



**Н.В. Говорин, А.В. Сахаров**

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ:**  
типология и факторная  
обусловленность

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

---

Н. В. Говорин, А. В. Сахаров

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ:  
ТИПОЛОГИЯ И  
ФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ

Чита

2008

УДК 616.89-008.441.44-02:612.821(571.54/.55)  
ББК Р648.2(2Р54)  
Г572

**Рецензенты:**

**А. А. Чуркин** – д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела эпидемиологии и организации психиатрической помощи населению (Москва, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского)

**В. К. Шамрей** – д-р мед. наук, профессор, главный психиатр МО РФ, начальник кафедры психиатрии (Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова)

**Говорин Н. В., Сахаров А. В.**

Г572 Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.

ISBN 978-5-91079-017-3

Монография содержит теоретические подходы к проблеме типологии и факторной обусловленности суицидального поведения. В ней представлены сведения о распространенности и эпидемиологических характеристиках самоубийств и суицидальных попыток в Забайкальском крае, изучено влияние на них алкогольного фактора, определены личностные особенности больных алкогольной зависимостью с суицидальными тенденциями. Авторами показаны психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих по призыву, выделены ведущие факторы риска. Освещены основные подходы к организации суицидологической помощи населению, намечены перспективы развития кризисной службы в Забайкалье.

Монография предназначена для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, педагогов, социальных работников и других специалистов, сталкивающихся с проблемами суицидального поведения.

Рисунков 13, таблиц 16, приложений 9, библиография 451 наименований.

УДК 616.89-008.441.44-02:612.821(571.54/.55)  
ББК Р648.2(2Р54)

ISBN 978-5-91079-017-3

Federal Healthcare and Social Development Agency of Russian Federation  
SEI HPE Chita State Medical Academy

---

N. V. Govorin, A. V. Sakharov

SUICIDAL BEHAVIOR:  
TYPOLOGY AND  
FACTORIAL CONDITIONING

Chita

2008

УДК 616.89-008.441.44-02:612.821(571.54/.55)  
ББК Р648.2(2Р54)  
Г572

**Reviewers:**

**A. A. Churkin** – MD, Professor, Honored Scientist of Russian Federation, Head of Department of Epidemiology and Organizing Psychiatric Assistance to Population (Moscow, V. P. Serbsky State Social and Forensic psychiatry Scientific Center)

**V. K. Shamrey** – MD, Professor,  
Psychiatrist-in-Chief of Ministry of Defense of Russian Federation,  
Head of Psychiatry Chair  
(Saint-Petersburg, S. M. Kirov Military-Medical Academy)

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

Г572 Suicidal behavior: typology and factorial conditioning. – Chita : Publishing House «Ivan Fedorov», 2008. – 178 p.

ISBN 978-5-91079-017-3

Monograph consists of theoretic approaches to problem of typology and factorial conditioning of suicidal behavior. Data of prevalence and epidemiological characteristics of suicides in Trans-Baikal Krai have been presented, influence of them of alcohol factor has been studied, personality features of patients with alcohol dependence and suicidal trends have been identified. Psychopathological and personality mechanisms of suicidal behavior in servicemen at the call have been stated, leading risk factors have been distinguished. Basic approaches to organizing the suicidological assistance to population have been covered; perspectives of development of crisis service in Transbaikalia have been outlined.

The monograph is intended for psychiatrists, addictologists, psychotherapists, psychologists, teachers, social workers and other specialists confronted by problems of suicidal behavior.

13 figures, 16 tables, 9 supplements, bibliography 451 references.

УДК 616.89-008.441.44-02:612.821(571.54/.55)  
ББК Р648.2(2Р54)

ISBN 978-5-91079-017-3

## Введение

Феномен самоубийства известен с древнейших времен. Сотни философов, социологов, психологов, врачей изучали самоубийства в самых различных аспектах. Ведь суицид – одна из вечных проблем человечества, поскольку существует практически столько же, сколько существует на Земле человек (Кузнецов В. Е., 1987; Чхартишвили Г., 2001; Зиновьев С. В., 2002). Конечно, отношение к этому радикальному способу лишить себя жизни менялось на разных этапах исторического развития, что во многом определялось различными философскими и религиозными учениями, которые всегда являлись основой мировоззрения в любом обществе (Гвоздев И. М., 1982).

Во многих древнейших текстах приводятся свидетельства о совершаемых в то время суицидах. Так, в древней Европе у вестготов была так называемая «Скала предков», с которой бросались старики, не желавшие обременять собой сородичей. В одних племенах самоубийство было распространено в большей степени и почиталось одним из дозволенных стереотипов поведения, в других, напротив, самоубийство табуировалось и сурово каралось, но тем не менее все равно присутствовало в культуре (Чхартишвили Г., 2001).

Описаны случаи суицидов античных, кельтских и японских воинов при поражении в бою, нарушении общепринятых кодексов чести (Зиновьев С. В., 2002). Наиболее известен ритуал «сэппуку» или «*харакори*», к которому во все времена в Японии относились уважительно, как к способу потерпевших неудачу или опозоренных людей оправдать себя. В Индии приветствовалось, когда женщина сжигала себя в память об умершем муже (данный обычай известен как «*сати*»).

В Древней Греции за гражданами признавали право на уход из жизни лишь в некоторых случаях. Часто разрешение на суицид давалось осужденным преступникам (вспомним историю Сократа). Самоубийство, совершенное без санкции властей, строго каралось посмертным поношением: у трупа отсекали руку и хоронили ее отдельно (Войцех В. Ф., 2007). Самоубийство раба влекло за собой показательные акции устрашения. Несмотря на это, в позднеримской империи суициды рабов необычайно распространились и стали приобретать черты массовой эпидемии.

Поэтому для борьбы с данным явлением понадобились меры более эффективные и кардинальные. Их предоставила в распоряжение государства христианская церковь. После ряда церков-

ных соборов IV—VI веков самоубийцам отказали в отпевании и погребении. Каждая из ужесточающих мер, вводимых церковью, немедленно сопровождалась еще более строгими актами светской власти. На протяжении почти тысячи лет, вплоть до 1823 г., в Британии существовал обычай хоронить самоубийц на перекрестке дорог, предварительно протаскив труп по улицам и проткнув ему сердце осиновым колом. На лицо «преступнику» клали тяжелый камень. При таких строгостях самоубийства происходили редко и вызывали у средневековых европейцев мистический ужас.

С приходом Ренессанса и зарождением концепции гуманизма варварство стало уходить в прошлое. Первым защитником самоубийц был Монтень, оправдывавший *«благородное самоубийство»* и восхищавшийся доблестными женщинами античности, жертвовавшими жизнью во имя долга или любви. Дэвид Юм, вознамерившийся *«вернуть человеку его утраченную свободу»*, издал свой труд «О самоубийстве» (1777). Но только Французская революция вычеркнула самоубийство из списка уголовных преступлений. Последней же из европейских стран на это решилась Великобритания, сохранявшая в кодексе антисуицидную статью вплоть до 1961 г. Между двумя этими событиями пролегли 170 лет упорной борьбы государства и церкви с общественным мнением, все более и более сочувственным по отношению к самоубийству (Чхартишвили Г., 2001).

В последние десятилетия огромное и постоянно увеличивающееся количество людей в разных частях планеты утратило неукротимое желание жить. Ведь происходящие деструктивные процессы в обществе привели к подмене общечеловеческих ценностей, утрате духовных ориентиров, к снижению важности человеческого существования и его смысла. Нет тех идеалов, с которыми может сопоставить свое поведение человек в трудной для него ситуации. Отсюда вытекает путь к вседозволенности, к распространению коррупции, преступности, пьянства, суицидальных проявлений (Амбрумова А. Г., 1991). Следовательно, запрета на самоубийство больше нет – ни нравственного, ни юридического, ни общественного.

Конечно, у человечества сегодня много проблем, и суицид – лишь одна из них, не самая заметная, но самая трудноразрешимая (Зиновьев С. В., 2002). Поэтому в настоящее время уровень и динамика самоубийств – один из важнейших индикаторов социальной, экономической и политической ситуации, жизнедея-

тельности общества, его благополучия или неблагополучия. Не случайно, что ООН внесла этот показатель в число критериев, отражающих качество жизни населения, которое является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, связанного с его деятельностью, уровнем жизнеобеспечения, субъективным восприятием (Михель Д. В., 2000).

Рост самоубийств и суицидальных попыток, наблюдающийся в последние десятилетия в современном мире, явился мощным стимулом к интенсивному развитию суицидологических исследований во многих странах, так как только дальнейшее развитие клинической суицидологии способно обеспечить фундаментальную научную основу для практических мероприятий, направленных на сокращение частоты самоубийств (Мухамадиев Д. М., 1998; Говорин Н. В., Козлов Т. Н., 2004; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). При этом создание системы надежной профилактики суицидов должно базироваться на всестороннем комплексном исследовании причин и условий, способствующих возникновению такой девиации поведения у отдельных лиц и у разных категорий населения (Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1984, 1996; Войцех В. Ф., 2002, 2007).

Актуальность подобных исследований для нашей страны давно не вызывает сомнений (Дубравин В. И., 2001; Гладышев М. В., 2006). По уровню смертности по причине суицидов Россия занимает второе место в мире, а максимальное различие частоты самоубийств в субъектах РФ составляет 100—120 раз (Сливко К. Ю., 2003; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). Поэтому многие аспекты данного явления требуют дальнейшего изучения, в первую очередь в регионах с высокими и сверхвысокими показателями суицидной смертности населения, к которым, к сожалению, относится и Забайкальский край.

Исходя из этого, мы попытались обобщить данные о типологии и факторной обусловленности суицидального поведения, уделив особое внимание региональному значению проблемы и тем аспектам, которые, на наш взгляд, не так широко освещены в современной научной литературе.

### СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

#### 1.1. Понятие суицида и суицидального поведения

Существует множество определений самоубийства. Одно из наиболее первых и исчерпывающих было сформулировано Эмилем Дюркгеймом 110 лет назад: *«Самоубийством называется всякий смертный случай, являющийся непосредственным или опосредованным результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот пострадавший знал об ожидавших его результатах»* (Durkheim E., 1897).

Более лаконично ту же дефиницию излагает Морис Фарбер: *«Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни»*. Уточнение о «быстром» лишении себя жизни понадобилось для того, чтобы отделить суицид от аутодеструктивного поведения, которому подвержено большинство людей, ибо современная суицидология относит сюда и выбор сопряженной с риском профессии (гонщик, альпинист, полицейский, военный), и наркоманию, и алкоголизм, и курение, и даже несоблюдение диеты. Все эти люди (количество которых определяется 90 % от населения планеты) совершают медленное *«самоубийство»*, отлично зная о дальнейших негативных последствиях.

E. Stengel (1967) определил суицид как *«фатальное нанесение самоущерба под влиянием осознанного аутодеструктивного намерения»*. E. Shneidman (1985, 1994) дал следующее определение: *«Суицид есть сознательное самоуничтожение, необходимое хорошо понимающему свое состояние индивидууму, считающему самоубийство самым лучшим решением своей проблемы»*. Необходимо отметить, что продолжается дискуссия о необходимости включения в определение сознательного желания умереть. Так как самоубийство является способом ухода из жизни, смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели (Корнетов А. Н., 2002). Многие суицидологи придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия, имеют двойственное отношение к смерти. Достаточно часто человек не хочет умирать, то есть не видит смерть как цель, но тем не менее желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее – воспринимает смерть как средство (Bille-Brahe U., 1998).

В большинстве стран Европы пользуются определением, принятым рабочей группой по профилактике самоубийств и суицидальных попыток регионального европейского офиса Всемирной организации здравоохранения (1986). *«Суицид – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения»*. Данное определение не включает в себя описание конкретного желания смерти, однако ограничивает внесение в это понятие смертей лиц, не понимающих или не осознающих потенциальную летальность своих действий (ряд психотических пациентов; лица, страдающие тяжелой умственной отсталостью или деменцией).

R. F. W. Dijkstra (1988) предложил следующее определение суицида для МКБ-10: *«Акт с фатальным исходом, который умышленно был начат и исполнен самим погибшим субъектом, при условии знания или ожидания последним такого исхода, причем исход рассматривается субъектом как инструмент в достижении желаемых изменений в самосознании и социальном окружении»*. В этом определении выделение завершеного суицида звучит как единственный правильный термин для этого явления (Войцех В. Ф., 2007).

В литературе продолжает дискутироваться вопрос о различиях и общих чертах завершенных и незавершенных суицидов. Определение нефатальных суицидов более усложнено. Уже давно установлено, что далеко не все незавершенные суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Целью большинства из них является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой. *«Суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную»*. Это определение включает, в том числе, действия, прерванные другими лицами до нанесения самоповреждения, и исключает аутоагрессивные действия людей, не понимающих или не осознающих их последствий (Bille-Brahe U., 1998).

В свою очередь, нельзя отрицать, что среди совершивших парасуицид, достаточно много лиц, демонстрировавших серьез-

ное желание умереть. По мнению А. Г. Амбрумовой (1978), степень желаяния смерти при истинных и манипулятивных попытках суицида различна, что отражается на условиях и способах суицидального действия. Таким образом, выбор способа суицида может служить показателем истинности намерения умереть (Гиллод В. М., 2002). Это имеет как теоретическую, так и практическую значимость для разработки терапевтической тактики и мер вторичной профилактики.

Суицидальное поведение – понятие более широкое и, помимо суицида, включает в себя суицидальные попытки и проявления. Впервые этот термин был предложен G. Deshaies в 1947 г. В отечественной психиатрии определение суицидального поведения впервые было дано А. Г. Амбрумовой (1978), в котором наиболее полно отражен весь спектр его проявлений: *«Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние – суицидальная попытка и завершённый суицид»*.

Следует подробнее остановиться на формах внутреннего поведения, которые, по мнению В. А. Тихоненко (1978), являются также этапами формирования суицида.

**Антивитаальные переживания** – это отрицание жизни без четких представлений о собственной смерти.

**Пассивные суицидальные мысли** характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретизации в плане лишения себя жизни.

**Суицидальные замыслы** понимаются как активизация проявления суицидальности (тенденция к самоубийству), которая сопровождается аффективной напряженностью. Происходит разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место акта.

Суицидальные намерения характеризуются принятием решения о самоубийстве, что предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего внутреннее суицидальное поведение во внешнее.

## 1.2. Значение ведущих факторов в суицидогенезе

Большинство современных исследователей рассматривают суицидальное поведение как сложный биосоциальный феномен, результат воздействия на индивида различных факторов (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978, 1980; Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1983; Prokupek J., 1982; Choquet M. et al., 1983; Murphy G. E. et al., 1986; Rujescu D., 2007; Sarchiapone M. et al., 2007). Как указывают авторы, ни специфика конфликтных ситуаций, с одной стороны, ни особенности личностных характеристик – с другой, не определяют сами по себе характер той или иной поведенческой реакции.

В. А. Тихоненко (1998) приводит факты, которые свидетельствуют о том, что сходные по своим объективным признакам конфликтные обстоятельства (семейные ссоры или развод, нанесенные оскорбления или профессиональные неудачи и др.), даже если они затрагивают наиболее значимые сферы личности, т. е. имеют характер психотравмы, не определяют однозначно тактику поведения. Поэтому согласно концепции, разработанной А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко (1978), суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта или результат взаимодействия *средовых* (ситуационных) и *личностных* факторов (Тихоненко В. А., 1998). В соответствии с этой теорией самоубийство представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации.

Суицидогенный конфликт и аутоагрессия могут быть вызваны реальными причинами (у психически здоровых лиц), базироваться на определенных патологических чертах характера или являться результатом психического заболевания. При субъективном ощущении неразрешимости конфликта обычными способами избирается самоубийство, т. е. дезадаптация личности приводит к тому, что количество известных вариантов разрешения конфликта резко ограничивается или сводится к нулю, а знаемые варианты решений субъективно оцениваются как неэффективные или неприемлемые. Вследствие этого конфликт приобретает характер неразрешимости и сопровождается крайне тягостными переживаниями. В этой критической точке дезадаптация и конфликт с высокой степенью вероятности могут перейти в суицидальную фазу, т. е. принимается решение о суициде, как

единственном способе ликвидировать конфликт путем самоуничтожения (Войцех В. Ф., 2007). Поэтому у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности.

Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справиться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных сдвигов – от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически выраженных психопатологических состояний (астении, дистимии, депрессии, дисфории и т. п.) (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980; Александровский Ю. А., 1985). E. Berne (1990) под состоянием психологической дезадаптации понимает набор *субъективных* и *объективных* показателей, характеризующих в психологическом аспекте неспособность человека к адекватному функционированию в реальных условиях существования. Она может быть острой и хронической, функциональной и органической, в зависимости от длительности течения и отсутствия или наличия морфологического субстрата.

E. S. Shneidman (1996) считает, что *общей целью суицида* является нахождение решения. Самоубийство не является случайным действием. Оно представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, дилеммы, обязательства, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. *Общей задачей суицида* является прекращение сознания. *Общим стимулом* к совершению самоубийства является невыносимая психическая (душевная) боль. *Общим стрессором* являются фрустрированные психологические потребности. *Общим состоянием психики* является своеобразное сужение когнитивной сферы.

Суицид можно правильнее определить как более или менее преходящее психологическое состояние сужения аффективной и интеллектуальной сфер. Синонимом сужения когнитивной сферы является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, если его мышление в состоянии паники не стало дихотомическим (либо-либо).

Либо я достигну некоего особенного (почти волшебного) разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать. Все – или ничего. Совершающий самоубийство прерывает все связи с прошлым. Объявляет себя в душе своеобразным банкротом, и это как бы лишает других права претендовать на его память и внимание. Воспоминания его уже не спасут, он находится вне пределов их досягаемости.

М. Argyle (1987) уделяет основное внимание экзогенным (социальным) факторам создания психологической адаптированности (или «счастья»), под которой понимает переживания удовлетворенности жизнью в целом, общую рефлексивную оценку человеком своего прошлого и настоящего, а также частоту и интенсивность положительных эмоций.

Таким образом, социально-психологическая дезадаптация не тождественна понятию болезни. Она может проявляться на двух уровнях, патологическом и непатологическом. К *патологическому уровню дезадаптации* относятся известные в клинической психиатрии нозологические единицы, состояния, реакции и фазы. Выражением *непатологической дезадаптации* следует считать отклонения в поведении и переживаниях субъекта, связанные не непосредственно с заболеваниями, а с другими факторами, например с недостаточностью социализации и нравственного воспитания, социально неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования и жизненных стереотипов (при миграции или вынужденной социальной изоляции), разрывом высокозначимых отношений (утрата близких), недостаточным овладением навыками полноценного социального общения, подражанием общественно отрицательным моделям поведения в подростковом и юношеском возрастах и т. д.

При оценке тяжести или глубины социально-психологической дезадаптации личности к среде необходимо принимать во внимание три основных компонента: 1) серьезность нарушений привычных условий жизни индивида, будь то чисто внешние обстоятельства жизни или состояние здоровья индивида; 2) интерпретацию индивидом изменившихся условий жизни (жизненный крах, безвыходная ситуация, личностная катастрофа или эпизод в перипетиях межличностных конфликтов); 3) желание или готовность индивида проявить усилия, чтобы приспособиться к новым условиям жизни, его «согласие продолжать жизнь», или «воля к жизни» (иногда возникает усталость от жизни, нежелание прилагать усилия, чтобы «начать жить сначала»). Следует пояснить, что два

последних компонента наиболее существенны в процессе принятия суицидального решения (Амбрумова А. Г., 1996).

Независимо от мотивов и причин самоубийства в отечественной суицидологии принято выделять следующие диагностические категории суицидентов (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1978): 1) больные с психическими заболеваниями; 2) лица с пограничными нервно-психическими расстройствами; 3) практически здоровые в психическом отношении лица.

Литературные данные в отношении нозологической структуры суицидентов противоречивы. В соответствии с результатами исследований вышеназванных авторов среди суицидентов преобладают лица с непсихотическими формами психических расстройств. Так, из числа лиц, совершивших аутоагрессивную попытку, 15 % страдали выраженными формами психической патологии, у 45 % были диагностированы пограничные нервно-психические заболевания. Примерно у 40 % обследованных признаков каких-либо психических расстройств обнаружено не было.

Н. В. Конончук, В. К. Мягер (1983) считают, что большинство аутоагрессивных попыток совершают лица с психогенными расстройствами. К. Ю. Сливко (2003) утверждает, что только 1/3 суицидентов может быть признана психически больными, и самоубийства у них обычно связаны с галлюцинаторно-параноидным состоянием, с депрессией, с полиморфными психическими расстройствами, сверхценными расстройствами, нарушениями поведения, реактивной депрессией.

По другим данным, до 90 % самоубийц страдали различными психическими расстройствами (Боева А. В., 2004; Conner K. et al., 2001; Franko D. L. et al., 2006; Spijker J. et al., 2007; Lauber C. et al., 2007; Mykletum A. et al., 2007; Rihmen Z. et al., 2007), среди которых наиболее частыми были депрессия, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами (Schneider B. et al., 2005; Gimelfarb Y. et al., 2007). Предположение о том, что имеется связь между злоупотреблением алкоголем, алкогольной зависимостью и суицидальным поведением, не вызывает сомнений. Но точный вклад алкоголя в смертность по причине суицидов определить очень сложно. Поэтому мы подробнее остановились на рассмотрении данной проблемы в третьей главе.

В то же время существуют работы, устанавливающие зависимость суицидального поведения от особенностей личностной структуры и акцентуированных черт (Дурнов А. Н., 1978; Гаццолев К. Б., 1981; Войцех В. Ф., 2002; Cheng A. et al., 1997). К ним

имеют непосредственное отношение следующие: низкая способность к формированию психологических защитных механизмов; импульсивность, эмоциональная неустойчивость, бескомпромиссность, отсутствие жизненного опыта, чувство вины и низкая самооценка; затрудненность в перестройке ценностных ориентаций, отсутствие навыков конструктивного решения проблем. Большинство этих характерологических деформаций связаны со следующими предрасполагающими условиями: насилие над ребенком в детском периоде жизни, семейная дисфункциональность, неполная семья, доминирующая холодная мать (Верещагина Н. В., 2003). По мнению В. Ф. Войцеха (2002, 2007), акцентуации характера являются факторами риска повторных суицидов, причем в пресуицидальном периоде отмечается заострение акцентуированных черт.

А. Г. Амбрумова (1978) выделяет шесть потенциально суицидоопасных вариантов личностных реакций, в основе которых лежит определенный тип личности, дифференцируемый в зависимости от устойчивости адаптации и глубины социализации. Они протекают по типу «короткого замыкания» и представляют специфическую реакцию предрасположенной к психической дезадаптации личности на травмирующую ситуацию. К ним относятся:

1. *Пессимистическая реакция.* Изменение настроения и мироощущения с доминированием негативных оценок себя, окружающего и будущего, мрачность мировоззрения. Риск самоубийства наиболее высок.

2. *Реакция отрицательного баланса.* «Рациональное поведение» итога жизненного пути с твердым убеждением, что дальше жить не стоит. Суицидальный риск также весьма высок.

3. *Реакция дезорганизации.* Тревога, ощущение неопределенности с потерей точки опоры. Суицидальный риск высокий.

4. *Реакция эмоционального дисбаланса.* Преобладание стойких нарушений настроения, сужение круга общения. Риск самоубийства средний.

5. *Реакция демобилизации.* Мучительное переживание безнадежности, отвергнутости, одиночества. Суицидальный риск средний.

6. *Реакция оппозиции.* Противопоставление личности себя окружающему миру, высокий уровень агрессивности. Риск совершения самоубийства средний.

Длительность данных реакций варьирует от нескольких дней до трех месяцев. После выхода из травмирующей ситуации личность возвращается к исходному состоянию. Реакции могут быть смешанные и переходные. Указанные типы личностных реакций не являются психопатологическими симптомами. Они служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в экстремальных условиях, обладающих для данной личности свойствами непереносимости и неразрешимости. Вместе с тем при предрасполагающих условиях (долгая неразрешимость психотравмирующей ситуации, истощение защитных резервов личности, злоупотребление психоактивными веществами) они могут трансформироваться в психопатологические реакции, близкие к реактивным психозам (Амбрумова А. Г., 1978, 1989, 1996).

Среди прочих факторов, влияющих на суицидальное поведение, одно из первых мест занимают социально-экономические факторы. Значение социального фактора стало очевидным после выхода в 1897 г. фундаментального труда Эмиля Дюркгейма «Самоубийство». Этот известный основатель французской социологической школы выделил три типа суицидов, связанных с различными уровнями общественной интеграции и с влиянием социальных перемен: 1) «эгоистическое» самоубийство как следствие ситуации, когда индивиду не удается интегрироваться в общество; 2) «альтруистическое» самоубийство как результат гиперинтеграции, лишаящей индивида способности сопротивляться чрезмерно обременительным, непосильным требованиям со стороны общества; 3) «аномическое» самоубийство, происходящее в условиях социальных перемен, ведущих к нестабильности и утрате привычных социальных норм.

Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой самоубийств и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований (Амбрумова А. Г., 1996).

Связь уровня самоубийств с социальной дезорганизацией подтверждается и современными исследованиями. Политическая и экономическая нестабильность способствует формированию у многих людей различных по степени выраженности вариантов социально-стрессовых расстройств (Александров-

ский Ю. А., 1996; Моховиков А. Н. и др., 1998; Schmidtke A. et al., 2007; Miliceric-Kalasic A., 2007).

Рядом зарубежных авторов показана положительная корреляция между частотой суицидов и уровнем разводов и безработицы (Leenars A. et al., 1993; Cantor C. H. et al., 1995; Golney R. D. et al., 1995; Lester D., Preti A., 1996, 1997; Rihmen Z., 2007). Интересные данные в этом отношении были установлены в США, где в период роста безработицы повышался уровень потребления алкоголя и числа суицидов (Grunewald P. et al., 1993). В Финляндии же уровень суицидов колебался в зависимости от экономических циклов: возрастал в периоды экономического роста и снижался в периоды экономического спада; он не был связан с уровнем безработицы и уровнем разводов и зависел у мужчин от уровня потребления алкоголя (Hintikka J. et al., 1999).

Как социально-экономические факторы рассматриваются военные конфликты и порожденная ими агрессия (Biro M., Selakovic-Bursic S., 1996); пребывание в концентрационных лагерях (Bronisch T., 1996; Lester D., 1997). Особенно подвержены суицидальному поведению обитатели мест лишения свободы, в том числе освободившиеся из них (Тукаев Р. Д., 2003; Winkler G. E., 1992; Malliori M. et al., 1996; Farmer K. A. et al., 1996).

Необходимо отметить влияние посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) как многокомпонентного фактора, вносящего существенный вклад в формирование суицидальности (Тукаев Р. Д., 2003). Психическая травматизация повышает уровень суицидальности опосредованно, через развитие общих психических расстройств, включая депрессивные, тревожные.

Характерно, что в роли травмирующих агентов выступают не только (и не столько) боевые стрессоры, но и многочисленные формы насилия (физического, психического, сексуального, семейного и т. д.), равно как и стрессоры утраты (смерть близких, друзей, другие формы утраты). ПТСР, как правило, развивается совместно с депрессивными и тревожными расстройствами, суицидогенность которых бесспорна. Алкогольная и наркотическая зависимости также сопутствуют ПТСР. Поэтому сочетание травматических, аффективных, зависимостных расстройств в структуре ПТСР формирует высокую суицидогенность данного страдания.

Роль социальных факторов в полной мере можно продемонстрировать и на примере России, где в исторически короткий отрезок времени произошла фактическая смена общественно-

экономической формации, вызвавшая не только экономические, но и психологические проблемы (необходимость быстрой адаптации к новой социальной системе, ломка прежних идеологических стереотипов, появление новых ценностных ориентаций, резкое ухудшение материального состояния и т. д.). В результате установлено, что за период с 1990 по 2003 г. частота завершённых суицидов в стране увеличилась почти в 1,5 раза (Гладышев М. В., 2006; Rozanov V. A., 2007; Rihmen Z., 2007). По данным НИИ «Скорой помощи» им. Н. В. Склифосовского (1999), на первое место среди дезадаптирующих факторов стали выступать безработица, ухудшение материального положения, жилищно-бытовая неустроенность; возросло количество демонстративно-шантажных попыток, связанных с банкротством, стремлением избежать угрозы жизни близким либо утраты имущества (Войцех В. Ф., Балашова М. Г., 1999).

Многими авторами уделяется серьёзное внимание влиянию социально-культуральных факторов в суицидальном поведении (Hassan R., 1995; Leenars A. A., Lester D., 1995; Schmidtke A., 1996). Например, Леенарс и др. (1998, 2002) при анализе предсмертных записок в Венгрии, США, Канаде и России выявили существенные расхождения в межличностных аспектах, что, вероятно, связано с социально-культуральными различиями.

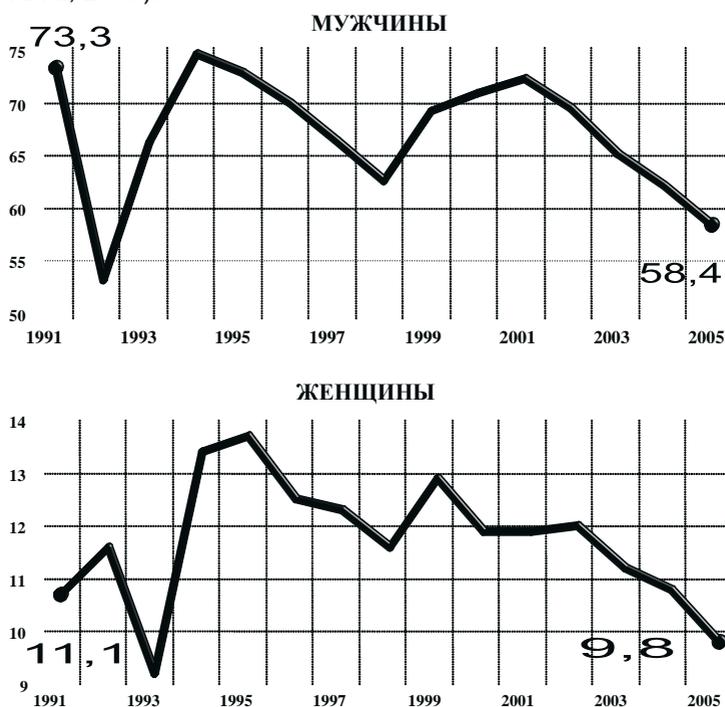
Имеются исследования зависимости распространенности суицидов среди этнических групп России (Башкирова Г. А., Лазебник А. И., 1997; Косенко В. Г., 1997; Васильев В. В., 1997, 2001; Дубравин В. И., 1997, 2001; Лазебник А. И., 2000; Пашенко И. Е., 2003; Положий Б. С., Лазебник А. И., 2006), Венгрии (Ozsvath K., 1996), Швеции (Ferrada-Noli M., Asberg M., 1997; Johansson L. M. et al., 1997), у коренного населения Северной Америки (Holinger P. C., 1989; Garrison C. Z. et al., 1992; Malchy B. et al., 1997). Широко известно, что высокими показателями суицидальности отличаются представители финно-угорской группы (Weisman M., 1987; Platt S. et al., 1992). Для народов юга Европы, в частности государств романской группы языков, характерны низкие показатели самоубийств и суицидальных попыток (Schmidtke A. et al., 1993; Bille-Brahe U. et al., 1993; Rihmen Z., 2007).

Несмотря на убедительные данные, свидетельствующие о значительном влиянии социальных факторов, многие специалисты большое значение придают медико-биологическим факто-

рам (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980; Полякова И. В., 1987; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

Среди биологических факторов особое значение имеют пол и возраст (Амбрумова А. Г., 1996; Grollman E. A., 1988; Ellis J. B., Range L. M., 1992; Kastenbaum R., 1992; Lambert M. T., Fowler D. R., 1997; Katschnig H., Freidl M., 2007).

Практически во всех странах завершённые суициды чаще совершают мужчины. Так, среднемировой показатель составляет в мужской популяции 24, а в женской – 6,8 на 100 тыс. (3,5:1). В России (рис. 1) аналогичные показатели в 2005 г. были равны 58,4 на 100 тысяч среди мужчин и 9,8 – среди женщин (6:1) (Чуркин А. А., 2007).



**Рис. 1. Динамика показателей числа самоубийств среди мужчин и женщин в РФ в 1991—2005 гг. (на 100 тысяч населения) (Чуркин А. А., 2007)**

В контингенте лиц, совершивших суицидальные попытки, многими авторами отмечено преобладание женщин (Ваулин С. В., 1997; Лопатин А. А., 2000), которые приводят, однако,

различную величину соотношения – 1,4—4:1. Объяснение этого факта таится в методах самоубийства: женщин обычно больше интересует вопрос о том, что произойдет с их телом после смерти, и потому большая их часть использует пассивные средства саморазрушения (снотворные препараты, яд или газ). Большинство же мужчин чаще совершают суицид путем самоповешения, использования огнестрельного оружия или прыжков с высоты (Grollman E. A., 1988).

Особую тревогу вызывает уровень самоубийств, совершаемых в трудоспособном и подростковом возрастах (Bille-Brahe U., 1998). Среди всех суицидентов доля лиц трудоспособного возраста превышает 75 %, а показатель частоты суицидов среди представителей данной группы на 26 % выше, чем по стране в целом. За последние 15 лет резко возросла распространенность самоубийств у подростков: среди причин смерти молодежи суицид вышел на второе (после несчастных случаев) место (Попова Н. М., 1997; Rosenberg M. L., 1987; Shaffer D., 1990; Gould M. et al., 1990; Swanson J. W. et al., 1992; Stack S. et al., 1994; Lewinson P. M., 1994; Warnke A. et al., 1996; Wenglein E., 1996; Nordentoft M. et al., 2005).

Следует отметить, что завершённые суициды приходится преимущественно на лиц среднего и пожилого возрастов и вероятность лишения себя жизни с возрастом все более увеличивается. При анализе суицидальных попыток наблюдается обратная картина: покушение на свою жизнь чаще всего совершается лицами до 29 лет (Амбрумова А. Г., 1996).

Многие исследователи подчеркивают роль генетических факторов в развитии суицидального поведения (Giegling J. et al., 2006; Wasserman D. et al., 2007; Courtet P., 2007). Так, у первого поколения потомков самоубийц частота попыток и завершённых суицидов примерно в 4 раза выше, чем в контрольной группе, причем повышение вероятности не связано с наличием психических заболеваний (Roy A. et al., 1992, 1995; Brent D. A. et al., 1998).

О генетически обусловленной природе суицидального поведения свидетельствуют и результаты «близнецовых» исследований: вероятность завершённого суицида у монозиготных близнецов примерно в 20 раз выше, чем у дизиготных, но у последних – в 3,5 раза выше среднего уровня в популяции (Roy A. et al., 1995). Установлено также, что у 6 % суицидентов один из родителей был самоубийцей, а это в 88 раз превосходит среднестатистический уровень.

тистическую норму (Розанов В. А., 1998; Wasserman D. et al., 2007).

Возникает вопрос о роли семейного анамнеза, особенностей воспитания и психологической сенситивности подрастающего поколения в период возрастных кризисов, которые опосредуют возможность усвоения паттернов суицидального поведения.

Однако, как свидетельствуют результаты специальных исследований, если усыновленные дети, в семейном анамнезе которых были сведения о суициде, попадают в «несуицидную» семью, у них наблюдается повышение в 6 раз частоты суицидальных попыток по сравнению с контрольными усыновленными детьми, чьи биологические родители не совершали таких попыток (Schulsinger F. et al., 1979; Wender P. et al., 1986; Mann J. et al., 1989). Объяснением этому феномену может служить гипотеза утраты контроля над импульсивным поведением в семьях, выдвинутая S. Kety (1986).

В то же время А. Г. Амбрумова (1996) считает, что истинной суицидальной наследственности не существует, наследуется не склонность к суициду, а психическое заболевание или расстройство, обуславливающее в структуре своих психопатологических проявлений суицидальное поведение в определенных социально-психологических кондициях, при которых возникает дезадаптация личности к социальной среде.

В последние годы актуальным становится изучение нейробиологической природы суицида, определение нейрохимических механизмов, участвующих в формировании суицидального поведения. Особенное распространение получила так называемая серотониновая теория, которая связывает суицидальное поведение с пониженной концентрацией 5-гидроксииндолуксусной кислоты в стволовых структурах мозга и спинно-мозговой жидкости (Asberg M. et al., 1976; Bregon A. et al., 1990; Mann J. et al., 1992; Dickov A. et al., 1995; Asberg M., 1996; Mann J., Arango V., 1998; Marusic A., 2006; Saiz P. A., 2007). Более чем в 95 % случаев в мозговом веществе самоубийц наблюдается пониженное содержание серотонина. Более того, у суицидентов, которые предприняли демонстративную попытку самоубийства, дефицит серотонина выражен втрое слабее, чем у «истинных» самоубийц. Суицидогенный дефицит серотонина может быть вызван либо наследственностью, либо привнесенными факторами – неправильной диетой, алкоголем, наркотиками, старостью.

Ряд авторов отмечают нарушения в катехоламиновом обмене у суицидентов (Brodie M. S. et al., 1990; Gerra G. et al., 1997; Mann J., Arango V., 1998; Callado L. F. et al., 1998). При исследованиях трупов жертв суицида выявлены уменьшение количества норадренергических нейронов, снижение концентрации норадреналина, повышение активности тирозингидроксилазы – основного регулируемого фермента синтеза катехоламинов. По-видимому, формированию суицидальности предшествует период повышенной функциональной активности дофаминергической и норадренергической систем, что может привести к их истощению и способствовать последующему развитию депрессии (Coscato E. F. et al., 1989; Cleare A. J., 1996, 1997). В целом существует точка зрения, что роль моноаминергической медиации в формировании суицидальных наклонностей в основном связана с ее участием в реализации механизмов стресса. По мнению J. Mann и et al. (1999), норадренергическая реакция отражает воздействие факторов среды, в то время как состояние серотониновой системы генетически обусловлено и отражает личностный фон, на который накладывается средовое воздействие.

В литературных источниках обсуждается связь между состоянием гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системы и склонностью к самоубийству. Считается, что она опосредует стрессовые стимулы и создает определенный фон для формирования суицидальности (Traskman-Bendz L. et al., 1986; Lester D., 1995; Engstrom G. et al., 1996; Pivac N. et al., 1997).

Имеются данные о роли иммунной системы в реализации суицидального поведения, что проявляется в напряжении и активации иммунитета у лиц, склонных к суициду; повышении титра антител к дофамину; повышении в крови растворимого рецептора интерлейкина-2 (Berquist J. et al., 1993; Nassberg L., Traskman-Bendz L., 1993; Traskman-Bendz L. et al., 1998). Данный факт может свидетельствовать о повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера, возможно вследствие перенесенной травмы, нейроинфекции, нейроинтоксикации, и о наличии аутоиммунного конфликта (Rozanov V. A. et al., 1996).

Существует так называемая «холестероловая гипотеза суицида», свидетельствующая о взаимосвязи естественно низкого или фармакологически сниженного уровня холестерина в крови и повышенной смертности, в частности от самоубийств (Розанов В. А., 1998; Muldoon M. F. et al., 1990; Lindberg G. et al., 1992; Zureik M. et al., 1996; Boston P. F. et al., 1996; Rybakowski J. et al.,

1996; Kaplan J. R. et al., 1997; Kunugi H. et al., 1997; Maes M. et al., 1997). Так, по данным М. Zureik (1996), относительный риск самоубийств у мужчин в возрасте 43—53 года выше в группе со снижением уровня холестерина в крови менее 4,78 ммоль/л. В. А. Розанов (1998) при исследовании солдат, совершивших серьезные попытки самоубийства, выявил у 70 % из них снижение холестерина в крови по сравнению с физиологической возрастной нормой. Еще одним фактором, существенно влияющим на частоту суицидов, является наличие соматического заболевания. Риск совершения самоубийства возрастает у лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, гастродуоденальной язвой (Амбрумова А. Г., Руженков В. А., 1997), рассеянным склерозом, болезнью Иценко–Кушинга – в среднем в 5 раз; у больных эпилепсией – в 4—5 раз, височной эпилепсией – в 25 раз (Полянский Д. А., 2003).

Заканчивая данный раздел, следует более подробно остановиться на факторах и условиях, которые существенно снижают суицидальный риск.

С. В. Зиновьев (2002) среди таковых выделил следующие.

1. *Место обитания* – сельская местность, удаление от крупных городов. Патриархальный, сложившийся поколениями уклад. Малая степень ориентации на потребление и товарное производство.

2. *Женский пол* (кроме психически больных, а также зависимых от алкоголя и наркотиков).

3. *Безразличное или отрицательное отношение к употреблению алкоголя и наркотиков.*

4. *Наличие собственной семьи*, воспитание в полной, гармоничной семье.

5. *Способность к психической саморегуляции*, умение находить альтернативы и компромиссы, активный жизненный опыт.

6. *Умение совладать с агрессией.*

7. *Концепция самоубийства как табу* на религиозной или иной основе.

Конечно же, ни один из этих факторов не обеспечивает сто-процентного «иммунитета» против суицида. Кроме того, некоторые из антисуицидальных факторов являются весьма спорными. Д. И. Шустов (2005) считает, что только пол суицидента можно отнести к надежным протекторным факторам. В свою очередь, как показали наши исследования (Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2005—2007), в настоящее время фактор проживания в сельской

местности, наоборот, относится к условиям высокого суицидального риска (об этом будет сказано подробнее в следующей главе).

В свою очередь, Н. М. Юрьева (2001) выделила факторы, не только лимитирующие суицидальное поведение, но и санкционирующие (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

**Прогностические критерии суицидального риска (Юрьева Н. М., 2001)**

| Признаки                           | Санкционирующие   | Лимитирующие                               |
|------------------------------------|---|--|
| Возраст                            | Подростковый, зрелость (40—50 лет), пожилые   | Детский, до 40 лет                         |
| Пол                                | Мужской   | Женский                                    |
| Раса                               | Белая   | Небелая                                    |
| Семейное положение                 | Разведенные, вдовы, одинокие (после 40 лет)   | Семейные (женатые)                         |
| Социально-экономическое положение  | Периоды экономической депрессии, резкое изменение национальной мотивации и социокультуральных условий, эмиграция  | Периоды высокой занятости, войн, революций |
| Занятость                          | Безработные, пенсионеры, заключенные  | Работающие                                 |
| Профессия                          | Врачи (особенно психиатры, стоматологи, анестезиологи, офтальмологи), юристы, музыканты   |  |
| Время года                         | Теплое (апрель—сентябрь)  | Холодное октябрь—март)                     |
| Физическое здоровье                | Наличие хронических заболеваний, ведущих к инвалидизации, и фатальные болезни (например, СПИД, онкозаболевания)   | Удовлетворительное                         |
| Суицидальное поведение в прошлом   | Да, особенно опасны первые 3—6 месяцев после совершения парасуицида   | Нет  |
| Заявление о суициде                | Да (свыше 50 % суицидентов говорили о своем намерении)  | Нет  |
| Лечение в психиатрической больнице | Да  | Нет  |
| Наследственная отягощенность       | Да  | Нет  |
| Особенности личности               | Повышенная напряженность потребностей, низкая самооценка, эмоциональная лабильность, низкая способность к формированию компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность, демонстративность | Психастеники, шизоиды                      |

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| Психическое состояние        | Наличие психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ (опиаты, барбитураты, алкоголь, галлюциногены), аффективных расстройств настроения, шизофрении, посттравматических стрессовых расстройств, а также расстройств личности, сопровождающихся агрессивным поведением, вспышками возбуждения и насилия | Без психических расстройств   |
| Психопатологические синдромы | депрессивный (особенно с идеями самоуничтожения и самообвинения), депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, тревожно-фобический, галлюцинаторно-параноидный с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации   | Астенический, ипохондрический, маниакальный, апатоабулический, онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства |
| Медикаментозные средства     | Потенцируют развитие депрессии: кортикостероиды, резерпин, антигипертензивные (пропранолол), аминазин, ряд противораковых и противозачаточных препаратов   |   |

Таким образом, суицидальное поведение характеризуется разнообразием причин и факторов, его формирующих. Изучение преимущественного влияния тех или иных факторов в различных группах суицидентов по-прежнему представляет собой актуальную задачу.

### 1.3. Мотивы суицидального поведения

Не вызывает сомнения необходимость дифференцирования ближайших поводов и мотивов суицидальных попыток, которые, как считал В. М. Бехтерев (1912), часто лежат глубже и представляют собой совокупность неблагоприятно сложившихся условий.

Однако такие сложные виды деятельности, как суицидальное поведение, вызваны, как правило, не одним, а несколькими одновременно действующими и взаимодействующими мотивами, образующими развернутую систему мотивации действий и поступков человека. Мотивы могут быть осознанными, высшими (интересы, убеждения, стремления, страсти, идеалы), и неосознанными, низшими (установки, влечения и т. п.). В начале, чтобы

избежать дальнейшей путаницы, следует остановиться на понимании таких терминов, как «причина», «условия» и «повод».

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Оно уходит своими корнями в социально-психолого-психиатрический анализ проблемы. «*Причина – явление, обуславливающее появление другого явления, основание для действия*» (Ожегов С. И., 1978). Т. е. причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид. Причины суицидов могут быть *внешними* (социально-средовыми) и *внутренними* (внутриличностными). Помимо главной причины могут быть еще и *второстепенные* (болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.). Причины могут становиться внутренними мотивами, но и могут служить только факторами, формирующими мотивы самоубийства.

От причины следует отличать условия и повод. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который, хотя и не порождает конкретные следствия, все же выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. В свою очередь, нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

Повод, в отличие от причины, – это событие, которое выступает побудительным стимулом для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин (Юрьева Н. М., 2001).

Предложено множество классификаций мотивов суицидального поведения. Так, согласно классификации В. А. Тихоненко (1978), мотивы самоубийств представлены следующим образом: 1) *протест, месть* (желание наказать обидчика); 2) *призыв* (желание привлечь внимание); 3) *избегание* (желание избежать наказания, страдания); 4) *самонаказание* (самоуничтожение, бегство в смерть); 5) *отказ* (от борьбы за свое существование). Данная классификация вызывает по ряду моментов возражения и сомнения со стороны других суицидологов, ведь любой суицид включает в себя мотив прекращения страданий, мотивы могут полностью не осознаваться либо осознаваться неверно, часто имеется не один, а несколько суицидальных мотивов (Амбрумова А. Г., 1978).

Еще один довольно известный вариант классификации суицидально-поведенческих мотивов был предложен С. В. Бородиным, А. С. Михлиным (1978):

1. *Личностно-семейные конфликты*: а) семейные конфликты и развод; б) болезни и смерть близких; в) одиночество; г) неудачная любовь; д) оскорбление со стороны окружающих; е) половая несостоятельность.

2. *Состояние здоровья*: а) психические заболевания; б) соматические заболевания; в) уродства.

3. *Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента*: а) опасение уголовной ответственности; б) боязнь иного наказания или позора.

4. *Конфликты, связанные с работой, учебой*: а) конфликты на работе; б) неуспехи в учебе.

5. *Материально-бытовые трудности*.

6. *Другие мотивы*.

Очевидно, что отчетливое разделение мотивов и причин вряд ли возможно, одна причина может вызывать другие, а те, в свою очередь, формируют сложный мотив самоубийства. Так, например, соматические заболевания могут обусловить и семейный конфликт, и неудачную любовь, и неуспехи в учебе и т. п. Половая несостоятельность, как причина, может относиться к рубрике «личностно-семейные конфликты», но с такой же вероятностью ее можно отнести к группе «состояние здоровья» (Блейер Е., 1993).

Sener (1983) считает, что имеется четыре основных мотива самоубийств: 1) *изоляция* (чувство, что тобой никто не интересуется, никто тебя не понимает); 2) *чувство собственной незначимости* (когда человек оценивает себя низко, чувствует себя некомпетентным или стыдится себя); 3) *беспомощность* (ощущение потери контроля за своей жизнью); 4) *безнадежность* (когда будущее ничего хорошего не предвещает).

На основании мотивов совершения самоубийства А. Е. Личко (1985) выделил три типа суицидального поведения: первый тип – *истинный* (когда человек хочет убить себя); второй тип – *аффективный* (с преобладанием эмоционального момента); третий тип – *демонстративный* (как способ привлечь внимание). Корректность подобной классификации не является бесспорной: как истинный суицид, так и демонстративная форма могут характеризоваться преобладанием эмоций (Лаврин А., 1993).

А. Г. Амбрумова (1996) среди суицидальных мотивов различает две основные группы: 1) *мотивы неблагополучия* (одиночество, тяжесть жизни как таковой, потеря близких любимых людей); 2) *мотивы конфликта*, в который, помимо суицидента, вовлечены и другие лица. *Одиночество* А. Г. Амбрумова (1996) считает наиболее общим мотивом суицидального поведения в любом возрасте. Оно может быть как внезапно возникшим чувством, так и хроническим переживанием. При этом формы одиночества крайне разнообразны – от неутоленной потребности в родительской любви, супружеской ревности в ситуации покинутости до жажды уважения и признания.

Ряд исследователей вообще не проводят границы между причинами и мотивами самоубийств. А. Лаврин (1993) представляет их единым вариантом, В. Вахов (1994) под причинами рассматривает мотивы. Ю. И. Соседко, Л. В. Постовалова (1994) не видят отличий между причиной и мотивом самоубийства.

Таким образом, можно сделать вывод, что приведенные классификации далеко не охватывают весь спектр возможных суицидально-поведенческих мотивов. Вероятно, это и невозможно, так как мотивы самоубийств во многом субъективны, зависят от различных характеристик суицидента: возраста, пола, образования, профессии, мировосприятия и т. д. Бесспорно только одно, что любое конкретное самоубийство имеет свои причины и мотивы (приложения 5—7).

#### **1.4. Особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте**

Известно, что суицидальное поведение в каждой возрастной группе обусловлено различными причинами (Лопатин А. А., Кокорина Н. П., 1996). Необходимость изучения и поиск путей устранения факторов риска или ослабление степени их негативного влияния с целью профилактики различных проявлений суицидального поведения имеет особое значение для психиатрии подростково-юношеского возраста (Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996; Голенков А. В., 1998).

Особенности проявлений суицидов в детском и подростковом возрастах, своеобразии психологии и уровней социализации детей и подростков, специфика психопатологических состояний, виды профилактики – все эти характерные признаки в целом

дают возможность выделять детскую и подростковую суицидологию как самостоятельную область знаний (Юрьева Н. М., 2001).

В последние 15—20 лет рост самоубийств среди подростков и юношей внушает серьезные опасения. По данным ВОЗ, количество суицидов среди лиц в возрасте 15—24 лет в последние 15 лет увеличилось в два раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах стоит на 2—3-м месте. За последние 10 лет во Франции число самоубийств среди подростков утроилось, в Польше распространенность суицидов среди подростков и юношей (12—20 лет) увеличилась в 4 раза. В США количество самоубийств в возрастной группе 15—19-летних за этот же период удвоилось и достигло 5000 в год (Юрьева Н. М., 2001).

В нашей стране только за 90-е гг. XX века частота суицидов среди подростков возросла в три раза. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие десять лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее всего (Старшенбаум Г. В., 2005). При этом на каждый суицид со смертельным исходом у подростков приходится не менее 10—100 суицидальных попыток (Войцех В. Ф., 2007).

Считается, что суицидальное поведение у детей до 5 лет практически не встречается. У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность. С 14—15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в возрастной группе 16—19-летних. А. Г. Амбрумова и др. (1987), обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, убедительно показали, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершили 14,4 %, в пубертатном (13—16 лет) – 51,8 % и в постпубертатном (17—18 лет) – 33,8 %. Самыми молодыми из суицидентов были дети 7 лет. Большинство в группе обследованных составили девочки (80,8 %). Наиболее частыми способами покушений и суицидальных попыток у девочек были отравления, у мальчиков – порезы вен и повешение.

Суициды у юношей в возрастной группе 15—19 лет численно преобладают над таковыми у представительниц женского пола приблизительно в 4 раза (Rosenberg M. L. et al., 1987; Berman A. L., Jobes D. A., 1991). Чаще молодые люди прибегают к

жестоким (наиболее летальным) способам суицида (Grollman E. A., 1988). Большинство совершающих суицидальные действия осуществляют их при незначительном временном разрыве от начала формирования суицидальных мыслей (Войцех В. Ф., 1998).

По нашим данным, в г. Чите дети и подростки совершили 3,2 % самоубийств и 15,1 % зарегистрированных парасуицидов. При этом соотношение между детьми в возрасте до 15 лет и подростками в возрасте от 15 до 18 лет в первом случае составило 1:2,5, во втором – 1:8. Следовательно, в подростковом возрасте суицидальная активность резко возрастает. Самыми молодыми из суицидентов в Чите были дети 9—10 лет. При завершенных суицидах в нашем городе значительно преобладали мальчики и юноши по сравнению с девочками: 83,3 и 79,4 % соответственно. При суицидальных попытках большинство составили девочки, мальчики – 34 %, юноши – лишь 14,1 %. У лиц до 18 лет при самоубийствах самоповешения составили 87 %, при парасуицидах были выявлены в 86,1 % случаев самоотравления.

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения в данной возрастной группе большинство исследователей выделяют такие, как переживания обиды, одиночество, отчужденность, потеря родителей, их развод или уход из семьи одного из родителей, неразделенная любовь, ревность, чувство вины, оскорбленного самолюбия, страх наказания, желание отомстить, злоба, сексуальные эксцессы, подражание (Кузнецов В., 1996).

А. Е. Личко (1999) к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит: 1) потерю любимого человека; 2) состояние переутомления; 3) уязвленное чувство собственного достоинства; 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков; 5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; 6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Основными психосоциальными факторами риска суицидального поведения в рассматриваемой группе являются семейные отношения, жизненные стрессовые ситуации (микросоциальный конфликт), физическое или сексуальное насилие, социальная незащищенность, потеря одного из родителей, потеря друга (Исаев Д. Н., 1993; Kosky R., 1983; Hawton K. et al., 1986; Pfeffer C. R. et al., 1988). У подростков, проживающих в семьях,

где имеет место насилие в любых его проявлениях, выше риск самоубийств и суицидальных попыток (Deykin E. Y. et al., 1985; Shaffer D. et al., 1990). Возможно, параллельно с насилием суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных семей (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990; Fremouw W. et al., 1993). В соответствии с данными С. В. Зиновьева (2002) каждый год кончают жизнь самоубийством 15 % выпускников детских домов Санкт-Петербурга. В семьях, где есть больные депрессией, другими психическими заболеваниями, лица, совершившие суицидальную попытку или суицид, подростки чаще прибегают к суицидальным действиям (Pfeffer C. R., 1989; Brend D., et al., 1990). Однако эти факторы не всегда способствуют развитию суицидального поведения, поэтому определять угрозу самоубийства у конкретного индивидуума, основываясь лишь на наличии у него микросоциального стресса, без учета личностных особенностей подростка, не представляется обоснованным (Иванов Н. Я., Попов Ю. В., 1994; Shaffer D. et al., 1988).

По мнению Е. Шир (1984), большинство суицидальных действий в подростковом возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т. п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том, и в другом случае, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока. Кроме того, автор считает, что концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11—14 годам, т. е. только начиная с этого возраста ребенок по-настоящему осознает реальность и необратимость смерти, именно поэтому термины «суицид» и «суицидальное поведение» для раннего возраста малопримлемы.

А. Е. Личко, А. А. Александров (1974), обследовав группу подростков в возрасте 14—18 лет, установили, что примерно у половины из них (49 %) суицидальные действия совершаются на фоне острой аффективной реакции (аффективный тип суицидальных действий), которая развивается по механизму «короткого замыкания», когда порой малозначительный повод играет

роль «последней капли» и провоцирует суицидальное действие. При этом действия подростка в момент суицидальной попытки нередко внешне кажутся демонстративными. Они совершаются на глазах у обидчика, сопровождаются плачем или, наоборот, бравадой спокойствия. Однако эта «игра в самоубийство» часто заходит слишком далеко и может закончиться трагично.

В последнее время обсуждается вопрос о возможности имитации в патогенезе суицидального поведения у подростков (Gould M., Shaffer D., 1986; Gould M. et al., 1990; Stack S. et al., 1994). Присутствие его различных проявлений в семье или у знакомых может оказывать прямое влияние на развитие имитации у данного пациента (Pfeffer C. R., 1989; Lewinsohn P. M., 1994). S. Stack (1987) указывает на очевидность связи повышенного количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации суицидов знаменитостей.

C. Tischler et al. (1981) указывают на связь возникновения суицидальных попыток у подростков с низким уровнем социальных контактов. Интенсивность и частота психологических проблем у них выше, чем у несуйцидальных психиатрических пациентов (Topol P., Reznicof M., 1982). К признакам нарушения социальной адаптации В. С. Чудновский и др. (1993) относят потерю социально направленных чувств, недоверие к близкому социальному кругу и социальным нормам, неконтактность, негативное отношение к требованиям морали, конфликтность. В. Yang, G. Clum (1994) поддерживают мнение, что психосоциальные стрессоры, наслаивающиеся на почву низких адаптационных возможностей и слабых копинг-механизмов, приводят к развитию депрессии, чувства безнадежности и суицидальному поведению.

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Многочисленные исследования особенностей саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков позволили выделить группы риска (Личко А. Е., 1983—1993, Юрьева Л. Н., 1987). Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера:

1. *Циклоидный тип.* Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцируют суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.

2. *Эмоционально-лабильный тип.* Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.

3. *Эпилептоидный тип.* Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают агрессивными, но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

4. *Истероидный тип.* Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Среди психиатрических факторов риска в формировании суицидального поведения в современной литературе рассматриваются расстройства настроения, безысходность, предшествующая суицидальность, расстройства личности и поведения, злоупотребление психоактивными веществами, психотические состояния.

По данным Л. Я. Жезловой (1978), среди детей-суицидентов до 13 лет больные шизофренией составили 70 %, а лица с ситуационными реакциями – 18 %; в более старшем возрасте (13—14 лет) число страдающих шизофренией уменьшилось до 38 %, а количество лиц с ситуационными реакциями, наоборот, возросло до 60 %.

Широко известна связь между аффективными расстройствами у подростков и суицидальностью (Попова Н. М., 1997, 1998; Otto O., 1972; Welner A. et al., 1979; Carlson G. A., Cantwell D. P., 1982; Friedman R. C. et al., 1983; Robbins D. R., Alessi N. E., 1985; Swanson J. W. et al., 1992; Brent D. A. et al., 1994).

Нередко расстройства личности, поведения, депрессия коморбидны со злоупотреблением психоактивными веществами. В настоящее время имеется достаточно свидетельств о связи суицидов у подростков с алкогольной, наркотической и другими видами зависимости (Farberow N. L. et al., 1988). Иногда прием алкоголя или другого нейротропного вещества является составной частью суицидальной попытки (Schuckit M. A., Schuckit J. J., 1989).

Так, в Чите при самоубийствах 25,5 % детей и подростков находились в алкогольном опьянении, при суицидальных попытках – 23,5 %. Необходимо отметить, что в момент завершеного суицида в состоянии алкогольного опьянения было лишь 7,8 % детей и 35,3 % подростков, при парасуицидах – 27,7 % и 22,9 % соответственно. Т. е. алкогольное опьянение у суицидентов в

возрастной группе до 18 лет встречается реже, чем в остальной популяции суицидентов (см. третью главу), особенно это касается детей.

Суицидальное поведение встречается у лиц, страдающих тревожными расстройствами. R. Mattison (1989) фиксировал высокий уровень тревоги у подростков с теми или иными проявлениями суицидального поведения, а у молодых пациентов с тревожными расстройствами – суицидальные мысли. При этом отмечено, что тревожные расстройства могут иметь хроническое течение и маскироваться проявлениями других психопатологических состояний. Особенности суицидального поведения при расстройствах личности изучались многими авторами (Чомалян Э. А., 1983; Лазаришвили И. С., 1986). В качестве причин суицидального поведения чаще всего рассматривались идеи обиды, оскорбления, несправедливое отношение окружающих, унижение личного достоинства, различные производственные конфликты. Риск суицида значительно повышался при декомпенсации психопатии.

По данным А. Г. Амбрумовой (1980), примерно 22 % подростков, совершающих суицидальные попытки, никогда ранее не наблюдались у психиатра, были полностью адаптированы в социальном и психологическом смысле. Ряд авторов полагают, что большинство суицидальных действий совершается психически здоровыми лицами в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта (Амбрумова А. Г., 1983; Старшенбаум Г. В., 1991, 2005). Однако, по мнению В. Я. Семке (1998), появление в пресуицидальном периоде выраженной тревоги, депрессии, диссомний и вегетативных нарушений говорит о трансформации симптоматики из аномальных личностных реакций в то или иное психическое расстройство. В большинстве случаев психопатологическая картина укладывается в рамки адаптационных реакций, а острота развития суицидальных проявлений зависит от степени взаимодействия характерологических черт подростка, условий воспитания, содержания психогений, а также пубертатных психосоциальных и соматических сдвигов. Длительность, стойкость и серьезность суицидальных намерений, как правило, имеют неодинаковую степень выраженности. Показано, что способ покушения на самоубийство не является информативным в плане определения истинности намерений, а граница между истинным и demonstra-

тивно-шантажным поведением подростка весьма условна (Вроно Е. М., 1984; Амбрумова А. Г., Вроно Е. М., 1985).

Таким образом, понимание особенностей суицидального поведения у лиц подростково-юношеского возраста в целом является необходимым при исследовании отдельных групп молодежи, каковыми, в частности, являются рядовые военнослужащие срочной службы. Актуальность проблемы аутоагрессивного поведения среди военнослужащих подтверждается неутешительной статистикой. В армиях различных стран СНГ гибель от самоубийств составляет до 50 % от числа всех смертей в мирное время (Старшенбаум Г. В., 2005). Поэтому более подробное освящение данного аспекта проблемы приведено нами в четвертой главе.

## Глава 2

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОВ И ПАРАСУИЦИДОВ (совместно с О. П. Ступиной)**

В настоящее время показатель распространенности самоубийств отражает экономический статус социума, уровень национального здоровья и культуры, возможности цивилизованного развития, а также степень адаптации населения к социально-культурной среде обитания, ее изменениям (Никаноров А. И., 1999).

Между тем проблема самоубийств с каждым годом приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Наверняка, у каждого есть родственник, друг или хотя бы знакомый, ушедший из жизни добровольно. Ежедневно около 1 200 обитателей Земли убивают себя и ещё 7 500 пытаются это сделать (Юрьева Л. Н., 2001). Ежегодно в мире кончают жизнь самоубийством более 1,4 млн человек (Попик И. Г., 2002).

Хочется отметить, что с XIX века наблюдается повсеместный рост числа суицидов, а различие в частоте самоубийств по всему миру достигает 153 раза (Сливко К. Ю., 2003; Разводовский Ю. Е., 2004). Средний показатель смертности по причине суицидов в мире равен 14,5 на 100 тысяч населения (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006). 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, уровень самоубийств, превышающий 20 на 100 тысяч населения, говорит о ситуации кризиса в обществе. Анализируя изменения эпидемиологических показателей суицидов, исследователи отмечают отсутствие стабилизации в сложившейся ситуации. В настоящее время самоубийства стали 13-й по значению причиной смерти населения в мире (Войцех В. Ф., 2007).

Исследования суицидальной смертности на протяжении многих лет в разных странах и различных районах одного государства показывают сходные значения социального процента самоубийств (количество завершённых суицидов на 100 тысяч жителей) для стран с одинаковыми уровнями культуры, схожими политическими, экономическими и социальными системами. В то

же время этот социальный процент может резко меняться от нации к нации, от одного территориального образования к другому, если уровень развития основных сфер их жизнедеятельности различен (Кац И., 1995). Поэтому суицидальный феномен представляет собой *«статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития, как государств, так и их отдельных регионов»* (Амбрумова А. Г., 1996).

Ситуация с суицидами, сложившаяся в последние десятилетия в Российской Федерации, приобрела масштабы национального бедствия (Волкотруб Л. П. и др., 2005). Распространенность самоубийств в стране находится в пределах 30—36 случаев на 100 тысяч населения. Для сравнения, в США и Германии уровень суицидов составляет 12 и 18 на 100 тысяч населения в год соответственно (Лаукс Г., 1996; Леенарс А. А. и др., 2002; Knowlton L., 1995; Warnke A. et al., 1996; Leenars A. et al., 1998; Rajork F. G. et al., 2005). По утверждению экспертов ВОЗ, наша страна столкнулась *«с кризисом самоубийств»* (2003). 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 (Гилнский Я. И., 1998, 2000). С 1994 г. наша страна прочно занимает второе место в мире, после Литвы, по величине данного показателя (41,8 и 45,8 на 100 тысяч в 1994 г. соответственно). Необходимо отметить, что в некоторых регионах РФ распространенность суицидов достигает 100—150 на 100 тысяч населения (Немцов А. В., 2002; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

Самоубийства в нашей стране стоят на первом месте по числу уносимых жизней в группе т. н. *«внешних причин»*, к которым относятся также несчастные случаи, травмы, отравления, убийства и т. п. (194,1 случая на 100 тысяч населения) (Немцов А. В., 2002). Они относятся к наиболее значимым явлениям, отражающим социально-психологическое здоровье населения (Нечаев А. К., 1992) и занимают второе место среди причин преждевременной смертности (после болезней органов кровообращения). Подобную *«стратегию»* поведения россиян эксперты объясняют глубокими социальными основаниями, отмечая, что социальное недовольство выражается в виде разного рода девиантного поведения (алкоголизм, преступность, суицид).

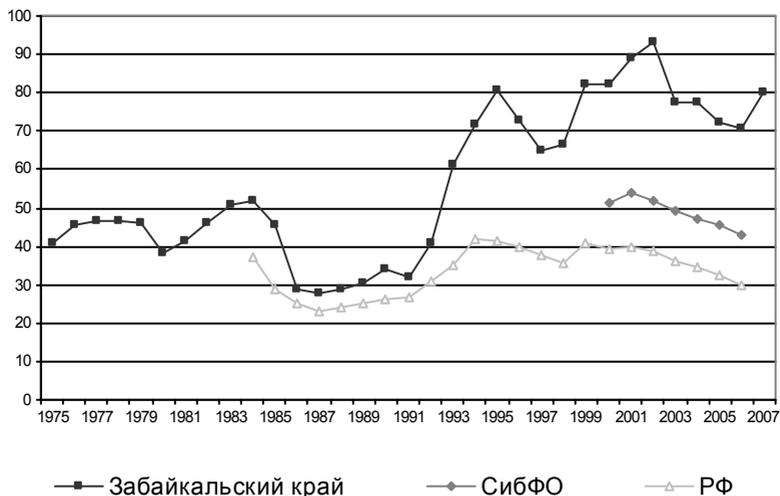
Так, согласно данным официальной статистики, удельный вес завершенных суицидов (самоубийств с летальным исходом) в обозначенной группе причин составляет 20 %. Однако эта цифра не отражает их истинного количества, поскольку немалая часть самоубийств попадает в статистику под рубриками несчастных случаев, травм, отравлений и других причин. Реальная же доля самоубийств может достигать 45—50 % (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2006).

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 (Алания). Ведущим антисуицидальным фактором в этих регионах является этнокультуральный. Ко второй группе отнесены 5 субъектов (Республика Кабардино-Балкария, Ставропольский край, Ростовская область, Москва и Санкт-Петербург), к третьей – 71, к четвертой – 8 (Республики Удмуртия, Бурятия, Алтай, а также 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 следующей главе.

Для того чтобы оценить состояние ситуации с суицидами в Забайкальском крае, нами были изучены показатели распространенности самоубийств за период с 1975 по 2007 г. (рис. 2). Они получены из документов, хранящихся в ГУ «Государственном архиве Забайкальского края» и Территориальном органе Федеральной службы (ТО ФС) Государственной статистики по Забайкальскому краю.

Проведенный нами анализ показал следующее: смертность

по причине суицидов в нашем регионе с 1975 по 1984 г. постепенно росла (с 40,64 до 51,90 на 100 тысяч населения; РФ – 37 на 100 тысяч в 1984 г.). В 1985—1987 гг. произошло резкое снижение числа самоубийств (Забайкальский край – 27,71 на 100 тысяч населения; РФ – 23 на 100 тысяч в 1987 г.), что, несомненно, связано с антиалкогольной кампанией и мерами, направленными на ограничение торговли спиртными напитками (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002).



**Рис. 2. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае, РФ, СибФО (на 100 тысяч населения)**

В период с 1988 до 1992 г. происходило постепенное увеличение смертности от суицидов, которое многие исследователи связывают с возросшим потреблением алкоголя (Нечаев А. К., 1992; Немцов А. В., 2002; Шустов Д. И., 2005; Положий Б. С., 2006). В свою очередь, рост смертности по причине самоубийств 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.

Забайкальский край не стал в этом ряду исключением. Своего первого максимума уровень суицидов в нашем регионе достиг в

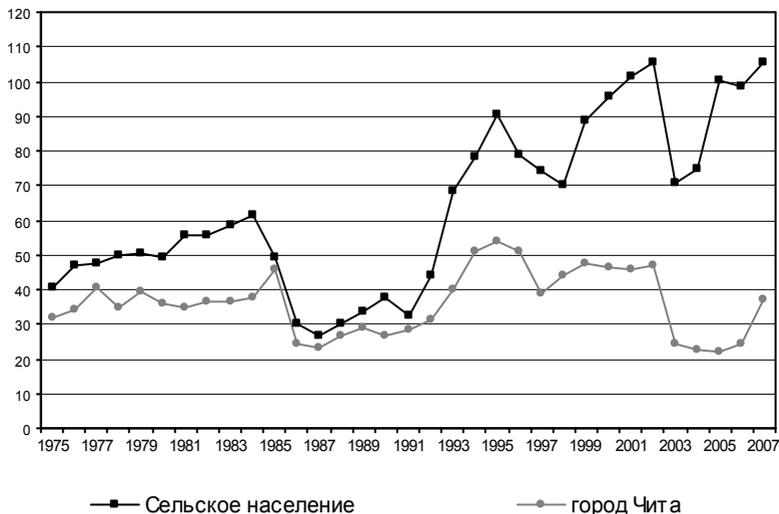
1994—1995 гг. (71,70—80,71 на 100 тысяч населения при среднероссийском рекордном показателе в 1994 г. 42,1 на 100 тысяч). Этот период характеризовался политическим, социальным и экономическим кризисами. В 1996—1998 гг. показатели частоты самоубийств в Читинской области начинают постепенно уменьшаться (1997 г. – 64,85 на 100 тысяч населения при показателе 37,6 на 100 тысяч по РФ).

Однако с 1999 г. произошел очередной подъем (Забайкальский край – 82,41 на 100 тысяч населения, РФ – 39,3 на 100 тысяч). Своего второго максимума показатель смертности по причине суицидов в Забайкалье достиг в 2002 г. (93,35 на 100 тысяч населения, РФ – 38,6 на 100 тысяч, СибФО – 52 на 100 тысяч). Связать этот факт можно с дефолтом 1998 г., следствием чего стало не только материальное и финансовое разорение многих людей, но и утрата большинством населения веры в благополучный исход общественных 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.). Такая тенденция характерна и для всей России, поэтому ряд авторов указывают 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 показатель смертности от суицидов в нашем регионе остается сверхвысоким, что свидетельствует о недостаточном уровне социального благополучия (СибФО – 43,3 на 100 тысяч, РФ – 30,1 на 100 тысяч населения в 2006 г.). В целом за изучаемый период времени самоубийств в крае стало больше в 1,97 раза (рост с 40,64 на 100 тысяч населения в 1975 г. до 80,0 в 2007 г.).

Изучение динамики показателей смертности от самоубийств отдельно среди сельского и городского населения Забайкальского края выявило ряд особенностей (рис. 3). В первую очередь зарегистрирована сверхвысокая частота суицидов среди сельских жителей (2007 г. – 105,4 на 100 тысяч населения), что говорит о сложившейся там крайне неблагоприятной социально-психологической ситуации. И наоборот, заметны более низкие показатели самоубийств в городских поселениях (2007 г. – 65,4 на 100 тысяч населения). Особенно это показательно на примере центра Забайкальского края – г. Читы, где распространенность смертности по причине суицидов кратно ниже, чем в сред-

нем по краю, а с 2003 по 2006 г. она была ниже среднероссийской (Чита – 24,63 на 100 тысяч, РФ – 36,1 на 100 тысяч в 2003 г.). В 2007 г. произошло увеличение показателя смертности от самоубийств в Чите до 36,9 на 100 тысяч населения. При этом смертность по причине суицидов в Чите за 33 прошедших года остается примерно на одном уровне.



**Рис. 3. Смертность по причине самоубийств в сельской местности Забайкальского края и в Чите (на 100 тысяч населения)**

Чтобы подробнее оценить сложившуюся ситуацию с суицидами, нами были проанализированы данные, полученные из архивных материалов ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период с 1995 по 2004 г. Всего выявлено 1 497 случаев самоубийств, которые были поделены на две группы. К первой группе были отнесены суициды жителей Читы (суициды городского населения) – 1 100. Во вторую группу вошли суициды жителей Читинского сельского района (суициды сельских жителей) – 397. Женщин (Ж) среди суицидентов первой группы было 18 % (198), мужчин (М) – 82 % (902), во второй группе – 10,8 % (43) и 89,2 % (354) соответственно. Это свидетельствует о значительном преобладании «мужских» самоубийств именно в сельской местности, так как соотношение мужчин и женщин в городской популяции составило 4,5:1, а на селе – 8,25:1 ( $t=3,71$ ,  $p<0,001$ ).

Данный факт является косвенным подтверждением чрезвы-

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

Полученная нами половозрастная структура суицидентов представлена в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

**Половозрастная структура суицидентов (абс., %)**

| Возрастные группы, лет | г. Чита |     | Читинский р-н |    | г. Чита |      | Читинский р-н |      |
|------------------------|---------|-----|---------------|----|---------|------|---------------|------|
|                        | М       | Ж   | М             | Ж  | М       | Ж    | М             | Ж    |
| до 15                  | 8       | –   | 4             | 1  | 0,9     | –    | 1,1           | 2,3  |
| 15–17                  | 22      | 3   | 5             | 4  | 2,4     | 1,5  | 1,4           | 9,3  |
| 18–25                  | 134     | 27  | 70            | 5  | 14,9    | 13,6 | 19,8          | 11,6 |
| 26–50                  | 498     | 78  | 204           | 15 | 55,2    | 39,4 | 57,6          | 34,9 |
| 51–65                  | 165     | 43  | 54            | 12 | 18,3    | 21,7 | 15,3          | 27,9 |
| 66 и старше            | 75      | 47  | 17            | 6  | 8,3     | 23,7 | 4,8           | 14   |
| Итого                  | 902     | 198 | 354           | 43 | 100     | 100  | 100           | 100  |

Из представленной таблицы можно выделить две особенности половозрастной структуры завершенных суицидов в городской и сельской популяциях: рост суицидов у мужчин и в городе, и в селе имеет сходную возрастную динамику, когда суицидальная активность заметно возрастает с 18-летнего периода, достигая своего максимума в 26–50 лет, и затем резко снижается, суициды после 60 лет у мужчин являются редкими; у женщин заметный рост суицидальной активности хотя и начинается также с 18 лет, однако в последующем, при меньшем чем у мужчин пике в 26–50 лет, кривая суицидальной активности сохраняется относительно на высоких значениях, включая пожилой (инволюционный) возраст. Кроме того, у женщин в сельской местности завершенные суициды начинаются в более ранние сроки (15–17 лет), и их уровень увеличивается с менее выраженным, чем у городских женщин, пиком в 26–50 лет, включая инволюционный период.

Сохраняющийся в пожилом возрасте относительно высокий уровень суицидов у женщин можно, по всей видимости, объяснить большей частотой аффективной патологии (тревожно-депрессивных расстройств), которая легко провоцируется в условиях социально-психологического неблагополучия. При этом ранние (подростковые) суициды у сельских девочек, на наш взгляд, объясняются психологическим неблагополучием в семье

ях, по причине пьянства родителей и трудного материального положения.

При анализе сезонности самоубийств выявлены 3 максимума: в Чите – это январь (9,5 %), март (9,6 %) и август–сентябрь (10,8–9,4 %); в Читинском районе – это январь (9,8 %), август–сентябрь (9,8–9,6 %), а также с марта по май (10,3–11,1–9,1 %). Данные тенденции сохраняются среди мужского контингента с более выраженным увеличением количества самоубийств в январе (10,2 %). У «женских» суицидов, особенно в сельском районе, определялся летне-осенний подъем (с июля по ноябрь) и пик в марте, в январе же всего было зарегистрировано 7 %. Меньшее число самоубийств, вне зависимости от групп, совершалось в феврале, ноябре и декабре. Полученные нами данные в целом подтверждают общеизвестные тенденции, что в «холодные» месяцы самоубийств совершается гораздо меньше (Юрьева Н. М., 2001), однако исключением стал январь, в котором отмечен всплеск «мужских» суицидов.

Мы проанализировали также распределение числа завершенных суицидов по дням синодического лунного цикла. Синодический цикл продолжительностью от 29,6 до 30,5 суток – это хорошо знакомый и привычный лунный месяц, т. е. период времени, за который Луна проходит от новолуния до новолуния. Считается, что он оказывает наиболее сильное влияние на биологическое состояние человека и животных, на рост и развитие растений (Левин М., Арясин В., 2003). Нами выявлен пик самоубийств в новолуние (5,54 %), когда установлено увеличение числа суицидов в 1,66 раза (мужских – в 1,58 раза; женских – в 2,12 раза) по сравнению с другими днями лунного цикла.

Анализ способов совершения самоубийств выявил следующее.

1. В Чите: самоповешения – 83,5 %; огнестрельные повреждения – 4,8 %; медикаментозные отравления – 4,1 %; отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями – 3,3 %; самопорезы – 2,2 %; падения с высоты – 1,2 %; самосожжения – 0,7 %; отравления угарным газом – 0,2 %.

2. В Читинском сельском районе: самоповешения – 83,85 %; огнестрельные повреждения – 7,3 %; медикаментозные отравления – 1,8 %; отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями – 3,5 %; самопорезы – 1,8 %; самосожжения – 1 %; отравления угарным газом – 0,5 %; железнодорожные травмы – 0,25 %.

Среди жителей города в 2,3 раза чаще совершалось суицидов посредством медикаментозных отравлений ( $t=2,57$ ,  $p<0,02$ ). В сельской местности отмечалось больше смертей от огнестрельных повреждений ( $t=2,01$ ,  $p<0,05$ ). В таблице 3 представлены половые различия способов совершения суицидов.

Т а б л и ц а 3  
Способы самоубийств в зависимости от пола

| Способ суицида  | г. Чита            |                    | Читинский район    |                   |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|   | Мужчины<br>(n=902) | Женщины<br>(n=198) | Мужчины<br>(n=354) | Женщины<br>(n=43) |
| Самоповешение   | 87,4%***           | 66,2%              | 87%***             | 58,1%             |
| Самострел   | 5,8%***            | 0,5%               | 8,2%***            | –                 |
| Медикаментозное отравление                                    | 1,5%               | 15,65%***          | 1,1%               | 7%                |
| Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями | 0,65%              | 15,15%***          | 1,1%               | 23,3%***          |
| Самопорезы  | 2,7%               | –                  | 1,4%               | 4,6%              |
| Падение с высоты  | 1,1%               | 1,5%               | –                  | –                 |
| Самосожжение  | 0,65%              | 1%                 | 0,3%               | 7%                |
| Отравление угарным газом                                      | 0,2%               | –                  | 0,6%               | –                 |
| Железнодорожная травма  | –                  | –                  | 0,3%               | –                 |

Примечание. Статистическая значимость различий между мужским и женским контингентами обозначена: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$ .

Принято считать, что чем импульсивнее и напряженнее акт суицида, чем меньше времени и возможности выбора у человека, чем более выражены моменты дефекта личности вследствие опьянения, психической болезни или иных причин, тем более случаен выбор места и грубее способ совершения (Зиновьев С. В., 2002). В связи с этим нами осуществлен анализ выбора места совершения суицида и получены следующие данные: дома – 86 %; недалеко от дома – 3,8 %; в безлюдных местах – 3 %; на даче – 2,2 %; на работе – 1,9 %; в местах заключения – 1,3 %; в гаражах – 1,1 %; в больницах – 0,7 %.

Кроме того, мы оценили социальный и экономический ущерб, нанесенный Чите и Читинскому сельскому району смертностью от самоубийств. В экономической демографии принято количественно оценивать людские потери для возрастной когорты в пределах трудоспособного возраста (Сенцов В. Г. и др., 2006). Потери потенциала выражаются в виде недожитых человеко-лет от 16 лет до конца трудоспособного возраста (у мужчин – до 60 лет, у женщин – до 55 лет), которые поколение при прочих равных условиях могло бы отработать в будущем. Показатели расчетов выражаются в человеко-годах недожитой жизни по причи-

не самоубийства от возраста умершего (X) до заданного возраста (Z) (55 или 60 лет) по формуле:  $Z-X$ . Полученные цифры недожитых человеко-лет, рассчитанные для отдельной половозрастной группы, суммируются. Эту сумму недожитых человеко-лет до конца трудоспособного возраста конкретного поколения живущих условно принято толковать как социальный ущерб. Экономический ущерб обществу от преждевременной смертности составит произведение суммы недожитых до конца трудоспособного возраста человеко-лет и доли валового регионального продукта на одного занятого в общественном производстве в соответствующем году (Попов Г. А., 1976; Кулагина Э. Н., 1982). Величина валового регионального продукта, выраженная в рублях, была предоставлена за период с 1995 по 2004 г. ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю.

Число умерших по причине самоубийств в трудоспособном возрасте за 10 лет составило 1 241 (898 – в городе и 343 – в сельском районе). Общее количество недожитых человеко-лет из-за самоубийств в Чите и Читинском районе было равно 27 790 (19 582 – для Читы и 8 208 – для Читинского района). Это и есть социальный ущерб. Сопутствующий экономический ущерб от самоубийств с 1995 по 2004 г. составил в совокупности 666 443 532 рубля 80 копеек (459 426 333,8 рубля – для Читы и 207 017 199 рублей – для Читинского района).

Несомненно, полученные количественные оценки ущерба условны, однако они служат объективным доказательством эффективности и обоснованности ресурсных затрат на охрану и укрепление психического здоровья населения региона. Ведь многие страны добились заметных успехов в области снижения смертности от управляемых причин именно путем вложения значительных средств «в человека».

Подводя итог изложенному выше, следует подчеркнуть, что показатели смертности по причине самоубийств в Забайкальском крае начиная с 1993 г. являются сверхвысокими (более 60 на 100 тысяч) и кратно превышают показатели по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (Забайкальский край в 2007 г. – 80,0 на 100 тысяч, СибФО – 43,3 на 100 тысяч, РФ – 30,1 на 100 тысяч в 2006 г.).

Исходя из результатов исследования, кризисная ситуация с самоубийствами сложилась в первую очередь в сельской местности, где распространенность завершенных суицидов зарегистрирована на уровне 105,4 на 100 тысяч в 2007 г. Полученные

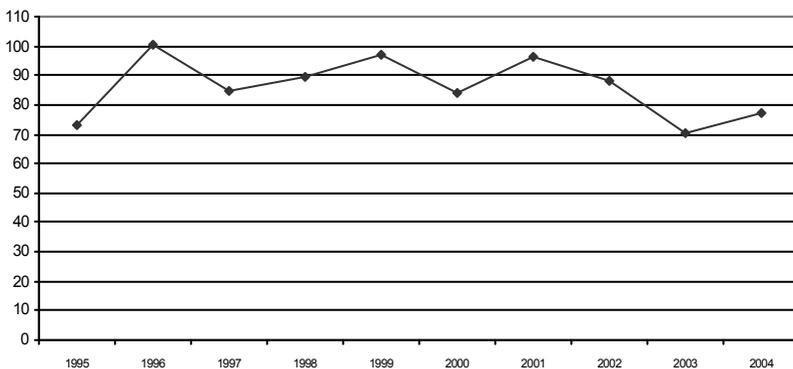
показатели суицидов за последние 5—6 лет в 1,5—2 раза превышают параметры городского населения (65,4 на 100 тысяч в 2007 г.). Эти данные убедительно свидетельствуют, что в настоящее время именно в сельских районах края сохраняется крайне неблагоприятная социально-экономическая ситуация.

Приводимые факты 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. Статистика парасуицидов колеблется в значительных пределах – от 60 до 220 на 100 тысяч населения (Лопатин А. А., 2000). Трудности сбора объективных данных в первую очередь обусловлены тем, что в регистрацию попадает приблизительно 1 из 4—10 случаев. Суицидальные попытки успешно изучаются в суицидологии, поскольку субъекты парасуицидов доступны для прямого общения исследователям. Зачастую полученные данные переносятся на весь спектр суицидального поведения (в том числе и на завершённые суициды), что не всегда корректно. Не следует забывать, что у каждого пятого суицидента, летально завершившего попытку, в анамнезе были указания на ранее перенесённые акты аутоагрессии (Шустов Д. И., 2005).

Бесспорно, что повторные парасуициды являются серьёзной проблемой. Приобретённый суицидальный опыт становится постоянным «спутником» большинства оставшихся в живых суицидентов. При этом возможность суицидальной реализации оценивается ими как выход из *«неблагоприятной ситуации»* (Попик И. Г., 2002). Т. е. наличие суицидальных попыток в анамнезе является предиктором повторного суицидального акта: из тех, кто совершил парасуицид, как правило, 20—60 % повторяют 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 выработано (Лапин И. А., 2005). Поэтому детальное изучение клинико-эпидемиологических аспектов суицидальных попыток имеет большое научное и практическое значение.

Нами был проведён ретроспективный анализ сплошным методом историй болезни лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в ГУЗ «Областную клиническую больницу» и ГУЗ «Городскую клиническую больницу № 1» за период

с 1995 по 2004 г. Всего выявлено 2 760 таких случаев. В динамике за 10 лет обращаемость населения в вышеперечисленные стационары по поводу данной формы суицидального поведения оставалась стабильной и колебалась в диапазоне от 73 до 97 на 100 тысяч жителей Читы (рис. 4).



**Рис. 4. Обращаемость в стационары Читы по поводу парасуицидов (на 100 тысяч населения)**

Суицидальные попытки совершили 73,7 % женщин (2 033), 26,3 % мужчин (727), соотношение мужчин и женщин равно 1:2,8. Прослеживается зависимость от способа совершения самоубийства: 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 саможжения – 14,0 и 86 % (6:1) соответственно. Такие способы, как падения с высоты, самострелы и падения под транспорт, использовали только мужчины.

Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: дети до 15 лет – 1,7 %; подростки 15—17 лет – 13,4 %; лица в возрасте 18—25 лет – 32,6 %; 26—50 лет – 42,3 %; 51—65 лет – 7,8 %; 66 лет и старше – 2,2 %.

Из таблицы 4 видно, что женщины чаще совершали попытки суицида в подростковом возрасте ( $t=6,82$ ,  $p<0,001$ ), а мужчины – в зрелом (26—50 лет) ( $t=5,17$ ,  $p<0,001$ ).

Анализ способов совершения попыток самоубийств выявил следующее: медикаментозные отравления – 76,6 %; приём уксусной кислоты и других химических жидкостей – 16,6 %; попытки самоповешения – 4,7 %; самопорезы – 1,67 %; попытки само-

сожжения – 0,25 %; падения с высоты – 0,07 %; огнестрельные повреждения – 0,07 %; падения под транспорт – 0,04 %.

Т а б л и ц а 4

**Половозрастная структура парасуицидентов**

| Возрастные группы, лет | Чита            |                   |
|------------------------|-----------------|-------------------|
|                        | Мужчины (n=727) | Женщины (n=2 033) |
| До 15                  | 2,2%            | 1,5%              |
| 15—17                  | 7,1%            | 15,6%***          |
| 18—25                  | 30,3%           | 33,5%             |
| 26—50                  | 50,5%***        | 39,4%             |
| 51—65                  | 7,4%            | 7,9%              |
| 66 и старше            | 2,5%            | 2,1%              |

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

Установлено, что у женщин (таблица 5) значительно преобладали попытки отравления ( $t=12,03$ ,  $p < 0,001$ ), у мужчин – самоповешения ( $t=10,29$ ,  $p < 0,001$ ), самопорезы ( $t=4,65$ ,  $p < 0,001$ ) и самосожжения ( $t=2,25$ ,  $p < 0,05$ ).

Т а б л и ц а 5

**Половые различия способов парасуицидов**

| Способы суицида  | Чита            |                   |
|--|-----------------|-------------------|
|  | Мужчины (n=727) | Женщины (n=2 033) |
| Отравление медикаментами, уксусной кислотой и химическими жидкостями | 79,3%           | 98,15%***         |
| Самоповешение  | 14,9%***        | 1,1%              |
| Самопорезы   | 4,3%***         | 0,7%              |
| Самосожжение   | 0,8%*           | 0,05%             |
| Падение с высоты   | 0,3%            | –                 |
| Огнестрельное повреждение  | 0,3%            | –                 |
| Падение под транспорт  | 0,1%            | –                 |

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

По социальному статусу суициденты распределились следующим образом: неработающие составили 44,9 %, работающие – 25,4 %, учащиеся – 16,8 %, пенсионеры – 5,5 %, инвалиды – 7,4 %.

При анализе сезонности получено относительно равномерное распределение попыток самоубийств по месяцам, с небольшим увеличением в марте и мае (по 9,75 %). Распределение попыток суицида по дням синодического лунного цикла оказалось стабильным с небольшим ростом в фазу 3/4 и тенденцией к росту в

новолуние. По времени суток суицидальные попытки совершались: с 0 до 6 часов – 16 %; с 6 до 12 часов – 12 %; с 12 до 18 часов – 24 %; с 18 до 0 часа – 48 %.

У лиц, совершивших суицидальную попытку, была выявлена сопутствующая психопатология в 24,2 % (668) случаев, а именно: алкогольная зависимость (F10) – 8,9 %; зависимость от опиоидов (F11) – 1,4 %; шизофрения (F20) – 5,1 %; аффективные психозы (F33) – 0,3 %; циклотимия (F33.4) – 0,1 %; невротическая депрессия (F43) – 2,1 %; эпилепсия (G40) – 3,5 %; органическое психическое расстройство (F0) – 0,7 %; умственная отсталость (F7) – 0,5 %; расстройство личности (F60) – 1,6 %. Следует отметить, что алкогольные психозы (F10.40, F10.52) составили 0,8 %, алкогольная депрессия (F10.54) – 1 % (от числа суицидентов, больных алкогольной зависимостью – 10,7 и 13,8 % соответственно).

Беременность регистрировалась у 2,3 % всех женщин. Тяжёлая соматическая патология, в том числе онкологическая, имела место у 1,9 % суицидентов.

Завершая данный раздел, необходимо отметить, что продолжающийся рост количества случаев самоубийств и парасуицидов, совершаемых в современном обществе в целом и в Читинской области, в частности, а также недостаточное изучение их современных особенностей и тенденций, отсутствие хороших результатов в превентивных мерах определяют актуальность дальнейших исследований в данной области. Вместе с тем разработка и применение именно клинико-эпидемиологических подходов является весьма необходимым, в том числе в аспекте развития программ по профилактике суицидов и снижению темпов демографического кризиса в нашей стране.

## Глава 3

### РОЛЬ АЛКОГОЛЬНОГО ФАКТОРА В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

#### 3.1. Самоубийства и потребление алкоголя

В алкогольной проблематике пересекаются медицинские, социальные, экономические, психологические и даже философские проблемы, тесно связанные с культурой и повседневной жизнью населения. Особую значимость алкогольные проблемы приобретают в сильно пьющей стране. Так, по данным, приводимым А. В. Немцовым (2003), около трети всех смертей в России в большей или меньшей степени связаны с алкоголем. При этом смерти от насильственных причин – главный, и, вероятно, наиболее явный источник смертности, 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 10 раз превышает официальные данные Госкомстата РФ, которые составляют 3 % общей смертности.

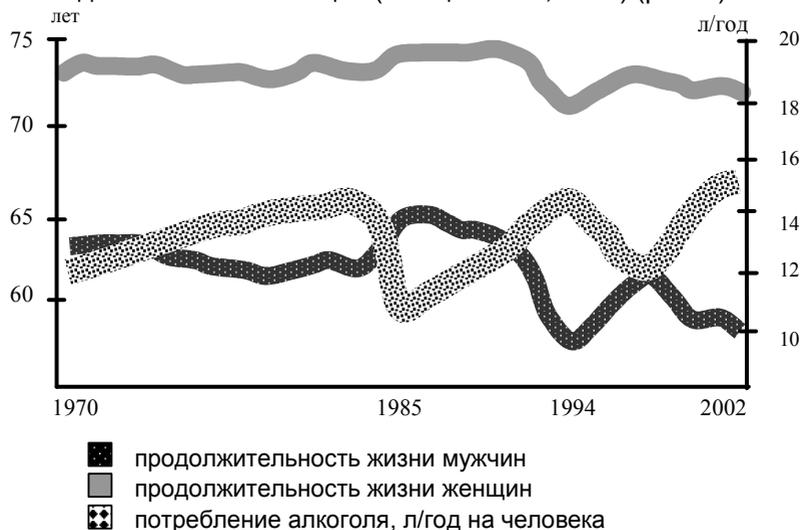
Было выявлено, что снижение потребления алкоголя в нашей стране даже на 5—10 % сохраняет жизнь 100—200 тысячам человек в год (Немцов А. В., 2003). Чрезвычайно актуальной на сегодня является проблема связи самоубийств с алкоголизацией населения (Шустов Д. И. и др., 1998, 2005; Немцов А. В., 2003). Наиболее доказательны работы, показывающие динамику числа самоубийств в зависимости от среднедушевого потребления алкоголя. В России, по-видимому, такая взаимосвязь 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 наша страна занимает последнее место в Европе по частоте суицидов, при этом основным защитным фактором является преобладание сельского населения, которое потребляет водки меньше, чем городское.

И все же самой показательной и значимой эта зависимость была в 1985—1988 гг. в связи с антиалкогольным постановлением ЦК КПСС. А. В. Немцов, А. К. Нечаев (1991), изучая статистику этого периода, установили интересные закономерности, касающиеся снижения насильственной смертности (убийства, са-

моубийства, отравления различными веществами, включая алкоголь, дорожно-транспортные происшествия и др. несчастные случаи) при снижении потребления алкоголя на 25 %.

С 1984 по 1986 г. смертность от самоубийств снизилась более чем на одну треть (в абсолютных цифрах с 81 тысячи человек до 53 тысяч), что, несомненно, произошло под влиянием мер, направленных на ограничение торговли спиртными напитками (Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И., 1991). В 1987—1992 гг. происходил рост потребления алкоголя и вместе с тем параллельное увеличение насильственной смертности и снижение продолжительности жизни населения (Немцов А. В., Симонова О. Н., 1995). Было доказано, что повышение среднедушевого потребления алкоголя 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) (рис. 5).



**Рис. 5. Продолжительность жизни у мужчин и женщин и душевое потребление алкоголя (Немцов А. В., 2002)**

Такая однозначная зависимость между потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и суицидами 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 идет снижение числа суи-

цидов. Иногда даже в ряде регионов одной страны уровень алкоголизации не коррелирует с уровнем самоубийств (Шустов Д. И., 2005; Войцех В. Ф., 2006).

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). Такая очевидная взаимосвязь не является прямой, а прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению (Амбрумова А. Г., 1978; Войцех В. Ф., 2006). В этом плане алкоголизацию 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 (Войцех В. Ф., 2006, 2007).

В то же время отмечается значительная частота приема алкоголя при суициде. 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 совершивших суицид в 33 % (Caces P., Harford T., 1998). Исследователи в работах, выполненных в разное время и 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; Столяров А. В., 1990; Молин Ю. А., 1996; Дубравин В. И., 2001; Зиновьев С. В., 2002; Гладышев М. В., 2006).

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 акцентуиро-

ванных и психопатических личностей на фоне злоупотребления алкоголем чаще возникает состояние декомпенсации с суицидальными действиями (Кутько И. И., 1988). Многие 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). Алкоголизация играет важную роль при формировании мотивации и выборе способа суицида (Пашенко 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).

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: «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, причем 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).

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 формируются 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 – в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной серьезности намерений. Кроме того, в силу ослабления критики и контроля за своим поведением человек может совершить завершенный 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 обнаруживаются средняя и слабая степени опьянения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Столяров А. В. и др., 1990; Молин Ю. А., 1996), в других – средняя и тяжелая степени (Афанасьева Е. В., 1980). Многие авторы полагают, что связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом нуждается в дополнительном изучении. До сих пор не до конца выяснено влияние тяжести алкоголизации на суицидальную активность. Таким образом, остается много открытых вопросов во взаимоотношениях в системе «алкоголь – самоубийства» (Нечаев А. К., 1992). Чтобы оценить роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Забайкалье, нами для анализа были выбраны следующие показатели: а) смертность, связанная с алкоголем – смертность от случайных отравлений алкоголем (X42), алкогольной болезни печени (K70), алкоголизма (F10) (на 100 тысяч населения); б) заболеваемость населения алкогольными психозами и алкогольной зависимостью (на 100 тысяч населения). Показатели оценивались отдельно для сельского и городского населения Забайкальского края, жителей Читы.

Абсолютные показатели умерших по вышеуказанным причинам и численность населения в регионе с 1975 по 1994 г. получены из документов, хранящихся в ГУ «Государственном архиве Забайкальского края». Аналогичные данные с 1995 по 2007 г. были предоставлены территориальным органом Федеральной

службы Государственной статистики по Забайкальскому краю. Показатели заболеваемости были рассчитаны на основе данных, полученных при работе с архивными материалами ГУЗ «Областного наркологического диспансера» за период с 1980 по 2007 г.

Выбор указанных явлений определялся несколькими обстоятельствами. Во-первых, для того чтобы выявить наличие связи между числом самоубийств и алкоголизацией населения, необходимо сопоставить динамику суицидов с динамикой показателей, которые более жестко и безусловно связаны с потреблением спиртных напитков. Во-вторых, обусловлен медицинской значимостью данных величин, а также тем, что благодаря их экстраемальному характеру они мало зависят от социальных установок и сравнительно легко поддаются учету (Нечаев А. К., 1992).

Зависимость от употребления алкоголя более очевидна для смертности от случайных отравлений алкоголем и заболеваемости алкогольными психозами. Ведь последние встречаются только у больных алкогольной зависимостью, а смертность от отравлений – следствие прямого воздействия алкогольного фактора. Поэтому и реагируют эти показатели наиболее быстро на изменение алкогольной ситуации в стране. Смертность от алкогольной болезни печени занимает промежуточное положение, являясь хроническим прогрессирующим заболеванием, течение которого может резко утяжеляться в приемом алкоголя (Немцов А. В., Нечаев А. К., 1991). Аналогично обстоит ситуация и со смертностью от алкоголизма, ведь в танатогенезе большую роль играет соматическая патология, нажитая в результате предшествующего длительного пьянства.

Исходя из данных, приведенных на рис. 6, можно констатировать, что смертность от алкоголизма, алкогольной болезни печени 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) и в 40,4 раза (с 0,25 до 10,1 на 100 тысяч населения) соответственно.

При анализе заболеваемости алкогольной зависимостью населения Забайкалья 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; до 117,4 на 100 тысяч населения). Однако корреляция со всеми выбранными для изучения показателями оказалась отрицатель-

ной. Это следует считать косвенным подтверждением несовершенства системы выявления и учета данного контингента больных. Поэтому заболеваемость алкогольной зависимостью не может служить надежным источником информации о наличии алкогольных проблем в обществе.



**Рис. 6. Смертность от алкоголизма и алкогольной болезни печени в Забайкальском крае (на 100 тыс. населения)**

Проведенный анализ показал, что смертность по причине самоубийств среди сельского населения Забайкальского края тесно связана с алкогольобусловленной смертностью и наркологической патологией (табл. 6).

Т а б л и ц а 6

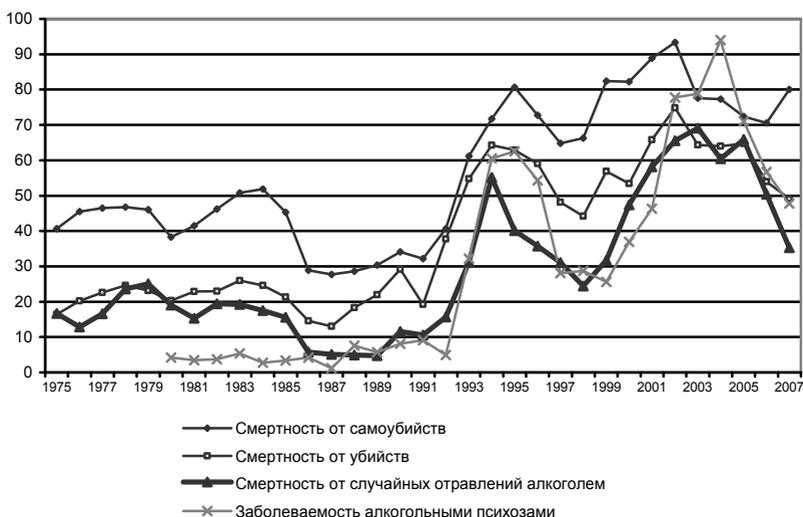
**Результаты корреляционного анализа с показателями смертности по причине самоубийств**

| Показатели                                   | Коэффициент корреляции            |                         |                |
|--|-----------------------------------|-------------------------|----------------|
|  | Все население Забайкальского края | Сельское население края | Население Читы |
| Смертность от убийств                        | +0,906***                         | +0,955***               | +0,494*        |
| Смертность от случайных отравлений алкоголем | +0,922***                         | +0,904***               | +0,351         |
| Смертность от 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: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$ ; \*\*\* –  $p < 0,0001$ .

Так, величина корреляционной связи показателей смертности от самоубийств и смертности от случайных отравлений алкоголем, алкогольной болезни печени, алкоголизма, заболеваемости алкогольными психозами составляет  $+0,904$  ( $p < 0,0001$ ),  $+0,758$  ( $p < 0,0001$ ),  $+0,591$  ( $p < 0,001$ ),  $+0,776$  ( $p < 0,0001$ ) соответственно. При этом аналогичные корреляции по городскому населению имели следующие значения:  $+0,351$ ,  $+0,169$ ,  $+0,352$ ,  $+0,240$ . Это является прямым подтверждением ведущего вклада алкоголя в смертность от суицидов в Забайкалье, преимущественно в сельских районах.

Отдельно необходимо остановиться на отношениях между самоубийствами и убийствами (рис. 7). Смертность по причине убийств выросла за 33 года в крае в 3 раза (с 16,4 на 100 тысяч населения в 1975 г. до 49,1 в 2007 г., в целом по РФ в 2006 г. – 20,2), в сельских районах – в 2,57 раза, в Чите – в 2,75 раза. Следует отметить, что увеличение числа убийств отражает возросшую агрессивность населения, рост социальной напряженности в обществе (Войцех В. Ф., 2007).



**Рис. 7. Заболеваемость алкогольными психозами и смертность от насильственных причин в Забайкальском крае (на 100 тысяч населения)**

Корреляционная связь убийств со смертностью от суицидов (табл. 6) была сильной прямой для всей области ( $r = +0,906$ ,

$p < 0,0001$ ) и среди сельского контингента ( $r = +0,955$ ,  $p < 0,0001$ ), что указывает на наличие сходных факторов, влияющих на их возникновение, и косвенно характеризует ситуацию с самоубийствами как чрезвычайную. В областном центре связь между рассматриваемыми явлениями гораздо слабее ( $r = +0,494$ ). Это свидетельствует о более благоприятной обстановке в Чите. Для смертности от убийств выявлялась сильная прямая связь с алкогольобусловленной смертностью и наркологической заболеваемостью.

Если рассматривать динамику изучаемых явлений более подробно, то с 1984 по 1987 г. (период антиалкогольной кампании) 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 сопровождались ростом потребления спиртного) распространенность самоубийств выросла на 122,9 и 44,0 %, убийств – на 233,3 и 55,6 %, смертельных отравлений алкоголем – на 423,2 и 110,8 %, заболеваемости алкогольными психозами – на 563,3 и 176,5 % соответственно.

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.

Основываясь на полученных нами данных, сложившуюся кризисную ситуацию с суицидами в регионе можно объяснить массовой алкоголизацией сельского населения, тесно связанной с социальным неблагополучием в обществе. Т. е. высокие показатели алкоголизма и пьянства в сельских районах Забайкалья, прямым подтверждением которого являются высокая заболеваемость алкогольными психозами и смертность от отравлений алкоголем, сопровождаются ростом числа самоубийств. Все это важно учитывать при организации профилактических мероприятий.

Для более углубленного исследования значения приема алкоголя при совершении суицидальных действий нами были проанализированы случаи завершенных суицидов в Чите и Читин-

ском сельском районе, парасуициды в Чите за 10-летний период (с 1995 по 2004 г.).

48,8 % всех завершенных суицидов совершалось в состоянии алкогольного опьянения: 47,5 % – в Чите (мужчины – 51,2%, женщины – 30,3%); 52,9 % – в Читинском районе (мужчины – 56,2%, женщины – 25,6%).

Лица в алкогольном опьянении чаще предпочитали такие способы, как самоповешение и огнестрельное повреждение, значительно реже встречались самоотравления (табл. 7).

Т а б л и ц а 7

**Доля лиц, находящихся в состоянии алкогольного  
Опьянения, при каждом способе суицида**

| Способ суицида  | г. 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 уксусной кислотой и другими химическими жидкостями | 16,7%   | 10%     | 25%             | 10%     |
| Самопорезы  | 16,7%   | –       | 40%             | –       |
| Падение с высоты  | 20%     | 100%    | –               | –       |
| Самосожжение  | 16,7%   | –       | –               | –       |
| Отравление угарным газом                                      | 100%    | –       | 50%             | –       |
| Железнодорожная травма  | –       | –       | –               | –       |

Например, посредством самоповешения в алкогольном опьянении погибли 55,6 % суицидентов, в трезвом состоянии – 44,4 % ( $p < 0,05$ ). Содержание этилового спирта в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, составило в городе: у мужчин –  $2,48 \pm 0,072$  ‰, у женщин –  $2,26 \pm 0,17$  ‰; в сельском районе: у мужчин –  $2,29 \pm 0,119$  ‰, у женщин –  $2,58 \pm 0,346$  ‰.

Распределение концентраций алкоголя в крови у суицидентов выглядело следующим образом:

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

Таким образом, суммарно у 31,8 % суицидентов при завершённых суицидах была установлена средняя степень алкогольного опьянения, а у 29,1 % было зарегистрировано отравление этиловым спиртом с концентрацией алкоголя в крови более 3,0 ‰ (табл. 8). Это убедительно свидетельствует о том, что наличие алкогольного опьянения является высоким фактором риска суицидального поведения в целом и способствует выбору суицидентом более brutального (грубого и надежного) способа самоубийства, увеличивающего завершённость суицида.

Т а б л и ц а 8

**Концентрация алкоголя в крови у суицидентов по полу**

| Концентрация алкоголя в крови | Чита            |                | Читинский район |                |
|-------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
|                               | Мужчины (n=462) | Женщины (n=60) | Мужчины (n=199) | Женщины (n=11) |
| менее 0,5‰                    | 4,2%            | –              | 3,4%            | –              |
| 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%             |

При изучении суицидальных попыток в Чите установлено, что 40,4 % (мужчины – 52,1 %, женщины – 36,3 %) из них были предприняты в алкогольном опьянении. Способы совершения попыток самоубийств в состоянии алкогольного опьянения представлены в таблице 9.

Т а б л и ц а 9

**Способы парасуицидов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения и без него**

| Способ парасуицида  | В опьянении (n=1 116) | Трезвые (n=1 644) |
|---|-----------------------|-------------------|
| Медикаментозные отравления                                    | 70,8%                 | 80,4%***          |
| Отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями | 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: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

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

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 (где соотношение мужчин и женщин было 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.

Сопутствующая психопатология выявлена в 24,2 % случаев, причем на первом месте находится алкогольная зависимость (8,9 %). При парасуицидах, совершенных в опьянении, структура выявленных психических расстройств значительно отличалась от структуры у суицидентов, совершивших парасуициды трезвыми (табл. 10).

Таблица 10

**Структура психических расстройств, выявленная у парасуицидентов в состоянии алкогольного опьянения и без него**

| Патология                          | 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 р-во (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

( $t=2,03$ ,  $p<0,05$ ). Сказанное подтверждает тезис о том, что одним из путей снижения насильственной смертности по причине суицидов является борьба с алкоголизмом и пьянством, комплекс профилактических и иных мер, направленных на снижение алкоголизации населения.

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

Как было показано ранее, уровень самоубийств тесно связан с полом, возрастом, семейным положением, но при прочих равных условиях роковую роль играет алкоголизм (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1981; Frances R. J., 1987). Алкоголизм и связанная с ним повышенная смертность – все более обостряющаяся, тревожная проблема, болезненно значимая для всего мира и для нашей страны, в частности (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 25,0 % по сравнению с 7,4 % у лиц общей популяции, а 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). В одном из исследований показано, что среди лиц, выживших после парасуицида, у 50 % мужчин имелись алкогольные проблемы, причем у 25 % из них была диагностирована алкогольная зависимость. 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 может составлять от 30 до 60 %.

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 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).

И хотя картина вполне 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 больных алкоголизмом, который, по данным различных авторов, в 10—85 раз выше, чем в общей популяции населения (Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А., 1980; Юрьева Л. Н., 2001; Боева А. В., 2004), но и повсеместным ростом наркологических заболеваний.

Недостаточная эффективность разработанных до настоящего времени профилактических мероприятий обусловлена рядом сложностей объективного характера. В первую очередь это относится к клиническим характеристикам алкоголизма, таким как анозогнозия и некритичность больных на ранних стадиях болезни, что затрудняет раннюю диагностику самого заболевания и своевременное выявление суицидоопасных состояний. С другой стороны, характерна тенденция больных разрешать конфликтные ситуации путем «ухода» в алкоголизацию (Трайнина Е. Г., 1987).

Большинство исследователей определяют два возрастных пика для завершеного алкогольного суицида – между 30—39 и 40—49 годами (Амбрумова А. Г. и др., 1980; Елисеев И. М., 1981). Пики покушений на самоубийство больных алкогольной зависимостью приходятся на возрастные группы 21—30 и 50—55 лет (Трайнина Е. Г., 1983). 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).

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). Считается, что при II стадии алкогольной зависимости имеет место снижение порога психогенных воздействий, что приводит к обострению аутоагрессивности (Шустов Д. И., 1998, 2005). Имеется и обратная закономерность: при попытках суицида распространенность алкоголизма I стадии может достигать 70 %.

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. Повышенная же смертность больных алкоголизмом в молодом возрасте определяется возрастающей тенденцией к омоложению алкоголизма, его злокачественным течением и повышенным развитием у них «*рискованного модуса поведения*» (Пелипас В. Е. и др., 1995; Лапин И. А., 2005). Больные алкоголизмом женщины значительно чаще, чем мужчины, совершают парасуициды (Roy A. et al., 1990).

Суицидальные тенденции у больных алкогольной зависимостью охватывают различные по глубине и продолжительности суицидальные мысли, намерения и планирование самоубийств. Они наблюдаются как изолированно, так и в пресуицидальном периоде истинных суицидальных попыток. Суицидальное поведение определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов: особенностью наркотической 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).

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 импульсивного влечения и провоцируются, как правило, объективно несущественным микросоциальным конфликтом (Трайнина Е. Г., 1983, 1987; Альтшулер В. Б., 1994; Robinson A. D., 1989).

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, перенесенные заболевания, личностные изменения под влиянием злоупотребления алкоголем и некоторые другие факторы (Коваленко В. П., 1980).

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

Вторичная наркотическая психопатизация определяется у 64 % суицидентов, больных алкогольной зависимостью (Коваленко В. П., 1980). Поэтому само возникновение аутоагрессивного поведения у больных в состоянии алкогольного опьянения может служить дополнительным признаком для диагностики алкоголизма (Елисеев И. М., 1980). 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 значительно чаще в группе лиц с брутальными попытками (Гилод В. М., 2003).

Самым распространенным способом суицида как в России вообще (2/3), так и среди популяции больных алкогольной зависимостью, является самоповешение, поскольку предпочтение

этого способа связано с элементами самоистязания (Моллин 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).

Ряд исследователей высказывают мнение о наличии особого суицидогенного типа алкоголизма. Это т. н. *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 спинномозговой 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). Этот тип алкоголизма признается в наркологии наиболее суицидоопасным (Cloninger C. R. et al., 1988).

Следует подчеркнуть, что данный контингент в 2 раза реже имел семью, а треть больных предпринимали суицидальные действия ещё до формирования алкогольной зависимости, у них присутствуют патологические черты характера в преморбиде (Елисеев И. М., 1980; Бачериков Н. Е. и др., 1989; Whitters A. C. et al., 1987; Kreitman N., 1988).

Также определяется тесная связь между депрессиями и алкоголизмом. Считается, что алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем (Смулевич А. Б., 2000; Wipokur G. et al., 1979; Schukit M. A., 1983; Wolk-Wasserman D., 1986; Madden J. S., 1993). 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).

Таким образом, употребление алкоголя может способствовать снижению настроения и вести к суицидальному поведению (Madden J. S., 1993). Было установлено, что среди умерших суицидентов с алкогольной зависимостью 22 % имели большую депрессию и 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 алкогользависимых 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 находились в состоянии алкогольного опьянения (Murhhi G. et al., 1992).

Отмечают 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, составляют от 5 до 60 % от числа всех алкогольных суицидов (Качаев А. К., Попов П. М., 1973; Коваленко В. П., 1986; Молин Ю. А., 1997). Лица, перенесшие алкогольный психоз, умирают в 2 раза чаще от самоубийств, чем больные алкогольной зависимостью, никогда не переносившие психоз (Красильников Г. Т. и др., 1984).

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 алкогольной зависимостью у суицидентов, которая достигает 50 % (Сливко К. Ю., 2003; Боева А. В., 2004).

Следовательно, можно констатировать, что факторами риска возможного суицида следует считать парасуицид или другие аутоагрессивные действия в анамнезе, развод и одиночество, безработицу, сопутствующее психическое расстройство или расстройство личности, тяжелое соматическое состояние и значимую для личности потерю, особенно недавнюю. Очевидно, что

зависимые от алкоголя могут особенно не желать умереть, но вместе с тем иметь высокий риск фатальной попытки. По мнению Д. И. Шустова (2005), в настоящее время только мужской пол может быть признан высокозначимым и безусловным предиктором летальности при алкоголизме.

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», предложенная сотрудниками Лос-Анджелесского суицидологического центра (приложение 1), «Суицидологические карты» Н. В. Конончука (1983) (приложение 2), В. А. Тихоненко и А. Н. Дурнова (1978), Г. В. Старшенбаума (2005) (приложение 4). В некоторых из них алкоголизация рассматривается в числе важных факторов риска. Кроме того, широко известна и употребляема «Шкала оценки суицидального риска больных алкогольной зависимостью». Она была создана Н. Е. Лушевым в 1986 г. и представлена в приложении 3.

Учитывая значимость проблемы суицидального поведения среди больных алкогольной зависимостью, нами была изучена распространенность суицидальных тенденций у данного контингента. Кроме того, мы оценили некоторые личностные характеристики у больных алкоголизмом, которые объясняют их высокую суицидальную активность.

В условиях ГУЗ «Областного наркологического диспансера» нами осуществлялись клинико-анамнестическое, клинико-катамнестическое обследование и анкетирование пациентов с диагнозом «Алкогольная зависимость, II стадия». Оно проводилось на 3—4-й день стационарного лечения после купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома (F10.302). Диагноз зависимости от алкоголя выставлялся на основе критериев МКБ-10. Группой исключения были лица, имеющие в анамнезе употребление наркотических веществ. Больные с депрессивными расстройствами в исследование также не включались.

Всего обследовано 188 пациентов за период с февраля по апрель 2007 г. Мужчин среди них было 76 % (143), женщин – 24 % (45). Средний возраст составил 38,5±0,8 года (для мужчин

– 36,9±0,8 года, для женщин – 43,8±1,8 года).

На каждого пациента заполнялись 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, к. м. н. 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 учитывались сдвиг адаптивных и дезадаптивных свойств (в %), 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. 11).

Таблица 11

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

|    |                                     |     |     |     |
|----|-------------------------------------|-----|-----|-----|
|    |                                     | 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                               |     |     |     |
|    |                                     | 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                               |     |     |     |

В зависимости от выявленного суицидологического анамнеза пациенты были поделены на 3 группы. К первой группе были отнесены пациенты, имевшие суицидальные попытки в анамнезе –

14,9 % (28). Во вторую группу вошли пациенты, отмечавшие у себя ранее мысли, намерения или замысел самоубийства – 21,3 % (40). Третья группа характеризовалась отсутствием у пациентов суицидальности в анамнезе – 63,8 % (120).

Средний возраст обследуемых составил 34,3±2,1, 37,9±1,6, 39,8±1,0 года соответственно. Т. е. представители первой группы были моложе пациентов третьей ( $t=2,36$ ,  $p<0,02$ ). 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 алкогольной зависимостью существенно повышает суицидальный риск.

Таблица 12

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

| Характеристики                  | Анамнестические сведения |                                  |                                   |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
|                                 | Парасуицид (n=28)        | Мысли, замысел, намерения (n=40) | Отсутствие суицидальности (n=120) |
| Возраст, лет                    | 34,3±2,1*                | 37,9±1,6                         | 39,8±1,0                          |
| Проживание без семьи            | 39,3%*                   | 27,5%                            | 18,3%                             |
| Атмосфера дома:                 |                          |                                  |                                   |
| а) плохая                       | 21,4%                    | 15%                              | 11,6%                             |
| б) средняя                      | 57,2%                    | 65%                              | 48,4%                             |
| в) хорошая                      | 21,4%*                   | 20%**                            | 40%                               |
| Образование:                    |                          |                                  |                                   |
| а) высшее                       | 10,7%                    | 12,5%                            | 14,1%                             |
| б) незаконченное высшее         | 3,6%                     | 2,5%                             | 0%                                |
| в) среднеспециальное            | 53,5%                    | 40%                              | 46,7%                             |
| г) среднее                      | 17,9%                    | 30%                              | 29,2%                             |
| д) неполное среднее             | 14,3%                    | 15%                              | 10%                               |
| Наследственная отягощенность:   |                          |                                  |                                   |
| а) по алкогольной зависимости   | 57,1%***                 | 37,5%                            | 22,5%                             |
| б) по суициду                   | 21,4%*                   | 10%                              | 5%                                |
| в) по психическим расстройствам | 10,7%                    | –                                | 2,5%                              |

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

Способы суицидальных попыток (в анамнезе) распределились следующим образом: самопорезы – 32 %, медикаментоз-

ные отравления – 32 %, самоповешения – 29 %, падения под транспорт – 3,5 %, падения с высоты – 3,5 %.

По уровню образования достоверных различий между группами не получено (табл. 13). Больные 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 третьей группы.

Таблица 13

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

|      | 1-я группа (парасуицид в анамнезе) (n=28) | 2-я группа (мысли, замысел, намерения суицида) (n=40) | 3-я группа (отсутствия суицидальности) (n=120) |
|------|---|---|--|
| САС  | -91,4±14,2%*                              | -74,7±12,2%   | -59,9±7,1%                                     |
| СДС  | 115,2±19,6%***                            | 90,7±17,1%**  | 45±5,6%  |
| СОАП | -206,6±23,8%***                           | -165,4±23,1%*   | -109,9±9,2%                                    |

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

Наследственная отягощенность по алкогольной зависимости близких родственников была выявлена у 31,0 % обследуемых, по суицидам – у 8,5 %, по психическим расстройствам – у 3,2 %. Все три фактора были выше в группе лиц с парасуицидами в анамнезе (первая группа), но достоверными являются различия по наследственной отягощенности алкогольной зависимостью и суицидами между первой и третьей группами (табл. 12).

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

Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил -67,7±5,7 % (-61,7±6,0 % – для мужчин, -86,4±13,9 % – для женщин), сдвиг дезадаптивных свойств (СДС) – 65,2±6,2 % (58,9±6,3 % – для мужчин, 85±16 % – для женщин). Т. е. выраженность адаптивных свойств личности больных алкогольной зависимостью со временем снизилась, а дезадаптивных – напротив, возросла.

Различия по самооценке характера между больными, в зави-

симости от выраженности суицидальных тенденций в анамнезе, представлены в таблице 13. 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  $45 \pm 5,6$  % ( $p < 0,001$ ), адаптивных –  $-59,9 \pm 7,1$  % ( $p < 0,05$ ). Это во многом объясняет высокую суицидальную готовность данного контингента.

Использованный нами метод самооценки характера показал свою чувствительность к выявлению суицидальных тенденций у больных алкоголизмом и может широко использоваться ввиду простоты исполнения и малых временных затрат. Таким образом, при обследовании больных алкогольной зависимостью «классические» аутоагрессивные проявления были выявлены нами в 36,3 % случаев. Это значительно превышает известные в литературе показатели. Было установлено, что высокая суицидальная активность при алкогольной зависимости обусловлена нарастанием дезадаптивных и снижением адаптивных личностных свойств.

Исходя из результатов наших исследований, можно сделать вывод, что в профилактике суицидального поведения в Забайкальском регионе и снижении по этой причине насильственной смертности, наряду с общеизвестными подходами (наличие центра кризисных состояний, работа Телефона доверия, психотерапевтическая коррекция, координация с психологами), должны включаться мероприятия, направленные на снижение потребления алкоголя в популяции и лечение алкоголизма (как потенциально опасного в суицидальном плане заболевания), а также внедрение социальных программ по улучшению качества жизни, в первую очередь сельского населения.

### ТИПОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ (совместно с Т. Н. Козловым)

#### 4.1. Актуальность вопроса

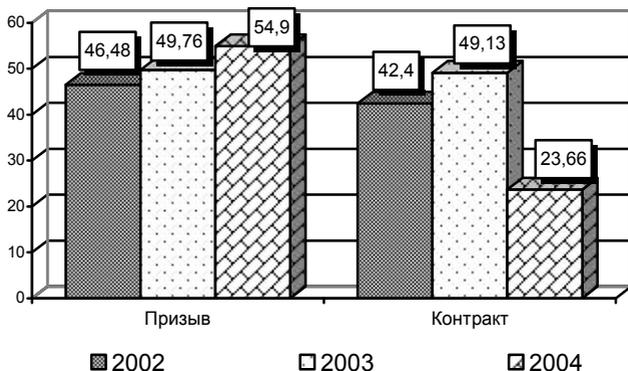
Как особую социальную группу с повышенным уровнем суицидального риска необходимо рассматривать служащих в армии (Carrera R. N., 1992). Об этом говорят многочисленные исследования суицидального поведения в различных странах: у военных Кипра (Kyprianon C. H., 1996; Theodorou M., 1996), Словении (Dolnicar R., 1996), США (Cassimatis E. G., 1996), Германии (Furtwaengler J. Ph., 1996), Греции (Botsis A. J., 1996), Бельгии (Van Hoofstat E., 1996), Великобритании (Anderson R. M. L., 1996), Испании (De Leon M. G., Robles J. I., 1996), Норвегии (Schwebs R., 1996).

Самоубийства, совершаемые военнослужащими, относятся к категории наиболее тяжелых чрезвычайных происшествий. Они имеют не только моральные и экономические последствия, но и большой социальный резонанс, вызывают ухудшение морально-психологического состояния в коллективе, снижают уровень оптимизма и ведут к потере боевого духа (Яровский А. А., 2000). Относительно большое количество суицидов среди военнослужащих вызывает отрицательное отношение к армии и военной службе со стороны родителей и гражданской общественности. Поэтому для армии проблема самоубийств и аутоагрессивного поведения остается весьма актуальной.

Распространенность суицидов среди российских военнослужащих в 2—3 раза превышает этот показатель в армиях развитых стран мира. По данным комиссии по проверке объективности и полноты расследования причин гибели и травматизма военнослужащих и военных строителей в мирное время, которые опирались на сведения, представленные Министерством обороны СССР и Главной военной прокуратурой, гибель военнослужащих срочной службы от преступлений и происшествий (в небоевых условиях, в том числе от самоубийств) характеризуется следующими величинами на 100 тысяч человек: 1981 г. — 106,2, 1982 г. — 107,7, 1983 г. — 104,4, 1984 г. — 106,2, 1985 г. — 109,0, 1986 г. — 89,4, 1987 г. — 98,5, 1988 г. — 86,0, 1989 г. — 96,8, 1990 г. — 95,0 (Антонян Ю. М., 1995). По данным Г. В. Старшенбаума (2005), показатель самоубийств среди солдат и офицеров в рос-

сийской армии составил в 1990 г. 200 на 100 тысяч человек. Беспокойство вызывает тот факт, что после короткого периода (1999—2000 гг.) снижения числа самоубийств в армии в последние годы вновь происходит значительное увеличение их частоты (Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Резник А. М., Фадеев А. С., 2003).

В настоящее время суициды – причина смерти каждого четвертого из погибающих военнослужащих. В условиях военной службы 80 % суицидальных действий совершаются военнослужащими, проходящими военную службу по призыву, в том числе 2/3 – солдатами и сержантами первого года службы (Тиунов С. В., 2000; Литвинцев С. В., Шамрей В. К., 2001). Именно военнослужащие срочной службы рядового состава формируют высокий показатель суицидальной активности (67 %) в Вооруженных Силах Российской Федерации (рис. 8).



**Рис. 8. Сравнительные показатели самоубийств военнослужащих Сибирского военного округа (на 100 тысяч человек), %**

Вопросами самоубийств в армии занимались многие видные отечественные психиатры: С. А. Беляков (1893), Н. Б. Макаров (1901), И. А. Сикорский (1913), М. Н. Гернет (1922), Т. Н. Юдин (1935), В. П. Осипов (1946), Л. И. Спивак (1962). Среди зарубежных авторов можно отметить работы К. Bilner (1969), J. B. Sawyer (1969), U. Otto (1972), W. E. Datel, F. D. Jones (1982).

С. А. Беляков (1893) писал, что в армиях шести европейских государств (Австрии, Пруссии, Англии, Франции, Италии и России) за 10 лет (с 1870 по 1880 г.) самоубийства среди военнослужащих встречались в 7 раз чаще, чем среди гражданского населения. И. А. Сикорский (1913), изучая эту проблему, отме-

тил, что самоубийства среди военнослужащих русской армии представляются наравне с другими странами Европы. При этом русская армия по числу суицидов занимает последнее место среди других стран. Однако, несмотря на этот факт, самоубийств в ней совершается в 5 раз больше, чем среди гражданского населения. В. П. Осипов (1946) считал, что *«если выясняется действительно, что специфичность условий военной службы, к которой не была в состоянии приспособиться полноценная личность, вызвала с ее стороны реакцию, то она подлежит только демобилизации»*. Для патологических реакций наиболее характерны неадекватность реакции степени тяжести психической травмы, нарушение работоспособности, отсутствие адаптации к окружающей среде, зачастую с аутоагрессивной формой поведения. Вместе с тем Н. Н. Тимофеева (1963) придерживалась другого мнения: *«Возникшая у молодого солдата истерическая реакция (не уточняется какая) может иметь случайный характер, в дальнейшем некоторые особенности склада характера могут быть исправлены положительным воздействием среды военной службы и т. д.»*.

Ж. В. Sawyer (1969) приводит данные о том, что у юношей призывного возраста пограничные состояния наиболее часто встречаются в условиях воинской части. Одновременно с этим автор указывает на то, что критерий поведения часто является основным поводом для заключения об их болезненном состоянии, вследствие чего и делаются в дальнейшем выводы о годности к военной службе. Ж. Bowlby (1979) одной из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое обследование считает суицидальные попытки и членовредительство. W. E. Datel, F. D. Jones (1982) обращают внимание на такие факторы риска суицида в армии, как чувство одиночества солдата, его контакт с теми, кто совершал аутоагрессивные попытки, или контакт с психически больными, употребление алкоголя в период конфликтов или неудач в любви.

Л. Я. Кувшинский (1961) отмечал, что из всех самоубийств, совершенных личным составом Вооруженных Сил, свыше 20 % приходится на психически больных и лиц с эмоциональной неустойчивостью. М. Mathieu (1970), наблюдая 1 137 новобранцев, из которых 66 человек были уволены в связи с невротической и психопатологической симптоматикой, выявил у них высокий уровень психических расстройств. W. L. Wilkins (1972), I. B. Weiner (1972), A. Edwards (1973) также считают, что для зарубежных

стран характерна большая распространенность психических расстройств среди военнослужащих.

По данным U. Otto (1972), при призыве на военную службу, из юношей, совершивших аутоагрессивные поступки, признано негодными к службе 46 %, по сравнению с 7 % в несовершеннолетней популяции. Несмотря на эти данные, число досрочно уволенных с военной службы среди контингента совершивших суицидальные попытки до призыва превышает в контроле в 50 раз. Как указывал J. B. Sawyer (1969), только за 6 месяцев 1969 г. в армии США было официально зарегистрировано 39,5 тысячи аутоагрессивных попыток. Только за один год (1979—1980) было зарегистрировано 175 завершённых суицидов (Datel W. E., Jones F. D., 1982). По сведениям W. Wasileski, D. A. Kelly (1982), в 1978 г. в сухопутных войсках США было зарегистрировано 29 тысяч суицидальных попыток, что на 13 % больше, чем их наблюдалось среди гражданского населения. J. B. Sawyer (1969) установил, что число суицидальных попыток у новобранцев относится к числу завершённых суицидов как 400:1.

T. Prendergast, M. R. Preble, F. S. Tennant (1973) отмечали повышение смертности среди военнослужащих от самоубийств в связи с растущей распространённостью алкоголизма и наркомании. A. D. Rokorny (1983) при проверке ряда показателей прогнозирования суицидальной попытки установил, что многие из них (аффективная патология, алкоголизм, наркомания и др.) коррелировали с учащением попыток, что позволяет отнести эту категорию к группе повышенного риска совершения аутоагрессивных действий. Изучению военнослужащих с выявленной психопатией и наркоманией, как факторами суицидального риска, посвятил свою работу В. В. Нечипоренко (1984). В России за период с 1995 по 2000 г. число лиц, освобождённых от призыва на военную службу в связи с заболеванием наркоманией, выросло с 4,7 до 20,9 тысячи человек. Количество злоупотребляющих наркотическими средствами за период от постановки на воинский учёт до призыва на военную службу увеличилось в 6,5 раза. Все это напрямую отражается на качестве комплектования Вооружённых Сил РФ (Юсупов В. В., 2006).

W. E. Datel, F. D. Jones (1982), проанализировав 175 завершённых суицидов в сухопутных войсках США за 1979—1980 гг., отметили, что суицидальный риск составил 11,7 и 11,4 на 1 000 человек. Причинами суицидов явились следующие: трудности с объектом любви — 74,2 %, трудности с работой и службой —

13,9 %, социальное неблагополучие – 13,9 %, финансовые проблемы – 13,2 %, неприятности с законом – 9,9 %, психические заболевания – 7,9 %, соматические заболевания – 7,3 %.

Изучая суициды, Л. И. Спивак (1962) установил, что среди военнослужащих, покончивших с собой, 13,5 % были душевнобольными. По данным Ю. М. Бедарева (1982), на первом году службы совершалось 70 % самоубийств. Указанные факты позволяют думать об особенностях личностного реагирования в период адаптации к военной службе, повышенной чувствительности и уязвимости этих военнослужащих. Согласно материалам А. В. Квасенко (1969), среди рядового состава, совершивших суицидальные поступки, психически больных было 23 %, среди офицеров эта цифра достигла 50 %. Соотношение самоубийств и покушений у офицеров и солдат составляет 1:7, а суицидальных угроз – 1:20.

А. А. Солохин (1969) выделил следующие мотивы самоубийств среди военнослужащих: боязнь ответственности за содеянное – 15 % обследованных; любовные ситуации – 10 %; прочие (ссоры, обвинения) – 21,2 %; тяготение службой и нежелание служить в армии – 23,5 %; семейные неурядицы – 17,1 %; неуставные отношения – 12,5 %; соматические и другие заболевания – 1,7 %.

А. Н. Моховиков (2001) описал ведущие мотивы суицидов военнослужащих: утрата привычных систем поддержки личности и жизнеобеспечения, потеря чувства общности со значимым окружением, утрата надежд на положительные изменения в ближайшем будущем, страх потерять здоровье и жизнь, состояние подавленности в случае неуставных отношений, участие в военных действиях, переживание утрат, раздражительные самоповреждения вследствие заразительности аутоагрессивного поведения, коллективная травма, «*негативная общность*» с находящимися в аналогичных условиях сослуживцами, что может привести к посттравматическому стрессовому расстройству.

Н. Е. Бачериков (1978) полагает, что свыше 30 % причин самоубийств приходится на конфликты между командирами, подчиненными и сослуживцами. К неблагоприятным социальным факторам, играющим существенную роль в возникновении психотравмирующих переживаний, которые, в свою очередь, приводят к развитию психогенных расстройств, относятся неуставные отношения в армии.

Ю. М. Антонян (1995) подразумевает под этим *«распространение и существование в армейских коллективах безнравственных, противоправных посягательств (морального и физического давления) отдельных военнослужащих или групп на личность и права сослуживцев»*. Такое определение представляется наиболее полным, так как включает в себя различные формы неуставных взаимоотношений: «дедовщина» как особая система взаимоотношений между молодыми и более старшими солдатами (по отношению к времени призыва в армию); «землячество» как система отношений между национальными группами и др.

Ю. Ф. Литвищенко (1989) приводит факты физической расправы, притеснения, унижения, приводящие военнослужащих срочной службы к самоубийству, аутоагрессивным поступкам, развитию психических расстройств. Однозначного определения этого явления в литературе пока нет. По данным международной научно-практической конференции по вопросам суицидологии (1991), среди причин самоубийств военнослужащих срочной службы советской армии 17 % были связаны с неуставными отношениями, а 19 % были вызваны трудностями адаптации к условиям военной службы.

Военные врачи П. О. Вязицкий, М. М. Дьяконов и др. (1990) приводят сведения о нарушениях адаптации в первые 6 месяцев службы в армии. При этом называется цифра 20,3 % от общего числа молодых солдат, призванных на службу. Как показано, именно в первые 4—6 месяцев службы растёт число проявлений недисциплинированности, вспыльчивости и конфликтности. Более частыми становятся обращения в медицинский пункт части, увеличивается общая заболеваемость.

Призывники, поступающие в армейские подразделения, включаясь в сложные отношения в системах *«человек – человек»*, *«человек – группа»*, *«человек – машина»*, попадают под влияние экстремальных нагрузок, что может служить основной причиной дезадаптации. Трудности адаптации к условиям современной армейской жизни нередко приводят к возникновению личностных расстройств, аффективных нарушений и даже психозов (Тиунов С. В., 2000).

Определением провоцирующих факторов при дезадаптации и установлением зависимости психической адаптации от индивидуально-типологических особенностей военнослужащих занимался В. В. Куликов (1989). По данным автора, для военнору-

жащих срочной службы в 31,4 % случаев характерны проявления психической дезадаптации в виде адаптационных реакций. В результате его исследований были выделены три характерных клинико-психопатологических варианта, описанные ниже.

1. *Состояние повышенного психического напряжения*, которое определялось в 20,9 % случаев. Адаптационные реакции проявлялись в мобилизации психической деятельности, сопровождающейся повышением эмоционального напряжения и усилением продуктивности психической деятельности без нарушения адекватных форм поведения.

2. *Состояние парциальной декомпенсации* – 48,3 % случаев. Адаптационные реакции проявились в частичном снижении тех или иных функций психической деятельности. Они динамичны, парциальны и возникали при превышении предела выносливости военнослужащего.

3. *Состояние, достигающее уровня невротических реакций*, составило 30,8 %. Оно выражалось в повышенной тревожности, эмоциональной напряженности, качественном снижении психомоторной активности, явлениями психологической защиты и социальной дезадаптации.

В то же время С. А. Нурмагамбетовой (2003) было выявлено 11 клинических форм психической дезадаптации: кратковременная и пролонгированная депрессивные реакции, смешанная тревожная и депрессивная реакции, расстройства с преобладанием других эмоций, с преобладанием нарушения поведения, смешанное расстройство эмоций и поведения, диссоциативные фуга и судороги, трансы и состояния овладения.

В последние годы в литературе приводятся данные, что у военнослужащих в период адаптации к военной службе преобладают сложные психогенные реакции, обладающие полиморфной клинической картиной и поведенческими расстройствами, которые развиваются на фоне психических нарушений, обусловленных состоянием дезадаптации (декомпенсации). Одна из психогенных реакций – суицидальные действия (Медведев Н. П., 1992). Ситуационные реакции дезадаптации преимущественно возникают у лиц с акцентуациями характера и признаками измененной церебрально-органической «почвы». Кроме того, выявляется склонность к стереотипным формам девиантного поведения в психотравмирующих ситуациях при сохранной в целом социальной адаптации (Доровских И. В., 1995).

Негативные факторы условий служебной деятельности, преломляясь через личность военнослужащих, находят свое специфическое отражение в клинике психогенных реакций и поведенческих расстройств, сопровождающих их течение более чем в 80 % случаев. В условиях мирного времени ведущее значение в возникновении психогенных реакций и связанных с ними поведенческих расстройств принадлежит сформировавшимся еще в допризывном периоде личностным особенностям, определяющим повышенную уязвимость к различного рода психотравмирующим ситуациям (Довгополук А. Б., 1997).

По данным С. В. Тиунова (2000), у военнослужащих срочной службы, совершивших суицидальные действия, обнаружены следующие формы (впервые выявленной) психической патологии: невротические и адаптационные расстройства – 45,7 %, дистимия – 25,4 %, расстройства личности – 22,8 %, шизофрения – 5,9 %. В свою очередь, Н. Е. Бачериков (1978) указывает, что 41,5 % военнослужащих, совершивших аномальные поведенческие поступки, имели патохарактерологические особенности. Около 30 % из них злоупотребляли алкоголем. Многие росли в условиях дисгармоничного воспитания. В 60,2 % эмоциональных переживаний военнослужащих, вызвавших аномальные реакции, имелась связь с военной службой.

При всех видах пограничных психических расстройств (психопатии, патохарактерологические реакции, отдаленные последствия закрытых травм головного мозга) выявленные у военнослужащих нарушения самосознания затрудняют их адаптацию к военной службе и обуславливают совершение ауто- и гетероагрессивных действий (Яворский А. А., 2000). Н. М. Вольнов (2003) выделил два стиля аутоагрессивного поведения, в том числе: а) *гетероаутоагрессивный*, при котором наряду с аутоагрессивным поведением отмечается и гетероагрессивное поведение; б) *аутоагрессивный*, при котором гетероагрессивное поведение отсутствует.

А. С. Фадеев (2002) выявил три типа психотравмирующих ситуаций, приводящих к развитию невротических расстройств у военнослужащих. *1-й тип* объединил факторы, при которых условия (тяготы) военной службы выступают в качестве психотравмирующей ситуации (52,8 %). Ко *2-му типу* были отнесены факторы, отражающие конфликтные ситуации с сослуживцами, неуставные отношения, неудачи по службе и т. д. (38,9 %). *3-й*

тип – факторы, не имеющие непосредственного отношения к условиям военной службы (8,3 %).

Таким образом, можно констатировать, что призыв молодых людей в армию, который приходится на юношеский период 18—20 лет (постпубертатная фаза, по А. Е. Личко [1985]), ставит их в условия новых форм поведения, а также в специфическую атмосферу военной организации, отражаясь на психическом состоянии и вызывая аффективную неустойчивость. Аутоагрессивное поведение в широком понимании (суициды и парасуициды), как форма патопсихологической защиты, является специфической переработкой системы психологических установок, которые возникают в связи со служебно-конфликтной ситуацией и направлены на нейтрализацию тягостных эмоциональных переживаний (Тиунов С. В., 2000).

Вместе с тем аспекты самоубийств и покушений на самоубийство среди лиц, не страдающих нервно-психическими расстройствами, и здоровых в психическом отношении военнослужащих остаются до сих пор недостаточно изученными и дискуссионными, в том числе вопросы, связанные с феноменологией суицидального поведения у лиц с невротическими и адаптационными расстройствами. Не выявлены также факторы микросоциальной среды, способствующие данному явлению.

Особенностью суицидального поведения военнослужащих является то, что совершившие самоубийства составляют преимущественно контингент, не выявляющий четких признаков нервно-психической патологии в доармейский период и вне момента суицидальных действий. Суицидальные попытки у них возникают, как правило, на фоне длительной психотравмы и по механизму они сходны с реакцией короткого замыкания. Их принято квалифицировать как острые ситуационные реакции (Сворский А. А., 1992).

В настоящее время не существует четких критериев, раскрывающих причины суицидального поведения у военнослужащих срочной службы, и поэтому необходимы дальнейшие исследования в данной области с разработкой практических рекомендаций по их эффективному предупреждению. Исследования в данной области проводятся, но носят чаще несистематизированный характер (Нечипоренко В. В., 1984; Сворский А. А., 1992; Пустовалов Л. В., 1998; Тиунов С. В., 2000; Фадеев А. С., 2002; Вольнов Н. М., 2003). Поэтому столь необходимы дополнительные комплексные исследования с изучением роли психопатологиче-

ских, личностных и социальных факторов, которые способствуют появлению суицидальных тенденций в условиях срочной военной службы.

#### **4.2. Личностные и психопатологические механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы**

В исследование были включены 180 военнослужащих срочной службы, из них 130 совершили суицидальные действия. В первую группу были включены военнослужащие, завершившие суицид (80 человек). Вторую группу составили 50 военнослужащих срочной службы, совершивших суицидальные попытки. Кроме того, были обследованы 50 военнослужащих по призыву, успешно отслуживших 1,5 года.

По первой группе были изучены материалы 80 актов смертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КППЭ), которые проводились сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии с 1996 по 2001 г. (Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов). При исследовании солдат с завершёнными суицидами применялся метод «*психологической аутопсии*» (Shneidman E. S., 1981; Henriksson M. M. et al., 1993). В актах смертных экспертиз изучались предсмертные записки подэкспертных, материалы уголовных дел, возбужденных по факту завершенного суицида, особенности психологического состояния в период прохождения службы по показаниям сослуживцев и командиров, характеристики с мест учебы и работы, воспоминания родителей и других свидетелей, содержание писем домой и друзьям.

Данную группу суицидентов составили лица мужского пола, проходившие срочную службу по призыву в войсках Сибирского военного округа на территории Читинской области. Возраст обследованных составил 18—21 год. 93 % обследованных были в звании рядового, 7 % – младшего сержанта или ефрейтора.

На каждого суицидента заполнялась специально разработанная карта (приложение 8), в которой были отражены образовательный уровень, полнота семьи, условия воспитания, наследственность, личностные особенности военнослужащих, внешние обстоятельства, способы и мотивы суицидальных действий, другие необходимые характеристики (всего по 222 позициям).

Возраст обследованных военнослужащих срочной службы второй группы, совершивших суицидальные попытки, варьировал в диапазоне также от 18 до 21 года, 45 человек (90 %) были в звании рядового и 5 человек в звании младшего сержанта. Все они проходили службу по призыву в различных частях Сибирского военного округа и были госпитализированы в психиатрическое отделение Округного военного клинического госпиталя № 321 г. Читы. Обследование проводилось в течение 30—40 дней с момента поступления военнослужащих в стационар и до момента выписки.

Все военнослужащие, совершившие суицидальные попытки (50 человек), в процессе исследования были разделены на две группы: более многочисленную группу (35 человек – 70 %) составили военнослужащие, совершившие демонстративно-шантажные суицидальные действия. Вторая группа состояла из 15 человек (30 %) с истинным суицидальным поведением.

Критериями исключения служили военнослужащие офицерского состава, а во второй группе также лица, страдающие наркоманией и эндогенными заболеваниями. Группа контроля состояла из 50 военнослужащих срочной службы рядового состава различных частей СибВО. Основным критерием при наборе контрольной группы явилась успешная служба за период не менее полутора лет и отсутствие у солдат каких-либо форм дезадаптации. Возраст солдат контрольной группы варьировал в диапазоне от 19 до 23 лет.

Всем военнослужащим, поступившим в стационар, было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование личностных особенностей. Оно включало исследование по опроснику А. Е. Личко (ПДО) на выявление типа акцентуации, личностный опросник Айзенка на выявление интраверсии и экстраверсии; тест Лири на определение ведущих форм социального поведения личности (авторитарное поведение, независимое самоутверждение, агрессивность, дружелюбие и т. п.); опросник «16 личностных факторов Р. Кетелла» (187 вопросов) для оценки степени выраженности основных факторов личности, таких как доброта, беспечность, настойчивость, интеллект, эмоциональная устойчивость, подозрительность и т. п.; шкалу ситуационной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина, тест Равена на интеллект, бланк-карту на общую осведомленность (знание таблицы умножения, понимание смысла пословиц и поговорок, исключение 4-го лишнего и т. д.). Результа-

ты тестирований обрабатывались при помощи компьютерной программы.

Проведенный анализ социально-психологических и преморбидных личностных особенностей военнослужащих с завершёнными суицидами и совершивших истинные и демонстративно-шантажные суицидальные действия позволил выявить в целом невысокий образовательный уровень армейских суицидентов.

Не имели неполного среднего образования 15 % солдат с завершёнными суицидами, 40 % – с истинными незавершёнными суицидальными попытками и 34,3 % – с демонстративно-шантажными суицидальными действиями. В группе контроля с образованием до 9 классов солдат не было (табл. 14).

Т а б л и ц а 1 4

**Преморбидные особенности личности солдат  
с завершёнными суицидами и суицидальными попытками  
в сравнении с контрольной группой (в %)**

| Социально-психологические особенности                | Истинные завершен. суициды (n=80) | Истинные незаверш. суициды (n=15) | Демонстративно-шантажные суициды (n=35) | Группа контроля (n=50) |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------|
| 1. Образование:                                      |                                   |                                   |   |                        |
| а) до 9 классов                                      | 15                                | 40                                | 34,3                                    | 0                      |
| б) неполное среднее                                  | 16,25                             | 13,3                              | 20                                      | 24                     |
| в) среднее   | 66,25                             | 33,4                              | 35                                      | 68                     |
| г) неоконченное высшее и высшее                      | 2,5                               | 13,3                              | 10,7                                    | 8                      |
| 2. Психопатологическая наследственная отягощенность: |                                   |                                   |   |                        |
| а) шизофренией                                       | 36,25                             | 66,7                              | 51,4                                    | 2***                   |
| б) эпилепсией  | 3,75                              | 13,3                              | 13,3                                    | 0                      |
| в) алкогольной зависимостью                          | 5                                 | 0                                 | 2,8                                     | 0                      |
| г) неврозами и реактивными психозами                 | 20                                | 53,4                              | 35,3                                    | 2                      |
| 3. Суициды у близких родственников                   | 1,25                              | 0                                 | 0                                       | 0                      |
| 3. Суициды у близких родственников                   | 11,25                             | 46,6                              | 34,2                                    | 0                      |
| 4. Воспитывались:                                    |                                   |                                   |   |                        |
| а) в неполных семьях                                 | 33,75                             | 46,6                              | 48,6                                    | 16**                   |
| б) в полных семьях                                   | 50                                | 53,4                              | 51,4                                    | 84                     |
| 5. Воспитание:                                       |                                   |                                   |   |                        |
| а) гармоничное                                       | 46,25                             | 33,3                              | 42,8                                    | 84**                   |
| б) гипоопека   | 18,75                             | 26,7                              | 20                                      | 0                      |
| в) гиперопека  | 10                                | 33,3                              | 17,1                                    | 0                      |
| 6. Приводы в милицию                                 | 11,25                             | 26,7                              | 28,6                                    | 0                      |
| 7. Наличие судимости                                 | 5                                 | 13,3                              | 14,3                                    | 0                      |
| 8. Проживали в городе                                | 23,75                             | 46,6                              | 48,6                                    | 76*                    |
| 9. Отсрочка от призыва                               | 13,75                             | 26,7                              | 34,2                                    | 76*                    |
| 10. Слабая физическая подготовка                     | 66,25                             | 80                                | 71,4                                    | 14***                  |

Примечание. Статистическая значимость различий контрольной группы обозначена: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,025$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

Психопатологическая наследственная отягощенность была установлена у 51,4 % солдат с демонстративно-шантажными суицидальными действиями и у 66,7 % военнослужащих с истинными незавершенными суицидальными попытками. В контрольной группе только один солдат (2 %) имел отягощенную наследственность в связи с наличием алкоголизма у отца. Шизофренией страдали родственники 13,3 % обследованных в двух группах, эпилепсией – 2,8 % у солдат с суицидальными действиями демонстративно-шантажного характера, алкоголизмом – 53,4 % родственников у лиц с истинными незавершенными суицидами и у 35,3 % с демонстративно-шантажными суицидальными действиями. В анамнезе совершали суициды близкие родственники у 46,6 % солдат с истинными незавершенными суицидами и у 35,3 % с демонстративно-шантажными суицидальными действиями. В контрольной группе суицидов у родственников не было.

Более половины военнослужащих (53,4 %) с истинными незавершенными суицидами и 51,4 % солдат с демонстративно-шантажными суицидальными действиями воспитывались в полных семьях, причем 33,3 и 42,8 % – в гармоничных условиях. В контрольной группе в неполных семьях воспитывалось только 16 % обследованных. В условиях гиперопеки и гипоопеки воспитывалось 60 % обследованных военнослужащих с истинными незавершенными суицидами и 37,1 % с попытками по демонстративно-шантажному механизму.

До призыва на военную службу 26,7 % лиц с истинными незавершенными суицидами и 28,6 % солдат с демонстративно-шантажными суицидальными действиями ранее имели приводы в милицию за различные правонарушения, 13,3 и 14,3 % соответственно привлекались к уголовной ответственности и имели судимости. В группе контроля эти показатели также отсутствуют. До призыва на военную службу постоянно проживали в сельской местности 53,4 и 51,4 % соответственно, в городских условиях – 46,6 и 48,6 %. По данным контрольной группы в городе проживало 76 % военнослужащих срочной службы.

Отсрочку от призыва ранее имели 26,7 % солдат с истинными незавершенными суицидами и 34,2 % солдат с демонстративно-шантажными суицидальными действиями. В контрольной группе этот показатель оказался намного выше и составил 76 %. Военнослужащие этой группы были призваны в армию в большинстве своем в возрасте 20—21 год, и на момент обследования их воз-

раст составил 22—23 года. Немаловажным фактом является то, что в группах солдат с суицидальными действиями отсрочка была дана в основном по состоянию здоровья или из-за наличия судимости, а в контрольной группе отсрочка была предоставлена всем для продолжения образования.

Недостаточно физически подготовленными к службе в армии и неспособными выполнять установленные нормативы при физических нагрузках оказались 80,0 ( $p < 0,001$ ) и 71,4 % призванных на срочную службу. В контрольной группе этот показатель оказался значительно меньше и составил всего 14,0 %.

Практически все обследованные были адаптированы в социальном плане, имели положительные характеристики с мест учебы и работы, пользовались уважением у коллег по работе, товарищей по учебе, друзей. Поэтому вполне закономерным фактом выглядит то, что при прохождении призывной комиссии их психическое здоровье не вызвало каких-либо сомнений со стороны врачей-психиатров, и они были признаны годными к службе в армии. Следует отметить, что призывники в большинстве своем шли служить в армию с желанием, так как считали, что после воинской службы будет больше возможностей для получения профессии и удачного трудоустройства.

Анализ психопатологических расстройств в общей группе обследованных военнослужащих в постсуицидальном периоде, с учетом ретроспективных данных, позволил выявить следующие клинические формы личностной патологии (по МКБ-10): 1) расстройства личности – 70 % (F60.0); 2) расстройства приспособительных реакций – 22 % (F43.2); 3) умственная отсталость (легкая и умеренная) – 8 % (F70; F71).

Проведенное исследование индивидуально-психологических свойств суицидентов по материалам, объективно характеризующим их личность, позволило выявить у военнослужащих с завершенными суицидами наличие акцентуаций характера (68,75 %) ( $p < 0,001$ ), которые преимущественно были представлены астеношизоидным типом (15,0 %), астенической акцентуацией (20,0 %), астеносензитивным (15,0 %), сензитивно-шизоидным (10,0 %) и шизоидным (8,75 %) типами.

Эти данные в целом совпадают с выявленными акцентуациями характера по методике Личко (ПДО) у истинных суицидентов, которые после совершения суицидального действия остались живы. У них также было выявлено преобладание астено-сензитивно-шизоидных свойств характера, что проявлялось низ-

ким уровнем коммуникативных способностей и замкнутостью, повышенной робостью, неуверенностью в себе и заниженной самооценкой, обидчивостью и тревожностью. Кроме того, суициденты обладали невысоким образовательным уровнем и имели слабую физическую подготовку (66,25 %).

Военнослужащие, совершившие суицидальные действия по демонстративно-шантажному механизму, имели некоторые особенности характера, отличающиеся от таковых у истинных суицидентов. По анамнестическим данным и по результатам методики ПДО личностные особенности обследованных данной группы были преимущественно представлены акцентуациями характера по эпилептоидно-истероидно-неустойчивому типам. Эти особенности характеризуют их как людей преимущественно властных, вспыльчивых, требовательных к себе и окружающим, злопамятных, дисфоричных, но в то же время повышено тревожных, недостаточно способных выработать четкие жизненные позиции. При этом военнослужащие данной группы также имели невысокий образовательный уровень и слабую физическую подготовку. Выявленные личностные особенности у этих солдат были подтверждены результатами тестирования по методикам Лирри, Кеттела, Айзенка, Спилбергера–Ханина, Равена.

Если вышеперечисленные личностные свойства у истинных и демонстративно-шантажных суицидентов позволяли им удовлетворительно адаптироваться в гражданской жизни, то в армейских, строго регламентированных условиях эти свойства оказывались во многом уязвимыми, особенно при наличии неуставных взаимоотношений в армейском коллективе.

У военнослужащих с впервые диагностированным расстройством личности (психопатией) элементы дезадаптации проявлялись еще в доармейский период. Они, как правило, не имели друзей, у них были проблемы в школе или училище, они нередко конфликтовали с учителями и сверстниками или, напротив, были излишне застенчивы, недостаточно общительны, являлись объектом насмешек со стороны сверстников, не посещали общественные мероприятия.

На фоне психогенных воздействий (табл. 15), которые преимущественно были представлены систематическими избиениями и словесными оскорблениями (50 % случаев завершенных суицидов, 80 % истинных незавершенных суицидальных попыток и 64 % демонстративно-шантажных действий), в меньшей степени – угрозой ответственности за совершенный проступок,

нежеланием служить, неразделенной любовью, смертью близкого родственника, особенно в первые 6 месяцев службы у таких личностей развивалось состояние дезадаптации. Следует отметить, что у подавляющего большинства военнослужащих с расстройствами личности (87 % завершенных и 100 % незавершенных суицидов) дезадаптация развилась в первые 3 месяца службы.

Т а б л и ц а 1 5

**Распространенность и характер психогенных факторов у военнослужащих с истинными и демонстративно-шантажными суицидальными попытками (%)**

| Характер психогенного воздействия                                      | Завершенные суициды (n=80) | Истинные суициденты (n=15) | Демонстративно-шантажные суициденты (n=35) |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| Грубость, оскорбления, систематические избиения (неуставные отношения) | 50<br>( $p<0,001$ )        | 80<br>( $p<0,005$ )        | 63,9 ( $p<0,005$ )                         |
| Потеря близкого человека   | 11,25                      | 20                         | 5,7  |
| Неудача, несостоятельность   | 6,25                       | -                          | 11,4                                       |
| Нежелание служить  | 8,75                       | -                          | 20   |
| Падение престижа   | 3,75                       | -                          | -  |
| Угроза ответственности   | 11,25                      | -                          | -  |
| Ревность, измена, неразделенная любовь                                 | 6,25                       | -                          | -  |

*Примечание. p – достоверность различий внутри группы.*

В армейских условиях, где приходится в короткие сроки перестраивать свой поведенческий стереотип, имея интенсивные физические и психологические нагрузки, именно военнослужащие с астено-сенситивно-шизоидными характеристиками, легко декомпенсируются. В воинских коллективах, где имеются неуставные отношения, эти солдаты легко проявляют свои виктимные качества и становятся объектом насмешек и унижений, нередко недосыпают, астенизируются физически.

На фоне возникающих психогенных воздействий, особенно в первые 6 месяцев службы, у таких военнослужащих развивалась выраженная психозмоциональная напряженность фрустрационного типа (48,75 % по результатам посмертных КППЭ) с субъективной невозможностью найти адекватный выход из ситуации. Суицид в субъективном мировосприятии становился для них единственным способом решения всех проблем.

Клинический пример 1

*Обстоятельства случившегося. Л. 13.12.1997 Сернурским райвоенкоматом Республики Марий-Эл был призван на действительную срочную военную службу, которую стал проходить на пограничной*

заставе «Забайкальск» в воинском звании рядового на должности прожекториста.

11 июля 1998 г. Л., согласно плану охраны государственной границы, с 13 часов был назначен в пограничный наряд «Пост наблюдения» с местом несения службы на наблюдательной вышке. Перед окончанием службы около 20 часов 11 июля 1998 г. Л., взяв автомат АКС-74, спустился с наблюдательной вышки якобы с целью отправления естественных надобностей и, отойдя в район заграждения, произвел четыре выстрела себе в грудь. В ходе предварительного осмотра места происшествия были найдены и изъяты на удалении 35—40 метров от вышки два письма бытового характера на марийском языке, записка на фольге от пачки сигарет, имеющая содержание «Нико-го не вините, никто не виноват, такой как я не должен жить на этом свете. Игорь».

Из материалов уголовного дела вытекает следующая психобиографическая характеристика личности подэкспертного: родился в апреле 1978 г. в Республике Марий-Эл единственным ребенком. Воспитывался матерью и ее родителями в сельской местности (в деревне). В дошкольном возрасте посещал детский сад, вовремя со сверстниками пошел в школу. По характеру изначально формировался необщительным, малоразговорчивым, скрытным (из показаний матери), был «привязан» к жизни в деревне, к бабушке и дедушке. Болезненно переносил всякого рода перемены: не хотел уезжать из деревни для учебы в школе в поселок, не смог установить «эмоциональный контакт» с отчимом. В последующем, в подростковом возрасте не смог обучаться в ГПТУ, где характеризовался как замкнутый, необщительный, безвольный («куда позовут, туда и шел»).

В показаниях одноклассников указывается, что подэкспертный любил читать художественную литературу, увлекался рыбалкой, один изучал приемы борьбы, был «неоткровенный, обиды держал в себе».

В декабре 1996 г. . был призван на военную службу, которую проходил в Забайкальском пограничном округе. Согласно официальной служебной характеристике, зарекомендовал себя спокойным, малообщительным, добросовестно относился к своим служебным обязанностям, при этом был достаточно опрятным, физически слабо развитым, не пользовался авторитетом в коллективе. За период службы имел благодарность за добросовестное выполнение работ, грамоту за добросовестное отношение к служебным обязанностям, благодарность. За мужество и стойкость, проявленные при охране государственной границы в тяжелых метеорологических условиях (из личного дела.) было присвоено воинское звание ефрейтора. За период службы трижды находился на лечении в МПП части (реактивный отек левой голени – май 1997 г.; энурез – август 1997 г.; термический ожог правой кисти – сентябрь 1997 г.), в окружном военном госпитале с диагнозом «дискинезия мочевыводящих путей».

В показаниях сослуживцев отмечается, что подэкспертный был малообщительный, молчаливый, не имел близких друзей, не делился своими переживаниями, был тихим, спокойным, малоэмоциональным, соглашался со всем, что ему говорили. В материалах дела содержатся отрывочные данные о неуставных взаимоотношениях к подэкспертному. Так, в показаниях рядового К. указывается, что Л. заставляли работать на кухне за других, за месяц до случившегося Г. нанес несколько ударов Л. по корпусу, в область живота. Кроме того, постоянно переносил побои, когда ходил в наряд, переносил постоянные упреки типа «чего мешаешься» (показания от 28.08.1998 г.).

В день случившегося самоубийства приблизительно около 11 часов дня ефрейтор О. проходившему мимо него Л. предложил (приказал?) протереть умывальник и вычерпать воду из бассейна, в ответ на это Л. в совершенно не свойственной для него манере в грубой и нецензурной форме выругался. Смысл сказанного заключался в том, что его «замучили», а также содержалась в его высказываниях некоторая угроза: «Я вас подведу». При этом выражение лица Л. было необычным – «лицо его изменилось, стало грубым, злым, взгляд был исподлобья»; «он повернулся и пошел дальше, бормоча себе под нос» (показания О.). В 13 часов при раздаче оружия для заступления в наряд Л. уже выглядел вполне обыкновенно – был молчаливым и угрюмым. Тем не менее ефрейтор О. вынул затвор из автомата Л. и предупредил рядового Г. о том, что Л. «не в себе» и за ним надо присмотреть.

В период несения службы Л. внешних признаков изменившегося психического состояния не проявил: вступал в речевой контакт с Г. (который, зная инцидент подэкспертного с О. в 11 часов дня, вероятно, вел себя спокойно и сдержанно), говорил, что ему нужно дописать домой письма. Однако, когда Г. начал смотреть в сторону подэкспертного, который держал в руках «недописанное письмо», последний его тут же спрятал (показания Г.), более между ними разговора не было. В 20 часов, зная, что вскоре будет смена караула, подэкспертный под предложением «сходить в туалет» спустился с вышки, одновременно пояснил Г., что заберет и «свой» автомат. Через несколько минут, когда Г., видя приближающуюся смену караула, начал спускаться вниз с вышки, он услышал очередь из автомата – Л. произвел выстрелы очередью из автомата Г. в самого себя.

Л. имел индивидуально-психологические особенности в форме выраженной акцентуации характера по сензитивно-шизоидному типу наряду с хорошим уровнем интеллектуального развития и здоровой социальной направленностью его личности. Его характерологические особенности были представлены недостаточной коммуникативностью, ранимостью, некоторой незрелостью волевых качеств, они не достигали уровня патологии характера (психопатии) и сами по себе могли предрасполагать к суицидальным действиям только

в ситуациях чрезмерных, т. е. в ситуации неуставных взаимоотношений.

Постепенно в процессе воинской службы под воздействием совокупных, длительных и повторяющихся неблагоприятных психологических факторов в виде требований вне очереди работать на кухне, отдельных физических оскорблений, унижающих его достоинство, криков в его адрес и пренебрежительного отношения (а это только то, что было известно следствию) произошла кумуляция (накопление) отрицательных эмоций и формирование состояния фрустрации, т. е. эмоциональной напряженности без четко осознаваемых путей выхода из сложившейся ситуации с актуализацией суицидального влечения и его реализацией.

В нашем исследовании большой интерес и практическое значение представляло изучение характера психопатологических и психологических проявлений у военнослужащих срочной службы до момента совершения суицидального действия. В психопатологическом анализе декомпенсаций при расстройствах личности мы использовали систематику А. С. Брюховецкого (1990).

У 20 % лиц с астеносенситивными акцентуациями характера и военнослужащих, у которых впоследствии было диагностировано невротическое расстройство (также по данным посмертных КППЭ), отмечались разбитость и физическая усталость, плаксивость, раздражительность. Такие солдаты в большинстве своем были медлительными и даже заторможенными, становились замкнутыми или тревожными, практически переставали общаться с сослуживцами, стремились к уединению. По показаниям все тех же сослуживцев, настроение у них заметно снижалось: они были мрачными и угрюмыми, у них нарушался сон и снижался аппетит, а в письмах к друзьям прослеживались идеи о собственной несостоятельности. Они нередко жаловались на головную боль, показывали слабые результаты в заучивании устава, часто засыпали во время несения службы. Зарегистрирована их частая обращаемость в МПП по поводу различных соматических расстройств, в том числе и энуреза. Такого рода личностные декомпенсации рассматривались нами как расстройства приспособительных реакций с депрессивными и астеноневротическими проявлениями (F43.2).

#### Клинический пример 2

6 апреля 1997 г. в 7-м часу рядовой А. самовольно оставил расположение части и ушел в лес, который находился за подсобным хозяйством части. В тот же день А. изготовил из металлической проволоки петлю, привязал ее к ветке лиственницы, произрастающей на склоне сопки вблизи подсобного хозяйства части, и повесился. 9 ап-

реля 1997 г. в 16-м часу А. был обнаружен на месте самоубийства висящим в петле без признаков жизни.

Родился 10 января 1978 г. в Амурской области старшим из троих детей, здоровым и доношенным ребенком. Наследственность подэкспертногоотягощена алкоголизмом его родителей. Воспитывался в психологически неблагоприятных условиях, родители злоупотребляли алкоголем, в семье нередко возникали скандалы. Когда подэкспертному было 6 лет, родители развелись, что, безусловно, было психотравмирующим событием для его жизни, мальчик стал проживать с матерью и отчимом, которые вместе злоупотребляли алкоголем. В школу пошел вовремя вместе со сверстниками. Учился посредственно, не проявлял особого интереса к обучению. По характеру формировался спокойным, скрытным, был «себе на уме», в меру общительным. После окончания неполной средней школы (9 классов) поступил учиться в техническое училище по специальности «каменщик». В период обучения в училище перенес очередное психотравмирующее воздействие – смерть матери, погибшей вследствие злоупотребления алкоголем. С этого времени стал проживать с отцом и мачехой, работал каменщиком в СМП. В представленной производственной характеристике отмечено, что за период работы (менее года) проявил «положительные качества молодого рабочего, не имел нарушений трудовой дисциплины, уважительно относился к старшим, был скромным, уравновешенным, исполнительным, тактичным».

В апреле 1996 г. был призван на военную службу, накануне призыва проходил медицинскую комиссию, где был осмотрен различными специалистами, включая психиатра, признан здоровым и без ограничения годным к службе. В многочисленных показаниях сослуживцев отмечено, что подэкспертный зарекомендовал себя недостаточно общительным, спокойным, ужичивым, несколько скрытным, аккуратным в одежде, пользовался уважением и к нему не применялись неуставные взаимоотношения. Конфликтных ситуаций с сослуживцами и командирами у него не возникало.

В мае 1996 г., т. е. вскоре после призыва на военную службу подэкспертному проводилось экспериментально-психологическое тестирование. В показаниях психолога полка указано, что по результатам проведенного исследования у подэкспертного была определена III группа нервно-психической устойчивости (НПУ) (удовлетворительно). В анкете «прогноз» у него были выявлены признаки нервно-психической неустойчивости, выражающейся в перепадах настроения, склонности к суицидальным действиям, чувстве страха.

Изменения в психическом состоянии подэкспертного, выразившиеся в смене поведенческого стереотипа, приблизительно стали отмечаться у него за 2—3 недели до случившегося суицида после получения письма из дома о плохом самочувствии отца. Большинство допрошенных сослуживцев отметили, что «в последнее время» подэксперт-

пертый стал замкнутым, необщительным, тревожным, иногда плакал (показания С., Д., С.), его явно что-то тяготило, он был задумчив, замкнут, чем-то подавлен (В., Ф.). В дополнительных показаниях Д., у которого с подэкспертным сложились дружеские отношения, указано, что с 5 апреля 1997 г. он заметил у него необычное состояние подавленности. Своим друзьям подэкспертный сообщал о своих сложных отношениях с мачехой, говорил и о том, что у отца плохое здоровье, и он, якобы, теряет зрение (показания Ф., Д., В.), собирается поехать в отпуск домой. 6 апреля после подъема сослуживцы обнаружили, что подэкспертный ушел из расположения части, 9 апреля он был обнаружен повесившимся в лесу.

Таким образом, изменения в поведении А. (задумчивость, подавленность, стремление к уединению, плаксивость), которые все более усиливались, сопровождалась у него тягостными душевными переживаниями, тревогой, беспокойством, снижением настроения и в своей совокупности позволяют расценивать описанное выше состояние как болезненное с преимущественно тревожно-депрессивной симптоматикой и идеями самообвинения.

Декомпенсация при расстройствах личности, которая по материалам посмертных КППЭ встречалась в 18,75 % случаев и у 60,0 % истинных суицидентов, во многом определялась типологическими особенностями личности и проявлялась: а) по *аффективному типу реагирования* с субдепрессивным синдромом (56,7 и 44 % соответственно) – военнослужащие характеризовались сниженным фоном настроения, унынием, расстройством сна, недовольством выполняемыми приказами, невыраженной тревогой, становились необщительными, стремились к уединению, высказывали идеи самообвинения; б) по *невротическому типу с астеническим синдромом* (43,3 % у военнослужащих с завершенными суицидами и у 33 % истинных суицидентов с суицидальными попытками) – военнослужащие отличались повышенной утомляемостью, слабостью, жаловались на головную боль, снижение работоспособности. Фон настроения был неустойчив с тенденцией к раздражительности. Обследованные военнослужащие жаловались близким сослуживцам на плохой сон, невозможность выносить даже незначительные физические нагрузки, нередко испытывали неприятные ощущения в теле. Командирами характеризовались как робкие и тревожные, молчаливые, слабо подготовленные физически, сонливые.

Клинический пример 3

27 июня 1996 г. М., находясь в командировке на станции Мирная Читинской области, покончил жизнь самоубийством, повесившись на брючном солдатском ремне.

*М. родился в полной семье. Его значительно более старший брат, в возрасте около двадцати лет застрелился после каких-то неприятностей, что в семье осуждалось. Семейная атмосфера была для него здоровой, физически развивался без особенностей. В школу пошел вовремя, учился стабильно на удовлетворительно или хорошо. Окончил 8 классов, затем СПТУ. Официальные характеристики из СПТУ были исключительно положительные. Соседи его поведением всегда восхищались, так как он не пил водку и никогда ни с кем не ссорился, а всемерно помогал родителям. Как один из наиболее успешно окончивших СПТУ был трудоустроен и около полугода работал, а потом по своему истинному желанию пошел служить именно в танковые войска – «рвался в армию».*

*По характеру с самого детства был очень необычен: увлекался техникой и математикой, в школьные годы практически не имел друзей, в подростковом и юношеском возрастах не дружил с девушками, с отцом, матерью и сестрой особенно не общался и все переживал внутри себя. В СПТУ тоже ни с кем не дружил, никогда никому не возражал, не высказывал свою точку зрения, был замкнутый и необыкновенно незащищен и безобиден.*

*В армии, несмотря на большое желание служить, у него вскоре возникли проблемы. Бежал из части, так как «хотел домой», но был возвращен обратно. В отношениях с сослуживцами оставался безобидным и безотказным, скрытным (необщительным, малословным) и медлительным. На неуставные отношения обижался и даже плакал, уходил от конфликтных ситуаций, вел себя так, что его не было ни видно, ни слышно. Неоднократно обращался за медицинской помощью и лечился в стационаре с диагнозом «ингаляционное отравление легкой степени». Не исключено, что это была суицидальная попытка, но какого-либо ответа на этот вопрос материалы уголовного дела не содержат. В госпитале подвергался неуставным взаимоотношениям и пытался выпрыгнуть из окна с суицидальной целью, но находившиеся с ним в одной палате солдаты помешали ему. Со слов заместителя командира взвода, он у них был как мальчишка на побегушках: приносил воду, сигареты, заправлял кровати. После госпиталя стал еще более «заторможенным», чем раньше, все свое свободное время просиживал на подоконнике, смотрел в сторону речки, часто плакал, и его трудно было отвлечь от собственных размышлений.*

*Таким образом, военнослужащий М., несмотря на удовлетворительные условия воспитания, в силу конституциональных причин сложился как особая личность с чрезмерно выраженными признаками замкнутости и необщительности, с неспособностью наладить отношения, быть понятым и понять другого человека, иметь дружеские отношения. Наряду с этим он был чрезмерно послушен, податлив, неагрессивен и не мог постоять за себя. Степень выраженности этих особенностей такова, что мешала его адаптации в привычных условиях родительского дома: его могли обидеть младшие подросток-*

ки, он не имел друзей, не дружил ни с кем из девушек. При жизни и в момент самоубийства М. страдал расстройством личности в форме астеношизоидной психопатии. В период, предшествующий смерти, М. находился в состоянии личностной декомпенсации по аффективному (субдепрессивному) типу. Это состояние предрасполагало к самоубийству и было вызвано, главным образом, его индивидуально-личностными особенностями и спровоцировано неуставными отношениями к нему сослуживцев.

У военнослужащих с расстройствами личности, совершивших истинные суицидальные попытки, также был диагностирован астеноневротический синдром (23,0 %). Обследованные солдаты отмечали бессонницу, головную боль, различные вегетативные нарушения: учащенное сердцебиение, расстройства пищеварения, повышенное потоотделение, энурез. У 40,0 % истинных суицидентов, которые после стационарного обследования были признаны психически здоровыми, личностная декомпенсация проявлялась транзиторными невротическими реакциями с исходом в выздоровление. Перед невротическим срывом у них отмечалась длительная психоэмоциональная напряженность фрустрационного типа.

У военнослужащих срочной службы с суицидальными действиями по демонстративно-шантажному механизму с установленным диагнозом расстройства личности (60,0 %) декомпенсация проявлялась: а) по аффективному типу с преобладанием эксплозивно-дисфорического синдрома (67,0 %). Обследуемые солдаты отмечали у себя психическую напряженность, раздражительность, озлобленность на командиров и старослужащих, у них нередко наблюдалось заместительное фантазирование о мести, а при возможности они хотели бы отомстить обидчикам за их постоянные указания, придирки и издевательства. У 13,0 % аффективный тип декомпенсации проявлялся синдромом аффективной неустойчивости с изменчивостью и непостоянством настроения, аффективными вспышками (плаксивостью); б) по невротическому типу с преимущественно истероневротическим синдромом (20,0 %) – незначительное эмоциональное напряжение с демонстративностью проявлений. У военнослужащих наблюдались плаксивость, протестные формы поведения, многочисленные жалобы на состояние здоровья. Суицидальные попытки носили выраженный демонстративный характер.

У 22,0 % демонстративно-шантажных суицидентов, которые после стационарного обследования были признаны психически здоровыми, личностная декомпенсация проявлялась невротиче-

скими реакциями, которые достигали болезненного уровня с преобладанием астеноневротической или астенодепрессивной симптоматики. К окончанию срока госпитализации психопатологическая симптоматика у них полностью редуцировалась. У 7,0 % личностная декомпенсация проявлялась состоянием фрустрационной напряженности и не достигала болезненного уровня.

У демонстративно-шантажных суицидентов с эпилептоидно-истероидно-неустойчивыми свойствами характера, не достигающими уровня расстройства личности (психопатии), типичные для них межличностные отношения проявлялись еще в доармейский период, но в армейских строго регламентированных условиях эти психологические тенденции оказывались блокированными в результате действия внешних факторов (удаленность от дома, приказы командиров, неуставные взаимоотношения и т. д.). Вследствие невысокого образовательного уровня и слабой физической подготовки у данной категории военнослужащих развивался своеобразный внутриличностный конфликт, который проявлялся аутоагрессивным действием, заместившим привычные ранее (в доармейский период) гетероагрессивные тенденции.

Для истинных суицидов был характерен более пролонгированный пресуицидальный период. Более чем в половине случаев он составил от нескольких часов до суток и от суток до недели. В демонстративно-шантажных суицидальных действиях, наоборот, присутствовал более короткий пресуицидальный период – от нескольких минут до часа.

Распространенность способов совершения суицидов совпадает у истинных суицидентов со способами у военнослужащих, завершивших суицид, что подтверждает истинность суицидальных намерений первых. Основными способами при истинных суицидах являются самоповешение и огнестрельные повреждения. При суицидальных действиях по демонстративно-шантажному механизму основным способом членовредительства служат поверхностные самопорезы, намного реже встречаются демонстрации «попытки» самоповешения, еще реже – отравления. Основным доминирующим мотивом к совершению суицидального действия явилось избежание трудностей во всех группах. Следует отметить, что у одного военнослужащего, по нашим данным, одновременно могло присутствовать от одного до трех мотивов.

Одним из факторов, снижающих адаптивный потенциал, отчасти были неблагоприятные климатические условия, на что иногда указывали суициденты в предсмертных записках и о чем нередко говорили обследованные солдаты. Об этом свидетельствуют частые простудные заболевания у обследованных солдат, их частые госпитализации в МПП и госпитали. Следует обратить внимание и на тот немаловажный факт, что после выписки из госпиталя или МПП на таких военнослужащих еще более усиливалось давление со стороны старослужащих в форме физических и моральных притеснений.

Т а б л и ц а 1 6

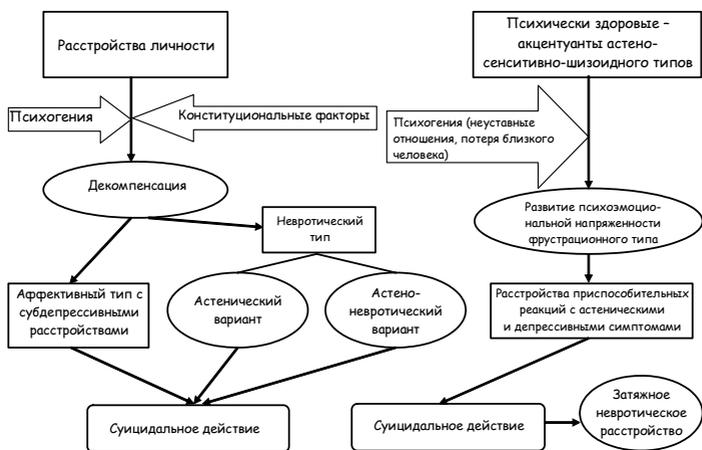
**Факторная матрица взаимосвязи переменных суицидального поведения военнослужащих срочной службы**

| Факторы            | Название фактора   | Переменные и их значения  |
|--------------------|--|---|
| F1                 | Армейская дезадаптация   | Низкая общительность (0,72)<br>Плохая переносимость климатических условий (0,66)<br>Срок службы до 1 года (0,62)<br>Наличие неуставных отношений (0,58)<br>Слабая физическая подготовка (0,56)<br>Плохая переносимость бытовых условий (0,39) |
| F2                 | Условия формирования личности                                      | Наличие суицидов у родственников (0,78).<br>Психопатологическая наследственная отягощенность (0,73). Неполная семья (0,63)<br>Дефекты воспитания (0,46)   |
| F3                 | Социальная дезадаптация  | Судимость (0,86)<br>Приводы в милицию (0,84)  |
| F4                 |  | Отсутствие отсрочки от призыва (0,72)<br>Проживание в сельской местности (0,46)   |
| F5                 | Тип характера, формирующий истинную суицидальность                 | Сенситивные особенности (0,65)<br>Астенические особенности (0,55)<br>Шизоидные особенности (0,47)   |
| F6                 | Тип характера, формирующий демонстративно-шантажную суицидальность | Эпилептоидные свойства (0,73)<br>Истероидные свойства (0,69)  |
| F7                 |  | Низкий образовательный уровень (0,82)   |
| F8                 |  | Неустойчивая акцентуация (0,88)   |
| К-во обследованных |  | 180 человек   |
| Дисперсия          |  | 62,4%   |

Проведенный факторный анализ показал, что сочетание у призывника таких факторов, как отсутствие отсрочки от призыва (возраст 18 лет), слабая физическая подготовка, психопатологическая наследственная отягощенность, отсутствие одного или

двух родителей, наличие суицидов у родственников, дефекты воспитания в виде гипо- или гиперопеки, наличие акцентуаций астено-сенситивно-шизоидного или эпилептоидно-истероидно-неустойчивого типов, наличие судимости в анамнезе, проживание до призыва в сельской местности, плохая переносимость климатических условий, невысокий образовательный уровень при наличии неуставных отношений, увеличивает риск суицидального поведения у данного индивида на 62,4 % (табл. 16).

Вышеизложенные личностные характеристики военнослужащих срочной службы и наличие неблагоприятных факторов позволяют прогнозировать у них развитие фрустрационной напряженности и суицидального настроя, с возможностью своевременных психопрофилактических мероприятий (рис. 9).



**Рис. 9. Ведущие факторы истинного суицидального поведения у военнослужащих срочной службы.**

У военнослужащих срочной службы с расстройствами личности при сочетанном действии психогенных и конституциональных факторов развивается декомпенсация по невротическому типу с астеническим или астеноневротическим вариантом. Возможно также развитие декомпенсации по аффективному типу с субдепрессивными расстройствами. Данные состояния предрасполагают к суицидальным действиям.

У психически здоровых военнослужащих срочной службы с астено-сенситивно-шизоидными акцентуациями с учетом данных факторного анализа при психогенных воздействиях происходит

развитие психоэмоциональной напряженности фрустрационного типа, которая может разрешиться суицидальным действием. Если этого не происходит (что зависит от интенсивности психогенного фактора и адаптационных способностей личности), то данное состояние качественно меняется с появлением астенических и депрессивных симптомов в рамках расстройств приспособительных реакций. Указанные состояния также предрасполагают к суицидальным действиям.

Для повышения эффективности психопрофилактических мероприятий по предотвращению суицидальных действий у военнослужащих срочной службы рекомендуется на допризывном этапе и непосредственно в период службы диагностировать наличие астено-сенситивно-шизоидных личностных особенностей (высокая вероятность истинных суицидов) и эпилептоидно-истероидно-неустойчивых черт характера (высокая вероятность демонстративно-шантажных суицидальных действий). Кроме того, важно учитывать наличие отягощенной наследственности по алкогольной зависимости, суициды у родственников, дефекты воспитания, жизнь в сельской местности, слабую физическую подготовку, низкий образовательный уровень.

Выявление солдат с вышеуказанным сочетанием социально-психологических и личностных особенностей позволит войсковым психологам и командирам подразделений формировать группы суицидального риска и осуществлять более тщательный контроль за их адаптацией к армейским условиям. Профилактика суицидального поведения должна включать психологическую помощь лицам группы риска, а также комплекс мер по исключению неуставных отношений и нормализацию психологического климата в армейском коллективе. Непосредственно в период службы солдаты с данным сочетанием преморбидных личностных особенностей должны быть выявлены; одновременно необходимо выявлять лиц, склонных к неуставным самоутверждениям; те и другие должны находиться под более тщательным надзором со стороны командиров частей и войсковых психологов с целью профилактики и предотвращения суицидов в армии.

### ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (совместно с О. П. Ступиной)

Заканчивая изложение вопросов, связанных с проблемой суицидального поведения, мы решили остановиться на таком важном аспекте, как оказание суицидологической помощи населению, а также более подробно рассмотреть перспективы развития и целесообразную структуру суицидологической службы в Забайкальском крае.

Сразу необходимо отметить, что в настоящее время в России всё ещё нет единой программы суицидологической превенции. В свою очередь, в таких странах, как Швеция, Англия, Финляндия, Норвегия (где распространённость суицидов значительно ниже, чем в РФ), такие программы работают давно и вполне успешно. Во Франции кризисные службы действуют в 150 городах, в Великобритании – в 300, в США – в 600. Для сравнения, в Российской Федерации функционирует не более 20 аналогичных центров (Старшенбаум Г. В., 2005).

Безусловно, основной задачей оказания суицидологической помощи является профилактика суицидального поведения среди населения. Профилактика разделяется на *первичную*, задача которой состоит в предотвращении суицидов у контингента лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса и представляющих собой группу риска. *Вторичная* профилактика направлена на предотвращение повторных суицидальных действий. При этом предупреждение самоубийств выходит за рамки узко-медицинских, тем более только психиатрических мероприятий. По мнению В. Ф. Войцеха (2007), эта проблема должна решаться путем построения системы, объединяющей меры следующего характера:

1. *Специализированные психиатрические* (собственно суицидологические).
2. *Психологические* – коррекционные, направленные на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов.
3. *Общемедицинские* – лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий после суицидальной попытки.

4. *Социальные мероприятия*, содержанием которых являются изменения социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов.

5. *Информационно-обучающие программы* для распространения знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, создание специальных программ для студентов медвузов, врачей общей медицинской практики.

6. *Информационно-корректирующие мероприятия*, направленные на формирование здорового образа жизни, недопустимость преждевременного ухода из жизни, информирование населения о существовании Телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи при поликлиниках.

Организационная структура суицидологической службы в нашей стране была разработана еще в 1978 г. А. Г. Амбрумовой и сотрудниками Всесоюзного суицидологического центра. В основу были заложены два ведущих принципа: 1) преемственность оказания медицинской, психотерапевтической и социальной помощи; 2) оказание социально-психологической помощи суицидентам вне структур психиатрической службы.

Уже в 70—80-е гг. в ряде крупных городов страны (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Нижний Новгород, Уфа) суицидологическая служба была организована. Созданная модель была опробована и на практике доказала свою востребованность и подтвердила свою эффективность. Учитывая этот факт, она должна была стать основой для организации суицидологических служб по всей стране, что нашло отражение в приказе № 148 Минздрава РФ от 6 мая 1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

В приложениях к приказу № 148 даны характеристики службы «Телефон доверия», кабинета социально-психологической помощи (КСПП), отделения кризисных состояний, приведены штатные нормативы персонала подразделений суицидологической службы, предложена примерная программа обучения специалистов на курсах усовершенствования по суицидологии.

Первым звеном службы является «**Телефон доверия**». Цель работы этого структурного звена – ликвидация у обратившихся кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций. Следовательно, «Телефону доверия» принадлежит ведущее значение в осуществлении экстренной психолого-психотерапевтической помощи лицам, нахо-

дящимся в различных стрессогенных ситуациях: утрата актуального близкого, потеря или снижение социального статуса, адекватной самооценки, кризис идентичности, утрата чувства безопасности, внешней поддержки или фрустрация значимых потребностей, препятствующих достижению желаемых целей, ожиданий, отношений с другими людьми.

Количество телефонных линий устанавливается в зависимости от численности населения (1 круглосуточный пост на 300 тысяч). Должность одного из специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта или медицинского психолога устанавливается также из расчета 1 круглосуточный пост на 300 тысяч населения.

Показаниями к направлению телефонного абонента в КСПП или в кризисный стационар, помимо острых реакций на стресс и явно определяемых хронических психических расстройств, могут быть клиничко-психологические критерии пролонгированного кризисного состояния, разработанные Н. А. Корнетовым (1993).

При наличии 3 из указанных критериев психотерапевтическая помощь может оказываться в КСПП, наличие 5 характеристик затяжного кризисного состояния является показанием к госпитализации в кризисный стационар:

а) психическое напряжение, окрашенное сниженным настроением и характеризующееся усилением раздражительности, обидчивости, тревожности;

б) повышенная утомляемость, сопровождающаяся чувством общего дискомфорта, снижением тонуса и удовольствия от обычной приятной деятельности, уменьшением двигательной активности;

в) заострение личностных черт, ухудшающих отношения с окружающими (вспыльчивость, неуравновешенность, злопамятность, застреваемость, эгоистичность, пугливость, демонстративность, замкнутость);

г) изменение мироощущения с возникновением односторонней мрачной окраски мировоззрения, суждений и оценок, препятствующих инструктивной деятельности и продуктивному планированию жизни;

д) субъективно переживаемая или объективно определяемая дезорганизация привычного жизненного ритма со снижением мотивации разных видов деятельности;

е) навязчиво-принудительное стремление к фиксации формальной и неформальной информации в форме пассивности

восприятия и эгоцентрической переработки, приводящее к ухудшению коммуникации и межличностных отношений;

ж) возникновение аддиктивного поведения, включающегося в поисках душевного комфорта путем изменения психического состояния с помощью наркотических веществ (алкоголь, наркотики, бензодиазепины) или психологических средств (психоделические переживания, магия, колдовство, экстрасенсорные воздействия, религиозное сектанство) с постепенным нарушением эмоциональных отношений и бегством от жизни;

з) изменение отношений к ценности жизни со склонностью к агрессии, аутоагрессии, насилию, распутству, антисоциальным действиям;

и) преходящее увеличение или уменьшение продолжительности сна, аппетита, массы тела, сексуальной активности.

Вторым звеном суицидологической службы является **кабинет социально-психологической помощи (КСПП)**. КСПП оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием. Кабинеты, как правило, располагаются в территориальных поликлиниках, медсанчастях крупных предприятий или учебных заведений и могут быть профилированы для оказания помощи взрослому населению, учащимся и подросткам. В КСПП работают врач-психиатр, прошедший специализацию по психотерапии и суицидологии, медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

Основными задачами кабинета являются следующие.

1. Консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете.

2. Оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи.

3. Психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья.

4. Повышение знаний медицинского персонала учреждения, на базе которого расположен кабинет, в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами.

Показаниями для консультирования, наблюдения и лечения пациентов в КСПП являются следующие: 1) патологические и непатологические ситуационные реакции; 2) психогенные и невротические депрессии, реакции и развития; 3) психопатические

реакции и декомпенсации психопатии; 4) патохарактерологические развития личности.

Как правило, один кабинет организуется на 100 тысяч населения. Образование этого звена направлено на обеспечение условий для длительного наблюдения и психотерапевтической реадaptации суицидентов либо нуждающихся в данной помощи лиц в амбулаторных условиях без перерыва в трудовой деятельности или учёбе, без разрыва родственных и других связей. Кроме того, наблюдение в КСПП не ущемляет престиж суицидента, потому что не влечёт постановки на психиатрический учёт (Масурдумова Л. Г., 1985).

Третье звено службы – это **кризисный стационар**. Он предназначен для краткосрочной неотложной помощи людям, находящимся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций, или совершившим суицидальные попытки. Данные лица нуждаются в проведении интенсивного психотерапевтического воздействия, временном выключении из психотравмирующей обстановки и пребывании в психологически щадящих условиях. Основанием для госпитализации в отделение является наличие у пациентов актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии. Помещение лица в отделение для лечения осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия.

Основными задачами отделения являются следующие.

1. Стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями.

2. Организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению.

3. Проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, осуществление стационарной экспертизы трудоспособности.

4. Создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

В районах, обслуживающих менее 300 тысяч населения, образуются палаты кризисных состояний в составе психосоматических отделений многопрофильных больниц. Самостоятельные отделения кризисных состояний создаются в республиканских,

окружных, краевых, областных административных центрах, а также в городах с населением не менее 300 тысяч человек. Кризисный стационар разворачивается из следующего расчета: в городах с населением от 300 до 500 тысяч человек – на 20 коек, от 500 тысяч до 1 млн – на 30 коек, от 1 млн – до 60 коек. На 1 должность врача-суицидолога приходится 10 коек, медицинского психолога – 15, социального работника – 20, палатной медицинской сестры, палатной санитарки (1 круглосуточный пост) – 20, санитарки-буфетчицы – 30. Кроме того, на отделение выделяется по 1 должности старшей медсестры, процедурной медсестры и сестры-хозяйки, должность заведующего отделением устанавливается на 30 коек и более.

Отделение организуется по открытому типу, должно иметь нестандартную обстановку, приближенную к домашней, что способствует созданию особого психологического климата. Приём в стационар организуется как в плановом, так и в срочном порядке. Оптимальным считается так называемый бригадный метод ведения пациентов – совместно психиатром, психотерапевтом и психологом, но при ведущей роли психиатра. По расчётам Московского НИИ психиатрии, средние сроки лечения равны 2–4 неделям.

Среди суицидологического контингента большой удельный вес составляют люди практически здоровые или с пограничными психическими расстройствами, оказание помощи которым в психиатрических больницах представляется неадекватным и имеет много отрицательных последствий. Вследствие этого оправданным является организация кризисного стационара в структуре многопрофильной больницы, что обеспечит возможность быстрого и наиболее полного обследования и лечения пациентов (Амбрумова А. Г., 1986). Противопоказаниями для поступления в отделение являются тяжелые соматические заболевания, требующие неотложной терапии в соответствующих стационарах, а также острые психотические состояния, требующие госпитализации в психиатрическую больницу. При необходимости больной может быть переведен в психиатрический стационар в установленном законом порядке.

Требования к медицинскому и иному персоналу отделения относительно специализации и основных принципов работы с пациентами и их социальным окружением соответствуют требованиям к персоналу КСПП. На время пребывания в отделении пациенту выдается листок временной нетрудоспособности, где в

графе лечебное учреждение указывается больница, в структуре которой развернуто отделение.

Следует остановиться на особенностях выписки суицидального больного как из кризисного, так и из психиатрического стационара. Правильное решение данного вопроса является исключительно важным, в первую очередь в аспекте превенции повторных суицидальных действий. Безусловно, выписка должна осуществляться комиссионно с участием лечащего врача, заведующего отделением и специалиста в области суицидологии.

Необходимо учитывать тип постсуицида, который может быть следующим:

1. *Критический* – конфликт не актуален, суицидальных тенденций нет, отношение к попытке негативное.

2. *Манипулятивный* – конфликт уменьшен, но закреплен в памяти, суицидальных тенденций нет, отношение к попытке как к средству достижения цели.

3. *Аналитический* – конфликт актуален, суицидальных тенденций нет, отношение к попытке негативное.

4. *Пессимистический* – конфликт актуален, есть суицидальные тенденции, отношение сожаления к неудавшейся попытке.

По мнению М. Б. Даниловой, Т. И. Пепеляевой (1987), для решения вопроса о целесообразности на данный момент выписки суицидента комиссия должна руководствоваться несколькими основополагающими критериями. Во-первых, выход из болезненного состояния, обусловившего суицидальное поведение, с появлением критики к совершенным суицидальным действиям. Во-вторых, разрешение психотравмирующей ситуации путем нейтрализации неблагоприятных факторов среды и переориентации личности в плане «утверждения» ее жизненных позиций. В-третьих, выяснение микросоциума (семья, производство, сферы общения), в который попадает больной после выписки и создание ему оптимального микроклимата. В-четвертых, уточнение возможностей возвращения больного на прежнее место работы, а в случае изменения профмаршрута изыскание путей социально-трудовой реабилитации.

Все вышеперечисленные структурные подразделения должны быть объединены в суицидологическую службу, которая может носить название службы или центра кризисных состояний и при необходимости являться основой и головным учреждением суицидологической службы территории. Целью кризисного цен-

тра должна стать организация единой системы мероприятий по профилактике различных форм суицидального поведения и реабилитации суицидентов (Амбрумова А. Г., 1985).

Далее приводятся главные задачи в работе кризисного центра.

1. Ведение организационно-методической работы и осуществление контроля специалистами центра за деятельностью в данной сфере заинтересованных организаций и учреждений.

2. Создание тесной связи между всеми структурными и функциональными звеньями суицидологической службы, а также с органами социальной защиты населения, коммерческими и некоммерческими организациями, занимающимися социально-психологической поддержкой населения и психотерапевтической помощью.

3. Осуществление профилактической направленности как наиболее приоритетной в работе центра.

4. Более раннее и полноценное оказание психотерапевтической и психиатрической помощи суицидентам после совершения ими суицидальных попыток.

5. Проведение дальнейшей реабилитации с целью предотвращения возможных повторных суицидальных действий.

К сожалению, на большинстве территорий Российской Федерации этот вид комплексной медицинской и психологической помощи до настоящего времени либо полностью отсутствует, либо организован лишь частично в виде, например, «Телефона доверия». Отсутствует весь набор элементов суицидологической службы и в Забайкальском крае. Однако в ряде регионов нашей страны суицидологические службы эффективно работают уже более 10 лет. Показательными примерами в этом отношении в Сибирском федеральном округе являются Кемеровская и Томская области.

В Кемерове суицидологическая служба была организована в 1993 г. в связи с высоким уровнем распространенности завершенных суицидов и парасуицидов в Кемеровской области. Главной особенностью данной модели организации является самостоятельность (рис. 10). Структурно служба не зависит от городской и областной психиатрических служб и предназначена для оказания специализированной суицидологической помощи лицам с психогенно обусловленными аффективными расстройствами.

Отсутствие в ее работе традиционных форм и методов психиатрического наблюдения и широкое проведение городских ан-

тикризисных программ способствовали раннему выявлению кризисных состояний и суицидального поведения у социально и психически сохранных пациентов, традиционно остающихся вне поля зрения психиатров, также разработке стратегии и тактики ранней специализированной помощи этим лицам. Эффективность деятельности самостоятельной службы в Кемерове подтверждается уменьшением в 3,4 раза повторных суицидов среди пациентов с парасуицидами в анамнезе, наблюдавшихся суицидологической службой, по сравнению с повторными суицидами у лиц с суицидальными попытками в анамнезе, оставшихся без наблюдения.

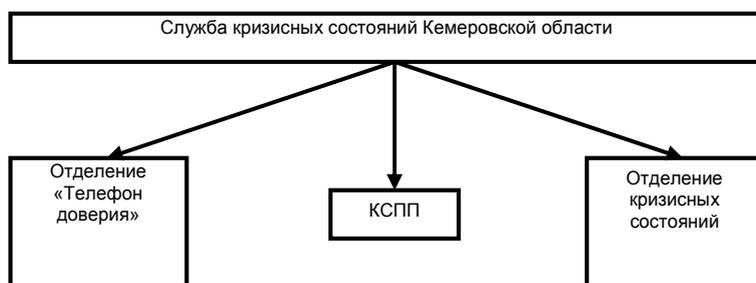


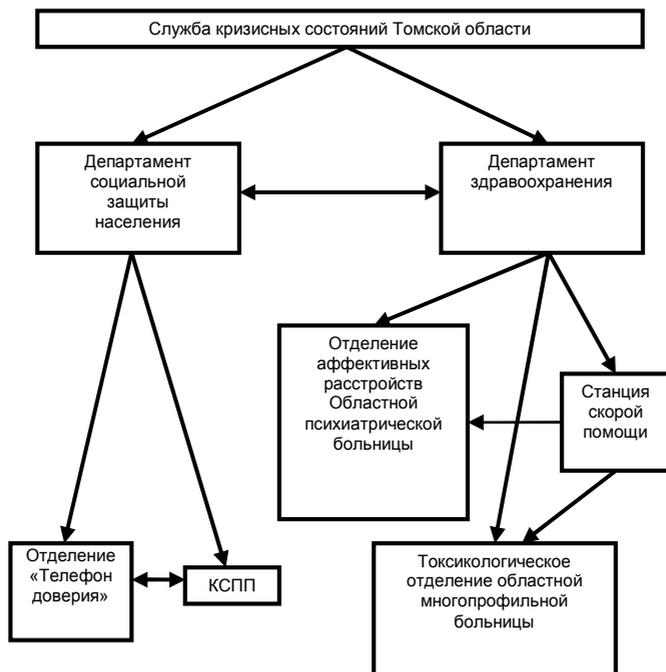
Рис. 10. Структура суицидологической службы Кемеровской области

В Томской области суицидологическая служба (рис. 11) работает, также как и Кемеровская, вполне эффективно. Как показали исследования, только за несколько лет работы произошло постепенное снижение прироста числа суицидов с последующей стабилизацией данного показателя. Т. е. повышение качества оказания суицидологической помощи способствовало снижению смертности от суицидальных действий (Попова Н. М., 1997).

Деятельность службы строится исходя из ряда основополагающих принципов: а) в первую очередь предусмотрена трёхзвеньевая система организации (служба «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и кризисный стационар); б) внедиспансерное расположение с целью максимально приблизить свои мероприятия к населению; в) неотложность и преемственность в работе звеньев центра; г) межведомственный характер расположения.

Основная особенность этой модели заключается в принципе межведомственности. По мнению Н. М. Поповой (1997), межведомственность основывается на развитии дальнейшей экстрамуральности суицидологии, которая согласуется с общей тен-

денцией психиатрии к ее децентрализации и дифференциации. В прикладном аспекте задача выявления социально уязвимых контингентов населения и конкретная их поддержка должна осуществляться работниками социальной защиты.



**Рис. 11. Структура суицидологической службы Томской области**

В службах социальной защиты снимается ряд патогенных макросоциальных и частично микросоциальных факторов, и в первую очередь за счет материальной и моральной поддержки, патронажа на дому. Социальные службы работают в контакте с юристами, психологами и педагогами, а также медицинскими работниками общемедицинской сети, с одной стороны, и психиатрами неотложной антикризисной социально-психологической службы – с другой. Межведомственная организация службы позволяет осуществлять превенцию затяжных кризисных состояний, депрессий и суицидального поведения за счет их более раннего выявления и психотерапевтического вмешательства. Таким образом, служба в своем экстрамуральном звене входит в систему социальной защиты населения и финансируется управлением социальной защиты, а кризисные койки базируются в

специализированном по аффективной патологии отделении.

*Принцип неотложности* тесно связан с представлениями о кризисном состоянии. Чем раньше обращение за помощью при социально-стрессовых состояниях, начальных проявлениях дезадаптации в условиях значимого социально-психологического конфликта, раннего начала психических расстройств, тем больше оснований считать, что потенциал этого поворотного момента может развернуть в позитивную, конструктивную сторону разрешения конфликта, а не в негативную. Ведущее значение в осуществлении экстренности психолого-психотерапевтической помощи принадлежит «Телефону доверия». Кроме того, при наличии психиатрической профилизации сотрудников экстренной телефонной психотерапии, в рамках контакта с абонентом, удастся провести и экспресс-диагностические процедуры, необходимые для направления в другие звенья службы.



**Рис. 12. Структурные подразделения по оказанию кризисной помощи в Забайкальском крае.**

*Принцип преемственности* заключается в тесной связи между структурными звеньями суицидологической службы, между

службой и соматическими, психиатрическими стационарами, станцией «Скорой помощи», между различными службами социальной защиты, коммерческими и некоммерческими организациями, занимающимися социально-психологической поддержкой населения и психотерапевтической помощью.

В настоящее время на нашей территории суицидологическая служба организационно не обозначена. Однако следует отметить, что данный вид специализированной помощи населению оказывается различными ведомствами (рис. 12). Так, на базе медико-психологического центра помощи семье и подросткам «Доверие» функционирует «Телефон доверия». Здесь можно получить и очную консультацию психолога пациентам с кризисными состояниями.

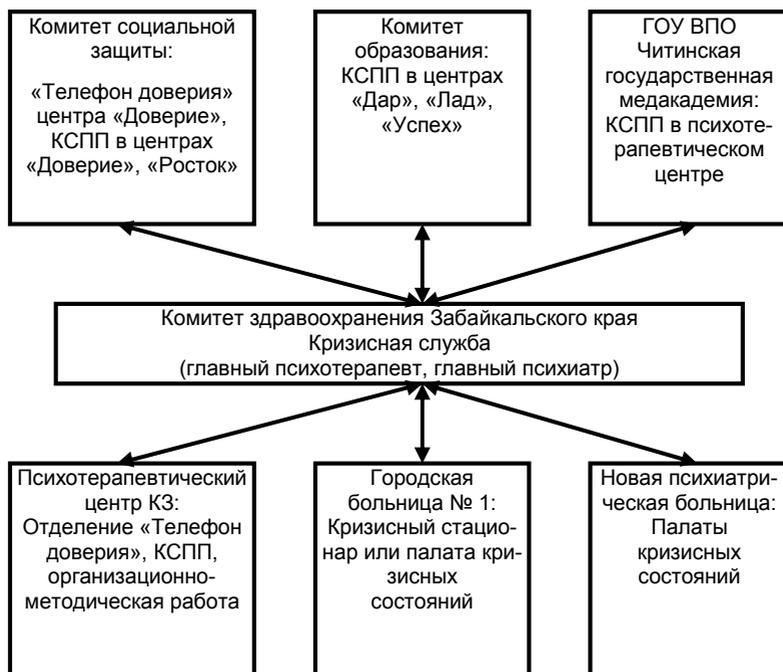
Психологическое консультирование и психотерапевтическую помощь оказывают также в существующих центрах, работающих в системе образования и под эгидой комитета социальной защиты населения. Это психологический центр «Успех», психотерапевтический центр развития и коррекции личности Читинской государственной медицинской академии, центр «Дар», центр «Лад», реабилитационный центр «Росток». Существует и психотерапевтический центр Комитета здравоохранения.

Отделения кризисных состояний официально на территории Забайкальского края и областного центра Читы нет. Неотложную помощь суициденты получают в соматических отделениях многопрофильных стационаров, и в первую очередь в токсикологическом центре ГУЗ «Городской клинической больнице № 1». Именно в данное лечебное учреждение поступает большая часть лиц, совершивших парасуицид. По результатам нашего исследования (Говорин Н. В., Сахаров А. В., 2004—2007), 32 % лиц, совершивших суицидальную попытку, покинули указанный стационар в первые сутки и не были осмотрены психиатром, 21 % суицидентов выписывались на 2—3-й день. Это легко понять, ведь суициденты являются для врачей лишь пациентами соответствующего профиля и интересуют до тех пор, пока испытывают необходимость в коррекции соматического состояния. Роль же психиатра-консультанта обычно сводится к установлению психотических расстройств и лишь при необходимости – к дальнейшему содействию переводу в психиатрические учреждения.

Таким образом, на сегодня оказание помощи лицам с кризисными состояниями на территории Читы осуществляется каждым

подразделением независимо друг от друга, отсутствуют межведомственное взаимодействие и преемственность. Это, в свою очередь, не позволяет контролировать, развивать и совершенствовать данный вид специализированной помощи. Следовательно, в целях совершенствования оказания помощи при кризисных состояниях населению Забайкальского края необходимо выработать схему взаимодействия всех учреждений, оказывающих данный вид специализированной помощи.

Кроме того, на базе психотерапевтического центра следует открыть отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи; решить вопрос о предоставлении палаты для лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе ГУЗ «Городской клинической больницы № 1». Рекомендовать также при организации работы новой психиатрической больницы, в структуре которой предусмотрено психотерапевтическое отделение, осуществлять работу с указанной категорией пациентов (рис. 13).



**Рис. 13. Перспективный план развития кризисной службы Забайкальского края.**

Организационно-методическую, содержательную работу следует возложить на психотерапевтический центр комитета здравоохранения, а также на главного психотерапевта и главного психиатра Забайкальского края.

Необходимость реформирования подкрепляется пунктом 2.2 приказа № 148 Министерства здравоохранения РФ от 6 мая 1998 г., в котором говорится о необходимости привести суицидологическую службу на нашей территории в соответствие с установленными требованиями. Учитывая численность населения, в Чите должны быть развернуты все три элемента службы. Необходимы, как минимум, 1 круглосуточная телефонная линия, 3 КСПП, 1 кризисный стационар.

Кроме организации суицидологической службы в стратегическом планировании необходимо осуществить следующее.

1. Разработать программу превентивных мер по самоубийствам.
2. Привлечь общественность к актуальности проблемы суицидального поведения населения.
3. Вынести проблему из области здравоохранения.
4. Актуализировать обсуждение программы превенции на межведомственном уровне.
5. Привлечь внимание Губернатора края, депутатов краевой Думы к актуальности проблемы с последующим принятием позитивных решений в области превенции суицидальной активности населения Забайкальского края.

Таким образом, представленная перспективная модель развития кризисной службы Забайкальского края является одним из вероятных путей ее организации. Мы думаем, что необходимость в создании такой системы ни у кого не вызывает сомнений. Кроме того, проблема кризисных состояний является весьма актуальной в современном обществе не только своей причинно-следственной связью с феноменом самоубийства, но и ввиду значительного роста в последние десятилетия так называемых болезней стресса, в частности психогенных расстройств и психосоматических заболеваний. Поэтому вопросы практического осуществления помощи в ситуации кризиса неразрывно связаны с задачей превенции самоубийств, а также психопрофилактики, в том числе развития психосоматозов.

## Заключение

Необычно высокий уровень преждевременной смертности российского населения продолжает оставаться наиболее острой и злободневной проблемой, внося существенный вклад в демографический кризис в нашей стране. Ранняя смертность обусловлена в первую очередь болезнями органов кровообращения, второе место занимают так называемые насильственные причины: несчастные случаи, отравления, убийства, самоубийства и т. п. Лидируют в указанной группе причин завершённые суициды. Поэтому смертность по причине самоубийств является важной медико-социальной проблемой в нашей стране. Это обусловлено как высокой долей ее в структуре смертности лиц трудоспособного возраста, так и огромным моральным и материальным ущербом.

Между тем имеющиеся данные неутешительны. Российская Федерация по уровню смертности по причине суицидов занимает второе место в мире, а региональные различия по распространенности самоубийств достигают 100—120 раз. При этом, говоря о гражданском населении, не стоит забывать и о военнослужащих, как особой социальной группе с повышенным уровнем суицидального риска, специфическими подходами к профилактике, включающими выявление лиц группы риска, осуществление тщательного контроля за их адаптацией к армейским условиям, а также комплекс мер по исключению неуставных отношений и нормализацию психологического климата в армейском коллективе.

Учитывая вышеизложенное, мы попытались, освещая известные данные, особое внимание уделить региональному аспекту проблемы, определить основные точки приложения профилактических мероприятий, отразить наш взгляд на перспективы развития суицидологической службы в Забайкальском крае.

Одной из наших целей было и стремление привлечь внимание властных структур к этой проблеме, ведь в нашем регионе сложилась кризисная ситуация с самоубийствами, причем в первую очередь в сельской местности, где суициды обусловлены как массивным пьянством, так и тяжелым социально-экономическим положением сельского населения. При этом борьба с пьянством должна осуществляться на основе реального улучшения качества жизни людей, условий их проживания, материального благополучия и духовного воспитания.

Поэтому неблагоприятная ситуация с суицидами в Забайкальском крае требует создания современной системы суицидо-

логической помощи и внедрения комплексной программы профилактики, включающей не только узко медицинские мероприятия, но и разработку и внедрение социальных программ, что указывает на весомую роль государства в улучшении демографической ситуации в стране.

## Литература

1. *Александровский Ю. А.* Системный анализ состояний психической дезадаптации как основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств / Ю. А. Александровский // Вестник АМН СССР. – 1985. – № 1. – С. 61.
2. *Александровский Ю. А.* Пограничные психиатрические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
3. *Александровский Ю. А.* Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Русский медицинский журнал. – 1996. – № 2. – С. 3—12.
4. *Алиев И. А.* Актуальные проблемы суицидологии / И. А. Алиев. – Баку, 1987. – 188 с.
5. *Альтшулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. – М. : Имидж, 1994. – С. 28—29.
6. *Амбрумова А. Г.* Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – С. 44—59.
7. *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.
8. *Амбрумова А. Г.* Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Е. А. Чуркин. – М., 1980. – 16 с.
9. *Амбрумова А. Г.* Особенности ситуационно обусловленных аффективных реакций с суицидальным поведением у подростков / А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова // Четвертый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1980. – Т. 1. – С. 520—523.
10. *Амбрумова А. Г.* Предупреждение самоубийств / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. – М. : Академия МВД СССР, 1980. – 164 с.
11. *Амбрумова А. Г.* Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.
12. *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.

13. Амбрумова А. Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции / А. Г. Амбрумова // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – М., 1984. – С. 8—26.
14. Амбрумова А. Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова. – М., 1991. – 17 с.
15. Амбрумова А. Г. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе / А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 26—38.
16. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14—19.
17. Амбрумова А. Г. Клинические критерии и практическое значение дифференциации невротических и психогенных реакций с суицидальными проявлениями у больных язвенной болезнью / А. Г. Амбрумова, В. А. Руженков // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 74—79.
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. Жестокость в нашей жизни / Ю. М. Антонян. – М. : Инфа-М, 1995. – С. 84—97.
20. 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.
21. Бачериков Н. Е. Анализ реактивных психозов у военнослужащих первого года службы / Н. Е. Бачериков // Сборник научных работ научного отдела Дальневосточного военного округа. – Хабаровск, 1961. – С. 291—295.
22. Бачериков Н. Е. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков. – Киев : Здоровье, 1989. – 400 с.
23. Бачериков Н. Е. Клинические аспекты суицидологии / Н. Е. Бачериков, П. Т. Згонников // Клиническая психиатрия. – Киев : Здоровье, 1989. – С. 456—479.
24. Башкирова Г. А. Динамика частоты завершённых суицидов среди детей и подростков в Удмуртии / Г. А. Башкирова, А. И. Лазебник // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 310—312.

25. *Бедарев Ю. М.* Психогенные нарушения у военнослужащих с ночным недержанием мочи / Ю. М. Бедарев // Актуальные вопросы военной медицины. – Львов, 1982. – С. 59—62.
26. *Бедрин Л. М.* О самоубийствах, совершаемых военнослужащими в связи с наличием заболеваемости / Л. М. Бедрин // Военно-медицинский журнал. – 1968. – Вып. 31. – С. 131—156.
27. *Бердяев Н.* О самоубийстве. Психологический этюд / Н. Бердяев. – М., 1992.
28. *Бехтерев В. М.* О причинах самоубийств и возможной борьбе с ними / В. М. Бехтерев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 2. – С. 86—92.
29. *Блейер Е.* Руководство по психиатрии / Е. Блейер. – М., 1993. – 492 с.
30. *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.
31. *Васильев В. В.* Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии / В. В. Васильев // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 312—314.
32. *Васильев В. В.* Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Васильев. – М., 2001. – 24 с.
33. *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.
34. *Верещагина Н. В.* Суицидальное поведение при психических расстройствах : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Верещагина. – Новосибирск, 2003. – 20 с.
35. *Владимирова Т. В.* Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Владимирова. – М., 1987. – 23 с.
36. *Войцех В. Ф.* Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы) / В. Ф. Войцех // Материалы научно-практической конф. с междунар. участием / под ред. Г. П. Пантелеевой и М. Я. Цуцукельской. – М., 1998. – С. 11—19.

37. *Войцех В. Ф.* Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н. В. Склифосовского / В. Ф. Войцех, М. Г. Балашова. – М., 1999. – С. 313.
38. *Войцех В. Ф.* Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ суицидальных попыток в Москве за 1978 и 1998 годы / В. Ф. Войцех, А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 15—18.
39. *Войцех В. Ф.* Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 14—20.
40. *Войцех В. Ф.* Динамика и структура самоубийств в России / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22—27.
41. *Войцех В. Ф.* Суицидология / В. Ф. Войцех. – М. : Миклош, 2007. – 280 с.
42. *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.
43. *Вольнов Н. М.* Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. М. Вольнов. – М., 2003. – 27 с.
44. *Вроно Е. М.* Особенности суицидального поведения детей и подростков с различными типами депрессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. М. Вроно. – М., 1984. – 25 с.
45. *Вроно Е. М.* Медико-педагогические аспекты реабилитации суицидентов в условиях кабинета социально-психологической помощи для подростков / Е. М. Вроно, В. Л. Хайкин, И. Г. Чеснова // Комплексные исследования в суицидологии. – 1986. – С. 140—145.
46. *Вязицкий П. О.* Адаптация молодого воина к условиям воинской службы и профилактика дезадаптационных расстройств : методическое руководство / П. О. Вязицкий, М. М. Дьяконов. – М., 1990. – 27 с.
47. *Ганнушкин П. Б.* Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М. : Медицина, 1964. – 292 с.
48. *Гацולהв К. Б.* Суицидальное поведение и другие виды девиаций при различных вариантах психопатий / К. Б. Гацולהв // Актуальные проблемы суицидологии : труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 177—184.

49. *Гвоздев И. М.* О самоубийстве с социальной и медицинской точек зрения / И. М. Гвоздев. – Казань : Университетский тип, 1982. – 157 с.
50. *Гернет М. Н.* Моральная статистика / М. Н. Гернет // Уголовная статистика и статистика самоубийств. – М. : Изд. ЦСУ, 1992. – 269 с.
51. *Гилинский Я.* Самоубийства в России. Население и общество / Я. Гилинский, Г. Румянцева // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека. – М. : ИНП РАН, 1998. – № 25.
52. *Гилинский Я. И.* Девиантность и социальный контроль в России (XIX—XX вв. ) : тенденции и социологическое осмысление / Я. И. Гилинский. – СПб. : Питер, 2000.
53. *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.
54. *Гладышев М. В.* Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990—2003 г. ) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Гладышев. – М., 2006. – 19 с.
55. *Говорин Н. В.* Личностные особенности военнослужащих срочной службы с аутоагрессивным поведением / Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов, В. Г. Попов // Серийные убийства и социальная агрессия : Что ожидает нас в XXI веке? : материалы 3-й международной научной конференции. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 153—155.
56. *Говорин Н. В.* Некоторые психологические механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы / Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов, Т. Н. Козлов // Забайкальский медицинский вестник. – 2001, № 2. – С. 21—23.
57. *Говорин Н. В.* Аффективные реакции с суицидальными действиями у военнослужащих срочной службы / Н. В. Говорин, Т. Н. Козлов, Е. Д. Ярославцева // Аффективные и шизоаффективные расстройства : материалы Российской конференции. – М., 2003. – С. 55—56.
58. *Говорин Н. В.* Психогенные и личностные факторы в механизмах суицидальных действий у военнослужащих срочной службы / Н. В. Говорин, Т. Н. Козлов, Н. М. Шапиева // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Чита, 2003. – С. 221—222.
59. *Говорин Н. В.* Факторы суицидального поведения военнослужащих срочной службы / Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов, Т. Н. Козлов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2. – С. 51—53.

60. 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.
61. Говорин Н. В. Взаимосвязь показателей насильственной смертности и наркологической заболеваемости в Забайкалье / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3 (46). – С. 16—19.
62. 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.
63. Гольдштейн Р. И. Причины смертности больных алкоголизмом / Р. И. Гольдштейн // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1985. – Т. 85, вып. 8. – С. 1235—1238.
64. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция и поственция / Э. Гроллман // Суицидология. Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М. : Когито-Центр, 2001. – С. 270—353.
65. Гурьева В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.
66. 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.
67. Данилова М. Б. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией : методические рекомендации / М. Б. Данилова, Т. И. Пепеляева. – М., 1987. – 17 с.
68. 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 Российской АМН. – 2006. – № 8. – С. 18—22.
69. Довгополюк А. Б. Психогенные реакции с поведенческими расстройствами у военнослужащих в мирное время и в боевой обстановке : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Б. Довгополюк. – СПб., 1997. – 26 с.

70. *Доровских И. В.* Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы : структура, динамика, патогенетические особенности, принципы военно-психиатрической экспертизы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. В. Доровских. – М., 1995. – 19 с.
71. *Дубравин В. И.* Этнокультуральные особенности распространенности суицидов среди городского и сельского населения Республики Коми / В. И. Дубравин // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 315—317.
72. *Дубравин В. И.* Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Дубравин. – М., 2001. – 31 с.
73. *Дурнов А. Н.* Суицидальное поведение психопатических личностей / А. Н. Дурнов. – М., 1978. – С. 139—144.
74. *Дюркгейм Э.* Самоубийство. / Э. Дюркгейм. – СПб. : Союз, 1998. – 496 с.
75. *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 // труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1980. – Т. 90. – С. 27—33.
76. *Елисеев И. М.* Алкоголизм и аутоагрессия / И. М. Елисеев // Актуальные труды суицидологии / труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – Т. 92. – С. 185—192.
77. *Ермолина Л. А.* Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия) / Л. А. Ермолина, В. М. Волошин. – М., 1987. – С. 40—44.
78. *Жабо Е. А.* Духовные аспекты суицидальных тенденций у больных алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму / Е. А. Жабо // Вопросы наркологии. – 2004. – № 2. – С. 40—48.
79. *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.
80. *Жардецкий А. Н.* Анализ суицидального поведения (по материалам отделения острых отравлений больницы скорой медицинской помощи г. Курска) : материалы 12-го съезда психиатров России / А. Н. Жардецкий, В. А. Рощин. – М., 1995. – С. 132—133.
81. *Жардецкий А. Н.* Аутоагрессивное поведение обвиняемых (типология, судебно-психиатрическая оценка, прогноз) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Жардецкий. – М., 2003. – 28 с.

82. *Жариков Н. М.* Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема / Н. М. Жариков, А. Е. Иванова, Д. Б. Анискин // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1997. – Вып. 6. – С. 9—15.
83. *Жезлова Л. Я.* Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков / Л. Я. Жезлова // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С. 124—133.
84. *Зиновьев С. В.* Суицид. Попытка системного анализа / С. В. Зиновьев. – СПб. : Сотис, 2002. – 144 с.
85. *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.
86. *Канивец Р. П.* Клинико-психологические особенности больных хроническим алкоголизмом с суицидальными тенденциями : профилактика суицидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. П. Канивец. – Харьков, 1992. – 26 с.
87. *Каплан Г. И.* Клиническая психиатрия / пер. с англ. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – С. 672.
88. *Кац И.* Актуальные проблемы исследования суицидов на современном этапе / И. Кац // Психологическая помощь в меняющемся мире : материалы II Международной конференции психологических служб и Телефонов Доверия. – Пермь, 1995.
89. *Качаев А. К.* Клинические особенности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями / А. К. Качаев, П. М. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. – 1973. – № 4. – С. 47—50.
90. *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.
91. *Квасенко А. В.* Суициды у военнослужащих (психопатологический аспект по материалам мирного времени) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Квасенко. – Л., 1969. – 45 с.
92. *Коваленко В. П.* О суицидальных действиях больных хроническим алкоголизмом по данным статистического анализа архивных материалов / В. П. Коваленко // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Т. 80, вып. 11. – С. 1696—1698.
93. *Коваленко В. П.* Особенности формирования аутоагрессивного поведения у больных хроническим алкоголизмом / В. П. Коваленко // Казанский медицинский журнал. – Казань, 1986. – Вып. 4. – С. 282—284.

94. *Козлов Т. Н.* Психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Н. Козлов. – М., 2004. – 24 с.
95. *Козлов Т. Н.* Факторы суицидального поведения военнослужащих срочной службы / Т. Н. Козлов, Н. В. Говорин, Л. Т. Морозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2. – С. 51—53.
96. *Конончук Н. В.* Формирование мотивов острых суицидальных реакций в зависимости от особенности жизненного пути пациентов / Н. В. Конончук // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1981. – Вып. 2. – С. 1838—1842.
97. *Конончук Н. В.* О суицидальных попытках при депрессиях / Н. В. Конончук // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, вып. 4. – С. 76—80.
98. *Корнетов Н. А.* Психическое здоровье детей и подростков / под ред. В. Я. Семке. – Томск; Кемерово : Кемеровский полиграфкомбинат, 1998. – С. 36—40.
99. *Короленко Ц. П.* Почему люди отказываются от жизни? Суицидальное поведение / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских // Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990. – 222 с.
100. *Короленко Ц. П.* Семь путей к катастрофе : деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск : «Наука», Сиб. отделение, 1990. – 224 с.
101. *Крыжановская Л. А.* Особенности суицидального поведения в США / Л. А. Крыжановская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 97—105.
102. *Кувшинский Л. Я.* О дальнейшем улучшении медицинским обеспечением личного состава Советской армии и Военно-морского флота / Л. Я. Кувшинский // Военно-медицинский журнал. – М., 1961. – Вып. 21—22. – С. 3—19.
103. *Кузнецов В. Е.* Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии: психиатрический и междисциплинарный аспекты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Е. Кузнецов. – М., 1987. – 23 с.
104. *Кулагина Э. Н.* Ориентировочный расчет экономического эффекта сохранения жизни человека / Э. Н. Кулагина // Советское здравоохранение. – М., 1982. – № 2.
105. *Куликов В. В.* Адаптационные реакции у призывников и военнослужащих срочной службы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Куликов. – М., 1989. – 29 с.

106. Куликов В. В. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы : пособие для врачей / В. В. Куликов, Б. В. Шостакович, С. В. Литвинцев. – М., 2000.
107. 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.
108. Лаврин А. Хроники Харона. Энциклопедия смерти / А. Лаврин. – М. : Московский рабочий, 1993. – 509 с.
109. Лазаршвили И. С. Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 105—114.
110. 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.
111. 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.
112. Лапицкий М. А. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой / М. А. Лапицкий, С. В. Ваулин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 128—129.
113. Ласый Е. В. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска / Е. В. Ласый, Р. А. Евсегнеев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 2. – С. 14—18.
114. Лаукс Г. Психофармакология суицидальности / Г. Лаукс // Pharmeditum. – 1996. – № 1. – С. 6—7.
115. Левин М. Лунные циклы / М. Левин, В. Арясин. – М., 2003.
116. 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.
117. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев : Вища школа, 1981. – 392 с.
118. Липанов Р. Г. К вопросу о частоте суицидальных действий при психозах / Р. Г. Липанов // Журнал неврологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 8. – С. 21—23.
119. Литвинцев С. В. Анализ агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих с позиции оценки состояния самосознания /

- С. В. Литвинцев, А. А. Яворский, В. В. Нечипоренко // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 54—59.
120. *Литвинцев С. В.* Военная психиатрия / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей. – СПб. : ВМедА, ЭЛБИ-СПБ., 2001. – 236 с.
121. *Литвищенко Ю. Ф.* Психогенные расстройства юношеского возраста у военнослужащих / Ю. Ф. Литвищенко. – М., 1989. – С. 112—120.
122. *Личко А. Е.* Суицидальное поведение у подростков / А. Е. Личко, А. А. Александров // Проблемы суицидального поведения. – М., 1974. – С. 71—79.
123. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
124. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия : руководство для врачей / А. Е. Личко. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
125. *Личко А. Е.* Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А. Е. Личко. – М. : «ЭКСМО-Пресс», 1999. – 416 с.
126. *Лопатин А. А.* Информация о деятельности Кемеровской муниципальной суицидологической службы / А. А. Лопатин, Н. П. Кокорина, Е. В. Угушев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 115—117.
127. *Лопатин А. А.* Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири / А. А. Лопатин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 3. – С. 26—30.
128. *Лушев И. Е.* Прогнозирование суицидального риска больных алкоголизмом / И. Е. Лушев // Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 131—136.
129. *Макаров Н. Б.* Самоубийство в Русской армии / Н. Б. Макаров // Журнал военно-медицинский. – 1901. – № 6. – С. 2203—2239.
130. *Медведев Н. П.* Психогенные реакции у военнослужащих в период адаптации к военной службе : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. П. Медведев. – СПб., 1992. – 24 с.
131. *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.
132. *Михель Д. В.* Медицинская антропология: что это такое? / Д. В. Михель. – Минск : Современное слово, 2000.
133. *Молин Ю. А.* Судебно-медицинская экспертиза повешения / Ю. А. Молин. – СПб. : НПО Мир и Семья - 95, 1996.

134. Морозов Л. Т. Стандартизация личностного дифференциала / Л. Т. Морозов, Т. Г. Колчанова, А. С. Озорнин // Материалы региональной межвузовской конференции студентов и молодых учёных «Медицина завтрашнего дня» : сб. науч. тр. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2002. – С. 83—84.
135. Морозов Л. Т. Структура алкоголизации и самооценка у соматически больных в стационарах различного профиля / Л. Т. Морозов, М. А. Аветисян, Е. Н. Брянцева // Социальные и медицинские последствия пьянства, алкоголизма и наркомании : сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией». – Чита : Экспресс-издательство, 2007. – С. 236—239.
136. Моховиков А. Н. Суицидальное поведение и посттравматические стрессовые нарушения в современной украинской армии / А. Н. Моховиков, А. Д. Паламарь, В. А. Розанов // Суицидология. Теория и практика. – Киев : КИВД, 1998. – С. 68—70.
137. Мухамадиев Д. М. Социально-демографическая, этническая и клиническая характеристика женщин-таджичек, совершивших аутоагрессивные действия путем самосожжения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. М. Мухамадиев. – М., 1998. – 24 с.
138. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / ВОЗ. – М., 2003.
139. Немцов А. В. Потребление алкоголя и насильственные смерти / А. В. Немцов, А. К. Нечаев // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34—36.
140. 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.
141. Немцов А. В. Потребление алкоголя и самоубийства : Россия 1981—1998 гг. / А. В. Немцов // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53—60.
142. Немцов А. В. Самоубийства и потребление алкоголя / А. В. Немцов // Демоскоп Weekly. – М., 2002. – № 73.
143. Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России / А. В. Немцов. – М. : Nalex, 2003. – 136 с.
144. 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.

145. *Нечипоренко В. В.* Проблема самоубийств в обществе и Вооруженных Силах / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 12. – С. 12—17.
146. *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.
147. *Нурмагамбетова С. А.* Клинические формы расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы и факторы, влияющие на их возникновение / С. А. Нурмагамбетова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 46—50.
148. О состоянии рынка алкогольной продукции и некоторых последствиях, связанных с употреблением алкоголя : статистический сборник. – Чита : Читастат, 2007. – С. 25.
149. *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.
150. *Ордынская А. Б.* Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара : методические рекомендации / А. Б. Ордынская, А. М. Позиновский, Г. А. Скибина. – М., 1986. – С. 3—6.
151. *Остроглазов В. Г.* Психопатологическое исследование суицидентов / В. Г. Остроглазов. – М., 1999. – 317 с.
152. *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.
153. *Паршин А. Н.* Психотерапевтические мишени суицидального поведения / А. Н. Паршин // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 126—127.
154. *Пащенко И. Е.* Этнокультуральные особенности суицидентов, страдающих нервно-психическими расстройствами (медико-социальный аспект) / И. Е. Пащенко, В. Г. Косенко // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. – Москва; Ижевск, 1997. – Вып. II. – С. 326—328.
155. *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.

156. *Пелипас В. Е.* Некоторые клинические аспекты суицидальных тенденций у психопатологических личностей / В. Е. Пелипас // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1970. – Вып. 6. – С. 914—919.
157. *Пелипас В. Е.* Суицидальные проявления в клинике психопатий / В. Е. Пелипас // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1971. – С. 166—168.
158. *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.
159. *Перехов А. Я.* Психиатрическая этика самоубийств и эвтаназии / А. Я. Перехов // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 127—128.
160. *Петраков Б. Д.* Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке (социально-гигиенические исследования) / Б. Д. Петраков. – М. : Медицина, 1972. – 287 с.
161. *Петраков Б. Д.* Эпидемиология психических расстройств : руководство для врачей / Б. Д. Петраков, Б. Д. Цыганков. – М., 1996. – 135 с.
162. *Поведайко Д. И.* Медицинские аспекты суицидальных проявлений / Д. И. Поведайко // Суицидальные проблемы диагностики и профилактики. – СПб., 1997. – С. 37—40.
163. *Повесмо П. М.* Добровольный уход из жизни : социологический аспект / П. М. Повесмо // Суицидальные проблемы диагностики и профилактики. – СПб., 1997. – С. 24—33.
164. *Полеев А. М.* Терапия с помощью состояний изменения сознания в суицидологической практике / А. М. Полеев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 3. – С. 78—81.
165. *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.
166. *Положий Б. С.* Особенности суицидального поведения сельского населения Удмуртии / Б. С. Положий, А. И. Лазебник // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 5. – С. 17—20.
167. *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.

168. Полякова И. В. Особенности ситуационных реакций и психогенных депрессий в суицидологической практике : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. В. Полякова. – М., 1987. – 19 с.
169. Полянский Д. А. Клинико-терапевтические факторы риска суицидального поведения у больных эпилепсией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. А. Полянский. – М., 2003. – 25 с.
170. Помро К. Суицидальное поведение в юношеском возрасте / К. Помро, М. Делорм, Ж-М. Дрюон, Ф-П. Тедо // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 3. – С. 63—68.
171. Понизовский А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях / А. М. Понизовский // Актуальные проблемы суицидологии / труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1981. – С. 150—167.
172. 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.
173. Попов Г. А. Экономика и планирование здравоохранения / Г. А. Попов. – М., 1976.
174. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М. : Экспертное бюро, 1997. – 496 с.
175. Попов Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 1. – С. 24—26.
176. Попова Н. М. Саморазрушающее поведение, его превенция и психотерапевтическая коррекция / Н. М. Попова, Е. Д. Счастный, Ал. Н. Корнетов, И. Г. Дорохова, А. Л. Прозументов // Современные проблемы пограничных и аддиктивных состояний : тезисы конференции. – Томск, 1996. – С. 107—108.
177. Попова Н. М. Клиническая характеристика суицидентов, наблюдавшихся в различных звеньях суицидологической службы // Актуальные вопросы психиатрии : материалы VIII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1997. – Вып. 8. – С. 79—81.
178. Попова Н. М. Клинико-социальные аспекты организации суицидологической службы Томской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. М. Попова. – Томск, 1997. – 25 с.
179. Посвянская А. Д. Суицидальные попытки у больных с депрессивными расстройствами / А. Д. Посвянская // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 130.

180. *Постовалова П. И.* Исследование самоубийств и превентивная служба в капиталистических странах / П. И. Постовалова // Социологическое исследование. – М., 1978. – С. 2—6.
181. *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.
182. *Постовалова Л. И.* Комплексные исследования в суицидологии / Л. И. Постовалова. – М., 1986. – С. 64—84.
183. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом / Г. Т. Красильников, А. Л. Косачев, Я. А. Горбатовский, Б. Г. Каширин, А. Н. Басов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1984. – Т. 84, вып. 2. – С. 254—256.
184. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи : методические рекомендации / Н. Д. Кибрик и др. – М., 1988. – 21 с.
185. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями : методические рекомендации / Н. В. Конончук и др. – Л., 1983. – 27 с.
186. *Разводовский Ю. Е.* Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект / Ю. Е. Разводовский // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 35—42.
187. *Разводовский Ю. Е.* Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю. Е. Разводовский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 2. – С. 49.
188. *Розанов В. А.* Нейробиологические аспекты самоубийств и перспективы изучения биомаркеров суицидального поведения в Украине / В. А. Розанов // Суицидология. Теория и практика. – Киев : КИВД, 1998. – С. 71—73.
189. *Русак О. Н.* Жестокость в нашей жизни / О. Н. Русак // Суицид. Проблемы диагностики и профилактики. – СПб., 1997. – С. 3—6.
190. *Руссинов А. П.* К вопросу об истории самоубийств / А. П. Руссинов // Из истории медицины. – Рига, 1973. – С. 213—217.
191. *Сахаров А. В.* Статистические и структурные аспекты механической асфиксии / А. В. Сахаров, О. В. Быкова, В. В. Коренев // Материалы региональной межвузовской конференции студентов и молодых учёных «Медицина завтрашнего дня» : сб. науч. тр. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2002. – С. 87—88.

192. 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.
193. Сахаров А. В. Суицидальные попытки в городе Чите с 1995 по 2001 год / А. В. Сахаров, О. В. Быкова, О. П. Третьякова // Материалы 51-й итоговой студенческой медицинской конференции с международным участием «Студенческая медицинская наука 2003». – М. : МГМСУ, 2003. – С. 177—178.
194. Сахаров А. В. Анализ завершённых суицидов в Чите за период с 1994 по 2002 год / А. В. Сахаров, В. М. Пархоменко // Забайкальский медицинский вестник. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2004. – № 2. – С. 10—12.
195. Сахаров А. В. Статистические, структурные и клинические аспекты завершённых суицидов в г. Чите / А. В. Сахаров // VIII международная молодёжная научно-практическая конференция «Молодёжь Забайкалья: творчество и прогресс» : тез. докл. – Чита : ЧитГУ, 2004. – Ч. II. – С. 192—195.
196. 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.
197. 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.
198. 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.
199. 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.
200. Сахаров А. В. Взаимосвязь суицидной смертности с алкоголизацией населения в Забайкалье / А. В. Сахаров, Н. В. Говорин // Социальные и медицинские последствия пьянства, алкоголизма и наркомании : сб. материалов межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией». – Чита : Экспресс-издательство, 2007. – С. 283—285.

201. 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.
202. 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.
203. Сахаров А. В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье : дис. ... канд. мед. наук / А. В. Сахаров. – Томск, 2007. – 140 с.
204. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – С. 265—273.
205. Семке В. Я. Транскультуральная аддиктология / В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
206. Сенцов В. Г. Ущерб общества в связи со смертностью населения от отравлений алкоголем / В. Г. Сенцов, Ш. И. Спектор, С. И. Богданов // Вестник Уральского медицинской академической науки. – 2006. – № 3. – С. 33—36.
207. Сикорский И. А. Психологическая борьба с самоубийством в юные годы / И. А. Сикорский. – Киев, 1913. – 44 с.
208. Скибина Г. А. Комплексный подход к купированию кризисных состояний / Г. А. Скибина, О. Р. Арнольд, А. Б. Ордынская // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1986. – С. 166—178.
209. Славгородский Я. М. Клиническая динамика и терапия психических расстройств у подростков-девочек в постсуицидальном периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Я. М. Славгородский. – М., 2000. – 25 с.
210. Сливко К. Ю. Клиническая классификация нефатальных суицидентов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Ю. Сливко. – Владивосток, 2003. – 22 с.
211. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. – М. : Берг, 2000. – 160 с.
212. Солохин А. А. Ситуационные происшествия, их мотивы и профилактика / А. А. Солохин // Сборник научно-практических работ. – М. : Воениздат, 1968. – Вып. 2. – С. 336—349.
213. Соседко Ю. И. Профилактика суицидальных происшествий среди военнослужащих / Ю. И. Соседко, Л. В. Пустовалов // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 4. – С. 17—19.

214. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения : Методические рекомендации Всесоюзного суицидологического центра. – М., 1991. – С. 12—15.
215. *Спектор Ш. И.* Смертность населения от отравлений наркотическими средствами и экономические потери общества / Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов // *Госпитальный вестник.* – 2006. – № 4 (13). – С. 20—23.
216. *Спивак Л. И.* Психопатии в условиях военной службы / Л. И. Спивак // *Самоубийства среди военнослужащих.* – Л., 1962. – 34 с.
217. *Старшенбаум Г. В.* Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. В. Старшенбаум. – М., 1991. – 21 с.
218. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
219. *Столяров А. В.* Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий / А. В. Столяров, А. Д. Ворохов, Е. К. Жаманбаев // *Журнал невропатологии и психиатрии.* – 1990. – Т. 90, вып. 2. – С. 55—58.
220. Суицидальное поведение и основные направления его профилактики среди военнослужащих : методические рекомендации / В. Рыжиков. – М., 1992. – 12 с.
221. *Тимофеев Н. Н.* Психические расстройства как причина самоубийств / Н. Н. Тимофеев // *Большая медицинская энциклопедия.* – М., 1963. – Т. 29. – С. 162—163.
222. *Тиунов С. В.* Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Тиунов. – М., 2000. – 21 с.
223. *Тихоненко В. А.* Классификация суицидальных проявлений / В. А. Тихоненко // *Актуальные проблемы суицидологии / труды Московского НИИ психиатрии.* – М., 1978. – Т. 82. – С. 59—73.
224. *Тихоненко В. А.* Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение / В. Л. Тихоненко // *Российский психиатрический журнал.* – 1998. – № 3. – С. 21—24.
225. *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.
226. *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.

227. *Трайнина Е. Г.* Комплексные исследования в наркологической суицидологии / Е. Г. Трайнина // Комплексные исследования в суицидологии. – М., 1986. – С. 118—123.
228. *Трайнина Е. Г.* Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями : методические рекомендации / Е. Г. Трайнина. – М., 1987. – С. 3—7.
229. *Требухов Н. М.* Психогенные расстройства у военнослужащих внутренних войск МВД России (клиника, динамика, психопрофилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. М. Требухов. – СПб., 2002. – 34 с.
230. *Трегубов Л. З.* Эстетика самоубийства / Л. З. Трегубов, Ю. Р. Вагин. – Пермь, 1993. – 267 с.
231. *Тукаев Р. Д.* Психическая травма и суицидальное поведение : аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 год / Р. Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 151—163.
232. *Фадеев А. С.* Особенности невротических расстройств у военнослужащих по призыву в мирное время : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. С. Фадеев. – М., 2002. – 25 с.
233. *Феноменов М. Я.* Причина самоубийств в русской школе / М. Я. Феноменов. – М., 1914. – 51 с.
234. *Фильрозе Э.* Очерки потенциальной демографии : перевод с польск. / Э. Фильрозе. – М., 1975.
235. *Цупрун В. Е.* Покушения на самоубийство и вопросы профилактики среди контингента больных психоневрологического диспансера (по данным клинико-катамнестического исследования) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Е. Цупрун. – М., 1984. – 15 с.
236. *Чудновский В. С.* Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением / В. С. Чудновский, А. Ю. Кржечковский, А. А. Можейко. – Ставрополь, 1993. – 150 с.
237. *Чуприков А. П.* Национальная программа по борьбе с ростом суицидальной активности в Украине. Разработка. Осуществление / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина // Суицидология: теория и практика. – Киев : КИВД, 1998. – С. 3—5.
238. *Чуприков А. П.* Проблема суицидов в Украине / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, Р. И. Никифорук // Международный медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 52—57.
239. *Чуркин А. А.* Основные тенденции в распространенности психических расстройств в РФ в 2006 году : доклад / А. А. Чуркин. – М., 2007.

240. *Чхартишвили Г.* Писатель и самоубийство / Г. Чхартишвили. – М. : Новое литературное обозрение, 2001. – 576 с.
241. *Шипицына Л. М.* Мотивы суицидального поведения у подростков / Л. М. Шипицына, Е. С. Иванов, Е. М. Стеценко // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 5. – С. 40—45.
242. *Шойхет В. Ю.* Критерии суицидального поведения / В. Ю. Шойхет, Н. В. Верещагина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 2—3. – С. 49—51.
243. *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.
244. *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. – С. 2—5.
245. *Шустов Д. И.* Алкоголизм как аутоагрессивное заболевание / Д. И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 38—43.
246. *Шустов Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.
247. *Эйдемиллер Э. Г.* Тактика семейной психотерапии при психопатиях и психопатоподобных расстройствах подросткового возраста / Э. Г. Эйдемиллер // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – 1978. – С. 64—75.
248. *Юм Д.* О самоубийстве / пер. С. Роговина / Д. Юм. – М., 1996.
249. *Юрьева Л. Н.* Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – М. : Медицина, 2001. – 129 с.
250. *Юсупов В. В.* Экспресс-оценка психического здоровья военнослужащих, склонных к аддиктивному поведению : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Юсупов. – СПб., 2006. – 20 с.
251. *Яворский А. А.* Анализ изменения самосознания при пограничных психических расстройствах у военнослужащих, совершивших ауто- и гетероагрессивные действия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. А. Яворский. – СПб., 2000. – 47 с.
252. *Яздовская А. В.* Динамика числа суицидальных попыток среди диспансерного и консультативного контингента психически больных в РФ / А. В. Яздовская, А. Б. Козлов // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 82—83.

253. Яковлева С. В. Суицидальные попытки путем самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Яковлева. – М., 2003. – 21 с.
254. Ясперс К. Философия [1-е издание : Гейдельберг, 1931; перевод : 2-е издание, 1948] / К. Ясперс. – М., 1948. – С. 552—564.
255. Achte K. On some psychodynamic mechanisms associated with suicide // *Suicide Research*. – 1976. – P. 101—109.
256. Adams D. M. Prolonged trauma and subsequent suicidal behavior: child abuse and combat trauma reviewed / D. M. Adams, K. L. Lehnert // *J. Trauma Stress*. – 1997. – Vol. 10. – P. 619—634.
257. Adler H. Recall and repetition of a severe childhood trauma / H. Adler // *Int. J. Psychoanal.* – 1995. – Vol. 76. – P. 924—943.
258. Amir M. Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients / M. Amir, Z. Kaplan, R. Efroni // *Psychoter. Psychosom.* – 1999. – Vol. 68. – P. 76—81.
259. Anderson R. M. L Suicide in the military population / R. M. L. Anderson // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – P. 42.
260. Argyle M. The Psychology of happiness / M. Argyle. – New York, 1987. – P. 164—170.
261. Asberg M. Biochemical aspects of suicidal behavior / M. Asberg // 6<sup>th</sup> Europ. Symp. on suicide and suicidal behavior. – London, 1996. – P. 66.
262. Asberg M. et al. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor / M. Asberg, L. Traskman, P. Thoren // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1976. – Vol. 33. – P. 1193—1197.
263. Begiannaki J. D. Seasonally of suicides : biological, environmental and social aspects / J. D. Begiannaki // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – 56 p.
264. Begic D. Aggressive behavior in combat veterans with posttraumatic stress disorders / D. Begic, N. Jokic-Begic // *Mil. Med.* – 2001. – Vol. 166, № 8. – P. 671—676.
265. Bell C. C. Adolescent suicide / C. C. Bell, D. C Clark // *Pediatric Clin. North. Amer.* – 1998. – Vol. 45, № 2. – P. 365—368.
266. 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.

267. *Berman A. L.* Adolescent suicide : Assessment and intervention / A. L. Berman, D. A. Jobes. – Washington, DC : American Psychological Association, 1991.
268. *Berquist J. et al.* Demonstration of immunoglobulin G with affinity for dopamine in cerebrospinal fluid from psychotic patients / J. Berquist, S. Berquist, R. Axellson // *Clin. Chim. Acta.* – Vol. 217. – 1993. – P. 129—142.
269. *Bille-Brahe U.* Suicidal behavior in Europe / U. Bille-Brahe. – Geneva : WHO, 1998. – 31 p.
270. *Bille-Brahe U.* The WHO / Euro multicentre study on parasuicide. Facts and figures / U. Bille-Brahe, T. Bjerke, P. Crepet et al. – Copenhagen : WHO / OMS, 1993.
271. *Bilner K.* Selbstmord – Epidemiologie und Prevention / K. Bilner // *Ther. Umsch.* – 1969. – Bd. 26, H. 10. – S. 573—579.
272. *Biro M.* Suicide, aggression and war / M. Biro, S. Selakovic-Bursic // *Archives of Suicide Research.* – 1996. – Vol. 2, № 1. – P. 75—79.
273. *Boston P. F.* Cholesterol and mental disorder / P. F. Boston, S. M. Dursun, M. A. Reveley // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169, № 6. – P. 682—689.
274. *Botsis A. J.* Suicidal behavior in the Greek army / A. J. Botsis // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 45.
275. *Brent D. A.* Suicidal behavior runs in families / D. A. Brent, J. Bridge, B. A. Johnson // *A controlled study of adolescent suicide victims* // *Arch. gen. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 53. – P. 1145—1152.
276. *Brent D. A.* Suicidal behavior runs in families / D. A. Brent, J. Bridge, B. A. Johnson // *Suicide Prevention. The global context.* – New York; London : Plenum Press, 1998. – P. 51—65.
277. *Brodie M. S.* Ethanol increases the firing rate of dopamine neurons of the rat ventral tegmental area in vivo / M. S. Brodie, S. A. Sheffer, T. V. Dunwiddie. – 1990. – P. 65—69.
278. *Bronisch T.* Suicidality in German concentration camps / T. Bronisch // *Archives of Suicide Research.* – 1996. – Vol. 2, № 2. – P. 129—144.
279. *Bryant R. A.* An analysis of calls to a Vietnam Veterans telephone counseling service / R. A. Bryant // *J. Trauma Stress.* – 1998. – Vol. 11, № 3. – P. 589—596.
280. *Burnley I. H.* Socioeconomic and spatial differentials in mortality and means of commuting suicide in New South Wales, Australia, 1985—1991 / I. H. Burnley // *Soc. Sci. Med.* – 1995. – Vol. 41, № 5. – P. 687—698.

281. *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.
282. *Callado L F.* Selective increase of  $\alpha_2$ A-adrenoreceptor agonist binding sites in brains of suicide victims / L. F. Callado, J. J. Meana, B. Grijalba // *J. Neurochem-1998.* – Vol. 70. – P. 1114—1123.
283. *Cantor C. H.* Socioeconomic indices and suicide rate in Queensland / C. H. Cantor, P. J. Slater, J. M. Najman // *Aust. J. Public Health.* – 1995. – Vol. 19, № 4. – P. 417—420.
284. *Carrera R. N.* Prediction of suicide in military medical facilities / R. N. Carrera // *Mild. Med.* – 1992. – Vol. 157, № 3. – P. 139—141.
285. *Garrison C. Z.* Demographic predictors of suicide. Assessment and prediction of suicide / C. Z. Garrison // R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, R. I. Yufit (eds). – New York : Guilford Press, 1992. – P. 484—496.
286. *Cassimatis E. G.* Suicide in the united states army / E. G. Cassimatis // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 37.
287. *Cedereke M.* Prediction of repeat eve parasuicide after 1—12 months / M. Cedereke, A. Ojehagu // *J. European Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 101—109.
288. *Cheng A.* Personality disorder and suicide. A case control study / A. Cheng, A. Mann, K. Chan // *Brit. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 170. – P. 441—446.
289. *Choquet M.* Signification de la premiere tentative de suicide / M. Choquet, F. Facy, F. Davidson, A. Philippe // *Soc. Psych.* – 1983. – Vol. 18, № 2. – P. 89—94.
290. *Cleare A. J.* Reduced prolactin and cortisol responses to d-fenfluramine in depressed compared to healthy matched control subjects / A. J. Cleare, R. M. Murray, V. O'Keane // *Neuropsychopharmacology.* – 1996. – Vol. 14, № 5. – P. 349—354.
291. *Cleare A. J.* Reduced whole blood serotonin in major depression / A. J. Cleare // *Depress. Anxiety.* – 1997. – Vol. 5, № 2. – P. 108—111.
292. *Coccaro E. F.* Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders / E. F. Coccaro, L. J. Siever, H. M. Klar // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 46. – P. 587—599.
293. *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.

294. *Courtet P.* Decision making as an endophenotype in suicidal behavior / P. Courtet // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 48—49.
295. *Datel W. E.* Suicide in United States army personnel, 1979—1980 / W. E. Datel, F. D. Jones // *Milit. Med.* – 1982. – Vol. 147, № 10. – P. 843—847.
296. *Davidson J. R.* Trauma : the impact of posttraumatic stress disorder / J. R. Davidson // *J. Psychopharmacology.* – 2000. – Vol. 14, № 1. – P. 5—12.
297. *De Leon M. G.* Effect of preventive measures on suicide rate among military personnel during the past decade / M. G. De Leon, J. I. Robles // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 44.
298. *Dickov A.* The value of urinary 5-HIAA in suicidal and non suicidal patients / A. Dickov, D. Katanic, G. Mistic-Pavkov // *Suicide, disease, disadvantage. A holistic approach : Abstr. 18<sup>th</sup> Congress of IASP.* – Venice, 1995. – P. 65.
299. *Dolnicar R.* Suicide in the Slovenian army / R. Dolnicar // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 118.
300. *Durkheim E.* *Le Suicide* / E. Durkheim. – Paris, 1987. – 385 p.
301. *Edwards D.* Prognostic scales for personality disorders in the naval service / D. Edwards, E. K. Gunderson, V. M. Hoim // *Milit. Med.* – 1973. – Vol. 38, № 6. – P. 351—353.
302. *Elliot D. M.* Traumatic events : prevalence and delayed recall in the general population / D. M. Elliot // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1997. – Vol. 65, № 5. – P. 811—820.
303. *Ellis J. B.* Mood influences on reasons for living in older adolescents / J. B. Ellis, L. M. Range // *Psychiatry.* – 1992. – Vol. 55, № 3. – P. 216—222.
304. *Engstrom G.* Serum lipids in suicide attempters / G. Engstrom, M. Alsen, G. Regnell et al. // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 1995. – Vol. 25. – P. 393—400.
305. *Engstrom G.* The Marke-Nyman Temperament (MNT) scale in relationship with monoamine metabolism and corticosterol measures in suicide attempters / G. Engstrom, C. Ailing, L. Oreland // *Archives of suicide research.* – 1996. – Vol. 2. – P. 145—159.
306. *Farmer K. A.* Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program / K. A. Farmer, A. R. Felthous, C. E. Holzer // *J. Forensic Sci.* – 1996. – Vol. 41, № 2. – P. 240—246.

307. *Farmer R., Hirsh S.* (eds). The suicide syndrome. – London : Groom Helm, 1980. – P. 21—29.
308. Faze / S. Suicides in male prisoners in England and Wales 1978—2003 – rates and trends / S. Fazel, R. Benning, Z. Danesh // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 58—59.
309. *Femstrom M. H.* Diet-induced changes in serum cholesterol concentrations do not alter tryptophan hydroxylation rate or serotonin concentrations in gerbil brain / M. H. Femstrom, C. D. Verrico, A. L. Ebauch et al. // *Life Sci*. – 1996. – Vol. 58, № 17. – P. 1433—1444.
310. *Ferrada-Noli M.* Psychiatric health, ethnicity and socioeconomic factors among suicides in Stockholm / M. Ferrada-Noli, M. Asberg // *Psychol. Rep.* – 1997. – Vol. 81, № 1. – P. 323—332.
311. *Ferrandea-Anam F.* Clinical and personality features in parasuicide bulimia nervosa patients / F. Ferrandea-Anam, C. M. Biclik // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 47.
312. *Filipovic S.* Resilient of adolescents from alcoholic families / S. Filipovic, R. Panoski, P. Nastasic // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – S. 188.
313. *Fortana A.* Attempted suicide among Vietnam veterans : a model of etiology in a community sample / A. Fortana, R. Rosenbeck // *J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152, № 1. – P. 102—109.
314. *Frances R. J.* Suicide and alcoholism / R. J. Frances, J. Franklin, D. K. Flavin // *J. Drug Alcohol Abuse*. – 1987. – Vol. 13. – P. 327—341.
315. *Franko D. L.* Suicidal behavior in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: report from a longitudinal stay / D. L. Franko, D. B. Herzog, D. J. Doler, P. K. Keel // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 46.
316. *Galanter M.* Self-destructive behavior in the substance abuse / M. Galanter, R. Castaneda // *Psychiatry Clin. North*. – 1985. – Vol. 8. – P. 251—261.
317. *Garrison C. Z.* Demographic predictors of suicide / C. Z. Garrison, R. W. Maris, A. L. Berman, J. L. Maltzberger. – New York : Guilford Press, 1992. – P. 484—496.
318. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism / C. R. Cloninger, S. Sigvardsson, S. B. Gilligan, A. L. Knorrning von, M. Bohman // *Adv. Alcohol, and Subst. Abuse*. – 1988. – Vol. 7, № 3—4. – P. 3—16.
319. *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.

320. *Giegling J.* An intermediate phenotype strategy in the search for genetic susceptibility factors in suicidal behavior / J. Giegling, D. Goldman, Z. Zhon // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 47.
321. *Gimelfarb Y.* Suicide in dual diagnosis patients / Y. Gimelfarb, Z. Notan, Y. Baruch // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 193—194.
322. *Golier J. A.* Low serum cholesterol and attempted suicide / J. A. Golier, P. M. Marzuk, A. C. Leon et al. // *J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152, № 3. – P. 41—43.
323. *Goldsten R. B.* The prediction of suicide / R. B. Goldsten, D. W. Black, M. A. Nasrallah et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 48. – P. 418—422.
324. *Golney R. D.* Suicidal ideation and unemployment : a prospective longitudinal study / R. D. Golney, A. H. Winefield, M. Tiggemann // *Archives of Suicide Research*. – 1995. – Vol. 1, № 3. – P. 175—184.
325. *Grand O.* Practical intervention for suicide survivors / O. Grand // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 34—35.
326. *Grollman E. A.* Suicide: Prevention, Intervention, Postvention / E. A. Grollman. – Boston : Beacon Press, 1988.
327. *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.
328. *Harris E. G.* Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / E. G. Harris, B. Barraclough // *Brit. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 205—228.
329. Have biological studies of suicide attempts influenced our management / L. Traskman-Bendz, M. Alsen, G. Engstrom, A. Westrin, M. Lindstrom // *Suicide Prevention. The global context*. – N. Y., London : Plenum Press, 1998. – P. 223—230.
330. *Hawton K.* Assessment of suicide risk / K. Hawton // *Brit. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150. – P. 145—153.
331. *Hawton K.* Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe / K. Hawton, E. Arensman, D. Wasserman et al. // *J. Epidemiol. Corn. Unity Health*. – 1998. – Vol. 52, № 3. – P. 191—194.
332. *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.

333. *Higley J. D.* Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys / J. D. Higley, W. W. Thompson, M. Champoux et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50, № 8. – P. 615—623.
334. *Hintikka J.* Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985—1995 / J. Hintikka, P. Saarinen, H. Viinamaki // *Scand. J. Publ. Health*. – 1999. – Vol. 27. – P. 85—88.
335. *Holinger P. C.* Epidemiological issues in youth suicide / P. C. Holinger // *Suicide among youth : Perspectives on risk and prevention*. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1989. – P. 41—62.
336. *Icelli J.* Suicide and attempted suicide in the elderly should the physician give support to patients wish to die / J. Icelli // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 38—39.
337. *Jamison R.* Suicide prevention in depressed / R. Jamison // *J. Dyn. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 49. – P. 42—45.
338. *Johansson L. M.* Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of random sample of the Swedish population / L. M. Johansson, J. Sundquist, S. E. Johansson // *Act. Psych. Scand.* – 1997. – Vol. 95, № 2. – P. 125—131.
339. *Kaplan J. R.* Assessing the observed relationship between low cholesterol and violence-related mortality / J. R. Kaplan, M. F. Muldoon, S. B. Manuck // *Implication for suicide risk* // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 1997. – Vol. 836. – P. 57—80.
340. *Kastenbaum R.* Death, suicide and the older adult / R. Kastenbaum // *Suicide Life Threat Behavior*. – 1992. – Vol. 22, № 1. – P. 1—4.
341. *Katschnig H.* Transition probability form attempted to completed suicide : A thirty-year follow-up study / H. Katschnig, M. Freidl // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 53.
342. *Kety S.* Genetic factors in suicide / S. Kety // *Suicide*. – Baltimore, MD : Williams & Wilkins, 1986. – P. 41—45.
343. *Kontaxakis V. P.* Suicide, Euthanasia and Assisted Suicide / V. P. Kontaxakis // *XII Congress of Psychiatry (Japan)*. – 2002. – Vol. 2. – P. 309.
344. *Kreitman N.* Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland / N. Kreitman // *Addiction*. – 1993. – Vol. 88. – P. 757—766.
345. *Kunugi H.* Low serum cholesterol in suicide attempters / H. Kunugi, N. Takei, H. Aoki et al. // *Biol. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 41, № 2. – P. 196—200.

346. *Lambert M. T.* Suicide risk factors among veterans: risk management in the changing culture of the Department of Veterans Affairs / M. T. Lambert, D. R. Fowler // *J. Ment. Health. Adm.* – 1997. – Vol. 24, № 3. – P. 350—358.
347. *Lauber C.* Mortality ant mental disorders / C. Lauber, V. Ajdacic-Gross, W. Rosser // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 53—54.
348. *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.
349. *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.
350. *Leenars A. A.* The changing suicidal pattern in Canadian adolescents and youth, compared to their American counterparts / A. A. Leenars, D. Lester // *Adolescence.* – 1993. – Vol. 30, № 119. – P. 539—547.
351. *Lester D.* Domestic social integration and suicide in Israel / D. Lester // *Isr. J. Psych. Relat. Sci.* – 1997. – Vol. 34, № 2. – P. 157—161.
352. *Lester D.* Suicidality in German concentration camps / D. Lester // *Archives of Suicide Research.* – 1997. – Vol. 3, № 3. – P. 223—224.
353. *Lester D.* The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals : a meta-analysis / D. Lester // *Pharmacopsychiat.* – 1995. – Vol. 28. – P. 45—50.
354. *Lindberg G.* Low serum cholesterol concentrations and short term mortality from injuries in men and women / G. Lindberg, L. Rastam, B. Gullberg // *Br. Med. J.* – 1992. – Vol. 305. – P. 277—279.
355. *Lindeman S.* A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors / S. Lindeman, E. Laara, H. Hakko, J. Lonnqvist // *Brit. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168, № 3. – P. 274—279.
356. *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, № 11. – P. 1654—1661.
357. *Madden J. S.* Alcohol and depression / J. S. Madden // *Brit. J. Hosp. Med.* – 1993. – Vol. 50, № 5. – P. 261—264.
358. *Maes M.* Lower aerum high-density lipoprotein cholesterol (HDL0C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts : relationship with immune-inflammatory markers / M. Maes, R. Smith, A. Cristophe et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 95, № 3. – P. 212—221.

359. *Malchy B.* Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994 / B. Malchy, M. W. Enns, T. K. Young // *CMAJ*. – 1997. – Vol. 156, № 8. – P. 1133—1138.
360. *Malliori M.* Depressive symptoms in inmates drug users of two large Greek prisons / M. Malliori, A. Kokkevi, C Stefanis // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – P. 85.
361. *Manote L.* Suicide Trends in Thailand Over the Last Two Decades / L. Manote // *XII Congress of Psychiatry (Japan)*. – 2002. – Vol. 2. – P. 308.
362. *Mann J.* Biological correlates of suicidal behavior in youth / J. Mann, A. McBride, J. G. Keilp // *Suicide among youth : Perspectives on risk and prevention*. – Washington, DC : American Psychological Association, 1989. – P. 185—202.
363. *Mann J.* Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal inpatients / J. Mann, A. McBride, R. Brown // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49. – P. 442—446.
364. *Mann J.* The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician / J. Mann, M. Oquendo, M. D. Underwood // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60. – P. 113—116.
365. *Mann J.* The neurobiology of suicidal behavior / J. Mann, V. Arango // *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1998. – P. 98—114.
366. *Mann J. J.* Positron emission tomographic imaging of serotonin activation effects on prefrontal cortex in healthy volunteers / J. J. Mann, K. M. Malone, M. DeMeo // *Neuropsychopharmacology*. – 1995. – Vol. 13, № 1. – P. 53—64.
367. *Maris R. W.* The ethics of suicidology / R. W. Maris // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – P. 32.
368. *Maris R. W.* Social and familial risk factors in suicidal behavior / R. W. Maris // *Psychiatry Clin. North Amer.* – 1997. – Vol. 20. – P. 519—550.
369. *Marusic A.* High suicide rate: interplay of emironmental and genetic risk factors / A. Marusic // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 47.
370. *Maruzzitti D.* Platelet markers in suicide attempters. *Prog. Neuro-psychopharmacology* / D. Maruzzitti, S. Presta, S. Silvestry // *Biol. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 19, № 3. – P. 375—383.
371. *Mathieu M.* Les psychotherapies du jeune aduit appele au service militaire. Essai du conceptualization / M. Mathieu // *Hug. ment.* – 1970. – Vol. 59, № 1. – P. 1—30.

372. *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.
373. *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. Lonnquist // *Amer. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150, № 6. – P. 935—940.
374. *Milicehc-Kalasic A.* Sanctions and suicide in the elderly / A. Miliceric-Kalasic // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 39.
375. *Muldoon M. F.* Lowering cholesterol concentrations and mortality : a quantitative review of primary prevention trials / M. F. Muldoon, S. B. Manuck, K. A. Matthews // *Br. Med. J.* – 1990. – Vol. 301. – P. 309—314.
376. *Murphy G.* Multiple risk factors predict suicide in alcoholism / G. Murphy D. Richard, R. Wetzel, L. McEvoy // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49. – P. 459—463.
377. *Murphy G. E.* 60 Years of suicide in England and Wales / G. E. Murphy, J. Lindsay, E. Grundy // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43, № 10. – P. 969—976.
378. *Mykletum A.* Anxiety depression and cause-specific mortality / A. Mykletum, O. Bjerkeset, M. Dewey, M. Prince // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 55.
379. *Mykletum A.* General mortality from anxiety and depression / A. Mykletum, O. Bjerkeset, R. Stemart, M. Dewey // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 54.
380. *Nassberg L.* Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters / L. Nassberg, L. Traskman-Bendz // *Act. Psychiatry Scand.* – 1993. – Vol. 88. – P. 48—52.
381. *Nimeus A.* Evaluation of a modified interview version and of a self rating version of the Suicide Assessment Scale / A. Nimeus, F. Hjalmansson, C. Sunnyvist // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, № 7. – P. 471—477.
382. *Nordentoft M.* Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behavior in Copenhagen // *J. European Psychiatry*. – 2005. – Vol. 20, № 2. – S. 121—125.
383. *Norstrom T.* Alcohol and Suicide in Scandinavia / T. Norstrom // *Brit. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83, № 5. – P. 553—559.
384. *Ozsvath K.* Are there any particularities of the suicidal behavior in Hungary / K. Ozsvath // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – P. 26.

385. *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. – P. 115—120.
386. *Pandey G. N.* Platelet serotonin 2A receptors: a potential biological marker for suicidal behavior / G. N. Pandey, S. C Pandey, Y. Dwivedy // *J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152, № 6. – P. 850—855.
387. *Panser L. A.* Timing of completed suicide among residents of Olmsted County, Minnesota, 1951—1985 / L. A. Panser, D. E. McAlpine, S. L. Wallrichs et al. // *Act. Psych. Scand.* – 1995. – Vol. 92, № 3. – P. 214—219.
388. *Pfeffer C. R.* Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice / C. R. Pfeffer // *Amer. J. Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138. – P. 154—159.
389. *Pfeffer C. R.* Suicidal impulses of normal children / C. R. Pfeffer // *Int. J. Family*. – 1985. – Vol. 5, № 2. – P. 139—150.
390. *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. – P. 47.
391. *Pivac N.* Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and platelet serotonin concentration in depressed patients / N. Pivac, M. Jakovljevic, D. Muck-Seler // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 73, № 3. – P. 123—132.
392. *Platt S.* The social transmission to parasuicide: is there a modeling effect / S. Platt // *Crisis*. – 1993. – Vol. 14, № 1. – P. 23—31.
393. *Poldrago F.* Alcohol and criminal behavior / F. Poldrago // *Alcohol*. – 1998. – Vol. 33, № 1. – P. 12—15.
394. *Pompili M.* The role of psychological pain in suicide victims / M. Pompili, D. Lester, A. Leenars // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 34.
395. *Power K. G.* Life stress, medical lethality and suicidal intent / K. G. Power, D. J. Cooke, D. N. Brooks // *Brit. J. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 147, № 12. – P. 655—659.
396. *Preti A.* Social and economical influence on suicide / A. Preti // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts*. – Athens, 1996. – P. 59.
397. *Preti A.* The influence of seasonal change on suicidal behavior in Italy / A. Preti // *J. Affect Disorders*. – 1997. – Vol. 44, № 2—3. – P. 123—130.
398. *Prokupek J. K.* factored ovlivnycim moznostice suicide / J. Prokupek // *Cs. Psych.* – 1982. – Vol. 78, № 2. – P. 88—94.

399. *Rao M. L.* Up regulation of the platelet Serotonin 2A receptor and low blood serotonin in suicidal psychiatric patients / M. L. Rao, B. Hawellek, A. Papassotiropoulos // *Neuropsychobiology*. – 1998. – Vol. 38, № 2. – P. 84—89.
400. *Rihmen Z.* Changing suicide rates in western and central Europe / Z. Rihmen // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35.
401. *Rihmen Z.* Programs and campaigns: introducing better understanding of suicide phenomenon / Z. Rihmen, X. Gong, A. Rihmen // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 34.
402. *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, № 2. – P. 70—72.
403. *Ringel E.* Depression und suicide / E. Ringel // *Wien. Klin. Wschr.* – 1985. – Vol. 97, № 4. – P. 215—221.
404. *Robinson A. D.* Problem Drinking and Parasuicide / A. D. Robinson // *Brit. J. Addict.* – 1989. – Vol. 84, № 7. – P. 711.
405. *Rossow I.* Regional analysis of alcohol and suicide in Norway : some empirical considerations / I. Rossow // *Suic. Life. Theat. Behav.* – 1995. – Vol. 147, № 6. – P. 401—409.
406. *Roy A.* Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims / A. Roy, N. L. Segal, M. Sarchiapone // *J. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152. – P. 1075—1076.
407. *Roy A.* Characteristics of alcoholics who attempt suicide among / A. Roy, D. Lamparski, J. DeJong, V. Moore, M. Linnoila // *J. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 147, № 6. – P. 761—765.
408. *Roy A.* Genetic factors in suicide / A. Roy // *Psychopharmacology Bull.* – 1986. – Vol. 22, № 3. – P. 666—668.
409. *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.
410. *Rozanov V. A. et al.* Suicidal behavior and the posttraumatic stress disorders in military servants: epidemiology and some biological markers / V. A. Rozanov, A. L. Zhuravsky, A. D. Palamar // *Abstr. Symp. on Suicidal Behavior*. – Budapest, 1996. – P. 87—89.
411. *Rozanov V. A.* Suicides in the counties of the former Soviet Union / V. A. Rozanov // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35—36.

412. *Rubenstein J. L.* Suicidal behavior in «normal» adolescents: risk protective factors / J. L. Rubenstein, T. Neeren, D. Houstan et al. // *Amer. J. Orthopsychiatry*. – 1989. – Vol. 59, № 1. – P. 59—71.
413. *Rubio G.* Antagonists in the treatment of alcoholism an update / G. Rubio, M. A. Jimenez-Arriero // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 40.
414. *Ruiz I.* Attempted Suicide in Schizophrenic and Depressive Patients: Seasonal Variations / I. Ruiz, L. Figueira // *Abstracts X World Congress of Psychiatry*. – Madrid, 1996. – Vol. 2. – P. 379.
415. *Rujescu D.* Genetic association studies of aggression – related genes / D. Rujescu // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 49.
416. *Rutz W.* Changes in male suicidality in a changing Europe / W. Rutz, Z. Rihmen // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 36.
417. *Rybakowski J.* The study of the relationship between cholesterol and lipid concentration and suicidal behavior in patients with schizophrenia affective illness / J. Rybakowski, J. Ainiet, Z. Szajnerman et al. // *Psychiatry. Pol.* – 1996. – Vol. 30, № 5. – P. 699—712.
418. *Saiz P. A.* Clinical management of suicidal behavior : From genetic to therapeutic approach / P. A. Saiz, P. Courtet, M. Bousono // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 99.
419. *Saiz P. A.* The link between the serotonin system and suicidality / P. A. Saiz // *J. European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 49.
420. *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.
421. *Sarchiapone M.* Understanding and assessing suicidality as a basis for genetic studies on suicide / M. Sarchiapone, V. Carli, C. Cuomo // *J. European Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 47—48.
422. *Sawyer J. B.* An incidence study of military personnel engaging in suicidal behavior / J. B. Sawyer // *Milit. Med.* – 1969. – Vol. 134, № 12. – P. 1440—1444.
423. *Schmidtke A.* Perspective: suicide in Europe / A. Schmidtke // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1997. – Vol. 27, № 1. – P. 132—136.
424. *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.
425. *Schneider B.* Nicotine use in suicides : a case control study / B. Schneider, A. Schnabel, B. Weber // *J. European Psychiatry*. – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 129.

426. *Schukit M. A.* Alcoholic patients with secondary depression / M. A. Schukit // *J. Psychiatry.* – 1983. – Vol. 140. – P. 711—714.
427. *Schukit M. A.* Primary men alcoholics with histories of suicide attempts / M. A. Schukit // *J. Stud. Alcohol.* – 1986. – Vol. 47, № 1. – P. 78—81.
428. *Schulsinger F.* A family story of suicide / F. Schulsinger, S. Kety, D. Rosenthal // *Origins, prevention and treatment of affective disorders.* – New York : Academic Press, 1979. – P. 277—278.
429. *Shneidman E.* Definition of suicide / E. Shneidman. – New York : John Wiley & Sons, 1985.
430. *Shneidman E.* Definition of suicide / E. Shneidman. – Northvale, N. Y. : Jason Aronson, 1994.
431. *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, № 7. – P. 1050—1056.
432. *Sorenson S. B.* Suicide and Life / S. B. Sorenson, J. M. Golding // *Threatening Behavior.* – 1988. – Vol. 18. – P. 205—211.
433. *Spijker J.* Does duration of depression predict suicidality / J. Spijker, M. Ten Have, R. De Grant // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 52—53.
434. *Stengel E.* Attempted suicide / E. Stengel, N. D. Cook. – Oxford, 1958. – P. 132—138.
435. *Stengel E.* Suicide and attempted suicide / E. Stengel. – London : Penguin Books, 1967.
436. *Theodorou M.* Suicidal behavior in the Cypriot military / M. Theodorou // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 89.
437. *Traskman-Bendz L.* Neuroendocrine effects of L-tryptophan and dexamethasone / L. Traskman-Bendz, R. Haskett, A. P. Zis // *Psychopharmacology.* – 1986. – Vol. 89. – P. 85—88.
438. *Van Hoofstat E.* Suicidal behavior in the Belgian army / E. Van Hoofstat // *Suicide : Biopsychosocial Approaches : Book of Abstracts.* – Athens, 1996. – P. 41.
439. *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, Band 4.* – Regensburg : Roderer Verlag, 1996. – S. 24—36.

440. *Wasileski M.* Characteristics of suicide attempters in a marine recruit population / M. Wasileski, D. A. Kelly // *Milit. Med.* – 1982. – Vol. 147, № 10. – P. 818—819; 827—830.
441. *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.
442. *Wasserman D.* Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics : Some novel findings / D. Wasserman, J. Wasserman, V. Rozanov // *J. European Psychiatry.* – 2007. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 48.
443. *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.
444. *Wenglein E.* Persönlichkeitsstrukturelle Aspekte bei suizidalen Patienten in einer psychosomatischen Klinik / E. Wenglein // *Suizidologie : Persönlichkeit – Persönlichkeitsstörungen und suizidales Verhalten, Band 4.* – Regensburg : Roderer Verlag, 1996. – P. 118—125.
445. *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.
446. *Wilkins W. L.* Some relation of medical psychology and military psychology / W. L. Wilkins // *Milit. Med.* – 1972. – Vol. 137, № 8. – P. 311—316.
447. *Winkler G. E.* Assessing and responding to suicidal jail inmates / G. E. Winkler // *Community Mental Health J.* – 1992. – Vol. 28, № 4. – P. 317—326.
448. *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.* – NY. : Spectrum Publications, 1979. – P. 49—56.
449. *Wolk-Wasserman D.* Attempted suicide – the patient's family, social network and therapy : Dissertation. Dep. of psychiatry / D. Wolk-Wasserman. – Stockholm : University Hospital, Karelin's Institute, 1986.
450. *Zacharakis C. A.* Suicide in Cyprus 1988—1999 / C. A. Zacharakis, V. Hadjivassulis, M. G. Madianis // *J. European Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 110—114.
451. *Zureik M.* Serum cholesterol concentration and death from suicide in men : Paris prospective study / M. Zureik, D. Courbon, P. Ducimetière // *Br. Med. J.* – 1996. – Vol. 313, № 7058. – P. 649—651.

## Приложения

Приложение 1

### ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ЛОС-АНДЖЕЛЕССКОГО СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

| Категории   |        |         |         | Оценка |
|---|--------|---------|---------|--------|
| А. Возраст и пол  |        |         |         | —      |
| Б. Симптомы   |        |         |         | —      |
| В. Стресс   |        |         |         | —      |
| Г. Суицидальное поведение в прошлом и настоящем   |        |         |         | —      |
| Д. Коммуникативные аспекты, возможности и реакции со стороны значимых других  |        |         |         | —      |
| Сумма:  |        |         |         | —      |
| Оценка:   | 1 2 3  | 4 5 6   | 7 8 9   |        |
| Риск:   | низкий | средний | высокий |        |
| <b>А. Возраст и пол (1—9):</b>  |        |         |         |        |
| <u>Мужчины</u>  |        |         |         |        |
| 1. Свыше 50 лет.  |        |         |         | 7—9    |
| 2. 35—45 лет.   |        |         |         | 5—7    |
| 3. 15—34 года.  |        |         |         | 3—5    |
| 4. <u>Женщины</u> (независимо от возраста).   |        |         |         | 1—3    |
| <b>Б. Симптомы (1—9):</b>   |        |         |         |        |
| 5. Глубокая депрессия (расстройства сна, анорексия, потеря веса, уход в себя, подавленное настроение, апатия).                    |        |         |         | 7—9    |
| 6. Ощущение безнадежности, беспомощности и истощения.   |        |         |         | 7—9    |
| 7. Деорганизация, замешательство, хаос, полная беспорядочность, иллюзии, галлюцинации, потеря связи с окружающими, дезориентация. |        |         |         | 6—8    |
| 8. Алкоголизм, прием наркотиков, гомосексуальные отношения, участие в рискованных предприятиях.                                   |        |         |         | 4—8    |
| 9. Переживания, напряженное состояние и тревога.  |        |         |         | 4—6    |
| 10. Вина, стыд, смущение.   |        |         |         | 4—6    |
| 11. Чувства ярости, враждебности, раздражительности, мстительности, подозрительности.   |        |         |         | 4—6    |
| 12. Слабый импульсивный контроль, недостаточная рассудительность.   |        |         |         | 4—6    |
| 13. Ослабляющие хронические заболевания.  |        |         |         | 5—7    |
| 14. Повторные переживания несчастий, связанные с обращениями к врачам и психотерапевтам.  |        |         |         | 4—6    |
| 15. Психосоматические болезни или ипохондричность, кроме жалоб на незначительные болезни.   |        |         |         | 1—4    |
| <b>В. Стресс (1—9):</b>   |        |         |         |        |
| 16. Потеря любимого человека в связи со смертью, разводом или разлукой.   |        |         |         | 5—9    |
| 17. Потеря работы, денег, престижа.   |        |         |         | 4—8    |

|  |     |
|--|-----|
| 18. Опасная для жизни болезнь (хирургическая операция, несчастный случай, потеря конечности).  | 3—7 |
| 19. Угроза судебного преследования, затруднительное положение в связи с совершенным преступлением, подвергание опасности и т. п.               | 4—6 |
| 20. Изменение (я) в жизни, в окружении.  | 4—6 |
| 21. Острое и внезапное начало специфических симптомов стресса.   | 1—9 |
| 22. Повторяющиеся время от времени подобные симптомы в связи со стрессом.  | 4—9 |
| 23. Недавнее увеличение устойчивости симптомов в связи со стрессом.  | 4—7 |
| <b>Г. Суицидальное поведение в прошлом и текущие планы (1—9):</b>  |     |
| 24. Определяемая опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток.  | 1—9 |
| 25. Повторные угрозы и депрессии в прошлом.  | 3—6 |
| 26. Особенности, связанные с намерениями, и смертельная опасность предполагаемых методов.  | 1—9 |
| 27. Достаточность применения предполагаемых способов и особенности, связанные с выбором времени.   | 1—9 |
| <b>Д. Коммуникативные аспекты, возможности и ответы со стороны значимых других (1—9):</b>  |     |
| 28. Отсутствие источников финансовой поддержки (с работы, от семьи).   | 4—9 |
| 29. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (доступных, но не расположенных помогать).                                    | 4—9 |
| 30. Нарушение связей, сопровождающееся отказами от попыток их восстановления, как со стороны пациента, так и со стороны других.                | 5—7 |
| 31. Связи имеют внутренне направленную цель (декларация чувства вины, стыда, никчемности, самоупреки и т. п.).                                 | 4—7 |
| 32. Коммуникативные связи имеют межличностную направленность (обвинение других, поступки по принуждению других и т. п.).                       | 2—4 |
| <b>Реакция значимых других:</b>  |     |
| 33. Защита, паранойяльность, отказ, позиция, связанная с наказанием.   | 5—7 |
| 34. Отрицание потребности в помощи – своей собственной или других.   | 5—7 |
| 35. Не беспокоятся о пациенте, не понимают его.  | 4—6 |
| 36. Нерешительная или переменчивая позиция: с одной стороны – чувство гнева и отвержения, с другой – ответственность и сильное желание помочь. | 2—5 |

**КАРТА РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ (Конончук Н. В., 1983)**

**Данные анамнеза:**

1. Возраст первой суицидальной попытки – до 20 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни в 20 лет и ранее.
8. Ведущее место любовных ценностей в системе ценностей.
9. Незначительная роль производственной сферы в системе ценностей.
10. Развод в анамнезе.

**Актуальная конфликтная ситуация:**

11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный конфликт.
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Суицидальные высказывания, угрозы суицида.

**Характеристика личности:**

20. Эмоциональная лабильность.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, потребность в симбиотических отношениях.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, ригидность аффекта.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряженность потребностей.
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

*Примечание.* Большинство параметров (8, 9, 11—31) оцениваются

при их наличии баллом «1». Некоторые, а именно наиболее значимые факторы анамнеза – баллами «2» (5—7) и «3» (1—4, 10). В случае неявной выраженности какого-либо свойства ему приписывается «вес», равный половине от «1», «2» или «3». При отсутствии любого из 31 параметра он оценивается баллом «0,5». Невыявленными по разным причинам могут быть не более 3 факторов. Их «вес» равен нулю. Нулем оцениваются также характеристики 7 и 10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше чем 8,86, риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется в пределах от 8,86 до 15,48, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,48, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повторения.

**ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА  
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**  
(Лушев Н. Е., 1986)

| Признаки                                       | Баллы |
|--|-------|
| <b>1. Преморбидные особенности личности:</b>   |       |
| без отклонений                                 | -4    |
| акцентуация характера                          | 80    |
| психопатия                                     | -119  |
| <b>2. Радикал преморбиды:</b>                  |       |
| конформный                                     | -238  |
| сенситивный                                    | 365   |
| истероидный                                    | 43    |
| <b>3. Состав родительской семьи:</b>           |       |
| полная   | 28    |
| неполная                                       | -26   |
| нет родителей                                  | -     |
| <b>4. Уровень образования:</b>                 |       |
| неграмотный                                    | 2     |
| неполное среднее                               | -26   |
| среднее  | 6     |
| среднее специальное                            | 10    |
| незаконченное высшее                           | 6     |
| высшее   | 10    |
| <b>5. Семейное положение:</b>                  |       |
| в браке  | -124  |
| холост   | 41    |
| <b>6. Черепно-мозговые травмы в анамнезе:</b>  |       |
| есть   | -54   |
| нет  | 10    |
| <b>7. Алкогольная наследственность:</b>        |       |
| есть   | -3    |
| нет  | 33    |
| <b>8. Возраст к началу заболевания, лет:</b>   |       |
| 20—25  | 17    |
| 26—30  | 74    |
| 31—35  | 18    |
| 36—40  | -202  |
| 41—45  | -8    |
| <b>9. Возраст к периоду обследования, лет:</b> |       |
| 20—29  | 24    |
| 30—39  | 98    |
| 40—49  | -3    |
| 50—59  | -2    |
| 60—69  | -     |

|   |      |
|---|------|
| <b>10. Длительность заболевания к периоду обследования:</b> |      |
| 0—1   | 9    |
| 2—3   | 38   |
| 4—5   | —    |
| 6—7   | 15   |
| 8 и более   | -109 |
| <b>11. Форма потребления алкоголя:</b>                      |      |
| перемежающаяся  | 8    |
| постоянная  | -143 |
| запойная  | 144  |
| <b>12. Одинокое потребление алкоголя:</b>                   |      |
| есть  | 102  |
| нет   | -102 |
| <b>13. Тип течения заболевания:</b>                         |      |
| злокачественный   | 197  |
| быстрый   | -19  |
| медленный   | -137 |
| стационарный  | -3   |
| ремиттирующий   | -48  |
| <b>14. Тип изменения личности:</b>                          |      |
| астенический  | 47   |
| истерический  | -3   |
| эксплозивный  | -7   |
| апатический   | 2    |

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

**ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

(Старшенбаум Г. В., 1991—2005)

| Факторы  | Баллы |
|--|-------|
| <b>А. Постоянные факторы риска:</b>                  |       |
| 1. Женщина 15—30 лет.                                | 1     |
| 2. Мужчина 20—35 лет.                                | 1     |
| 3. Отягощенная наследственность.                     | 1     |
| 4. Дисфункциональная первичная семья.                | 1     |
| 5. Неправильный тип воспитания.                      | 1     |
| 6. Одна суицидная попытка более года назад.          | 3     |
| 7. Повторные суицидные попытки в анамнезе.           | 4     |
| 8. Суицидная попытка в текущем году.                 | 5     |
| <b>Оценка постоянных факторов риска</b>              |       |
| <b>Б. Переменные факторы риска:</b>                  |       |
| 9. Фрустрация доминирующей потребности.              | 1     |
| 10. Сочетание сфер конфликта.                        | 1     |
| 11. Неразрешенность кризиса.                         | 1     |
| 12. Длительность суицидальных тенденций 1—2 месяца.  | 1     |
| 13. Непереносимость фрустрации.                      | 1     |
| 14. Импульсивность.                                  | 1     |
| 15. Ригидность аффекта.                              | 1     |
| 16. Категоричность мышления.                         | 1     |
| 17. Симбиотические тенденции.                        | 1     |
| 18. Однобокость системы ценностей.                   | 1     |
| <b>Оценка переменных факторов риска</b>              |       |
| <b>В. Антисуицидальные факторы:</b>                  |       |
| 19. Гедонистические тенденции.                       | -1    |
| 20. Творческие планы.                                | -1    |
| 21. Надежда на улучшение ситуации.                   | -1    |
| 22. Забота о близких.                                | -1    |
| 23. Чувство долга.                                   | -1    |
| 24. Боязнь осуждения суицида.                        | -1    |
| 25. Страх боли, ущерба для здоровья.                 | -1    |
| 26. Эмоциональная привязанность к значимому другому. | -1    |
| 27. Наличие источников поддержки.                    | -1    |
| 28. Конструктивная лечебная установка                | -1    |
| Оценка антисуицидальных факторов                     |       |
| Оценка риска суицидной попытки                       |       |

*Примечание.* Суицидальный риск оценивается путем сложения баллов. Низким считается суицидальный риск до 10 баллов, средним – от 10 до 15, высоким – более 15 баллов.

Приложение 5  
**СУИЦИДАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ** (Вагин Ю. Р., 1998)

Выберите ответ на высказывания, используя для этого 4 варианта ответа: 1) «да» – в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением; 2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует Вашим переживаниям; 3) «сомневаюсь» – если не уверены, подходит ли Вам высказывание или нет; 4) «нет» – в том случае, если Вы уверены, что данное высказывание не соответствует Вашим переживаниям.

| Утверждения   | да | час-<br>точно | сомне-<br>ваюсь | нет |
|---|----|---------------|-----------------|-----|
| 1. Думал, что если умру, то всем будет только Лучше.                          |    |               |                 |     |
| 2. В жизни потерялся какой-то главный смысл.                                  |    |               |                 |     |
| 3. Мне казалось, что только смерть может избавить меня от страдания.          |    |               |                 |     |
| 4. Думал доказать что-то хотя бы своей Смертью.                               |    |               |                 |     |
| 5. Я думал, что не имею права больше жить.                                    |    |               |                 |     |
| 6. Думал умереть, пусть попробуют пожить без меня.                            |    |               |                 |     |
| 7. Я надеялся, что после смерти меня ждет что-то лучшее.                      |    |               |                 |     |
| 8. Я хотел умереть, потому что из-за меня слишком много проблем.              |    |               |                 |     |
| 9. Казалось, что все хорошее осталось позади, а впереди ничего нет.           |    |               |                 |     |
| 10. Думал, что лучше умереть, чем так мучиться.                               |    |               |                 |     |
| 11. Когда тебя не понимают, то ничего больше не остается.                     |    |               |                 |     |
| 12. Я думал, что своей смертью смогу искупить свою вину.                      |    |               |                 |     |
| 13. Было так больно и обидно, что хотелось отомстить.                         |    |               |                 |     |
| 14. Я думал умереть здесь, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни. |    |               |                 |     |
| 15. Думал, что моя смерть что-то изменит к лучшему вокруг.                    |    |               |                 |     |
| 16. Потому что жизнь утратила какой-либо интерес.                             |    |               |                 |     |
| 17. Я уже не мог больше терпеть все это.                                      |    |               |                 |     |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 18. По-другому я не смог бы ничего доказать.                                  |  |  |  |  |
| 19. Мне казалось, что я сам во всем виноват и должен понести наказание.       |  |  |  |  |
| 20. Я хорошо понимал, что своей смертью причину боль и даже хотел этого.      |  |  |  |  |
| 21. Мне хотелось уйти туда к тем (или к тому), кого я люблю.                  |  |  |  |  |
| 22. Я не хотел быть обузой для окружающих.                                    |  |  |  |  |
| 23. Во мне кончилась какая-то сила для жизни.                                 |  |  |  |  |
| 24. Если бы мне не было так больно, я бы даже не думал о смерти.              |  |  |  |  |
| 25. Мне кажется, что меня просто никто не замечает.                           |  |  |  |  |
| 26. Только я сам могу судить себя за все.                                     |  |  |  |  |
| 27. Своей смертью я хотел наказать.   |  |  |  |  |
| 28. Думал, что может быть там я буду более счастливым, чем здесь.             |  |  |  |  |
| 29. Хотелось умереть, чтобы никому не мешать.                                 |  |  |  |  |
| 30. Меня не устраивала та жизнь, которая ждала меня впереди.                  |  |  |  |  |
| 31. Мне казалось, что если жизнь приносит только боль, лучше умереть.         |  |  |  |  |
| 33. Мне хотелось быть самому себе и судьей и палачом.                         |  |  |  |  |
| 34. Было легкое удовлетворение от мысли, что своей смертью я создам проблему. |  |  |  |  |
| 35. Я думал о смерти, как о пути к новой жизни.                               |  |  |  |  |

*Примечание.* Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996—1998 г. Тест позволяет выявить и количественно оценить семь основных мотивационных аспектов суицидального поведения.

Каждому из мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний. Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Альтруистическая мотивация (смерть ради других) – 1, 8, 15, 22, 29.
2. Анемическая мотивация (потеря смысла жизни) – 2, 9, 16, 23, 30.
3. Анестетическая мотивация (невыносимость страдания) – 3, 10, 17, 24, 31.
4. Инструментальная мотивация (манипуляция другими) – 4,

- 11, 18, 25, 32.
5. Аутопунитическая мотивация (самонаказание) – 5, 12, 19, 26, 33.
  6. Гетеропунитическая мотивация (наказание других) – 6, 13, 20, 27, 34.
  7. Поствита́льная мотивация (надежда на что-то лучшее после смерти) – 7, 14, 21, 28, 35.

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах: «да» – 3 балла; «частично» – 2 балла; «сомневаюсь» – 1 балл; «нет» – 0 баллов.

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса.

Максимальная выраженность может достигать соответственно 15 баллов, минимальная – 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр суицидальной мотивации у данного конкретного человека, и на этом основании судить о выраженности суицидальных тенденций.

Приложение 6  
**ПРОТИВОСУИЦИДАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ** (Вагин Ю. Р., 1998)

*Примечание.* Выберите ответ на высказывания, используя для этого 4 варианта ответа: 1) «да» – в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением; 2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует Вашим переживаниям; 3) «сомневаюсь» – если не уверены, подходит ли Вам высказывание или нет; 4) «нет» – в том случае, если Вы уверены, что данное высказывание не соответствует Вашим переживаниям.

| Утверждения  | да | частично | сомневаюсь | нет |
|--|----|----------|------------|-----|
| 1. Меня сдерживает страх перед смертью.  |    |          |            |     |
| 2. Я считаю, что самоубийство – это грех.                                      |    |          |            |     |
| 3. Я не могу покончить с собой из-за своих близких.                            |    |          |            |     |
| 4. Я считаю, что самоубийство – это слабость и трусость.                       |    |          |            |     |
| 5. Мне неприятно представлять свое тело после самоубийства.                    |    |          |            |     |
| 6. Мне еще столько нужно сделать в жизни.                                      |    |          |            |     |
| 7. Я не думаю, что самоубийство – это единственный выход из ситуации.          |    |          |            |     |
| 8. Я считаю, что время – самое лучшее лекарство от всех проблем.               |    |          |            |     |
| 9. Я не знаю способа, чтобы наверняка уйти из жизни.                           |    |          |            |     |
| 10. Как только подумаю, что мне придется умереть, меня охватывает ужас.        |    |          |            |     |
| 11. Меня сдерживают мои религиозные убеждения.                                 |    |          |            |     |
| 12. Не хочу делать больно родным мне людям.                                    |    |          |            |     |
| 13. Я считаю, что только безвольный человек может покончить с собой.           |    |          |            |     |
| 14. Те способы, которые я могу использовать для ухода из жизни, так некрасивы. |    |          |            |     |
| 15. Если честно, то мне жалко убивать себя.                                    |    |          |            |     |
| 16. Я надеюсь найти другое решение моих проблем.                               |    |          |            |     |
| 17. Я надеюсь, что со временем мне станет легче.                               |    |          |            |     |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 18. Боюсь, что просто не смогу до конца убить себя.  |  |  |  |  |
| 19. Смерть так страшна и ужасна.   |  |  |  |  |
| 20. Жизнь дана мне Богом, и я должен терпеть все страдания.                                  |  |  |  |  |
| 21. Своим поступком я причиню страдания окружающим.  |  |  |  |  |
| 22. Я думаю, что все окружающие осудили бы меня за такой поступок.                           |  |  |  |  |
| 23. Я бы не хотел, чтобы мое тело кто-либо видел после того, как я покончу с собой.          |  |  |  |  |
| 24. Я считаю, что мне еще рано умирать.  |  |  |  |  |
| 25. Не уверен, что все, что можно было попытаться сделать, я уже сделал.                     |  |  |  |  |
| 26. Нельзя решаться сразу на такой шаг, нужно выждать хотя бы какое-то время.                |  |  |  |  |
| 27. Может получиться так, что вместо того, чтобы умереть, на всю жизнь останешься инвалидом. |  |  |  |  |
| 28. При мысли о смерти у меня замирает все внутри.   |  |  |  |  |
| 29. Если я совершу самоубийство, то погублю свою бессмертную душу.                           |  |  |  |  |
| 30. Я должен жить ради тех, кто рядом со мной.   |  |  |  |  |
| 31. Я не хочу, чтобы после моей смерти обо мне плохо думали.                                 |  |  |  |  |
| 32. Мне бы хотелось умереть легко и красиво, но я не знаю такого способа.                    |  |  |  |  |
| 33. Я думаю, что еще много мог бы пережить хорошего в своей жизни.                           |  |  |  |  |
| 34. Всегда можно найти выход из любой ситуации.  |  |  |  |  |
| 35. На смену черной полосе всегда рано или поздно приходит белая.                            |  |  |  |  |
| 36. Не могу придумать надежного способа покончить с собой.                                   |  |  |  |  |
| 34. Если честно признаться, то я боюсь смерти.   |  |  |  |  |
| 38. Совершив самоубийство, я обреку себя на вечные мучения.                                  |  |  |  |  |
| 39. Я не могу умереть добровольно, потому что есть люди, которые зависят от меня.            |  |  |  |  |
| 40. Я думаю, что покончить с собой – это просто позорное бегство.                            |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 41. В самом самоубийстве есть что-то некрасивое.                                   |  |  |  |  |
| 42. Обидно умирать, не закончив все дела.  |  |  |  |  |
| 43. Может быть, я просто не знаю, как решить ситуацию, но это знает кто-то другой. |  |  |  |  |
| 44. Даже если проблему нельзя решить, ее можно пережить.                           |  |  |  |  |
| 45. Нет уверенности, что удастся умереть.  |  |  |  |  |

*Примечание.* Тест состоит из 45 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996—1998 гг. Тест позволяет выявить и количественно оценить девять основных мотивационных аспектов противосуицидального поведения. Каждому из мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний. Далее приводятся номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Провитальная мотивация (страх смерти) – 1, 10, 19, 28, 37.
2. Религиозная мотивация – 2, 11, 20, 29, 38.
3. Этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми) – 3, 12, 21, 30, 39.
4. Моральная мотивация (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения) – 4, 13, 22, 31, 40.
5. Эстетическая мотивация – 5, 14, 23, 32, 41.
6. Нарциссическая мотивация (любовь к себе) – 6, 15, 24, 33, 42.
7. Мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход) – 7, 16, 25, 34, 43.
8. Мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему) – 8, 17, 26, 35, 44.
9. Мотивация финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть) – 9, 18, 27, 36, 45.

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах: «да» – 3 балла; «частично» – 2 балла; «сомневаюсь» – 1 балл; «нет» – 0 баллов.

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса.

Максимальная выраженность может достигать соответственно 15 баллов, минимальная – 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 9 шкал строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр противосуицидальной мотивации у конкретного человека, и на этом основании судить о выраженности антисуицидальных тенденций.

## **ШКАЛА СУИЦИДАЛЬНОЙ ИНТЕНЦИИ**

(Beck A. T.)

Бэк (Beck A. T.) является одним из самых известных и признанных авторитетов в области суицидологии в мире. Составленный им тест позволяет в баллах оценить степень суицидальной интенции, то есть определить выраженность, напряженность и в определенном смысле истинность суицидальных тенденций у лиц, совершивших суицидальную попытку. Чем выше общий балл суицидальной интенции при суммации по всем 15 параметрам, учитываемым в тесте Бэка, тем более достоверна реальность намерений человека покончить жизнь самоубийством.

Подростки, совершившие суицидальную попытку и имеющие высокий индекс суицидальной интенции по шкале Бэка, в первую очередь должны попадать в поле зрения психолога, психотерапевта или психиатра.

Важно помнить, что при высоком индексе суицидальной интенции существенно повышается риск повторной суицидальной попытки.

Предлагаемый Вашему вниманию тест состоит из двух разделов.

В первом разделе учитываются объективные обстоятельства, имеющие отношение к суицидальной попытке.

### **1. Изоляция**

0 – кто-то присутствует рядом.

1 – кто-то поблизости или в пределах визуального или вокального контакта.

2 – никого нет поблизости или в пределах визуального или вокального контакта.

### **2. Выбор времени**

0 – вмешательство возможно.

1 – вмешательство маловероятно.

2 – вмешательство очень маловероятно.

### **3. Предосторожности против раскрытия/вмешательства**

0 – Нет.

1 – пассивные предосторожности, например избегание посторонних, но отсутствие предосторожностей против их вмешательства.

2 – активные предосторожности, например закрытая дверь.

### **4. Действия, ориентированные на получение помощи во**

**время/после попытки**

- 0 – извещение потенциального помощника о попытке.
- 1 – контакт без специального извещения потенциального помощника о попытке.
- 2 – контакт или извещение потенциального помощника отсутствует.

5. **Финальные действия в ожидании смерти (например, завещание, подарки, страховка)**

- 0 – нет.
- 1 – мысли об этом или какие-то приготовления.
- 2 – делал определенные планы или законченные приготовления.

6. **Активные приготовления к попытке**

- 0 – нет.
- 1 – развернутые.
- 2 – минимальные или умеренные.

7. **Предсмертные записки**

- 0 – нет.
- 1 – записка написана, но изорвана, или мысли об этом.
- 2 – наличие записки.

8. **Открытое извещение о намерении перед попыткой**

- 0 – нет.
- 1 – двусмысленное извещение.
- 2 – недвусмысленное извещение.

Второй раздел включает в себя данные, полученные при самоотчете исследуемого.

9. **Приписываемая цель попытки**

- 0 – манипуляция окружением, привлечение внимания, месть.
- 1 – компоненты «0» и «2».
- 2 – бегство, решение проблем.

10. **Ожидаемая фатальность**

- 0 – мысли о нежелательности смерти.
- 1 – мысли, что смерть возможна, но не обязательна.
- 2 – мысли, что смерть возможна и обязательна.

11. **Понимание летальности метода**

- 0 – сделал меньше, чем предполагал будет летальным.
- 1 – был неуверен, что действия будут летальными.
- 2 – выполнил или превысил то, что ожидал будет летальным.

12. **Серьезность попытки**

- 0 – не делал серьезной попытки покончить с жизнью.
- 1 – неопределенность о серьезности окончить жизнь.
- 2 – серьезно пытался покончить с жизнью.

13. **Отношение к жизни/смерти**
  - 0 – не хотел умирать.
  - 1 – компоненты «0» и «2»
  - 2 – хотел умереть.
14. **Представления о возможностях медицинской помощи**
  - 0 – мысли, что смерть будет маловероятной при медицинском вмешательстве.
  - 1 – был неуверен, может ли смерть быть предупреждена при медицинском вмешательстве.
  - 2 – был уверен в смерти даже при медицинском вмешательстве.
15. **Степень преднамеренности**
  - 0 – нет, импульсивное.
  - 1 – обдумывание менее 3 часов перед попыткой.
  - 2 – обдумывание более 3 часов перед попыткой

**КАРТА ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ  
СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ**

(Говорин Н. В., Козлов Т. Н., 2004)

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Год рождения \_\_\_\_\_  
Место постоянного жительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Звание \_\_\_\_\_  
Должность \_\_\_\_\_  
Войсковая часть (адрес и №) \_\_\_\_\_  
Дата обследования \_\_\_\_\_

**I. Образование:**

1. до 9 классов
2. от 9 до 11 классов
3. среднеспециальное
4. неоконченное высшее
5. высшее

**II. Род занятий до призыва на военную службу:**

6. работал (сфера)
7. учился (где)
8. работал и учился
9. не работал и не учился

**III. Профессия в армии:**

**IV. Психические заболевания у родственников:**

10. не было
11. шизофрения
12. МДП, циклотимия
13. эпилепсия
14. неврозы, реактивные психозы
15. алкоголизм, наркомания
16. умственная отсталость

**V. Суициды у родственников:**

- 17. не было
- 18. были

**VI. Степень суицидальности:**

- 19. мысли
- 20. замысел
- 21. попытки (намерения)
- 22. завершённый суицид

**VII. Родители**

- 23. отсутствуют
- 24. одна мать
- 25. один отец
- 26. мать и отец
- 27. отец и мачеха
- 28. мать и отчим
- 29. детский дом

VIII. **Профессия отца** \_\_\_\_\_  
(вписать)

IX. **Профессия матери** \_\_\_\_\_  
(вписать)

**X. Инвалидность отца**

- 30. есть
- 31. нет

**XI. Инвалидность матери**

- 32. есть
- 33. нет

**XII. Особенности призыва на военную службу:**

- 34. призыв вместе со сверстниками
- 35. имел отсрочку от призыва:
- 36. по состоянию здоровья
- 37. по семейному положению
- 38. для продолжения образования
- 39. отбывал в это время уголовное наказание
- 40. по другим основаниям

**XIII. Призыв позже своих сверстников на:**

- 41. 1 год
- 42. 2 года
- 43. 3 года и более

**XIV. Были ли приводы в милицию:**

- 44. нет
- 45. да (за что) \_\_\_\_\_  
(вписать)

XV. Привлекался ли ранее к уголовной ответственности:

46. нет

47. да (за что) \_\_\_\_\_  
(вписать)

**XVI. Тип воспитания:**

48. требовательность, строгость

49. гиперопека

50. гипоопека

51. кумир семьи

52. гармоничное воспитание

**XVII. Тип характера:**

53. неопределённый

54. шизоидный

55. паранойяльный

56. циклоидный

57. неустойчивый

58. дистимический

59. астенический

60. сенситивный

61. эпилептоидный

62. истерический

63. конформный

64. лабильный

65. гипертимный

66. психастенический

67. возбудимый

**XVIII. Личность (характер):**

68. без акцентуаций

69. акцентуация

70. расстройство личности

**XIX. Личность:**

71. зрелая

72. незрелая (инфантильность)

**XX. Уровень интеллектуального развития:**

73. высокий

74. средний

75. ниже среднего

76. примитивная личность

77. пограничная умственная отсталость

78. умственная отсталость

**XXI. Семейное положение:**

- 79. не женат (есть ли невеста)
- 80. женат
- 81. разведен

**XXII. Дети:**

- 82. есть
- 83. нет

**XXIII. Судимость:**

- 84. есть
- 85. нет

**XXIV. Бытовые условия на службе:**

- 86. хорошие
- 87. плохие

**XXV. Питание:**

- 88. хорошее
- 89. плохое

**XXVI. Досуг (личное время):**

- 90. есть (как проводит) \_\_\_\_\_  
(вписать)

- 91. нет

**XXVII. Как переносит трудности службы (в том числе климатические условия):**

- 92. хорошо
- 93. плохо

**XXVIII. Характер взаимоотношений с сослуживцами:**

- 94. социометрический статус
- 95. общается с широким кругом лиц
- 96. замкнут, избегает общения

**XXIX. Стиль межличностного общения:**

**а) активность в общении**

**по сравнению с другими лицами:**

- 97. почти не участвует в общении
- 98. общается по мере необходимости
- 99. менее активен в общении, чем другие
- 100. активен в общении

**б) привычный круг общения в коллективе:**

- 101. ни с кем не общается
- 102. общается только с должностными (официальными) лицами
- 103. общается только с одним воином
- 104. общается довольно с узким кругом военнослужащих
- 105. активно общается с достаточно большим числом служащих

**с) потребность в общении:**

- 106. совершенно не испытывает потребность в общении
- 107. очень редко появляется желание общаться
- 108. хотел бы общаться только с некоторыми военнослужащими
- 109. хотел бы общаться с группой сослуживцев
- 110. испытывает большую потребность в общении

d) **эффект общения:**

- 111. раздражают и мучают некоторые сослуживцы
- 112. общение для него – дополнительная нагрузка
- 113. при общении остаётся равнодушным
- 114. общение доставляет радость
- 115. общение обогащает и повышает настроение

e) **характеристика общения в коллективе:**

- 116. напряженность, взаимные обвинения, конфликты
- 117. неуставные взаимоотношения, грубость, оскорбления
- 118. безразличие, равнодушие
- 119. товарищеская взаимопомощь, доброжелательность, одобрение
- 120. дружба, сплочённость, согласованность в совместных действиях

**XXX. Месяц суицида:**

- 121. январь
- 122. февраль
- 123. март
- 124. апрель
- 125. май
- 126. июнь
- 127. июль
- 128. август
- 129. сентябрь
- 130. октябрь
- 131. ноябрь
- 132. декабрь

**XXXI. День суицида:**

- 133. будний день
- 134. предвыходной
- 135. выходной
- 136. предпраздничный
- 137. праздничный

**XXXII. Время суток:**

- 138. 0—6
- 139. 6—12
- 140. 12—18
- 141. 18—24

**XXXIII. Место совершения попытки:**

- 142. в служебном помещении
- 143. вне помещения
- 144. при непосредственном несении службы (при исполнении приказа)

- 145. в относительно свободное время

**XXXIV. Наличие других лиц рядом:**

- 146. был один
- 147. были и другие рядом

**XXXV. Опьянение:**

- 148. не было
- 149. было алкогольное
- 150. было наркотическое

**XXXVI. Способ:**

- 151. отравление
- 152. самоповешение
- 153. огнестрельное повреждение
- 154. прочие

**XXXVII. Локализация повреждений:**

- 155. голова
- 156. шея
- 157. грудь, спина
- 158. руки
- 159. ноги
- 160. живот
- 161. множественные повреждения

**XXXVIII. Оставление записок:**

- 162. есть
- 163. нет

**XXXIX. Суицидальные высказывания до:**

- 164. нет
- 165. есть

**XL. Длительность предсуицидального периода:**

- 166. секунды, минуты
- 167. часы – сутки
- 168. сутки – неделя
- 169. недели – месяц
- 170. более месяца

**XLI. Конфликт:**

- 171. реальный

- 172. субъективный
- 173. реально-субъективный
- 174. субъективно-реальный

**XLII. Сфера конфликта:**

- 175. витальная (биологическая)
- 176. интимная
- 177. семейная
- 178. профессиональная
- 179. административно-правовая
- 180. морально-этическая
- 181. религиозная, особая

**XLIII. Содержание конфликта:**

- 182. потеря близкого, знакомого
- 183. ревность, измена, неразделённая любовь
- 184. неудача, несостоятельность
- 185. неблагоприятный поступок (чувство стыда, угрызение совести)
- 186. угроза ответственности
- 187. падение престижа
- 188. оскорбление, унижение
- 189. преследование
- 190. первичное суицидальное влечение
- 191. недостаток внимания и заботы, нежелание служить

**XLIV. Аффективный радикал:**

- 192. расчет, спокойствие
- 193. стыд, раскаяние
- 194. отчаяние, скорбь
- 195. обида
- 196. тревога, страх
- 197. возмущение, злоба, гнев

**XLV. Квалификация:**

- 198. протест, месть
- 199. призыв о помощи
- 200. самонаказание
- 201. избегание трудностей
- 202. наказание
- 203. самоповреждение
- 204. демонстративное поведение
- 205. другие

**XLVI. Аффективные радикалы в постсуицидальном периоде:**

- 206. холод
- 207. раскаяние, стыд
- 208. отчаяние, скорбь

- 209. обида
- 210. тревога, страх
- 211. возмущение, злоба, гнев
- 212. апатия

**XLVII. Конфликт в постсуициде:**

- 213. дезактуализация
- 214. уменьшение актуальности
- 215. без изменений
- 216. усиление актуальности

**XLVIII. Личное отношение к суицидальному действию:**

- 217. безразличие
- 218. самоосуждающее
- 219. сожалеет, что жив
- 220. сокрытие попытки
- 221. отрицание вследствие амнезии

**XLIX. Планы на будущее:**

---

---

---

---

---

---

---

(вписать)

Приложение 9

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

| Годы | городское население | сельское население | всё население | 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 |

## Содержание

|   |     |
|---|-----|
| <b>Введение</b> .....   | 5   |
| <b>Глава 1 СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ</b> .....   | 8   |
| 1.1. Понятие суицида и суицидального поведения .....  | 8   |
| 1.2. Значение ведущих факторов в суицидогенезе .....  | 11  |
| 1.3. Мотивы суицидального поведения .....   | 25  |
| 1.4. Особенности суицидального поведения в подростково-<br>юношеском возрасте .....   | 28  |
| <b>Глава 2 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОВ<br/>И ПАРАСУИЦИДОВ (совместно с О. П. Ступиной)</b> .....                                  | 36  |
| <b>Глава 3 РОЛЬ АЛКОГОЛЬНОГО ФАКТОРА В СУИЦИДАЛЬНОМ<br/>ПОВЕДЕНИИ</b> .....   | 50  |
| 3.1. Самоубийства и потребление алкоголя .....  | 50  |
| 3.2. Суицидальное поведение у больных алкогольной зависи-<br>мостью .....   | 62  |
| <b>Глава 4 ТИПОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО<br/>ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ (со-<br/>вместно с Т. Н. Козловым)</b> ..... | 73  |
| 4.1. Актуальность вопроса .....   | 73  |
| 4.2. Личностные и психопатологические механизмы суици-<br>дального поведения у военнослужащих срочной службы .....                        | 82  |
| <b>Глава 5 ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА-<br/>СЕЛЕНИЮ (совместно с О. П. Ступиной)</b> .....                                    | 100 |
| <b>Заключение</b> .....   | 114 |
| <b>Литература</b> .....   | 116 |
| <b>Приложения</b> .....   | 152 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Introduction</b> .....   | 5   |
| <b>Chapter 1 STATE-OF-THE-ART</b> .....   | 8   |
| 1.1. Concept of suicide and suicidal behavior .....   | 8   |
| 1.2. Significance of leading factors in suicide genesis .....   | 11  |
| 1.3. Motives of suicidal behavior .....   | 25  |
| 1.4. Features of suicidal behavior at teen-age .....  | 28  |
| <b>Chapter 2 EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SUICIDES AND PARA-SUICIDES (jointly with O. P. Stupina)</b> .....                   | 36  |
| <b>Chapter 3 ROLE OF ALCOHOL FACTOR IN SUICIDAL BEHAVIOR ...</b>  | 50  |
| 3.1. Suicides and alcohol consumption .....   | 50  |
| 3.2. Suicidal behavior in patients with alcohol dependence.....   | 62  |
| <b>Chapter 4 TYPOLOGY AND RISK FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SERVICEMEN AT THE CALL (jointly with T. N. Kozlov)</b> ..... | 73  |
| 4.1. Relevance of the problem.....  | 73  |
| 4.2. Personality and psychopathologic mechanisms of suicidal behavior in conscripts .....                                   | 82  |
| <b>Chapter 5 ORGANIZATION OF SUICIDOLOGICAL ASSISTANCE FOR POPULATION (jointly with O.P. Stupina)</b> .....                 | 100 |
| <b>Conclusion</b> .....   | 114 |
| <b>References</b> .....   | 116 |
| <b>Supplements</b> .....  | 152 |

Научное издание

**Николай Васильевич Говорин  
Анатолий Васильевич Сахаров**

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ТИПОЛОГИЯ  
И ФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ**

Редактор И. А. Зеленская

---

Подписано в печать 2.06.2008 г.  
Сдано в набор 26.06.2008 г.

Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная № 1.  
Печать офсетная.  
Печ. л.11,25; усл. печ. л.10,47; уч.-изд. л.10,87  
Тираж 500. Заказ № 341

---

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»  
634050, г. Томск, Октябрьский взвоз, 1  
Тел. (382-2)-51-32-95, тел./факс (382-2)-51-24-20  
E-mail: mail@if.tomsk.ru



**Говорин Николай Васильевич,**  
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, академик МАНЭБ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. Автор более 300 научных работ. Основные научные направления – оптимизация терапии эндогенных заболеваний, вопросы экологической и детской психиатрии, наркологической патологии, в том числе роль алкогольного фактора в демографическом кризисе и суицидальном поведении.



**Сахаров Анатолий Васильевич,**  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. Автор более 30 научных публикаций. Основные научные интересы – эпидемиология суицидального поведения, насильственная смертность и алкоголизация населения, клиничко-патогенетические аспекты алкогольной зависимости.