

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

*В.В. Колягин, О.П. Ворсина*

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЧЕЛОВЕКА  
В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ  
И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Пособие для врачей

Иркутск  
ИГМАПО  
2014

УДК 616.89-008.441.44  
ББК 56.14-32  
К62

*Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 09.10.2014 г.*

Рецензент

В.С. Собенников – д-р мед. наук, профессор зав. кафедрой психиатрии,  
наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО ИГМУ

***Колягин, В.В.***

**К62** Биопсихосоциальная структура человека в современном  
российском обществе и суицидальное поведение: пособие для  
врачей / В.В. Колягин, О.П. Ворсина. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО  
ИГМАПО, 2014. – 49 с.

Рассмотрен широкий круг проблем, связанных с суицидальным поведением людей, распространенностью, факторами риска, в том числе у больных психическими расстройствами, в аспекте биопсихосоциальной парадигмы.

Предназначено для врачей всех специальностей, особенно психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, а также психологов, социальных работников и студентов медицинских вузов.

**УДК 616.89-008.441.44**  
**ББК 56.14-32**

© Колягин В.В, Ворсина О.П., 2014  
© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2014

## Оглавление

Введение.....	4
Факторы риска суицидального поведения (обзор литературы).....	4
Распространенность и факторы риска суицидов у больных психическими расстройствами (обзор литературы).....	16
Суицидальное поведение больных аффективными расстройствами.....	17
Суицидальное поведение больных шизофренией.....	18
Суицидальное поведение при расстройствах личности.....	19
Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении.....	21
Биопсихосоциальная структура человека в современном российском обществе (совместно с В.В. Колягиной, В.И.Богатыревым).....	24
Социально-психологический кризис на постсоветском пространстве.....	24
Общепризнанные факторы риска суицида.....	26
Отношение к суициду в христианском обществе (исторический аспект).....	27
Наркотическая ситуация в России.....	29
Каннабиноиды и суициды.....	30
Стрессы и другие причины суицидов.....	32
Уровень распространения наркомании в России.....	34
Социальные корни зависимости (аддикция). ....	35
Каким образом на Западе рекламировался новый образ жизни: сексуальная революция, наркотики.....	37
Из истории распространения «рок культуры» и наркотиков в шестидесятых и семидесятых годах XX века.....	37
Разрушение российских культурных традиций .....	38
Христианское представление о человеке, наркотики и рок-культура.....	40
«Какое ментальное поле, такое и тело - что вверху, то и внизу».....	41
Биопсихосоциальная парадигма.....	45
Три самые важные потребности человека.....	47
Формирование психики людей.....	48
Заключение.....	48
Список рекомендуемой литературы.....	50

## **Введение**

Проблема суицидов в последние десятилетия продолжает оставаться одной из самых острых медико-социальных проблем в мире. По разным причинам каждые сорок секунд на Земле кто-то убивает себя. По данным Всемирной организации здравоохранения (2008), ежегодно завершённые суициды исполняют более одного миллиона человек, а попытку самоубийства предпринимают в 10–20 раз большее число, среди которых максимально «активными» являются люди трудоспособного возраста, при этом наблюдается «омоложение» суицидентов.

В РФ с 1990 по 2010 г. было зарегистрировано около 800 тыс. самоубийств: ежегодно погибает до 45 тыс. человек, причем это только учтённые случаи. Россия отнесена Всемирной организацией здравоохранения по показателю суицида к группе с высоким и очень высоким уровнем самоубийств, включающей в себя страны с превышением 20 случаев самоубийства на 100 тыс. человек в год. Смертность в результате самоубийства в РФ составляет около 3 % от общего числа смертей, превышает в 2 раза смертность от дорожно-транспортных происшествий и почти в два раза – процент насильственных смертей.

РФ с 2003 г. стала лидером и по числу самоубийств среди несовершеннолетних, занимает первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 40 %. Ежедневно в нашей стране 17 детей совершают самоубийство. В среде подростков суициды стали «модным поступком» и третьей по частоте причиной смерти. Чаще всего предпринимают суицидальные попытки подростки в возрасте от 10 до 14 лет причем, по данным экспертов, почти 80 % – это вполне успешные домашние дети из внешне благополучных семей. Порой целые города страны охватывают эпидемии детских суицидов.

## **ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (обзор литературы)**

У человека под влиянием сложных социальных условий, обстоятельств в жизни, порождаются внутриличностные конфликты, приводящие к социально-психологической дезадаптации. Такие конфликты могут быть

результатом внешних объективных противоречий (моральные, адаптационные и др.) и внутреннего мира личности, отражающие ее отношение к окружающей среде (мотивационные конфликты, конфликты неадекватной самооценки). S. Weyerer, A. Wiedenmann (1995) исследовали влияние на динамику суицидов таких показателей, как рост экономики, средний реальный доход, частота банкротств и безработица и пришли к выводу, что наибольшее влияние на рост самоубийств оказывали два последних фактора.

Исследование 26 стран Евросоюза показывает, что значительный подъем уровня самоубийств связан с быстрым ростом безработицы (Stuckler D. et al., 2009). Азиатские и китайские исследования также обнаружили, что уровень безработицы является основным фактором риска для самоубийства (Cheng A. et al., 2000; Gururaj G. et al., 2004; Phillips M. et al., 2002). Тем не менее, часть исследователей предполагают, что самоубийство и безработица имеют случайные корреляции или не имеют существенного значения (Agerbo E., 2003; Blakely T. et al., 2003; Kraut A., Walld R., 2003). Многие авторы считают, что экономический спад и сокращение рынка труда является прелюдией к повышенному уровню суицидов (Piatt S., 1984; Stankunas M. et al., 2006; Varnik P. et al., 2010; Weyerer S., Wiedenmann A., 1995). Результаты исследования A. Yuryev et al. (2010) подтверждают гипотезу о том, что суицидальное поведение зависит в определенной степени от ситуации на рынке труда и характеризуется обратной зависимостью с занятостью в большинстве стран, в которых занятость является чувствительным индикатором экономических изменений. Результаты 16 продольных исследований показывают, что занятость имеет постоянное влияние на психическое здоровье (Murphy J., Athanasou J., 1999). Многие исследования рассматривают занятость как ключевой фактор, влияющий на суицидальное поведение (Jin R. et al., 1995; Piatt S., 1984; Piatt S, Hawton K., 2000), которое у мужчин является гораздо более тесно связано с экономическими колебаниями в обществе, занятостью, чем у женщин (Юрьева Л., 2006; Wassermann D., Makinen I., 2009; Wassermann D. et al, 1994). Этот факт пытаются объяснить теорией гендерной роли, по которой традиционно мужчинам присущи чувство собственного достоинства, независимость, неприятие отказа, в то время как традиционно женская роль более размыта (Moller–Leimkuhler A., 2003).

Безработные гораздо больше склонны к злоупотреблению алкоголем, табаком и наркотиками, чем работающие (Mullahy J., Sindelar J., 1996; Janlert U., 1997; Fergusson D. et al., 2001; Laitinen J. et al., 2002). Кроме того, лишение работы делает человека психологически более уязвимым

для других неблагоприятных факторов, а также повышает риск изоляции (Wassermann D., Makinen I., 2009).

В последнее время появились работы, где как фактор риска совершения суицида рассматривается понижение по службе. Это явление получило название «эффект Аякса». S. Stack (2009) обнаружил, что лица, которые были понижены по службе в течение последнего года жизни (4 % суицидентов) в 6,7 раза чаще совершали суициды, чем те, кто такого понижения не имел. Автор считает, что эффект понижения по службе более тесно связан с риском суицида, чем «стандартные» психиатрические факторы, включая большую депрессию и алкогольную зависимость.

Международное исследование суицидов National Violent Death Reporting System (NVDRS), проведенное в 2003–2006 гг. в 17 государствах и охватывающее 30,5 тыс. суицидов, приводит следующие данные. В 9,9 % случаев суицидам предшествовали финансовые затруднения (банкротство, долги, денежные споры между супругами), а в 10 % – проблемы с работой (напряженные отношения с коллегами, угроза увольнения, поиск постоянной работы, безработица).

В литературе приводятся многочисленные данные о том, что в европейских странах и США риск совершения суицидальных действий среди городских жителей больше, чем среди сельских (Бачериков Н.Е. с соавт., 1989; Лопатин А.А., Кокорина Н.П., 1996; Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1998; Grollman E.A., 1988). Противоположная картина наблюдается в Китае – уровень сельских суицидов превышает городской в пять раз (Phillips M. et al., 2002; Zhang J. et al., 2004; Yip P. et al., 2005). Yip P. et al. (2005) попытались объяснить этот факт культуральными факторами и региональными отличиями в социальноэкономической ситуации. В последние годы в России и других государствах – бывших республиках СССР наблюдается ситуация, при которой распространенность самоубийств в сельской местности превышает таковую в городской (Постовалова А.И., 1989; Редько А.Н., 1994; Гилинский Я.И., 2004). Высокая частота суицидов в сельской местности связывалась авторами с выездом из сел наиболее трудоспособной части населения, увеличением там доли лиц пожилого и старческого возраста, одиноких, психически больных, лиц, злоупотребляющих алкоголем. В сельских районах уровень суицидов выше там, где ниже плотность населения, исследователи объясняют этот факт социальной изоляцией сельских жителей и недостаточным развитием социальных служб (Seiden R., 1984).

Среди биологических факторов риска суицидального поведения обычно рассматриваются пол, возраст, наследственная отягощенность. На тендерные различия как предикторы суицидального поведения указывали

многие авторы (Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И., 1991; Ваулин С.В., Лапицкий М.А., 2000; Лопатин А.А., 2000; Юрьева Л.Н., 2001; Klerman G., 1987; Murphy G., 1998; Brent D. et al., 1999). В большинстве стран мира частота суицидов среди мужчин превышает в несколько раз соответствующий показатель женщин. Например, в таких странах, как США, Греция, Мексика мужские самоубийства превышают женские в 3–5 раз (ВОЗ, 2001), в азиатских – эта разница несколько снижается и не превышает 2 раз. Исключение составляет Китай, где женский уровень суицидов традиционно превышает мужской (14,8 против 13 на 100 тыс. населения), особенно у молодых женщин, проживающих в сельской местности (Phillips M. et al., 2002; Yang G. et al., 2004; Yip P. et al., 2005). Исследователи объясняют такие соотношения несколькими факторами. G. Murphy (1998) предполагает, что мужчины могут расценивать потребность в помощи как слабость, не искать помощь у окружающих, кроме того, депрессия у мужчин чаще сопровождается приемом психоактивных веществ. Z. Rihmer et al. (1990) считают, что депрессии у мужчин не распознаются, и их уровень на самом деле выше, чем принято считать. D. Brent et al. (1999) полагают, что уровень женских суицидов уступает мужским, так как женщины более склонны использовать менее летальные, обратимые способы самоубийств, реже прибегают к употреблению алкоголя во время самоубийства. Ряд отечественных авторов объясняют меньшую частоту суицидов среди женщин их большими, по сравнению с мужчинами, адаптационными ресурсами, что помогает им легче приспособиться к современной социально-экономической ситуации (Беляков С.А., 1983; Жариков Н.М. с соавт., 1997).

По данным отечественных авторов, соотношение мужских и женских суицидов составляет 4–6:1 (Войцехович Б.А., Редько А.Н., 1994; Ваулин С.В. с соавт., 2000; Лопатин А.А., 2000; Положий Б.С., 2006). Динамика частоты мужских суицидов в России в последние два десятилетия полностью повторяет динамику самоубийств в общей популяции. Частота мужских суицидов в 1990–1991 гг. составляла соответственно 43,7 и 44,5 на 100 тыс. мужского населения, наибольшие показатели наблюдались в 1994 г. и 2001 г. – 74,2 и 72,0 на 100 тыс. мужского населения. В настоящее время уровень российских мужских суицидов превышает среднемировой в 2,9 раза. Частота женских суицидов за анализируемый период оставалась стабильной (10,7–13,6 случая на 100 тыс. женского населения), то есть макросоциальные факторы практически не оказывают влияния. Большинство суицидологов пришли к выводу, что в формировании суицидального поведения у женщин ведущая роль принадлежит микросоциальным факторам (личным, семейным). В то же время, несмотря на более низкий уровень смертности от

самоубийств среди женщин, суициды составляют у них существенно более высокую долю от всех случаев насильственной смерти, чем у мужчин (Rezaeian M., 2007). А.В. Голенков, Е.В. Кашина (2000) отмечают, что возрастной пик частоты женских суицидов как в городе, так и на селе приходится на возраст 70 лет и старше. И.Б. Бойко (1998) самым суицидоопасным возрастом для женщин считает период 60–69 лет, а самым благополучным в смысле суицидального риска – 14–20 лет.

У детей и подростков частота суицидов также зависит от пола. Соотношение мальчиков и девочек среди суицидентов составляет 3–4:1 (Ниссен Г., 1992; Лазебник А.И. с соавт., 1994, 1995). В детском возрасте суициды чаще совершают мальчики, в раннем пубертатном возрасте частота суицидов мальчиков и девочек уравнивается, а в среднем пубертатном периоде и старше суициды чаще совершают девочки (Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., 1985; Личко А.Е., 1999; Otto V., 1972).

По данным большинства авторов (Войцехович Б.А., Редько А.Н., 1994; Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1998; Ваулин С.В. с соавт., 2000; Лопатин А.А., 2000; Klerman G., 1987; Wunderlich U. et al., 2001), суицидальные попытки чаще предпринимаются женщинами, чем мужчинами в соотношении 2–4:1. Л.Н. Касимова (2000) установила, что мысли о самоубийстве и попытки покончить с собой у женщин в общей популяции населения крупного промышленного города встречаются почти в 4 раза чаще, чем у мужчин. Ряд авторов сообщают о практически равном соотношении мужских и женских суицидальных попыток (Амбрумова А.Г., Гилод В.М., 1998; Dalgic M., Cote G., 2006).

Суицидальная активность населения в различные возрастные периоды жизни имеет определенные закономерности: и в большинстве стран Европы, и в США число лиц, погибших в результате суицидов, с возрастом увеличивается, а число – совершивших парасуициды – уменьшается (Тихоненко В.А., 1981; Conwell Y. et al., 1998; Kaplan M. et al., 1998 и др.). Я.И. Гилинский (2004) полагает, что возрастная динамика суицидального поведения зависит от трех основных мотивов. Первая группа мотиваций присуща подросткам и связана с острым конфликтом в учебной, трудовой, семейно-бытовой и интимно-личностной сферах. Вторая – сводится к смыслоутрате, потере смысла своего существования, «кризису идентичности». Происходит это обычно после 35–40 лет, объясняя соответствующий пик суицидов. Третья – одиночество, старческая немощь, тяжелое заболевание, невозможность ухода за собой – присуща старшим возрастным группам (после 70 лет).

Частота суицидов в молодом возрасте относительно невелика, по данным ряда авторов (Амбрумова А.Г., 1989; Carre J. et al., 1989), молодые

люди в возрасте 20–29 лет, завершившие свою жизнь суицидом, составляют 15–20 % от общего числа умерших по этой причине. Однако в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа суицидов среди молодых людей. В период с 1970 по 1990 гг. завершённые суициды у молодежи 15–19 лет увеличились почти в 2 раза (Brent D. et al., 1987, 1999; Rich C., Rineson B., 1992; Patton G. et al., 1997), а за последнее десятилетие – в 3 раза. Попытка объяснить нарастающую до сих пор их распространённость среди молодежи социально-экономическими, социокультуральными и другими причинами оказалась не вполне состоятельной (Diekstra R., 1985; Guyer B. et al., 1989]. Тем не менее, обнаружены признаки психических расстройств, злоупотребления наркотическими и иными психоактивными веществами у подростков, пытавшихся совершить суицид, а также при посмертном исследовании этих случаев (Clarkin et al., 1984; Rosental R. et al., 1984; Berman A. et al., 1990; Rich C., Rineson B., 1992). Эксперты ВОЗ выделили основные группы риска, к которым отнесли подростков из семей с низкими доходами, употребляющих алкоголь, наркотики, имеющих низкий образовательный уровень (Хроника ВОЗ, 1975).

Вторым периодом повышенного суицидального риска является пожилой возраст (Sainsbury P., 1986; Murphy S., 2000; Pritchard C., Baldwin D., 2002). Почти во всех промышленно развитых странах мужчины 75 лет и старше имеют самый высокий уровень суицидов среди всех возрастных групп (Pearson J. et al., 1997). В Венгрии в 1991–1992 гг. уровень самоубийств мужчин этой возрастной группы равнялся 177,5 на 100 тыс. населения (Sartorius N., 1996). С 1990 до 1998 гг. в США самоубийства среди мужчин в возрасте 75–84 лет выросли с 24,9 до 42,0 на 100 тыс. населения. Хотя пожилые люди составляют около 10 % населения США, на их долю приходится 20 % завершённых суицидов (Hoyert D. et al., 1999, 2001). Степень серьёзности суицидальных попыток в старших возрастных группах увеличивается (Чудин А.С., 1980; Амбрумова А.Г., 1989; Анискин Д.В., 1996; Murphy E. et al., 1986; Otto U., 1965; Patterson R. et al., 1974). Суицидальная активность пожилых людей отличается не только высоким коэффициентом летальности, но при незавершённых суицидах – более тяжёлыми соматическими последствиями, требующими длительного лечения (Summa J., 1986). Об этом же свидетельствует соотношение суицидальных попыток и завершённых суицидов среди молодых людей 8–10:1 (Erlemeiei N., 1988), а среди лиц пожилого возраста – всего 1–1,5:1 (Hendiulin H., 1989; Erlemeier N., 1988). При этом у них усиливается чувство беспомощности и неполноценности по мере снижения жизненной активности. Смерть близких людей и сверстников обостряет у них ощущение эмоционального вакуума и опу-

стошенности, усталости от жизни (Амбрумова А.Г., 1994). К. Kastenbaum (1992) подчеркивает, что пожилые люди имеют более высокий риск смерти от суицида, что связано с одиночеством, переходом в более бедную часть населения с низким доходом и появлением депрессивных переживаний.

Суицидальные попытки в отличие от самоубийств совершают преимущественно люди молодого возраста (Амбрумова А.Г., 1989; Бачериков Н.Е. с соавт., 1989; Hendin H., 1984). М. Weismann (1974) назвала суицидальные попытки «привилегией» молодых и указала на наибольший уровень покушений на самоубийство в возрасте 20–24 лет.

В риске совершения суицидов и суицидальных попыток существенную роль играет уровень образования суицидента. Вопрос влияния образования на генез суицидальных проявлений отражен неоднозначно. Lester D. et al. (1989) сравнили характеристики суицидов в США и Венгрии и выявили прямую корреляционную связь частоты самоубийств с низким образовательным уровнем старших возрастных групп населения. С этим согласуются результаты исследования Девятковой Г.И. (1992): начальное образование – 27,1 % суицидентов, неполное среднее – 40,1 %, среднее и среднеспециальное – 30,8 %, незаконченное высшее и высшее – 2,0 %. Некоторые авторы указывают на достаточно высокую представленность суицидального поведения среди студентов (Кибрик Н.Д., 1983; Seiden R., 1966). Существует и другая точка зрения, которая опровергает мнение о наличии обратной зависимости между уровнем образования и частотой самоубийств. По мнению С. Zwingman (1977), среди самоубийц преобладают лица с высшим образованием, а наименьшее число завершенных суицидов отмечается среди лиц со средним образованием.

Взаимосвязь профессионального статуса и суицидального поведения в литературе также оценивается неоднозначно. Одна часть исследователей считает, что наиболее часто самоубийства совершают лица с высоким профессиональным уровнем (Каплан Г.И., Сэдок Б., 1994), другая – неквалифицированные рабочие и безработные кончают жизнь суицидом чаще, чем более квалифицированные специалисты (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980; Шейдер Р., 1998). I. Mäkinen, D. Wasserman (2001) сообщают, что высокие уровни суицидов характерны для женщин с наиболее высоким и низким профессиональным статусом, тогда как низкие показатели суицидов характерны для женщин, занимающих средние по профессиональному статусу позиции. Этим женщины отличаются от мужчин, среди которых частота суицидов наиболее низка у лиц с наиболее высоким профессиональным статусом и высока – с самым низким.

Многие авторы пытаются рассматривать комплексное влияние различных факторов на суицидальное поведение, в том числе семейное положение. Во многих культурах брак связывают с более низким уровнем самоубийств, а разводы и семейное разделение – с повышением (Allerbeck P. et al., 1987; Lester D. et al., 1989; Petronis K. et al., 1990; Motohashi Y., 1991; Charlton J., 1995; Heikkinen V. et al., 1995; Leenaars A. et al., 1999). По мнению ряда авторов, наибольший риск совершения суицида отмечается среди разведенных (Sainsbury P., 1975; Grollman E., 1988), который для мужчин был выше (Крыжановская Л.А., 2000; Pescosolido B. et al., 1990; Krosowa A., 2000). В.Ф. Войцех (2002) сообщает, что незамужние женщины совершают повторные суицидальные попытки чаще, чем мужчины-холостяки, а М. Heikkinen et al. (1995) подчеркивают особую роль вдовства как фактора суицидального риска для женщин в возрасте 60–69 лет.

Роль семьи в суицидогенезе двойственная: с одной стороны, она противодействует реализации суицидальных тенденций, выполняет защитную функцию, с другой – является источником суицидогенных конфликтов (Бородин С.В., Михлин А.С., 1978; Мишина Т.М., Самохина Т.В., 1980; Masson D., Gollard M., 1987). А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова (1983), изучившие роль семейного фактора в генезе суицидального поведения, выявили следующие его предикторы: отсутствие отца в раннем детстве либо родительского авторитета, недостаточность материнской привязанности к ребенку, матриархальный стиль отношения в семье, гиперавторитарность «слабого» и взрослого, который стремится утвердить себя в семье с помощью эмоциональных взрывов и телесных наказаний ребенка. Другие исследования показывают, что большое значение имеет качество семейных уз – насилие в семье увеличивает суицидальные мысли и попытки (McCauley J. et al., 1995; Roberts G. et al., 1997; Muelleman R. et al., 1998). В. Pescosolido et al. (1990) предположили, что когда брачные связи являются единственным или основным источником социальной интеграции и поддержки, их расторжение будет особенно сильно влиять на увеличение риска суицида. Другие исследования продемонстрировали защитный эффект сплоченности семейных уз на суицидальное поведение среди американских индейцев и коренных жителей Аляски молодого возраста (Borowsky I.W. et al., 1999), мексиканских подростков в США (Guiao I. et al., 1995).

Выбор способа суицида и покушения на самоубийство зависит от целого ряда факторов: культурально-исторических особенностей, представлений о летальности способа, этических критериев, остроты пресуицидального периода, серьезности намерений и т. д. Современная суицидоло-

гия выделяет 12 основных способов суицидов – одни используются чаще, другие – реже. Первое место среди завершенных суицидов, независимо от половой принадлежности суицидента, занимает самоповешение – 81,7 % (Тюлькин Е.П., Виттер В.И., 1989; Прошутин В.Л., Артамонова О.В., 1992; Gunnell D. et al., 2005). Самоотравления – 9,5 %, падение с высоты и использование огнестрельного оружия – по 2,9 %, самоутопление – 2,1 %, самосожжение – 0,9 % случаев среди всех способов, используемых при завершенных суицидах (ВОЗ, 2008).

Самоповешение является самым частым способом самоубийств в России (Лопатин А.А., 2000; Ваулин С.В. с соавт., 2000, 2012; Лазебник А.И., 1997), Англии и Уэльсе (Gunnell D., Bennewith O., Hawton K. et al., 2005), Австралии (Information Paper: External Causes of Death, Data Quality, 2005). М. Eddleston, D. Gunnell (2003) подсчитали, что более чем 300 тыс. смертельных случаев каждый год происходит в результате преднамеренного отравления пестицидами во многих сельскохозяйственных общинах с низким и средним уровнями доходов, которое составляет большую часть самоубийств. В Суринаме 55 % завершенных суицидов и 44 % суицидальных попыток приходится на отравления пестицидами (Graafsma T. et al., 2006), в Малави самоотравления пестицидами составляют 80 % самоубийств (Dramalata CP. et al., 2006). Именно этот способ вносит вклад в высокий уровень суицидов таких стран, как Шри-Ланка и сельская местность Китая (Phillips M. et al., 2002; Eddleston M., Gunnell D., 2003).

Отличия в уровнях суицидов можно объяснить степенью доступности средств. Например, проведение детоксикации бытового газа в Швейцарии коррелировало со снижениями уровня самоубийств и частоты его использования в качестве средства самоубийства (Lester D., 1990). Уменьшение уровня суицидов среди лиц в возрасте 15–4 лет было зарегистрировано после ограничения доступа к огнестрельному оружию, в частности пистолетам (Rich C. et al., 1990; Sloan J. et al., 1990). Наличие огнестрельного оружия в доме также связано с повышенным суицидальным риском (Kellerman A. et al., 1992). В этом же исследовании отмечено, что большинство лиц, совершивших самоубийство, проживали одиноко, принимали психотропные препараты или ранее привлекались к ответственности за злоупотребление алкоголем или наркотиками; эти данные согласуются с известными факторами риска самоубийства.

В исследовании, направленном на оценку влияния доступности опасных средств самоповреждения на уровень суицидов, было выявлено, что различия в частоте самоубийств во многом зависели от различий в доступности соответствующих средств (Marzuk P. et al., 1992). Почти все различия

в уровне самоубийств, отмеченные в графствах штата Нью-Йорк, оказались обусловлены тем фактом, что в различных графствах оказались доступными разные средства и орудия: способы самоубийства включали прыжки с высоты, передозировку законно прописанных медикаментов и вдыхание угарного газа.

А.И. Лазебник приводит следующие данные о соотношении способов суицидов детей и подростков, проживающих в Удмуртии: самоповешения составляют 81,9 %, отравления – 9,5 %, самострелы – 2,9 %, падение с высоты – 1,9 %, утопления – 0,9 %.

Лица мужского пола чаще выбирают наиболее «травматичные» способы лишения себя жизни (самоповешение, самострелы, падение с высоты), чем женщины, которые чаще используют отравления (Редько А.Н., 1992; Лазебник А.И. с соавт., 1995). В последние годы отмечается рост самоубийств путем падения с высоты: в Сингапуре число суицидов этим способом с 1960–1964 гг. по 2000–2004 гг. увеличилось с 18 до 74 %, вытеснив с лидирующих позиций повешение.

Сопоставление распространенности самоубийств в различных культурах и этносах позволяет установить очевидную связь между этнокультуральной принадлежностью и склонностью к суицидальным формам поведения, выявить примеры неодинакового отношения к фактам самоубийства у представителей разных этнических групп (Положий В.С., 1995–2009; Hurley W., 1969; Kreitman N. et al., 1970; Rudestam K., 1971). Японию, например, отличала тенденция к коллективным «альтруистическим» суицидам, на которые не накладывались социальные табу. Эта тенденция сохранилась в несколько измененном виде в современной Японии, где более 4 % приходится на «парные» самоубийства, так называемые «шенью». Из них 60 % – суициды–договоры между возлюбленными, у которых имеются препятствия на пути к браку, а 40 % – «семейные шенью», то есть совместные суициды родителей и детей (Tatai K., 1971; Ohara K., 1971). В Индонезии распространено «негодующее самоубийство», совершаемое после оскорбления, особенно, если оно нанесено близким человеком (Hollan D., 1990).

Культуральные и этнические особенности самоубийств изучались также среди чернокожего и индейского населения Америки (Hendin H., 1969; Bagley C., et al., 1971; Price J. et al., 1975). J. Green (1977), E. Christian (1977) установлено, что уровень суицидов среди афроамериканцев в 3 раза ниже, чем у белых, но постепенно эти различия у молодых афроамериканцев мужского пола начинают стираться с 1980 по 1995 гг., уровень самоубийств для черной молодежи 10–19-летнего возраста вырос с 2,1 до

4,5 на 100 тыс. населения, в то же время у их белых сверстников увеличение составило с 5,4 до 6,4 на 100 тыс. населения. Уровень самоубийств среди пожилых чернокожих мужчин поразительно низкий, резко контрастирует с аналогичным показателем белых пожилых мужчин (афроамериканцы старше 65 лет – 12 на 100 тыс., белые мужчины – 37 на 100 тыс. населения; NCIPC, 2000).

Уровень суицидов среди индейцев и коренных жителей Аляски в США в 1,7 раза превышает – в популяции (Indian Health Service, 1999). Эта разница уменьшается с возрастом: в возрастном интервале 5–14 лет суицидов среди индейских мальчиков в 3 раза больше, чем среди мужского населения в целом, в 15–34-летнем – в 2,5 раза, в 35–44 года – в 1,5 раза; в 45–54 лет показатели становятся примерно равными, а начиная с 55-летнего возраста показатели суицидов мужчин коренного населения в 2 раза уступают аналогичным показателям мужского населения в целом (Indian Health Service, 1999). У индейцев и коренных жителей Аляски женского пола уровень суицидов превосходит общепопуляционные показатели в США в возрасте 5–34 лет – в 2,2–3,6 раза, в 35–44 года – в 1,5 раза, начиная с 45-летнего возраста, разница стирается (Indian Health Service, 1999).

A. Smith et al. (1985) показали более высокие цифры распространенности суицидов среди белых американцев, по сравнению с латиноамериканцами и пуэрториканцами. В Африке число самоубийств у белых больше, чем у негров (соответственно 11,9 и 2,6 на 100 тыс. населения) (Biener K., 1969). A. Binitie (1975) обнаружил, что для депрессивных больных-африканцев, в отличие от европейцев, нехарактерны чувства вины и суицидальные мысли, что, по мнению автора, обусловлено культуральными факторами.

В Калифорнии выявлен высокий процент суицидов у выходцев из Испании и студенток-латиноамериканок, у них были зарегистрированы: низкий культурный уровень, семейные проблемы, неуверенность в будущем, депрессия и эмоциональная напряженность (Dinges N., Duong-Tran Q., 1992; Hovey J. et al., 1996).

Среди африканцев, испанцев и белых мужчин в США самое большое распространение суицидов было у африканских американцев, большее число суицидальных попыток имели гаитяне. Выявлена определенная связь между культурным уровнем, приемом кокаина с суицидальными попытками у испанцев (Vega W., Gil A. et al., 1993).

В Западной Австралии, при изучении суицидального поведения между эмигрантами и местными жителями отмечены большие различия, зави-

сящие от страны, из которой прибыли обследованные. Самый низкий показатель частоты суицидов был характерен для выходцев из стран Азии и Южной Европы (Италия, Югославия, Греция) в связи с крепкими семейными связями, высокой религиозностью и сохранением многих культурных традиций (Burvill P. et al., 1983).

Особый интерес вызывает финно-угорская этническая группа, для которой характерен высокий уровень суицидов вне зависимости от географического места их проживания (O'Carroll P. et al., 1996). Исследования, выполненные в Венгрии и Финляндии, не смогли обнаружить прямой достоверной связи между числом (самоубийств и конкретными причинами либо более высокой распространенностью в популяции этих стран депрессий и иных психических заболеваний (Lonngvist J., 1977; Rihmer Z. et al., 1990).

Этнокультуральный фактор вносит свои особенности и в способ совершения суицида. В Англии и Уэльсе в индийских общинах у женщин распространено самосожжение, как и на их этнической родине (Soni–Raleigh V. et al., 1990). R. Fernando (1990) указывает на типичные отравления пестицидами (37 %) у жителей Азии. Изучая социально-культуральные аспекты суицидальных попыток среди женщин на Тринидад и Тобаго было выявлено, что этническое происхождение сказалось на возрасте и способах попыток самоубийства, Большинство лиц с американского континента совершали попытки после 25 лет, тогда как большинство женщин африканского происхождения – 10–24 лет, причем женщины американского происхождения чаще использовали самоотравления (Burke A., 1974).

В Российской Федерации 10 автономных округов, где проживает 150 народов, представляющих семь этнолингвистических семей и 19 этнических групп, где удельный вес нерусского населения составляет около 20 %. К крупнейшим этническим группам относятся славянская, тюркская, финно-угорская и северокавказская.

Существуют исследования отечественных авторов – зависимость распространенности суицидов – в республиках с финно-угорским населением (Удмуртия, Коми, Марий Эл); (Васильев В.В., 1997, 2001; Дубравин В.И., 1997, 2001; Лазебник А.И., 1997). В Удмуртии показатель частоты завершенных суицидов в 2–3 раза превышал показатели суицидов среди проживающих в республике русских и татар (Прошутин В.Л., 2000). Существует гипотеза (Kondrichin T., 1995), согласно которой высокий уровень суицидов среди финно-угров можно объяснить тем, что на ранних этапах их онтогенеза некоторые поведенческие особенности, предрасполагающие к самоубийству, были зафиксированы в генофонде нации. С.Г. Пакриев (1996)

считает, что коллективизм, являющийся одной из наиболее выраженных характеристик удмуртского народа, наряду с положительными свойствами, способствовал развитию сильной зависимости индивидуума от социальных норм и требований общества.

В Ижевске подростки-удмурты чаще русских выбирали повешение (91,8 против 67,6 %), татары – 71,4 %. Отравление как и утопление нередко выбирали татары – 14,3 %, . В отличие от них славяне использовали разнообразный набор способов суицидов, включая падение с высоты и саможжение (Лазебник А.И., 1997). В.В. Васильев (1997) выявляет сходную картину суицидального поведения среди славянской этнической и финно-угорской групп, обращая внимание на отсутствие суицидентов с эпилепсией среди русской и удмуртской национальностей.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДОВ У БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (обзор литературы)**

Проблема суицидального поведения психически больных до настоящего времени изучена недостаточно. Данные по этому вопросу противоречивы в связи с использованием нерепрезентативных выборок и применением различных диагностических подходов. Значительное количество исследований посвящено изучению взаимоотношений суицидального поведения и психических расстройств. Многие авторы указывают, что наличие психического заболевания уже само по себе увеличивает вероятность совершения суицида. До настоящего времени нет единого мнения при каком психическом заболевании отмечается большая частота суицидальных действий (Данилова М. Б., Пепеляева Т. И., 1987; Анискин Д. Б., 1997; Лопатин А. А., 2000; Куликов А. В., 2008; Arsenault–Lapierre et al., 2004; Lonngvist J., 2009; Wassermann D. et al., 2009).

В литературе описаны варианты социально-психологической дезадаптации, являющиеся причиной суицидального поведения у практически здоровых лиц, выделены их социоадаптивные типы, описаны непатологические суицидоопасные реакции (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1978, 1980; Амбрумова А.Г., 1983, 1995; Лазаришвили И.С., 1986; Попова Н.М., 1993; Голенков А.В. и соавт., 1994). Наряду с этим существуют противоположные взгляды. Так, Ю. И. Полищук (1993) считает, что вышеуказанными авторами при описании пресуицидального поведения проявляется тенденция к неправильной оценке феноменологических данных, происходит под-

мена психопатологических феноменов и оценок психологическими. По мнению автора, к собственно психологическим суицидальным ситуационным реакциям можно отнести: реакции «отрицательного баланса», реакции самонаказания и некоторые другие с рационалистической основой.

Таким образом, этиология суицида чрезвычайно сложна, особую роль в ней играет совокупность психических, психологических, патопсихологических и т. п. факторов, значение которых также остается спорным и неоднозначным. Дальнейшее изучение медицинских аспектов суицидального поведения может приблизить к более полному пониманию этого явления и дать ответы в решении конкретных лечебно-диагностических вопросов.

### **Суицидальное поведение больных аффективными расстройствами**

Самоубийства во многих странах мира чаще связаны с расстройствами настроения у взрослых (Goodwin F., Jamison K., 1990; Lonngvist J., 2000) и подростков (Goldman S., Beardslee W., 1999). Риск смерти в результате суицида у лиц с депрессивными расстройствами составляет 12–20 % (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980; Krug E. et al., 2002). По данным W. Poldinger (1972), самоубийство является основной причиной смерти при депрессиях, а 30–50 % попыток покушения на собственную жизнь совершается в результате депрессивных расстройств. Согласно другим сведениям, лишь 10–15 % депрессивных больных погибают от суицидов (Lonngvist J., 2009). E. Harris, B. Barraclough (1997) оценили риск самоубийства среди лиц с большой депрессией в 20,3 раза, а среди больных с дистимией – в 12,1 раза выше, чем в общей популяции. Изучение более 35 тыс. лиц, получавших лечение от депрессии в условиях стационара, показало более высокий уровень суицидов, чем у лиц, принимавших амбулаторное лечение (Simon G., Von Korff M., 1998). Другими симптомами депрессивного суицидального поведения являются безнадежность (Beck A., 1986; Beck A. et al., 1975), чувство вины, потеря интереса к повседневной деятельности, низкая самооценка (Van Gastel A. et al., 1997). Безнадежность является более надежным предиктором самоубийства, чем объективные показатели депрессивного аффекта, не только при депрессивных расстройствах (Beck A. et al., 1993), но и при соматических заболеваниях (Cochinov H. et al., 1998).

По данным метааналитического обзора 14 исследований из 7 стран, включавшего 3 700 пациентов, было продемонстрировано, что лица с биполярными расстройствами в 15,1 раза чаще совершают суициды в сравнении со здоровыми (Harris E., Barraclough B., 1997). В другом исследова-

нии, в которое были включены 12,5 тыс. взрослых пациентов, была отмечена частота совершения суицида 318 на 100 тыс. пациентов в год, при этом лица с биполярными расстройствами в 7 раз чаще его совершали в сравнении с больными униполярной депрессией. В отличие от обычных гендерных пропорций при завершённых суицидах, женщины с биполярными расстройствами имели равные суицидальные пропорции с мужчинами, страдающими биполярными расстройствами (Weeke A., 1979). Наибольший риск суицида сохраняется на ранних стадиях болезни, в течение первых 5 лет с момента установления первоначального диагноза (Guse S. et al., 1970; Week A., 1979; Roy-Byrne P. et al., 1988). Повышенный риск самоубийства наблюдается при биполярном расстройств II типа, которое включает в себя периоды гипоманий (Dunner D. et al., 1976; Stallone F. et al., 1980). Исследование Z. Rihmer et al. (1990) показало, что из 100 самоубийств 46 % имели биполярный тип II, 1 % – тип I и 53 % были представлены небиполярными депрессиями. Данная уязвимость людей с биполярным расстройством II типа может быть связана с ростом смешанных состояний, которые представлены депрессивными и маниакальными симптомами одновременно.

Взаимосвязь между аффективными расстройствами и суицидальными попытками представляется менее ясной. По данным ранних исследований, сообщалось, что у менее 10 % лиц с суицидальными попытками выявляется депрессивное состояние, однако при использовании стандартизированных инструментов оценки депрессия выявлялась примерно в 2/3 случаев. Приблизительно 51 % больных биполярными аффективными расстройствами совершают суицидальную попытку в течение жизни (Lonngvist J., 2009).

### **Суицидальное поведение больных шизофренией**

Еще в начале прошлого века E. Bleuler (1911) упоминал, что наиболее серьезным симптомом шизофрении является «стремление совершить суицид». В сравнении с общей популяцией риск его совершения страдающими шизофренией выше в 30–40 раз (Caldwell C. et al., 1992; Harris E., Barraclough B., 1998), а риск гибели от суицида в течение жизни составляет в этой популяции 5 %. Около 50 % больных шизофренией, совершивших завершённые суициды, имели в анамнезе предыдущие суицидальные попытки (Drake R. et al., 1985; Heila H. et al., 1997, 1998). Это заметно ниже, чем 65 % пациентов с пограничным расстройством личности, закончивших жизнь самоубийством и имевших в анамнезе суицидальные попытки. Веро-

ятно, это может свидетельствовать о высокой летальности суицидального поведения больных шизофренией. Риск совершения суицида особенно велик в инициальном периоде заболевания (3–5 лет) (Попова П.М., Самсонова И.В., 1979; Конончук Н. В., 1994; Harkavy–Friedman J. et al., 1999; Radomsky E. et al., 1999; Saarinen P. et al., 1999; Funahashi T. et al., 2000). Косвенным подтверждением большей «суицидогенности» начальных этапов болезни является тот факт, что среди амбулаторного контингента больных шизофренией суицидальный риск в 3,5 раза выше у поставленных на учет в текущем году, нежели у ранее состоящих на учете (Амбрумова А.Г., 1980). Однако многие авторы отмечают возможность совершения покушения на самоубийство у больных и на более поздних этапах заболевания. Анализ 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией показал, что их максимум у женщин приходится на 3–4-й и 7–8-й годы от начала заболевания, у мужчин – через год, 4 и 9 лет, после чего частота суицидальных попыток снижается (Бачериков Н. Е., Згонников П. Т., 1989). По мнению ряда авторов, совершившие суицид больные шизофренией имеют, как правило, более длительный срок заболевания, которое протекает с более частыми обострениями (Allebeck P., 1987). Наибольший риск суицидального поведения наблюдается во время госпитализации и первые 6 мес. после выписки из стационара (Landmark J. et al., 1987; Peuskens J. et al., 1997; Rossau C., Mortensen P., 1997; Funahashi T. et al., 2000). Так, P. Allebeck, B. Wisted (1987) обнаружили, что половина больных шизофренией совершили суициды после окончания их срока лечения в лечебном психиатрическом учреждении, а 31% – во время нахождения в стационаре. Коморбидность шизофрении с депрессией, императивные галлюцинации, симптомы расстройства самосознания увеличивают уровень суицидов (Конева О. В., Семке А. В., 2008; Falloon I. R. et al., 1981; Amador X. et al., 1996; Fenton W. et al., 1997).

### **Суицидальное поведение при расстройствах личности**

Литературные данные свидетельствуют, что однозначного мнения по вопросу о роли расстройств личности в развитии суицидального поведения не существует. Одни авторы считают, что расстройства личности редко становятся причинным фактором завершеного суицида (Bleuler E., 1910). По мнению других, самоубийство тесно связано с этой патологией, за исключением небольшой группы психически больных, покушения на самоубийства совершаются в основном субъектами с личностной патологией

(Bronisch T., 1996; Isomets E. et al., 1996). По данным Г.В. Старшенбаума (2005), на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40 % суицидальных попыток.

В настоящее время отмечаются увеличение лиц с расстройствами личности и рост их доли среди суицидентов (Кутько И. И., 1995; Кензин Д. В., 1999). По данным зарубежных исследователей, кластер А личностных расстройств по Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) (параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства) и кластер С (обсессивно-компульсивное, зависимое и расстройство избегания) не являются факторами риска для совершения суицида (Stanley B., Jones J., 2009). Основная группа лиц с расстройствами личности, совершающая суициды, относится к кластеру В (антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионическое) (Linehan M., Rizvi S. et al., 2000; Stanley B., Jones J., 2009). 3/4 лиц с пограничным личностным расстройством предпринимают суицидальные попытки, 10 % заканчивают свою жизнь самоубийством (Stanley B., Jones J., 2009). М. Linehan et al. (2000), обобщив результаты 33 исследований связи личностных расстройств с суицидальным поведением, пришли к выводу, что число лиц с антисоциальным расстройством личности, совершивших завершённый суицид, колеблется от 0 до 14,7 % (в среднем 4,5 %). Установлено, что 69–75 % психопатических личностей эмоционально неустойчивого и диссоциального типов совершают акты самоповреждения и суицидальные попытки (Soloff P. et al., 1994; Paris J., 2002). Для этих категорий пациентов характерны эти повторяющиеся акты (Старшенбаум Г. В., 2005; Soloff P. et al., 2000). Исследования А.Н. Дурнова (1978) показали, что большинство психопатов с суицидальным поведением являются «краевыми», в то время как «ядерные» – с привычными «жесткими», «шаблонными» формами реагирования крайне редко высказывают суицидальные мысли. Наибольший суицидальный риск имеется в том периоде, когда психопатическая структура еще не сложилась окончательно и не приобрела завершённой и однозначной модальной специфичности. Изложенные результаты подтверждают одно из положений теоретической концепции суицида А.Г. Амбрумовой (1994), согласно которой относительная глубина социально-психологической дезадаптации личности и степень суицидального риска обратно пропорциональны степени сформированности и готовности к реализации патологических защитных механизмов.

## **Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении**

Актуальной на сегодняшний день остается взаимосвязь между злоупотреблением алкоголя и суицидальным поведением (Шустов Д.И., 1998, 2005; Немцов А.В., 2003; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008, 2009; Разводовский Ю.Е., 2011). В исследованиях, проведенных в различных странах, показано, что от 30 до 66 % жертв суицидов имели в крови алкоголь на момент смерти (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1981; Кутько И.И., 1988; Столяров А.В. и соавт., 1990; Дубравин В.И., 2001; Богоявленский Д.Д., 2002; Гладышев М.В., 2006; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008, 2009; Caces F. et al., 1998; Carlini-Cotrim B. et al., 2000; Lunetta P. et al., 2001).

В.Ф. Войцеха считает (2006, 2007), что высокий уровень алкоголизации можно рассматривать как реакцию населения на социально-экономические кризисы, как своеобразный уход от действительности, а не как собственно причину роста самоубийств. При этом прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суицидальному поведению.

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

М. Hufford (2001) для объяснения механизма связи между алкоголем и суицидами предложил концепцию дистальных и проксимальных факторов риска (цит. по Разводовскому Ю.Е., 2011). Дистальные факторы риска создают потенциал для суицида. Алкогольная зависимость, коморбидная психопатология и негативные события жизни действуют как дистальные факторы суицидального поведения. Проксимальные – запускают действие дистальных. Острая алкогольная интоксикация действует в качестве проксимального фактора риска как для лиц, зависимых от алкоголя, так и не злоупотребляющих им. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают: увеличение психологического дистресса, повышение агрессивности, ускорение перехода суицидальных мыслей в действие, сужение когниций, что приводит к наруше-

нию способности генерировать и применять альтернативные копинг-стратегии.

Связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом остается открытой: одни авторы чаще обнаруживали среднюю и слабую степени опьянения (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1981; Молин Ю.А., 1996), другие – среднюю и тяжелую (Афанасьева Е.А., 1980).

Н.В. Говорин (2008), А.В. Сахаров (2009) подтвердили тот факт, что наличие алкогольного опьянения является высоким фактором риска суицидального поведения в целом и способствует выбору суицидентом более brutального способа самоубийства, увеличивающего завершенность суицида.

В популяции больных алкоголизмом насильственная смертность составляет 25 % по сравнению с 7,4 % в категории лиц общей популяции, а суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете варьировала от 7 до 15,6 % (Гольдштейн Р. И., 1985; Пелипас В. Е. и соавт., 1995). В России доля больных алкогольной зависимостью, состоящих на наркологическом учете, среди общей популяции суицидентов колеблется в пределах 5,8–15 % (Молин Ю. А., 1996). А. Г. Амбрумова, Е. А. Чуркин (1980) оценивают уровень суицидов среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в 10–85 раз выше, чем в общей популяции. В. Barraclough, E. Harris (1997) в проведенном метаанализе 32 исследований обнаружили, что у лиц с алкогольной зависимостью и злоупотреблением алкоголем риск суицида увеличивается почти в 6 раз. G. Murphy (1992, 2000) считает, что 25 % всех самоубийств в США приходится на лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также что эта категория имеет риск самоубийства в 115 раз выше по сравнению с общей популяцией. Лицами с алкогольной зависимостью, которые завершают свою жизнь самоубийством, чаще всего являются белые мужчины, среднего возраста, состоящие в браке, имеющие госпитализацию в прошлом, а также историю предыдущих суицидальных попыток (Roy A., Linnoila M., 1986).

А.Г. Амбрумова и соавт. (1980) определяют два возрастных пика завершенного алкогольного суицида – между 30–39 и 40–49 годами. Пики совершения суицидальных попыток у больных алкоголизмом приходятся на возрастные интервалы 21–30 и 50–55 лет (Трайнина Е.Г., 1983). Повышенная же смертность больных алкоголизмом особенно в молодом возрасте определяется развитием у них «рискованного модуса поведения» (Пелипас В.Е. и соавт., 1995). При завершенных суицидах преобладают (80 %) больные со II стадией заболевания (Ниязов И.Н., 1992; Жариков Н.М. и соавт., 1997; Жабо Е.А. и соавт., 2004; Шустов Д.И., 2005); по мнению авторов, это свя-

зано со снижением порога психогенных воздействий и обострением аутоагрессивности.

R.J. Frances et al. (1987) выделяют два типа самоубийства у больных алкоголизмом. Первый тип – абреактивные попытки, внезапные, возникающие на фоне выпивки эксцессы, аналогичные так называемым преступлениям страсти и диссоциативным аффектам, приводящим к аутоагрессии. Второй – это попытки, возникающие на фоне интоксикационной депрессии, моторной заторможенности и абстиненции, чаще развивающиеся спустя 2 недели по окончании запоя.

Д.И. Шустовым, А.В. Мериновым (2000) сформулированы 3 типа предикторов аутоагрессивного поведения при алкоголизме:

предикторы, связанные с преморбидным статусом: наличие клинических признаков большой депрессии, психопатизации или расстройств личности антисоциального, пограничного, зависимого спектров; наличие в анамнезе указаний на аутоагрессивные действия собственные или родственников; наличие комплекса неполноценности;

предикторы, связанные с клинической картиной алкоголизма: вторичная наркотическая психопатизация; личностные черты, отражающие дисфоричность, сенситивность и психическую хрупкость; раннее начало алкоголизации с высокой прогрессивностью заболевания; наличие психотического алкоголизма; развитие «алкогольной эпилепсии»; развитие на фоне опьянения или на фоне алкогольного абстинентного синдрома вторичной депрессии;

предикторы, связанные с жизненными обстоятельствами перед аутоагрессией: угроза развода, развод; наличие ситуации значимой утраты и переживания траура в течение предшествующего аутоагрессивному акту года; ситуации, связанные с чувством «токсического» стыда.

В настоящее время как суицидальное поведение, так и алкоголизм рассматриваются с позиции многофакторной модели. Тесная связь между данными явлениями уже давно не вызывает сомнений, а ряд исследователей рассматривает алкоголизм как хронический суицид (Menninger K.A., 1938; Rossow I., 1995). В связи с этим профилактические мероприятия должны быть направлены не только на лиц, страдающих алкогольной зависимостью, у которых выявлены классические проявления суицидальности, но и на тех, чья аутоагрессивность представлена пока лишь только фактом алкоголизации (Говорин Н.В. и соавт., 2009).

## БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ (совместно с В.В. Колягиной, В.И. Богатыревым)

### Социально-психологический кризис на постсоветском пространстве

Основные признаки постсоветского пространства – это происходящие в обществе социально-экономические изменения с потерей ценностных ориентиров, сложившихся социальных, семейных, профессиональных стереотипов. Кардинальное переустройство государственной системы привело к социально-психологическому кризису общества, с нестабильностью, социальной незащищенностью, нравственными потрясениями с переживанием безысходности, неуверенностью в завтрашнем дне, с утратой смысла и возможности комфортного существования у подавляющего числа людей. Противоречия духовной жизни, различные сложно решаемые политические, экономические, общественные проблемы, социальные перемены, сказываются в первую очередь на молодежи, которая играет важную роль в жизни общества, но является незащищенным слоем населения и переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Социально-политические проблемы привели к социальной дезорганизации, росту отклоняющегося поведения у молодого поколения России. Все это сопровождается увеличением суицидов, различных вариантов саморазрушающего поведения, в том числе употребления наркотических и психотропных веществ, основными потребителями которых является молодёжь и даже дети. В РФ эти явления в последние десятилетия приобрели характер эпидемии.

*Норман Фейбероу* – психолог-исследователь, организатор более 200 центров профилактики самоубийств в США, в 1980 г., в книге «Многоликое самоубийство» впервые описывает формы саморазрушающего поведения, которые до этого не относились к суицидальным. В концепции Фейбероу – это не только завершённые самоубийства, но и другие ауто-агрессивные формы поведения, которые опасны возможностью краха личности. К ним он относит:

- алкоголизм, наркотическую зависимость, токсикомании;
- пренебрежение врачебными рекомендациями;
- трудоголизм;
- склонность к риску;
- опрометчивый азарт;
- проституцию;

- делинквентное поведение в различных вариациях, в том числе прыжки в воду с большой высоты, полет на парашюте-крыле или хэнг-глайдинг. Сейчас к формам аутоагрессивного поведения с уверенностью можно отнести рискованные виды спорта. Например, роуп-джампинг и его подвиды: бридж свингинг-роуп – прыжки с моста; крайн свининг-роуп – с подъемного крана; рок свининг-роуп – со скал, а также прыжки с парашютом со зданий;

- ночные гонки на автомобилях, скутерах, мотоциклах;
- зацепинг – катание на поездах.

Это только часть списка примеров аутоагрессивного поведения, который постоянно расширяется и становится «модным» времяпровождением среди молодежи. Н. Фейбероу так комментирует опасные для здоровья и жизни увлечения: «Общество ценит опасные и рискованные поступки, так как они придают интерес жизни, способствуют проявлению интенсивных эмоций, а также стимулируют исследование неизвестного и познание всего нового». Фейбероу рассматривал одиночество как наиболее значимый фактор, потенцирующий суицидальное поведение (монография Н. Фейбероу и Э. Шнейдмана «Крик о помощи»<sup>\*</sup> посвящена людям, отчаявшимся и страдающим от одиночества).

В настоящее время в России при разрушенных, устаревших стереотипах поведения, утрате нормативных и ценностных ориентиров, не имея жизненных навыков для сохранения своей индивидуальности, для формирования здорового стиля жизни, молодежь теряет ощущение смысла происходящего, и выработка новых форм социально-психологической адаптации происходит лавинообразно, хаотично, бессистемно. В таких условиях риск суицидов, саморазрушающего поведения, приобщения к наркотикам, особенно велик у подростков с несформированными системами ценностных ориентиров, негативным жизненным опытом, из неполных семей, попавших в компанию пьющих или курящих сверстников, пробовавших или эпизодически употребляющих наркотики. Отсутствие у родителей и педагогов адекватных социально-адаптивных стратегий поведения, современных специальных знаний, навыков здорового образа жизни, не позволяет оказывать положительное воспитательное воздействие, результативную психологическую и социальную поддержки молодежи. Социальные, экономические, криминальные, медицинские, педагогические аспекты превратились в одну из самых актуальных, трудноразрешимых проблем современности. Кризис традиционных для социалистического общества норм и ценностей, обострившийся конфликт между поколениями,

криминальность, окружающая несправедливость и безысходность, контрастирующие с демонстрирующейся «стратегией успешности», роскошью, вседозволенностью, безнаказанностью значительной части современной бизнес-элиты, являются мощными факторами, подталкивающими общество к саморазрушающему поведению. Этот процесс в течение более двух десятилетий захватывает все слои нашего общества и звучит рефреном «Чем идти в стойло, лучше от водки сдохну...». Разрушение традиционных российских отношений, включавших авторитарный надзор за детьми, в наши дни предопределило независимость и свободу выбора в возрасте с несформированной психической устойчивостью личности. Масивная пропаганда из социума западного образа жизни, рок-культуры, сексуальной свободы, проб наркотиков (секс – наркотики – рок-н-ролл), в условиях изменившихся социальных отношений, несовершенной системы профилактики, не учитывающей происходящих изменений самосознания в отношениях с окружающим миром, «эффективно» ориентирует на свободу поведения, наркотические пробы, биологически и социально несозревшую молодежь. Этот общий для всех европейских народов бывшего СССР причинный фактор усугубляется распадом системы идеологического воспитания и тяжелым экономическим провалом. В таких условиях распространение суицидов и саморазрушающего поведения идет гораздо быстрее, чем принимаются меры, и в наше время достигает масштабов эпидемии.

### **Общепризнанные факторы риска суицида**

К общепризнанным факторам риска суицида относятся:

- *Психические нарушения, поведенческие расстройства, антисоциальная личность, депрессия, глубокое чувство безнадежности или беспомощности.*
  - *Употребление наркотиков и алкоголя, психические расстройства, вызванные лекарственными препаратами.*
  - *Стрессовые жизненные ситуации (разлад в семье, развод или разлука, утрата значимого объекта и др.).*
  - *Импульсивный, спонтанный поступок в ответ на какой-то сильный внешний раздражитель.*
  - *Протест или обида на кого-то или из желания привлечь к себе внимание.*
  - *Влияние деструктивных субкультур и сект.*
  - *Интернет влияние.*
  - *Доступность огнестрельного оружия.*

Главными причинами подростковых самоубийств, по мнению психологов, являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, присущие взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе. Разного рода школьные конфликты до 70 % подростков называли в качестве повода, толкнувшего их на попытку суицида. Но если искать причину, то, как правило, обнаруживаются проблемы в семье. Причём часто они не внешние, а скрыты глубоко в межличностных отношениях и духовных проблемах родителей. Поскольку в школе ребенок проводит значительную часть своего времени, роль «последней капли» часто играют школьные ситуации. Перегрузки и строгие требования в школе, страх не оправдать чаяний дорогих людей, безостановочная гонка за успехом, собственные высокие притязания – напряжение, которое не всякому взрослому по плечу. А если добавить сюда ощущение, что любая неудача непоправима, равносильна краху, становится понятно, откуда рождаются в душе подростка мощный эмоциональный дискомфорт, страх, гнетущая тревога. Число депрессий прямо связано с уровнем успеваемости старших школьников – лидируют в этом списке отличники. Самоубийства из-за двойки и ЕГЭ стали частыми в России.

Зависимость между подростковыми депрессивными расстройствами и прессингом успеха подтверждает ежегодный всплеск молодежных самоубийств, после объявления результатов вступительных экзаменов в Японии и Южной Корее – странах, где престиж высшего образования невероятно высок.

### **Отношение к суициду в христианском обществе (исторический аспект)**

Владимир Войцех считает, что причина детско-подросткового суицида часто в том, что «в сознании подростка нет негативного отношения к суициду. Самоубийца вызывает в нашем христианском обществе сочувствие, сожаление, но, ни в коем случае не возмущение или презрение. И если человек воспитывается в подобной культуре, то, попав в трудную ситуацию, он покушается на свою жизнь, оправдывая себя тем, что «я им всем докажу» и «это не стыдно». Так, что не от одной только нестабильности процент самоубийств у нас так высок». Для сравнения: в Англии самоубийство до 1961 г. считалось уголовным преступлением и большим позором для родителей. Возможно поэтому процент покушений на собственную жизнь там на порядок ниже, чем в России».

Раньше в христианском обществе к суициду относились жёстко. Церковь повела плотное наступление на самоубийство. В 452 г. на Арльском соборе самоубийцы были заклеены, как «объятые дьявольским безумством». В 533 г. Орлеанский собор отказал в христианском погребении преступников, совершающих самоубийство, поскольку, совершив самосуд, они уходили от наказания. В 563 г. Бражский собор выступил уже против всех самоубийц, отказав им в отпевании и погребении. С 693 г. от церкви отлучались не только самоубийцы, но и те, кто остался жив после попытки самоубийства.

В Европе шла настоящая война против самоубийц:

В «Канонах» английского короля Эдуарда XI их приравнивали к разбойникам и ворами.

В Дании было запрещено выносить тело самоубийцы через дверь – для этой цели использовали окно, потом тело сжигалось, что символизировало вечное горение души в адском огне.

В Бордо (Франция) самоубийц вешали за ноги и выставляли на всеобщее обозрение, а в Аббервиле – тащили лицом вниз на рогоже по улице. В законах Людовика Святого (XIII в.) имущество самоубийцы конфисковали, если же это был дворянин – его герб ломали, замок разрушали, все остальное становилось достоянием казны. Часто самоубийц хоронили на перекрестках дорог, забивая в сердце осиновый кол, поскольку по поверьям их души, не найдя успокоения на небесах, бродили по земле, пугая живых. Нередки были случаи, когда просто за подозрение в самоубийстве тело могли выкопать из могилы и выставить на обозрение.

Россия в этом смысле не сильно отличалась от Европы – в военном морском артикуле Петра I было сказано: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело, привязав к лошади, волочить по улицам, за ноги повесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отваживались»\*. Естественно, что при таком жестком контроле со стороны государства число самоубийц было крайне низким.

Но время шло, наступали новые времена, зарождался гуманизм, наступал период Ренессанса, появилось либеральное отношение к этому тяжкому греху. Современные церковь и общество стали гораздо лояльней относиться к самоубийцам, воспринимается он как несчастный, дезориентированный страдалец, а не как человек, совершивший страшный грех.

Жалость к самоубийцам способствует распространению среди подростков демонстративного суицида, совершаемого для привлечения вни-

· URL:<http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/history.htm> (дата обращения: 21.10.2013)

мания, при «зрителях», среди которых обязательно присутствуют родители, учителя, не понявшие возлюбленные. Такое отношение во многом и породило катастрофическую ситуацию с самоубийствами в России.

## **Наркотическая ситуация в России**

Наркотическая ситуация последние двадцать лет в России значительно ухудшилась: распространение наркомании происходит угрожающими темпами и имеет тенденцию к обострению, повышается потребление наркотических и психотропных веществ, неуклонно растет объем незаконного оборота наркотиков и количество преступлений, совершаемых на этой почве. Наркомания стремительно молодеет, все большее число несовершеннолетних приобретают «опыт» потребления наркотических и психотропных препаратов, возрастает число женщин – потребителей наркотиков. Новым опасным явлением стало появление «семейной наркомании», вовлечение малолетних детей собственными родителями, увеличивается смертность от употребления наркотиков, резко возрастает заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Проблема наркомании достигает глобальных масштабов, имеет многогранный характер, включает экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. Сегодня практически нет людей, которые не сталкивались с наркотиками. До 60 % населения страны в возрасте до 21 года, по мнению экспертов, может быть отнесено к группе риска.

Наркомания деформирует личность потребителя, искажает социальное поведение, превращая его в девиантное, отклоняющееся от нравственных и правовых норм, принятых обществом. Наркоман утрачивает контроль своего поведения, у него изменяется круг интересов, и вся система потребностей превращается в порочный круг, сужаясь до удовлетворения ее путем поиска денег на приобретение наркотиков. Человек деградирует и самостоятельно вырваться из этого порочного круга удается лишь единицам. По данным агентства международной информации Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, из каждых десяти имущественных преступлений шесть совершаются наркоманами.

*Наркомания воздействует на все слои общества: бедных в их безысходности лишает воли к борьбе за лучшее устройство в жизни, заставляет быстрее опускаться на социальное дно; представителей средних слоев лишает достатка, губит их детей как потенциальных наследников и обрекает на жалкое существование наркомана; бизнесменов лишает де-*

лового духа, столь необходимого в конкурентной борьбе; чиновников, государственных и муниципальных служащих делает корыстными, коррумпированными и безвластными. Наркотическая зависимость всех их заставляет нарушать закон, пополнять ряды преступников. Следствием активного наступления наркомании стало появление наркоманов–рабочих, наркоманов–офицеров, наркоманов–ядерщиков, наркоманов–врачей, наркоманов–политиков, наркоманов–администраторов, наркоманов–менеджеров, наркоманов–родителей, наркоманов–детей и т. д.

### **Каннабиноиды и суициды**

Героиновая эпидемия, разразившаяся в нашей стране в последние два десятилетия, имеет катастрофические последствия для жизни и здоровья граждан России. Данные о демографической трагедии целого поколения в результате массового злоупотребления опиатами привели к тому, что опиаты объявлены «угрозой национальной безопасности». При этом продукты конопли современное массовое сознание все более и более уверенно считает «легким» и «безвредным» опьяняющим веществом.

В Российской Федерации общественное сознание еще не готово противостоят стремительно разросшейся «моде» на прием психоактивных веществ, получаемых из конопли. Так, например, уже десять лет назад проведенные анонимные опросы учащихся 4-х классов нескольких московских школ показали, что каждый 4-й среди опрошенных хотя бы один раз пробовал курить ананшу, а те, кто еще не пробовал, «не знали», что ананша – наркотик и не находили в ней «ничего вредного». Сейчас каждый подросток любого крупного города Российской Федерации скажет, что марихуану, как и другие наркотики, можно купить в любом ночном клубе и дискотеке. Более того, в ночных клубах невозможно не принимать наркотики. Трезвые или находящиеся в алкогольном опьянении люди воспринимаются в «стильном» танцевальном клубе, как «динозавры» или «не продвинутые юзеры». Марихуана, «фен» или lysergic acid diethylamid (LSD) стали естественной частью молодежного стиля – то есть культуры.

Таким образом, каннабис (марихуана), включенный в Список 1 наркотических средств, оборот которых в Российской Федерации полностью запрещен, в сознании школьников России к таковым не относится. Курение марихуаны примерно в 90 % случаев является предпочтительным для детей и подростков при первых наркотических пробах. Каннабис на сегодняшний день является самым распространенным наркотиком в мире.

Активно действующими веществами марихуаны является группа содержащихся в растении веществ, объединяемая названием «каннабинолы».

Шведское исследование мужчин (Andreasson S. et al., 1987; 1989), показало, что *часто потреблявшие каннабис в шесть раз чаще заболевали шизофренией, чем не принимавшие наркотик. Можно говорить о том, что прием каннабиса приводит к обострению скрытой шизофрении или о том, что существует самостоятельное гашиш-индуцированное психотическое состояние, сходное по своей клинической картине с шизофренией.* Действительно, картины марихуановых психозов и шизофрении близки друг к другу. Хронически злоупотребляющий каннабиноидами человек выпадает из социальных и общественных процессов, все больше и больше погружается в себя, перестает прикладывать усилия для получения образования или карьеры, следить за своей внешностью и одеждой. Его поведением начинают управлять внутренние образы и ассоциации, это приводит его к чувству отчуждения от окружающих, нарушает или разрушает семейные и дружеские отношения. Изменяется круг общения. Потребитель марихуаны начинает стремиться к общению «со своими». Как правило, такое общение происходит в совершенно особых «культурных нишах» – марихуановые секты («растафари», например). У многих курильщиков марихуаны появляются такие характерные для шизофрении синдромы, как «аутизм», «апатическая депрессия» (редукция энергетического потенциала), «эмоциональная тупость», «клишированные навязчивые страхи» или «наплывы мыслей». В состоянии острой или хронической интоксикации потребители каннабиноидов часто совершают суициды и суицидальные попытки.

*В последние годы в количестве суицидов значительное место занимают широко используемые в школьной среде синтетические каннабиноиды, распространяемые в виде курительных смесей.* Под брендом Spice продаётся несколько вариантов курительных смесей, различающихся по силе действия, например: Spice Silver; Spice Gold; Spice Diamond (наиболее сильнодействующая). Spice расфасованы в пакеты размером 5 на 7,5 см, содержащие по 3 г смеси (рис. 1).

Продаются аналогичные смеси под брендами Yucatan Fire, Smoke, Skunk, Sence, Genie и K2.



Рис. 1. Пакеты с курительной смесью Spice Gold и Spice Diamond

Spice (спайс) – один из брендов синтетических курительных смесей, поставляемых в продажу в виде травы с нанесенным на нее химическим веществом, обладает психоактивным, аналогичным действию марихуаны эффектом.

В настоящее время в мире происходит постоянное создание новых синтетических наркотиков, расширение их производства, совершенствуются технологии изготовления. При формировании непрерывных поставок и сбыта используются современные методы коммуникации, широкая реклама на асфальте и в интернете, используются бесплатные пробы и закладки в различные тайники при продаже. Продолжается рост и консолидация организованной преступности, в число новых потребителей наркотиков вовлекаются массы людей.

*В последние месяцы 2014 г., по многим регионам России прокатилась волна отравлений, в том числе со смертельными исходами, сотен потребителей спайсов. «Наркодизайнеры» еженедельно создают новые спайсы, после однократной пробы которых люди с криком выбрасываются с балконов, либо умирают, корчась в интоксикации.*

### **Стрессы и другие причины суицидов**

В прежние времена стрессов было не меньше, чем сейчас, но люди были менее изнежены, психологически устойчивей, а выживание требовало значительно больше усилий, и это делало жизнь более ценной, так как человеку свойственно дорожить только тем, что дается с трудом.

«Личность не может быть изолирована от комплекса межличностных отношений, в которых человек существует», – утверждал Г.С. Салливан – американский психолог, психиатр. Человек оценивает себя, главным об-

разом, в соответствии с отношением к нему других людей, что имеет важнейшее значение в жизни, а суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных (фрустрированных) психологических потребностей.

Отдельными психологами как причина будущего суицида рассматривается исполненный в жизни женщины аборт. В нашей стране за годы распространения их практики количество суицидов выросло на порядок. Аборт рассматривается как своего рода проклятие, которое родители оставляют в наследство своим помилованным и родившимся детям. Постабортный синдром – это не просто чувство вины, совершившей аборт женщины, которая сама приобретает склонность к депрессии и суициду, это ещё и обречение будущих родившихся детей к жизни без достаточной любви и внимания, так как сердце матери всегда будет принадлежать убитому младенцу. Поэтому такие дети вырастают болезненными и не уверенными в себе, часто склонны к суициду, убегают из дома, становятся наркоманами.

Сравним статистику по количеству аборт и другим показателям, включая детские суициды. **Россия занимает 1-е место в мире по:**

- **количеству аборт** (каждый час в стране происходят более 400 аборт, около 4 млн в год). По этому показателю Россия опережает США в восемь раз;
- **числу разводов;**
- **числу детей, брошенных родителями;**
- **числу пациентов с заболеваниями психики** (если в мире около 15 % нуждаются в психиатрической помощи, то в России их число достигает 25 %);
- **объему потребления героина** (21 % всего производимого в мире героина и 5 % всех опиумсодержащих наркотиков);
- **числу курящих детей;**
- **числу сирот.** Всего у нас свыше 760 тыс. детей-сирот и около миллиона беспризорных детей;
- **числу педофилов.** Только по официальным данным в 2009 г. было зарегистрировано 124 000 нападений педофилов на детей. Мы единственная страна в мире, где почти 50 % из общего числа сексуальных преступлений направлено против детей;
- **детскому алкоголизму.** Более 10 млн юных россиян – от 11 до 18 лет – регулярно употребляют алкоголь;
- **количеству самоубийств среди детей и подростков!**

В интернете на представленное фото (рис. 2) был задан вопрос: «Ты бы повторил это?» Из 10 тыс. 900 человек ответили: «Да, с радостью».



Рис. 2. Суицидальное поведение

### Уровень распространения наркомании в России

Позиция Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) и Государственного антинаркотического комитета (ГАК) об уровне распространения наркомании в России в настоящее время:

- 8,5 млн россиян регулярно употребляют наркотики;
- до 100 тыс. человек умирает от употребления наркотиков каждый год;
- 18,5 млн (13 %) хотя бы раз в жизни пробовали наркотики;
- каждый пятый молодой человек к 24 годам пробовал наркотики;
- 5,5 млн человек эпизодически употребляют наркотики.

Таким образом, государственная служба наркоконтроля в России утверждает, что 6 % населения страны – наркоманы. А реальное количество зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), больше раз в десять (с учетом алкоголизма). О сложившейся ситуации в России жестко высказывался известный в стране профессор С. Капица: «Данные ВЦИОМ говорят о том, что мы наконец пришли к тому, к чему стремились все эти 15 лет, – воспитали страну идиотов. Если Россия и дальше будет двигаться этим же курсом, то ещё лет через десять не останется и тех, кто сегодня хотя бы изредка берёт в руки книгу. И мы получим страну, которой будет легче править, у которой будет легче высасывать природные богатства. Но будущего у этой страны нет! Именно эти слова я произносил пять лет назад на заседании правительства. Время идёт, а процессы, которые ведут к деградации нации, никто даже не пытается понять и приостановить».

Следует задуматься над словами бывшего в недавнем прошлом предпринимателя Германа Стерлигова: «У нас спивается народ не от доступности алкоголя, а от духовной пустоты. Не надо ориентироваться на мусульманские страны, запрещающие продажу алкоголя. Мы – христиане, но только бездуховные».

Если мы с вами задумаемся, то поймем, что у человека, вся оценочная шкала «хорошо – плохо», задается религией – ее традиционной культурой. Традиционная христианская культура терпит провал своей регулирующей деятельности по отношению к психоактивному веществу там, где терпит провал многовековая религиозная традиция.

### **Социальные корни зависимости (аддикция)**

В доисторическую эпоху отношения между членами племени основывались на сотрудничестве, люди поклонялись природе-матери и высоко ценили деторождение. С появлением сельского хозяйства, животноводства, ремесел и денег возникли частная собственность, семья и государство.

Последние четыре тысячелетия являются историей авторитарного общества с его культом силы, принимающим форму грабежа, насилия, убийства. Люди, берущие на себя бремя власти, контролируют доходы и распределяют их таким образом, чтобы держать остальных в материальной зависимости. Так императрица Екатерина II ввела государственную монополию на водку и сделала бюджет России «пьяным» (почти половину доходов государства давала торговля водкой). «Пьяным народом легче управлять», – заявляла государыня. Если деревенский сход решал не покупать водку и не посещать кабак, бунт подавлялся силой.

В современном обществе существуют условия, способствующие распространению аддиктивного поведения (аддикция – зависимость, более широкое понятие, чем наркомания. Аддикт – лат. *addictus* – приговоренный за долги к рабству). Возможность легкого и немедленного получения удовольствий, которая становится стилем жизни, обедняет эмоции, редуцирует мотивацию к обучению, интересной работе, содержательному досугу. Все это можно заменить развлекательными телепередачами, компьютерными играми, «быстрым» сексом, алкоголем и наркотиками. Эти способы получения удовольствия широко рекламируются и стали легкодоступными, в тоже время престижность многих профессий падает. Стремление людей получить «все и сразу» привело к появлению гигантских финансовых пира-

мид. Их вершиной стала правительственная спекуляция государственными казначейскими обязательствами (ГКО). Во время дефолта 1998 г. эта пирамида рухнула, погрузив страну на самое дно кризиса. В Российской Федерации исчезли многие формы государственной защиты, увеличилось число неблагополучных семей, в которых росли больные и невротизированные дети. В 1990-е годы самыми доходными и заметно «популярными» занятиями стали рэкет и валютная проституция.

Когда уровень жизни населения падает, нет уверенности в завтрашнем дне – растет преступность, обесценивается человеческая жизнь. К настоящему времени, по данным МВД РФ, число беспризорных детей и подростков составляет четыре миллиона человек. Смертность возросла в полтора раза, рождаемость снизилась вдвое. Отмечаемая стабилизация смерти–рождения, широко рекламируемая средствами массовой информации и чиновниками, обеспечивается:

- заказными подсчетами;
- ранее (в 1990-е годы) введенными отпусками по уходу за новорожденным с полутора месяца до трех лет;
- рождением детей маргиналами, на материнском капитале которых чиновники куют свой капитал.

А государственные меры по борьбе с наркоманией ограничиваются только карательным подходом в зависимости от вида правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, за степень их тяжести предусмотрена административная и уголовная ответственность.

По данным опросов общественного мнения, *наркомания* оценивается как одна из самых страшных социальных проблем, серьезно угрожающих человечеству, и ее ставят на пятое место после:

*бедности;*

*роста преступности;*

*безработицы;*

*загрязнения окружающей среды.*

Алкоголизм и наркомания связаны с распространенностью преступности и самоубийств, дорожных и производственных аварий. Огромные доходы наркомафии большей частью идут на финансирование террористов. *«Если вместо миллиардов, которые тратятся на вооруженные силы, нашлись бы миллионы на образование и здравоохранение, то для терроризма не было бы места...»* (Капица С., 2012).

## **Каким образом на Западе рекламировался новый образ жизни: сексуальная революция, наркотики**

Так как открыто рекламировать наркотики нельзя, можно просто начать о них говорить. Организуются всевозможные ток-шоу, где в прямом эфире, под видом «обсуждения», участники демонстрируют различные точки зрения, сторонники и противники высказываются за или против, а «эксперты», рассуждая на эту тему, рекламируют наркотические вещества. В газетах и журналах пишутся подробные статьи о проблеме. В результате обсуждавшийся вопрос прочно застревает в сознании публики.

Старшее поколение и молодёжь по-разному воспринимают эту информацию, поэтому «пропагандисты наркотиков» с экранов телевизоров и полос печатных СМИ высказываются таким образом, чтобы быть понятным только молодым. Как закономерный итог «обсуждения проблемы, которую надо создать» – рост распространения наркотиков.

Таким же образом, в СССР (а позднее в России), «появились» секс, суициды, гомосексуалисты, педофилия, наркотики и т.п. Все эти явления, разумеется, существовали и ранее, но стали серьёзной проблемой только после того, как их начали прилюдно рекламировать под видом обсуждения. Кстати так называемая «война с наркотиками» – это фарс (ловят лишь тех, кто пытается в одиночку начать или влезть в этот бизнес, задерживаются, как правило, случайные мелкие партии).

Истинные владельцы наркобизнеса – вовсе не представители развивающихся стран, а основной объем наркотиков обычно перевозится крупными партиями под надёжным прикрытием. Еще недавно в Российской Федерации ежедневно ввозилось до трех тонн героина, что составляло девяносто тонн в месяц или девяносто миллионов доз, а это не «кот в мешке».

### **Из истории распространения «рок культуры» и наркотиков в шестидесятых и семидесятых годах XX века**

*Существует две различные системы нот:*

- 7-ричная – тональная, орфическая или белая. Русская народная песня строится на этой тональной системе;
- 12-ричная – атональная, дионисическая или чёрная система.

Автор серьёзных работ в области социологии и искусства Теодор Адорно (Adorno) сочинял музыку, основанную на 12-ричной системе нот, к большинству хитов ливерпульской четверки – рок-группе «Битлз».

Двенадцатеричная атональная система, состоящая из тяжелых повторяющихся звуков, взятых из музыки жрецов культов Диониса и Ваала, была «современно обработана» Адорно. В результате западная молодёжь (особенно американская) была подвергнута радикальной «культурной революции» – музыке «Битлз». В очерченную границу воздействия были затянуты миллионы молодых людей, которых посредством рок-музыки приобщали к новому стилю жизни, новым культам. Даже в названиях некоторых песен «Битлз», имеется скрытый наркотический подтекст. Например:

«Желтая подводная лодка» – «Подводная лодка» – затормаживающий наркотик;

«**Lucy in the Sky with Diamonds**» – заглавные буквы слов складываются в название наркотика LSD;

«**Hey Jude**» – в широком смысле толкуется как песня о наркотике, известном как метадрин;

«Земляничные поляны» – для сокрытия опиумный мак, часто высаживают именно в зарослях земляники;

«Норвежский лес» – британское название марихуаны.

В тандеме с этими концертами пропорционально росло и потребление наркотиков молодёжью. Дьявольский бедлам тяжёлых ударных звуков глушил сознание слушателей до такой степени, что любого можно было легко убедить попробовать новый наркотик лишь потому, что «все делают это» (имеются данные, что американцы пытали иракских пленных, заставляя их постоянно слушать тяжёлую рок-музыку).

Рок-концерты стали обязательным элементом повседневной жизни американской молодёжи, и по Америке прокатилась волна увлечения психотропными веществами, которая сильно повлияла на формирование контркультуры шестидесятых и семидесятых. Широко известной стала фраза доктора Лири, превратившаяся в девиз сторонников употребления психоделиков: «*Turn on, tune in, drop out*» («Включись, настройся, выпадай»). Под словом *выпадай* имелся в виду уход от консервативных нравов и образа жизни основной части общества.

### **Разрушение российских культурных традиций**

Разрушение традиционных российских отношений, включавших авторитарный надзор за детьми, в наши дни предопределило независимость и свободу выбора в возрасте с несформированной психической устойчивостью личности. А выбор есть, и он активно

представлен на ТВ. Пример тому 6 декабря 2013 г., полуфинал «Голос» на Первом канале, и последнее выступление было у Наргиз Закировой (обритая наголо, в татуировках наркоманического содержания на голове и теле, с клепкой на языке, вумен 43 лет, мать 3 детей, 25 лет живущая в США) с произведением Курта Кобейна (лидер и создатель группы «Нирвана» из США), который родился в 1967 г. и суицидировал в 1994 г., посаженный на наркотики матерью; и имеются суициды у прадеда, деда, дядек, отца. Курт продал оружие, выброшенное матерью в пруд, которая не смогла застрелить спящего, пьяного отца из-за осечки, и купил на эти деньги ударную установку. Курт Кобейн в 27 лет совершил двойной суицид – отравился и сжёг себя (у нас сейчас запрещают читать «Анну Каренину» из-за суицида героини). Содержание этого рок-произведения на английском языке, активно изучаемом современной молодежью, о подростковой запретной вечеринке с пробой наркотиков, которые оказывается было просто достать, и групповым сексом. Таким образом напрямую пропагандируются наркотики и саморазрушающее поведение, «обернутые» в роковую мелодию и бодитату исполнительницы. После исполнения «публика неистовствовала». Наставник Наргиз Леонид Агутин отдает ей 50 % (другой своей наставнице Чаге, великолепно исполнявшей песню о любви и верности, со словами «Я пойду за тобой в небо..., пропасть, за тобой одним я пойду» – 30 %), а зрители отдадут Наргиз – 65 %. Дима Билан восхищенно говорил о магическом волшебстве (может быть о дьявольщине будет точнее), называя его амфрю (амфрю – это амфетамин на сленге продвинутых наркоманов). Такой рекламе активно подражают люди с несформированной моделью поведения и это молодежь и особенно подростки, у которых нет собственной модели поведения.

Выпуск такого «произведения» на ведущем ТВ канале страны (Константин Эрнст руководитель «Первого канала», сейчас орденосец) – это взламывание культурного кода Руси, предполагающего застенчивость и целомудрие. Рисунки на теле Наргиз – это не вологодское кружево или гжельская роспись, а на голове не кокошник. После «Голоса» у нее появился самый успешный продюсер Макс Фадеев, и Наргиз плотно гастролирует по всей стране (в июле–августе 2014 г. были аншлаги в огромном концертном зале «Фестивальный» Сочи), а в стране отмечается резкий скачок потребления спайсов с массовыми смертельными исходами во многих регионах.

Нет предела безудержной безнравственности, демонстрируемой населению, главное – деньги, а не последствия. Торговля колебаниями

воздуха приносит астрономические состояния. Причём доходы превышают расходы в десятки и сотни раз. Музыка не относится к товарам первой необходимости, но ею кормится огромное количество всевозможных музыкантов, продюсеров, промоутеров, компаний звукозаписи, СМИ и пр. Ещё больший доход даёт торговля наркотиками, тесно связанная с такой музыкой.

В период санкций, наращиваемых против России, когда в парламенте и других органах исполнительной и законодательной власти Российской Федерации обсуждаются ответные санкции против США и Европы, а в государстве используется импортозамещение, на Первом канале идет реклама товаров этих стран, в том числе не полезной для здоровья кока-колы.

Флоренский (русский религиозный философ, ученый-энциклопедист, первой половины XX в.) говорил, что личность формируется в культурной среде, и наша среда формирует личности – это уже давно ощущается. Инновации внедряются в традиции: и это толерантность к наркотикам, гомосексуализму, безразличию, бессердечию, наживе любыми способами. Массивная пропаганда из социума западного образа жизни, рок-культуры, сексуальной свободы, проб наркотиков («секс–наркотики–рок-н-ролл» со времени «Битлз») в условиях изменившихся социальных отношений, несовершенной системы профилактики, не учитывающей происходящих изменений самосознания в отношениях с окружающим миром, «эффективно» ориентирует на свободу поведения, наркотические пробы, биологически и социально незрелую молодежь. Этот общий для всех европейских народов бывшего СССР причинный фактор усугубляется распадом системы идеологического воспитания и тяжелым экономическим провалом. В таких условиях распространение суицидов и саморазрушающего поведения идет гораздо быстрее, чем принимаются меры, и в наше время достигло масштабов эпидемии.

### **Христианское представление о человеке. Наркотики и рок-культура**

Представление о человеке как отдельной личности, свободной в своих поступках и несущей ответственность перед Богом, главной обязанностью которого является любовь к ближнему, вбирающая в себя большинство заповедей Моисея (если ты любишь ближнего своего, то ты не можешь у него украсть, и не пожелаешь его жены...,) появилось 2 000 лет назад после проповеди Христа. Именно это христианское представление о человеке

создало и современную демократию, и коммунизм. Задайте эти вопросы о основных человеческих качествах подросткам – ответы будут звучать по-другому. Из них уходит доброта и любовь к другому человеку. Они больше не верят в необходимость любви. Наркотики и создаваемая ими культура зовут к другой норме, к абсолютно другим состояниям души. Именно поэтому рок во всех исторических этапах своего существования так тяготел и к наркотикам, и к культам, которые человек христианской культуры должен был бы называть языческими, если бы смог сохранить в себе христианство, даже не в качестве веры, а хотя бы в виде морального императива – «нормы», создавшей наши души.

Необходимо понимать и не строить иных иллюзий – рок-культуру создали психические состояния, вызываемые наркотиками, и среди них в первую очередь продукты конопли. Поэтому рок-музыка наполнена бесконечными наркотическими цитатами, причем не только в «поэтических» текстах, но и в мелодиях; рок-создатели пытаются воспроизвести свое эмоциональное состояние наркотического опьянения. Именно поэтому лидеры рок-культуры не испытывают ответственности за судьбы своих поклонников.

Воспитание в молодом человеке гордости за свое духовное прошлое является лучшим способом профилактики наркотического поведения. Цитирую слова Никиты Михалкова о речи бывшего президента РФ Медведева, что «Россия – это молодое государство, которому нет двадцати лет..., жить нам нужно как в Европе». Это означает, что мы отказываемся от тысячелетних корней и своего духовного прошлого. Мы, живущие веками в Евразии, имеющие свой уклад, взгляды и оценки, должны жить как в Европе... В контексте такого понимания жизни приведем пример вопроса от приехавшего в Иркутск «продвинутого современного» москвича: «А в Сибири еще мужики с бабами живут?».

### **«Какое ментальное поле, такое и тело – что вверху, то и внизу»**

По мнению некоторых антропологов, в настоящее время идет процесс деградации общества. Сейчас нет деревни, нечем разбавить деградирующий генофонд. А деградация идет в двух направлениях:

- либо огромный вес и потеря формы;
- либо узкие плечи и тело как «стручок сухой».

90 % беды создают электромагнитные поля, воздействующие на геном. Они экранируют информационный поток, кроме того имеют

значение железобетонные дома – это арматурные экраны, как камера Фарадея для ЭЭГ-исследований. Бабушки сидят на лавочках у дома или у окна – «ловят электромагнитное поле земли», а дедов нет, так как состояния психофизического дискомфорта мужчинами традиционно «лечатся» приемом психоактивных веществ, чаще водки. Девиз: «Напиться и забыться» существует с «коммунистических времен» и отражается на продолжительности жизни мужского населения. Многочисленные опыты с головастиками, развивающимися под металлической крышкой, показывают, что они в «условиях экрана» превращаются в живую биомассу. «Линии электропередач (ЛЭП) – это петля на шее планеты», мыши с онкологией и квадратные арбузы вырастают под ЛЭП. Продолжительность жизни и успеваемость в обучении снижаются у проживающих в радиусе нескольких километров под ТВ-вышкой и антеннами сотовой связи – излучателями СВЧ, которые традиционно устанавливают на крыши больниц и родильных домов, а депрессии, суициды, онкология и соматическая патология развиваются значительно больше в мегаполисах, где максимально сосредоточены такие источники биологического воздействия на человека.

Огромное биологическое давление оказывают каннабиноиды. Заболеваемость шизофренией однояйцовых близнецов – 48 %, а все остальное зависит от психосоциальной нагрузки (Шмуклер А.Б., 2014).

21 октября 2011 г., главный психиатр Минздравсоцразвития З. Кекелидзе выступил с обращением о необходимости вводить в школах государственную профилактическую программу, направленную на предупреждение суицидов среди детей. По мнению Кекелидзе, участие в программе должны принимать педагоги, работники внутренних дел и семьи, причем эту профилактику, считают специалисты, необходимо проводить, начиная с младших классов.

Такие меры вряд ли помогут в полной мере. Кроме этого, надо ввести уголовную статью за попытку самоубийства и законодательно запретить аборт. Как показала история – это весьма эффективные меры. А параллельно необходимо создавать проекты, которые будут направлены непосредственно на помощь детям и подросткам, находящимся в острой кризисной ситуации, которые хотят покончить с собой. Это и создание «горячих линий», и лекции, и работа врачей, психологов, педагогов и священников.

Пришло время для неотложного изменения приоритетов в стране с максимальным акцентом на духовно-нравственный уровень, при обязательном обеспечении необходимыми материальными

потребностями граждан страны, последовательным формированием гармоничного биопсихосоциального развития молодежи и ограничением детей от западных психологических экспериментов. Ориентация на которые привела к краху Украину, она во всех своих бедах винит только Россию, а население активно убивает себя.

Влияние бездуховной западной культуры потребителей привело к тому, что *«человек не хочет читать, учиться, ограничиваться чечевичной похлебкой, быть мышечноактивным, все хотят хорошо питаться – думают только о прямой кишке. Современный девиз многих – питаться и развлекаться, использовать все удовольствия без ограничений и немедленно, в том числе ПАВ, не думая о потомстве. Аскеза – самоограничение. Спорт убирает занавес потребителя, формирует мышцы, а с духовностью формирует личность»* (из телеобращения патриарха Кирилла, посвященного Сочинской олимпиаде).

Россия в течение 23 лет находится в униженном состоянии, Запад учит Россию демократии, использует как мальчика для бития и ставит в угол (Миронов А.). Жизнерадостный и загорелый президент США Обама заявил, что «Россия – слабая региональная страна» ("Новости дня", Bradshaw, 26.03.2014).

Защита Крыма явилась точкой кристаллизации духовного и человеческого понимания значимости России в сохранении славянского мира, чуждого европейской цивилизации с гомосексуалистами, лесбиянками и гей-сообществами, которые активно пытаются внедрить свои права на Руси.

Псевдокультура извращенцев создана католической церковью в мужских и женских монастырях. Понтифик Папа Римский Франциск, 12 апреля 2014 г. приносил извинение за духовных лиц, уличенных в педофилии – за 2011–2012 гг. более 400 священников лишены духовного сана за это. Когда одно событие – случай, два – совпадение, три – закономерность, а более четырехсот – это цивилизация?

Некоторыми «западными учеными-исследователями» педофилия отнесена к сексуальной направленности. *Легализуются партии, пропагандирующие педофилию и гомосексуализм и требующие разрешить продажу наркотиков детям, а войска НАТО, составленные из наркоманов, алкоголиков, геев и гомосексуалистов несут свою культуру на территориях своего нахождения, сегодня Латвия, а десять лет назад – Таиланд, превратившийся с их помощью в территорию секс услуг извращенцев, трансвеститов и детей. Разве это не признаки деградации общества?* Кроме того, недавно появилась информация, что

итак невысокий коэффициент интеллекта у граждан США – «передового общества потребителей» – снизился к XXI в. на 12 баллов. Ярким подтверждением является представитель дипломатической элиты, пресс-секретарь Госдепартамента США Д. Псаки, которая, например, обещала уточнить про детей, которые сели на карусель и голосовали на референдуме в Донецкой и Луганской областях. Это неединственная ситуация, ставящая ее в тупик. Д. Псаки не понимает, о чем говорит, а когда попадает в очередную анекдотическую ситуацию, привычно заявляет, что изучит этот вопрос у себя в кабинете.

*Впервые после распада СССР, после долгих лет социально-экономической и духовной стагнации (лат. stagnatio – неподвижность, застой) и массированного нагнетания западных бездуховных воззрений на бытие, происходит национальное и территориальное возрождение России, реальное объединение народа вокруг лидера страны. «Крым и Севастополь возвращаются в родную гавань – в Россию», – эти слова Президента РФ могут стать мощным стартом объединяющего движения населения страны к психофизическому выздоровлению и переосмыслению значения России в мироустройстве. «Россию Штаты постоянно нагибали и дошли до предела» (Путин В.). «Европа ничего не решает, Европа отдыхает, и думает о том, чтобы ей не мешали отдыхать. Идет сложный диалог между Америкой и Россией» (Хакамада И.).*

*Россия становится определяющей мировой державой, что меняет мировоззрение и статус людей, проживающих в ней. После крымских событий мы переживаем мощный эффект эмоционального объединения нации. Будет ли он поддержан федеральной властью, либо уйдет на нет? Ведь для развития России, нашей власти необходимы прагматизм и профессионализм. Прагматизм заключается в отказе от наивного ожидания помощи и долговременного сотрудничества с Россией какого-либо государства мира. Рассчитывать нужно только на народ страны, свою нацию, только она может обеспечить мощь и уважение во всем мире государства Российского. А профессионализм советских времен к настоящему времени растерян на всех уровнях руководства и власти, которые свою эффективность оценивают только количеством полученных зеленых банкнот, а не социально-психологическим состоянием и положением населения страны.*

В России исторически экономический и социальный рывок всегда происходит в периоды санкций. В такой период перед народом нужно ставить высокую цель, а не искать врагов. «Медведь никого не пустит в

свою тайгу, он никуда не пойдет из своей тайги, он сам будет заниматься своей тайгой» (Путин В.).

### **Биопсихосоциальная парадигма**

Теперь о новейшей научной биопсихосоциальной парадигме, определяющей человека как существо, включающее в себя три составляющие:

- биологическую;
- психологическую;
- социальную.

В 1977 г. в журнале «Science» выходит статья Джорджа Энгела «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине», в 1980 г. опубликована другая его широко цитируемая статья «Клиническое применение биопсихосоциальной модели». Д. Энгел – «выходец» из психосоматики, и его биопсихосоциальная модель опирается на принципы системного подхода, включающего факторы трех порядков:

1) к факторам биологического порядка можно отнести пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания;

2) психологического – особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы;

3) социоэкономического – род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей.

Эти факторы взаимосвязаны и являются зависимыми. Например: социальный статус может быть связан с рискованным или безопасным поведением; особенности обмена веществ – с уровнем стресса; эмоциональные нарушения могут быть вызваны тяжелыми социальными условиями, но одновременно через межличностные конфликты, нарушения поведения, сами приводят к ухудшению социальной ситуации индивида.

Ни один из факторов не может рассматриваться как «настоящая» или «единственная» причина болезни. Например, в данном контексте современная наркология рассматривает заболевания, связанные с химической зависимостью (алкоголизм, наркомании, токсикомании). Биологическую основу патогенеза заболеваний зависимости составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы,

психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурального и этнического рассогласований и искаженной информационной среды. Таким образом, современная наркология рассматривает зависимость от ПАВ как сочетанную патологию биологической, психической, социальной и духовной сфер жизни человека.

Отдельными авторами (Паначёв В.Д., 2009) предполагается, что биопсихосоциальная парадигма полностью соответствует религиозным представлениям о триединой природе человека, включающей в себя: тело (материальные потребности); душу (социальные, правовые, культурные потребности); и дух (духовно-нравственные потребности).

Высказанные Д. Энгелом идеи могли бы стать основой междисциплинарных исследований здоровья, что, в свою очередь, требует определиться с понятием «здоровье» в приложении к человеку.

Понятие здоровья ВОЗ определяет как «...состояние полного физического, психического, социального и нравственного благополучия человека, а не только отсутствие болезней и дефектов...». С позиции разрабатываемого в последние годы направления психологии здоровья, в подходе Д. Энгела можно выделить ряд значимых положений:

1. Здоровье и болезнь требуют системного подхода, в частности учета психосоциального контекста. Исследователь здоровья должен не просто выявить различные связанные с ним факторы, но и соединить их в определенную структуру, не ограничиваясь простыми линейными связями.

2. Медицина является социальной практикой, на которую распространяются социально-психологические закономерности.

3. Качество отношений между врачом и пациентом является ключевой детерминантой успешного лечения (Фролова Ю.Г., 2008).

*Страна должна уважать себя, свою позицию и свой народ.* Основа развития государства базируется на удовлетворении потребностей своего народа, а потребности человека – это внутренний побудитель активности, необходимый для поддержания жизнедеятельности и развития организма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом. Потребности человека делятся на:

*биологические* – свойственные животным и человеку;

*социальные* – носят исторический характер и зависят от уровня экономики и культуры;

*осознанные обществом, социальными группами, общностями и индивидами потребности* – выступают как их интересы.

Потребности личности образуют иерархию. На первом месте – биологические, необходимые в первую очередь для поддержания жизни в человеческом теле. Далее, потребности в самореализации, самоутверждении, то есть творческой деятельности.

### **Три самые важные потребности человека**

*Три самые важные потребности:*

1. **Значимость.** Каждый человек хочет быть важным, нужным. Дети, живущие в семье, соревнуются друг с другом и находят пути быть особенными, чтобы чувствовать себя уникальными. Значимость проявляется, когда мы сравниваем себя с другими. В поисках нашей значимости мы принимаем участие в различных иерархических структурах (различные сообщества, социальные группы). Мы можем чувствовать себя значимыми, потому, что мы достигли чего-либо, построили что-то, преуспели в чём-то, или мы можем добиваться важности, опровергая кого-либо или что-либо. Положительной стороной значимости является то, что мы стремимся повышать наш уровень развития. Получить значимость можно разными способами: зарабатывая деньги и обеспечивая семью, выполняя значимую работу, делая большой вклад в развитие человечества или просто преумножая свое богатство. Некоторые лица достигают чувства значимости, совершая ошибки и даже становясь самым худшими в чём-либо, и имея самое низкое чувство достоинства.

Ассоциативные слова: гордость, важность, стандарты, достижение, выполнение, совершенствование, саморазвитие, власть, сила.

2. **Безопасность.** Каждый человек нуждается в ощущении уверенности и безопасности – иметь крышу над головой; знать, где можно взять еду; быть уверенным, что твой сосед не нападет на тебя.

Ассоциативные слова: уверенность, комфорт, защищённость, безопасность, стабильность, крепко стоять на ногах.

3. **Принятие.** Удовлетворение этой потребности помогает чувствовать в себе уверенность, самостоятельность, целостность. Способствует построению отношений с людьми без притязаний, требований, манипуляций, обмана, ревности и насилия. Помогает быть людям искренними, отзывчивыми, заботливыми, понимающими, прощающими и принимающими, способными любить, чувствовать себя и другого, считающимися со своими и чужими потребностями.

Ассоциативные слова: общность, стремление, сплоченность, тепло, нежность, страсть.

### **Формирование психики людей**

Формирование психики людей происходит под воздействием внешней среды и собственного разума. И **внешняя среда способствует формированию человеческого либо нечеловеческого строя психики**. Нечеловеческий строй психики может быть представлен несколькими вариантами:

- *Животный строй психики*, ориентированный на удовлетворение инстинктов, получение удовольствия (секс, еда, товары без меры) – это, как правило, агрессивный, паразитический, антисоциальный тип, которому обязаны все, а он никому не обязан.

- *«Биоробот-зомби»* с навязанными культурой и средой автоматизмами, и привычками, рассуждает по авторитету вождя, писанию, традиции, или принимает мнение большинства.

- *Демонический строй психики*. Его носители способны силой воли переступить через инстинкты и привычки. Обретая власть в обществе, демонизм требует безоговорочного служения и подчинения себе, порождая самые изощренные формы подавления окружающих. Демоны могут быть единоличниками и корпоративниками.

- *Опущенный в противоестественность строй психики*. Это индивид подавляющий свое естество алкоголем, табаком, наркотиками, ПАВ (Белоусов Я., 2013).

*Учитель, воспитатель и врач должны стать достойными членами нашего общества и занимать в социуме особое, значимое, определяющее положение, а приоритетной задачей общества, должно быть удовлетворение самых важных потребностей своего народа и формирование в людях человеческого строя психики. Что позволяет осознавать людям свою человеческую миссию, быть наместником божьим на земле, жить по совести, в интересах всего общества.*

### **Заключение**

Одним из наиболее объективных индикаторов качества жизни общества, психического здоровья и социального благополучия населения является частота суицидов, критическим уровнем которой по определению ВОЗ, считается 20 случаев на 100 тыс. человек. Россия занимает второе

«печальное» место в мире по этому показателю (38 на 100 тыс. средний показатель зарегистрированных суицидов), а частота завершённых суицидов в отдельных регионах страны превышает критический уровень в 3–6,7 раза, при этом только часть смертей, связанных с суицидальными действиями, попадает в данную категорию. Аутоагрессивная активность молодежи в настоящее время стала крайне выраженной. Полифакторный характер данного феномена включает в себя комплекс предрасполагающих биологических, психологических, личностных, социальных и других факторов. На сегодняшний день суицидологами выделен обширный комплекс различного рода социальных, экономических, культурно-исторических, этнических, биологических, психологических, географических и иных параметров, в той или иной степени определяющих суицидальное поведение человека.

Сочетание определенных внутренних особенностей личности и факторов окружающей среды, общественной жизни, социальных условий, кроются в причинах самоубийств, способствуют развитию самоуничтожающего поведения в ответ на возникшие проблемы и трудности. Остаются невыясненным определенный фактор или группа факторов, играющих решающее значение в совершении самоубийства, что, по-видимому, объясняется отсутствием какой-либо одной причины суицида. В связи с этим требуется продолжение изучения факторов, способствующих суицидам, оценки суицидального риска.

Нуждаются также в уточнении многие аспекты суицидального поведения психически больных.

Необходима дальнейшая разработка вопросов профилактики суицидов, терапии и реабилитации всех последствий суицидального поведения. Поэтому только интеграция стратегических усилий большого числа специалистов разного профиля, направленных в единую превенцию суицидального поведения, позволит снизить остроту данной социальной проблемы.

Профилактика в обществе, которое по-прежнему считается демократическим, должна быть направлена на становление независимой личности. Психологи знают, что в 6–7-летнем возрасте интеллектуальные знания начинают приносить чувственное удовольствие, а значит, могут удовлетворять любопытство по отношению к наркотикам. Именно в этом возрасте и необходимо начинать профилактику. Знание объекта может лишить нас ожидания удовольствия от встречи с ним. Как раз поэтому наркоманы избегают чтения медицинских книг о наркотиках. Во взрослом возрасте этот принцип работает куда менее эффективно, чем в детском.

## Список рекомендуемой литературы

1. Белоусов, Я. Психотипы человека. URL: <http://www.youtube.com/> (дата обращения 21.10. 2013).
2. Войцех, В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Соц. и клин. психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22–27.
3. Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, 2007. – 277 с.
4. Ворсина, О.П. Факторы риска суицидального поведения (обзор литературы) / О.П. Ворсина // Актуальные вопросы суицидологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Иркутск, 2014. – С.22–47.
5. Ворсина, О.П. Распространенность и факторы риска суицидов у больных психическими расстройствами (обзор литературы) / О.П. Ворсина // Кризисные состояния: клиника, диагностика, лечение и профилактика: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Иркутск: РИО НЦРВХ СО РАМН, 2013. – С. 25–41.
6. Говорин, Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Чита: Иван Федоров, 2008. – 178 с.
7. Колягин, В.В. Теории суицида. Классификации суицидального поведения / В.В. Колягин, В.В. Колягина // Актуальные проблемы суицидологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Иркутск: РИО НЦРВХ СО РАМН, 2012. – С. 5–18.
8. Колягин, В.В. Суицид – причины, психология, превенция, помощь / В.В. Колягин, В.В. Колягина // Кризисные состояния: клиника, диагностика, лечение и профилактика: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Иркутск: РИО НЦРВХ СО РАМН, 2013. – С. 64–86.
9. Колягин, В.В. Суициды. Теории, причины, психология, превенция, помощь / В.В. Колягин, В.В. Колягина. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 44 с.
10. Колягин, В.В. Биопсихосоциальная структура человека в современном российском обществе / В.В. Колягин, В.В. Колягина, В.И. Богатырев // Актуальные вопросы суицидологии: матер. межрегион. науч.-практ. конф. – Иркутск, 2014. – С. 75–93.
11. Колягин, В.В. Наркомании. Медико-социальная реабилитация зависимых и созависимых пациентов, подход и взаимоотношения / В.В. Колягин, А. Додзюк, В.В. Новикова. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2014. – 92 с.
12. Паначёв, В.Д. Биопсихосоциальная структура человека в современном обществе / В.Д. Паначёв. – Пермь: ПГТУ, 2009. – 124 с.
13. Положий, Б.С. Суицидальная ситуация в современной России / Б.С. Положий // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения: материалы науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 40–44.
14. Сидоров, Г.А. Видео. URL: <http://www.youtube.com/> (дата обращения 21.10. 2013).

15. Фролова, Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья / Ю. Г. Фролова // *Актуальные проблемы психологии. Философия и социальные науки.* – 2008. – № 4. – С. 60–65.
16. Andréasson, S. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis / S. Andréasson, P. Allebeck, U. Rydberg // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 79. – P. 505–510.
17. Engel, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // *Science.* – 1977. – Vol. 196. – P. 38.
18. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *American Journal of Psychiatry.* – 1980. – Vol. 137. – P. 51.
19. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts / S. Andréasson [et al.] // *Lancet.* – 1987. – P. 1483–1486.
20. Agerbo, E. Unemployment and suicide / E. Agerbo // *J. Epidemiology and Community Health.* – 2003. – Vol. 57. – P. 560–561.
21. Blakely, T.A. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? / T.A. Blakely, S.C. Collings [et al.] // *J. Epidemiology and Community Health.* – 2003. – Vol. 57. – P. 594–600.
22. Cheng, A.T. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study / A.T. Cheng [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 177. – P. 360–365.
23. Fergusson, D.M. Unemployment and Psychosocial Adjustment in Young Adults: Causation or Selection? / D.M. Fergusson [et al.] // *Social Science and Medicine.* – 2001. – Vol. 53. – P. 305–320.
24. Jin, L.M. The Impact of unemployment on Health: A Review of the Evidence / L.M. Jin [et al.] // *Canad. Med. Assoc. J.* – 1995. – Vol. 153. – P. 529–540.
25. Murphy, G.E. The effect of unemployment on mental health / G.E. Murphy, J.A. Athanasou // *J. Occupational organizational psychology.* – 1999. – Vol. 72. – P. 83–99.
26. Phillips, M.R. Suicide rates in China, 1995–1999 / M.R. Phillips, X. Li, // *Lancet.* – 2002. – Vol. 359. – P. 835–840.
27. Rich, C.L. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden / C.L. Rich, B.S. Runeson // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 43 (6). – P. 577–582.
28. Seiden, R.H. Death in the West – a regional analysis of the youthful suicide rate / R.H. Seiden // *West. J. Med.* – 1984. – Vol. 140 (6). – P. 969–973.
29. Wasserman, D. Suicidology and suicide prevention. A global perspective / D. Wasserman [et al.]. – Oxford: University Press, 2009. – 872 p.
30. Yip, P.S. Suicide rates in China during a decade of rapid social changes / P.S. Yip [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 40. – P. 792–798.
31. Zhang, J. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study / J. Zhang [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – Vol. 110. – P. 430–437.

*Колягин Василий Васильевич*  
*Ворсина Ольга Петровна*

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ЧЕЛОВЕКА  
В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ  
И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Пособие для врачей

Корректор С.А. Матюшенко  
Оператор электронной верстки О.Б. Борисова

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.  
Уч.-изд. л. 3,3. Тираж 100. Заказ 1/208.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО.  
664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.  
Тел (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru