особенности ее статистического учета.

Ведь до 2005 г. среди причин смерти, связанных с алкоголем, органы статистики регистрировали лишь случайные отравления алкоголем (Х42), хронический алкоголизм и алкогольные психозы (F10), алкогольную болезнь печени (K70). С 2005 г. в эту группу причин добавились смерти от алкогольной кардиомиопатии, от дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем, от хронического алкогольного панкреатита. По-прежнему не учитывается смертность от мозговых и сердечных катастроф, спровоцированных пьянством.

Учитывая короткий период действия нововведения, пока достоверно можно судить об изменении только традиционно регистрируемых видов алкогольобусловленной смертности.

Прямым объективным показателем того, что алкоголь и его суррогаты являются главным «убийцей» населения страны, служат данные о смертельных отравлениях: в России ежегодно более 40 тысяч человек, преимущественно трудоспособного возраста, гибнут по этой причине. В Забайкалье в последние 3 года наметилась тенденция к снижению показателей смертности от отравлений алкоголем, однако они все равно являются сверхвысокими, более чем в 2 раза превышая среднероссийские (рис. 12).

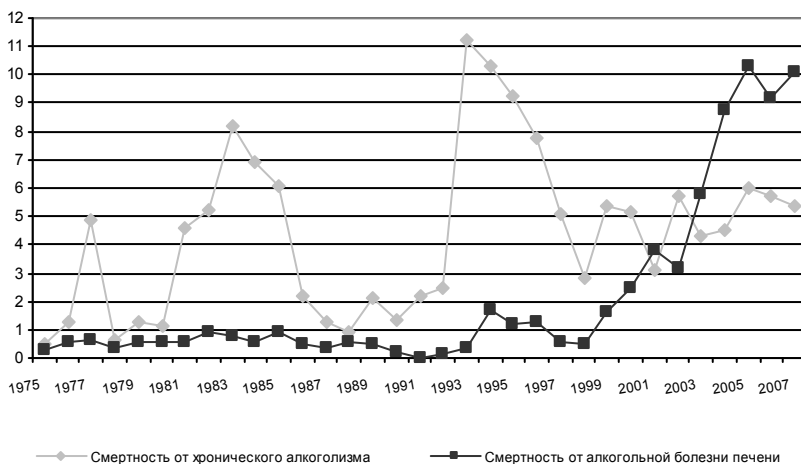


**Рис. 12. Смертность от случайных отравлений алкоголем в РФ и Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

В целом смертность от случайных отравлений алкоголем выросла в нашем регионе за 33 года в 2,1 раза (с 16,7 в 1975 г. до

35,3 на 100 тысяч населения в 2007 г.). Максимальное количество смертельных отравлений в крае отмечалось в 2003 г. (69,0 на 100 тысяч населения).

Смертность от хронического алкоголизма в Забайкалье выросла за анализируемый период времени (с 1975 по 2007 г.) в 11 раз (с 0,49 до 5,4 на 100 тысяч населения). Смертность от алкогольной болезни печени увеличилась в 40,4 раза (с 0,25 до 10,1 на 100 тысяч населения) (рис. 13).



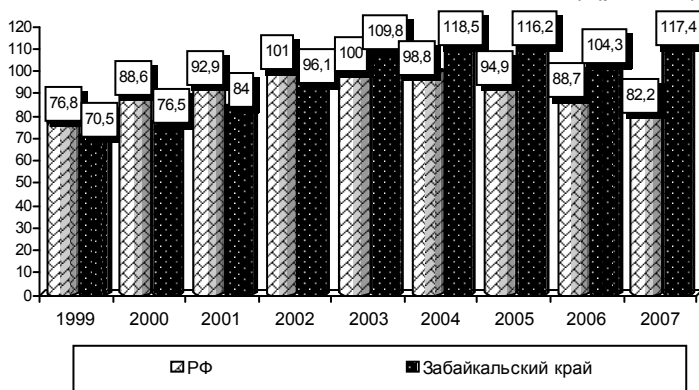
**Рис. 13. Смертность от хронического алкоголизма и алкогольной болезни печени в Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

По данным Краевой патолого-анатомической службы, из 10 255 аутопсий, проведенных за 5 лет в ЛПУ Забайкальского края (2003—2007 гг.), алкоголизм с висцеральными проявлениями занимает 4-е место в структуре смертности, составив в 2007 г. 10,9 %. Этот показатель возрос за 5 лет в 2,8 раза (Чарторижская Н. Н., Смекалов В. П., 2008).

Наряду с алкогольной сверхсмертностью в России продолжают рост и накопление числа больных алкогольной зависимостью, а также злоупотребляющих алкоголем (неучтенных больных), совокупный показатель распространенности которых, по данным эпидемиологических исследований, составляет от 10—12 до 20 млн человек, т. е. это каждый 7—10-й житель страны. Причем больных алкоголизмом III стадии в 31 раз меньше, чем больных со II стадией, что еще раз указывает на колоссаль-

ный рост смертности от отравлений и соматических осложнений алкоголизации этого контингента людей в сравнительно молодом возрасте. Кроме того, дальнейшее накопление числа больных алкоголизмом в России существенно происходит за счет женщин и молодого поколения.

При анализе заболеваемости алкогольной зависимостью населения Забайкалья за 28 последних лет (с 1980 по 2007 г.) выявлено, что величина этого показателя с 1983 по 1992 г. снизилась в 5,9 раза, а с 1993 по 2007 г. наблюдался непрерывный рост выявляемости заболевания (в 3,2 раза: с 36,9 на 100 тысяч населения в 1992 г. до 117,4 на 100 тысяч в 2007 г.) (рис. 14).

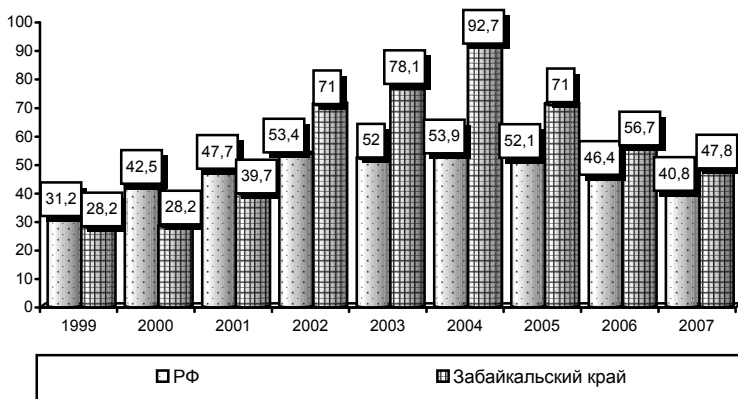


**Рис. 14. Заболеваемость алкогольной зависимостью в РФ и Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

Наиболее объективным параметром, отражающим тяжесть и масштабы алкоголизации населения, являются алкогольные психозы. Заболеваемость алкогольными психозами в Забайкальском крае увеличилась за 28 последних лет в 11,4 раза (с 4,2 в 1980 г. до 47,8 на 100 тысяч населения в 2007 г.). Следует отметить, что до 1993 г. количество алкогольных психозов в регионе было минимальным, с 1993 г. до 2004 г. наблюдался резкий рост заболеваемости (с 4,9 до 92,7 на 100 тысяч населения соответственно) с последующим значительным снижением в 2005—2007 гг. (рис. 15).

Кстати, следует отметить, что в Чите в 1987 г., в период алкогольных реформ, число больных алкогольными психозами сократилось в 12 раз в сравнении с показателем 1984 г., и это понятно, так как снизилась интенсивность пьянства населения. При

этом в структуре современных алкогольных психозов возросли формы с исходом в слабоумие и, соответственно, инвалидизацией со всеми вытекающими отсюда экономическими и социальными последствиями для семьи и государства.

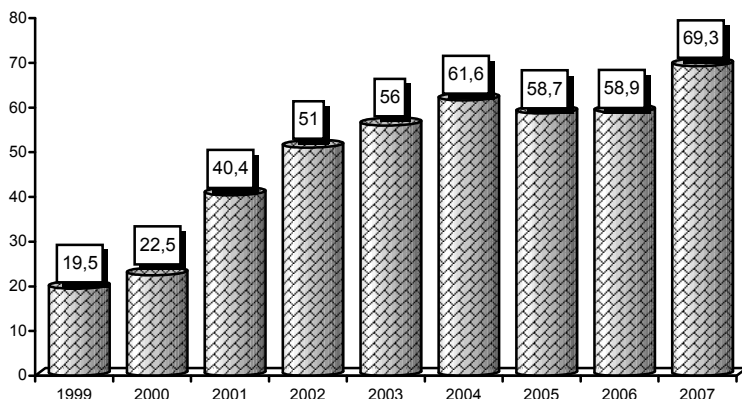


**Рис. 15. Заболеваемость алкогольными психозами в РФ и Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

В общесоматических больницах продолжается рост больных с сочетанной патологией, причем ее заметный прирост происходит как за счет алкоголизма и его соматических осложнений, так и за счет смешанных алкогольных психозов. По данным ГУЗ «Краевая клиническая больница», за 3 года удельный вес алкогольной патологии в структуре всех психических нарушений вырос от 42 % в 2003 г. до 57 % в 2005 г., а процент соматогенно-алкогольных психозов за эти же 3 года увеличился более чем в 2 раза (16 и 35 % соответственно).

Кроме того, больные алкоголизмом и злоупотребляющие алкоголем создают большую нагрузку в деятельности лечебных учреждений: около 40 % мужчин и 10 % женщин среди пациентов стационаров г. Читы обнаруживают болезненную зависимость от алкоголя. Именно пьянство и запойные состояния нередко являются истинными причинами, приводящими на больничную койку, особенно в травматологических и общетерапевтических отделениях, не говоря уже о токсикологии, где реанимационные палаты давно напоминают острое отделение наркологической клиники. За всем этим стоят огромные экономические затраты государства.

Весьма опасной тенденцией является рост больных алкоголизмом среди женщин и подростков (рис. 16).



**Рис. 16. Заболеваемость алкогольной зависимостью женщин в Забайкальском крае (на 100 тысяч женщин)**

Причем рост больных алкоголизмом среди подростков более чем на 158 % идет преимущественно за счет так называемого пивного алкоголизма. Сложившаяся ситуация убедительно свидетельствует, что страна уже перешла критический рубеж и изменить положение без активного вмешательства государственных структур будет весьма трудно.

Действительно, современная алкогольная ситуация в Российской Федерации является чрезвычайной. Возникла масса трудноразрешимых социальных, криминальных, экономических и медицинских проблем, которые напрямую или косвенно связаны с алкоголем. В первую очередь это сверхсмертность российского населения, в структуре которой особое значение занимает насильственная смертность в результате убийств и самоубийств, так как она характеризует возросшую агрессивность в обществе. При этом уже не остается сомнений, что летальность от указанных насильственных причин – наиболее показательный источник смертности, на который влияет алкоголь.

В мире общепризнанной является точка зрения о большом значении алкоголя в реализации агрессивных действий. Так, наиболее весомым фактором (в 78 % случаев) совершенных умышленных убийств является употребление алкоголя (Говорин Н. В. и др., 2001). При этом уровень убийств как среди муж-

чин, так и среди женщин тесно коррелирует с уровнем продажи водки на душу населения (Разводовский Ю. Е., 2006). В то же время алкоголизм и преступность взаимовлияют друг на друга – один фактор способствует возникновению другого.

Многолетнее изучение связи самоубийств с потреблением алкоголя на уровне небольших групп в разных странах позволило исследователям сформулировать некоторые общие выводы (Немцов А. В., 2001): 1) значительная доля алкоголиков и пьяниц заканчивает жизнь самоубийством; 2) для молодых мужчин – тяжелых пьяниц риск самоубийства в 5 раз выше, а для алкоголиков – в 9 раз выше, чем для остального населения; 3) алкоголиков и тяжелых пьяниц среди самоубийц значительно больше, чем людей с другими диагнозами; 4) в крови большей части самоубийц обнаруживается алкоголь.

В таблице 1 приведены данные о процентном изменении числа самоубийств в некоторых странах при изменении среднедушевого потребления алкоголя на 1 литр. Россия, как Норвегия и Швеция, принадлежит к числу стран с высокой зависимостью уровня суицидов от уровня потребления алкоголя.

Т а б л и ц а 1  
**Изменение числа самоубийств при изменении  
среднедушевого потребления алкоголя на 1 литр (в %)**

Страна	% изменений	Авторы
Швеция	15	Norstrom, 1988
Норвегия	16	
Франция	2,6	
Венгрия	5	Skog & Elekes, 1993
Швеция	10	Norstrom, 1995
Франция	3—4	
Дания	2,5	Skog, 1993
Россия	11,9	Немцов, 2002

Заметим, что для данных стран, в отличие от России, характерно сравнительно низкое потребление алкоголя. Было доказано, что повышение среднедушевого потребления алкоголя в РФ на 1 литр добавляет 8 мужских самоубийств на каждые 100 тысяч мужчин и 1 женское самоубийство на каждые 100 тысяч женщин (Немцов А. В., 2002).

На наш взгляд, чтобы наглядно продемонстрировать значение алкогольного фактора в возникновении криминальной агрессии и суицидального поведения, следует изучить взаимосвязи данных видов насильственной смертности с алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью насе-

ления, оценить значение алкогольного опьянения и наличия алкогольной зависимости у лиц при совершении гетеро- и аутоагрессивных действий. В настоящей главе мы рассмотрим только первый аспект.

Таблица 2

**Результаты корреляционного анализа (Spearman) между некоторыми показателями насильственной, алкогольобусловленной смертности и наркологической заболеваемости населения Забайкальского края**

Показатели	Смертность от убийств	Смертность от самоубийств	Смертность от отравлений алкоголем	Смертность от алкогольной болезни печени	Смертность от хронического алкоголизма	Заболеваемость алкогольными психозами	Заболеваемость алкогольной зависимостью
Смертность от убийств	1	+0,906***	+0,896***	+0,662***	+0,607**	+0,860***	-0,437*
Смертность от самоубийств	+0,906***	1	+0,922***	+0,651***	+0,616**	+0,742***	-0,348
Смертность от отравлений алкоголем	+0,896***	+0,922***	1	+0,825***	+0,551*	+0,825***	-0,281
Смертность от алкогольной болезни печени	+0,662***	+0,651***	+0,825***	1	+0,414*	+0,740***	-0,104
Смертность от хронического алкоголизма	+0,607**	+0,616**	+0,551*	+0,414*	1	+0,317	-0,124
Заболеваемость алкогольными психозами	+0,860***	+0,742***	+0,825***	+0,740***	+0,317	1	-0,473*
Заболеваемость алкогольной зависимостью	-0,437*	-0,348	-0,281	-0,104	-0,124	-0,473*	1

*Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$ ; \*\*\* –  $p < 0,0001$ .*

Действительно, чтобы выявить наличие связи между числом самоубийств, убийств и алкоголизацией населения необходимо сопоставить динамику указанных насильственных смертей с динамикой других явлений, более тесно связанных с потреблением спиртных напитков. В качестве таковых удобно взять случаи детерминированной алкоголем смертности, а также заболеваемость алкогольной зависимостью и алкогольными психозами. Данные величины характеризуются своей медицинской значимо-



стью и тем, что благодаря их экстремальному характеру они мало зависят от социальных установок и сравнительно легко поддаются учету (Нечаев А. К., 1992). Результаты проведенного нами корреляционного анализа между выбранными показателями представлены в таблице 2.

Зависимость от употребления алкоголя более очевидна для смертности от случайных отравлений алкоголем и заболеваемости алкогольными психозами. Ведь последние встречаются только у больных с алкогольной зависимостью, а смертность от отравлений – следствие прямого воздействия алкогольного фактора. Поэтому и реагируют эти показатели наиболее быстро на изменение алкогольной ситуации в стране. Уровень обоих явлений резко снизился во время антиалкогольной кампании и вырос во время рыночных реформ, корреляция между ними весьма высока ( $r=+0,825$ ,  $p<0,0001$ ).

У показателя смертности от алкогольной болезни печени выявлена сильная прямая связь с показателями смертности по причине случайных отравлений алкоголем и заболеваемости населения алкогольными психозами ( $r=+0,825$ ,  $p<0,0001$ ;  $r=+0,740$ ,  $p<0,001$  соответственно), у частоты смертности от хронического алкоголизма корреляция с указанными явлениями значительно ниже ( $r=+0,551$ ,  $p<0,05$ ;  $r=+0,317$ ,  $p>0,05$  соответственно).

Указанные закономерности можно объяснить запаздыванием изменений смертности от хронического алкоголизма в ответ на изменения алкогольной или социальной ситуации в стране. Такую инертность можно объяснить тем, что в танатогенезе большую роль играет соматическая патология, нажитая в результате предшествующего длительного пьянства. Смертность от алкогольной болезни печени занимает промежуточное положение, являясь хроническим прогрессивным заболеванием, течение которого может резко утяжелиться приемом алкоголя (Немцов А. В., Нечаев А. К., 1991).

Корреляция показателей заболеваемости алкогольной зависимостью со всеми выбранными для анализа показателями оказалась отрицательной. Это следует считать косвенным подтверждением несовершенства системы выявления и учета данного контингента больных. Поэтому официально регистрируемая заболеваемость алкогольной зависимостью не может служить надежным источником информации о наличии алкогольных проблем в обществе.

Проведенный анализ показал, что корреляция между показателем смертности по причине самоубийств и частотой умерших от случайных отравлений алкоголем, заболеваемостью населения алкогольными психозами составила  $+0,922$  ( $p < 0,0001$ ) и  $+0,742$  ( $p < 0,0001$ ), а между распространенностью убийств в Забайкальском крае и данными показателями –  $+0,896$  ( $p < 0,0001$ ) и  $+0,860$  ( $p < 0,0001$ ) соответственно. Это является прямым подтверждением ведущего вклада алкоголя в величину насильственной смертности в Забайкалье (рис. 17).



**Рис. 17. Заболеваемость алкогольными психозами и смертность от насильственных причин в Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

Получена прямая средняя по силе связь между частотой смертности от хронического алкоголизма, алкогольной болезни печени и самоубийствами ( $r = +0,616$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = +0,651$ ,  $p < 0,0001$  соответственно), а также убийствами ( $r = +0,607$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = +0,662$ ,  $p < 0,0001$  соответственно).

Если рассматривать динамику изучаемых явлений более подробно, то с 1984 по 1987 г. (антиалкогольная кампания) коэффициент смертности от самоубийств уменьшился на 46,6 %, от убийств – на 47,0 %, от смертельных отравлений алкоголем – на 71,9 %, показатель заболеваемости алкогольными психозами снизился на 57,9 %. В периоды с 1991 по 1994 г. и с 1997 по 2002 г. (социально-экономические кризисы, которые сопровождалось ростом потребления спиртного) распространенность самоубийств выросла на 122,9 и 44 %, убийств – на 233,3 и 55,6 %, смертельных отравлений – на 100,0 и 100,0 %, заболеваемости – на 100,0 и 100,0 %.

смертельных отравлений алкоголем – на 423,2 и 110,8 %, заболеваемости алкогольными психозами – на 563,3 и 176,5 % соответственно (рис. 17).

Т. е. зависимые от алкоголя самоубийцы были более чувствительны к снижению потребления алкоголя (в условиях антиалкогольной кампании), а умершие при отравлении алкоголем и заболевшие алкогольными психозами – к его росту. Последнее, скорее всего, связано с резким повышением количества токсичных фальсификатов спиртных напитков во время экономических кризисов, что также повлияло на число убийств, но почти не имело значения для самоубийств.

Все указанные ранее особенности характерны и для сельского населения края, но распространенность насильственных смертей на селе значительно выше, особенно это касается самоубийств (см. раздел 1.1.). Такие сверхвысокие показатели смертности, в первую очередь от самоубийств, в сельской местности отмечены и в других регионах России, но значительная часть из них является национальными образованиями, и сложившаяся там суицидная ситуация трактуется этнокультуральными особенностями (Положий Б. С., 2006). Конечно, такое однозначное объяснение не может быть применимо для нашего региона. Поэтому мы провели корреляционный анализ между показателями самоубийств в сельской местности и показателями алкогольбусловленной смертности и наркологической заболеваемости. Полученные результаты представлены в таблице 3.

**Т а б л и ц а 3**  
**Результаты корреляционного анализа с показателями смертности по причине самоубийств**

Показатели	Все население Забайкальского края	Сельское население края	Население города Читы
Смертность от убийств	+0,906***	+0,955***	+0,494*
Смертность от случайных отравлений алкоголем	+0,922***	+0,904***	+0,351
Смертность от хронического алкоголизма	+0,616**	+0,591**	+0,352
Смертность от алкогольной болезни печени	+0,651***	+0,758***	+0,169
Заболеваемость алкогольными психозами	+0,742***	+0,776***	+0,240
Заболеваемость алкогольной зависимостью	-0,348	-0,326	-0,357

*Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$ ; \*\*\* –  $p < 0,0001$ .*

Проведенный нами анализ показал, что смертность по причине самоубийств среди сельского населения Забайкальского края тесно связана с алкогольбусловленной смертностью и наркологической патологией.

Так, величина корреляционной связи показателей смертности от самоубийств и смертности от случайных отравлений алкоголем, алкогольной болезни печени, хронического алкоголизма, заболеваемости алкогольными психозами составила +0,904 ( $p < 0,0001$ ), +0,758 ( $p < 0,0001$ ), +0,591 ( $p < 0,001$ ) и +0,776 ( $p < 0,0001$ ) соответственно. При этом аналогичные корреляции по городскому населению составили +0,351, +0,169, +0,352 и +0,240.

Это указывает на сохраняющийся социально-психологический кризис, главным образом в деревне, который определяется своеобразным порочным кругом: с одной стороны, пьянство на селе резко ухудшает экономическое положение сельчан (как пьянствующих, так и членов их семей); с другой – низкий уровень качества жизни, безработица вызывают психозэмоциональную напряженность, которая устраняется пьянством («чтобы забыть-ся, уйти от проблем хотя бы на время»). Именно сельское население сегодня в глубочайшем кризисе и пьянстве, а ведь Россия была всегда сильна деревней и на этом многие столетия держалась.

Следовательно, сложившуюся кризисную ситуацию с насильственной смертностью в Забайкальском крае во многом можно объяснить массивной алкоголизацией населения, в первую очередь сельского, тесно связанной с социальным неблагополучием в обществе. При этом большую часть погибших составляют мужчины. Следовательно, высокие показатели алкоголизма и пьянства в сельских районах региона, прямым подтверждением которого является высокая заболеваемость алкогольными психозами и смертность от отравлений алкоголем, сопровождаются ростом числа убийств и самоубийств. Именно поэтому одним из путей снижения смертности является борьба с алкоголизмом и пьянством, особенно на селе, которая должна осуществляться на основе улучшения качества жизни людей, условий их проживания, материального благополучия, духовного возрождения и воспитания подрастающего поколения в антиалкогольных традициях.

### КРИМИНАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ И АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР

#### 2.1. Личностные и психопатологические механизмы криминальной агрессии

Слово агрессия происходит от латинского «aggredi», что означает «подход, попытка завоевать кого-то», «нападать». В настоящее время существует множество определений агрессивного поведения ввиду разнообразных научных подходов к изучению данной проблемы. Поэтому единая междисциплинарная концепция агрессии остается пока малоразработанной. Так, основным признаком, с правовой точки зрения, в феномене агрессии является применение силы, когда интенсивное реагирование в отношении между людьми расценивается как агрессия. С точки зрения криминологии, агрессия – это противоправные действия, связанные с причинением ущерба. С позиций теории гомеостаза, агрессия – своеобразный способ психической саморегуляции. С психологической же точки зрения, агрессия трактуется как черта личности или (и) как реакция на фрустрацию (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1985; Пеан А. А., 1996; Dollard J. et al., 1939; Berkowitz L., 1969).

Согласно представлениям теории коммуникации, психологи определяют агрессию как патологическую форму общения, связанную с недостаточностью стимуляции при обычных социальных контактах (Соловьева С. Л., 1999). Авторы этой концепции считают, что даже убийство, как крайнее выражение агрессии, редко совершается с целью уничтожения другого человека, его мотив – это защита от враждебности окружающего мира, предотвращение ожидаемого нападения, ослабление эмоционального напряжения, переживания страха, тоски, самоутверждение, самозащита (Фромм Э., 1994; Самовичев Е. Г., 2002).

В отечественной психологической литературе агрессия также определяется как индивидуальное или коллективное поведение, действие, направленное на нанесение физического или психического вреда, ущерба либо на уничтожение другого человека или группы людей (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1985). По мнению Ф. С. Сафуанова (2003), агрессия – это форма поведения (конкретное действие), реализующая какое-либо намерение или побуждение по отношению к потерпевшему (мотивированное действие) и связанная с этим намерением (побуждением) определенным смысловым отношением, объективно на-

правленная на причинение вреда (ущерба) его жизни или здоровью. Ф. С. Сафуанов (2002) выделяет 10 видов механизмов агрессивных преступных действий, согласно трихотомии психологической типологии криминальной агрессии: уровень агрессивности личности, уровень выраженности тормозящих агрессию структур и уровень выраженности психотравмирующего воздействия ситуации.

Отечественные психиатры в определении агрессии основным элементом считают признак насилия и инициативы. Под агрессией понимают насильственные действия одного человека, направленные на причинение физического вреда (ущерба) другому человеку или нескольким людям (Дмитриева Т. Б. и др., 2006), или специфически ориентированное поведение, направленное на устранение или преодоление всего того, что угрожает физической и (или) психической целостности живого организма (Максимова М. В., 2003). Понятие агрессии многими исследователями отождествляется с понятием агрессивного поведения (Горшков И. В., Горинов В. В., 1997; Садовская А. В., Ениколопов С. Н., 1998). Другие авторы рекомендуют отличать агрессивность как свойство, постоянно присущее биологическому объекту, в том числе человеку, и агрессию – как действия, совершаемые в конкретных условиях (Качаева М. А., Давыдов Д. М., 2000).

Существует множество теоретических обоснований возникновения агрессии, ее природы и факторов, влияющих на ее проявление (Дмитриева Т. Б. и др., 2006; Семке В. Я., Платонов Д. Г., 2006; Семке В. Я., Гусев С. И., 2007). В настоящее время имеются представления о том, что агрессивность либо имеет исключительно биологическое происхождение, либо связана, главным образом, с проблемами воспитания и культурой.

Поиску биологических предикторов агрессивного поведения были посвящены многочисленные исследования: изучены расовые особенности агрессивного поведения, его взаимосвязь между степенью агрессивности и степенью кровного родства, выявлены статистически достоверные указания на связь агрессивного поведения с наследственными факторами (Киселева О. А., 1996; Hooton E. A., 1939; Wells E. A. et al., 1992; Hutton H. E. et al., 1992; Carey G., 1992; Jenaway A., Swinton M., 1993; Rujescu D., 2007).

Ряд авторов указывает на изменения гормонального, медиаторного обмена, патогномичные для агрессивного поведения (Кудрявцев И. А., Коган Б. М., 1998; Дмитриева Т. Б. и др., 1998;

Praag H. M., 1998, 2001; Gerra G. et al., 1997; Archer J., 2006; Cunningham R. L., 2006; Simon N. G., 2006; Soma K. K., 2006; Bokhoven I., 2006; Trainor B. C., 2006), специалистами предприняты попытки связать агрессивное поведение с нарушениями в строении мозга, выявляемыми ядерно-магнитным резонансом, электроэнцефалографически и при компьютерной томографии мозга (Иващенко О. И. и др., 1998; Вандыш-Бубко В. В., 2001; Киренская А. В., 2001, 2002; Максимова Н. В., 2003; Бухановский А. О. и др., 2003; Дмитриева Т. Б. и др., 2005).

В то же время развиваются гипотезы социального происхождения агрессии. Проводимые масштабные исследования агрессивного поведения в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Москва) демонстрируют, что в формировании и реализации агрессии большую роль играют не только особенности психического состояния, но и реальные социальные факторы макро- и микроуровня, а наличие психического расстройства лишь облегчает включение лица в агрессивное опасное поведение (Дмитриева Т. Б., 2001, 2002; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2001). Так, к числу факторов, способствующих совершению особо тяжких правонарушений, относятся наличие криминальных навыков и опыт общения с лицами, судимыми за насильственные действия (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995; Дмитриева Т. Б. и др., 2000). Воспитание в таких условиях ведет к формированию искаженного представления о норме межчеловеческого общения. Наличие же мозговой неполноценности способствует усвоению и закреплению агрессивного модуса поведения (Двойнин В. Н., 1991).

Между тем отечественными и зарубежными исследователями отмечено, что среди совершающих агрессивные действия высок удельный вес лиц (до 50—70 %, по данным разных авторов), имеющих те или иные отклонения в психической деятельности (Антонян Ю. М. и др., 1998; Дмитриева Т. Б., 2006; Горинов В. В. и др., 2006; Семке В. Я., 2007). По данным судебно-психиатрической статистики, среди совершивших убийства число психически больных, признанных невменяемыми, достигает 10 %, с умственной отсталостью – от 9,9 до 25 % (Мохонок А. Р., Щукина Е. Я., 2001; Ржевская Н. К., 2007).

Значительную часть (до 40 %) от числа всех, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, составляют больные с органическим психическим расстройством. Это обусловлено большой частотой, а также тяжестью совершенных ими убийств и

тяжких телесных повреждений (Гордова Т. Н., 1973; Белов В. П., 1979; Мельник В. И., 1989; Вандыш-Бубко В. В., 2002). Большинство лиц с эпилепсией, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, обвиняются в совершении агрессивных правонарушений и чаще признаются невменяемыми (Усюкина М. В., 2000; Дмитриева Т. Б., 2002; Шостакович Б. В., 2002; Горинов В. В. и др., 2006). Еще больший процент лиц с психическими расстройствами совершает особо тяжкие преступления и признается вменяемыми, однако их психические расстройства все же отражаются в картине содеянного (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2000).

В психиатрии традиционно изучалась связь клинической картины и внутрисиндромальной структуры психических расстройств с проявлениями агрессии. Отечественными специалистами предприняты попытки создания интегративной модели агрессивного поведения при психопатиях (Горшков И. В., 1998; Кернберг О., 1998; Шостакович Б. В., 2002; Горинов В. В. и др., 2006; Васянина В. И., 2006). Агрессивные действия подверглись изучению при органическом психическом расстройстве (Пархоменко И. М., 1999; Вандыш-Бубко В. В., 2002, 2006; Максимова Н. В., 2003; Можгинский Ю. Б., 2003; Лазарева И. И., 2005; Леонова Т. В., 2006), умственной отсталости (Ржевская Н. К., 2007; Гамаюнова Т. Л., 2005, 2007), шизофрении (Давыдов Д. М., 2000; Морозова М. А., Старостин Д. С., 2003; Джафарова Н. А., 2006; Агарков А. П., 2006; Верхованова Т. В., 2007), алкоголизме (Пищикова Л. Е., 1997; Качаева М. А., Давыдов Д. М., 2000; Кирпиченко А. А., 2003; Клименко Т. В., 2006, 2007; Агафонова С. С., 2007), эпилепсии (Горинов В. В., 2006; Корнилова С. В., 2006, 2007).

В ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского было создано и функционирует самостоятельное направление, исследующее теоретические аспекты детерминации агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами (Кондратьев Ф. В., 1988, 1990; Морозов Г. В., 1993; Шостакович Б. В., 1994; Кудрявцев И. А. и др., 1998). Установлено, что среди лиц с психическими расстройствами, совершивших убийство, значительно чаще встречаются субъекты с умственной отсталостью, зависимостью от психоактивных веществ, расстройствами личности, нежели больные эндогенными психозами, в частности шизофренией (Шостакович Б. В., 2002).



Общепризнанными стали факты, доказывающие, что расстройства личности представляют собой совокупность психопатологических феноменов и грубой социальной дезадаптации, выражающейся в алкоголизме, наркомании, агрессивном поведении, криминальных действиях. Как ведущие в формировании агрессивного поведения у психопатических личностей также оцениваются факторы микроокружения (DiLalla L. F., Gottesman L. L., 1991; Sutker P. V., 1994; Luntz B. K., Windom C. S., 1994). У психопатических личностей, совершивших противоправные деяния, на первый план выходят снижение самоконтроля, субъективное ограничение свободы выбора (Ситковская О. Д., 1998). Для них характерны нарушения преодоления конфликта, преднамеренной регуляции физических действий, психических процессов и прогностических функций (Шостакович Б. В. и др., 2002).

При шизофрении из числа факторов риска опасного поведения на первом месте находится сочетание психоза и употребления ПАВ, следующим фактором является фоновое диссоциальное расстройство личности или криминальный анамнез. До 70 % осужденных этой группы злоупотребляли алкоголем или другими психоактивными веществами (Кондратьев Ф. В., Осколкова С. Н., Василевский В. Г., 2002).

Нарушения развития головного мозга, связанные с вредностями первых лет жизни, являются факторами риска подростковой и взрослой рецидивной насильственной преступности. В возникновении аномальных особенностей психики и личности значительную роль играют экзогенно-органические вредности, органическая отягощенность в любой ее форме способствует проявлениям агрессивности и жестокости (Мягер В. К., 1976; Ряшитова Р. К., 1982; Бешкемпиров Е., 1986; Хачатурян А. М., 1997; Гурьева В. А. и др., 2000, 2002). Даже такая условная степень «органического» радикала, как эпилептоидная психопатия или акцентуация, в большой степени участвует в формировании деструктивной гетероагрессии (Васильева Н. В., 1999).

Весьма значительным является вклад в деструктивно-агрессивные действия и собственно органических поражений головного мозга (Плотникова О. П., 1994; Вандыш-Бубко В. В., 2001, 2004). Результаты исследования ЭЭГ (Киренская-Берус А. В. и др., 2001, 2002) показали, что предрасположенность к гомицидному поведению связана, в основном, с левополушарными нарушениями функций коры головного мозга. По мнению Wolkow и Tancredi (1987), церебральная дисфункция лишь способствует

возникновению «вспышек насилия», а агрессивное поведение является репрезентацией комплексного взаимодействия различных отделов ЦНС, нейромедиаторов, гормонов, внешних раздражителей и усвоенной реакции.

Помимо органической почвы, непосредственно относящейся к органической патологии травматического или другого происхождения (постоянная почва), выделяют временную органическую недостаточность, формирующуюся при психогенных нарушениях (временная почва). Выявлены определенные закономерности между постоянной (органической и аффективной) и временной почвой: при выраженности постоянной почвы временные факторы (острая психогения) имеют значение пусковых и, наоборот, при незначительной выраженности постоянной почвы временные факторы приобретают основное значение и включаются в этиопатогенетические механизмы (Доброгаева М. С. и др., 1991).

Между тем в прогнозировании общественной опасности психически больных многие исследователи отмечают большее значение не собственно психиатрического диагноза, а структуры психопатологического расстройства (Морозов Г. В., Шостакович Б. В., 1987). S. Starmini et al. (1999), обследовав большую группу больных, обнаруживших широкий спектр расстройств и совершивших преступления против жизни и здоровья, не смогли установить корреляций между диагнозом и характером правонарушения. По мнению Н. В. Васильевой (1999), корни агрессивности таятся в самой структуре личности, а не в нарушенной болезнью психике.

Психическая патология у человека снижает его сопротивляемость к воздействию конфликтных ситуаций, создает препятствия для развития социально полезных черт личности, для ее адаптации к внешней среде; ослабляет механизмы внутреннего контроля; сужает возможности выбора вариантов решений; облегчает реализацию импульсивных, непродуманных, противоправных поступков. Расстройства психики служат барьером между «аномальной» личностью и обществом.

Конечно, при психических расстройствах поведение может быть обусловлено не только внешними обстоятельствами, а самим заболеванием, но такая прямая зависимость между психопатологическим феноменом и предпочтительными формами реагирования, поведения, в том числе агрессивного, является достаточно редкой. Она встречается, главным образом, при тех психопатологических синдромах, когда утрачивается ориенти-

ровка больного в окружающем, или при бредовых и галлюцинаторных синдромах с императивными галлюцинациями (синдромы со значительным распадом психики, синдромы глубоких регистров поражения оказываются менее опасными). В шкале опасности из психопатологических синдромов наиболее опасными являются сумеречные расстройства сознания, а наименее опасными – астенические проявления. Другие – галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные, психопатоподобные синдромы – составляют середину этой шкалы (Дмитриева Т. Б., 2006; Семке В. Я., 2007).

Однако при психических аномалиях, не исключаящих вменяемости, сохраняется не только связь с внешним миром, но и детерминация им психической деятельности и поступков человека, хотя и с определенными искажениями (Семке В. Я., 2007). Известно, что на формирование агрессивного поведения людей с психическими расстройствами и реализацию агрессии оказывает влияние текущий актуальный патопсихологический синдром (Шостакович Б. В., 1987, 2000), он может находиться в нейтральных отношениях с риском опасного действия или быть его причиной (Вандыш-Бубко В. В., 2000). Патопсихологический синдром – это рисунок функционирования личности с учетом взаимодействия внутренних условий. Его криминогенность определяет мотивационный потенциал признаков болезни или сохраненных сторон личности в отношении к интеллектуальному и волевому контролю поведения (Семке В. Я., 2007). В механизмах преступного поведения аномалии выступают в качестве катализирующего фактора, а в качестве ведущего – нравственная невоспитанность личности (Кузнецова Н. Ф., 1983). Чем меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной симптоматики, тем большую роль в агрессивном поведении играет личность и ситуационные факторы (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2000; Семке В. Я., Гусев С. И., 2007).

Личностные психологические особенности, которые формируются под влиянием аномалий, способствуют такому поведению, являясь более криминогенными, чем последние. Если же психические расстройства непосредственно вызывают общественно опасные действия, как бы минуя психологию личности, то лицо, совершившее их, должно считаться неменяемым. По сравнению с психически здоровыми, у «аномальных» субъектов сфера личностного влияния сужена, соответственно шире сфера психопатологии, что может расцениваться в качестве одного из ос-

нований установления ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ). Но при психических аномалиях неисправность психологических механизмов не отменяет их общего действия. Реагируя на ситуацию, человек действует в соответствии с особенностями своего характера и взглядов. Каждая ситуация воспринимается им в зависимости от его личностных особенностей, принимая определенную субъективную значимость, и не является причиной действий, источником же последних является личность (Семке В. Я., 2007).

Очевидно значение всей совокупности факторов и всех межфакторных связей (социальных, наследственно-генетических, личностных, психопатологических и пр.), детерминирующих агрессивное поведение. Поэтому исследование сочетанного влияния факторов на формирование типов и механизмов агрессивных действий остается актуальным и в настоящее время.

Нами было предпринято изучение различных аспектов криминальной агрессии, и в качестве модели выбраны убийства и нанесение тяжких телесных повреждений.

Для этого осуществлено обследование 528 лиц (63 женщины и 465 мужчин), прошедших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ) в 2000—2007 гг. на базах Краевой психиатрической больницы № 2 и кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии.

Углубленно проанализировано 286 актов КСППЭ лиц мужского пола (основная группа), совершивших преступления против жизни и здоровья, квалифицируемые по ст. 105 ч. 1, 2; ст. 111 ч. 1—4 УК РФ с заключением о вменяемости подэкспертного на момент деликта. Средний возраст мужчин составил  $30 \pm 0,76$  года.

Обследованные были сгруппированы следующим образом: 1-я группа – страдающие органическим психическим расстройством (ОПР, F00—F09) – 19,9 % (57), 2-я группа – расстройством личности (РЛ, F60—F69) – 15,7 % (45), 3-я группа – умственной отсталостью (УО, F70—F79) – 11,9 % (34), 4-я группа – алкогольной зависимостью (АЛК, F10.251—F10.263) – 12,2 % (35). Группу контроля составили психически здоровые обвиняемые (ПСЗ) – 40,3 % (115).

Среди всех подэкспертных 11,9 % составили женщины, 88,1 % – мужчины. Возраст обвиняемых колебался от 14 до 70 лет, средний возраст составил для мужчин  $29 \pm 0,78$  года, для

женщин – 37±1,98 года. Наиболее часто преступления против жизни и здоровья совершались в возрасте от 20 до 29 лет (табл. 4). Следует отметить, что возраст каждого пятого подэкспертного мужского пола на момент преступления составил 14—19 лет.

Т а б л и ц а 4

**Распределение подэкспертных по полу и возрасту (в %)**

Пол	Возраст (лет)							Всего
	До 19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—80	
Мужской	19,6	42,9	19,2	13,7	0,9	2,7	1	100
Женский	0	27,3	18,2	45,5	9,1	0	0	100
Итого	17,8	41,5	19,1	16,6	1,7	2,5	0,8	100

Установлено, что в городской местности проживали 45 % обследованных, в сельской – 51 %, не имели определенного места жительства – 4 %.

Преобладали лица со средним (40,5 %) и среднеспециальным образованием (30,6 %), 21,5 % окончили менее 9 классов, не имели образования 7,4 % подэкспертных. 34,3 % обследованных являлись безработными, 41,6 % занимались низкоквалифицированным трудом и не имели постоянного места работы, лишь 20,1 % обследованных занимались квалифицированным трудом. Средний рабочий стаж составил 7,15±0,53 года, чаще всего суммарный стаж работы не превышал 3 лет.

Из всей совокупности наблюдений почти в половине случаев (47,5 %) обвиняемые не состояли в браке, в 9,1 % – были разведены, в 21,5 % – сожительствовали, только в 17,2 % – проживали в официально зарегистрированном браке.

Установлено, что 40 % отцов и 55 % матерей подэкспертных имели среднее образование, 1 и 2,5 % – высшее, 1 и 0 % – только начальное, остальные – среднеспециальное. В 27 и 9 % случаев обнаружено злоупотребление алкоголем до рождения подэкспертного у отцов и матерей соответственно. В 1/4 случаев имелись сведения об усилении черт характера отцов в виде раздражительности и вспыльчивости, в 13 % – в виде брутальности и бесконтрольного проявления физической агрессии (в том числе при алкогольном опьянении). Почти каждый третий из подэкспертных имел наследственную отягощенность алкоголизмом отца (26,8 %), каждый шестой – алкоголизмом матери (15 %); у 10 % наследственность была отягощена наличием самоубийств близких родственников.

В течение жизни 55,7 % из числа обвиняемых получали одну или несколько черепно-мозговых травм (ЧМТ).

Сведения о раннем развитии удалось установить лишь в небольшом количестве случаев. В постнатальном периоде развития перенесли ЧМТ 2,1 %, инфекционные заболевания ЦНС – 0,7 %, эписиндром наблюдался у 1,4 %, гипертензионный синдром – у 0,4 %, гипотрофия – у 0,7 %. В раннем и дошкольном периодах наиболее часто отмечались наличие задержки развития (15,4 %), энурез (11 %), гиперкинетические расстройства (6 %), снохождение (5,4 %). Детские дошкольные учреждения посещали регулярно 4,3 %, нерегулярно – 16,4 %, не посещали – 35,4 %.

При анализе школьного периода биографии подэкспертных получены следующие результаты: основная масса обвиняемых (60 %) начали обучаться в школе с 7 лет, имели низкую успеваемость (46,8 %) с безразличным отношением к учебе. 16 % дублировали обучение, 30 % нарушали дисциплину и совершали антиобщественные поступки. Часто у подэкспертных встречались нарушения поведения в виде малообщительности (18 %) или конфликтности (18 %). Собственную дисциплину в школе обследованные чаще расценивали как плохую (31,4 %) и среднюю (51,7 %).

С подросткового возраста 20 % подэкспертных систематически употребляли алкоголь и вели праздный образ жизни, при этом 8,7 % начали употреблять алкоголь в возрасте до 11 лет. Отмечено, что 17 % были неуправляемы и драчливы, 12 % совершали суицидальные действия.

При анализе микросоциальных условий развития выявлено, что 1/3 обвиняемых воспитывались в многодетной семье (более 3 детей), более 1/3 – в неполной или несимметричной, в 13,2 % – в малообеспеченной. В 12 % случаев наблюдался криминальный анамнез у близких родственников, в 14 % – идентичные агрессивные реакции последних и почти в 30 % – алкогольный быт семьи. Между родителями подэкспертного в 1/4 случаев наблюдались конфликтные отношения. 40 % обвиняемых воспитывались в условиях гипоопеки, 8 % – гиперопеки, 25 % были объектом агрессии со стороны родителей. При этом 26,3 % обследованных в определенный период жизни воспитывались в детском доме, опекунами или были социальными сиротами. У 10 % отношения с родителями носили враждебный характер. Отношение к себе в детстве со стороны всех членов семьи лишь в 20,7 % наблюдений сами обследуемые расценивали как хорошее, более половины указывали на плохое отношение (51,7 %).

Среди обследованных мужчин призывного возраста и старше 52,8 % не служили в армии: 20 % – в связи с судимостью, 5 % – из-за настоящего обвинения. Во время прохождения срочной службы 6 % имели дисциплинарные взыскания за неуставные взаимоотношения, у 5,2 % длительно протекал период адаптации, 4,2 % подвергались моральным и физическим унижениям.

Почти в одинаковом количестве случаев (1/5) обвиняемые ранее отбывали наказание в виде лишения свободы (1,5 % – в детской колонии), 1/7 – вели антисоциальный образ жизни, имея криминальный круг общения. Ранее судимыми были 44,7 %, из них 23 % уже совершали преступления против жизни и здоровья (табл. 5).

Таблица 5

**Криминальный анамнез подэкспертных (в %)**

Судим ранее по статье	%
Умышленное убийство – ст. 105 ч. 1 УК РФ	3,5
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего – ст. 111 ч. 4	3,1
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека – ст. 111 ч. 1	9,8
Грабёж с разбоем – ст. 161—162	21
Насильственные сексуальные действия – ст. 131—132	4,9
Хулиганство – ст. 213	1
Иные – ст. 111/2, 108, 109, 113, 114, 116, 117, 119	1,7

На момент деликта в одинаковом проценте случаев обвиняемые проживали в хороших и удовлетворительных материально-бытовых условиях (по 16 %), более половины (68 %) – в неудовлетворительных. Для собственной семьи подэкспертного в 1/3 случаев был характерен алкогольный быт, нередко наблюдались агрессивные реакции обследуемого против родственников и сожителей (14 %) и конфликтность отношений (34,6 %). Из 247 обвиняемых в возрасте до 25 лет 32 % воспитывались в неполной семье и на момент преступления проживали в ней.

После изучения характеризующих документов было отмечено, что в 17,8 % случаев обвиняемый отличается обидчивостью, в 22,7 % – упрямостью, в 46,2 % – раздражительностью и вспыльчивостью в алкогольном опьянении, в 15 % – подчиняемостью, слабоволием. Отмечалось усиление таких черт характера, как подозрительность (у 2,1 %), мнительность (у 5,6 %), злопамятность (у 9,4 %), сензитивность, ранимость (у 7,3 %). Однозначно положительные отзывы имели 3,8 % подэкспертных.

В 7,7 % случаев обвиняемым был выставлен диагноз умственной отсталости, в 9,9 % – органического психического рас-

стройства (ОПР), в 7 % – психопатии (в 3,5 % – истерической), в 2,1 % – эпилепсии, в 7,5 % – алкоголизма, преимущественно II стадии (5,9 %). Атипичные формы опьянения наблюдались у 22 % обследованных. Ранее на принудительном лечении находились 4,3 % подэкспертных.

Среди форм органического психического расстройства по МКБ-10 преобладали расстройства личности органической этиологии – 33,3 %. ОПР как фоновый диагноз установлено в 2,5 % случаев. В этиологии ОПР основное место занимал травматический фактор (35,4 %). Ранний органический фактор прослеживался в 28 % случаев: 14,6 % человек перенесли воздействие вредных факторов на головной мозг в ante- и интранатальном периодах, еще 12,5 % – в постнатальном. В дошкольном периоде задержка психического развития наблюдалась у 23 % из этой подгруппы, задержка моторного развития – у 19 %, неврозоподобные расстройства (энурез, заикание, тики неврозоподобного генеза) – у 15 %, снохождение, сноговорение и другие эпилептиформные расстройства – у 21 %, синдром дефицита внимания и гиперактивности – у 8,3 %.

При вынесении заключения в ряде случаев было отмечено, что подэкспертные имели признаки употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) – 10 %. Диагноз алкогольной зависимости выставлялся в 1/3 случаев: в 12 % – как основной, в 18 % – как сопутствующий. Резидуальные и отсроченные психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10.7), отмечены у 3 % обследованных.

Другой распространенный вид психической патологии среди подэкспертных – расстройства личности (РЛ) выявлены у 14 %. Более половины в этой группе диагнозов занимает эмоционально неустойчивое РЛ. Инфантильное РЛ (F60.8) наблюдалось у 4 человек. Диагноз умственной отсталости установлен у 11,5 % обследованных, из них у 3,6 % – умственная отсталость (УО) со значительными нарушениями поведения (табл. 6).

Среди психически здоровых (ПСЗ) при экспертно-клинической диагностике у 27 % было отмечено наличие акцентуации характера. Наиболее часто выявлялись неустойчивая и безвольная акцентуации (почти у 50 %), возбудимые черты наблюдались в 3,5 % случаев, в 4,4 % – астенические, в 5,2 % – эпилептоидные. Реже встречались гипотимные, зависимые, психастенические личности (по 0,87 %) и дистимные, застревающие, конформные, шизоидные и гипертимные (по 1,74 %).



Т а б л и ц а 6

**Нозологическое распределение  
клинического материала**

Диагноз	Код МКБ-10	Основной		Сопутствующий	
		абс.	%	абс.	%
Психически здоров и акцентуированная личность		115	40,2		
Органические, включая симптоматические психические р-ва		57	19,9		
Органические расстройства настроения [аффективные]	F06.3	4	1,4		
Органическое эмоциональное лабильное [астеническое] р-во	F06.6	11	3,9	2	0,7
Легкое когнитивное р-во	F06.7	15	5,2	2	0,7
Другие уточненные психические р-ва	F06.8	4	1,4	1	0,4
Психическое р-во неуточненное	F06.9			1	0,35
Р-во личности органической этиологии	F07.0	21	7,3		
Постконтузионный синдром	F07.2	2	0,7		
Другие органические р-ва личности и поведения	F07.8	1	0,4		
Психические и поведенческие р-ва, вызванные употреблением алкоголя	F10				
Употребление с вредными последствиями	F10.1	11	3,9	6	2,1
Синдром зависимости	F10.2	35	12,2		
I стадия	-X1	5	1,8	11	3,7
II стадия	-X2	27	9,4	36	12,6
III стадия	-X3	3	1,05	9	3,2
Резидуальные и отсроченные психические р-ва	F10.7				
Р-во личности и поведения	F10.71	2	0,7		
Остаточное (резидуальное) аффективное р-во	F10.72	1	0,4		
Деменция	F10.73	1	0,4		
Другое стойкое когнитивное нарушение	F10.74	3	1,1		
Специфические р-ва личности	F60	45	15,7		
Параноидное	F60.0	1	0,4		
Шизоидное	F60.1	2	0,7		
Диссоциальное	F60.2	1	0,4	1	0,4
Эмоционально неустойчивое	F60.3	25	8,7	1	0,4
Истерическое	F60.4	5	1,8		
Ананкастное	F60.5	0	0		
Тревожное (уклоняющееся)	F60.6	1	0,4		
Расстройство типа зависимой личности	F60.7	2	0,7	1	0,4
Другие специфические	F60.8	4	1,4	1	0,4
Смешанные и другие р-ва личности	F61	4	1,4		
Умственная отсталость	F7X	34	11,9		
Легкой степени					
- с указанием на отсутствие и слабую выраженность нарушения поведения	F70.0	20	7		
- значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения	F70.1	8	2,8		

Умеренная	F71				
- с указанием на отсутствие и слабую выраженность нарушения поведения	F71.0	2	0,7		
- значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения	F71.1	2	0,7		
Всего		286	100	79	27,7

В преобладающем большинстве случаев (54,6 %) преступление квалифицировалось как убийство (ст. 105 ч. 1, 2) или умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего (ст. 111 ч. 4) – 27 %. В 19 % случаев инкриминировалось умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека: ст. 111 ч. 1 – 32 %, ст. 111 ч. 2, 3 – 4,5 %.

Дополнительно судом или следствием подэкспертные обвинялись в умышленном причинении средней тяжести вреда здоровью (ст. 112), причинении смерти по неосторожности (ст. 109), убийстве, совершенном при превышении пределов необходимой обороны, либо при превышении мер, необходимых для задержания лица, совершившего преступление (ст. 108).

Инкриминируемые преступления не ограничивались кругом деликтов против личности и помимо вышеперечисленных квалифицировались по статьям глав № 21 – преступления против собственности и № 24 – преступления против общественной безопасности, среди которых преобладали ст. 162 – разбой, ст. 213 – хулиганство и ст. 222 – незаконное ношение оружия.

При анализе деликтов установлено, что в 14,7 % случаев настоящее преступление было групповым, где обследуемый выполнял роль лидера (5,9 %), ведомого (8 %) или действовал самостоятельно (9,1 %). Содействовали следствию 23,4 % обвиняемых, препятствовали – 57 %. Было выявлено, что на момент совершения преступления 5,6 % обследуемых находились в состоянии стресса, 6,3 % – астении, 22 % – в состоянии эмоционального напряжения фрустрационного типа.

Большинство преступлений (46,6 %) совершались маломотивированно из-за «неприятных отношений» или на «бытовой почве». Агрессивная реакция в таких случаях не соответствовала содержанию и силе провоцирующих действий и не являлась следствием психотравмирующей ситуации. Из них 66,4 % деликтов были немотивированными и не подкреплялись в дальнейшем никакими объяснениями (во время следствия или КСППЭ),

36,8 % обследованных указанной группы на момент преступления находились в опьянении суррогатами алкоголя.

Доля немотивированных гетероагрессивных действий была максимальной в группе лиц с умственной отсталостью (50 %), в других группах большое количество таких деликтов составляло: 37,9 % – при РЛ, 40 % – при АЛК и 43,9 % – при ОПР.

В 24,8 % преступлений основным мотивом послужило желание отомстить субъекту-источнику психотравмирования (в том числе постоянного и длительного), в 6,3 % – защита из-за страха за собственную жизнь, в одинаковом проценте случаев (по 8,4 %) были зарегистрированы такие причины, как ревность, подъем по иерархической лестнице, самоутверждение в глазах сверстников. Лишь в 5,6 % преступлений причиной деликта послужило желание заполучить материальные ценности потерпевшего. В 4 % случаев в мотивах прослеживались элементы феномена гомицидомании.

Процентная совокупность всех мотивов составила больше 100 %, поскольку в ряде случаев мотивация была двойственной или вовсе неопределенной. Так, объясняя причины совершенно маломотивированного преступления на «бытовой почве» или «неприятных отношений», в указанной группе из 125 человек (100 %) 34 % называли дополнительные мотивы («причины») содеянного. Среди последних преобладали желание «отомстить обидчику» (14,4 %), ревность (4,8 %), материальная выгода (1,6 %), защитная реакция (2,4 %), самоутверждение над окружающими (2,9 %).

В 83 % случаев деликту предшествовало употребление алкоголя и его суррогатов, при этом у 3 % подэкспертных алкогольное опьянение к моменту совершения преступления прекращалось из-за малой дозы выпитого. При этом 94,4 % деликтов на «бытовой почве» и из-за «неприятных отношений» совершены в состоянии алкогольного опьянения. Перед совершением преступления в 35 % случаев наблюдалась раздражительность в рамках опьянения, в 22 % – боль или дискомфорт, в 32,9 % – эмоциональное перенапряжение, стресс, в 5,6 % – внезапное пробуждение, а также различные сочетания данных факторов (табл. 7).

Наиболее часто жертвами криминальной агрессии становились знакомые (48,3 %), родственники и сожительницы (45 %) подэкспертных. Сумма жертв преступлений составила более 100 %, так как иногда объектами агрессии одного преступника становились несколько человек (табл. 8).

Т а б л и ц а 7

**Факторы, предшествующие совершению деликта**

Факторы	абс.	%
Употребление минимальной для обследуемого (30—90 мл) дозы алкоголя	9	3,15
Употребление обычной дозы алкоголя для обследуемого	162	56,6
Употребление алкоголя в дозе, превышающей толерантную в 1,5 и более раз	46	16,1
Доза неизвестна	12	4,2
Раздражительность в рамках опьянения	100	35
Боль или дискомфорт	63	22
Переутомление, физические нагрузки	23	8,04
Растерянность, настороженность	28	9,79
Эмоциональное перенапряжение, стресс	94	32,9
Сексуальная неудовлетворенность	3	1,05
Сон, внезапное пробуждение	16	5,59
Моббинг (эмоциональное насилие на работе)	11	3,85
Конфликт до совершения преступления длительностью:		
- до 1 часа	135	47,2
- до 24 часов	31	10,8
- до 1 месяца	11	3,85
- более 1 месяца	45	15,7

Деликты лиц с ОПР были направлены чаще против знакомых им лиц (54,2 %) и совершались обследуемыми в состоянии опьянения суррогатами алкоголя легкой степени, в других группах – против родственников и сожителей (41,6 %) в опьянении средней степени. В преобладающем проценте преступлений (58,4 %) криминальная агрессия обвиняемого была спровоцирована сочетанием алкогольного опьянения и агрессивного поведения у потерпевшего. Вид провоцирующих действий объекта носил физический (41,6 %) и вербальный (56,3 %) характер. В 8 случаях под видом сексуальной агрессии мы рассматривали совершение потерпевшими насильственных половых актов с женами или сожительницами подэкспертных. В 4,9 % наблюдений виктимное поведение потерпевших проявлялось только алкогольным опьянением.

Т а б л и ц а 8

**Объекты криминальной агрессии**

Объекты преступления	абс.	%
Ребенок	2	0,7
Родственник	65	22,7
Близкие родственники	48	16,8
Сожительница	15	5,24
Знакомый	138	48,3
Незнакомый	69	24,1

Среди всех подэкспертных (528 человек) при проведении экспертизы 85 % были признаны вменяемыми, ограниченно вменяемыми – 14 %, невменяемыми – 6 %. Для последних было рекомендовано применение мер медицинского характера: 1,4 % обвиняемым – в стационаре общего типа, 1,4 % – в стационаре специализированного типа без интенсивного наблюдения и 0,35 % – в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Помимо этого, в 2,1 % случаев рекомендовано амбулаторное наблюдение и лечение по месту дальнейшего пребывания, в 12,3 % – лечение от алкоголизма, в 9,4 % – диспансерный учет по психическому заболеванию.

В общей сложности экспертные решения о влиянии алкогольного опьянения выносились в 40,7 % заключений (табл. 9). После анализа взаимоотношений между установленными диагнозами и экспертными оценками обнаружено, что чаще всего экспертное решение о существенном влиянии алкогольного опьянения на поведение во время деликта выносилось как психически здоровым (8,7 %), так и больным алкоголизмом (7,3 %).

Т а б л и ц а 9

**Влияние на поведение подэкспертных опьянения в момент деликта (абс., %)**

Диагноз	Экспертные оценки			Всего 286 чел.
	существенное	значительное	незначительное	
ПСЗ	25	19	11	55 (19,6 %)
ОПР	8	5	1	14 (5 %)
РЛ	8	5	1	14 (5 %)
УО	8	5	3	16 (5,7 %)
АЛК	21	12	–	33 (11,8 %)
В т. ч. вменяем	58	34	14	106 (37,9 %)
Ограниченно вменяем	2	5	1	8 (2,9 %)
Итого	60	39	15	114 (40,7 %)

По тесту Басса-Дарки было обследовано 59 человек. Высокие показатели выявлены в 15,3 % случаев по шкалам «вербальная агрессия» и «подозрительность», в 50,8 % – по шкале «чувство вины»; низкие – в одинаковом числе наблюдений (по 22 %) по шкалам «раздражение» и «косвенная агрессия» (рис. 18).

Результаты обследования по тесту Руки (n=154) показали, что у подэкспертных в 52,6 % случаев выявлен низкий уровень агрессивных тенденций, в 20,8 % – средний и в 26,6 % – высокий. Чаще высокий уровень был установлен у подэкспертных группы с РЛ (53,8 %), низкий – в группах с УО (58,3 %) и ПСЗ (60,8 %) (табл. 10).

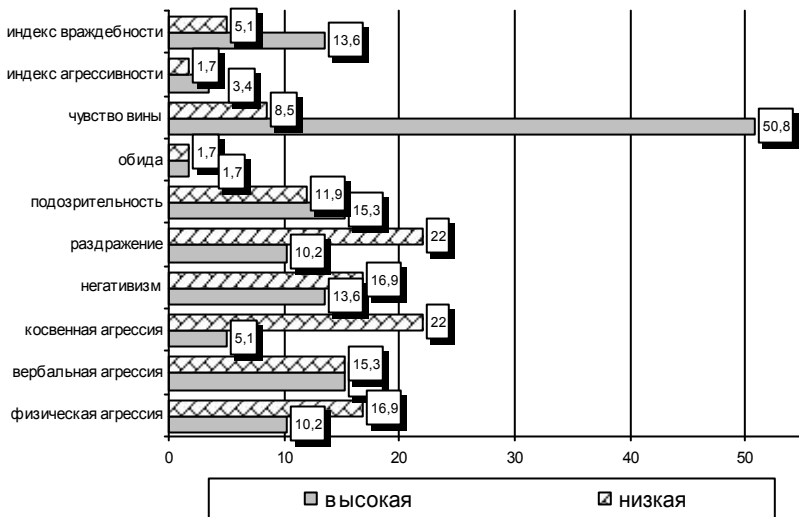


Рис. 18. Выраженность агрессии по тесту Басса-Дарки

Таблица 10

Выраженность агрессии по тесту Руки (абс./%)

Показатели агрессивных тенденций	ПСЗ	ОПР	РЛ	УО	АЛК
Низкие	45/60,8	13/52	8/30,8	7/58,3	8/47,1
Средние	15/20,3	7/28	4/15,4	1/8,3	5/29,4
Высокие	14/18,9	5/20	14/53,8	4/3,3	4/23,5
Всего	25/100	26/100	12/100	17/100	25/100

При анализе 43 результатов теста Айзенка в 39,5 % случаев выявлены низкие показатели по шкале «агрессивность», в 16,3% – высокие по шкале «ригидность». У 14 % обследуемых выраженность показателей оказалась средней (табл. 11).

Таблица 11

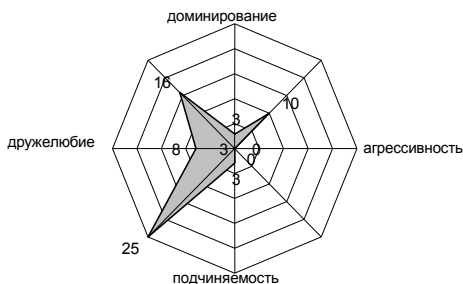
Результаты теста Айзенка (абс., %)

Шкалы	Выраженность			
	высокая		низкая	
	абс.	%	абс.	%
Тревожность	5	11,6	11	25,6
Фрустрация	2	4,7	10	23,3
Агрессивность	6	14	17	39,5
Ригидность	7	16,3	8	18,6

При исследовании темперамента подэкспертных по методике Айзенка (n=92) преобладающим оказался меланхолический тип (52,2 %), при этом ведущими личностными свойствами являлись «трезвый, ригидный» (29,3 %), «пессимистичный, замкнутый» (13 %), «угрюмый, тревожный» (7,6 %). Флегматики по результатам теста встречались в 9,8 %, сангвиники – в 6,5 % и холерики – в 20,7 % случаев. Сочетание меланхолических и холерических черт наблюдалось у 8,7 % обследованных.

При анализе межличностных взаимоотношений по методике Лири (68 человек) в 41 % случаев установлено преобладание подчиняемости и в 72 % случаев – дружелюбия.

10 человек имели высокие показатели по векторам агрессивности и доминирования (октанта № 2) с ведущими чертами «самодовольный, себялюбивый, склонный к соперничеству»; 16 – по векторам дружелюбие и доминирование (октанта № 8) с чертами «эмоционально лабильный, ориентированный на социальное одобрение, конформный, склонный к компромиссу»; 25 – по векторам дружелюбие и подчиняемость (октанта № 6) с чертами «неуверенный в себе, тревожный, зависимый»; равновесные показатели имели 3 обследуемых (рис. 19).



**Рис. 19. Типы межличностных отношений по тесту Лири (абс.)**

При анализе биографических, персонографических данных, а также результатов экспериментально-психологических исследований (тесты Лири, Айзенка, Басса-Дарки, Руки) использовалась трехмерная типология криминальной агрессии, предложенная Ф. С. Сафуановым (2002) и основанная на следующих базовых измерениях: «уровень агрессивности личности», «уровень выраженности тормозящих агрессию структур» и «уровень выражен-

ности психотравмирующего воздействия ситуации». С учетом алкогольного фактора методика нами была модифицирована – в качестве четвертого критерия, оказывающего влияние на три предыдущих, включено «алкогольное опьянение».

Установлено, что на патопсихологические механизмы преступлений наибольшее влияние во всех группах (76,2 %) оказал фактор низкой выраженности структур личности, тормозящих агрессию, особенно в группе лиц с УО (91,2 %). Агрессивность как свойство личности была наиболее выражена у подэкспертных с РЛ (71,1 %), наименее – у лиц с УО. Психотравмирующие факторы играли значительную роль в механизмах преступлений подэкспертных группы ПСЗ (63,5 %) и не оказывали существенного влияния в группе с РЛ (71,1 %). У подэкспертных с ОПР и алкоголизмом показатели вышеперечисленных факторов были статистически одинаковые, в обеих группах незначительно преобладала низкая их выраженность (57,9 и 60 %). При этом алкогольное опьянение (по материалам экспертных решений) оказывало существенное влияние на поведение, способность осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими в группе подэкспертных с алкогольной зависимостью (рис. 20).



**Рис. 20. Выраженность факторов, влияющих на механизм агрессии в различных нозологических группах (в %)**

Примечание. Статистическая значимость различий с группой ПСЗ обозначена \*\*\* –  $p < 0,001$ .



Среди подэкспертных с ОПР 59,6 % имели низкий уровень агрессивных тенденций как свойства личности. Из них 43,9 % совершили преступления в состоянии опьянения, в том числе «китайским» спиртом – 28,1 %. 39,1 % обвиняемых группы ПСЗ с низким уровнем агрессивности совершили преступления в состоянии опьянения алкоголем (20,8 %) или его суррогатами (18,3 %). Максимальная доля лиц с низкой выраженностью агрессивных тенденций наблюдалась в группе лиц с умственной отсталостью (76,5 %), из них 64,7 % совершили преступления в состоянии опьянения.

В группе лиц с РЛ 75,6 % подэкспертных отличались высоким уровнем агрессивности. Из них 62,2 % совершили преступление после употребления алкоголя, в том числе 44,4 % – маломотивированно с нанесением множественных повреждений, 40 % – в опьянении средней степени тяжести. В группе ПСЗ после употребления «китайского» спирта (23 преступления) в 14 случаях наблюдалось явное несоответствие (гетерономность) характерологическим особенностям подэкспертного его реакции на провоцирующие действия потерпевшего. При опьянении алкоголем такое несоответствие было выявлено в 8 из 28 случаев. Более половины подэкспертных (46 %) во время беседы утверждали, что «в трезвом состоянии так бы не поступили» и «виновата водка», т. е., на наш взгляд, свою вину за содеянное осознавали частично. В других случаях вину за содеянное отрицали 22 % обследованных, осознавали её полностью 25 %.

С учетом полученных данных распределение патопсихологических механизмов криминальной агрессии в нейтральных ситуациях получилось следующим. *Первый вариант* (10 %) – механизм непосредственной реализации агрессивных побуждений, которые связаны с антисоциальными чертами личности, агрессивными влечениями. Агрессия в таких случаях носила ценностный, диспозиционный и потребностный характер. *Второй вариант* (30 %) – механизм влияния на поведение состояния алкогольного опьянения. Указанная группа самая многочисленная. В таких деликтах алкогольная интоксикация снижала контроль агрессивных побуждений из-за слабой выраженности компенсаторных механизмов, способных либо снизить субъективную значимость ситуации, либо препятствовать проявлению агрессивности в поведении. *Третья разновидность* (2,5 %) – механизм группового влияния на агрессивное поведение. Деликты в этом случае были совершены целенаправленно в соответствии с аг-

рессивными побуждениями, подростками, подверженными реакциям группирования, эмансипации, агрессивного самоутверждения в сочетании с отсутствием тормозящих личностных структур и неосознанной частичной идентификацией с лидером неформальной группы. *Четвертый вариант* (6 %) – механизм агрессии при личностной незрелости и интеллектуальной недостаточности. Обвиняемые этой группы не могли полностью осознать возможности и требования ситуации и соотнести их со своими личностными ресурсами. *Пятый тип* (2,5 %) – механизм инструментальной агрессии, при которой лица с выраженными тормозящими личностными структурами совершили преступления, осознано соподчиняя их неагрессивным целям материальной выгоды. *Шестой вариант* (2,5 %) – отсроченная агрессия, как результат «самовзвинчивания» из-за повышенного самоконтроля. Агрессия в данном случае является проявлением личностной агрессивности. Другие патопсихологические механизмы криминальной агрессии рассматривались в рамках психотравмирующих ситуаций. *Седьмой вариант* (3,6 %) раскрывает роль психотравмирующих воздействий, которые актуализируют высокую агрессивность для реализации асоциальных ценностей или определенных личностных черт в ответ на фрустрацию. В *восьмом виде* механизма (21,4 %) криминальной агрессии большую роль играли психотравмирующие ситуационные факторы, вызывающие эмоциональное возбуждение или напряжение. В таких случаях недостаток подавляющих агрессию структур личности привел к непосредственной разрядке выраженных эмоций в противоправном поведении. Вариантом этого механизма (14,6 %) было комбинированное действие эмоционального возбуждения и состояния алкогольного опьянения, когда возникновение и реализация агрессивного побуждения облегчались состоянием опьянения. При *девятом механизме* (16,43 %), наряду с ситуативными психотравмирующими факторами, существенное влияние оказали личностные переменные: тормозящие агрессию тенденции, где кумуляция эмоциональной напряженности разрядилась в агрессивных действиях по механизму «последней капли». В одних случаях (12,14 %) это была разрядка накопленного напряжения в структуре стресса, в других (4,29 %) – накопление напряжения связано в большей мере с внутриличностным конфликтом в состоянии ревности. *Десятый вид* (2,14 %) связан с разрушением тормозящих структур в психотравмирующей ситуации – психопатической декомпенсацией (табл. 12).

Таблица 1 2

**Механизмы криминальной агрессии (по Сафуанову Ф. С., 2002)**

Механизм	абс.	%
Непосредственная реализация агрессивности	28	10
Агрессия в состоянии алкогольного опьянения	83	29,64
Агрессия в групповой динамике	7	2,5
Агрессия при психической незрелости	17	6,07
Отсроченная реализация агрессивных побуждений	7	2,5
Инструментальная агрессия	7	2,5
Ситуативная агрессия	10	3,57
Агрессия в структуре эмоционального возбуждения		
- вне алкогольного опьянения	19	6,79
- в состоянии алкогольного опьянения	41	14,64
Агрессия в структуре эмоционального напряжения		
- в структуре стресса	34	12,14
- внутриличностного конфликта	12	4,29
Агрессия при декомпенсации	6	2,14
Всего	271	96,79

Сумма процентов выраженности каждого фактора или всех установленных механизмов агрессии составила менее 100 %, поскольку в некоторых случаях поведение обвиняемого не было психологически понятным.

По заключению КСППЭ, 6 % обследованных совершили преступление в состоянии физиологического аффекта (ФА), при этом у 1,5 % – ФА на фоне алкогольного опьянения легкой степени, у 2,5 % – в состоянии кумулятивного аффекта. На момент преступления 11,4 % подэкспертных находились в состоянии эмоционального возбуждения, оказавшего существенное влияние на осознанное и волевое поведение, 1,8 % – в состоянии эмоционального напряжения, влияющего на поведение.

Существенное влияние на поведение оказали: индивидуально-личностные особенности (ИЛО) подэкспертного – в 3,6 %, алкогольное опьянение (АО) обвиняемого – в 21,4 %, провоцирующие психотравмирующие действия (ПТ) потерпевшего в 21,4 %. При этом индивидуально-психологические особенности (ИПО) в 1 % наблюдений оказали существенное влияние на поведение подэкспертного, в 4,6 % – значительное, в 2,1 % – незначительное и не оказали влияния – в 23,2 % случаев. Алкогольное опьянение оказало влияние различной степени выраженности на криминальное поведение 19 % психически здоровых обвиняемых.

Обобщая вышеизложенное, следует отметить, что при совершении криминальных действий лицами с психической патологией, не исключающей вменяемости, роль личностных и инди-

видуально-психологических регуляторных механизмов сохраняется. Однако алкогольная интоксикация снижает компенсаторные ресурсы психики и моральной регуляции поведения, значительно искажает субъективную значимость ситуации, приводя к совершению преступления, особенно лицами с психической патологией и алкогольной зависимостью.

Неоспоримым фактом является преобладание в числе обвиняемых лиц из сельской местности молодого, наиболее трудоспособного возраста, что придает изучаемому явлению – проблеме алкоголизации и криминальной агрессии – особую значимость. Поэтому мы решили более подробно проанализировать значение алкогольного фактора в криминальной агрессии, полученные нами данные представлены в следующих разделах главы.

## **2.2. Роль алкогольного фактора в реализации агрессивных действий у здоровых и психически больных**

В настоящее время общепризнанной является точка зрения о провоцирующем значении алкогольного фактора в реализации противоправных действий. По данным МВД за 2007 г., каждое шестое преступление (17,3 %) совершалось лицами в состоянии алкогольного опьянения, при этом у большинства из них имелась алкогольная зависимость (Попова А. П., 2008). В состоянии алкогольной интоксикации в РФ совершается большинство убийств (72,2 %), сексуальных преступлений (64 %), случаев бытового насилия (57 %) и насилия над детьми (54 %) (Дмитриева Т. Б. и др., 2002, 2004).

Согласно данным различных авторов, в мире после употребления алкоголя совершается 50—80 % убийств (Дмитриева Т. Б., 2006; Разводовский Ю. Е., 2006; Агафонова С. С., 2007; Rehn N., 2002). Так, в последние годы в европейских странах в состоянии опьянения совершалось примерно 55 % преступлений, связанных с применением насилия, в том числе убийств: Бельгия – 40 %, Эстония – 60 %, Венгрия – 35,4 %, Норвегия – 80 %, Польша – 56 %, Швеция – 86 %. Близкие цифры приводят и американские авторы (50—55 %), которые, однако, указывают на большее число убийств в состоянии одурманивания наркотиками (Edwards G., 1994; Klingemann H., 2000; Rehn N., 2002).

В России убийства чаще совершаются в состоянии именно алкогольного, а не наркотического опьянения (Шостакович Б. В.,

Леонова О. В., 2005). Доля преступлений в опьянении среди зарегистрированных убийств за период с 2002 по 2006 г. увеличилась с 46,5 до 67,8 %. Было установлено, что наиболее значимым фактором (78 %) умышленных убийств в РФ, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, является именно употребление алкоголя. Психические же расстройства преступников и их индивидуально-психологические особенности, а также провоцирующие действия пострадавших, как правило, играют значительно меньшую роль (Говорин Н. В. и др., 2001). При этом число убийств напрямую связано с уровнем продажи водки в стране (Разводовский Ю. Е., 2006).

Проблема связи злоупотребления алкоголем и агрессивного криминального поведения широко обсуждается в литературе. Алкогольная интоксикация отражается на планировании преступления, социально-ролевых установках, в криминальном прошлом данной личности (Wild T. C. et al., 1998; McClelland G. M., Terpin L. A., 2001). В качестве «связующего звена» между алкоголем и насильственными преступлениями немаловажное значение уделяют преморбидным личностным качествам и особенностям. Считают, что реализация криминальных побуждений происходит опосредованно, так как алкоголь усиливает роль первых двух факторов – мотивов и агрессии (Zhang L., 1997, 1999, 2000).

По мнению других авторов, алкогольная интоксикация непосредственно способствует совершению насильственных деликтов и коррелирует с их жестокостью и тяжестью. При этом установленная зависимость наиболее явно проступает среди лиц, которые обнаруживали различные психопатологические расстройства неалкогольного генеза (Martin S. E., Bachman R., 1997; Pillmann E. et al., 2000).

Экспериментальные исследования на животных и людях также констатировали связь алкоголя и насилия, но истинная причина этого феномена осталась окончательно не выявленной. Есть мнение, что в перспективе определение данного «ускользающего от понимания» фактора может быть выполнено при выделении в популяции некоторых подгрупп населения, среди которых связь «алкоголь – насилие» особенно сильно выражена (Welte J. W., Wiczorek W. F., 1998).

С биологической точки зрения, алкогольное опьянение представляет собой комплекс нарушений в органах и системах организма, обусловленных влиянием на него этилового спирта и воздействием ряда других сопутствующих веществ. 90 % поступаю-

щего в организм этанола подвергается эндогенному окислению с помощью печеночной алкогольдегидрогеназы, второй – с участием содержащейся в тканях организма каталазы. Длительное злоупотребление алкоголем и рост толерантности к нему ведут к мобилизации ресурсов именно каталазной системы, увеличению в тканях ацетальдегида и ряда других токсичных промежуточных продуктов окисления этанола (Ширинский П. П., Томилин В. В., 1983; Кудрин А. Н., 1987). Наличие в организме повышенного содержания токсических промежуточных продуктов трансформирует характер опьянения в сторону учащения измененных и даже психотических картин (Дмитриева Т. Б. и др., 1998).

Психические расстройства в структуре острой алкогольной интоксикации являются наиболее ранними и характерными. Наиболее чувствительными к воздействию этанола являются большие полушария (особенно правое), ретикулярные формации среднего мозга, гиппокамп, мозжечок и ряд других отделов мозга (Костахов Э. А. и др., 1984; Попова Э. Н. и др., 1984). Употребление суррогатов сопровождается необычными, более тяжелыми, чем при использовании качественного алкоголя, эффектами в психической сфере. Резко возрастает вероятность возникновения измененных и психотических форм опьянения (Ширинский П. П., Томилин В. В., 1983; Болотова Е. В., 1990). По результатам исследований отечественных авторов в 80-х гг. прошлого столетия установлено, что агрессивные поступки чаще возможны при приеме стеклоочистителей и антистатиков, и практически отсутствуют – при употреблении тормозной жидкости, антифризов. Для острого же отравления суррогатами алкоголя характерны двигательные расстройства (гиперкинетический симптомокомплекс, подкорковое возбуждение на фоне сумеречного помрачения сознания), делирий, в том числе с онейроидными включениями, маниакально-подобная симптоматика (Кедров А. А., 1986; Болотова Е. В., 1990).

Выделяют пять основных факторов, от которых зависит картина алкогольного опьянения: личностные особенности пьющего; его психическое состояние, установившееся к моменту употребления алкоголя; характер социальных воздействий на индивидуум во время выпивки; алкогольный анамнез; стадия (степень) опьянения, определяемая, в свою очередь, концентрацией этанола в крови.

Характер психопатологических проявлений при опьянении зависит от ряда факторов: влияние психогении, переутомление, лишение сна, наличие соматических заболеваний и др. Психопатологические проявления при опьянении зависят от ряда факторов: влияние психогении, переутомление, лишение сна, наличие соматических заболеваний и др. Психопатологические проявления при опьянении зависят от ряда факторов: влияние психогении, переутомление, лишение сна, наличие соматических заболеваний и др.

тологическая картина алкогольной интоксикации в таких случаях нередко принимает характер гетерономной, не вытекающей из структуры личности опьяневшего. Поведение индивидуума в момент употребления алкоголя определяется также характером воздействия на него социального окружения. Совместно пьющие оказывают друг на друга сильное индуцирующее влияние. В соответствии с неписаными правилами участники выпивки должны демонстрировать благодушие, раскрепощенность, откровенность и взаимное одобрение. По контрасту с этими обычаями привходящие социальные влияния с отрицательным эмоциональным знаком вызывают у пьющих особенно бурные отрицательные эмоции.

Изучение алкогольного анамнеза также имеет большое значение с точки зрения экспертной оценки острой алкогольной интоксикации. Рост толерантности к алкоголю, происходящий еще до возможного формирования зависимости от него, сопровождается изменением эмоционального фона в опьянении. Уменьшается, в частности, эйфоризирующий эффект этанола. В структуре опьянения начинают доминировать возбудимость, дисфорические состояния, истерическое поведение. В этих случаях особые крайности, такие как brutальная агрессия, не характерны и свидетельствуют об измененном варианте алкогольной интоксикации (Печерникова Т. П., Шостакова Г. И., 1975; Качаев А. К., 1979; Доброгаева М. С., 1991; Качаева М. А., 2003; Клименко Т. В., 2004; Дмитриева Т. Б., 2006).

Оценивая значение степеней опьянения, следует отметить, что действие алкоголя на центральную нервную систему является двуфазным: вначале возбуждающим, затем тормозящим. Стимулирующий и угнетающий эффекты алкоголя были подтверждены нейрофизиологически. Аналогичные закономерности наблюдаются и в динамике изменений психической сферы. Психомоторная активность в первой фазе алкогольной интоксикации возрастает, во второй – ослабевает. Настроение вначале повышается, затем снижается. В средней степени опьянения утрачивается способность к пониманию тонкого смысла складывающихся внешних обстоятельств (Костахов Э. А. и др., 1984; Морозов Г. В. и др., 1988).

К измененным формам простого алкогольного опьянения относятся состояния острой интоксикации алкоголем (обычно средней степени тяжести), в клинической картине которых отмечается чрезмерное усиление или ослабление свойственных простому

алкогольному опьянению проявлений, нарушение последовательности их возникновения либо развитие расстройств, не свойственных типичному простому алкогольному опьянению (Стрельчук И. В., 1973; Морозов Г. В., 1983). В их возникновении принимает участие сложное сочетание конституциональных и биологических (относящихся к так называемой патологической почве) факторов, социально-нравственные установки личности и представления индивидуума о социально-ограничительных нормах (Иванец Н. Н. и др., 1977; Иванец Н. Н., Савченко Л. М., 1996; Клименко Т. В., 2004).

Немаловажное значение в возникновении измененных форм опьянения имеет употребление спиртных напитков плохого качества и суррогатов, сочетанное употребление алкоголя и различных медикаментозных средств, предшествующие острой интоксикации различные астенизирующие факторы в виде физического переутомления и эмоционального напряжения, соматических заболеваний, недосыпания и других факторов.

Клиническая картина острой алкогольной интоксикации может включать как непсихотические, так и психотические расстройства, поэтому судебно-психиатрическая оценка состояний опьянения различна. Под психотическими расстройствами понимают такие проявления психической деятельности, которые вызывают резкую дезорганизацию поведения индивидуума и находятся в грубом противоречии с реалиями окружающего мира. К основным признакам психотической формы опьянения относятся временно-пространственная дезориентировка, невозможность контакта и совместных действий с кем-либо; грубые деперсонализационные расстройства в виде чувства раздвоенности своего «Я» и страха сойти с ума; наличие бредовых и галлюцинаторных переживаний, витального аффекта; расстройство внимания на уровне апрозексии (полное выпадение внимания); нарушение процессов мышления в сторону его ускорения, вплоть до скачки идей и инкогеренции, различные проявления синдрома психического автоматизма (Короленко Ц. П., 1987; Качаева М. А., Дмитриева Т. Б., 1998; Олифиренко Н. Ю., 2002, 2003; Клименко Т. В., 2004).

В отношении атипичных форм алкогольного опьянения, не доходящих до психотического уровня, высказываются различные суждения. Но авторы сходятся в том, что между простым и патологическим опьянением имеется не количественное, а качественное различие, поэтому выделение промежуточной утяжелен-



ной формы простого алкогольного опьянения, позволяющей по-иному решать вопрос о вменяемости, не обоснованно (Качаева М. А., Дмитриева Т. Б., 2001; Клименко Т. В., 2004). Такие симптомы, как двигательное возбуждение, нецеленаправленность, безмотивность и жестокий характер противоправных действий, последующий сон и забывание своих поступков, могут возникать как при психотических, так и непсихотических формах опьянения и не имеют самостоятельного значения (Качаев А. К., 1979; Доброгаева М. С., 1989; Дмитриева Т. Б. и др., 1998; Клименко Т. В., 2004).

Использование понятия ограниченной вменяемости предлагается применять в отношении лиц с непрерывно-прогредиентным типом течения алкоголизма, выраженной деградацией личности, компульсивным патологическим влечением к алкоголю с доминирующими аффективными нарушениями, вплоть до аффективно суженного сознания, и атипичными псевдопсихопатическими формами опьянения, выраженными психопатоподобными расстройствами и интеллектуально-мнестическим дефектом (Кириллова Л. А., 1990; Агафонова С. С., Клименко Т. В., 2006; Агафонова С. С., 2007).

Следовательно, основная роль в патопластике острой алкогольной интоксикации и в совершении общественно опасных действий отводится алкоголизму (Качаева М. А., Дмитриева Т. Б., 2001; Шостакович Б. В., 2002; Вандыш-Бубко В. В., 2002; Клименко Т. В., 2004; Ядрова Т. В., 2005).

Измененные формы алкогольного опьянения могут наблюдаться уже в начальной стадии алкогольной зависимости и чаще всего развиваются после приема дополнительных доз алкоголя. При алкоголизме, в отсутствие аномалий личности и других предрасполагающих к нарушениям поведения факторов, измененные картины опьянения возникают, как правило, во II его стадии. Клиническая картина таких форм опьянения обычно характеризуется доминированием дистимически-дисфорического аффекта и присоединением других компонентов психоорганического синдрома. Поведение больных алкоголизмом в состоянии острой интоксикации алкоголем становится более грубым, агрессивным, а действия и поступки – часто нелепыми и неожиданными для окружающих.

При этом алкоголизм не рассматривается как источник агрессивности, но он высвобождает уже имеющуюся склонность индивида к агрессивному поведению (Васильева Н. В., 1999).

Употребление алкоголя, приводящее к усилению эмоциональной неустойчивости, расторможенности влечений, активизации имеющейся симптоматики, увеличивает опасность больного для окружающих. Совершаемые общественно опасные действия носят подчас неоправданно жестокий характер, аффективно-волевые расстройства травматического генеза (по крайней мере на одном из этапов течения болезни), придают личностной аномалии brutальный характер, особенно у лиц с церебрально-органической недостаточностью, у которых снижены компенсаторные возможности.

Наряду с состоянием острой алкогольной интоксикации к уголовно-релевантным факторам относят длительность и стадию алкогольной зависимости (Качаева М. А., 2002, 2006), синдром отмены алкоголя, особенно при наличии в структуре абстинентного синдрома депрессивно-тревожных расстройств (Иванец Н. Н., 2001), алкогольные психозы, особенно алкогольный параноид, аффективные расстройства в состоянии ремиссии алкогольной зависимости (Рохлина М. Л., 2002).

Частота тяжких преступлений среди проходивших судебную экспертизу больных алкоголизмом колеблется в широких пределах: 23,2—40 % (Ржевская Н. К., 2007). Поэтому алкоголизм и преступность взаимовлияют друг на друга – один фактор способствует возникновению другого (Антонян Ю. М., Бородин С. З., 1987). Будучи заболеванием с выраженным социальным характером, алкоголизм приводит к увеличению числа правонарушений уголовного и экономического характера. Риск привлечения к уголовной ответственности повышают безработица, принадлежность к низкому социальному классу, злоупотребление психоактивными веществами, а понижают его – занятость, высокий образовательный уровень, наличие семьи, начало заболевания в позднем возрасте (Шостакович Б. В., 2001; Джафарова Н. А., 2007).

Подтверждена связь алкоголизма с личностными и другими психическими расстройствами. Считается, что среди факторов риска агрессивных действий при шизофрении первое место занимает ее сочетание именно с алкоголизмом (Soyka M., 1993).

Большое количество публикаций в 80—90-е гг. было также посвящено взаимоотношениям на синдромальном уровне алкоголизма и личностных, когнитивных, аффективных расстройств, а также связям всех этих психопатологических нарушений с криминальным поведением. Клиническими наблюдениями, экспе-

риментами на животных моделях установлено, что алкогольная зависимость может вызывать как временные, так и стойкие ухудшения в их течении, а также нарушения «паттернов мотивации» (Олифиренко Н. Ю., 2003; Nace E. P. et al., 1986; Hesselbrock V. M. et al., 1986; Prescott C. A., Kendler K. S., 1999; Cunningham C. L. et al., 2000). Отмечена коморбидность алкоголизма и асоциального, пограничного и параноидного расстройств личности (Morgenstern J. et al., 1997).

У личностей с антисоциальным образом жизни на фоне выраженного нарушения когнитивных функций, а также расстройств нейромедиаторного метаболизма, участвующего в механизмах регуляции поведения, выявлены раннее начало алкоголизма и быстрое развитие его значительно более тяжелых форм (Butcher J. N., 1988; Sher K. J., Trull T. J., 1994; Hallman J. et al., 1996). В семейном анамнезе таких пациентов часто выявляются близкие родственники с аддиктивными расстройствами, а личностные перемены существенно и равнозначно обуславливают развитие как алкоголизма, так и антисоциального поведения (Hesselbrock V. M., Hesselbrock M. N., 1985, 1994). В свою очередь, раннее развитие алкоголизма в очень высокой степени способствует антисоциальной направленности пациентов с патохарактерологическими расстройствами (Myers M. G. et al., 1998).

У лиц, страдающих алкоголизмом, с органическим поражением головного мозга нередки состояния тяжелого «одурманивания», оглушения, психомоторного возбуждения и другие симптомы, не свойственные обычному опьянению. Прием алкоголя усугубляет свойства этим лицам раздражительность, эксплозивность, дисфорические нарушения, что резко меняет и утяжеляет картину острой алкогольной интоксикации, которая часто не укладывается в рамки стандартного представления об обычном опьянении. Сложные формы опьянения с наличием в его картине вязкости аффекта, безмотивных агрессивных тенденций, оглушенности сразу после употребления первых доз спиртных напитков являются своеобразными маркерами психоорганического синдрома (Олифиренко Н. Ю., 2002, 2003; Клименко Т. В., 2004). В частности, при органическом поражении центральной нервной системы, сопровождающемся пароксизмальной биоэлектрической активностью мозга, возможно появление в структуре опьянения резких аффективных и психомоторных разрядов (Дмитриева Т. Б. и др., 1998; Качаева М. А., Дмитриева Т. Б., 2001).

Следует отметить, что лица с органическими психическими расстройствами чаще совершают правонарушения под влиянием алкогольного опьянения и психотравмирующих обстоятельств, чему способствует легкость возникновения астении, психогенных и соматогенных декомпенсаций, слабая выраженность личностных структур, подавляющих проявления агрессии (Бутома Б. Г., 1992; Мальцева М. М., Котов В. П., 1995; Сафуанов Ф. С., 1997, 2002). При этом психотравмирующие переживания, предшествуя или присоединяясь к состоянию опьянения, качественно не изменяя последнее, способствуют усилению возбуждения с агрессией, возникновению более тяжелого, атипичного в своем проявлении алкогольного опьянения (Рожнов В. Е., 1964; Колотилин Г. Ф., 1973; Разумовская С. П., Докучаева О., 1973; Качаев А. К., 1979). Именно полиморфность экзогенно-органической патологии определяет ее неоднозначную роль в формировании болезненной почвы как фактора риска совершения противоправных действий (Вандыш-Бубко В. В., 1993).

Для лиц с органическим поражением головного мозга, по данным разных авторов, наиболее характерны эксплозивный и истерический варианты атипичного алкогольного опьянения с «аффективной неустойчивостью», слабым сопротивлением аффективным раздражителям, несоответствием между объективным поводом и реакцией, проявлениями насилия, агрессивного поведения по отношению к окружающим. Чаще всего преступления совершаются в состоянии эпилептоидного и эксплозивного алкогольного опьянения с характерными для их картины взрывчатостью, гневливостью, злобностью, раздражительностью, конфликтностью, склонностью к реакциям протеста, разрушительным действиям, сексуальным эксцессам. Помимо психопатоподобных проявлений, у данного контингента в состоянии алкогольного опьянения возможно возникновение отдельных психопатологических симптомов: ложных узнаваний, идей ревности, истинных бредовых переживаний. Кроме того, при воздействии алкогольной интоксикации у лиц с сосудисто-органическим поражением головного мозга встречаются abortивные делириозные состояния (Боброва И. Н., 1991).

За последние 10 лет отмечается рост числа больных с умственной отсталостью, совершивших преступления против личности. Некоторые авторы считают, что социальной дезадаптацией и криминализацией больных умственной отсталостью способствует злоупотребление ими алкоголем (Мохонько А. Р., Щукина Е. Я.,

2001; Ржевская Н. К., 2007). В формировании и реализации агрессии умственно отсталых лиц значительную роль играет также неблагоприятное влияние микросоциума, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства влечений, внушаемость, подчиняемость. Эти лица сначала сами становятся жертвами неблагоприятных социально-психологических обстоятельств, в дальнейшем они совершают агрессивные действия вследствие импульсивности, по ситуационным или суггестивным мотивам (Бецков С. Г., 1998).

У больных с невротоподобными расстройствами по астено-невротическому типу повышенное настроение после первых доз алкоголя быстро трансформируется в раздражительность, конфликтность или же кратковременный период бодрости и повышенного настроения сменяется угнетенностью. При этом «аффективная невыносимость» опьяневших, слабое сопротивление аффективным раздражителям, несоответствие между объективным поводом и возникшей аффективной реакцией не должны быть использованы в качестве критерия патологического опьянения (Небеляев А. М., 1979; Олифиренко Н. Ю., 2002, 2003; Клименко Т. В., 2004).

Таким образом, значительное количество исследований указывает на алкоголь, как на фактор риска совершения общественно опасных действий. При этом актуальными являются определение роли алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в криминальной агрессии (в том числе среди психически больных), а также разработка обоснованных профилактических мероприятий.

По результатам нашего исследования были выявлены следующие особенности алкоголизации лиц с криминальным агрессивным поведением. 8,7 % подэкспертных начали употреблять алкоголь в возрасте до 11 лет, 21 % – с 12 до 15 лет, 34 % – в возрасте 16—20 лет, 36,3 % – после 21 года.

У 53,7 % лиц толерантная доза составила более 450 мл на эквивалент водки, средняя доза – 464 мл, максимальная доза – 965 мл, больше 1 000 мл выпивали за вечер 50,4 % обследованных. 49,6 % подэкспертных отметили за последние 3—5 лет увеличение частоты употребления алкоголя; у 45,5 % картина опьянения изменилась в сторону более возбужденного.

На наличие палимпсестов указали 80,2 % обследованных, на утрату защитных знаков (отсутствие рвоты при «переборах») – 78,5 % . Контроль над дозой выпитого был утерян полностью у

24 %, 39,7 % отметили, что «остановиться вовремя удается не всегда». Лишь у 5,8 % подэкспертных количественный контроль был сохранен полностью.

Около половины подэкспертных указывали на наличие патологического влечения к алкоголю: желание выпить усилилось у 43 %, приходится его подавлять – 41,3 %. Псевдозапойные состояния наблюдались у 39,7 %, запои – у 11,6 % обследованных, средняя продолжительность эпизода во всей совокупности составила 15,5 дня, «практически ежедневно» употребляли спиртное 11,6 % обвиняемых.

54,5 % подэкспертных отмечали появление признаков абстинентного синдрома за последние 4—5 лет. Для облегчения симптомов абстинентного синдрома к употреблению алкоголя прибегали 49,6 % обследованных, не опохмелялись – 36,4 %, опохмелялись «иногда» – 12,4 %. Хорошее самочувствие восстанавливалось через 24 часа и более у 59,5 % подэкспертных.

К употреблению алкоголя не в праздничные дни побуждало в большинстве случаев приглашение товарищей (71,9 %), собственное желание (77,7 %) и плохое настроение (40,5 %), в меньшей степени – неприятности на работе (11,6 %), скука и неуверенность (5 %), чувство усталости (2,5 %), нервное напряжение (5 %) и привычка (1,7 %). Все вышеперечисленные мотивы так или иначе указывали на утрату ситуационного контроля.

Более трети обследованных ранее уже совершали преступления в состоянии алкогольного опьянения (35,5 %), увольнялись из-за злоупотребления алкоголем – 8,2 %, помещались в медвытрезвитель – 6,61 %, вызывали недовольство близких людей – 52,9 %, порицались на работе – 14,9 %, теряли семью, разрывая брак – 5 %. Неприятностей, связанных с употреблением спиртного, не было выявлено только у 27,3 % обследованных.

Обобщив вышеизложенные результаты, установлено, что в изучаемом контингенте отчетливые признаки преалкоголизма имели 26,1 %, алкоголизма – 43,3 % (I стадии – 26,8 %, II стадии – 58 %, III стадии – 15,2 %). Абстиненты и случайно употребляющие алкоголь составили 1,7 %, эпизодически употребляющие – 28,9 %. В возрастной группе лиц 15—19 лет 23,5 % обследованных выявляли признаки преалкоголизма, 14,7 % – алкоголизма I стадии и 9,8 % – алкоголизма II стадии.

Вероятно, экстраполяция полученных данных на общую популяцию лиц, совершивших преступления против жизни и здоровья, не абсолютна в силу специфики контингента, к тому же вы-

борочно направляемого на судебную психиатрическую экспертизу, однако изучение алкоголизации преступников с психической патологией, роли опьянения в паттернах их деликтов было вполне достаточным на представленной выборке.

Группы донозологических форм злоупотребления алкоголем формировались в соответствии с критериями оценки, предложенными Э. Е. Бехтель (1986).

В структуре алкоголизации лиц с органическим психическим расстройством (ОПР), расстройством личности (РЛ) и умственной отсталостью (УО) преобладали употребляющие эпизодически – 53,8 %; трезвенники и пьющие мало составили 4,9 %; имеющие признаки преалкоголизма – 9,4 %, больных алкоголизмом было выявлено 31,8 %. Подэкспертным с расстройством личности и умственной отсталостью сопутствующий диагноз алкогольной зависимости был выставлен в 33,3 и 35,3 % случаев соответственно. Выявлена высокая коморбидность органического психического расстройства с синдромом зависимости от алкоголя – 50,9 % ( $p < 0,01$ ) и сравнительно больше, чем в других группах, III стадии – 14 % (табл. 13)

Таблица 13

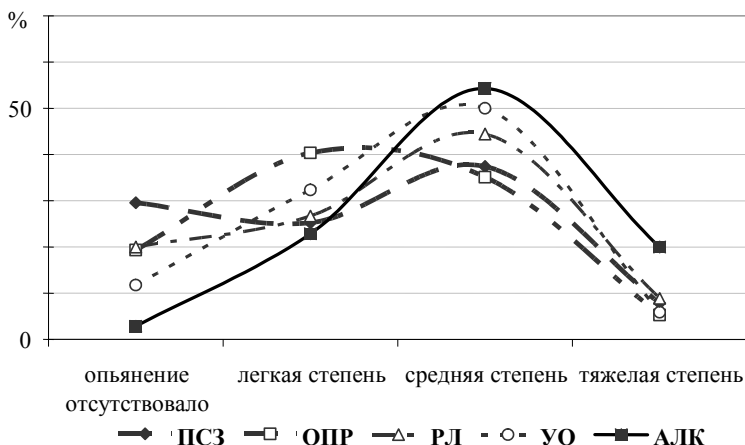
**Структура алкоголизации лиц, совершивших преступления против личности (в %)**

	Степень употребления алкоголя			Стадия алкогольной зависимости		
	отсутствие	эпизодическое	преалкоголизм	I	II	III
ПСЗ	7,8	77,4	14,8	0	0	0
ОПР	5,3	38,6	5,3	7	29,8	14
РЛ	0	55,6	11,1	8,9	22,2	2,2
УО	5,9	52,9	5,9	8,8	26,5	0
АЛК	0	0	0	14	77,1	8,6
Итого	4,9	53,8	9,4	5,6	22	4,2

Алкогольное опьянение на момент деликта: отсутствовало – у 19,6 % обследованных, было легкой степени тяжести – у 31,1 %, средней – у 41,7 %, тяжелой – у 7,6 %. Причем лицами, страдающими алкогольной зависимостью (АЛК), в состоянии опьянения были совершены 97 % ( $p < 0,01$ ) преступлений, расстройством личности – 82,2 %, умственной отсталостью – 85,3 %, органическим психическим расстройством – 80,4 %.

По частоте степеней алкогольной интоксикации значимо выделялась клиническая группа лиц с ОПР: 44,4 % ( $p < 0,01$ ) обвиняемых совершили преступления в опьянении легкой степени, 35 % – в средней (рис. 21). Соотношение в других группах было

в пользу средней степени опьянения – до 50 % в группе лиц с УО и 54,3 % в группе лиц с АЛК. Больные алкоголизмом чаще, чем при других нозологических формах, совершали преступления в тяжелой степени алкогольного опьянения (20 %). Доля трезвых была максимальной в группе психически здоровых (ПСЗ) (29,6 %) и минимальной – в группах лиц с УО (11,8 %) и АЛК (2,9 %).



**Рис. 21. Степень опьянения на момент деликта у здоровых и у лиц с психическими расстройствами**

Каждый второй обследуемый (56 %) непосредственно перед преступлением употреблял суррогаты алкоголя – спиртосодержащие технические жидкости типа «китайского» спирта (КС). В формах расстройств доли его потребителей заметно различались и составили: среди психически здоровых – 25,9 %, больных расстройством личности – 54,8 %, органическим психическим расстройством – 63,2 % ( $p < 0,001$ ), умственной отсталостью – 70,8 % ( $p < 0,001$ ), алкогольной зависимостью – 62,2 % ( $p < 0,001$ ).

Среди лиц с психическими заболеваниями, страдающих алкогольной зависимостью (табл. 14), преимущественное число деликтов совершено после употребления суррогатов в группе лиц с ОПР (70,4 %). Среди лиц, не имеющих признаков алкоголизма, употребляли КС чаще подэкспертные с УО (66,7 %).

В состоянии опьянения суррогатами легкой степени, по сравнению с другими нозологическими группами, чаще совершали деликт лица с ОПР (42,9 %), в средней степени тяжести – лица с



УО (68,4 %), в средней и тяжелой степени – больные АЛК (65 и 25 % соответственно).

Таблица 14

**Доля потребителей суррогатов в различных нозологических группах в зависимости от наличия признаков алкоголизма (от общего количества преступлений в состоянии опьянения)**

	Без признаков синдрома зависимости		Алкогольная зависимость	
	абс.	%	абс.	%
ПСЗ	31	38,3	-	-
ОПР	9	52,9	19	70,4
РЛ	8	36,4	7	53,8
УО	12	66,7	7	63,7
АЛК	-	-	20	58,8
Всего	60	48,5	53	61,1

Анализ алкогольного опьянения в момент деликта показал, что в 28,3 % случаев опьянение было с признаками атипичного, в 29,7 % – с нанесением множественных (5 и более) ударов (табл. 15).

Таблица 15

**Признаки атипичных форм алкогольного опьянения у подэкспертных**

Особенности опьянения	абс.	%
Несоответствие реакции личностному радикалу с гармоничным преморбидом	51	17,8
Чередование внешне упорядоченного поведения с периодами хаотического возбуждения	8	2,8
Садистический компонент	24	8,39
Целенаправленная активность без видимого смысла	46	16,1
Утрата вербального контакта	8	2,8
Физическая агрессия с нанесением множественных повреждений (5 и более ударов)	85	29,7
Амнезия фрагментов агрессии с сохранением в памяти субъективных переживаний	69	24,1
Амнезия переживаний с сохранением в памяти поведения	31	10,8
Невозможность объяснения поведения	40	14

При сравнении характера опьянения в зависимости от качества употребленного алкоголя установлено, что в случае употребления суррогатов алкоголя преобладали: атипичный вариант картины опьянения – 38,1 % (против 18,5 % при употреблении алкоголя); садистические тенденции – 10,6 % (против 6,14 %), физическая агрессия с нанесением большого количества ударов – 40,7 % (против 26,3 %).

Число случаев маломотивированной гетероагрессии в группе лиц с АЛК составило 42,9 %, с УО – 41,2 %, с ОПР – 40,35 %, с

ПСЗ – 14,8 %, с РЛ – 22,9 %, в том числе с нанесением 5 и более ударов потерпевшему: у ПСЗ – 6,1 %, среди больных АЛК – 14,3 %, ОПР – 19,3 %, РЛ – 11,5 %, УО – 20,6 %. При этом в опьянении алкоголем множественные повреждения наносились в группе лиц с РЛ в 18,2 %, с АЛК – в 21,4 %, с УО – в 33,3 %, с ОПР – в 16,7 %, у ПСЗ – в 10 % случаев. Полученные нами результаты свидетельствуют о существенной роли опьянения суррогатами алкоголя в происхождении маломотивированных и крайне тяжелых агрессивных криминальных действий против жизни и здоровья (табл. 16).

Таблица 16  
**Уровень мотивации гетероагрессии в зависимости  
от наличия опьянения на момент деликта (в %)**

Уровень мотивации гетероагрессии	В опьянении алкоголем	В состоянии опьянения суррогатами	В трезвом состоянии	Всего
Немотивированные	18,4	36,8**	3,2	66,4
Маломотивированные	13,6	17,6	2,4	33,6
Итого	40	54,4	5,6	100

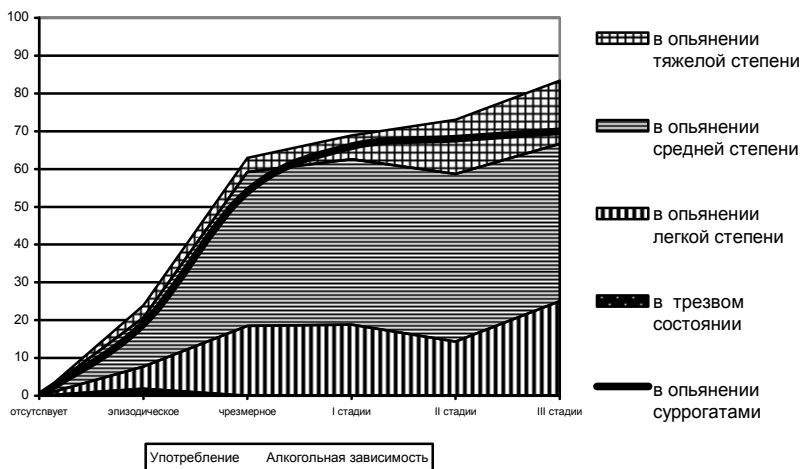
Примечание. Достоверность различий обозначена \*\* –  $p < 0,01$ .

Из всей совокупности деликтов 31,8 % преступлений были совершены подэкспертными, страдающими алкогольной зависимостью, а преобладающее количество преступлений (54 %) – лицами, эпизодически употребляющими алкоголь. Психически здоровые, злоупотребляющие алкоголем, достоверно чаще совершали преступления в опьянении средней степени. Лица с ОПР, не имеющие признаков алкогольной зависимости, чаще, чем в других группах, совершали преступления в трезвом состоянии (40,9 %), подэкспертные с РЛ и УО, напротив, в опьянении средней степени – 48 и 44 % соответственно.

По мере нарастания тяжести алкоголизации реализация агрессивных побуждений лиц с ОПР облегчалась опьянением уже в легкой степени (51,7 %) и, соответственно, доля преступлений в средней степени опьянения у подэкспертных с ОПР оказалась меньше, чем в других группах (44,8 %). Для сравнения заметим, что количество преступлений, совершенных в средней степени опьянения, у лиц с РЛ составило 60 %, с УО – 58,3 %, с АЛК – 54,3 %. Подэкспертными с УО и сопутствующей алкогольной зависимостью все преступления были совершены в алкогольном опьянении.

В группе деликтов, совершенных в алкогольном опьянении, роль провоцирующих действий потерпевших в 52 % наблюдений

отсутствовала или была незначительной. При сопоставлении степеней опьянения с этапами алкоголизации в группе подэкспертных, совершивших маломотивированные деликты, обнаружена достоверная зависимость ( $r=0,95$ ,  $p<0,01$ ) – доли преступлений нарастали в каждом из этапов алкоголизации (от 0 % при трезвом образе жизни до 83 % при алкоголизме III стадии) (рис. 22).



**Рис. 22. Частота маломотивированных деликтов при различных уровнях алкоголизации**

Все преступления подэкспертными данной группы были совершены в состоянии алкогольного опьянения преимущественно средней степени тяжести независимо от этапа алкоголизации. Уровень криминальной агрессии, не соответствующий силе провоцирующих действий, был наиболее высоким при алкогольном опьянении средней степени у лиц, страдающих алкогольной зависимостью II стадии ( $p<0,001$ ). Также следует отметить, что реализация агрессивных действий на ранних стадиях опьянения облегчалась по мере нарастания алкоголизации – наибольший процент преступлений в легкой степени алкогольного опьянения был совершен лицами, страдающими алкогольной зависимостью III стадии (25 %, по сравнению с предыдущими этапами – 5,6—19 %). Лица, не употребляющие алкоголь и ведущие абсолютно трезвый образ жизни, не совершили ни одного немотивированного преступления против жизни и здоровья (рис. 22).

В подгруппе подэкспертных с алкогольной зависимостью 73,7 % ( $p < 0,01$ ) преступлений в опьянении были совершены после употребления суррогатов, внешне безмотивно с нанесением множественных повреждений (46 %), чаще против знакомых и в состоянии опьянения легкой степени (54,2 %), в других группах – против родственников и сожителей в алкогольном опьянении средней степени (41,6 %).

В подгруппе обследованных с органическим психическим расстройством, страдающих алкоголизмом, 58 % деликтов были маломотивированными и совершены в алкогольном опьянении, из них в 44,8 % случаев – после употребления «китайского» спирта. В аналогичных подгруппах больных (с сопутствующей алкогольной зависимостью) доля маломотивированных деликтов составляла: при РЛ – 53,3 %, УО – 66 %, в группе больных АЛК – 42,9 %, после употребления КС в группе РЛ – 26,6 %, УО – 50 %, в группе АЛК – 31,5 %.

Множественные телесные повреждения, нанесенные психически здоровыми подэкспертными, можно объяснить токсическим одурманивающим действием суррогатов алкоголя («китайского» спирта), преимущественно в виде опьянения средней степени. Максимально чувствительными к токсическому воздействию технических суррогатов оказались лица, страдающие алкогольной зависимостью, особенно с коморбидным органическим психическим расстройством (клинический пример 1).

#### **Клинический пример 1**

*Из материалов стационарной судебно-психиатрической экспертизы Д-ва, 1977 г. рождения, обвиняемого по ст. 111 ч. 4 УК РФ.*

*Судом установлено, что 19 декабря 2005 г. в дневное время, находясь в состоянии выраженного алкогольного опьянения, умышленно, с целью причинения вреда здоровью стал наносить множественные удары руками в голову малолетнего Б., после чего, взяв его за ворот шубы, неоднократно стал поднимать и бросать на землю, в результате чего от полученных телесных повреждений Б. скончался на месте происшествия. Затем с целью скрыть преступление унес труп на территорию лесного массива, где и оставил.*

**Анамнез.** *Родился в полной семье последним из четырех детей, здоровым и доношенным ребенком. Психические расстройства у родственников подэкспертный отрицает. Психологический климат в семье был все время нормальным. Отец и мать работали, по характеру были спокойными и не ссорились. Отец, хотя и «выпивал», но в опьянении молча ложился спать. Мать*

отличалась доброжелательностью и скромностью («тихая»). Из перенесенных в детстве заболеваний помнит частые ангины и ОРЗ; тогда же было несколько ударов по голове с явлениями сотрясения – и ему «правили голову у бабок». С детства и до настоящего времени случаются редкие эпизоды сногворения, но припадки, ночной энурез и снохождение отрицает. В 1995 г. во время службы в армии от удара арматурным стержнем по голове был около часа без сознания, но за медицинской помощью не обращался. Считает, что по своему характеру боится ответственности, и поэтому всегда старался «находиться в тени», хотя внутри желал бы быть лидером.

Посещал детский сад, в школе из-за картавости не успевал по русскому языку, и поэтому оставался «на осень», но классы не дублировал. Увлекался лыжным спортом, фотографией, туристическими походами, а позже – охотой и рыбалкой. После окончания школы и ПТУ по специальности токаря сразу же был призван в армию. Службу проходил в танковых войсках, адаптировался к условиям медленно, с трудом: терпел неуставные отношения. На шестом месяце из-за избиений «дембелями», а также болезни матери и «измены девушки» предпринял суицидальную попытку через повешение, но дежурным офицером был снят с петли; в течение 10 дней был «не в ясном сознании». Пришел в себя «где-то 8.12.1995 г.» в психиатрическом отделении окружного военного госпиталя. В течение месяца «обследовался» и был комиссован по ст. 8 б приказа № 165 МО СССР. Возвратившись домой, в течение двух лет охотился, рыбачил. В 1999 г. при перекомиссии в РВК ему, с его слов, выставили диагноз: «раздвоение личности». С этого времени работал кочегаром, старателем в артелях несколько сезонов, с 2004 г. – машинистом насосной установки и проживал в доме матери. Половая жизнь с 14 лет; последний год до ареста жил в гражданском браке и планировал его оформить официально; однако мать этого обстоятельства не подтверждает. Курит с 19 лет, употребление наркотиков и токсикоманических средств отрицает. Алкоголь употребляет с 16 лет, с 22 лет (1999 г.) систематически. Полагает, что для нормального опьянения за праздничный вечер ему было бы достаточно 170 граммов водки; но часто выпивает излишне – около 350 г и более. Желание выпить приходится подавлять, что удавалось не всегда, особенно после приема первых 200 г. За вечер он выпивал самое большое 1000 г водки, за день 3 литра. Частота выпивок была 4–8 раз в неделю, случались и запои по 12–20 дней. Состояние похмелья стало тяжелым около 4 лет тому назад: оно выражалось многими симптомами: чувство неполноценности, кошмарные сновидения, чувство вины, нетвердая походка, дрожа-

ние рук, сердцебиение, головокружение. Несмотря на это и на появившиеся из-за водки неприятности социального характера (недовольство близких, предупреждения на работе, попадания в медвытрезвитель), влечению не противостоял. Это было отчасти в силу его большой интенсивности, а отчасти из-за неадекватной самооценки потребления: «пью в меру, может быть и излишне, но не болею алкоголизмом». К выпивкам побуждают собственное желание, скука и неуверенность, плохое настроение, чувство усталости, привычка. В опьянении считает себя спокойным, «если его не трогают», и драчливым – «если трогают». От матери слышал, что в сильном опьянении его глаза становятся как у наркомана, он «заговаривается», однажды в сильном опьянении из неясных побуждений «прибил» к полу тапочки ножом и вилкой. При передозировках неоднократно была амнезия событий на высоте опьянения.

Из показаний родственников следует, что подэкспертный развивался нормально, по характеру был мягким, обидчивым, достаточно активным и заботливым, несколько замкнутым. У пострадавшего с ним были очень близкие отношения: даже более близкие, чем с родным отцом. О необычном поведении подэкспертного в опьянении родственники не показывают. Из показаний свидетеля Г-а следует, что подэкспертный около 18 часов, будучи чрезмерно пьяным и, выпив дополнительную дозу технического спирта перед уходом, в сопровождении племянника пошел из насосной станции домой, а часа через два (около 20 часов) возвратился без верхней одежды и продолжал оставаться в опьянении. Из его рассказов следовало, что он, оставаясь в выраженном опьянении, вероятно, к этому времени уменьшившимся, предлагал разные утешительные версии отсутствия убитого им племянника: «Ваня замерз, Вани нет, Ваня дома, Ваню задавила машина»; но не сообщал о каких-либо психических расстройствах у себя.

О происшедшем подэкспертный рассказал следующее: накануне совершения преступления выпил за день «очень много»: утром бутылку разведенного китайского спирта, в 11.00 часов 250 г, потом 150 г, потом на насосной станции вдвоем с Г-м пили принесенный подэкспертным спирт (1 литр после разведения). О совершенном «помнит отрывками», объяснить причину содеянного не может, «очнулся утром на дороге, пошел на насосную станцию и обнаружил труп племянника. Перенес труп в другое место в лесополосу, «чтобы его никто не обнаружил и чтобы милиционерам показать труп первым». Со слов матери знает, что домой «пришел раздетым», приход на насосную станцию не помнит. Вернувшись домой, позвонил в милицию; при этом в преступлении сознался и был в этот же день арестован.

**Психическое состояние.** За время наблюдения всегда был ориентирован в месте, времени и собственной личности, охотно вступает в контакт. Осознает правильно цели и задачи экспертизы, но что-либо существенно значимого для себя от нее не ждет и косвенно признает свою вину: «Всему виной пьянка». Как-либо расстройств восприятия (галлюцинации и др.) за период исследования у него не наблюдалось. Память достаточно хорошо развита и сохранена на события ближние и дальние, личные и общественные. Мышление среднего темпа, целенаправленно, логично, последовательно. Суждения средней глубины, ясные и опрделенные. Запас общих (школьных) и житейских сведений достаточен. При психологических нагрузках правильно решает стандартные задания на обобщение, сравнение, исключение и на толкование переносного смысла идиом и пословиц. Пробу Шульце на переключаемость и концентрацию внимания выполнил успешно (за 40—53 сек).

По своему эмоциональному состоянию в первые две недели находился в заметно (ситуационно) угнетенном настроении, что выражалось легким снижением общей активности, поверхностным ночным сном, жалобами на «тревожность» и на неприятные «мысли о происшедшем, которые лезут в голову». Тем не менее, к порядкам в отделении вскоре адаптировался, избирательно вступал в контакт с соседями. Суицидальных намерений или мыслей выявлено не было. Вследствие назначения амитриптилина и феназепам фон настроения и общая активность заметно улучшились, оставаясь на удовлетворительном уровне. При этом стал (ненастойчиво) интересоваться возможной ролью необычных психических феноменов, которые бывали у него в глубоких опьянениях. При попытках (просьбах) заставить подэкспертного вспомнить о событиях, соответствующих криминальной ситуации, видимых переживаний добиться не удается.

**Клинико-диагностическая оценка:** наследственность подэкспертного психопатологически неотягощена, но вследствие перенесенной в раннем детстве неясной мозговой вредности (возможно травмы) у него имелись ее компенсированные остаточные явления, что проявлялось расстройством речи и сновидениями. Кроме того, в своем характере он имел (и имеет) черты астенической акцентуации, что способствовало его декомпенсации в условиях армейской службы с совершением суицидальной попытки. После комиссования в достаточной степени адаптировался к привычным для него социальным условиям. Однако оставался чувствительным (обидчивым), слегка замкнутым, плохо переносил жару и в неврологическом статусе имел резидуальную микросимптоматику, которая свидетельствует о невро-

логической слабости головного мозга в форме остаточных явлений органического поражения. На этом фоне в течение последних 4 лет развивалась болезненная зависимость от алкоголя в форме алкоголизма II стадии с эпизодами чрезмерных, приближающихся к тяжелым опьянений и, соответственно, с тяжелыми состояниями похмелья.

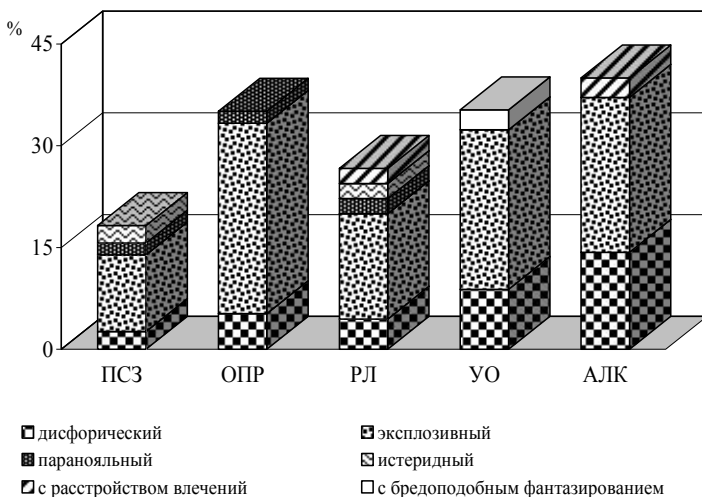
При анализе противоправного поведения подэкспертного 19.12.2005 г. обращает на себя многократное в течение этого дня потребление суррогатов алкоголя, выраженное опьянение в процессе распития литра разведенного спирта на насосной станции и добавочное его употребление непосредственно перед уходом домой с пострадавшим. Далее, через 300 метров пути, его опьянение (от дозы перед уходом) могло увеличиться еще более и принять ранее не свойственные ему атипичные формы. При этом возможны были токсические состояния (делириозные и сумеречные), которые относятся к болезненным. Однако в сообщениях подэкспертного (все еще остававшегося в сильном опьянении) каких-либо признаков психических расстройств не усматривается. В дальнейшем, после сна на насосной станции, вероятно развитие явлений алкогольной амнезии (в том числе из-за резидуально-органического генеза), которые более всего распространяются на события в период наибольшего опьянения, в том числе на период инкриминируемых ему действий. Каким-либо психическим расстройством Д-в не страдал в прошлом, в период совершения инкриминируемых ему действий и не страдает таковым в настоящее время. Характерны ограниченность его личностных адаптивных возможностей, полное несоответствие характера содеянного его личностным установкам, явная атипизация состояния алкогольного опьянения с высвобождением аномальности влечения. Д-в страдает алкоголизмом II стадии с тенденцией к прогрессивному течению.

Нами выявлено, что атипичные формы опьянения наблюдались при совершении третьего преступления против жизни и здоровья – 28,3 %, преимущественно у больных алкогольной зависимостью (в указанной группе – 42,9 %) и после употребления суррогатов (от 48 до 80 % случаев в различных нозологических группах).

В структуре атипичных форм опьянения доминировали психопатоподобные его варианты (97 %) и наиболее часто – эксплозивного (64 %) и дисфорического (20 %) типов. Повторяемость данных форм реагирования в состоянии опьянения прослеживается в анамнезе у всех лиц с ОПР и РЛ (рис. 23). Причем следу-



ет учесть, что 72 % всех опьянений «китайским» спиртом носили атипичную картину.



**Рис. 23. Синдромальная структура атипичных форм опьянения**

Дисфорический вариант преобладал у больных АЛК – 14,3 % всех преступлений, в других группах он варьировал в диапазоне от 2,6 до 8,8 %. Взрывной вариант наблюдался как в рамках алкогольной зависимости (22,9 %) и (или) органического психического расстройства (28,1 %), так и у ряда подэкспертных с умственной отсталостью (23,5 %), которые имели признаки резидуально-органической патологии. Частота других форм психопатологического опьянения не превышала 3 %: истероидный вариант (2,7 % в группе ПСЗ и 2,2 % в группе РЛ), паранойальный вариант (ПСЗ – 1,8 %, ОПР – 1,8 %, РЛ – 2,2 %), с расстройством влечений (АЛК – 2,9 %, РЛ – 2,2 %), с бредоподобным фантазированием (УО – 2,96 %).

**Взрывной вариант** характеризовался вначале коротким периодом эйфории, трансформирующимся под влиянием несущественных внешних поводов в раздражительно-злобный аффект, который и сопровождался гетероагрессивными разрушительными действиями. Данные реакции проявлялись по типу клише до 4 раз на протяжении всего периода опьянения. По мере усиления опьянения одна из вспышек в конечном итоге заканчивалась совершением преступления. Нередко отмечались

легкое оглушение и изменение сознания в виде аффективного сужения при наличии физических признаков опьянения. Постинтоксикационная амнезия, как правило, отсутствовала, но в ряде случаев была фрагментарной, а ее наличие объяснялось токсическим влиянием технических спиртов на органическую почву (клинический пример 2).

### **Клинический пример 2**

*Из акта амбулаторной КСППЭ С-ва, обвиняемого по ст. 105 ч. 1 УК РФ.*

*Судом установлено, что С-в 4 марта 2003 г. пришел в дом своего знакомого, где находилась его бывшая родственница. Поссорившись с ней, ударил ножом несколько раз потерпевшую в область шеи и головы. От полученных телесных повреждений потерпевшая скончалась.*

**Анамнез.** *Родился в 1979 г. в сельской местности, последним из 9 детей, в осложненных родах. Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца, который покончил жизнь самоубийством. Два старших брата отставали в умственном развитии, не смогли учиться в школе и не служили в армии. Сведений о раннем развитии нет. В школу пошел вместе со сверстниками, учился плохо, не усваивал программу и трижды дублировал 1-й класс. Смог окончить только 3 класса и дальше учиться не захотел («не хотел мучить учителей»). Помимо низких способностей к обучению, не были сформированы и познавательные интересы, не выполнял домашние задания, сбегал с уроков, время проводил праздно на улице. По характеру формировался вспыльчивым, конфликтным, устраивал драки, спорил с родителями и старшими братьями. С 12-летнего возраста перестал посещать школу, «сидел дома», помогал родителям по хозяйству, косил сено, колот дрова, мог приготовить пищу. В свободное время общался с друзьями, рано начал курить, вдыхал пары ацетона и клея «Момент». В период интоксикации «видел мультики», казались различные животные, автомобили. Вместе со сверстниками начал алкоголизироваться, употреблял в основном «китайский» спирт. Толерантная доза до 500,0 г на эквивалент водки, отмечались амнестические формы опьянения. В опьянении «дурной», плохо соображает, легко соглашается участвовать в преступлениях. В 1996 г. был привлечен к уголовной ответственности за совершение кражи, приговорен к 2 годам лишения свободы с отсрочкой приговора. В 1997 г., будучи в состоянии опьянения, нанес телесные повреждения двум сверстникам. Отбывал наказание в течение 4 лет, к условиям ИТК адаптировался с трудом, трижды водворялся в штрафной изолятор за различные наруше-*

ния. После освобождения вернулся домой, сразу же устроился на работу плотником. Вновь стал злоупотреблять алкоголем, совершил повторную кражу. Был осужден к 3 годам лишения свободы с отсрочкой приговора. В течение последних 2 лет работает кочегаром в акционерном обществе, имеет хорошую зарплату и работой доволен. Живет в незарегистрированном браке с женщиной, проживает с тещей. Взаимоотношения в семье хорошие, в настоящее время жена ждет ребенка. В представленной характеристике отмечены его добросовестность и трудолюбие.

Из перенесенных заболеваний отмечает черепно-мозговую травму в 10-летнем возрасте (попал под машину), кратковременно терял сознание, в течение месяца лечился в ЦРБ. В 16-летнем возрасте по линии РВК обследовался в ЦРБ, был выставлен диагноз олигофрении умеренно выраженной дебильности.

В отношении инкриминируемого сообщил, что 4 марта вместе с братом выпивали по поводу «свеженины». Пили «китайский» спирт, распили две бутылки на четверых. Чувствовал себя опьяневшим. Брат предложил еще выпить, купили 2 бутылки спирта и пошли к старшему брату, которого не оказалось дома. С-ва находилась в состоянии опьянения, стала цепляться, нецензурно бранилась, оскорбляла, называла «педерастом». Было обидно, не сдержавшись, схватил со стола нож и ударил С-ву в шею и голову несколько раз. Все произошло очень быстро, даже не ожидал от себя таких действий. После случившегося ушел к брату, где уснул.

**Психическое состояние.** Ориентирован правильно в месте, времени и собственной личности. Внешне опрятный и ухоженный, на экспертизу приехал вместе с беременной женой и в ходе обследования многократно подчеркивал, что уже через месяц у них в семье будет ребенок. Правильно понимает цель обследования, поэтому в беседе не скрывает своих психологических проблем и критически оценивает свои невысокие умственные способности и психическую неполноценность. На вопросы отвечает по существу, темп речи средний, словарный запас небольшой, предложения строит по упрощенному типу. Мышление преимущественно конкретно-образного типа, каких-либо болезненных, в том числе бредовых расстройств, не выявляет. В тестовых заданиях смог справиться с установлением общих признаков, правильно интерпретировал простые идиомы. В то же время большинство пословиц объяснил в буквальном, конкретном значении. Память несколько снижена как на события давние (с трудом воспроизводит необходимые для исследования события), так и текущие, объем механического запоминания по квадрату памяти составил 68 %. Интеллект невысокий, суждения во многом примитивные. В тес-

товом задании на осведомленность обнаружил крайне низкий уровень школьных и общеобразовательных знаний, в то же время продемонстрировал вполне хорошую ориентацию в вопросах бытовых и обыденных. Настроение болезненно не снижено, эмоциональные реакции адекватные. В отношении содеянного говорит с заметным волнением и напряжением, утверждает, что в трезвом состоянии никогда себе такого не позволил. В то же время сообщил, что потерпевшая начала его оскорблять, называла «педерастом», поэтому не сдержался, так как в опьянении плохо себя контролирует и часто плохо помнит на следующий день свое поведение. С тестовыми заданиями для компьютерной обработки данных справиться не смог.

**Клинико-диагностическая оценка.** Подэкспертный имеет психопатологически отягощенную наследственность алкоголизмом у отца и умственной отсталостью у старших братьев. Он с детства обнаруживал также отставание в умственном развитии, что особенно проявилось с момента начала обучения в школе, где подэкспертный не усваивал школьную программу, дублировал классы и смог окончить только 3 класса начальной школы. Помимо собственно интеллектуальной недостаточности, низкой школьной успеваемости способствовали отсутствие познавательных интересов, многочисленные пропуски уроков и стремление к праздному времяпрепровождению. Важными факторами, также способствующими отставанию в умственном развитии, являлось неблагоприятное макросоциальное окружение и условия воспитания в семье, где родители злоупотребляли алкоголем и не уделяли должного внимания воспитанию ребенка. Последнее обстоятельство также способствовало появлению у подэкспертного девиантных (отклоняющихся) форм поведения, когда стал употреблять психоактивные вещества и алкоголь, совершил многочисленные мелкие правонарушения. При этом систематическое употребление алкогольных напитков низкого качества привело к появлению измененных форм алкогольного опьянения с преимущественно токсично-злым настроением, маломотивированной агрессивностью и враждебностью к окружающим. Именно в таком состоянии подэкспертный в 1997 г. совершил преступление и нанес телесные повреждения двум сверстникам.

Результаты настоящего комплексного исследования позволяют считать, что подэкспертный действительно обнаруживает признаки отставания в умственном развитии в форме олигофрении легкой степени дебильности. Об этом свидетельствуют объективные указания об интеллектуальной недостаточности, проявляющиеся с детского возраста, а также выявленные признаки легкого недоразвития высших познавательных функций,

ограниченный запас знаний, примитивность суждений. В то же время выявленные признаки умственной отсталости легкой степени вовсе не лишали его критических возможностей и способности руководить своими действиями и отдавать себе в них отчет. При этом наиболее существенным фактором, снижающим уровень личностной адаптации, является злоупотребление им алкогольными напитками с необычными (атипизированными) формами алкогольного опьянения. В анализируемой судебно-следственной ситуации также находился в состоянии простого измененного алкогольного опьянения, когда и нанес потерпевшей удары ножом.

**Дисфорический вариант** характеризовался угрюмостью, злобностью, агрессивностью и недовольством окружающим. Тоскливо-злобный аффект усиливался по мере углубления опьянения и сочетался с чувством внутреннего эмоционального напряжения. Сознание было изменено по типу легкого оглушения с нарушением отчетливости восприятия окружающего и замедлением темпа мышления. Субъекты преступлений инициировали конфликтные ситуации, проявляли жестокость со стереотипными агрессивными действиями по незначительным поводам, чаще всего по механизму «последней капли» с последующей аффективно-двигательной разрядкой. Все подэкспертные этой подгруппы непосредственно перед деликтом употребляли суррогатный «китайский» спирт, во время опьянения испытывали физический дискомфорт в виде тяжести в голове, головной боли, с их слов, ощущали «отупение и заторможенность» (клинический пример 3).

### Клинический пример 3

*Из акта амбулаторной КСППЭ Т-ва.*

Судом установлено, что 28 июля 2002 г. около 4 часов Т-в, находясь в комнате общежития, будучи в состоянии алкогольного опьянения, умышленно нанес один удар ножом в область спины М-ву, причинив последнему проникающее колото-резаное ранение задней поверхности грудной клетки справа, без повреждения внутренних органов, которое проведенными экспертными исследованиями признано причинившим тяжкий вред здоровью М-ва.

**Анамнез.** Родился в 1956 г. в деревне Т-во вторым из четырех детей, здоровым и доношенным ребенком. Отец злоупотреблял алкоголем, в опьянении был конфликтным, злобным, избивал мать в присутствии детей, приходилось убежать из дома в 7—10-летнем возрасте. Мать по характеру добрая, уживчивая, иногда также употребляла алкогольные напитки. В дошкольные годы рос и развивался нормально. В школу пошел вместе со сверстни-

ками, справлялся с программой и учился легко. По характеру изначально формировался тихим, малообщительным, любил читать, ходить в лес, рыбачить. После переезда в город пошел учиться в 5-й класс, с программой не справлялся «после деревни», не мог наладить хорошие отношения в классе, приходилось защищаться «на кулаках». Дублировал 5-й класс, всего окончил 6 классов и затем был направлен в ГПТУ, где учился в течение 2 лет и приобрел специальность столяра-плотника. После окончания училища работал по специальности. В армии не служил из-за тугоухости. С 1973 г. стал проживать в г. Н., работал столяром-плотником в различных организациях. В 1988 г. по приглашению знакомого переехал в г. К. Работал по профессии, жил в общежитии. В течение последних 3 лет работает плотником в ЗАО. Женат никогда не был. Проживал в незарегистрированном браке с женщиной в течение 9 лет, которая стала злоупотреблять алкоголем, и их отношения прекратились. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина в 1985 г., гнойный отит в 12 лет. В 2000 г. получил тяжелую черепно-мозговую травму, терял сознание, лечился в районной больнице. После травмы стали беспокоить головные боли, стал нервным, раздражительным. Алкоголь начал употреблять с 18 лет, постепенно сформировалась тяга к спиртному, возросла толерантная доза, сформировался похмельный синдром, появились псевдозапой. После запоев нарушался сон, беспокоили кошмарные сновидения, страхи, потливость. В декабре 2002 г. после запоя появились зрительные галлюцинации, стал слышать «голоса», был возбужден, бежал по общежитию, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическое отделение ОКБ с диагнозом «алкогольной делирий», лечился в течение 30 дней. После выписки из психиатрической больницы уже через неделю вновь стал злоупотреблять алкоголем, появились запойные состояния. В опьянении несколько раз наносил себе повреждения ножом. В имеющейся характеристике указано, что подэкспертный систематически пьет, с вахтерами ведет себя агрессивно.

В отношении инкриминируемого сообщил, что 27 июля 2002 г. к нему в комнату пришел М-в, который был в опьянении. Вместе с ним распивал спиртное, накануне также выпивал «китайский» спирт. Чувствовал себя опьяневшим. Когда лег спать, помнит, что был зол на М-ва, так как потерпевший постоянно ходил по комнате, выходил в коридор, мешал спать. Был раздражен, потому что опьянение уже проходило, не мог спать и «шарахания» М-ва раздражали. Просил несколько раз потерпевшего лечь спать, а затем, «не сдержавшись», ударил лежащего в постели М-ва ножом в спину. Помнит, что затем пошел к вахтеру и сообщил ему, что порезал своего соседа.

**Психическое состояние.** Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне неопрятный, в грязной одежде, неухоженный. Правильно понимает цель проводимого обследования. Держится свободно и непринужденно, на вопросы отвечает по существу и в плане заданного. Речь слегка косноязычна, предложения строит по упрощенному типу. Мышление формально логичное без каких-либо болезненных, в том числе бредовых, расстройств. При проведении тестовых заданий с трудом справляется с тестами на обобщение, анализ, сравнение, абстрагирование. Память снижена как на события прошлые, так и текущие, объем механического запоминания по квадрату Лурия также снижен. Отмечаются признаки повышенной психической утомляемости, по тесту Шульте время отыскивания чисел превышает 1—1,5 минуты. Эмоциональные реакции адекватные, однако несколько блеклые, фон настроения ситуативно снижен, переживает судебную ситуацию и тяготеет к нахождению в СИЗО. Вину свою видит в том, что нанес телесные повреждения соседу. Пытается примитивно симулировать, заявляя, что почему-то в комнате искал подругу Валю и «видимо» ему все казалось. Пытается вызвать у экспертов жалость к себе, говорит, что после полученной черепно-мозговой травмы плохо переносит алкогольные напитки и в опьянении плохо соображает («не ведаю, что творю»). В доказательство приводит пример, когда будучи в опьянении наносил себе повреждения ножом. С проективными тестовыми методиками справиться не смог.

**В неврологическом статусе.** Зрачки равны, фотореакции сохранены, определяются горизонтальный двусторонний нистагм, выраженная слабость конвергенции слева. Лицо симметричное, язык отклоняется вправо. Резко положительный двусторонний симптом Маринеску-Радовичи. Сухожильные рефлексы оживлены. В позе Ромберга устойчив, координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Клинико-диагностическая оценка.** Подэкспертный имеет отягощенную алкоголизмом наследственность по линии отца, который отличался агрессивностью в состояниях опьянения, был деспотичным по отношению к детям. Подэкспертный изначально в силу природно-конституциональных особенностей имел невысокий интеллектуальный потенциал, а по характеру формировался робким, стеснительным, недостаточно общительным. С трудом учился в школе, где окончил лишь 6 классов, однако смог в течение двух лет учиться в ГПТУ и получил профессию столяра-плотника.

Рано начавшаяся алкоголизация с учетом генетической уготованности быстро привела к формированию алкогольной зави-

симости – алкоголизма, который прогрессировал и достиг II стадии. Об этом свидетельствует наличие психической и физической зависимостей от спиртного, формирование похмельного синдрома, наличие запойных состояний и измененных форм алкогольного опьянения. Последнее выражается повышенной раздражительностью, агрессивностью как по отношению к себе (наносил себе повреждения ножом), так и окружающим. Быстро прогрессирующая алкогольная болезнь существенно ограничивала его адаптацию, вероятно, по этой причине не смог создать полноценную семью, утратил связи с родственниками. Тяжесть алкоголизма подтверждается также и перенесенным алкогольным психозом в 2000 г. В анализируемой судебно-следственной ситуации подэкспертный находился в состоянии алкогольного опьянения, вероятно, средней степени, учитывая количество принятого спирта. В состоянии опьянения у него могли актуализироваться прежние обиды на потерпевшего, который не работал, нередко мешал ему своим образом жизни. По существу же возникло измененное алкогольное опьянение с недовольством, раздраженностью и душевным дискомфортом. Такое настроение могло действительно провоцироваться потерпевшим, который долго в этот вечер не ложился спать, ходил по комнате, стучал и беспокоил подэкспертного. В ответ на указанное поведение у Т-ва возникла импульсивная агрессивного типа личностная реакция, когда он и нанес удар ножом М-ву. При этом сразу же осознал противоправность своих действий и сообщил об этом вахтеру, который видел, что подэкспертный был в состоянии алкогольного опьянения.

**Истероидный вариант** характеризовался аффективным сужением сознания, легкой дезориентировкой во времени, нарушением отчетливости восприятия окружающего и собственных действий с появлением аффективных иллюзий. У лиц группы ПСЗ во время опьянения происходило заострение присущих субъекту акцентуированных черт истероидного круга (эгоцентризм, стремление произвести яркое впечатление, амбициозность). Были характерны демонстративность, бравада, хвастовство, стремление находиться в центре внимания, желание руководить, доминировать. Без связи с конкретной ситуацией наблюдалась эмоциональная лабильность, на фоне приподнятого настроения по незначительным поводам легко возникали реакции раздражения, недовольства с подчеркиванием собственного превосходства, самовзвинчиванием, внешнеобвиняющими тенденциями.



**Психопатоподобная форма алкогольного опьянения с расстройством влечений.** Ведущим клиническим расстройством в структуре острой алкогольной интоксикации в этих случаях являлась нехарактерная для этих лиц в трезвом состоянии сексуальная расторможенность в виде легко возникающего сексуального возбуждения, которое реализовалось в половых актах с применением угроз и насилия, а на высоте опьянения – аномальными сексуальными влечениями, признаками некросадизма, жестокостью, парафилическими и гомицидными тенденциями, но было целенаправленным, с преступным замыслом и дальнейшим убийством жертвы с целью сокрытия следов. В картине опьянения каких-либо психопатологических расстройств в других сферах психики не отмечалось.

**Алкогольное опьянение с бредоподобным фантазированием.** Такая форма алкогольного опьянения наблюдалась у подэкспертного, страдающего умственной отсталостью легкой степени с психопатоподобным синдромом сложной структуры (эксплозивно-демонстративно-безвольный вариант), ретардационным сверхценным увлечением и признаками патологического фантазирования. Опьянение характеризовалось тем, что опьяневший изображал некоего персонажа, соотнося свои высказывания и поступки с его образом. Сцена сопровождалась включением окружающих в воображаемую ситуацию с визуализацией представлений. Границы между вымыслом и реальностью в сознании субъекта стирались. Расстройств в двигательной сфере не было. Воспоминания о периоде опьянения амнезировались частично.

**Паранойяльный вариант алкогольного опьянения.** Этот вариант опьянения развивался у лиц с паранойяльным личностным радикалом. При этом наблюдалась диффузная подозрительность в виде идей ревности или отношения. Актуализировались кататимно окрашенные переживания, имевшие место в прошлом с проецированием их на происходящее. Обострялись обидчивость и придирчивость, слова и поступки окружающих толковались субъектом как стремление унижить, обмануть, насмеяться, одержать верх в «борьбе» с ним. Особенностью этого варианта опьянения являлась также повышенная возбудимость, сопровождающаяся брутальными агрессивными действиями, направленными на объект, вызвавший эти переживания. Агрессия, как правило, была связана с переживаниями, вызванными ревностью.

В одном случае наблюдался **дистимический (депрессивный) вариант аффективной формы** алкогольного опьянения, когда в результате алкогольного опьянения депрессивное настроение субъекта усугубилось, актуализировались ранее нанесенные обиды и связанные с ней негативно окрашенные воспоминания навязчивого характера, тревога из-за «безвыходности» положения, страх перед ухудшением конфликтной ситуации с усилением фрустрационного воздействия. В опьянении, при нарастании тревожного возбуждения, возникли эмоции раздражения и гнева, сопровождающиеся автоматизированными агрессивными действиями, аффективным сужением сознания с последующими фрагментарной амнезией и астеническим синдромом.

В ряде проанализированных деликтов наблюдались признаки различных вариантов психопатоподобного опьянения, в одном из преступлений – истероидного, дисфорического и опьянения с расстройством влечений.

В развитии атипичных картин алкогольного опьянения в группе АЛК наиболее частым сочетанием (60 %) являлась длительная массивная алкоголизация, предшествующая деликту, «выход» из запойного состояния и внезапное пробуждение после непродолжительного сна. У больных расстройством личности отмечалось употребление субъективно повышенной дозы суррогатов (25 %) наряду с сопутствующим синдромом зависимости (30 %). У лиц с органическим психическим расстройством – коморбидная патология в виде алкогольной зависимости I—III стадий (75 %) и употребление «китайского» спирта (60 %). У больных умственной отсталостью в 69 % наблюдений диагностировалась сопутствующая зависимость I—II стадии, в 76,9 % наблюдений опьянение было атипизировано употреблением технических спиртов.

Кроме того, алкогольное опьянение, как правило, приводило к декомпенсации ведущих психопатологических расстройств и нарушению сформированных механизмов саморегуляции поведения у психически больных. В этой связи в группе лиц с умственной отсталостью значительную долю составляли правонарушения, вытекающие из таких аномальных личностных особенностей, как повышенная внушаемость, подчиняемость, низкий уровень самопознания, слабость структур, тормозящих агрессивные побуждения, отсутствие положительных социальных ориентиров или неполное их понимание, ограниченность потребностей на

бытовом уровне и удовлетворение их маргинальным способом. В группе АЛК к совершению преступлений приводили обусловленные алкоголизацией утрата или отсутствие эмоциональных привязанностей, морально-этическая уплощенность, ограниченные возможности выбора вариантов решений. В группе РЛ наблюдались извращенное понимание этических принципов, принятых в референтной группе, сформированные на их основе стереотипы, повышенная возбудимость, взрывчатость, агрессивность, низкий порог фрустрации, слабость волевого контроля и снижение морально-ограничительных барьеров. Гетероагрессивные действия лиц с органическим психическим расстройством, совершенные в атипичном опьянении (в том числе суррогатами), не определялись болезненными психопатологическими переживаниями, а в основном были детерминированы социальным окружением и диссоциальными нравственными ориентирами. При ОПР опьянение алкоголем и его суррогатами усугубляло присущие данным лицам раздражительность, эксплозивность, ригидность, ослабляло механизмы внутреннего контроля.

В генезе атипичного опьянения в группе ПСЗ основное значение имели дополнительные экзогенные вредности, непосредственно предшествующие опьянению, причем основным ситуационным фактором выступали психогении в виде провоцирующих действий потерпевшего в сочетании с употреблением субъективно повышенной дозы алкоголя. Спирт низкого качества являлся экзогенной вредностью, а в ряде случаев и единственным причинным фактором в развитии атипичной картины опьянения. При опьянении «китайским» спиртом эмоционально-волевые нарушения наблюдались и у лиц, не имеющих признаки синдрома зависимости и органического поражения головного мозга, а развитие эксплозивной и дисфорической картин алкогольного опьянения было гетерогенно обусловленным характерологическими чертами преступников. При этом решающими в формировании модуса поведения являлись диссоциальные установки субъекта правонарушения.

Таким образом, в рассмотренных нозологических группах при «непсихотических» формах опьянения суррогатами алкоголя факторы, которые определяют криминальную активность, не отличаются от таковых при опьянении алкоголем. Криминальные действия в состоянии опьянения не являются прямым следствием самого факта употребления его суррогатов, а технические спирты, способствуя атипизации картины опьянения, посредст-

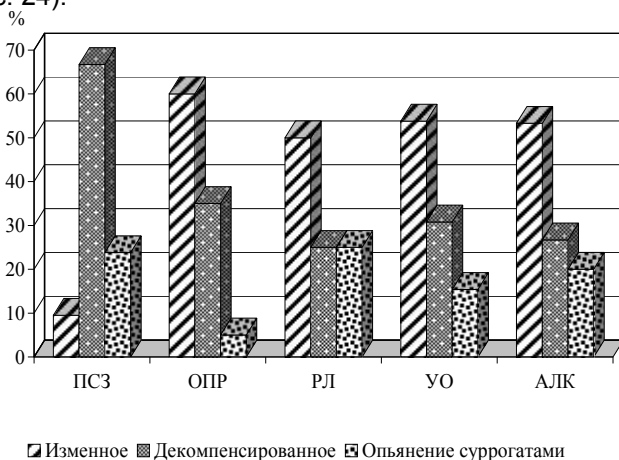
вом социально-личностных особенностей субъекта преступления порождают психопатологические феномены гетероагрессии.

В развитии психопатоподобных форм прослеживались измененный (42 %) и декомпенсированный (39,5 %) варианты (Клименко Т. Б. и др., 2004). Первый из вариантов (ОПР – 60 %, РЛ – 50 %, УО – 53,9 %, АЛК – 53,3 %, ПСЗ – 9,5 %) наблюдался в основном у больных органическим психическим расстройством с сопутствующей алкогольной зависимостью в виде стереотипной реакции на алкоголь у данного лица, гомогенной его характерологическим чертам. Лица данной когорты имели четкие антисоциальные или диссоциальные установки. Опьянение не имело признаков нарушений сознания, бредовых и галлюцинаторных расстройств. Несмотря на имевшиеся нарушения эмоционально-волевой сферы, обследуемые сохраняли способность корректировать свое поведение в зависимости от складывающейся ситуации. Сожаления и чувства вины по отношению к содеянному подэкспертные не испытывали.

Второй вариант происхождения атипичной картины опьянения (ПСЗ – 20 %, ОПР – 35 %, РЛ – 25 %, УО – 30,7 %, АЛК – 66,7 %) развивался в результате влияния предшествующих факторов временной «почвы»: астенизация, депривация сна, длительное эмоциональное напряжение фрустрационного типа (Максимова Н. В., 2003), но наиболее часто в виде острой психогении. Наименьшее влияние психогенных факторов было выявлено у лиц с РЛ возбудимого типа (2,5 %). При этом агрессивное побуждение было связано не только с психотравмирующим характером ситуации, но и с действием алкогольной интоксикации, повышающей субъективную значимость ситуационных воздействий. Кумуляция эмоциональной напряженности разряжалась в агрессивных действиях по механизму «последней капли», когда под влиянием дополнительной психогении происходила смена сниженного эмоционального фона на аффект гнева или ярости с агрессивной разрядкой.

Полученные данные о вариантах развития атипичных форм опьянения подтверждают результаты исследований сотрудников ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Вместе с тем нами была выделена группа деликтов в атипичном опьянении «непсихотического» уровня, где не обнаружено влияния как облигатной (органической патологии и синдрома алкогольной зависимости), так и временной «почвы» (психогении,

эмоционального напряжения и др.), как в двух предыдущих случаях (рис. 24).



**Рис. 24. Варианты развития атипичных форм опьянения**

К третьему варианту (18,5 %) мы отнесли эмоционально-волевые нарушения, развивающиеся в результате действия субъективно высоких доз суррогатов без предшествующих декомпенсирующих факторов временной «почвы», а за счет токсического воздействия технического спирта, нерезко выраженных факторов резидуально-органической «почвы» и в наименьшей степени – из-за незначительных провоцирующих и виктимных действий объекта преступления. В таких случаях употребления сверхтолерантных доз «китайского» спирта реакция субъекта была гетерогенна его характерологическим особенностям, не имела связи с психотравмирующим характером ситуации и была опосредована действием интоксикации суррогатами алкоголя у лиц с отчетливыми признаками формирования алкоголизма (клинический пример 4).

#### Клинический пример 4

*Из акта амбулаторной КСППЭ Ж-ва.*

**Анамнез.** Родился в 1986 г. первым из двоих детей. Мать и отец – разнорабочие. Отец, когда подэкспертному было 7 лет, был осужден, а мать стала сожительствовать с его братом, отношения между ними хорошие. Родной отец работает «на калымах», не женат, не помогает. Сведений об образовании родителей нет. Свою младшую сестру фактически считает стар-

шей, так как она окончила 8 классов и училась лучше. Двое его дядей страдают малоумием и являются инвалидами, дядя (пострадавший) лечился от алкоголизма. В школе подэкспертный чувствовал себя «нормально», дублировал пятый класс, больше учиться не стал, так как не понимал, о чём говорилось на уроках, «высидживать» их было трудно. Отношения с учителями и другими учениками были хорошие, хотя по характеру считает себя «не очень уравновешенным»; ссорился однако «только с сестрой». Своим характером доволен, но памятью и сообразительностью доволен «не очень». После того, как оставил школу, нигде не работал, «ходил за ягодой и ловил рыбу»; здоровье «нормальное». Девочками «особенно не интересуется», ходил, однако на дискотеку, но ни в кого «не влюбился». Ночных семяизвержений, с его слов, нет.

Алкоголь стал употреблять эпизодически последний год-два, в среднем выпивает раза 4 в месяц. Для нормального опьянения ему нужно 3 рюмки разведённого спирта, но бывало, что за вечер выпивал около 250 мл; тогда при передозировке возникала рвота. На следующий день самочувствие было «хорошее», но случались «забывания» событий опьянения. В опьянении было «хорошо», драк или конфликтов до последнего случая не происходило. В дальнейшем употребление алкоголя намеревается исключить совершенно. Наркотические средства не употребляет (хотя один раз пробовал «травку»), курит.

О происшедшем сообщил, что вечером после Нового года пошел с сестрой в дом дяди-пострадавшего, чтобы выпить и взять забытую там шапку сестры. С собой взяли около полулитра разведенного спирта. Были «пьяными, но не шибко», хотели еще выпить. Стучались в окна и двери. Им не открывали, так как все «пьяные сильно были». Состояние у него и сестры было «спокойным». Но сестра разбила стекло, а он в дом «залез», чтобы открыть дверь и впустить сестру, которая могла бы в темноте найти свою шапку. В доме навстречу вышел пострадавший и стал возмущенно ругать подэкспертного и «оскорблять сопляком и всяко». В связи с чем схватил подвернувшийся под руку «ломик» и им дядьку ударил. Тот упал. Упавшего бил уже не «ломиком», а тоже подвернувшейся палкой. Сколько нанёс ударов, не помнит. Думал, что дядька спит пьяный. «Ломик» выбросил в другое окно (стекло), чтобы им не могли воспользоваться против него дядьки-инвалиды (он не знал, что они испугались и убежали). Вернувшись домой, он и сестра тут же уснули. Об убийстве узнал утром. В СИЗО находился 3 месяца; было трудно: жалко дядьку и сильно скучал по дому.

**Психическое состояние.** На экспертизу приехал самостоятельно. Пояснил, что ранее трижды бывал в Чите. Ориентирован правильно. Каких-либо продуктивных психических расстройств не выявлено. Держаться старается незаметно, скромно, в беседе не инициативен. На вопросы отвечает по существу, темп речи средний, словарный запас небольшой, предложения строит по упрощенному типу. Обращает на себя внимание, очень низкий запас школьных знаний, при этом продемонстрировал вполне хорошую ориентацию в вопросах бытовых и обыденных. Таблицу умножения не знает, задачу на сложение четырех десятков выполнил. Не смог произвести операций обобщения, правильно сравнил часть понятий. Вместо нахождения «общего» у предметов и явлений продолжал их сравнивать и не мог перестроиться после указания на ошибку и произведенного примера выполнения. Переносный смысл способен вычленять лишь из самых простых идиом и пословиц. Эмоциональный фон ровный и заметно напряжённый; эмоциональные реакции от этого не очень выразительны, примитивны, но адекватны. Мышление образно, низкого уровня, но целенаправленно и понятно. Его содержание значительно определяется оправдательной установкой и боязнью предстоящего наказания. Себя считает виновным отчасти, но свою вину как-нибудь словесно оформить не может. Не смог никак так же ее распределить между участниками события.

При внешнем осмотре: среднего роста, правильного телосложения, выглядит здоровым. На лице и в подмышечных впадинах умеренное оволосение, на верхней губе – признаки пушковых волос. В неврологическом статусе без патологии.

**Клинико-диагностическая оценка.** Ж-в, 16 лет, имеет наследственность, отягощенную олигофренией родственников и неясной личностной несостоятельностью родителей. Как следует из показаний матери, физически развивался нормально, но, как следует из школьных характеристик, с самого начала имел затруднения в учёбе, был не внимателен, постоянно отвлекался, небрежно относился к учебным вещам. По характеру был ленивым и склонным к конфликтам в отношениях со сверстниками. Со стороны родителей должного контроля учителя не наблюдали. Эти обстоятельства, а также результаты настоящего исследования позволяют диагностировать у подэкспертного аномалию психического развития в форме олигофрении в степени лёгко выраженной дебильности, которая лишь отчасти обуславливалась средовыми факторами. С повзрослением обнаружилось свойство подростка помогать другим, даже чужим, и повышенное чувство самоуважения. Не терпел, «когда его пытались унижать». Вероятно, бедность и несколько задержанное умственное развитие

обуславливали то, что «друзей практически не имел» и общался в основном с сестрой и соседями, которые о нём отзываются «в общем положительно».

Природно-психологическая предрасположенность к алкоголю и неблагоприятный алкогольный климат в семье и в обществе способствовали раннему употреблению им спиртных напитков с передозировками в течение последних 2 лет.

При клинико-психологическом анализе ситуации произошедшего существенным является опьянение как подэкспертного, так и пострадавшего. Как сообщают при допросах подэкспертный и его сестра, оно было сильной степени. Один из свидетелей находит его настолько выраженным, что «толком с подэкспертным разговора не получилось». Это сильно выраженное опьянение было для подростка необычным, с агрессией к соседу за несколько часов до изучаемого события, чего раньше никогда не было. Несмотря на имевшееся сильное опьянение, насыщение алкоголем у подэкспертного не произошло, и он желал пить ещё, направляясь в дом дяди с бутылкой «китайского» спирта. Провоцирующие его агрессию обстоятельства усматриваются в действиях сестры, которая разбила окно, чтобы проникнуть в дом, и в действиях самого пострадавшего, который из-за опьянения не смог оценить состояние племянника и продолжал его оскорблять. Но в происхождении агрессивных действий подэкспертного эти психологические обстоятельства, однако, являются менее существенными, чем добровольное приведение подростка в состояние сильного опьянения. Далее, уже по не зависящим от его воли закономерностям, опьянение в силу токсичности доз недоброкачественного «китайского» спирта приобрело признаки изменённого простого опьянения дисфорического типа. Это и явилось наиболее существенным фактором агрессивных действий пострадавшего.

Как видно из приведенного примера, отмечается значительная выраженность агрессии в состоянии атипичного опьянения суррогатами, в том числе и при отсутствии алкоголизма, в случае массивного разового потребления «китайского» спирта.

Данные, полученные в результате анализа синдромальной структуры атипичных форм опьянения в различных нозологических группах, представлены в приложении 3.

С учетом описанных вариантов развития выявлено, что в генезе психопатоподобных форм опьянения у больных ОПР доминируют постоянно действующие факторы (коморбидность ОПР с алкогольной зависимостью и экзогенное воздействие суррогатов), в меньшей степени – факторы временной «почвы» (психогении); у лиц с РЛ основное значение имеет коморбидность с



алкоголизмом, употребление КС, в меньшей степени – провоцирующие действия; у лиц с УО по мере уменьшения частоты: употребление КС, коморбидность с синдромом зависимости, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, психогения в виде провоцирующих действий объекта; у лиц с АЛК, помимо фактора постоянной «почвы», длительная массивная алкоголизация перед преступлением и употребление в больших количествах КС. У ПСЗ ведущее значение имеют ситуационные факторы, наряду с употреблением в больших количествах КС, особенно в возникновении декомпенсированного опьянения.

Таким образом, по мере углубления выраженности органического поражения головного мозга большее значение приобретают психобиологические механизмы и уменьшается значимость ситуационных факторов, в первую очередь психогенных. Чем менее выражены органические нарушения центральной нервной системы, тем большее значение имеют дополнительные экзогенные вредности в виде токсического воздействия технического спирта. Однако атипичные формы острой алкогольной интоксикации суррогатами алкоголя, а именно техническими спиртами низкой степени очистки, включают психопатологические расстройства, отличающиеся от классического психотропного эффекта алкоголя. Воздействие КС на психику здоровых лиц имеет свои особенности – высокие дозы вызывают аномальные личностные проявления, гетерогенные характерологическим особенностям подэкспертного. Данные проявления можно рассматривать как особый психопатологический феномен, имеющий отличное от опьянения обычным алкоголем значение.

Криминальные гетероагрессивные действия, совершаемые в состоянии опьянения, не являются прямым следствием самого факта употребления его суррогатов. Суррогаты алкоголя не являются единственным причинным фактором атипичной картины интоксикации. В развитии психопатоподобных форм опьянения принимает участие сложная констелляция коморбидности алкоголизации и органической недостаточности, психотравмирующих и астенизирующих факторов временной почвы, личностные установки индивида и токсическое воздействие технических спиртов.

В системе «психопатологический синдром – личность – ситуация» (Кондратьев Ф. В., 1998) имеющиеся психические расстройства пограничного уровня (фактор «синдром») посредством индивидуально-психологических качеств личности (фактор

«личность») влияют на восприятие конкретной ситуации (фактор «ситуации»), на социальную, в том числе криминальную активность.

В группе ПСЗ в систему «личность – ситуация» вмешивается «алкогольный» фактор, когда атипичная картина опьянения, не без участия социальных установок субъекта преступления, порождает психопатологические феномены и гетероагрессию. У лиц с психическими расстройствами оказывает свое влияние и психопатологический фактор. «Алкогольный» фактор при этом преломляет и утяжеляет имеющиеся психические нарушения, воздействуя на интеллектуальные и эмоционально-волевые составляющие, на их тонкие связи. Вместе с тем изолированное влияние на когнитивную или эмоционально-волеву сферу психики невозможно из-за тесной их взаимосвязи – воздействие на одну неотъемлемо ведет к дисбалансу в другой сфере (рис. 25).

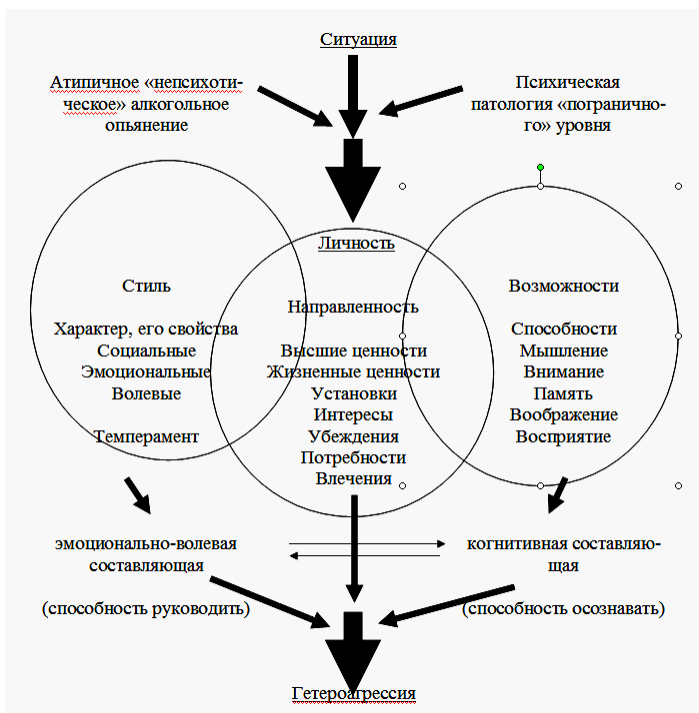


Рис. 25. Модель генеза гетероагрессивного поведения

В рассмотренной выборке у лиц с УО алкоголь и его суррогаты опосредованно (через психическое расстройство) ограничили способность, в первую очередь осознавать фактический характер своих действий и их общественную опасность, у РЛ – руководить ими, у ОПР и АЛК – осознавать и (или) руководить в зависимости от «уровня» синдрома (от церебростенических и неврозоподобных до психопатоподобных и умеренных психоорганических нарушений).

Таким образом, в структуре алкоголизации лиц, совершивших агрессивные криминальные действия, синдром алкогольной зависимости доминирует над донозологическими формами злоупотребления алкоголем: признаки предалкоголизма выявлены у 26,1 %, алкогольной зависимости – у 43,3 % (I стадии – 26,8 %, II стадии – 58 %, III стадии – 15,2 %). Абсолютное большинство (80 %) преступлений против жизни и здоровья совершается в алкогольном опьянении, преимущественно средней степени тяжести (41,7 %), более половины (56 %) – после употребления суррогатов алкоголя.

У лиц, признанных вменяемыми, сочетание алкогольной зависимости с органическим психическим расстройством установлено в 50,9 % случаев ( $p < 0,001$ ), с расстройством личности – в 33,3 %, с умственной отсталостью – в 35,3 %, в группе без психических расстройств показатель составил 22,6 %. Алкогольная зависимость III стадии достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) наблюдается у лиц с органическим психическим расстройством (27,6 %).

Возрастание уровня алкоголизации значительно увеличивает вероятность маломотивированного гетероагрессивного поведения ( $r = 0,95$ ,  $p < 0,01$ ). Частота криминальной агрессии, не соответствующей силе провоцирующих действий, наиболее велика при алкогольном опьянении средней степени у лиц, страдающих зависимостью II стадии.

Наиболее криминогенным потенциалом обладает интоксикация техническими суррогатами у лиц, страдающих органическим психическим расстройством на фоне сочетанной алкогольной зависимости, когда реализация агрессии происходит уже при легкой степени опьянения.

В синдромальной структуре атипичных форм опьянения преобладают психопатоподобные формы (97,5 %): эксплозивный (65,8 %) и дисфорический (20,3 %) варианты. Психопатоподобные расстройства дисфорического типа чаще наблюдаются у лиц, зависимых от алкоголя (14,3 %), эксплозивного типа – у

больных органическим психическим расстройством (28,1 %). Независимо от нозологии частота других форм психопатоподобного опьянения (истероидный вариант, паранойяльный вариант, с расстройством влечения, с бредоподобным фантазированием) при совершении преступления против жизни и здоровья не превышает 3 %.

Алкогольная зависимость увеличивает в структуре атипичных форм опьянения число вариантов с дисфорической картиной, когда злобный аффект становится более продолжительным и обуславливает brutальные жестокие и маломотивированные агрессивные действия.

### **2.3. Факторная обусловленность криминальной агрессии у здоровых и психически больных с учетом алкогольного фактора**

Фактор риска – конкретная причина («действующая сила»), вероятно способная вызвать определенный патологический процесс и существенно влиять на его развитие (ВОЗ, 1959). Группировка и удельный вес (доля) факторов, определяющих состояние здоровья населения, была разработана Ю. П. Лисицыным (1987), Б. Д. Петраковым (1988). Установлено, что для всего населения и всех групп психических расстройств причинные факторы наследственности и факторы здравоохранения играют наиболее значимую роль. Для конкретной нозологической формы психической патологии доля негативного влияния того или иного сочетания факторов различна. Большинство ученых придерживаются концепции «множественной причинности», при этом признавая последовательность воздействия ведущих факторов в генезе психопатологии (Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996; Eisenberg L., 1999).

Поэтому не вызывает сомнения тот факт, что криминальная агрессия обусловлена большим разнообразием факторов риска, на описании значительной части которых мы останавливались в предшествующих разделах. В литературе существуют данные о влиянии факторов биогенеза на возникновение склонности к агрессивному поведению (Игонин А. Л. и др., 2003; Семке В. Я., 2007). Исследования биологических предпосылок криминального поведения выявили роль конституциональных факторов (Ковалев В. В., 1981; Шумаков В. В. и др., 1985; Семке В. Я., 2007), дизонтогений, хромосомных аномалий (Ткаченко А. А., Усюки-

на М. В., 1994; Семке В. Я., 2007; Rujescu D, 2007), эндокринного статуса (Семке В. Я., 2007; Simon N. G., 2006; Porma A., 2006; Archer J., 2006) в развитии гетероагрессии.

Установлено, что усилению агрессии может способствовать влияние различных физических параметров внешней среды, например, высокий уровень шума (выше 90 дБ), значительное повышение температуры окружающей среды (Бэрон Р., Ричардсон Д., 1998).

Оценка социально-экономических факторов затруднена и требует использования дополнительных критериев, так как составляющие (профессиональный статус, образование, доходы) с учетом отечественной социально-экономической специфики между собой не связаны или эти связи искажены (Жариков Н. М., 1997). Среди экзогенных факторов, вызывающих агрессию, выделяют употребление алкоголя и наркотических средств, эмоциональную и физическую депривацию. Очень часто употребление алкоголя рассматривается только как фактор, способствующий выражению физической агрессии, причем в прямой пропорции к дозе потребленного алкоголя.

Были созданы более сложные модели, описывающие различные факторы, под влиянием которых алкоголь вызывает агрессивное поведение: *модель фармакологического растормаживания* (физиологическая и психодинамическая), *социально-культуральная модель*, *синтетическая модель*. Обобщив их сущность, был сделан вывод, что агрессия контролируется посредством внешних и внутренних побуждающих или тормозящих сигналов и имеет место лишь в том случае, если влияние провоцирующих сигналов, переработанных индивидом, сильнее сдерживающих, а алкоголь способствует акцентированию внимания преимущественно на доминирующих сигналах, немедленному и излишне ситуативному реагированию на них, с большей вероятностью, агрессивным образом (Румянцева Т. Г., 1991).

Мы постарались в настоящем разделе комплексно оценить влияние ведущих групп факторов, что, безусловно, позволит улучшить понимание закономерностей возникновения агрессии, в первую очередь с учетом алкогольного фактора. Выявление и оценка доли, силы и степени влияния факторов риска криминальной агрессии проводилась нами по методике, разработанной Б. Д. Петраковым, Б. Д. Цыганковым (1996).

Алгоритм вычисления: 1) оценка доли влияния производится в процентах от всей совокупности факторов риска; 2) определе-

ние силы (коэффициента отношения правдоподобия – К) производится по следующей формуле:

$$K = P_n / P_k, \text{ где}$$

*К* – коэффициент отношения правдоподобия; *P<sub>n</sub>* – распространенность изучаемого фактора (выраженная в %) в группе больных; *P<sub>k</sub>* – распространенность изучаемого фактора (выраженная в %) в группе контроля. В случае, если *K* > 1, то рассматриваемый фактор необходимо расценивать как фактор риска (ФР).

3) расчет степени (интегрального коэффициента – ИК) производится путем умножения силы ФР на долю его влияния.

Величина К показывает, во сколько раз больше риск совершения гетероагрессивных криминальных действий лицами с психической патологией по сравнению со здоровыми людьми; величина ИК – степень значимости факторов риска в возникновении рассматриваемого явления. В результате были отобраны статистически значимые факторы, которые мы сгруппировали по признаку источника воздействия (точке приложения воздействия на субъект): факторы биогенеза, социальные факторы, микросоциальные факторы, ситуационные и факторы временной почвы, алкогольные факторы.

*Алкогольные* факторы (степень хронической и острой интоксикации, алкогольный анамнез и быт, картина опьянения, качество алкоголя и др.) были отнесены в отдельную группу, так как несут в себе неоднозначную нагрузку из вышеперечисленных групп. Алкоголь до рождения обследуемого воздействует как биологический, затем (в процессе воспитания) – как социальный фактор (Ковалев В. В., 1995). С момента первого употребления алкоголя воздействие снова приобретает биологический компонент, нередко алкоголь и его токсичные суррогаты выступают как основной причинный фактор длительной астенизации перед деликтом, атипичных форм опьянения. В нашей работе в формулировке понятия «алкогольные факторы» мы отталкивались от всей совокупности переменных, связанных с алкоголем.

С учетом того, что только комплексное соотношение факторов биогенеза, микросоциальных, социальных, ситуационных, факторов временной почвы, алкогольных принимает участие в формировании различных видов психических расстройств и, соответственно, различных типов и механизмов агрессивных действий, углубленному статистическому анализу был подвергнут материал основной группы (286 актов КСППЭ).

В результате оценки доли биологических факторов установлено очевидное преобладание распространенности наследственной отягощенности в группе больных умственной отсталостью (УО): у данного контингента чаще отмечалось наличие алкоголизма матери (30 %), отца (52,9 %), умственной отсталости родственников (17,6 %), наличие осложнений беременности (21 %) и родов (18 %).

Отсутствие патологии беременности (60,9 %) и родов (55,7 %), отягощенной наследственности (47,8 %) наблюдалось преимущественно в группе психически здоровых (ПСЗ) подэкспертных. Неотягощенное течение беременности и родов в группах лиц с расстройством личности (РЛ) и органическим психическим расстройством (ОПР) было в 29—31 % случаев, значительно меньше этот показатель встречался у обследованных с алкоголизмом (АЛК) и умственной отсталостью (23 и 12 % соответственно). Психопатологическая наследственность реже наблюдалась у больных РЛ (15,6 %). Тяжелые черепно-мозговые травмы в течение жизни значительно чаще получали лица с ОПР (77 %), частота перенесенных сотрясений головного мозга без потери сознания во всех группах колебалась от 24 до 34 %.

Лица с УО (67 %), АЛК (54 %), ОПР (54,4 %), совершившие преступления, в преобладающем большинстве случаев проживали в сельской местности, а лица с РЛ (62,2 %) и ПСЗ (54,4 %) – в городской. Без определенного места жительства чаще были больные группы АЛК (14,6 %). Таким образом, алкогольная зависимость и убийства – это, прежде всего, проблема проживания в сельской местности с отсутствием работы, социальной и бытовой неустроенностью.

При призыве на срочную службу были признаны негодными к ней 59 % лиц группы с УО (по статье № 20), 26,7 % лиц группы с РЛ (по статье № 18). Не служили из-за наличия судимости до призыва 51,1 % в группе с РЛ, 29,4 % – в группе с УО. Во время службы имели длительный период адаптации и были комиссованы по статье № 18 11,1 % лиц с РЛ. Прошли срочную службу в армии без особенностей 40 % психически здоровых, 31,6 % обследуемых с ОПР и 37,1 % больных алкоголизмом.

Рассматривая особенности опьянения в различных нозологических группах в момент деликта, установлено, что при совершении преступления 5 и более ударов нанесли 40 % подэкспертных в группе больных АЛК, 27,8 % – ПСЗ, 26,3 % – ОПР, 31,1 % – РЛ и 29,4 % – УО. Амнезия фрагментов агрессии с со-

хранением в памяти субъективных переживаний наблюдалась в 37,1 % у больных алкогольной зависимостью, в 28,1 % – у лиц с ОПР, в 19,1, 22,2 и 23,5 % – в группах ПСЗ, с РЛ и УО соответственно. Амнезия переживаний с сохранением в памяти поведения сравнительно чаще была в группе ОПР (19,3 %), реже – в группах РЛ (4,5 %) и ПСЗ (8,7 %), в оставшихся – 11 %.

В дальнейшем, при проведении следственных мероприятий и в процессе экспертизы не могли объяснить свое поведение после употребления алкоголя и его суррогатов к моменту преступления 23,5 % лиц с УО, 20 % зависимых от алкоголя, 17,5 % больных ОПР, 10,4 % психически здоровых и 6,7 % больных РЛ. В большинстве случаев критика к содеянному была частичной или отсутствовала, например, свое поведение пытались оправдать словами «во всем виновата водка» 44 % в группе ОПР, 41,2 % лиц с УО, 29 % с РЛ, 31 % больных алкоголизмом, 8,7 % психически здоровых.

Частота профилактических мер, предпринятых ранее, таких как диспансерный учет, отбывание наказаний в виде лишения свободы, принудительное лечение и др. была различной в разных нозологических группах. Ранее был установлен диагноз алкоголизма 11 % подэкспертных группы РЛ, 8,8 % с ОПР, 25,7 % больных АЛК; токсикомания и наркомания – 13,3 % обследуемым с РЛ, 8,8 % с УО, 3,5 % с ОПР; ОЗГМ, последствия ЧМТ различной степени давности – 35,1 % в группе с ОПР, 6,7 % с РЛ, 5,7 % в группе с АЛК; умственная отсталость – 55,9 % лиц с УО, 2 % с РЛ и 5,7 % с АЛК. Расстройство личности было диагностировано ранее у 7 % больных ОПР и у 44,4 % подэкспертных с РЛ (наиболее часто – истерическая (22,2 %), другие клинические формы устанавливались с частотой 2,2—4,4 %).

Ранее находились на принудительном лечении в условиях наркологических диспансеров 6—8 % обследуемых в каждой группе больных. Были осуждены 71 % лиц с РЛ, 50 % больных с УО, 42 % с ОПР, 34 % с алкоголизмом и 22 % психически здоровых подэкспертных. В группе с РЛ подэкспертные наиболее часто обвинялись за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека (22,2 %), грабеж с разбоем (ст. 161, 162 – 15,6 %), воровство (ст. 158 – 33,3 %), в группе с ОПР по ст. 111 ч. 1 (14 %), ст. 158 (28,1 %), в группе больных АЛК по ст. 111 ч. 1 (17,1 %), в группе с УО по ст. 158 (32,4 %). Убийство и умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего, ранее со-



вершали 11,1 % психопатов, 8,8 % лиц с ОПР, 2,5 % психически здоровых, 8 % больных УО и 8,6 % страдающих алкоголизмом. Причем соотношение вышеназванных преступлений в группах ПСЗ, РЛ, АЛК продемонстрировало преобладание убийств, а в группах лиц с УО и с ОПР, напротив, преобладали тяжкие телесные повреждения.

Несмотря на то что в различных нозологических группах распространенность и удельный вес факторов одинаковы, сила и степень их влияния в генезе криминальной агрессии может быть неравнозначной, методические приемы оценки их влияния предусматривают определение коэффициента отношения правдоподобия (К) для выявления силы фактора и расчет интегрального коэффициента (ИК) для определения степени влияния ФР (приложение 4).

В результате статистической обработки из всей совокупности показателей были отобраны те, которые в той или иной группе являлись факторами риска ( $K > 1$ ).

Проанализировав полученные данные установлено, что суммарная величина К биологических факторов была наибольшей в группе лиц с умственной отсталостью ( $K_{\text{сум}}=59,1$ ). Значительно превалировала сила влияния умственной отсталости ( $K=20$ ), алкоголизма родителей ( $K=5,4$ ), осложненного течения беременности ( $K=14$ ) и родов ( $K=1,7$ ). В группах лиц с УО, РЛ и АЛК злоупотребление алкоголем матерью во время беременности также можно расценивать как фактор риска ( $K=3$  в группе с РЛ;  $K=5,1$  при УО). В биогенезе всех групп значимое место занимали ФР перенесенных ЧМТ ( $K=1—1,5$ ) и систематической алкоголизации в подростковом возрасте ( $K=1,7—4,2$ ).

Сила влияния социальных факторов риска преобладала во всех изучаемых группах. При этом суммарная сила социальных факторов развития была выше в группе лиц с расстройством личности ( $K_{\text{сум}}=113$ ): социальная депривация ( $K=7,7$ ), вытеснение из референтной группы ( $K=3$ ), трудности коммуникации со сверстниками ( $K=4,2$ ), делинквентный ( $K=3,6$ ) или антисоциальный ( $K=2,2$ ) круг общения, физическое насилие по отношению к подэкспертному в подростковом возрасте ( $K=3,8$ ), отбывание наказания в виде лишения свободы общим сроком более 5 лет ( $K=13$ ), длительный период адаптации во время срочной службы в армии ( $K=2,6$ ), дисциплинарные взыскания за неуставные взаимоотношения ( $K=7,7$ ). В меньшей степени в группе лиц с РЛ оказывали влияние моральные и физические унижения самого

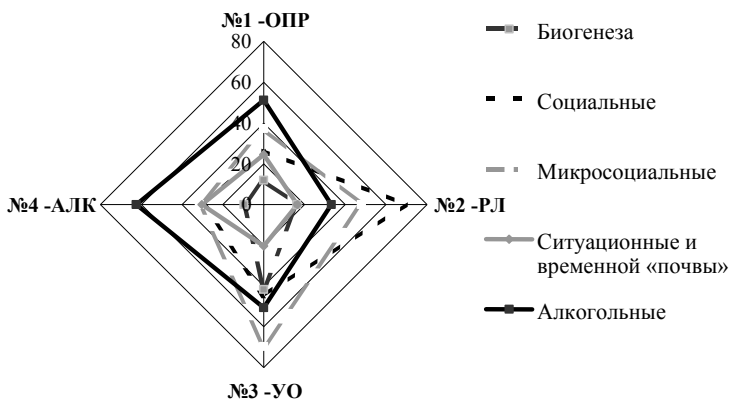
обследуемого в период службы ( $K=1,3$ ), а также социальные факторы на момент деликта: отсутствие постоянного места работы ( $K=1,4$ ) и неудовлетворительные материально-бытовые условия проживания ( $K=1,2$ ).

Среди поведенческих расстройств в подростковом возрасте, выделены следующие факторы риска в группе лиц с РЛ: вспышки гнева и жестокости ( $K=10$ ), издевательство над другими ( $K=13$ ), неуправляемость и драчливость ( $K=7,7$ ), суицидально-шантажные действия ( $K=7,6$ ), агрессивные реакции против родственников и сожителей ( $K=6,8$ ), конфликтные ситуации с учителями ( $K=3,4$ ), праздный образ жизни ( $K=2,6$ ), а также преобладание показателей агрессивности в структуре личности ( $K=3,1$ ) по результатам тестирования (по методикам Басса-Дарки, Айзенка, Лири, теста Руки).

В группе обследованных с УО весомым было влияние микро-социальных факторов риска ( $K_{\text{сум}}=102$ ), таких как воспитание в многодетной малообеспеченной семье ( $K=2,9$ ), семье с алкогольным бытом ( $K=3,4$ ) и криминальным анамнезом близких родственников ( $K=6,8$ ), в обстановке гипоопеки ( $K=3,2$ ) и жестокого обращения ( $K=1,6$ ), в детском доме-интернате ( $K=4,8$ ) или при полной безнадзорности ( $K=6,8$ ).

Факторы риска временной почвы и ситуационные факторы риска имели большее значение в возникновении криминальной агрессии в группах лиц с ОПР ( $K_{\text{сум}}=32,1$ ) и АЛК ( $K_{\text{сум}}=28,5$ ), нежели в группах лиц с УО ( $K_{\text{сум}}=24,2$ ) и РЛ ( $K_{\text{сум}}=27$ ). Так, реализацию агрессивных побуждений в группе больных алкогольной зависимостью облегчало астеническое состояние к моменту совершения деликта ( $K=2,2$ ), наличие сексуальной неудовлетворенности ( $K=1,6$ ), сон и внезапное пробуждение ( $K=2,2$ ), межличностный конфликт с сожительницей длительностью более 1 месяца ( $K=1,7$ ). В группе лиц с ОПР – боль или дискомфорт ( $K=1,4$ ), моббинг ( $K=1,3$ ), конфликт с близкими родственниками длительностью не более суток ( $K=1,2$ ), их провоцирующее поведение в виде физической агрессии непосредственно перед преступлением ( $K=1,1$ ), сопутствующее токсическое опьянение ( $K=2,1$ ).

В отличие от других групп факторов, алкогольные оказывали равнозначно сильное влияние на возникновение криминальной агрессии во всех нозологических группах ( $K_{\text{сум}}=38—47,5$ ), кроме подэкспертных с РЛ ( $K_{\text{сум}}=28,8$ ), причем максимальная сумма влияния этого ФР была у больных АЛК ( $K_{\text{сум}}=47,5$ ) (рис. 26).



**Рис. 26. Значимость основных групп факторов риска в генезе гетероагрессии (в баллах)**

Математически было подтверждено, что наличие алкогольного опьянения легкой степени у лиц с органическим психическим расстройством является более значительным фактором риска возникновения гетероагрессии ( $K=1,5$ ) по сравнению с другими группами больных ( $K=0,8-1,2$ ). В группе лиц с АЛК обнаружены наибольшая сила и степень влияния фактора опьянения средней и тяжелой степени на момент деликта ( $K=2,6$ ,  $ИК=2,7$  балла) и наличия измененных форм опьянения в анамнезе ( $K=2,8$ ).

Максимально высокую степень влияния ( $ИК$ ) оказывали: в группе лиц с ОПР и АЛК – употребление «китайского» спирта перед деликтом (4,96 и 5,49 соответственно), в группе лиц с РЛ – отбывание наказания в течение жизни общим сроком от 5 до 10 лет лишения свободы (7,62), в группе лиц с УО – алкогольный быт и криминальным анамнез близких родственников (12).

Обобщая полученные данные, можно предположить, что вероятность совершения убийств лицами с ОПР выше, если они проживают в городе, имеютотягощенную наследственность по эпилепсии, образование менее 9 классов; воспитывались в многодетной семье, с доминирующей ролью в ней отца и враждебным взаимоотношением с ним; перенесли в течение жизни СГМ; не имеют постоянного места работы, разведены, проживают в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, совместно с семьями близких родственников, доминируют в межличностных отношениях и допускают агрессивные реакции против

них; ранее отбывали наказание в виде лишения свободы в совокупности более 10 лет за преступления против личности. Кроме того, значительно облегчает реализацию агрессивных побуждений употребление к моменту деликта небольшой (минимальной для обследуемого) дозы спиртного, особенно алкогольных суррогатов, совместно с близкими родственниками.

Вероятность криминальной агрессии больных РЛ возрастает, если они имеют отягощенную наследственность по эндогенным психическим заболеваниям родственников; имели место добродушие и ведомость матери, раздражительность и вспыльчивость отца, насильственная смерть одного из родителей либо суицид отца, идентичные агрессивные поступки сибсов, безнадзорность; если подэкспертные в подростковом возрасте систематически алкоголизировались, совершали антиобщественные поступки и состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних; испытывали трудности коммуникации, конфликтовали с учителями, совершали шантажные суицидальные действия, издевались над другими и сами подвергались физическому насилию; во время срочной службы имели дисциплинарные взыскания за неуставные взаимоотношения; ранее отбывали наказание сроком от 5 до 10 лет; имеют измененные формы опьянения в анамнезе, криминальный круг общения, безработные, конфликтные, агрессивны по отношению к членам собственной семьи; на момент деликта находились в опьянении средней степени, имело место виктимное поведение потерпевшего в виде алкогольного опьянения и (или) сексуальных действий с супругой подэкспертного.

При наличии УО значительно повышают вероятность возникновения криминальной агрессии: отсутствие образования и постоянного места работы, неудовлетворительные условия проживания, осложненная наследственность по этому заболеванию, алкоголизм обоих родителей, осложненное течение беременности и употребление алкоголя матерью во время беременности, патология психического развития в раннем и дошкольном возрастах; воспитание в условиях гипоопеки в малообеспеченной, алкогольной, конфликтной семье, с криминальным анамнезом близких лиц или в детском доме-интернате, опекунами. Враждебность отношений с родителями; необразованность матери, отсутствие постоянного места работы отца, бесконтрольное проявление физической агрессии к обследуемому со стороны последнего; в школьные годы: антидисциплинарные поступки, вспышки гнева и жестокости, трудности коммуникации со свер-

стниками, делинквентный круг общения; к моменту совершения деликта: проживание в многодетной семье, малообеспеченной, с алкогольным бытом и криминальным опытом родных, употребление обычной дозы суррогатов алкоголя, виктимное поведение в виде физической агрессии потерпевшего; наличие судимости за хулиганство или причинение тяжких телесных повреждений, повлекших по неосторожности смерть потерпевшего.

Лица, страдающие алкоголизмом, с большей долей вероятности могут совершить преступление против здоровья, если были единственным ребенком в несимметричной (воспитывались мачехой или отчимом) семье, отец работал вахтовым методом, во время срочной службы в армии имели дисциплинарные взыскания, атипичные формы опьянения; к моменту деликта разведены, имеют конфликтные отношения с сожительницей длительностью более 1 месяца. Значительно повышает риск криминальной агрессии в данной группе употребление суррогатов в дозе, превышающей толерантную в 1,5 и более раз, раздражительность, утрата вербального контакта в рамках опьянения средней и тяжелой степени, состояние астении после длительного запоя, сон, внезапное пробуждение потерпевшим.

Равнозначное влияние на возникновение криминальной агрессии во всех группах оказывают: опьянение, низкая выраженность личностных структур, тормозящих агрессию, конфликтные отношения в семье, сотрясение головного мозга без потери сознания, перенесенное в течение жизни; употребление суррогатного спирта и конфликт с потерпевшим длительностью до 1 часа (кроме РЛ); идентичные агрессивные реакции сибсов (за исключением группы лиц с ОНР).

Т а б л и ц а 1 7

**Сила и степень влияния опьянения суррогатами алкоголя на возникновение немотивированных гетероагрессивных действий (в баллах)**

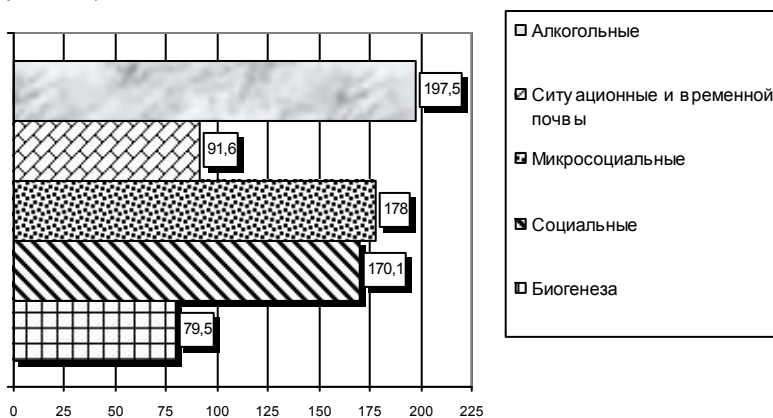
	Сила (К)				Степень влияния (ИК)			
	ОНР	РЛ	УО	АЛК	ОНР	РЛ	УО	АЛК
В совершении маломотивированных преступлений	4,9	2,56	6,28	5,16	4,96	1,07	6,28	5,5
В том числе с множественными повреждениями	1,51	1,6	1,48	2,05	1,08	0,95	0,8	1,99

Следует отметить, что доля вероятности растет с увеличением суммы вышеперечисленных переменных анамнеза. По силе влияния на возникновение немотивированной агрессии с нане-

сением множественных повреждений (более 5 ударов) преобладало употребление «китайского» спирта (КС) во всех группах (табл. 17): ОПР (K=4,9), УО (K=6,3), АЛК (K=5,2).

Согласно многофакторной теории возникновения гетероагрессии, установлено, что из всех рассматриваемых факторов риска самой высокой степенью косвенного влияния ( $ИК_{\text{сум}}$ ) в генезе агрессивного поведения обладают следующие факторы (табл. 18): в группе лиц с ОПР – алкогольные (51,2 балла), в группе лиц с РЛ – социальные (69,5 балла), в группе лиц с УО – микросоциальные (69,6 балла), в группе больных АЛК – алкогольные (62,5 балла).

Несмотря на значительную силу влияния биологических факторов в группе лиц с УО, степень их влияния меньше степени влияния микросоциальных факторов ( $ИК_{\text{сум}}=41,6$  против  $ИК_{\text{сум}}=9,6$ ). Суммарно в генезе криминальной агрессии изученного контингента самую высокую значимость имеют алкогольные факторы (197,5 балла), социальные (170,1 балла), микросоциальные (178 баллов) и в меньшей степени – отягощенная наследственность и патология биогенеза (79,5 балла) (табл. 18, рис. 27).



**Рис. 27. Суммарная значимость различных факторов риска в генезе гетероагрессии при различных психопатологических состояниях (в баллах)**

Таким образом, алкогольный фактор является доминирующим фактором риска криминальной агрессии у лиц с психиче-

ской патологией, не исключаяющей вменяемости (197,5 балла). Среди других переменных самую высокую значимость имеют социальные (178,1 балла) и ситуационные (91,6 балла) факторы, в меньшей степени – отягощенная наследственность и патология биогенеза (79,5 балла).

Таблица 18

**Значимость основных групп факторов риска в генезе гетероагрессивного криминального поведения (в баллах)**

Факторы риска	Степень влияния (ИК)			
	ОПР	РЛ	УО	АЛК
Биогенеза	11,9	16,2	41,7	9,7
Социальные	26,3	69,5	44,8	29,5
Микросоциальные	37,2	47,9	69,6	31,5
Ситуационные и временной почвы	24,5	16,5	20,3	30,3
Алкогольные	51,2	33,2	50,6	62,5
Итого	151,1	183,3	227	163,5

Ведущими факторами склонности к гетероагрессивному поведению у лиц, страдающих органическим психическим расстройством и синдромом зависимости, являются алкогольные (длительное, массивное пьянство, алкогольная интоксикация на момент деликта, атипичные картины опьянения в анамнезе), умственной отсталостью – микросоциальные (воспитание в многодетной, малообеспеченной семье, с алкогольным бытом и криминальным анамнезом близких родственников, в обстановке гипоопеки и жестокого обращения, в детском доме-интернате или при полной безнадзорности), расстройством личности – социальные (вытеснение из референтной группы, физическое насилие в подростковом возрасте, делинквентный или антисоциальный круг общения, отбывание наказания в виде лишения свободы).

Факторы временной «почвы» и ситуационные факторы (эмоциональное напряжение, дефицит сна, астения, продромальный период абстинентного синдрома, острая психогения) облегчают реализацию гетероагрессивных побуждений в большей степени у лиц с органическим психическим расстройством и алкогольной зависимостью.

Острая интоксикация суррогатами является самостоятельным фактором риска маломотивированной криминальной агрессии ( $K=4,73$ ). Обнаружена прямая связь употребления технических спиртов низкой степени очистки с гетероагрессивными действиями – атипизация картины опьянения проявляется преимуще-

ственно дисфорическим вариантом и с высокой степенью вероятности приводит к маломотивированным агрессивным действиям, характер которых не соответствует личностным особенностям субъекта преступления.

Существенную роль в генезе криминальных гетероагрессивных действий играет коморбидность алкогольной зависимости и психических расстройств. В сравнении с психически здоровыми, наличие синдрома зависимости, отягощая психопатологическую симптоматику по типу патологического синергизма, увеличивает в 2,2 раза риск криминальной агрессии у больных органическим психическим расстройством ( $K=2,18$ ), у больных расстройством личности и умственной отсталостью – в 1,5 раза ( $K=1,43$  и  $1,51$  соответственно).

Поэтому профилактика криминальной агрессии должна включать комплексные меры по снижению уровня употребления крепких спиртных напитков, особенно суррогатов алкоголя, и более жесткий контроль за качеством алкогольной продукции. Лица с органическим психическим расстройством, злоупотребляющие алкоголем или имеющие алкогольную зависимость, должны составлять группу риска в плане высокой вероятности совершения криминальных агрессивных действий и получать адекватную лечебно-профилактическую помощь у врачей психиатров и наркологов.



### ЗНАЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

#### 3.1. Роль алкогольного опьянения при совершении суицидальных действий

Чрезвычайно актуальной на сегодняшний день остается проблема связи самоубийств с алкоголизацией населения (Шустов Д. И. и др., 1998, 2005; Немцов А. В., 2003). При этом особую значимость приобретают алкогольные проблемы в сильно пьющей стране. В России, по-видимому, связь между суицидами и потреблением алкоголя с той или иной силой корреляции существовала всегда (Постовалова Л. И., 1984; Кузнецов В. Е., 1987; Шустов Д. И. и др., 1998).

Еще А. М. Коровин (1916), проанализировав распространенность самоубийств в городах и губерниях России за 1803—1912 гг., пришел к выводу, что Российская империя занимала последнее место в Европе по частоте суицидов, и основным защитным фактором являлось преобладание сельского населения, которое «потребляет меньше водки, чем городское». В современных условиях, к сожалению, все наоборот: Российская Федерация характеризуется сверхсмертностью населения по причине самоубийств, а сельских жителей отличает массивная алкоголизация.

По мнению В. Ф. Войцеха (2006, 2007), высокий уровень алкоголизации можно рассматривать как своеобразную реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, чем, в сущности, и является суицид, а не как собственно причину роста самоубийств. При этом такая взаимосвязь не является прямолинейной, а прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению (Амбрумова А. Г., 1978; Войцех В. Ф., 2006).

Между тем исследователи в работах, выполненных в различных регионах России, утверждают, что не менее чем у 30 % (а максимально у трех четвертей мужчин и у двух третей женщин) в крови обнаружен алкоголь (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Кутько И. И., 1988; Столярков А. В., 1990; Молин Ю. А., 1996; Дубравин В. И., 2001; Зиновьев С. В., 2002; Гладышев М. В., 2006).

В других странах также отмечена значительная частота приема алкоголя при суицидах. В Швеции алкоголь обнаружен в

крови у 35 % суицидентов (Norstrom T., 1988; Sjogren H. et al., 2000), в Финляндии – у 30,5 % (Lunetta P. et al., 2001), в Бразилии – у 32,2 %, в штате Нью-Йорк он выявлен в крови в 33 % подобных случаев (Cases P., Harford T., 1998).

Исследования подтвердили равновеликую значимость алкоголя в реализации суицидальных намерений для представителей различных этносов, проживающих на одной территории (Лазебник А. И., 2000; Дубравин В. И., 2001).

При этом алкоголь был обнаружен не только у тех, кто имел какие-то алкогольные проблемы (состоял на учете, пил запоями и т. п.), но и у тех, про кого родственники и знакомые говорили, что «пил как все», а то и «почти не пил». Известно, что депрессии и субдепрессии случаются после массивных выпивок не только у алкоголиков, но и у пьяниц, не всегда тяжелых. Это значит, что не только злоупотребление алкоголем влияет на распространение самоубийств, самоубийство может спровоцировать и «простая» выпивка (Афанасьева Е. В., 1980; Коваленко В. П., 1980; Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Столяров А. В. и др., 1990).

Влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидогенно для соматически ослабленных, для подростков и женщин, для лиц, пребывающих в стрессовых ситуациях, при всех вариантах социально-психологической дезадаптации (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980). Так, алкогольное опьянение было установлено у каждого третьего ребенка и подростка в момент совершения суицида, при этом около половины из них ранее алкоголь вообще не употребляли (Лазебник А. И., 2000).

У акцентуированных и психопатических личностей на фоне злоупотребления алкоголем чаще возникает состояние декомпенсации с суицидальными действиями (Кутько И. И., 1988). Острая алкогольная интоксикация имеет важное суицидогенное значение у лиц с психопато- и неврозоподобными состояниями органического генеза, пограничной умственной недостаточностью (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989).

Алкоголизация играет важную роль при формировании мотивации и выборе способа суицида (Пащенко И. Е., 2003). Роль алкогольного опьянения заключается в создании и усилении условий, благоприятствующих реализации суицидальных замыслов: алкоголь снимает витальный страх, ослабляет контроль, облегчает выполнение задуманного, иногда сама выпивка выступает в виде символического акта прощания с жизнью. В то же

время прием алкоголя повышает агрессивность, конфликтность и демонстративность, усугубляет психический дискомфорт, потенцирует развитие чувства вины, что может актуализировать прежние суицидальные мысли и привести к попытке суицида (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Шустов Д. И. и др., 1998, 2005; Юрьева Л. Н., 2001; Зиновьев С. В., 2002).

Состояние алкогольного опьянения провоцирует более легкое возникновение различных аффективных и импульсивных реакций, в том числе на незначительное психогенное воздействие (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980), а также увеличивает глубину кризисной ситуации и придаёт ей характер безысходности (Столяров А. В. и др., 1990).

По мнению Э. А. Чомаляна (1978), большое значение также имеет тип алкогольного опьянения, который коррелирует со структурой личности, а прием алкоголя облегчает реализацию возникшего ранее суицидального замысла либо является существенным фактором в генезе суицидального поведения.

Так, *агрессивно-эксплозивный* тип алкогольного опьянения (психопатический) характеризовался раздражительно-недовольным фоном настроения, вспышками гнева, даже в связи с незначительными конфликтными ситуациями. Попытки коррекции поведения приводили к нарастанию психомоторного возбуждения. Агрессия, направленная вовне, внезапно переключалась на аутоагрессию. Пресуицидальный период был очень коротким (до 1—2 минут). Причин суицидальных действий больные в этот период не называли.

Для *депрессивного* типа алкогольного опьянения суицидальному поступку предшествовала длительная психотравмирующая ситуация, пресуицидальный период колебался от нескольких часов до нескольких суток. Преобладал сниженный эмоциональный фон с чувством тоски. В постсуицидальном периоде больные продолжали высказывать суицидальные мысли.

При *дисфорическом* типе опьянения пресуицидальный период, как правило, был очень коротким. Опьянение характеризовалось расстройством настроения и потребностью в агрессивной разрядке. В аффективных переживаниях отмечались следы прошлых обид и конфликтов. Нарастающий тоскливо-злостный аффект находил выход в покушении на самоубийство, отличающемся особой жестокостью. В постсуицидальном периоде сохранялась готовность к повторению суицидальных действий.

У суицидентов с *истерическим* типом опьянения отмечалось отсутствие постоянного эмоционального фона, эйфория сменялась раздражительностью с гневом, было присуще непостоянство влечений и желаний. В поведении преобладали демонстративность, бравада, угрозы, самовзвинчивание. Пресуицидальный период продолжался до 2—3 минут, попытки самоубийства носили демонстративно-шантажный характер. В постсуицидальном периоде рисунок поведения сохранялся, наблюдались высказывания о нежелании жить, обвинения окружающих, отказ от помощи, иногда – театральное раскаяние.

По мнению А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко (1980), между приемом алкоголя и суицидальным поведением существуют два основных типа взаимоотношений. При первом из них алкоголь принимается до появления суицидальных мыслей. В состоянии опьянения вначале возникают конфликты, затем – суицидальные тенденции, которые в течение короткого и острого пресуицида достигают максимума и реализуются в суицидальных действиях. При втором типе алкоголь принимается после появления суицидальных мыслей с целью облегчить реализацию суицидального намерения. Пресуицид в этом случае более продолжительный, с меньшей аффективной напряженностью.

Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно. С одной стороны, оно повышает вероятность суицидальных действий, облегчает их реализацию. С другой стороны, в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной серьезности намерений. В-третьих, в силу ослабления критики и контроля за своим поведением человек может совершить заверченный суицид даже при явно демонстративных тенденциях (Старшенбаум Г. В., 2005).

Следует отметить, что прямой зависимости между тяжестью аутоагрессивных расстройств и концентрацией алкоголя в крови не выявлено (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980). В одних работах чаще обнаруживается средняя и слабая степень опьянения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Столяров А. В. и др., 1990; Молин Ю. А., 1996), в других – средняя и тяжелая (Афанасьева Е. В., 1980). Многие авторы полагают, что связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом нуждается в дополнительном изучении. Таким образом, остается много открытых вопросов во взаимоотношениях в системе «алкоголь – самоубийства» (Нечаев А. К., 1992), в том числе на сегодняшний день

не до конца выяснено влияние тяжести алкоголизации на суицидальную активность.

Чтобы уточнить значение алкогольного опьянения при совершении суицидальных действий, нами были проанализированы завершённые суициды в Чите и Читинском сельском районе (1497 случаев), парасуициды в Чите (2 760 случаев) за десятилетний период (с 1995 по 2004 г.). Установлено, что из 48,8 % всех завершённых суицидов в состоянии алкогольного опьянения совершалось 47,5 % в Чите (у мужчин – 51,2 %, у женщин – 30,3 %); 52,9 % в Читинском районе (у мужчин – 56,2 %, у женщин – 25,6 %).

Если рассматривать полученные данные в динамике по годам, то с 2000 по 2004 г. можно констатировать рост данного показателя до 58 и 66 % среди городского и сельского контингентов соответственно.

Нами получены следующие возрастные изменения доли суицидентов, у которых обнаружен алкоголь в крови (половозрастные отличия представлены в таблице 19): 1) в Чите: дети до 15 лет – 12,5 %; подростки 15–17 лет – 36 %; лица в возрасте 18–25 лет – 57,1 %; 26–50 лет – 54 %; 51–65 лет – 43,3 %; 66 лет и старше – 15,6 %; 2) в Читинском сельском районе: дети до 15 лет – 0 %; подростки 15–17 лет – 22 %; лица в возрасте 18–25 лет – 57,3 %; 26–50 лет – 54,8 %; 51–65 лет – 53 %; 66 лет и старше – 43,5 %. Таким образом, получен максимум в возрасте 18–25 лет, минимум – у детей.

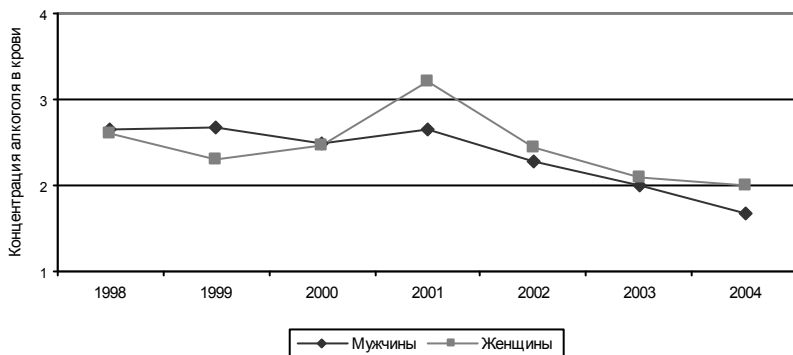
Т а б л и ц а 1 9

**Доля лиц, умерших по причине суицида,  
у которых обнаружен алкоголь в крови**

Возрастные группы (лет)	город Чита		Читинский район	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
до 15	12,5 %	–	–	–
15–17	40,9 %	–	–	50 %
18–25	59,7 %	44,4 %	57,1 %	60 %
26–50	56,8 %	35,9 %	57,4 %	20 %
51–65	47,3 %	27,9 %	59,3 %	25 %
66 и старше	14,7 %	17 %	58,8 %	–

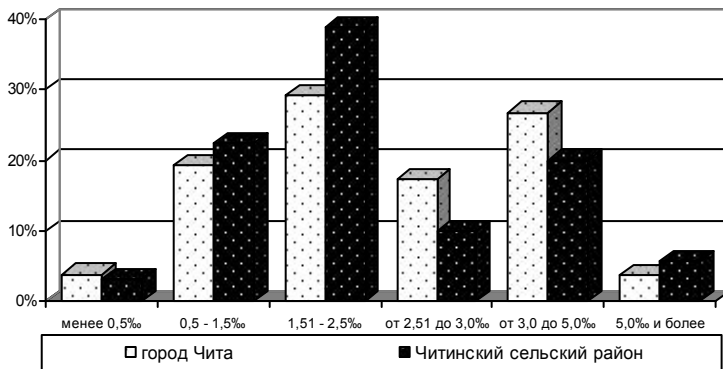
Содержание этилового спирта в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, у мужчин (М) составило  $2,42 \pm 0,15$  ‰, у женщин (Ж) –  $2,33 \pm 0,18$  ‰. При этом определено, что в городе концентрация алкоголя у мужчин была равна  $2,48 \pm 0,072$  ‰, у женщин –  $2,26 \pm 0,17$  ‰; в сельском районе: у мужчин –  $2,29 \pm 0,119$  ‰, у женщин –  $2,58 \pm 0,346$  ‰.

В динамике по годам средние величины содержания этилового спирта в крови у суицидентов имеют четкую тенденцию к снижению, особенно среди мужского контингента (рис. 28).



**Рис. 28. Средние величины содержания алкоголя в крови у умерших суицидентов (‰)**

Распределение концентраций алкоголя в крови у суицидентов выглядело следующим образом (рис. 29).



**Рис. 29. Концентрация алкоголя в крови у суицидентов в городе Чите и сельском районе**

1. В Чите: менее 0,5 ‰ (отсутствие влияния, незначительное влияние) – 3,8 ‰; от 0,5 до 1,5 ‰ (легкое опьянение) – 19,3 ‰; от 1,5 до 2,5 ‰ (опьянение средней степени) – 29,2 ‰; от 2,5 до 3,0 ‰ (сильное опьянение) – 17,3 ‰; от 3,0 до 5,0 ‰ (тяжелое

отравление) – 26,8 %; 5,0 ‰ и более (смертельное отравление) – 3,6 %.

2. В Читинском сельском районе: менее 0,5 ‰ – 3,1 %; от 0,5 до 1,5 ‰ – 22,5 %; от 1,5 до 2,5 ‰ – 38,8 %; от 2,5 до 3,0 ‰ – 10 %; от 3,0 до 5,0 ‰ – 20 %; 5,0 ‰ и более – 5,6 %.

Таким образом, у суицидентов превалировало алкогольное опьянение средней степени тяжести. Следует отметить, что при совершении самоубийств городскими жителями отравление алкоголем (концентрация 3,0 ‰ и более) было у 30,4 % суицидентов (М – 30,6 %, Ж – 28,6 %), в сельском районе – у 25,6 % (М – 24,2 %, Ж – 45,4 %).

Половые отличия представлены в таблице 20. У мужчин, умерших по причине самоубийства, в сельском районе алкогольное опьянение средней степени тяжести отмечалось чаще ( $t=2,24$ ;  $p<0,05$ ), а в областном центре было зарегистрировано больше случаев суицида у мужчин, совершенных в опьянении тяжелой степени ( $t=2,05$ ;  $p<0,05$ ) и с тяжелым отравлением алкоголем ( $t=2,06$ ;  $p<0,05$ ).

Т а б л и ц а 2 0

**Концентрация алкоголя в крови у суицидентов при завершенных суицидах**

Концентрация алкоголя в крови	город Чита		Читинский район	
	Мужчины n=462	Женщины n=60	Мужчины n=199	Женщины n=11
Менее 0,5 ‰	4,2 %	–	3,4 %	–
От 0,5 до 1,5 ‰	17,9 %	30,9 %	22,8 %	18,2 %
От 1,5 до 2,5 ‰	29,4 %	28,6 %	38,9 %	36,4 %
От 2,5 до 3,0 ‰	17,9 %	11,9 %	10,7 %	–
От 3,0 до 5,0 ‰	26,9 %	26,2 %	18,8 %	36,4 %
5,0 ‰ и более	3,7 %	2,4 %	5,4 %	9 %

Таким образом, суммарно у 31,8 % суицидентов при завершенных суицидах была зарегистрирована средняя степень алкогольного опьянения, а у 29,1 % – было установлено отравление этиловым спиртом. Суициденты в алкогольном опьянении, в сравнении с трезвыми, чаще предпочитали такие способы, как самоповешение (91 и 77,9 % соответственно;  $t=6,84$ ,  $p<0,001$ ) и огнестрельное повреждение (6,4 и 4,3 %), значительно реже встречались самоотравления (1,3 и 11,4 % соответственно;  $t=2,47$ ,  $p<0,05$ ).

В зависимости от места проживания в алкогольном опьянении находились:

1. В Чите: при самоповешениях – 51,6 %; самострелах – 50,9 %; медикаментозных отравлениях – 11,1 %; отравлениях уксусной кислотой (УК) и другими химическими жидкостями (ХЖ) – 11,1 %; самопорезах – 16,7 %; падениях с высоты – 38,5 %; самосожжениях – 12,5 %; отравлениях угарным газом (СО) – 100 %.

2. В Читинском сельском районе: при самоповешениях – 55,6 %; самострелах – 65,6 %; медикаментозных отравлениях – 14,3 %; отравлениях УК и другими ХЖ – 14,3 %; самопорезах – 28,6 %; самосожжениях, отравлениях СО и железнодорожных травмах – 0 %.

Суммарно посредством самоповешения в алкогольном опьянении погибли 55,6 % суицидентов, в трезвом состоянии таковых насчитывалось 44,4 % ( $p < 0,05$ ). Половые отличия по величине рассматриваемого показателя представлены в таблице 21.

Т а б л и ц а 21

**Доля лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, при различных способах завершённого суицида**

Способ суицида	город Чита		Читинский район	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Самоповешение	53,7 %	38,9 %	56,8 %	40 %
Самострел	51,9 %	–	65,5 %	–
Медикаментозное отравление	14,3 %	9,7 %	25 %	–
Отравление УК и др. ХЖ	16,7 %	10 %	25 %	10 %
Самопорезы	16,7 %	–	40 %	–
Падение с высоты	20 %	100 %	–	–
Самосожжение	16,7 %	–	–	–
Отравление СО	100 %	–	50 %	–
Железнодорожная травма	–	–	–	–

Все вышеизложенное свидетельствует, что наличие алкогольного опьянения способствует выбору суицидентом более brutального (грубого и надежного) способа самоубийства и, следовательно, напрямую способствует увеличению риска завершенности суицидальных действий.

При анализе 2 760 суицидальных попыток в Чите установлено, что 40,4 % (М – 52,1 %, Ж – 36,3 %) из них были предприняты в алкогольном опьянении. Женщин среди лиц, совершивших парасуицид в состоянии алкогольного опьянения, было 66 %, мужчин – 34 %, соотношение мужчин и женщин было равно 1:1,9. У трезвых суицидентов такое соотношение было 1:3,7; что говорит о меньшем количестве в обследованной выборке мужчин ( $t=7,36$ ;  $p < 0,001$ ).



В возрасте до 15 лет в алкогольном опьянении находилось 27,7 % парасуицидентов; в возрастной группе 15—17 лет – 23 %; 18—25 лет – 33 %; 26—50 лет – 54,2 %; 51—65 лет – 36,5 %; 66 лет и старше – 18 %. Половозрастные отличия представлены в таблице 22.

Таблица 2 2

**Доля лиц в алкогольном опьянении при попытке суицида**

Возрастные группы (лет)	город Чита	
	Мужчины	Женщины
До 15	25 %	29 %
15—17	38,5 %	20,4 %
18—25	44,1 %***	29,4 %
26—50	60,8 %***	51,1 %
51—65	55,6 %**	30 %
66 и старше	27,8 %	14 %

Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Среди суицидентов, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, было выявлено больше неработающих ( $t=8,04$ ;  $p < 0,001$ ) и работающих ( $t=5,02$ ;  $p < 0,001$ ), но значительно меньше учащихся ( $t=12,36$ ;  $p < 0,001$ ), пенсионеров ( $t=5,24$ ;  $p < 0,001$ ) и инвалидов ( $t=3,73$ ;  $p < 0,001$ ). Данные показатели представлены в таблице 23.

Таблица 2 3

**Социальный статус парасуицидентов в обществе**

Социальный статус	В опьянении ( $n=1116$ )	Трезвые ( $n=1644$ )
Неработающие	54 %	38,6 %
Работающие	30,5 %	21,9 %
Учащиеся	7,3 %	23,4 %
Пенсионеры	3 %	7,3 %
Инвалиды	5,2 %	8,8 %

Способы совершения попыток самоубийств в состоянии алкогольного опьянения представлены в таблице 24.

В алкогольном опьянении достоверно больше совершалось попыток самоповешения ( $t=6,55$ ;  $p < 0,001$ ), но меньше медикаментозных отравлений ( $t=5,72$ ;  $p < 0,001$ ).

Среди лиц, совершивших попытки отравления медикаментами, в состоянии алкогольного опьянения находилось 37,4 %; отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями

– 44,4 %; самопорезы – 50 %; самосожжения – 42,9 %; падения с высоты – 50 %; самострелы и падения под транспорт – 100 %. При попытке самоповешения (соотношение М:Ж равно 1:4,9) в состоянии опьянения находилось 70 % обследованных, были трезвыми только 30 % ( $p < 0,001$ ). Следовательно, прием алкоголя способствует брутализации попыток самоубийства, увеличивая риск их завершенности (табл. 25).

Т а б л и ц а 2 4

**Способы парасуицидов в зависимости от состояния трезвости**

Способ парасуицида	В опьянении (n=1116)	Трезвые (n=1644)
Медикаментозные отравления	70,8 %	80,4 %***
Отравления УК и другими ХЖ	18,2 %	15,5 %
Самоповешения	8,2 %***	2,3 %
Самопорезы	2,1 %	1,4 %
Самосожжения	0,3 %	0,3 %
Падения с высоты	0,1 %	0,1 %
Огнестрельные повреждения	0,2 %	–
Падения под транспорт	0,1 %	–

Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Т а б л и ц а 2 5

**Доля лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, при каждом способе парасуицида**

Способ парасуицида	В алкогольном опьянении
Медикаментозное отравление (n=2113)	37,4 %
Отравление УК и другими ХЖ (n=459)	44,4 %
Самоповешение (n=130)	70 %
Самопорезы (n=46)	50 %
Самосожжение (n=7)	42,9 %
Падение с высоты (n=2)	50 %
Огнестрельное повреждение (n=2)	100 %
Падение под транспорт (n=1)	100 %

Сопутствующая психопатология выявлена нами в 24,2 % всех случаев парасуицидов, причем на первом месте стоит алкогольная зависимость (зарегистрирована у 8,9 % всех суицидентов).

При парасуицидах, совершенных в алкогольном опьянении, структура выявленных психических расстройств значительно отличалась от таковой у суицидентов, совершивших парасуициды трезвыми (табл. 26).

Таблица 2 6

**Структура психических расстройств, выявленных у парасуицидентов**

Тип психического расстройства	В опьянении (n=266)	Трезвые (n=402)
Алкогольная зависимость (F10)	64,3 %***	18 %
Зависимость от опиоидов (F11)	4,9 %	6,5 %
Шизофрения (F20)	6,3 %	30,7 %***
Аффективные психозы (F33)	0,4 %	1,6 %
Циклотимия (F33.4)	0,8 %	0,5 %
Невротическая депрессия (F43)	4,8 %	11,5 %**
Умственная отсталость (F7)	0,8 %	2,9 %*
Расстройство личности (F60)	4,5 %	7,8 %
Органическое психическое расстройство (F0)	1,9 %	3,7 %
Эпилепсия (G40)	11,3 %	16,8 %*
Итого	100 %	100 %

Примечание. Статистическая значимость различий обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

У парасуицидентов в алкогольном опьянении, в сравнении с трезвыми, значительно (в 3,5 раза) превалировала алкогольная зависимость ( $t=9,16$ ;  $p < 0,001$ ), других расстройств было достоверно меньше: шизофрении – в 5 раз ( $t=8,06$ ;  $p < 0,001$ ), невротических депрессий – в 2,6 раза ( $t=3,32$ ;  $p < 0,001$ ), умственной отсталости – в 3,5 раза ( $t=2,04$ ;  $p < 0,05$ ), эпилепсии – в 1,6 раза ( $t=2,03$ ;  $p < 0,05$ ).

Все вышеизложенное убедительно свидетельствует о том, что наличие алкогольного опьянения является весьма высоким фактором риска суицидального поведения в целом и способствует выбору суицидентом более brutального способа самоубийства, увеличивающего завершенность суицида.

Так, 48,8 % самоубийств и 40,4 % парасуицидов совершалось в состоянии алкогольного опьянения, при этом среди умерших посредством самоповешения этот показатель составил 55,6 %, а среди совершивших попытку самоповешения – 70 %.

При завершенных суицидах у 31,8 % лиц была зафиксирована средняя степень алкогольного опьянения, а у 29,1 % – зарегистрировано отравление этиловым спиртом с концентрацией алкоголя в крови более 3,0 ‰.

В то же время среди обследованных парасуицидентов алкогольная зависимость стоит на первом месте в структуре выявленных психических расстройств, особенно среди лиц, совер-

шивших попытку суицида в состоянии алкогольного опьянения (64,3 %).

Сказанное подтверждает тезис о том, что одним из реальных путей снижения насильственной смертности по причине суицидов является борьба с алкоголизмом и пьянством, комплекс профилактических и иных мер, направленных на снижение уровня алкоголизации населения.

### **3.2. Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью**

Алкогольная зависимость и связанная с ней повышенная смертность – все более обостряющаяся, тревожная проблема, болезненно значимая для всего мира и для нашей страны (Иванец Н. Н., 1995; Немцов А. В., 1998; Шустов Д. И., 2005). Одной из наиболее трагических ее составляющих является насильственная смертность в результате различного рода аутоагрессивных и агрессивных действий, отравлений и несчастных случаев.

В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в категории лиц общей популяции (т. е. если в общей популяции от насильственной смертности в РФ гибнет каждый тринадцатый житель, то при алкогольной зависимости умирает каждый четвертый), при этом суицидальная смертность колеблется от 7 до 15 % по самым приблизительным данным наркологического учета (Гольдштейн Р. И., 1985; Столяров А. В. и др., 1990; Пелипас В. Е. и др., 1995; Шустов Д. И., 2005).

Анализ показывает, что распространенность самоубийств на 8—15 % (в среднем на 12 %) зависит от заболеваемости населения алкогольной зависимостью (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981), поэтому аутоагрессивное поведение больных алкоголизмом является одной из наиболее актуальных проблем современной суицидологии. Исследования жизненного риска в совершении суицида свидетельствуют о том, что при алкогольной зависимости этот риск составляет 7 %, что превышает соответствующий показатель у больных с аффективными расстройствами (6 %) и шизофренией (4 %). Прекращение же алкоголизации (в том числе и терапевтически обусловленное) снижает риск повторной суицидальной попытки, который составляет 40—86,6 % (Трайнина Е. Г., 1983).

Злоупотребление алкоголем является важным фактором риска суицидального поведения не только по данным популяционных исследований, но и по результатам клинического анализа наблюдений (Нечипоренко В. В., Шамрей В. К., 2007). В одном из зарубежных исследований показано, что среди лиц, выживших после парасуицида, у 50 % мужчин имелись алкогольные проблемы, причем у 25 % из них диагностирована алкогольная зависимость (Kendall R., 1983). Согласно другим данным, алкогольная зависимость либо злоупотребление алкоголем обнаруживается в 43 % случаев самоубийств (Henriksson M. M. et al., 1993; Wasserman D. et al., 2007).

В России доля больных алкогольной зависимостью среди общей популяции суицидентов варьирует в пределах 5,8—15 % (Молин Ю. А., 1996), однако этот процент подсчитывался из числа лиц, состоящих на наркологическом учете. Реальная же доля больных алкоголизмом среди суицидентов может составлять от 30 до 60 %. По данным А. Г. Амбрумовой, Е. А. Чуркина (1980), уровень суицидов среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в 10—85 раз выше, чем в общей популяции.

К общему сожалению, хотя картина и возникает удручающая, алкогольная зависимость даже академически не рассматривается как потенциально смертельное заболевание с соответствующими профилактическими и терапевтическими подходами (Шустов Д. И., 2005). Важность научных исследований и разработки превентивных мероприятий в этой области определяется не только высоким суицидальным риском страдающих алкоголизмом, но и повсеместным ростом числа наркологических больных.

Установлено, что мужчины, злоупотребляющие алкоголем, совершают суицид в 7 раз чаще женщин, имеющих алкогольные проблемы (Galanter M. et al., 1985). Таким образом, алкогольное завершённое самоубийство – это в значительной мере самоубийство мужчин среднего возраста. Больные алкоголизмом женщины значительно чаще, чем мужчины, совершают парасуициды (Roy A. et al., 1990).

Большинство исследователей определяют два возрастных пика для завершённого алкогольного суицида – между 30—39, а также 40—49 годами (Амбрумова А. Г. и др., 1980; Елисеев И. М., 1981). Пики покушений на самоубийство больных с алкогольной зависимостью приходятся на возрастные группы 21—30 и 50—55 лет (Трайнина Е. Г., 1983). В последние годы увеличивается смертность больных алкоголизмом в молодом возраст-

те, что определяется возрастающей тенденцией к омоложению алкоголизма, его злокачественным течением и повышенным развитием у данного контингента «рискованного модуса поведения» (Пелипас В. Е. и др., 1995; Лапин И. А., 2005).

При завершенных суицидах преобладают (80 %) больные со II стадией заболевания (Коваленко В. П., 1980; Жариков Н. М. и др., 1997; Жабо Е. А. и др., 2004). По мнению Д. И. Шустова (1998, 2005), это связано со снижением порога психогенных воздействий на II стадии алкоголизма, что приводит к обострению аутоагрессивности. Имеется и обратная закономерность: при попытках суицида распространенность алкоголизма I стадии может достигать 70 %.

Между тем с увеличением длительности течения алкоголизма снижается удельный вес насильственных смертей и самоубийств (Красильников Г. Т. и др., 1984), что связывается со снижением критической способности мышления у больных с энцефалопатической стадией алкоголизма (Елисеев И. М., 1981).

В то же время, по данным Н. Е. Бачерикова, П. Т. Згонникова (1989), в I стадии алкоголизма более часто наблюдаются истинные суициды. Особенно опасны у таких больных реактивные депрессии, при которых суицидальные акты совершаются продуманно, с принятием мер, исключающих оказание помощи.

Во II стадии алкогольной зависимости, наряду с истинными суицидальными попытками, появляются и демонстративно-шантажные, с более коротким пресуицидальным периодом. Истинные суицидальные попытки совершаются, как правило, в состоянии абстиненции с присущим ей тоскливо-раздражительным, дисфорическим аффектом, идеями самообвинения и выраженной астенизацией. Особенно актуальное значение приобретают такие психотравмирующие моменты, как утрата профессионального престижа, конфликтная ситуация в семье, потеря семьи, сексуальные расстройства. Дальнейшее нарастание явлений деградации и психопатизации постепенно приводит к преобладанию агрессивных тенденций над суицидальными, увеличивается частота демонстративно-шантажных суицидальных действий.

На III стадии алкоголизма авторы отмечают появление невыраженных депрессий с бредовыми идеями, сменяющимися, при нарастании органического поражения ЦНС (токсического, сосудистого генеза), психотическими депрессивными состояниями с шантажными суицидальными действиями, которые в силу интеллектуального снижения могли закончиться летально.

Следовательно, суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью подразделяется на внутреннее (суицидальные тенденции) и внешнее (суицидальные попытки и завершённые суициды). Суицидальные тенденции у больных алкоголизмом охватывают различные по глубине и продолжительности суицидальные мысли, замыслы и намерения самоубийств. Они наблюдаются как изолированно, так и в пресуицидальном периоде суицидальных попыток.

Парасуициды у страдающих алкогольной зависимостью бывают *истинными* (совершаются больными с депрессивным типом психопатизации, малой выраженностью влечения и высокой личностной значимостью психогении) и *демонстративно-шантажными* (определяются у эмоционально неустойчивых личностей с обсессивным влечением и локализацией внутреннего конфликта в сфере актуальной патологической потребности в алкоголе, при малозначимости внешнего конфликта). Особое положение занимает вариант истинных суицидальных попыток, протекающих по типу импульсивного поведения, возникающего на высоте аффекта. Они причинно связаны с обострением компульсивного влечения и провоцируются, как правило, объективно несущественным микросоциальным конфликтом (Трайнина Е. Г., 1983, 1987; Альтшулер В. Б., 1994; Robinson A. D., 1989).

Поэтому суицидальное поведение больных алкоголизмом определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов: особенностью алкогольной психопатизации личности, выраженностью патологического влечения к алкоголю и личностной значимостью микросоциального конфликта. От степени выраженности каждого из названных факторов зависит вид суицидальной попытки (Трайнина Е. Г., 1983, 1987).

Динамика эмоциональных расстройств, развивающихся вследствие хронического злоупотребления алкоголем, а также появление стойких изменений личности, «стандартизованных» форм поведения изучаемой категории лиц, включая и суицидальное поведение, позволило выделить понятие *вторичной алкогольной психопатизации*. Под этим термином понимается возникновение специфических эмоционально-волевых расстройств у преморбидно здоровых лиц и лиц с акцентуациями характера в процессе хронического злоупотребления алкоголем, которая характеризуется бесконтрольностью влечения, недержанием аффекта с ярко выраженной тенденцией к девиантным и делинквентным формам поведения (Трайнина Е. Г., 1987). Вторичная алкогольная психо-

патизация определяется у 64 % суицидентов, больных алкогольной зависимостью (Коваленко В. П., 1980). Существует мнение, что само возникновение аутоагрессивного поведения у больных в состоянии алкогольного опьянения может служить дополнительным признаком для диагностики алкоголизма (Елисеев И. М., 1980).

Мотивы суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, отличаются значительной сложностью и неоднородностью. Большое значение имеют особенности преморбидной личности, реакции и способы реагирования на те или иные психотравмирующие ситуации, перенесённые заболевания, личностные изменения под влиянием злоупотребления алкоголем и некоторые другие факторы (Коваленко В. П., 1980).

Самым распространенным способом суицида (2/3 случаев) среди популяции больных алкогольной зависимостью является самоповешение, поскольку предпочтение этого способа может быть связано с элементами самоистязания (Молин Ю. А., 1996).

Существует множество теорий, объясняющих связь между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением. Иногда сам алкоголизм рассматривают как эквивалент хронического суицида, т. е. алкоголизация и последующая зависимость представляют уникально удобную форму реализации своеобразного личностного расстройства, проявляющегося в стремлении нанести себе вред в различных сферах, в том числе и в физической (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994; Rossow I., 1995).

Ю. Е. Разводовский (2004) приводит несколько объяснений такой связи: 1) первичным этиологическим фактором, обуславливающим как злоупотребление алкоголем, так и суицидальное поведение, может быть депрессия; 2) злоупотребление алкоголем приводит к депрессии, что повышает риск суицида; 3) алкоголизм вызывает психосоциальную дезадаптацию, которая увеличивает риск суицидального поведения.

Тесная связь между депрессиями и алкоголизмом давно уже не вызывает сомнений. Считается, что алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем (Смулевич А. Б., 2000; Winokur G. et al., 1979; Schukit M. A., 1983; Wolk-Wasserman D., 1986; Madden J. S., 1993). Было установлено, что среди умерших суицидентов с алкогольной зависимостью 22 % имели большую депрессию, 26 % – неспецифическую депрессию (Henriksson M. M. et al., 1993). В США многие лица, страдающие



алкоголизмом и совершившие парасуицид, были депрессивными во время госпитализации, до 2/3 из них имели расстройства настроения в период совершения суицида (Крыжановская Л. А., 2000). Ретроспективные исследования показали, что 83 % совершивших суицид алкоголиков имели 4 и более из числа следующих признаков: большой депрессивный эпизод, суицидальные мысли, слабую социальную поддержку, серьезные проблемы со здоровьем, отсутствие работы, проживание в одиночестве. Практически все они накануне смерти были в состоянии алкогольного опьянения (Murphy G. et al., 1992).

При этом хроническое употребление алкоголя уже на донозологическом уровне может способствовать снижению настроения и вести к суицидальному поведению (Madden J. S., 1993). Так, при систематической алкоголизации происходит сдвиг эмоционального реагирования в сторону появления отдельных симптомов депрессивного регистра. Эта симптоматика представлена постоянно существующей вегетативной дисфункцией, ощущением психического дискомфорта, лабильностью настроения с тенденцией к его снижению, обидчивостью.

В I стадии алкоголизма преобладают невротические депрессии психогенного типа с астеническим, тревожным компонентами. Они, как правило, клинически мало выражены, но диагностируются при психологическом обследовании. В механизме их возникновения играют роль различные психотравмирующие ситуации, как правило, связанные с профессиональной или семейной сферами. Однако эти конфликты носят характер провоцирующего момента, запускающего аффективную патологию. Иногда удается проследить зависимость глубины депрессии от алкогольного опьянения, когда в состоянии «комфортного» опьянения она практически купируется и появляется вновь или усиливается на спаде опьянения. Такие особенности описываемого состояния, как наличие тревожности в структуре депрессии, колебания глубины депрессии с мучительностью ее нарастания, длительность субдепрессивных расстройств, наличие постоянного внутриличного конфликта, значительно повышают суицидальный риск.

Во II стадии алкогольной зависимости, при присоединении алкогольного абстинентного синдрома, депрессивные расстройства претерпевают значительную трансформацию, которая заключается в преобладании тревожного компонента депрессивных расстройств и появлении отдельных фобических эпизодов,

дисфорий, ипохондрических расстройств (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989).

Алкогольная депрессия по своим проявлениям чаще всего напоминает картину неглубокой невротической депрессии, однако в некоторых случаях, особенно в период абстиненции, наблюдаются и более тяжелые аффективные расстройства, соответствующие критериям большого депрессивного эпизода. Т. е. у больных в состоянии алкогольного абстинентного синдрома наблюдается депрессивная симптоматика с наличием идей самообвинения и самоуничужения, чувства «социально-биологической вины», что может способствовать развитию суицидальных тенденций (Коваленко В. П., 1986).

Кроме того, гипотимность, существовавшая ранее как постоянный фон, приобретает цикличность, увязанную с наркотическим циклом. Основным механизмом запуска депрессивных состояний у этих больных становится доступность или отсутствие алкоголя, взаимоотношения в алкоголизирующей группе. В этой же стадии алкоголь утрачивает способность полностью купировать депрессию, даже на пике опьянения могут сохраняться тревожность, обидчивость, подозрительность. Поэтому углубление депрессивной симптоматики, расширение спектра аффективных расстройств на II стадии заболевания приводят к возрастанию риска суицидоопасных действий, имеющих в основном демонстративно-шантажный характер.

Во время III стадии алкоголизма депрессивная симптоматика становится фрагментарной, мозаичной. Сосуществуют и сменяют друг друга во времени три ее типа: 1) монотонная анергическая гипотимия с дисфорическими реакциями; 2) кратковременные психогенно возникающие депрессивные реакции (чаще в ответ на угрозу прервать алкоголизацию); 3) депрессии в качестве переходного синдрома в пре- или постпсихотическом периоде.

В первом варианте отличительной особенностью депрессивных расстройств является их дисфорическая окраска, присутствуют «стандартизованные» формы реагирования на любые ситуации; больные угрюмы, ворчливы, на этом фоне возникают гневливость, злобность, брутальность. У ряда больных с III стадией заболевания после кратковременных психотических эпизодов могут возникать депрессивные состояния с идеями самоуничужения, виновности, иногда присоединяются нестойкие бредовые идеи различного содержания. Такие депрессии выходят за рамки невротического регистра и трансформируются в препси-

хотические. Прогрессирующее органическое поражение ЦНС токсического и сосудистого генеза обуславливает появление у некоторых больных психотических депрессивных состояний органического типа. Суицидальный риск этой группы больных достаточно высок за счет демонстративно-шантажных угроз и попыток.

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что депрессия является одним из синдромов алкоголизма, но, к сожалению, она до сих пор не отнесена непосредственно к клинике алкогольной зависимости.

Помимо депрессии, важную роль в реализации связи между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением играют биологические факторы. Ряд исследователей высказывает мнение о наличии особого суицидогенного типа алкоголизма. Это так называемый второй тип алкоголизма, который развивается до 25 лет у антисоциальных и импульсивных личностей, склонных к агрессии, психически зависимых от эйфоризирующего действия алкоголя, имеющих низкое содержание метаболитов серотонина и дофамина в спинно-мозговой жидкости (McBride W. J. et al., 1993; Hibbeln J. R. et al., 1998; Rubio G., Jimenez-Arriero M. A., 2007; Pinto E. et al., 2007).

Установлено, что этот тип алкоголизма наиболее суицидоопасен (Cloninger C. R. et al., 1988). Данный контингент в 2 раза реже имеет семью, а треть больных предпринимает суицидальные действия ещё до формирования отчетливой алкогольной зависимости, у них присутствуют патологические черты характера в преморбиде (Елисеев И. М., 1980; Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989; Whitters A. C. et al., 1987; Kreitman N., 1988). Нельзя не сказать и о других факторах риска. Немаловажную роль играет наследственность по алкоголизму: она выявлена у 92,3 % суицидентов с алкогольной зависимостью (Жабо Е. А. и др., 2004; Filipovic S. et al., 2007) и у 38,8 % в общей популяции парасуицидентов (Лапин И. А., 2005). Имеются данные о коморбидности психической патологии с хронической алкогольной зависимостью у суицидентов, которая достигает 50 % (Сливко К. Ю., 2003; Боева А. В., 2004).

Например, важно учитывать нередкую коморбидность алкоголизма и травматического поражения головного мозга (от 14,4 до 38,8 %) (Жабо Е. А. и др., 2004), которая, наряду с изменениями личности при алкоголизме микросоциальной среды, создающейся вокруг пьющих, делает такого человека потенциально опасным в

плане самоубийства (Кашинский А. А., 1988). Причем знаки органического поражения головного мозга обнаруживались значимо чаще в группе лиц с brutальными попытками (Гилод В. М., 2003).

Отмечается значимость при совершении суицидальных попыток и законченных самоубийств больными алкоголизмом не только непосредственно периода запоя или состояния алкогольного абстинентного синдрома, но и алкогольных психозов (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980; Коваленко В. П., 1980). Суициды, совершенные на фоне алкогольных психозов, варьируют в диапазоне от 5 до 60 % от всех алкогольных суицидов (Качаев А. К., Попов П. М., 1973; Коваленко В. П., 1986; Молин Ю. А., 1997). Суицидальные тенденции при алкогольных психозах обусловлены императивным характером слуховых галлюцинаций, зрительными обманами, бредовыми переживаниями, аффектами страха и тревоги. Суицидальные действия в таких случаях часто осуществляются особенно жестокими способами (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980). Кроме того, установлено, что лица, перенесшие алкогольный психоз, умирают в 2 раза чаще от самоубийств, чем больные с алкогольной зависимостью, никогда не переносившие психоз (Красильников Г. Т. и др., 1984).

С. Н. Христофоров (1994) установил особенности суицидального поведения у больных алкоголизмом, осложненным употреблением суррогатов алкоголя. Было выявлено, что регулярное употребление суррогатов алкоголя и технических жидкостей в сочетании с алкогольными напитками приводит к злокачественному течению алкоголизма с быстрым развитием изменений личности больного. Наиболее частыми являются три варианта изменений личности: *эксплозивный*, *истероидный* и *астенический*. Наибольший риск совершения истинных суицидальных действий отмечен в состоянии алкогольно-суррогатной интоксикации и абстиненции у больных с эксплозивным типом алкогольного изменения личности при наличии конфликта в сфере значимых потребностей.

Подводя итоги, следует остановиться на трех типах предикторов аутоагрессивного поведения при алкоголизме, которые выявляются в клинически ориентированном интервью, разработанном Д. И. Шустовым, А. В. Мериновым (2000):

1. Предикторы, связанные с преморбидным статусом: а) наличие клинических признаков большой депрессии, которые встречаются на протяжении жизни у больных алкоголизмом в 18—52 % против 6—7 % в общей популяции; б) наличие психо-

патизации или расстройств личности антисоциального, пограничного, зависимого спектров; в) наличие в анамнезе указаний на собственные аутоагрессивные действия или аутоагрессивные действия родственников; г) наличие комплекса неполноценности – сверхценно переживаемого личностью действительного соматического дефекта. В процессе интервью этот пункт определяется прямым вопросом о наличии в настоящее время или в прошлом «комплекса неполноценности».

2. Предикторы, связанные с клинической картиной алкоголизма: а) вторичная наркотическая психопатизация; б) личностные черты, отражающие дисфоричность, сензитивность и психическую хрупкость; в) раннее начало алкоголизации с последующей высокой прогрессивностью заболевания; г) наличие психического алкоголизма; д) наличие «алкогольной эпилепсии» с развитием на фоне алкогольного абстинентного синдрома различных эпилептиформных расстройств (судорожных приступов с потерей и без потери сознания, миоклоний или тонических эквивалентов, обморочных состояний, измененных форм опьянения по типу сумеречного состояния сознания), указывающих в определенной мере на серотонинергический мозговой дефицит; е) преобладание в структуре алкогольного абстинентного синдрома психического компонента с тревожно-депрессивной симптоматикой; ж) развитие на фоне опьянения или на фоне алкогольного абстинентного синдрома вторичной (токсической) депрессии; з) сочетанный с приемом алкоголя прием наркотиков, в особенности марихуаны, галлюциногенов и опиатов, нежели барбитуратов, амфетамина и кокаина; и) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

3. Предикторы, связанные с жизненными обстоятельствами перед аутоагрессией: а) угроза развода, развод, сепарация; б) наличие ситуации значимой утраты и переживание траура в течение предшествующего аутоагрессивному акту года; в) ситуации, связанные с переживанием чувства «токсического» стыда (невозможность возврата долга, крупный проигрыш, угроза следствия и ареста, арест).

Клинически аутоагрессивное поведение, особенно специфичное для больных алкоголизмом, проявляется двумя вариантами: во-первых, реактивными попытками и устремлениями, генерируемыми выпивкой и сопутствующими выпивке психогениями; во-вторых, попытками и устремлениями на фоне алкогольного абстинентного синдрома и постинтоксикационной депрессии.

Первый вариант особенно присущ личностям с т. н. антисоциальной адаптацией (импульсивный и пограничный типы – F60.30 и F60.31 по МКБ-10) и характерным психопатоподобным поведением. В анамнезе часто встречаются указания на парасуициды у мужчин, преимущественно представленные самопорезами, попытками самоповешения и падениями с высоты, у женщин – отравлениями фармапрепаратами и самопорезами. Часто встречаются и аутоагрессивные проявления, совершенные не по суицидальным мотивам, а скорее, по мотивам рентного, манипуляционного и демонстративного характера. Как правило (80 %), эти формы аутоагрессии сочетаются с парасуицидами, поэтому недооценка их вряд ли оправдана. Для осуществления первого варианта поведения необходима алкоголизация в малых и средних дозах. Реже пациентам с чертами сензитивности и психической хрупкости преимущественно в молодом возрасте требуются высокие и сверхвысокие дозы алкоголя. Яркий, с выраженными поведенческими отклонениями психопатический тип потенциально суицидента не представляет особенных трудностей для диагностики, и вопросы о суицидальных намерениях максимально очевидны. С другой стороны, иногда не представляется возможным клинически выявить подобный вариант реагирования на психогению у акцентуантов легкой и средней степени, чьи первые попытки самоубийства выглядят неожиданными.

Второй тип аутоагрессивного поведения характеризуется высокой фатальностью. Его предиктором может быть алкогольный абстинентный синдром с преимущественной представленностью психического компонента с депрессивным синдромом, в структуре которого превалирует тревожная, нежели астеническая симптоматика. Особенно опасно ощущение безнадежности (ощущение отсутствия выхода) – специфической суицидогенной эмоции, опыт переживания которой имеется у каждого пятого больного алкоголизмом. Транзиторные суицидальные мысли, как правило, присутствуют, но не обязательно декларируются. Существует мнение о частом сочетании у пациентов с суицидальной направленностью симптомов алкоголизма и большой депрессии. При этом жалобы на аутохтонно возникающие периоды снижения настроения до степени тоски могут предъясняться в 26 % случаев. Следует отметить высокую актуальность у пациентов данной группы семейного неблагополучия. На пресуицидальных этапах переживания этих пациентов имеют налет экзистенциальности (неблагополучие в мире вообще, личностная несостоятельность,

неудавшаяся судьба), который при конкретизации выявляется в виде назревшего семейного конфликта, угрозы развода и реже – ощущения одиночества «заклученного в семью». Несмотря на высокую опасность фатального суицида уже с первой попытки, отмечаемую многими авторами, в данной группе может наблюдаться и шантажное, в отношении супруга, суицидальное поведение. Какой-либо личностной предрасположенности в этой группе не отмечено (Шустов Д. И., 2000, 2005).

Наряду с описанием признаков и критериев суицидального риска, в настоящее время большое значение уделяется суицидологической диагностике. При этом важным является не только определение степени риска совершения суицида, но и контроль терапевтической динамики конкретного суицидента. Этим задачам отвечают существующие диагностические шкалы и суицидологические карты, которые разработаны как за рубежом, так и в нашей стране. Например, шкала суицидального риска Лос-Анджелесского суицидологического центра, суицидологические карты Н. В. Конончука (1983), В. А. Тихоненко, А. Н. Дурнова (1978), Г. В. Старшенбаума (2005). В некоторых из них алкоголизация рассматривается в числе важных факторов риска.

Кроме того, имеется шкала оценки суицидального риска больных алкогольной зависимостью, предложенная Н. Е. Лушевым в 1986 г. (табл. 27).

Таблица 27

**Шкала суицидального риска больных алкоголизмом  
(Лушев Н. Е., 1986)**

Признак	Баллы
1. Преморбидные особенности личности:	
без отклонений	-4
акцентуация характера	80
психопатия	-119
2. Радикал преморбиды:	
конформный	-238
сенситивный	365
истероидный	43
3. Состав родительской семьи:	
полная	28
неполная	-26
нет родителей	-
4. Уровень образования:	
неграмотный	2
неполное среднее	-26
среднее	6
среднее специальное	10

незаконченное высшее	6
высшее	10
5. Семейное положение:	
в браке	-124
холост	41
6. Черепно-мозговые травмы в анамнезе:	
есть	-54
нет	10
7. Алкогольная наследственность:	
есть	-3
нет	33
8. Возраст к началу заболевания (лет):	
20—25	17
26—30	74
31—35	18
36—40	-202
41—45	-8
9. Возраст к периоду обследования (лет):	
20—29	24
30—39	98
40—49	-3
50—59	-2
60—69	-
10. Длительность заболевания к периоду обследования (лет):	
0—1	9
2—3	38
4—5	-
6—7	15
8 и более	-109
11. Форма потребления алкоголя:	
перемежающаяся	8
постоянная	-143
запойная	144
12. Одинокое потребление алкоголя:	
есть	102
нет	-102
13. Тип течения заболевания:	
злокачественный	197
быстрый	-19
медленный	-137
стационарный	-3
ремиттирующий	-48
14. Тип изменения личности:	
астенический	47
истерический	-3
эксплозивный	-7
апатический	2



Степень риска оценивается алгебраической суммой баллов, соответствующих обнаруженным диагностическим признакам. Низким считается риск, оценивающийся до 400 баллов, средним – от 400 до 800, высоким – от 800 до 1200. Высокий суицидальный риск служит показанием к госпитализации.

Учитывая значимость проблемы суицидального поведения среди больных алкогольной зависимостью, нами была изучена распространенность суицидальных тенденций у данного контингента.

В условиях ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» было обследовано 188 пациентов с диагнозом «Алкогольная зависимость, II стадия» за период с февраля по апрель 2007 г. Группу исключения составили лица, имеющие в анамнезе употребление наркотических веществ.

Т а б л и ц а 2 8

**Самооценка характера (модификация Л. Т. Морозова [2002—2007])**

Самооценка характера		НВ %	ПВ %	САС
1	Организованный, собранный			
23	Уживчивый			
30	Бережливый			
18	Оперативный, перестраивающийся			
27	Чувство долга			
24	Требовательный к себе, обязательный			
2	Удовлетворенность счастьем-судьбой			
	Итого			
Самооценка характера		НВ %	ПВ %	СДС
12	Сомневающийся, колеблющийся			
11	Тревожный, беспокойный			
25	Склонный к излишним переживаниям			
7	Истощаемый, невыносливый			
13	Неустойчивость настроения			
16	Раздражительный			
15	Возбудимый			
	Итого			

На каждого пациента заполнялась специально разработанная карта, включающая 17 пунктов о наследственной отягощенности и суицидальном анамнезе пациента, а также анкета-опросник для установления алкогольных проблем, разработанная доцентом кафедры психиатрии ЧГМА, канд. мед. наук Л. Т. Морозовым (2002—2007). Последняя содержала 3 блока: самооценку характера, анамнестические сведения (14 пунктов), вопросы на наркологическую тематику (13 пунктов), позволяющие верифицировать стадию алкогольной зависимости.

Самооценка характера включала 14 свойств: 7 адаптивных и 7 дезадаптивных. Пациенты оценивали выраженность каждого из свойств у себя в процентах (от 0 до 100) в настоящем времени и прошлом (5—10 лет назад). При анализе учитывался сдвиг адаптивных и дезадаптивных свойств (в процентном отношении), а также сдвиг общего адаптивного потенциала личности (разница между суммой адаптивных и дезадаптивных свойств в настоящее и прошлое время). При увеличении выраженности личностного свойства с течением времени разница определялась со знаком «+», при уменьшении – со знаком «-» (табл. 28).

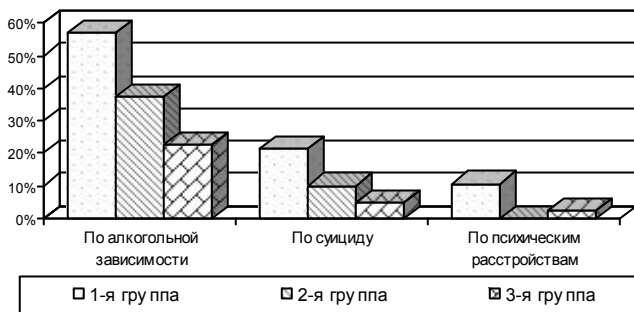
Мужчин среди обследованных было 76 %, женщин – 24 %. Средний возраст составил  $38,5 \pm 0,8$  года (для мужчин –  $36,9 \pm 0,8$  года, для женщин –  $43,8 \pm 1,8$  года).

В зависимости от выявленного суицидологического анамнеза пациенты поделены на 3 группы: в 1-ю группу были включены лица, имевшие суицидальные попытки в анамнезе – 14,9 % (28); во 2-ю группу вошли пациенты, отмечавшие у себя ранее мысли, намерения или замысел самоубийства – 21,3 % (40); 3-ю группу составили пациенты с отсутствием суицидальности в анамнезе – 63,8 % (120).

Средний возраст обследуемых в группах составил  $34,3 \pm 2,1$ ;  $37,9 \pm 1,6$ ;  $39,8 \pm 1,0$  года соответственно, т. е. представители 1-й группы были моложе обследуемых 3-й группы ( $t=2,36$ ;  $p<0,02$ ). Мысли или намерения суицида возникали преимущественно на фоне абстиненции (87,5 %), парасуициды совершались чаще в алкогольном опьянении (78,6 %). Данный факт согласуется с полученными результатами по парасуицидам в Чите и указывает на то, что наличие алкогольного опьянения у больных с алкогольной зависимостью существенно повышает суицидальный риск.

Способы суицидальных попыток (в анамнезе) распределились следующим образом: самопорезы – 32 %; медикаментозные отравления – 32 %; самоповешения – 29 %; падения под транспорт – 3,5 %; падения с высоты – 3,5 %.

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников была выявлена у 31 % обследуемых, по суицидам – у 8,5 %, по психическим расстройствам – у 3,2 %. Все три фактора были выше в группе лиц с парасуицидами в анамнезе (1-я группа), но достоверными являются различия по наследственной отягощенности алкогольной зависимостью и суицидам между 1-й и 3-й группами (рис. 30, табл. 29).



**Рис. 30. Наследственная отягощенность больных алкогольной зависимостью II стадии**

По уровню образования достоверных различий между группами не получено (табл. 29). Больные с алкогольной зависимостью, совершившие суицидальную попытку, реже имели семью, по сравнению с пациентами без суицидальности в анамнезе. Кроме того, обстановка дома была оценена как «хорошая» большим количеством лиц 3-й группы.

Таблица 29

**Некоторые характеристики групп лиц с суицидальной отягощенностью анамнеза по сравнению с группой лиц без суицидальности**

Характеристики	Парасуицид в анамнезе (n=28)	Мысли, замысел, намерения в анамнезе (n=40)	Отсутствие суицидальности в анамнезе (n=120)
Проживание без семьи	39,3 %*	27,5 %	18,3 %
Атмосфера дома:			
плохая	21,4 %	15 %	11,6 %
средняя	57,2 %	65 %	48,4 %
хорошая	21,4 %*	20 %**	40 %
Образование:			
высшее	10,7 %	12,5 %	14,1 %
незаконченное высшее	3,6 %	2,5 %	0 %
среднеспециальное	53,5 %	40 %	46,7 %
среднее	17,9 %	30 %	29,2 %
неполное среднее	14,3 %	15 %	10 %
Наследственная отягощенность:			
по алкогольной зависимости	57,1 %***	37,5 %	22,5 %
по суициду	21,4 %*	10 %	5 %
по психическим расстройствам	10,7 %	—	2,5 %

Примечание. Статистическая значимость различий с 3-й группой обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Анализ самооценки характера показал, что сдвиг общего адаптивного потенциала личности (СОАП) у больных с алкогольной зависимостью II стадии составил  $-132,9 \pm 8,8$  % (для мужчин:  $-120,6 \pm 9,0$  %; для женщин:  $-171,4 \pm 22,3$  %). Это соответствует данным, полученным Л. Т. Морозовым (2002—2007 гг.), – для II стадии алкогольной зависимости СОАП должен быть меньше  $-95$  %.

Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил  $-67,7 \pm 5,7$  % (для мужчин:  $-61,7 \pm 6,0$  %; для женщин:  $-86,4 \pm 13,9$  %), дезадаптивных (СДС) –  $65,2 \pm 6,2$  % (для мужчин:  $58,9 \pm 6,3$  %; для женщин:  $85 \pm 16$  %). Следовательно, выраженность адаптивных свойств личности в контингенте больных алкогольной зависимостью со временем уменьшилась, а выраженность дезадаптивных, напротив, возросла.

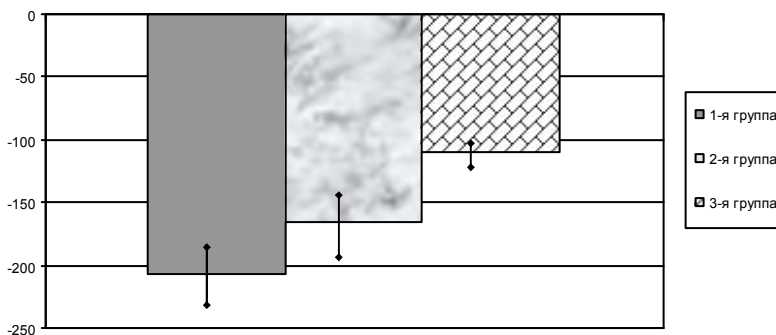
Таблица 30

**Результаты теста самооценки характера у больных алкогольной зависимостью с различной суицидальной отягощенностью анамнеза**

Тест	1-я группа (парасуицид в анамнезе) (n=28)	2-я группа (мысли, замысел, намерения суицида) (n=40)	3-я группа (отсутствие суицидальности) (n=120)
САС	$-91,4 \pm 14,2$ %*	$-74,7 \pm 12,2$ %	$-59,9 \pm 7,1$ %
СДС	$115,2 \pm 19,6$ %***	$90,7 \pm 17,1$ %**	$45 \pm 5,6$ %
СОАП	$-206,6 \pm 23,8$ %***	$-165,4 \pm 23,1$ %*	$-104,9 \pm 9,2$ %

Примечание. Статистическая значимость различий с третьей группой обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Различия по самооценке характера между больными, в зависимости от выраженности суицидальных тенденций в анамнезе, представлены в таблице 30 и на рисунке 31.



**Рис. 31. Сдвиг общего адаптивного потенциала личности у больных алкоголизмом с различной суицидальной отягощенностью анамнеза (%)**

Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью и парасуицидами в анамнезе уровень дезадаптивных свойств составил  $115,2 \pm 19,6$  % при одновременном уменьшении адаптивных качеств до  $-91,4 \pm 14,2$  %, тогда как больные с алкогольной зависимостью без суицидальных тенденций имели уровень дезадаптивных свойств  $45 \pm 5,6$  % ( $p < 0,001$ ), соответственно адаптивных свойств –  $-59,9 \pm 7,1$  % ( $p < 0,05$ ). Это во многом объясняет высокую суицидальную готовность данного контингента.

Таким образом, при обследовании больных алкогольной зависимостью «классические» аутоагрессивные проявления были выявлены в 36,3 % случаев.

Использованный нами метод самооценки характера показал свою чувствительность к выявлению суицидальных тенденций у больных алкоголизмом II стадии и может широко использоваться ввиду простоты и малых временных затрат. Установленный значительный сдвиг общего адаптивного потенциала личности у больных алкогольной зависимостью за счет нарастания дезадаптивных свойств и уменьшения адаптивных качеств объясняет высокую суицидальную активность данного контингента.

Заканчивая данный раздел, необходимо отметить, что в настоящее время как суицидальное поведение, так и алкоголизм рассматриваются с позиции многофакторной модели. При этом тесная связь между данными явлениями уже давно не вызывает сомнений, а ряд суицидологов рассматривает алкоголизм как хронический суицид. Поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены не только на лиц, страдающих алкогольной зависимостью, у которых выявлены классические проявления суицидальности, но и на тех, чья аутоагрессивность представлена пока лишь только фактом алкоголизации.

## Заключение

2008 г. ознаменовался очень важным событием – впервые за многие годы был отмечен заметный рост рождаемости в Российской Федерации. Средства массовой информации сразу стали сообщать об улучшении демографической ситуации в стране, как-то забывая о сохраняющейся сверхсмертности населения. К большому сожалению, складывается впечатление, что масштабы гибели людей, в том числе насильственной, не осознаются российским обществом в полной мере или осознаются как естественный процесс. Между тем без решения проблемы высокой преждевременной смертности мы не преодолеем демографический кризис в нашей стране.

При этом около 37 % от общего количества смертей в России последние 5—8 лет напрямую или косвенно связаны с алкоголем. Алкогольному урону в стране способствует очень высокое потребление алкоголя, которое в пересчете на абсолютный спирт выросло почти до 17 литров на человека в год. Население, особенно сельское, активно потребляет спиртосодержащие жидкости гидролизных заводов, технический или синтетический спирты. Все это наносит колоссальный ущерб здоровью людей, способствует постепенному, но неуклонному вымыванию интеллектуального потенциала нации.

Важной составляющей смертности населения, напрямую связанной с массивной и неуправляемой алкоголизацией, выступает насильственная смертность. Особое место в ее структуре занимают убийства и самоубийства, которые следует рассматривать как один из важнейших объективных критериев уровня психической адаптации населения.

В последние 20 лет РФ входит в группу стран с высокими показателями криминальной и суицидальной смертности населения, а в Забайкальском крае начиная с 1993 г. данные показатели являются сверхвысокими. Распространенность убийств в нашем регионе в 2,7 раза выше, чем в целом по стране (49,1 на 100 тысяч населения в 2007 г.). Особое опасение вызывает продолжающийся рост числа самоубийств у жителей сельской местности на фоне некоторого снижения этих показателей в городах. В 2007 г. в Забайкалье показатель смертности по причине суицидов у сельских жителей достиг своеобразного рекордного уровня, составив 105,4 на 100 тысяч населения, т. е. более чем в 5 раз превышая предельно допустимый порог, тогда как у городских жителей он был 65,4 на 100 тысяч населения.

Можно считать, что более половины самоубийств имеют ал-

когольобусловленную причину. Более 50 % завершенных суицидов совершается в алкогольном опьянении, причем в динамике за 10-летний период средние величины содержания алкоголя в крови у суицидентов имеют четкую тенденцию к снижению. В последние годы подавляющее число самоубийств совершается в легкой и средней степени алкогольного опьянения, которое, в свою очередь, способствует выбору суицидентом более brutального способа, увеличивающего риск завершенности суицида.

Крайне высокие показатели в стране числа умышленных убийств и тяжких телесных повреждений также преимущественно имеют алкогольное происхождение. Именно в алкогольном опьянении или одурманивании его суррогатами легко возникает маломотивированное агрессивное поведение, причем нередко опьянение протекает с грубыми психическими нарушениями. Нами было установлено, что при совершении агрессивных криминальных действий 90,1 % подэкспертных находились в состоянии алкогольного опьянения, и у половины из них опьянение было средней и тяжелой степени. При этом важным фактором предрасположенности к криминальной агрессии является степень алкоголизации: чем тяжелее уровень алкоголизации, тем чаще деликт совершается в более тяжелой степени опьянения, тем менее мотивированы агрессивные действия. У больных алкоголизмом и у злоупотребляющих алкоголем в подавляющем большинстве случаев криминальная агрессия является исключительно следствием измененных (атипичных) форм опьянения, особенно при употреблении суррогатов алкоголя (60,7 %).

Все это происходит на фоне того, что у наркологической службы по существу нет серьезной правовой основы, а выявление и лечение больных алкоголизмом только на принципах добровольности дает весьма низкие результаты. Стране необходим закон «О наркологической помощи», обеспечивающий правовое поле проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в современных условиях, в том числе недобровольное освидетельствование злоупотребляющих алкоголем и механизмы принудительного лечения больных, утративших критику к своему состоянию и ведущих асоциальный образ жизни, нарушающих правопорядок, представляющих опасность для себя, семьи и общества.

Нуждается в кардинальном пересмотре научная концепция лечебно-реабилитационных мероприятий больных с алкоголь-

ной зависимостью с внедрением всех современных технологий, включая методы биологической терапии и психотерапевтического воздействия. При этом надо понимать, что никакая, даже самая совершенная наркологическая служба в мире не сможет справиться в одиночку с этой проблемой, потому что необходимо коренное изменение государственной алкогольной политики на основе федерального законодательства.

Государству необходимо навести строгий порядок в сфере производства алкоголя и на рынке его реализации, активнее бороться с контрабандой алкогольной продукции, нелегально ввозимой из других стран. Целесообразно в ближайшее время пересмотреть действующие ГОСТы и медико-биологические требования к алкогольной продукции, что позволит существенно снизить токсическое действие алкоголя на организм. Необходимо настойчиво проводить политику полного запрещения рекламы алкогольной продукции, в том числе пива, важным является создание программ первичной профилактики потребления психоактивных веществ среди школьников. Законодательно следует предусмотреть отчисления от продажи алкогольных напитков, в том числе и пива, на нужды здравоохранения по оказанию помощи больным алкоголизмом.

Таким образом, в сфере борьбы с пьянством и алкоголизмом в стране необходима комплексная государственная политика, которая бы обеспечивала эффективный контроль за производством и оборотом алкогольной продукции, имела бы широкую систему антиалкогольных мер, включающих первичную профилактику злоупотребления алкоголем и медико-социальных последствий пьянства, а также комплекс современных лечебно-реабилитационных мероприятий. Только в этом случае мы вправе рассчитывать на реальное улучшение демографической ситуации в стране в целом.



## Список использованной литературы

1. Аболонин, А. Ф. Аффективные расстройства у несовершеннолетних преступников-потребителей ПАВ, совершивших тяжкие преступления / А. Ф. Аболонин, С. И. Гусев, И. А. Жукова // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск, 2004. – С. 7—11.
2. Агарков, А. П. Психопатологические механизмы агрессивных общественно опасных деяний, совершенных больными шизофренией / А. П. Агарков, Т. В. Верховданова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 98—100.
3. Агафонова, С. С. Резидуальные психические расстройства при алкогольной зависимости, не исключающие вменяемости (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. С. Агафонова. – М., 2007. – 23 с.
4. Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – 464 с.
5. Агрессия и психические расстройства / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : ГНЦ ССП им. Сербского, 2006. – 374 с.
6. Агрессия и психическое здоровье населения Сибири : материалы межрегиональной научно-практической конференции / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск, 2006. – 214 с.
7. Алфимова, М. В. Психогенетика агрессивности / М. В. Алфимова, В. И. Трубников // Вопросы психологии. – 2000. – № 6. – С. 112—123.
8. Альтшулер, В. Б. Патологическое влечение к алкоголю : вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. – М. : Имидж, 1994. – С. 28—29.
9. Амбрумова, А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 44.
10. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 6—28.
11. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.
12. Амбрумова, А. Г. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Е. А. Чуркин. – М., 1980. – 16 с.

13. Амбрумова, А. Г. Предупреждение самоубийств / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. – М. : Академия МВД СССР, 1980. – 164 с.
14. Амбрумова, А. Г. Клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 203—209.
15. Амбрумова, А. Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова. – М., 1991. – 17 с.
16. Амбрумова, А. Г. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 26—38.
17. Амбрумова, А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1996. – № 4. – С. 14—19.
18. Анохин, Л. В. Общие закономерности развития суицидной ситуации в стране / Л. В. Анохин, И. Б. Бойко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 3. – С. 20—22.
19. Антонян, Ю. М. Преступность и психические аномалии / Ю. М. Антонян, С. В. Бородин. – М., 1987. – 207 с.
20. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдман – М., 1991. – 286 с.
21. Антонян, Ю. М. Преступное поведение и психические аномалии / Ю. М. Антонян, Е. В. Бородин – М. : Спарк, 1998. – 215 с.
22. Антонян, Ю. М. Патопсихологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами / Ю. М. Антонян, Т. Б. Дмитриева, В. В. Горинов, Б. В. Шостакович // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 4—9.
23. Антонян, Ю. М. Насилие. Человек. Общество / Ю. М. Антонян, – М., 2001.
24. Антонян, Ю. М. Криминологические черты агрессивного поведения // Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 33—45.
25. Афанасьева, Е. В. О значении алкогольной интоксикации при некоторых видах завершённых суицидальных действий / Е. В. Афанасьева, В. Н. Пронин, А. Л. Уткин // Научные труды Омского медицинского института. – Омск, 1980. – № 140. – С. 99—101.

26. Барденштейн, Л. М. Патологическая агрессия подростков / Л. М. Барденштейн, Ю. Б. Можгинский. – М., 2005. – 259 с.
27. Басс, А. Г. Психология агрессии / А. Г. Басс // Вопросы психологии. – 1967. – № 3 – С. 60—67.
28. Батуева, Н. Г. Клинические и этнокультуральные характеристики лиц с психическими расстройствами, совершивших агрессивные противоправные действия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Г. Батуева. – М., 2007. – 17 с.
29. Бачериков, Н. Е. Клинические аспекты суицидологии / Н. Е. Бачериков, П. Т. Згонников // Клиническая психиатрия. – Киев : Здоровье, 1989.
30. Белов, В. П. Дистимическо-дисфорические состояния травматического генеза в судебно-психиатрической практике / В. П. Белов, Л. И. Андрейченкова // Судебно-психиатрическая экспертиза, вопросы алкоголизма : сб. научных трудов. – М., 1979. – № 32. – С. 26—32.
31. Берковиц, Л. Агрессия : причины, последствия, контроль / Л. Берковиц. – СПб., 2001. – 461 с.
32. Бехтель, Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем / Э. Е. Бехтель – М. : Медицина, 1986. – 272 с.
33. Бецков, С. Г. Роль социально-психологических факторов в формировании агрессивного поведения у лиц с легкой умственной отсталостью / С. Г. Бецков // Серийные убийства и социальная агрессия. – Ростов-на-Дону, 1998. – С. 36—38.
34. Блэкборн, Р. Психология криминального поведения / Р. Блэкборн. – СПб. : Питер, 2004. – 196 с.
35. Боброва, И. Н. Особенности острых психотических состояний у лиц с сосудисто-органической патологией, совершивших ООД / И. Н. Боброва, Д. П. Демонова // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. – М., 1991. – С. 73—76.
36. Боева, А. В. Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии (на материалах общемедицинской лечебной сети) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Боева. – М., 2004. – 24 с.
37. Болотова, Е. В. Психические нарушения при остром отравлении суррогатами алкоголя // Вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. – М., 1990. – С. 99—100.

38. Бохан, Н. А. Роль коморбидных расстройств в клинической наркологии / Н. А. Бохан // *Материалы научно-практической конференции, посвященной 120-летию психиатрической и 25-летию наркологических служб Читинской области.* – Чита, 2005. – С. 97—102.
39. Бохан, Н. А. Эпидемиология, патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) / А. И. Мандель, И. А. Артемьев, Т. П. Ветлугина, А. В. Солонский, В. Д. Прокопьева, С. А. Иванова, Т. И. Невидимова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2006. – № 3 (42). – С. 25—31.
40. Бутома, Б. Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях / Б. Г. Бутома // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1992. – Вып. 2 – С. 122—126.
41. Бухановский, А. О. Психические расстройства у лиц, совершающих многоэпизодное (серийное) агрессивное сексуальное насилие / А. О. Бухановский, О. А. Бухановская // *Агрессия и психические расстройства* / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. – С. 215—262.
42. Бэрн, Р. Агрессия / Р. Бэрн, Д. Ричардсон. – СПб. : Питер, 2001. – 352 с.
43. Вандыш-Бубко, В. В. Проблемы экзогенно-органической психической патологии в судебной психиатрии / В. В. Вандыш-Бубко // *Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии.* – М., 1993. – С. 24—32.
44. Вандыш-Бубко, В. В. Значение клинко-нейрофизиологических корреляций для судебно-психиатрической оценки лиц, перенесших черепно-мозговую травму : пособие для врачей / В. В. Вандыш-Бубко, Ю. Л. Ражба. – М., 2001. – 36 с.
45. Вандыш-Бубко, В. В. Органическое психическое расстройство и агрессивность : принципы и некоторые модели судебно-психиатрической экспертизы / В. В. Вандыш-Бубко // *Психиатрия и общество.* – М., 2001. – С. 227—233.
46. Вандыш-Бубко, В. В. Насильственные действия лиц с органическими психическими расстройствами / В. В. Вандыш-Бубко, Е. С. Андреева, М. В. Кузьминова, М. С. Литвинцева, Н. В. Максимова, Ю. Л. Ражба, Д. М. Табеева, М. В. Усюкина // *Агрессия и психическое здоровье* / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 174—206.

47. Вандыш-Бубко, В. В. Экспертиза и профилактика агрессивного поведения лиц с органическими психическими расстройствами / В. В. Вандыш-Бубко, М. С. Литвинцева, М. В. Кузьмина, Ю. Л. Ражба, М. В. Усюкина // Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 404—410.
48. Вандыш-Бубко, В. В. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК РФ) : пособие для врачей / В. В. Вандыш-Бубко, Е. С. Андреева. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 40 с.
49. Вандыш-Бубко, В. В. Судебно-психиатрическая оценка органического личностного расстройства (клинико-нейрофизиологический критерий) : пособие для врачей / В. В. Вандыш-Бубко, Ю. Л. Ражба, Ю. А. Берсенева, И. Ю. Березина. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 32 с.
50. Васильева, Н. В. Психоорганический синдром и криминальное поведение / Н. В. Васильева // Актуальные проблемы пограничной психиатрии : материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). – СПб., 1998. – С. 198—199.
51. Вассерман, Л. И. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 13—21.
52. Верховданова, Т. В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Верховданова. – Томск, 2007. – 27 с.
53. Войцех, В. Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 14—20.
54. Войцех, В. Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22—27.
55. Войцех, В. Ф. Суицидология / В. Ф. Войцех. – М. : Миклош, 2007. – 280 с.
56. Войцех, В. Ф. Соотношение суицидальной и криминальной агрессии в амбулаторной психиатрической практике / В. Ф. Войцех, Е. М. Холодова, В. Е. Цупрун // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 13—20.

57. Волкотруб, Л. П. Эпидемиология суицидов в Республике Алтай / Л. П. Волкотруб, Э. Е. Докторова, С. А. Михайлова // Социальная медицина и организация здравоохранения. – М., 2005. – С. 46.
58. Гаймоленко, А. С. Роль алкогольного фактора в агрессивных криминальных действиях / А. С. Гаймоленко, Н. В. Говорин // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии Забайкалья : материалы научно-практической конференции. – Чита : Экспресс-издательство, 2005. – С. 191—194.
59. Гаймоленко, А. С. Некоторые детерминанты криминальной агрессии / А. С. Гаймоленко, Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 174—175.
60. Гаймоленко, А. С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии при психопатологических расстройствах : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. С. Гаймоленко. – Томск, 2008. – 25 с.
61. Гаймоленко, А. С. Атипичные формы острой алкогольной интоксикации в генезе криминальной агрессии / А. С. Гаймоленко, Н. В. Говорин // Охрана психического здоровья в демографической политике страны : материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Томской клинической психиатрической больницы. – Томск, 2008. – С. 84—87.
62. Гамаюнова, Т. Л. Клинико-возрастная динамика нарушений психического развития, диагностированных как умственная отсталость (по данным судебно-психиатрического катамнеза) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Л. Гамаюнова. – М., 2007 – 20 с.
63. Гацолаев, К. Б. Суицидальное поведение и другие виды девиаций при различных вариантах психопатий / К. Б. Гацолаев // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 177—184.
64. Гилинский, Я. Самоубийства в России. Население и общество / Я. Гилинский, Г. Румянцева // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека. – М. : ИНП РАН, 1998. – № 25.
65. Гилинский, Я. И. Девиантность и социальный контроль в России (XIX—XX вв.) : тенденции и социологическое осмысление / Я. И. Гилинский. – СПб. : Питер, 2000.
66. Гилод, В. М. Клинико-социальные и клинико-психопатологические характеристики вариантов суицида у пациентов кризисного стационара : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. М. Гилод. – М., 2003. – 24 с.

67. Гладышев, М. В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990—2003 гг.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Гладышев. – М., 2006. – 19 с.
68. Говорин, Н. В. Влияние фактора алкогольного опьянения на совершение умышленных убийств / Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов, Т. П. Злова, Я. А. Кошмелева // Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркомании : материалы областной научно-практической межведомственной конференции / под ред. проф. Н. В. Говорина – Чита : Поиск, 2001. – С. 109—111.
69. Говорин, Н. В. Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров, О. П. Ступина // Забайкальский медицинский вестник. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2006. – №4. – С. 15—20.
70. Говорин, Н. В. Алкогольный фактор в депопуляции и деградации населения России и Забайкалья / Н. В. Говорин. – Чита : Экспресс-издательство, 2007. – 22 с.
71. Говорин, Н. В. Взаимосвязь показателей насильственной смертности и наркологической заболеваемости в Забайкалье / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2007. – № 3 (46). – С. 16—19.
72. Говорин, Н. В. Насильственная смертность, алкоголизация и социально-экономическое положение населения Читинской области / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири : материалы межрегиональной научно-практической конференции – под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, проф. Н. В. Говорина. – Томск; Чита, 2007. – С. 48—51.
73. Говорин, Н. В. Структура алкоголизации и криминальная агрессия у здоровых и психически больных / Н. В. Говорин, А. С. Гаймоленко, Л. Т. Морозов // Забайкальский медицинский вестник. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2007. – № 2. – С. 18—20.
74. Говорин, Н. В. Факторная обусловленность криминальных агрессивных действий у психически больных, признанных вменяемыми / Н. В. Говорин, А. С. Гаймоленко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2007. – № 4 (47). – С. 107—109.
75. Говорин, Н. В. Некоторые личностные характеристики больных алкогольной зависимостью с суицидальными тенденциями / Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов, А. В. Сахаров // Дальневосточный медицинский журнал (Хабаровск). – 2008. – № 3. – С. 82—84.
76. Говорин, Н. В. Суицидальное поведение : типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск : Издательство «Иван Федоров», 2008. – 178 с.

77. Гольдштейн, Р. И. Причины смертности больных алкоголизмом / Р. И. Гольдштейн // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1985. – Вып. 8. – С. 1235—1238.
78. Гордова, Т. Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте / Т. Н. Гордова. – М. : Медицина, 1973. – 157 с.
79. Горинов, В. В. Агрессия, агрессивное поведение, криминальная агрессия лиц с психическими расстройствами / В. В. Горинов, Б. В. Шостакович // Агрессия и психические расстройства / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. – С. 11—37.
80. Горинов, В. В. Расстройства личности и криминальная агрессия / В. В. Горинов, Б. В. Шостакович, И. М. Ушакова, С. А. Васюков // Агрессия и психические расстройства / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. – С. 104—120.
81. Горшков, И. В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия / И. В. Горшков, В. В. Горинов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 2. – С. 25—31.
82. Горшков, И. В. Расстройства личности и агрессия / И. В. Горшков // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 5. – С. 68—73.
83. Гурьева, В. А. Клиническая и судебно-психиатрическая оценка агрессивного поведения у подростков, принципы реабилитации : метод. рекомендации / В. А. Гурьева, Е. В. Макушкин, Н. В. Вострокнутов. – М., 2000. – 44 с.
84. Гусева, М. В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Гусева. – СПб., 2006. – 20 с.
85. Двойнин, В. Н. Клинико-феноменологическая оценка агрессивных проявлений при шизофрении / В. Н. Двойнин // Дифференциальная диагностика психических расстройств. – М., 1991. – С. 30—33.
86. Двойнин, В. Н. Роль экзогении в системе факторов риска агрессивных действий больных / В. Н. Двойнин // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. – М., 1991. – С. 24—29.
87. Джафарова, Н. А. Клиника инициальных проявлений параноидной шизофрении у больных, совершивших общественно опасные деяния / Н. А. Джафарова // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 53—58.



88. Дмитриева, Т. Б. Клиническая нейрохимия в психиатрии / Т. Б. Дмитриева, А. З. Дроздов, Б. М. Коган. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998.
89. Дмитриева, Т. Б. Наркотическое и алкогольное опьянение : лечебно-диагностический и судебно-психиатрический аспекты : пособие для врачей / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко, А. Н. Кривенков, Н. Е. Кулагина. – М., 1998. – 176 с.
90. Дмитриева, Т. Б. Психопатология и агрессивное поведение : материалы XIII съезда психиатров России / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович – М., 2000. – С. 204.
91. Дмитриева, Т. Б. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка : руководство для врачей и психологов / Т. Б. Дмитриева, М. А. Качаева, Ф. С. Сафуанов. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2001. – 52 с.
92. Дмитриева, Т. Б. Социальный стресс и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий. – М., 2001. – 248 с.
93. Дмитриева, Т. Б. Клинико-социальная характеристика женщин с алкогольной зависимостью, совершивших противоправные действия / Т. Б. Дмитриева, А. А. Кирпиченко // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 30–32.
94. Дмитриева, Т. Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Вестник РАМН. – 2006. – № 8. – С. 18–22.
95. Доброгаева, М. С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. С. Доброгаева. – М., 1989. – 44 с.
96. Докучаева, О. Н. Общественно опасные деяния, совершаемые лицами с органическим поражением головного мозга / О. Н. Докучаева, С. П. Разумовская // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. – М., 1978. – С. 151–154.
97. Дубравин, В. И. Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Дубравин. – М., 2001. – 31 с.
98. Елисеев, И. М. Некоторые клинические аспекты суицидального поведения больных алкоголизмом / И. М. Елисеев, А. С. Пахтер, С. В. Синеон // Вопросы клиники, патогенеза и лечения алкоголизма : тр. Московского НИИ психиатрии. – М., 1980. – Т. 90. – С. 27–33.

99. Елисеев, И. М. Алкоголизм и аутоагрессия / И. М. Елисеев // Актуальные труды суицидологии : тр. Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – Т. 92. – С. 185—192.
100. Емельянов, В. П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями / В. П. Емельянов. – Саратов : Саратовский университет, 1980. – 97 с.
101. Ениколопов, С. Н. Агрессия и агрессивность насильственных преступлений / С. Н. Ениколопов. – М., 1984. – 115 с.
102. Жабо, Е. А. Клинические особенности постсуицидального периода у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга / Е. А. Жабо, Д. Ф. Хритинин // Вопросы наркологии. – 2004. – № 1. – С. 27—34.
103. Жардецкий, А. Н. Аутоагрессивное поведение обвиняемых (типология, судебно-психиатрическая оценка, прогноз) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Жардецкий. – М., 2003. – 28 с.
104. Жариков, Н. М. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема / Н. М. Жариков, А. Е. Иванова, Д. Б. Анискин // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1997. – Вып. 6. – С. 9—15.
105. Зиновьев, С. В. Суицид. Попытка системного анализа / С. В. Зиновьев. – СПб. : Сотис, 2002. – 144 с.
106. Иванец, Н. Н. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин, Н. В. Иванова // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1977. – Вып. 2. – С. 237—242.
107. Иванец, Н. Н. Наркология – предмет и задачи / Н. Н. Иванец // Лекции по клинической наркологии. – М. : Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. – С. 6—15.
108. Иванец, Н. Н. Типология алкоголизма / Н. Н. Иванец, Л. М. Савченко. – М., 1996. – 34 с.
109. Иващенко, О. И. Спектральные свойства ЭЭГ психопатических личностей с возбудимыми и тормозимыми чертами / О. И. Иващенко, Б. В. Шостакович, Е. М. Огарок // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 1. – С. 15—26.
110. Игонин, А. Л. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение / А. Л. Игонин, Ю. Б. Тузикова, Д. А. Иришкин // Наркология. – 2003. – № 3. – С. 50—58.
111. Канивец, Р. П. Клинико-психологические особенности больных хроническим алкоголизмом с суицидальными тенденциями профилактики суицидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. П. Канивец. – Харьков, 1992. – 26 с.

112. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия : пер. с англ. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.
113. Качаев, А. К. Клинические особенности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями / А. К. Качаев, П. М. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. – М., 1973. – № 4. – С. 47—50.
114. Качаев, А. К. К клинике и дифференциальной диагностике сложных форм простого опьянения / А. К. Качаев // Судебно-психиатрическая экспертиза : вопросы алкоголизма. – М., 1979. – С. 3—12.
115. Качаева, М. А. Влияние соотношения биологических и социальных факторов на формирование типов и механизмов агрессивных действий женщин с психическими расстройствами / М. А. Качаева, Д. М. Давыдов. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2000.
116. Кашинский, А. А. Анализ случаев завершённых суицидов при хроническом алкоголизме / А. А. Кашинский // Неврология и психиатрия : республиканский межведомственный сборник. – Киев : Здоровья, 1988. – Вып. 17. – С. 72—73.
117. Кернберг, О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / О. Кернберг. – М. : Класс, 1998. – 368 с.
118. Киренская, А. В. Взаимосвязь спектральных характеристик ЭЭГ и психологических аспектов predisпозиции к гомицидному поведению у лиц с органическим поражением головного мозга / А. В. Киренская, А. Б. Журавлев, В. В. Мямлин // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 6. – с. 32—38.
119. Киренская, А. В. ЭЭГ-исследование нейрофизиологических механизмов predisпозиции к гомицидному поведению у лиц с органическими психическими расстройствами / А. В. Киренская, А. Я. Гавриленко // Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 323.
120. Кириллова, Л. А. Клинические особенности атипичных состояний простого алкогольного опьянения у больных алкоголизмом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. А. Кириллова. – М., 1990. – 27 с.
121. Кирпиченко, А. А. Алкогольная зависимость у женщин с асоциальным поведением / А. А. Кирпиченко. – Витебск, 2003. – 171 с.
122. Киселева, О. А. Онтогенетический фактор агрессивного поведения во фрустрирующих ситуациях / О. А. Киселева // Социальная и судебная психиатрия : история и современность. – М., 1996. – С. 311—314.

123. Клименко, Т. В. Противоправная активность в состоянии острой алкогольной интоксикации (клинический и судебно-психиатрический аспекты) : пособие для врачей / Т. В. Клименко, А. Л. Игонин, Н. Ю. Олифиренко, Д. В. Дворнин. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 32 с.
124. Клименко, Т. В. Дифференцированный подход к экспертной судебно-психиатрической оценке лиц с алкогольной зависимостью / Т. В. Клименко, С. С. Агафонова // Социальные преобразования и психическое здоровье : материалы национального конгресса. – М., 2006. – С. 88.
125. Клименко, Т. В. К вопросу о систематике стойких психических расстройств при алкогольной зависимости / Т. В. Клименко, Д. В. Дворнин, А. А. Кирпиченко, С. С. Агафонова // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – М., 2007. – С. 33—34.
126. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. – М. : Генезис, 2001. – 478 с.
127. Коваленко, В. П. О суицидальных действиях больных хроническим алкоголизмом по данным статистического анализа архивных материалов / В. П. Коваленко // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 11. – С. 1696—1698.
128. Коваленко, В. П. Особенности формирования аутоагрессивного поведения у больных хроническим алкоголизмом / В. П. Коваленко // Казанский медицинский журнал. – Казань, 1986. – Вып. 4. – С. 282—284.
129. Кокарев, Е. Г. Общественно опасные действия психически больных в Республике Коми (клинико-эпидемиологический и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Г. Кокарев. – М., 1998. – 24 с.
130. Кондратьев, Ф. В. Системно-структурный анализ расстройств поведения как метод диагностики в психиатрии / Ф. В. Кондратьев // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. – М., 1990.
131. Кондратьев, Ф. В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных / Ф. В. Кондратьев // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 33—42.
132. Кондратьев, Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости / Ф. В. Кондратьев // Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. – С. 18—28.

133. Конончук, Н. В. О суицидальных попытках при депрессиях / Н. В. Конончук // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Вып. 4. – С. 76—80.
134. Корнилова, С. В. Агрессивное поведение и общественная опасность лиц, страдающих эпилепсией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Корнилова. – Томск, 2007. – 19 с.
135. Коровин, А. М. Самоубийства и потребление водки в Европейской России с 1803 по 1912 год / А. М. Коровин. – СПб., 1916.
136. Костахдов, Э. А. Изменение функций коры больших полушарий под влиянием алкоголя / Э. А. Костахдов, Ю. Л. Арзуманов, Т. Н. Решикова, Г. С. Шостакович // Биологические основы алкоголизма / под ред. Г. В. Морозова. – М., 1984. – С. 111—123.
137. Кошкина, Е. А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе / Е. А. Кошкина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 89—91.
138. Крыжановская, Л. А. Особенности суицидального поведения в США / Л. А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97—105.
139. Кудрявцев, И. А. Соотношение агрессивности и уровня экскреции моноаминов и их метаболитов у здоровых испытуемых / И. А. Кудрявцев, Б. М. Коган, А. З. Дроздов, Н. А. Ратинова // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 25—28.
140. Кудрявцев, И. А. Криминальная агрессия / И. А. Кудрявцев, Н. А. Ратинова. – М., 2000.
141. Кузнецов, В. Е. Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии : психиатрический и междисциплинарный аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Е. Кузнецов. – М., 1987. – 23 с.
142. Кутько, И. И. Суицидальные действия у больных алкоголизмом / И. И. Кутько, В. И. Бухреев, Н. М. Ситченко // Неврология и психиатрия : республиканский межведомственный сборник. – Киев : Здоровья, 1988. – Вып. 17. – С. 70—72.
143. Лазарева, И. И. Значение органического поражения головного мозга в формировании криминального поведения у несовершеннолетних / И. И. Лазарева // Материалы XV научных Кербиковских чтений. – М., 2004. – С. 123—127.
144. Лазарева, И. И. Судебно-психиатрические критерии применения положений ст. 22 УК РФ к несовершеннолетним обвиняемым с церебрально-органической патологией / И. И. Лазарева // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 38—44.

145. Лазебник, А. И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Лазебник. – М., 2000. – 25 с.
146. Лапин, И. А. Факторы риска повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Лапин. – М., 2005. – 28 с.
147. Лаукс, Г. Психофармакология суицидальности / Г. Лаукс // *Pharmedicum*. – 1996. – № 1. – С. 6—7.
148. Лацис, И. В. Деструктивное поведение у подростков-правонарушителей с психическими аномалиями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лацис И. В. – М., 2003. – 22 с.
149. Леенарс, А. А. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов / А. А. Леенарс, Д. Лестер, А. А. Лопатин // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2002. – Т. 12, вып. 3. – С. 22—28.
150. Леонова, Т. В. Типология органического личностного расстройства у обвиняемых (по данным клинико-катамнестического исследования) / Т. В. Леонова, В. В. Вандыш-Бубко, Ю. А. Берсенева, Е. Н. Музыченко // *Судебная психиатрия. Расстройство личности*. – М., 2006. – Вып. 3. – С. 12—22.
151. Литвинцева, М. С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. С. Литвинцева. – М., 1977. – 16 с.
152. Лопатин, А. А. Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири / А. А. Лопатин // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2000. – Т. 10, № 3. – С. 26—30.
153. Лопатин, А. А. Суициды и парасуициды (клинико-эпидемиологические и социально-организационные аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. А. Лопатин. – М., 2000.
154. Лоренц, К. Агрессия / К. Лоренц. – СПб., 2001.
155. Лушев, Н. Е. Прогнозирование суицидального риска больных алкоголизмом / Н. Е. Лушев // *Комплексные исследования в суицидологии*. – М., 1986. – С. 131—136.
156. Люсов, В. А. Заболеваемость населения России алкоголизмом и смертность от болезней системы кровообращения и других причин / В. А. Люсов, В. И. Харченко, М. В. Корякин // *Российский кардиологический журнал*. – 2008. – № 4 (72). – С. 79—92.
157. Максимова, Н. В. Криминальная агрессия лиц, страдающих органическим психическим расстройством (клинико-психопатологический и

- психофизиологический аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Максимова – М., 2003. – 23 с.
158. Мальцева, М. М. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика) / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М. : Медицина, 1995. – 256 с.
159. Мандель, А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири : автореф. дис. ... докт. мед. наук / А. И. Мандель. – Томск, 2000.
160. Мельник, В. И. Клинико-социальные характеристики женщин с психическими нарушениями органического (нейроинфекционного, травматического) генеза, совершивших общественно опасные действия : автореф. ... дис. ... канд. мед. наук / В. И. Мельник. – М., 1987. – 24 с.
161. Меринов, А. В. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом / А. В. Меринов, Д. И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 58—61.
162. Можгинский, Ю. Б. Проблема взаимодействия клинических и социальных аспектов агрессивного поведения подростков / Ю. Б. Можгинский // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 36—40.
163. Молин, Ю. А. Судебно-медицинская экспертиза повешения / Ю. А. Молин. – СПб. : НПО Мир и Семья, 1996.
164. Морозов, Г. В. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения : методические рекомендации / Г. В. Морозов, А. К. Качаев. – М., 1979. – 31 с.
165. Морозов, Г. В. Клиника алкогольного опьянения / Г. В. Морозов. – М., 1983. – 56 с.
166. Морозов, Г. В. Теоретические и методологические вопросы профилактики ООД психически больных / Г. В. Морозов, Б. В. Шостакович // Проблемы принудительного лечения психически больных. – М., 1987. – С. 3—24.
167. Морозов, Л. Т. Стандартизация личностного дифференциала / Л. Т. Морозов, Т. Г. Колчанова, А. С. Озорнин // Медицина завтрашнего дня : Материалы региональной межвузовской конференции студентов и молодых учёных. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2002. – С. 83—84.
168. Морозов, Л. Т. Субъективная констатация личностных черт: особенности психологической защиты и возможности диагностики наркоманической стадии / Л.Т. Морозов // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири: материалы межрегиональной на-

- учно-практической конференции / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, проф. Н. В. Говорина. – Томск; Чита, 2007. – С. 142—146.
169. Мохонько, А. Р. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия / А. Р. Мохонько, Е. Я. Щукина // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 275—284.
170. Назарова, Н. В. Психопатологические механизмы некоторых видов особо опасных агрессивных действий психически больных / Н. В. Назарова // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии. – М.: 1990. – с. 84—87.
171. Небеляев, А. М. К клинике простого алкогольного опьянения у лиц с органическим поражением ЦНС / А. М. Небеляев // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма: сборник научных трудов. – М., 1979. – Вып. 32. – С. 36—40.
172. Незнанов, Н. Г. Экспериментально-психологические аспекты профилактики агрессивного поведения / Н. Г. Незнанов, С. Л. Соловьева // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1996. – № 1. – С. 3—31.
173. Немцов, А. В. Потребление алкоголя и насильственные смерти / А. В. Немцов, А. К. Нечаев // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34—36.
174. Немцов, А. В. Потребление алкоголя и продолжительность жизни в России / А. В. Немцов, О. Н. Симонова // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 787—788.
175. Немцов, А. В. Алкогольный урон регионов России / А. В. Немцов. – М.: Nalex, 2003. – 136 с.
176. Немцов, А. В. Алкоголизм в России: история вопроса, современные тенденции / А. В. Немцов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 1. – С. 3—7.
177. Немцов, А. В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981—1998 гг. / А. В. Немцов // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53—60.
178. Немцов, А. В. Самоубийства и потребление алкоголя / А. В. Немцов // Демоскоп Weekly. – М., 2002. – № 73.
179. Нечаев, А. К. Влияние антиалкогольных мероприятий на некоторые наркологические показатели здоровья населения города Москвы в 1983—1990 годах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. К. Нечаев. – М., 1992. – 25 с.



180. Нечипоренко, В. В. Суицидология : вопросы клиники, диагностики и профилактики / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. – СПб., 2007. – 528 с.
181. Никаноров, А. И. Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (клинический и социально-психологический аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Никаноров. – Новосибирск, 1999. – 16 с.
182. Ниязов, И. Н. Клиническая и социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом, совершивших аутоагрессивные действия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Н. Ниязов. – Томск, 1992.
183. Нохуров, Б. А. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. А. Нохуров – М., 2005. – 26 с.
184. Нужный, В. П. Токсикологическая характеристика этилового спирта, алкогольных напитков и содержащихся в них примесей / В. П. Нужный // Вопросы наркологии. – 1995. – № 3. – С. 65—74.
185. Нужный, В. П. Механизмы развития, клинические формы и терапия соматической патологии при хронической алкогольной интоксикации / В. П. Нужный, П. П. Огурцов // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: ИД «Медпрактика», 2002. – Т. 1. – С. 83—119.
186. Нужный, В. П. Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации / В. П. Нужный // Алкогольная болезнь. – ВИНТИ РАН. – М., 2004. – № 5—6.
187. О состоянии рынка алкогольной продукции и некоторых последствиях, связанных с употреблением алкоголя : статистический сборник. – Чита : Читастат, 2007. – С. 25.
188. Олифиренко, Н. Ю. Дифференцированный судебно-психиатрический подход к оценке острой алкогольной интоксикации / Н. Ю. Олифиренко // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 6. – С. 38—41.
189. Олифиренко, Н. Ю. Патокинетические закономерности развития атипичных форм острой интоксикации алкоголем / Н. Ю. Олифиренко // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 32—37.
190. Опенко, Т. Г. Суициды, парасуициды и алкоголь / Т. Г. Опенко, М. Г. Чухрова, В. М. Аврукин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1 (44). – С. 17—19.

191. Панченко, Е. А. Особенности суицидального поведения в современном обществе / Е. А. Панченко // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 125—126.
192. Пархоменко, И. М. Динамика судебно-психиатрических подходов при оценке органических психических расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. М. Пархоменко. – М., 1999.
193. Пащенко, И. Е. Клинико-социальные особенности и различия суицидального поведения у психически больных коренных жителей Кубани и мигрантов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Е. Пащенко. – М., 2003. – 20 с.
194. Пелипас В. Е. Суицидальные проявления в клинике психопатий / В. Е. Пелипас // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1971. – С. 166—168.
195. Пелипас, В. Е. Вопросы алкогольной политики / В. Е. Пелипас, М. Г. Цейтлин // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М. : ИД «Медпрактика», 2002. – Т. 1. – С. 464—484.
196. Пелипас, В. Е. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) / В. Е. Пелипас, Л. Д. Мирошниченко, Б. П. Калачев // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 804—805.
197. Петровский, А. В. Краткий психологический словарь / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. – М.: Политиздат, 1985. – 341 с.
198. Печерникова, Т. П. О профилактике повторных социально опасных действий больных, перенесших острые алкогольные психозы / Т. П. Печерникова, Г. И. Шостакова // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1975. – № 24. – С. 14—21.
199. Печерникова, Т. П. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемых : пособие для врачей и медицинских психологов / Т. П. Печерникова, Ф. С. Сафуанов. – М., 2003. – 40 с.
200. Пищикова Л. Е. Психические расстройства у больных алкоголизмом, признанных невменяемыми, и их принудительное лечение : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Е. Пищикова. – М., 1997. – 24 с.
201. Положий, Б. С. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности алкоголизма и алкогольных психозов на Дальнем Востоке: аналитический обзор / Б. С. Положий, С. М. Мостовой. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. – 32 с.

202. Положий, Б. С. Особенности суицидального поведения сельского населения Удмуртии / Б. С. Положий, А. И. Лазебник // *Российский психиатрический журнал*. – 2006. – № 5. – С. 17—20.
203. Положий, Б. С. Региональные особенности распространенности суицидов в России / Б. С. Положий // *Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии*. – М., 2006. – С. 129—130.
204. Положий, Б. С. Транскультуральные аспекты суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии / Б. С. Положий, А. И. Лазебник // *Российский психиатрический журнал*. – 2002. – № 1. – С. 55—61.
205. Попик, И. Г. Особенности постсуицидального периода у лиц с различным состоянием психического здоровья : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Г. Попик. – СПб., 2002. – 26 с.
206. Попова, А. П. Судебно-психиатрическая оценка лиц с алкогольной зависимостью, совершивших противоправные действия : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. П. Попова. – М., 2008. – 14 с.
207. Постовалова, Л. И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей / Л. И. Постовалова // *Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии*. – М., 1984. – С. 26—35.
208. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом / Г. Т. Кра-сильников, А. Л. Косачев, Я. А. Горбатовский, Б. Г. Каширин, А. Н. Басов // *Журн. невропатологии и психиатрии*. – 1984. – Вып. 2. – С. 254—256.
209. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями : методические рекомендации / Н. В. Конончук и др. – Л., 1983. – 27 с.
210. Разводовский, Ю. Е. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и убийствами / Ю. Е. Разводовский // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2006. – № 1. – С. 5—9.
211. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и смертность : эпидемиологический аспект / Ю. Е. Разводовский // *Российский психиатрический журнал*. – 2002. – № 1. – С. 35—42.
212. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и суициды : популяционный уровень взаимосвязи / Ю. Е. Разводовский // *Журн. неврологии и психиатрии*. – 2004. – Вып. 2. – С. 49.
213. Реан, А. А. Агрессия и агрессивность личности / А. А. Реан // *Психологический журнал*. – 1996. – № 5. – С. 3—18.

214. Ржевская, Н. К. Криминальная агрессия лиц с умственной отсталостью (структура, факторы риска, первичная психопрофилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. К. Ржевская. – М., 2007. – 18 с.
215. Ржевская, Н. К. Криминальная агрессия психически больных в различные периоды социально-экономического развития России / Н. К. Ржевская, В. А. Руженков // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 1. – С. 31—35.
216. Румянцева, Т. Г. Агрессия : проблемы и поиски в западной философии и науке / Т. Г. Румянцева. – М., 1991. – С. 89—133.
217. Садовская, А. В. Серийные убийства и социальная агрессия / А. В. Садовская, С. Н. Ениколопов // Материалы II Международной конференции. – Ростов-на-Дону, 1998. – С. 35—43.
218. Самовичев, Е. Г. Психологическая этиология убийства / Е. Г. Самовичев // Психологический журнал. – 2002. – № 5. – С. 49—59.
219. Сафуанов, Ф. С. Психологические механизмы агрессивных действий, совершенных в состоянии алкогольного опьянения больными алкоголизмом / Ф. С. Сафуанов, Е. Ю. Иконникова, Т. Н. Филимонова, А. Л. Игонин // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 3. – С. 3—37.
220. Сафуанов, Ф. С. Психологическая типология криминальной агрессии / Ф. С. Сафуанов // Психологический журнал. – 1999. – № 6. – С. 24—35.
221. Сафуанов, Ф. С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях : диагностические и экспертные оценки : информационно-аналитический обзор / Ф. С. Сафуанов. – М., 2002. – 64 с.
222. Сахаров, А. В. Медико-социальные аспекты суицидальных попыток в городе Чите / А. В. Сахаров, О. В. Быкова, О. П. Третьякова // Материалы юбилейной 60-й итоговой научной конференции студентов и молодых учёных. – Хабаровск : ДВГМУ, 2003. – С. 141—142.
223. Сахаров, А. В. Анализ завершённых суицидов в Чите за период с 1994 по 2002 годы / А. В. Сахаров, В. М. Пархоменко // Забайкальский медицинский вестник. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – № 2. – С. 10—12.
224. Сахаров, А. В. Статистические, структурные и клинические аспекты завершённых суицидов в г. Чите / А. В. Сахаров // Молодёжь Забайкалья : творчество и прогресс : тез. докл VIII международной научно-практической конференции. – Чита : ЧитГУ, 2004. – Ч. II. – С. 192—195.

225. Сахаров, А. В. Некоторые медико-социальные аспекты суицидального поведения в г. Чите / А. В. Сахаров // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии Забайкалья : материалы научно-практической конференции. – Чита : Экспресс-издательство, 2005. – С. 320—324.
226. Сахаров, А. В. Некоторые клинико-эпидемиологические аспекты завершённых суицидов в Чите / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 245—246.
227. Сахаров, А. В. Роль алкогольного фактора в суицидогенезе / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 131—132.
228. Сахаров, А. В. Алкогольный фактор и суицидальное поведение в Восточном Забайкалье / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин, О. П. Ступина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 2 (45). – С. 115—118.
229. Сахаров, А. В. Клинико-эпидемиологические аспекты парасуицидов в городе Чите / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Дальневосточный медицинский журнал (Хабаровск). – 2007. – № 3. – С. 57—58.
230. Сахаров, А. В. Роль алкогольного опьянения при выборе способа суицидального поведения / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири : материалы межрегиональной научно-практической конференции / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, проф. Н. В. Говорина. – Томск; Чита, 2007. – С. 195—197.
231. Сахаров, А. В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Сахаров. – Томск, 2007.
232. Сахаров, А. В. Вклад алкогольного фактора в насильственную смертность в Забайкальском крае / А. В. Сахаров // Актуальные вопросы охраны здоровья населения регионов Сибири : материалы научно-практической конференции молодых ученых (Красноярск, 3 июня 2008 г.) / под ред. В. Т. Манчука, С. В. Смирновой. – Красноярск, 2008. – С. 112—114.
233. Семке, В. Я. Влияние алкогольного и наркотического опьянения на проявление агрессии и реализацию преступного поведения / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева, О. И. Трифонов // Агрессия и психическое здоровье населения Сибири : материалы межрегиональной научно-практической конференции / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск; Новосибирск, 2006. – С. 147—154.

234. Семке, В. Я. Невротические пути агрессии / В. Я. Семке, Д. Г. Платонов, В. Э. Новиков. – Томск; Кемерово, 2006. – 246 с.
235. Семке, В. Я. Алкогольная болезнь у заключенных в гендерном и онтогенетическом преломлении / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева // Пенитенциарная психология и психопатология : руководство в двух томах / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 2. – С. 273—300.
236. Семке, В. Я. Социально-психологические механизмы криминального поведения / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева // Пенитенциарная психология и психопатология : руководство в двух томах / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – Москва; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 1 – С. 320—344.
237. Сливко, К. Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Ю. Сливко. – Владивосток, 2003. – 22 с.
238. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. – М. : Берг, 2000.
239. Соловьева, С. Л. Агрессивное поведение как психологическая категория деятельности / С. Л. Соловьева // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. – СПб., 1999. – С. 45—50.
240. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
241. Стаценко, А. Н. Агрессивное поведение у подростков и его особенности при пограничных психических заболеваниях / А. Н. Стаценко // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1988. – Вып. 6. – С. 90—93.
242. Столяров, А. В. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий / А. В. Столяров, А. Д. Борохов, Е. К. Жаманбаев // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Вып. 2. – С. 55—58.
243. Тихоненко, В. А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение / В. Л. Тихоненко // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 3. – С. 21—24.
244. Трайнина, Е. Г. Аутоагрессивные проявления и вторичные психопатозы в клинике алкоголизма и токсикомании / Е. Г. Трайнина // Труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – Т. 92. – С. 195—203.
245. Трайнина, Е. Г. Клиника и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманией / Е. Г. Трайнина // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983 – С. 121—128.

246. Трайнина, Е. Г. Комплексные исследования в наркологической суицидологии / Е. Г. Трайнина // Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 118—123.
247. Трайнина, Е. Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями : методические рекомендации / Е. Г. Трайнина. – М., 1987. – С. 3—7.
248. Трайнина, Е. Г. Наркологические аспекты суицидологии : методические рекомендации / Е. Г. Трайнина. – М., 1990.
249. Трошкина, Е. И. Психическое здоровье подростков, совершивших противоправные действия (по данным амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. И. Трошкина. – Томск, 2008. – 25 с.
250. Усюкина, М. В. Агрессивные проявления у лиц с психопатоподобными расстройствами различного генеза / М. В. Усюкина, С. В. Кожемякин // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии. – М., 1990.
251. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – <http://www.gks.ru>
252. Френкель, А. Я. К вопросу клиники, дифференциальной диагностики и судебно-психиатрической оценки состояний опьянения у больных хроническим алкоголизмом / А. Я. Френкель // Проблемы алкоголизма / под ред. Г. В. Морозова. – М. : Медицина, 1970. – С. 226—228.
253. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М., 1994. – 447 с.
254. Харитоновна, Н. К. Криминальная агрессия и личностная патология у женщин / Н. К. Харитоновна, В. И. Васянина // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 1. – С. 22—25.
255. Хачатурян, А. М. Клинико-социальный анализ криминогенной активности больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы / А. М. Хачатурян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 50—56.
256. Христофоров, С. Н. Особенности суицидального поведения у лиц, больных алкоголизмом, осложненным употреблением суррогатов алкоголя : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Н. Христофоров. – СПб., 1994.
257. Чарторижская, Н. Н. Алкогольная болезнь в структуре летальности в лечебных учреждениях Забайкальского края за период 2003—2007 г. / Н. Н. Чарторижская, В. П. Сmealов // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной

- 55-летию ЧГМА (Чита, 1—2 октября 2008 г.). – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2008. – С. 273—274.
258. Чуркин, Е. А. Психические нарушения при острых интоксикациях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Чуркин. – М., 1989. – 46 с.
259. Шостакович, Б. В. Психические расстройства и преступность / Б. В. Шостакович // Механизмы человеческой агрессии. – М. : ВНИИ МВД РФ, 2000. – С. 150—159.
260. Шостакович, Б. В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология : постановка проблемы / Б. В. Шостакович, В. В. Горинев // Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 10—23.
261. Шостакович, Б. В. Личностные расстройства и криминальная агрессия. Коррекция и профилактика насильственного поведения психопатических личностей / Б. В. Шостакович, В. В. Горинев, И. В. Горшков, Л. О. Пережогин // Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – С. 206—224, 410—416.
262. Шустов, Д. И. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) / Д. И. Шустов, Ю. В. Валентик // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86—93.
263. Шустов, Д. И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью : пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д. И. Шустов, А. В. Меринов. – М., 2000.
264. Шустов, Д. И. Алкоголизм как аутоагрессивное заболевание / Д. И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 38—43.
265. Шустов, Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.
266. Щербакова, Е. Несмотря на снижение в 2005—2007 годах уровень убийств на фоне показателей других стран остается крайне высоким / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2007. – № 313.
267. Юрьева, Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – М. : Медицина, 2001.
268. Яковлева, С. В. Суицидальные попытки путем самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Яковлева. – М., 2003. – 21 с.



269. Abroms, B. D. Alcohol-induced impairment of behavioral control : effects on the alteration and suppression of prepotent responses / B. D. Abroms, M. T. Fillmore, C. A. Marczynski. – Lexington : Department of Psychology, University of Kentucky, 2005.
270. Adler, H. Characteristics of repeat killers in Sweden / H. Adler, L. Lidberg // *Crim. Behav. Ment. Health.* – 1995. – Vol. 5, № 2. – P. 9—13.
271. Archer, J. Testosterone and human aggression : an evaluation of the challenge hypothesis / J. Archer // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2006. – Vol. 30, № 3. – P. 319—345.
272. Archer, J. Testosterone and human aggression : an evaluation of the challenge hypothesis / J. Archer // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2006. – Vol. 30, № 3. – P. 319—345.
273. Begiannaki, J. D. Seasonality of suicides : biological, environmental and social aspects / J. D. Begiannaki // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 56.
274. Berglund, M. Suicide in Alcoholism. A prospective study of 55 cases with autopsy finding / M. Berglund, P. Krantz, G. Lundqvist // *Acta Psych. Scand.* – 1987. – Vol. 76, № 4. – P. 381—385.
275. Berkowitz, L. The Frustration-Aggression Hypothesis Revisited // *The Roots of Aggression. A Reexamination of the Frustration-Aggression Hypothesis* / L. Berkowitz. – New York, 1969. – P. 156—170.
276. Bokhoven, I. Salivary testosterone and aggression, delinquency, and social dominance in a population-based longitudinal study of adolescent males / I. Bokhoven, S. H. van Goozen, H. van Engeland // *Horm. Behav.* – 2006. – Vol. 50, № 1. – P. 118—125.
277. Buss, A. H. The psychology of aggression / A. H. Buss. – New York : Willey, 1961.
278. Butcher, J. N. Personality factors in drug addiction / J. N. Butcher. – *NI-DA Res Monogr.* – 1989. – P. 87—92.
279. Caces, P. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984—1987 / P. Caces, T. Harford // *J. Studies Alcohol.* – 1998. – Vol. 59. – P. 455—461.
280. Carey, G. Twin imitation for antisocial behavior : implication for genetic and family environment research / G. Carey // *Journal of Abnormal Psychology.* – 1992. – Vol. 101, № 1. – P. 18—25.
281. Chick, J. Treatment of alcoholic violent offenders : ethics and efficacy / J. Chick // *Alcohol.* – 1998. – Vol. 33, № 1. – P. 20—25.

282. Collins, J. J. Acute and chronic effects of alcohol use on violence / J. J. Collins, W. E. Schlenger // *J. Stud. Alcohol.* – 1988. – Vol. 49, N 6. – P. 516—521.
283. Conner, K. Violence, alcohol and completed suicide : a case-control study / K. Conner, C. Cox, P. Duberstein // *Amer. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158 (10). – P. 1701—1705.
284. Cunningham, R. L. Psychological provocation of pubertal anabolic androgenic steroid exposed male rats elicits aggression towards females / R. L. Cunningham, M. Y. McGinnis // *Horm. Behav.* – 2006. – Vol. 50, № 3. – P. 410—416.
285. DiLalla, L. F. Biological and genetic contributors to violence / L. F. DiLalla, I. I. Gottesman // *Psychological Bulletin.* – 1991. – Vol. 109, № 1. – P. 125—132.
286. Dollard, J. Frustration and Aggression / J. Dollard, L. Doob, N. E. Miller, H. O. Mowrer, R. R. Sears. – New Haven Yale, 1939.
287. Edwards, G. Alcohol policy and the public good / G. Edwards. – Oxford : Oxford University, Press, 1994.
288. Eisenberg, L. Violence and the mentally ill : victims, not perpetrators / L. Eisenberg // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62 (8) – P. 825—826.
289. Filipovic, S. Resilient of adolescents from alcoholic families / S. Filipovic, R. Panoski, P. Nastasic // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 188.
290. Frances, R. J. Suicide and alcoholism / R. J. Frances, J. Franklin, D. K. Flavin // *J. Drug Alcohol Abuse.* – 1987. – Vol. 13. – P. 327—341.
291. Galanter, M. Self-destructive behavior in the substance abuse / M. Galanter, R. Castaneda // *Psychiatry Clin. North.* – 1985. – Vol. 8. – P. 251—261.
292. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism / C. R. Cloninger, S. Sigvardsson, S. B. Gilligan, A. L. von Knorring, M. Bohman // *Adv. Alcohol. and Subst. Abuse.* – 1988. – Vol. 7, N 3—4. – P. 3—16.
293. Gerra, G. Neurotransmitter-neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans : influence of personality variable / G. Gerra, A. Zaimovic, P. Avanzini // *Psychiatry Research.* – 1997. – Vol. 66. – P. 33—43.
294. Giesbrecht, N. Reducing risks associated with drinking among young adults : promoting knowledge based perspectives and harm reduction strategies / N. Giesbrecht // *Addiction.* – 1999. – № 94. – P. 353—355.

295. Graham, K. Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression / K. Graham, K. E. Leonard, R. Room, T. C. Wild, R. O. Pihl // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 1997. – Vol. 21 (7). – P. 1264—1271.
296. Grunewald, P. Suicide rates and alcohol consumption in the US, 1970—1989 / P. Grunewald, W. Polincki, P. Mitchell // *Addiction.* – 1993. – Vol. 90. – P. 1063—1075.
297. Hallman, J. Personality disorders according to DSM-III-R and thrombo-cyte monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholics / J. Hallman, L. von Knorring, L. Orelund // *J. Stud. Alcohol.* – 1996. – Vol. 57 (2). – P. 155—161.
298. Hesselbrock, V. M. Alcoholism and subtypes of antisocial personality disorder / V. M. Hesselbrock, M. N. Hesselbrock // *Alcohol Alcohol Suppl.* – 1994. – № 2. – P. 479—484.
299. Hesselbrock, V. M. Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality / V. M. Hesselbrock, M. N. Hesselbrock, J. R. Stabenau // *J. Stud. Alcohol.* – 1985. – Vol. 46 (1). – P. 59—64.
300. Hibbeln, J. R. Essential fatty acids predict metabolites of serotonin and dopamine in cerebrospinal fluid among healthy control subjects, and early- and late-onset alcoholics / J. R. Hibbeln, M. Linnoila, J. C. Umhau // *Biol. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 44 (4). – P. 235—242.
301. Hooton, E. A. *Crime and the man* / E. A. Hooton. – Cambridge, 1939.
302. Hutton, H. E. Ethnic differences on the MMPI over controlled hostility scale / H. E. Hutton, M. H. Miner, J. R. Blades, V. C. Langfeldt // *J. Personality Assessment.* – 1992. – Vol. 58, № 2. – P. 260—268.
303. Jenaway, A. Triplets where monozygotic siblings are concordant for arson / A. Jenaway, M. Swinton // *Medicine, Science & the Law.* – 1993. – Vol. 33, № 4. – P. 351—353.
304. Klingemann, H. Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension / H. Klingemann // *WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol.* – Stockholm, 2000. – P. 60—68.
305. Knowlton, L. Scientists study serotonin markers for suicide prevention / L. Knowlton // *Psychiatric Times*, 1995. – Sept. – № 9.
306. Konradt, H. J. Toward a motivational theory of aggression and aggression inhibition / H. J. Konradt // *Determinants and Origins of Aggressive Behavior.* – Den Haag, 1974. – P. 45—52.
307. Kreitman, N. Risk factors for suicide and undetermined death among inpatient alcoholics in Scotland / N. Kreitman // *Addiction.* – 1993. – Vol. 88. – P. 757—766.

308. Krober, H. L. Psychiatric criteria of legal responsibility after the consumption of alcohol : the German situation / H. L. Krober // *Eur. Addict. Res.* – 1998. – № 4 (3). – P. 107—112.
309. Leenars, A. Suicide notes from Hungary and the United States / A. Leenars, S. Fekete, S. Wenekstern, P. Osvath // *Psych. Hungarica.* – 1998. – Vol. 13. – P. 146—159.
310. Leenars, A. The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and US / A. Leenars, B. Yang, D. Lester // *J. Clin. Psychol.* – 1993. – Vol. 49. – P. 918—921.
311. Leon, D. A. Huge variation in Russian Federation mortality rates 1984—1994 : artefact, alcohol, or what? / D. A. Leon // *Lancet.* – 1998. – № 350. – P. 383—388.
312. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland / P. Lunetta, A. Penttila, S. Sarna // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2001. – Vol. 25, N 11. – P. 1654—1661.
313. Luntz, B. K. Antisocial personality disorder in abused children grown up / B. K. Luntz, C. S. Widom // *American Journal of Psychiatry.* – 1994. – Vol. 151, № 5. – P. 670—674.
314. Madden, J. S. Alcohol and depression / J. S. Madden // *Brit. J. Hosp. Med.* – 1993. – Vol. 50, N 5. – P. 261—264.
315. Martin, S. E. The relationship of alcohol to injury in assault cases / S. E. Martin, R. Bachman // *Recent Dev Alcohol.* – 1997. – № 13. – P. 41—56.
316. McBride, W. J. CNS mechanisms of alcohol self-administration / W. J. McBride, J. M. Murphy, G. J. Gatto et al. // *Alcohol Alcoholism.* – 1993. – Suppl. 2. – P. 463—467.
317. McClelland, G. M. Alcohol intoxication and violent crime : implications for public health policy / G. M. McClelland, L. A. Teplin // *Amer. J. Addict.* – 2001. – № 10. – P. 70—85.
318. McDonald, D. L. Patterns of alcohol drug abuse and mental health administration / D. L. McDonald // *J. Amer. Med. Ass.* – 1986. – Vol. 256, № 23. – P. 3201.
319. Meloy, J. R. Empirical basis and forensic application affective and predatory violence / J. R. Meloy, N. Z. Aust // *J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 40, № 6—7. – P. 539—547.
320. Menezes, P. R. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London / P. R. Menezes // *British Journal of Psychiatry.* – 1996. – № 168. – P. 612—619.

321. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide / M. M. Henriksson, H. M. Aro, M. J. Martunen, M. E. Heikkinen, E. T. Isometsa, K. I. Kuoppasalmi, J. K. Lonquist // *Amer. J. Psychiatry.* – Vol. 150, N 6. – 1993. – P. 935—940.
322. Morgenstern, J. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population : prevalence rates and relation to alcohol typology variables / J. Morgenstern, J. Langenbucher, E. Labouvie, K. J. Miller // *J. Abnorm. Psychol.* – 1997. – № 106 (1). – P. 74—84.
323. Murphy, G. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism / G. Murhhi, D. Richard, R. Wetzel, L. McEvoy // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 49. – P. 459—463.
324. Myers, M. G. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse / M. G. Myers, D. G. Stewart, S. A. Brown // *Am. J. Psychiatry.* – 1998. – № 155. – P. 479—485.
325. Nace, E. P. Borderline personality disorder and alcoholism treatment : a one-year follow-up study / E. P. Nace, J. J. Saxon, Jr. N. Shore // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47 (3). – P. 196—200.
326. Norstrom, T. Alcohol and Suicide in Scandinavia / T. Norstrom // *Brit. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83, № 5. – P. 553—559.
327. Olweus, D. Personality and aggression / D. Olweus // *Nebraska Symposium on Motivation.* – Lincoln, Nebraska, 1972. – P. 88—100.
328. Pajork, F. G. Long-term follow – up after severe suicide attempt by multiple blunt trauma / F. G. Pajork, S. Puchholtz, C. Waldhos // *J. European Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20, № 2. – S. 115—120.
329. Parrott, D. J. Effects of alcohol, personality, and provocation on the expression of anger in men : a facial coding analysis / D. J. Parrott, A. Zeichner, D. Stephens / *Exp. Clin. Psychopharmacol.* – 2003. – Vol. 11, N 2. – P. 158—166.
330. Pillmann, F. Acute effects of alcohol and chronic alcoholism as causes of violent crime / F. Pillmann, S. Ullrich, S. Draba, U. Sannemüller, A. Marneros // *Nervenarzt.* – 2000. – P. 715—721.
331. Pinto, E. The short allele of the serotonin transporter promoter polymorphism influences relapse in alcohol dependence / E. Pinto, P. Gorwood, J. Reggers, D. Kaira // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – S. 47.
332. Pivac, N. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and platelet serotonin concentration in depressed patients / N. Pivac, M. Jakovljevič, D. Muck-Seler // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 73, N 3. – P. 123—132.

333. Poldrago, F. Alcohol and criminal behavior / F. Poldrago // Alcohol. – 1998. – Vol. 33, № 1. – P. 12—15.
334. Porma, A. Cortisol Moderates the Relationship between Testosterone and Aggression in Delinquent Male Adolescents / A. Porma, R. Vermeiren, C. A. Geluk // Biol. Psychiatry. – 2006. – Vol. 31.
335. Praag, H. M. Past expectations, present disappointments, future hopes or psychopathology as the rate limiting step of progress in psychopharmacology / H. M. Praag // Hum. Psychopharm. Clin. Exp. – 2001. – Vol. 16. – P. 3—8.
336. Praag, H. M. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия : попытки распутать гордиев узел // Медикография. – 1998. – Т. 20, № 2. – С. 27—35.
337. Prescott, C. A. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins / C. A. Prescott, K. S. Kendler // Amer. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, N 1. – P. 34—40.
338. Preti, A. Social and economical influence on suicide / A. Preti // Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts. – Athens, 1996. – P. 59.
339. Rehn, N. Unhealthy consequences of alcohol consumption in Europe / N. Rehn // Voprosy narcologiyi Kazahstana. – 2002. – Vol. 2, № 1. – P. 67—76.
340. Rilke, O. Differences on whole blood serotonin levels based on a typology of parasuicide / O. Rilke, C. Safar, M. Israel et al. // Neuropsychobiology. – 1998. – Vol. 38, N 2. – P. 70—72.
341. Robinson, A. D. Problem Drinking and Parasuicide / A. D. Robinson // Brit. J. Addict. – 1989. – Vol. 84, № 7. – P. 711.
342. Rossow, I. Regional analysis of alcohol and suicide in Norway : some empirical considerations / I. Rossow // Suic. Life Theat. Behav. – 1995. – Vol. 147, N 6. – P. 401—409.
343. Roy, A. Characteristics of alcoholics who attempt suicide among / A. Roy, D. Lamparski, J. DeJong, V. Moore, M. Linnoila // J. Psychiatry. – 1990. – V. 147, N 6. – P. 761—765.
344. Roy, A. Genetics, biology and the family / A. Roy, R. W. Maris, A. L. Berman // Assessment and prediction of suicide. – New York : Guilford Press, 1992. – P. 574—588.
345. Rubio, G. Antagonists in the treatment of alcoholism an update / G. Rubio, M. A. Jimenez-Arriero // J. European Psychiatry. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – S. 40.

346. Rujescu, D. Genetic association studies of aggression – related genes / D. Rujescu // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 49.
347. Sarchiapone, M. Risk factors and vulnerability to suicidal behavior / M. Sarchiapone, A. Marusic, V. Carli, C. Cuomo // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 48—49.
348. Schmidtke, A. Changing patterns of suicide attempts in Europe / A. Schmidtke, D. Wasserman, C. Lohn // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35.
349. Schukit, M. A. Alcoholic patients with secondary depression / M. A. Schukit // *J. Psychiatry*. – 1983. – Vol. 140. – P. 711—714.
350. Schukit, M. A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts / M. A. Schukit // *J. Stud. Alcohol*. – 1986. – Vol. 47, № 1. – P. 78—81.
351. Sher, K. J. Personality and disinhibitory psychopathology : alcoholism and antisocial personality disorder // K. J. Sher, T. J. Trull // *J. Abnorm. Psychol*. – 1994. – Vol. 103, N 1. – P. 92—102.
352. Simon, N. G. Hormonal pathways regulating intermale and interfemale aggression / N. G. Simon, Q. Mo, S. Hu // *Int. Rev. Neurobiol*. – 2006. – Vol. 73. – P. 99—123.
353. Sjogren, H. Role of alcohol in unnatural deaths : a study of all deaths in Sweden / H. Sjogren, A. Eriksson, K. Ahim // *Alcohol Clin. Exp.* – 2000. – Vol. 24, N 7. – P. 1050—1056.
354. Soma, K. K. Testosterone and aggression / K. K. Soma // *J. Neuroendocrinol*. – 2006. – Vol. 18, № 7. – P. 543—551.
355. Spijker, J. Does duration of depression predict suicidality / J. Spijker, M. Ten Have, R. De Grant // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – S. 52—53.
356. Sutker, P. B. Psychopathy : traditional and clinical antisocial concepts / P. B. Sutker // *Progress in Experimental Personality & Psychopathology research*. – 1994. – P. 73—120.
357. Trainor, B. C. Individual differences in estrogen receptor alpha in select nuclei are associated with individual differences in aggression / B. C. Trainor, K. M. Greiwe, R. J. Nelson // *Horm. Behav*. – 2006. – Vol. 50, № 2. – P. 338—345.
358. Warnke, A. Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in stationärer Behandlung / A. Warnke, H. J. Friese, Ch. Wewetzer // *Suizidologie : Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten*. – Regensburg : Roderer Verlag, 1996. – Band 4. – S. 24—36.

359. Wasserman, D. Diminishing alcohol consumption is the most effective suicide preventive program in modern history for males / D. Wasserman, A. Varnik, K. Kolves // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 36.
360. Wells, E. A. Race differences in antisocial behaviors and attitudes and early initiation of substance use / E. A. Wells, D. M. Morrison, M. R. Gillmore, R. F. Catalano, B. Iritani, J. D. Hawkins // *Journal of Drug Education*. – 1992. – Vol. 22, № 2. – P. 115–130.
361. Welte, J. W. Alcohol, intelligence and violent crime in young males / J. W. Welte, W. F. Wieczorek // *J. Subst. Abuse*. – 1998. – Vol. 10, N 3. – P. 309–319.
362. Wender, P. Psychiatric disorders in biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders / P. Wender, S. Kety, D. Rosenthal // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43. – P. 923–929.
363. Whitters, A. C. Suicide attempts in antisocial alcoholics / A. C. Whitters, R. J. Cadoret, E. Troughton // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1987. – Vol. 175, № 10. – P. 624–626.
364. Winokur, G. Alcoholism and depression in the family / G. Winokur, D. W. Goodwin, C. K. Erickson // *Alcoholism and Affective Disorders : Clinical, Genetic and Biochemical Studies*. – N. Y. : Spectrum Publications, 1979. – P. 49–56.
365. Wolk-Wasserman, D. Attempted suicide – the patient's family, social network and therapy : Dissertation. Dep. of psychiatry / D. Wolk-Wasserman. – Stockholm : University Hospital, Karolin's Institute, 1986.
366. Zhang, L. Alcohol and crime in China / L. Zhang, J. W. Welte, W. F. Wieczorek, S. F. Messner // *Alcohol. Subst. Use. Misuse*. – 2000. – Vol. 35, N 3. – P. 265–279.
367. Zhang, L. The influence of parental drinking and closeness on adolescent drinking / L. Zhang, J. W. Welte, W. F. Wieczorek / *J. Stud. Alcohol*. – 1999. – Vol. 60, N 2. – P. 245–251.



## Приложения

### Приложение 1

#### **Смертность по причинам смертности в Забайкальском крае (на 100 тыс. населения)**

Годы	Убийства	Случайные отравления алкоголем	Алкоголизм	Алкогольная болезнь печени
1975	16,37	16,70	0,49	0,25
1976	20,21	12,88	1,30	0,57
1977	22,63	16,61	4,89	0,65
1978	24,62	23,64	0,65	0,32
1979	23,14	25,07	1,29	0,56
1980	20,35	19,08	1,11	0,56
1981	22,84	15,33	4,62	0,55
1982	22,96	19,42	5,24	0,93
1983	26,00	19,23	8,21	0,76
1984	24,63	17,50	6,91	0,53
1985	21,37	15,58	6,09	0,89
1986	14,63	5,73	2,21	0,52
1987	13,05	5,10	1,24	0,37
1988	18,30	4,89	0,95	0,55
1989	22,00	4,71	2,10	0,51
1990	29,16	11,59	1,34	0,22
1991	19,27	10,54	2,17	0
1992	37,73	15,68	2,46	0,15
1993	54,76	31,20	11,20	0,36
1994	64,23	55,15	10,33	1,68
1995	62,92	40,07	9,22	1,20
1996	59,10	35,73	7,78	1,30
1997	48,12	31,07	5,08	0,57
1998	44,24	24,44	2,82	0,50
1999	56,84	31,69	5,37	1,59
2000	53,44	47,42	5,18	2,46
2001	65,81	58,18	3,09	3,78
2002	74,87	65,50	5,73	3,21
2003	64,34	69,06	4,28	5,77
2004	64,01	60,40	4,49	8,72
2005	64,71	65,95	6,03	10,28
2006	54,00	50,40	5,70	9,20
2007	49,10	35,30	5,40	10,10

Приложение 2

**Смертность по причине самоубийств  
в Забайкальском крае  
(на 100 тыс. населения)**

Годы	Городское население	Сельское население	Всё население	город Чита
1975	40,82	40,34	40,64	32,08
1976	44,76	46,75	45,49	33,93
1977	46,04	47,31	46,49	40,41
1978	44,97	50,08	46,80	35,02
1979	43,39	50,58	46,04	39,57
1980	33,38	49,32	38,31	36,18
1981	33,17	55,82	41,46	34,63
1982	41,01	55,46	46,23	36,51
1983	46,42	58,49	50,78	36,31
1984	46,44	61,54	51,90	37,53
1985	43,09	49,38	45,34	45,59
1986	28,29	29,98	28,89	24,39
1987	28,23	26,71	27,71	22,93
1988	27,90	29,89	28,58	26,61
1989	28,76	33,51	30,40	28,73
1990	32,10	37,81	34,06	26,45
1991	31,92	32,67	32,17	28,38
1992	38,91	43,85	40,62	31,59
1993	57,34	68,15	61,16	40,02
1994	67,98	78,48	71,70	50,80
1995	75,29	90,15	80,71	53,74
1996	69,12	79,12	72,75	50,96
1997	59,63	74,03	64,85	38,72
1998	64,24	69,87	66,28	44,01
1999	78,70	88,90	82,41	47,52
2000	74,64	95,45	82,20	46,24
2001	81,89	101,26	88,90	45,87
2002	86,44	105,61	93,35	47,12
2003	85,06	70,55	77,54	24,63
2004	79,82	74,98	77,31	22,34
2005	56,38	100,15	72,42	22,17
2006	54,20	98,80	70,60	24,50
2007	65,40	105,40	80,00	36,90

Приложение 3

**Типы развития различных вариантов психопатоподобных форм опьянения у здоровых и у лиц с различными психопатологическими расстройствами**

	Измененное					Осложненное					Декомпенсированное				
	ПСЗ (21)	ОПР (20)	РЛ (12)	УО (13)	Алк (15)	ПСЗ (21)	ОПР (20)	РЛ (12)	УО (13)	Алк (15)	ПСЗ (21)	ОПР (20)	РЛ (12)	УО (13)	Алк (15)
1	0	50 (10)	33,5 (4)	23,1 (3)	13,3 (2)	14,3 (3)	5 (1)	16,7 (2)	7,7 (1)	20 (3)	47,6 (10)	25 (5)	8,3 (1)	30,7 (4)	26,7 (4)
2	0	10 (2)	0	23,1 (3)	33,3 (5)	9,5 (2)	0	8,3 (1)	7,7 (1)	0	4,8 (1)	5 (1)	8,3 (1)	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,5 (2)	5 (1)	8,3 (1)	0	0
4	9,5 (2)	0	8,3 (1)	0	0	0	0	0	0	0	4,8 (1)	0	0	0	0
5	0	0	8,3 (1)	0	6,7 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	7,7 (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	9,5 (2)	60 (12)	50,1 (6)	53,9 (7)	53,3 (8)	23,8 (5)	5 (1)	25 (3)	15,4 (1)	20 (3)	66,7 (14)	35 (7)	24,9 (3)	30,7 (4)	26,7 (4)

*Примечание. В первом столбце таблицы арабскими цифрами обозначены варианты психопатоподобных форм опьянения: 1 – эксплозивный, 2 – дисфорический, 3 – паранойяльный, 4 – истероидный, 5 – с расстройством влечений, 6 – с бредоподобным фантазированием, 7 – всего. Подчеркнуты максимальные показатели встречаемости данного «пути» развития психопатоподобного опьянения. Общее количество атипичных опьянений в каждой нозологической группе было взято за 100%.*

## Приложение 4

### Сила и степень влияния некоторых факторов риска криминальной агрессии

	Сила влияния				Степень влияния			
	ОПР	РЛ	УО	АЛК	ОПР	РЛ	УО	АЛК
	К1	К2	К3	К4	ИК1	ИК2	ИК3	ИК4
<i>Переменные биогенеза</i>								
<i>Наследственная отягощенность</i>								
- эпилепсия, эпилептиформные расстройства	<b>4,5</b>	0	0	<b>2,5</b>	2,4	0	0	0,7
- умственная отсталость	<b>2</b>	0	<b>20</b>	0	0,1	0	9,4	0
- наличие самоубийств	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,5</b>	0,7	0,9	0,6	0,5	0,1
- эндогенные психические заболевания	<b>8,1</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>3,3</b>	1,7	5	2,1	0,3
Осложненное течение беременности	<b>2,7</b>	0,9	<b>14</b>	<b>2,2</b>	0,6	0,1	12	0,4
Осложненные роды	0,9	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	0,9	0,3	0,7	0,9	0,4
Перенесенные заболевания								
СГМ без потери сознания	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	0,8	0,8	0,8	1,4
СГМ с потерей сознания	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1</b>	<b>1,4</b>	2,2	0,9	0,5	1,2
Систематическая алкоголизация с подросткового возраста	<b>1,7</b>	<b>4,2</b>	<b>3,4</b>	<b>2,1</b>	1,2	5,8	3,6	1,8
Патология психического развития в раннем и дошкольном возрасте	<b>2,4</b>	<b>2</b>	<b>3,7</b>	<b>1,6</b>	5,4	3	10	2,5
<i>Психопатология подросткового периода</i>								
- антидисциплинарные поступки в школе	<b>1,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>	0,9	2,1	2,7	2,3
- антиобщественные поступки, учет в инспекции по делам несовершеннолетних	0,8	<b>2,8</b>	<b>1,3</b>	0,8	0,2	2,3	0,5	0,2
- расстройства поведения:	<b>1,4</b>	<b>4,7</b>	<b>3,7</b>	<b>1,9</b>	2,6	23	14	4,5
неуправляемость, драчливость	<b>2,5</b>	<b>7,7</b>	<b>5,5</b>	<b>2,9</b>	1,5	11	5,5	1,9
негативизм	<b>1,3</b>	<b>4,9</b>	<b>3,1</b>	<b>1,9</b>	0,6	6,7	2,6	1,3
бродяжничество, праздный образ жизни	1	<b>2,6</b>	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	0,6	3,2	2,1	0,7
вспышки гнева и жестокости	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>4,9</b>	0,5	4,9	13	1,4
издевательство над другими	0	<b>13</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	0	3,8	0,3	0,3
- суицидально-шантажные действия	<b>2,3</b>	<b>7,7</b>	<b>2,4</b>	<b>3,3</b>	1,1	9,6	0,9	2,2
- трудности коммуникации со сверстниками	<b>1,7</b>	<b>4,2</b>	<b>4</b>	<b>2,1</b>	0,9	4,5	4	1,4
- вытеснение из референтной группы	0,3	<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	0	1,2	0,2	0,2
- моббинг – групповое издевательство над обследуемым	0,7	0,9	0,6	0	0,1	0,1	0	0
- физическое насилие по отношению к испытуемому	<b>2</b>	<b>3,8</b>	<b>3,4</b>	<b>1,6</b>	0,2	0,7	0,5	0,2

- дублирование классов	<b>2,2</b>	<b>2,4</b>	<b>3,9</b>	<b>1,2</b>	1,9	1,8	4,8	0,6
- конфликтные ситуации с учителями	0,4	<b>3,4</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>	0,1	4,1	2,1	1
<i>Социальные переменные</i>								
Круг общения:								
- девиационный	0,8	0,5	0,7	<b>1,3</b>	0,2	0,1	0,1	0,4
- деликвентный	<b>1,6</b>	<b>3,6</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	0,7	2,7	0,9	0,4
- антисоциальный (криминальный)	0,6	<b>2,4</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	0,1	1,6	0,5	0,5
Уровень образования:								
- начальное или не имеет	0,5	<b>1,3</b>	<b>10</b>	0,8	0	0,2	9,4	0,1
- менее 9 классов	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,6</b>	0,6	2	0,9	5	0,2
- среднее	0,8	<b>1,3</b>	0,2	1	1	2,1	0	1,5
Профессиональный статус:								
- безработный	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	0,7	3,4	3	2,3	1,1
- рабочий без квалификации	0,8	0,3	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	0,5	0	0,8	1,6
<i>Материально-бытовые условия</i>								
- удовлетворительные	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1</b>	0,9	3,2	2,5	1,8	1,8
- неудовлетворительные	<b>1,7</b>	<b>1,2</b>	<b>3,4</b>	<b>2,4</b>	0,9	0,3	2,9	1,9
Семейное положение:								
- холост (не замужем)	0,8	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	0,4	1	2	2,6	0,3
- разведен, вдовец	<b>4</b>	<b>1,5</b>	0,5	<b>2,8</b>	3,4	0,3	0	1,6
- гражданский брак	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>3,4</b>	<b>4,9</b>	1,5	1,2	2,1	5,7
Собственная семья:								
- многодетная	<b>2,7</b>	0	<b>4,5</b>	0	0,6	0	1,4	0
- многосемейная	<b>7,1</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>	0	2,9	0,7	1,2	0
- малообеспеченная	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>6,8</b>	0,8	0,3	0,2	4,2	0,1
- смерть супруги ненасильственная	<b>4</b>	0	0	<b>1,6</b>	1	0	0	0,2
- криминальный анамнез у близких лиц	<b>2</b>	<b>1,9</b>	<b>6,8</b>	<b>1,6</b>	0,5	0,3	4,2	0,3
- конфликтные отношения	<b>1,4</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>1,3</b>	1,4	3	1,8	1,3
- агрессивные реакции обследуемого против родственников, сожителей	<b>5</b>	<b>6,8</b>	<b>2,3</b>	<b>3,3</b>	4,5	6,5	0,7	1,9
Отношения в собственной семье:								
- доминантная роль принадлежит супругу(ге)	0,7	0,9	0,6	<b>1,1</b>	0,1	0,1	0	0,2
- доминантная роль принадлежит обследуемому(ой)	<b>2,7</b>	<b>1,7</b>	0	0	0,6	0,2	0	0
Отбывание наказания в течение жизни общим сроком								
- до 5 лет	<b>2,4</b>	<b>3,4</b>	<b>2,3</b>	<b>1,1</b>	0,2	7,6	0	2,5
- до 10 лет	<b>2</b>	<b>13</b>	0	<b>6,6</b>	3	2,4	0,3	0
- более 10 лет	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>3,4</b>	0	1	1,6	0,7	0,2
Признан негодным к службе в армии								
- в связи с расстройством личности	<b>2</b>	<b>31</b>	0	0	0,1	22	0	0

-по другому заболеванию	<b>2</b>	0,9	<b>1,1</b>	<b>2,2</b>	0,4	0,1	0,1	0,4
- в связи наличием судимости до призыва	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>1,9</b>	0,5	0,5	4,5	1,4	0,2
Во время срочной службы:								
- имел длительный период адаптации	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>	0	<b>1,3</b>	0,2	0,8	0	0,3
- подвергался моральным и физическим унижениям	<b>2</b>	<b>1,3</b>	0	<b>1,6</b>	0,5	0,2	0	0,3
- имел дисциплинарные взыскания за неуставные взаимоотношения и др. нарушения устава	<b>6,1</b>	<b>7,7</b>	0	<b>16</b>	1,1	1,4	0	8
- комиссован по статье №17	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>	0	<b>1,3</b>	0,1	0,2	0	0
<i>Микросоциальные факторы развития</i>								
Низкий образовательный уровень матери	0,8	<b>1,1</b>	<b>1,7</b>	0,8	0,3	0,3	0,8	0,2
Профессиональный статус матери:								
- безработная	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	0	0,4	0,6	0,5	0	0,1
- низкой квалификации	<b>0,7</b>	<b>1,3</b>	0,5	0,5	0,3	0,8	0,1	0,1
Добродушие и ведомость матери	0,58	<b>1,83</b>	0,97	0,94	0,3	0,6	0,2	0,1
Низкий образовательный уровень отца	0,9	<b>1,4</b>	0,8	0,5	0,3	0,6	0,2	0,1
Профессиональный статус отца:								
- безработный	0,9	<b>1,9</b>	<b>2,8</b>	0,3	0,3	0,9	1,9	0
- низкой квалификации	<b>1,2</b>	<b>1,5</b>	0,3	0,7	0,4	0,7	0	0,1
Бесконтрольное проявление физической агрессии отца	<b>1,41</b>	<b>2,56</b>	<b>2,71</b>	0,99	0,3	0,8	1	0,2
Раздражительность вспыльчивость отца	<b>1,38</b>	<b>2,42</b>	<b>1,42</b>	0,69	0,5	1,4	0,5	0,1
Сведения о родительской семье:								
- обследуемый – старший ребенок в семье	0,4	<b>1,1</b>	0,8	0,6	0,2	0,9	0,4	0,4
- обследуемый – единственный ребенок	<b>1,4</b>	<b>1,1</b>	0	<b>2,8</b>	0,4	0,2	0	1,4
- многодетная – более 3 детей	<b>1,8</b>	0,5	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	3	0,1	1,6	1,4
- многосемейная	<b>2</b>	<b>1,3</b>	0	0	0,2	0,1	0	0
- неполная	0,7	<b>1,2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	0,3	0,6	1,8	0,6
- малообеспеченная	<b>1,6</b>	0,6	<b>2,9</b>	0,5	0,8	0,1	2,2	0,1
- несимметричная (мачеха, отчим)	0,6	0,9	0,8	<b>2</b>	0,1	0,3	0,2	1,9
- смерть отца/матери – ненадлежащая	0,9	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>	0,9	0,2	0,6	0,3	0,2
- смерть отца/матери – надлежащая	<b>2,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	0,8	1	0,4	0,2
- суицид отца/матери	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	0,8	0,1	0,6	0,5	0,1

- криминальный анамнез у близких лиц (осужден один из родителей/оба, сибсы).	1	1,3	3,1	1,4	0,3	0,4	2,4	0,6
- вахтовый вид работы отца – долго не бывал дома, более месяца	2	2,6	3,4	9,9	0,1	0,1	0,2	2,5
- идентичные агрессивные реакции родителей или сибсов	2	3,8	3,4	3,3	0,8	2,5	1,9	2,2
Отношения в семье:								
- доминантная роль принадлежала отцу	2	1,5	1	1,3	1,2	0,5	0,2	0,5
- конфликтные отношения	1,5	2,4	2,7	0,8	1,5	2,9	3,6	0,4
Тип воспитания:								
- гипоопека:	0,7	2,6	3,2	1,1	0,5	5,2	7,3	1,2
- агрессия по отношению к ребенку	0,8	1,4	1,6	0,8	0,5	1,1	1,4	0,4
- воспитание в детском доме	1,7	1,8	4,8	0,9	0,6	0,5	3,7	0,2
- воспитание опекунами, родственниками	0,3	2,2	3,4	0,8	0	0,9	2,1	0,2
- безнадзорность	2,7	7,7	6,8	2,2	0,6	4,1	3,1	0,4
Отношения с родителями:								
- симбиотическая привязанность	1,1	0,7	1,1	0,3	0,6	0,2	0,5	0,1
- отгороженность	0,8	3,6	2,7	2	0,1	1,5	0,8	0,6
- враждебность	4	3,8	6,8	1,6	1,9	1,4	4,2	0,3
<i>Ситуационные переменные, факторы временной почвы</i>								
Состояние к моменту деликта:								
- астении	1,3	1,3	0,6	2,2	0,3	0,2	0	0,8
- наркотического токсического опьянения	2	0	0	0	0,1	0	0	0
- физического перенапряжения	0,5	1,3	0	0	0	0,2	0	0
Деликту предшествовало:								
- боль или дискомфорт	1,4	0,1	1,4	1,3	1,4	0	1	1,3
- сон, внезапное пробуждение	1,3	0,9	0	2,2	0,3	0,1	0	0,8
- моббинг	1,2	1	0	0,7	0,2	0,1	0	0,1
- конфликт до совершения преступления длительностью:								
- до 1час.	1,1	0,9	1,2	1,2	1,8	1	1,6	2,2
- до 24 часов	1,2	0,6	0,8	1	0,6	0,1	0,2	0,4
- более 1 месяца	0,8	0,3	1,1	1,7	0,4	0	0,5	1,7
Провоцирующее (виктимное) поведение потерпевшего:								
- алкогольное опьянение	1,3	5,1	2,3	1,1	0,2	1,8	0,3	0,1
- агрессивность	1,5	0,5	0,2	0,2	1	0,1	0	0
- алкогольное опьянение + агрессивность	0,9	0,8	1,1	1	1,5	0,9	1,9	2,2
Степень родства жертвы								
- близкие родственники	2,4	0,5	1,9	1,4	2,5	0,1	1,2	0,8

- сожительница, сожитель	<b>1</b>	0,9	0,6	<b>1,6</b>	0,2	0,1	0	0,5
- родственник	<b>1,7</b>	0,7	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	1,8	0,2	1,2	1,2
- знакомый	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	1	<b>1,1</b>	1,8	1,7	1,1	1,9
- незнакомый	0,5	<b>1,1</b>	0,7	0,6	0,2	0,9	0,4	0,3
Вид агрессии потерпевшей(его)								
- физическая	<b>1,1</b>	0,8	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	1,5	0,7	2,3	1,8
- сексуальная (косвенно)	<b>1</b>	<b>3,8</b>	<b>3,4</b>	0	0,1	0,7	0,5	0
<i>Алкогольный фактор</i>								
Измененные формы опьянения (ранее по материалам дела)	<b>1,6</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>	<b>2,8</b>	1,2	2,3	1,1	3,6
Анализ алкогольного опьянения в момент деликта:	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	2,9	2,3	2,7	4,3
I ст.	<b>1,5</b>	1	<b>1,2</b>	0,8	1,8	0,6	0,9	0,5
II ст.	1	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	1,1	1,5	1,8	2,7
III ст.	0,7	<b>1,1</b>	0,8	<b>2,6</b>	0,1	0,3	0,1	1,7
- измененное по дисфорическому варианту	<b>1,7</b>	<b>1,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	1,4	0,9	2,6	2,7
- прием суррогатов алкоголя	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	3	1,1	3	4,1
Особенности опьянения:								
- активность без видимого смысла	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>	0,7	0,9	1,2	0,8
- утрата вербального контакта	<b>2</b>	<b>1,3</b>	0	<b>4,9</b>	0,2	0,1	0	1,4
<i>Другие</i>								
судим ранее по статье убийство – ст.105 ч.1	<b>2</b>	<b>3,8</b>	<b>1,7</b>	<b>3,3</b>	0,2	0,7	0,1	0,6
судим ранее за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего – ст. 111 ч. 4	<b>6,1</b>	<b>5,1</b>	<b>6,8</b>	<b>3,3</b>	1,1	0,6	1	0,3
судим ранее за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека – ст. 111 ч. 1	<b>4</b>	<b>6,4</b>	0	<b>4,9</b>	1,9	3,8	0	2,9
судим ранее за грабёж с разбоем – ст. 161-162	<b>2</b>	<b>8,9</b>	<b>1,7</b>	<b>3,3</b>	0,2	3,7	0,1	0,6
Судим ранее за хулиганство – ст. 213	<b>2</b>	<b>2,6</b>	<b>6,8</b>	0	0,1	0,2	1	0
судим ранее за воровство – ст.158	<b>2,5</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>1,3</b>	2,4	2,6	2,4	0,6
высокая выраженность агрессивности	<b>1,9</b>	<b>3,1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	2,7	6	0,6	0,8
низкая выраженность тормозящих агрессию личностных структур	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	2,8	2,3	3,1	3,3

*Примечание. Выделены факторы риска криминального агрессивного поведения.*



## Оглавление

<b>Предисловие</b> .....	5
<b>Введение</b> .....	6
<b>Глава 1 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УБИЙСТВ И САМОУБИЙСТВ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЛКОГОЛЬНОБУСЛОВЛЕННОЙ СМЕРТНОСТИ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ</b> .....	9
1.1. Распространенность самоубийств и убийств .....	9
1.2. Насильственная смертность и алкоголизация населения .....	18
<b>Глава 2 КРИМИНАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ И АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР</b> .....	35
2.1. Личностные и психопатологические механизмы криминальной агрессии .....	35
2.2. Роль алкогольного фактора в реализации агрессивных действий у здоровых и психически больных .....	59
2.3. Факторная обусловленность криминальной агрессии у здоровых и психически больных с учетом алкогольного фактора .....	99
<b>Глава 3 ЗНАЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ</b> .....	112
3.1. Роль алкогольного опьянения при совершении суицидальных действий .....	112
3.2. Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью .....	123
<b>Заключение</b> .....	141
<b>Список использованной литературы</b> .....	144
<b>Приложения</b> .....	176

Научное издание

**Николай Васильевич Говорин  
Анатолий Васильевич Сахаров  
Артем Сергеевич Гаймоленко**

**АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР В КРИМИНАЛЬНОЙ  
АГРЕССИИ И АУТОАГРЕССИИ**

Редактор И. А. Зеленская

---

Подписано в печать 27.04.2009 г.

Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 11,63; усл. печ. л. 10,82; уч.-изд. л. 11,22.

Тираж 500. Заказ № 363.

---

Тираж отпечатан в издательстве «Иван Фёдоров»  
634009, г. Томск, Октябрьский взвоз, 1  
Тел.: (382-2)-51-32-95, тел./факс: (382-2)-51-24-20  
E-mail: mail@if.tomsk.ru

ISBN 978-5-91701-015-1



9 785917 010151