

6. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. – М., Верди, 2009. – 128 с.
7. Комплексное клинико-психологическое исследование лиц с алкогольной зависимостью: учебное пособие под ред. д.м.н. Е.Н. Кривулина. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 88 с.
8. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 16-21.
9. Положий Б.С. Этнокультуральные аспекты суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 76-78.
10. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: М, 2008. – 132 с.
11. Разводовский Ю.Е. Суициды и уровень потребления алкоголя // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2007. – № 3. – С. 22-25.
12. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – К.: 1999. – 479 с.
13. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К.: А.Л.Д., 1996. – С. 177-182.
14. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: «Когито-Центр», Москва, 2005. – 145 с.
15. Шустов Д.И. Родительская программа «Не живи» у больных алкоголизмом // Алкогольная болезнь. – 2000. – № 11. – С. 1-4.
16. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
17. Alan L. Berman (перевод К. Брежнева (konst@nicol.ru) Оригинальный текст "Suicide", Microsoft®, Encarta®98, Encyclopedia.

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

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

Chelyabinsk State Medical Academy,
Chelyabinsk, Russia

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

Key words: alcohol dependence, suicidal risk, suicidal behavior

УДК: 616.89-008.441.44:616.89-008.441.13

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

П.Б. Зотов, М.С. Уманский

Тюменская государственная медицинская академия
Тюменский областной наркологический диспансер

Контактная информация:

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

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

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

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

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

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

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

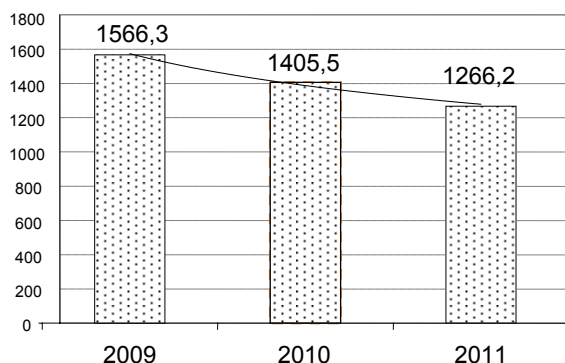


Рис. 1. Распространенность алкоголизма (в т.ч. алкогольные психозы) на Территории Тюменской области (на 100000 населения) [5].

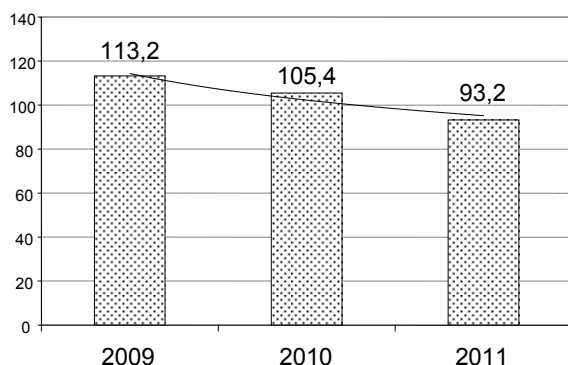


Рис. 2. Первичная заболеваемость хроническим алкоголизмом (в т.ч. алкогольные психозы) на Территории Тюменской области (на 100000 населения) [5].

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

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

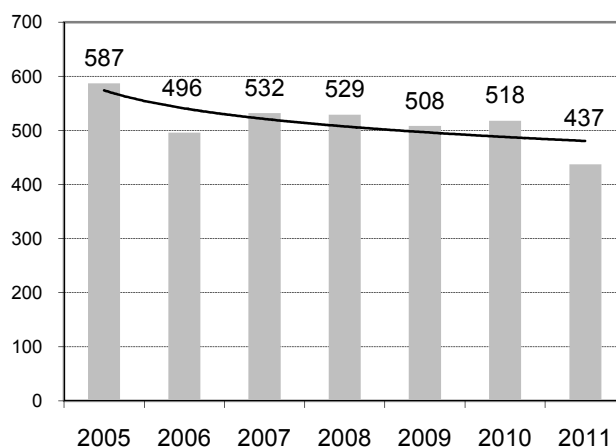


Рис. 3. Число самоубийств на Юге Тюменской области в 2005-2011 гг., абс.

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

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

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

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

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

Материал и методы.

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

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

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

Результаты исследования и обсуждение:

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

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

Таблица 1

Психопатологические синдромы у больных исследуемых групп

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

Примечание: * - $P < 0,05$

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

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

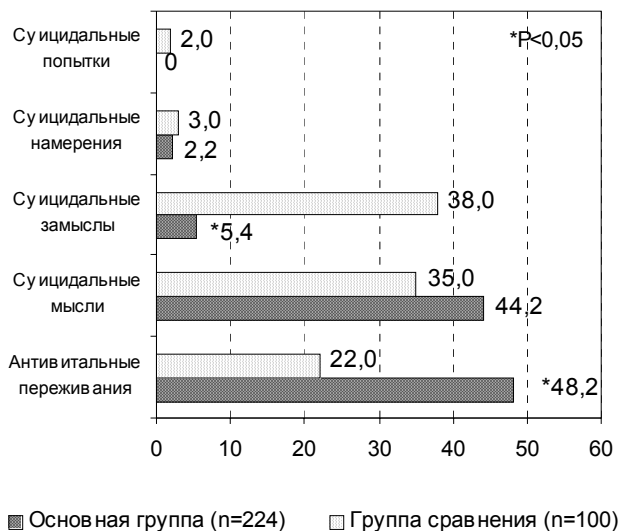


Рис. 4. Структура суицидального поведения больных алкоголизмом сравниваемых групп, в %.

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

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

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

Суицидальные замыслы, напротив, достоверно чаще преобладали ($P < 0,05$) в группе сравнения – 38,0% (в основной – 5,4%). Обычно они содержали более конкретные представления о способах и средствах самоубийства, но время и место носили неопределенный характер. Как правило, больные рассматривали возможность самоубийства при возникновении какого-либо внешнего признака («внешнего ключа» [8]), особенно наглядно проявляемого в виде угроз: «если не поможете, то удавлюсь...», «если не назначите гемодез, то вены вскрыю...» и т.д. Наиболее часто эти формы суицидальной активности регистрировались у больных группы сравнения в возрасте 50-59 лет (40,3%).

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

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

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

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

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

В группе сравнения прослеживается несколько иная тенденция. В отличие от основной группы исследования, у этих пациентов доля антивитаальных переживаний составляет лишь пятую часть, при одновременном доминировании суицидальных замыслов, а так же

росте числа суицидальных намерений и суицидальных попыток у лиц 60-69 лет.

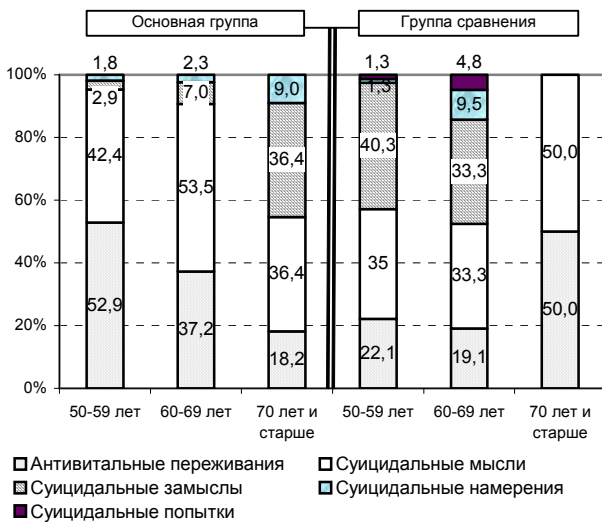


Рис. 5. Распределение отдельных форм суицидальной активности в зависимости от возраста больных сравниваемых групп, в %.

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

Таблица 2

Предполагаемые способы суицидальных действий больных, в %

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

Примечание: * - P<0,05

Они могут свидетельствовать о более глубоко патологическом изменении личности больных, страдающих алкоголизмом с молодого

возраста. Всего шантажные формы поведения регистрировались лишь у 2,2% (n=5) основной группы и 31,0% (n=31) группы сравнения (P<0,05).

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

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

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

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

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

Можно отметить, что в общей популяции так же преобладают «жесткие» способы, при абсолютном доминировании самоповешений (83,6-86,8%). Вместе с тем, самопорезы, напротив, составляют лишь 2,5-2,6%, что может так же свидетельствовать о преимущественно шантажном характере большинства как заявляемых суицидальных намерений, так и суицидальных попыток.

Таблица 3

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

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

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

Дальнейший этап нашего исследования включал анализ этапа формирования суицидального поведения. Было установлено, что впервые суицидальные идеи у большинства (78,1%) больных алкоголизмом позднего возраста впервые возникли в последние годы, сохраняясь и периодически привлекая внимание в периоды ухудшения здоровья или под воздействием неблагоприятных социальных факторов. Только 16,1% обследуемых отмечали появление аутоагрессивных тенденций в молодом возрасте. На формирование подобных идей в условиях настоящей госпитализации указали лишь 5,8% больных. В группе сравнения, напротив, достоверно большее (62,0%; $P < 0,05$) число больных отмечали первое появление мыслей о добровольном уходе из жизни в молодом и среднем возрасте, а 37,0% – в течение последних нескольких лет. Эти данные, с одной стороны, подтверждают провоцирующую роль алкоголизаций в формировании суицидальной настроенности, а с другой, указывают на достаточно длительное присутствие этих

тенденций у большинства больных, что согласно определению А.Г. Амбрумовой [1] может расцениваться как «хронический пресуицид». Последний фактор обосновывает важность активного выявления суицидальной настроенности больных алкоголизмом на всех этапах лечения и реабилитации.

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

Таблица 4

Ведущие мотивы суицидального поведения больных
алкоголизмом сравниваемых групп, в %

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

Примечание: * – $P < 0,05$

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

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

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

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

2. У мужчин, страдающих алкоголизмом с молодого возраста (группа сравнения), суицидальная настроенность носит достоверно более тяжелый аутоагрессивный характер. При этом достоверно чаще ($P < 0,05$) суицидальное поведение проявляется в шантажных, рентных формах (31,0%).

3. Подавляющее число мужчин обеих групп среди предполагаемых вариантов добровольного ухода из жизни указывают на «жест-

кие» способы суицида, в структуре которых преобладает самоповешение (основная группа – 53,4%; сравнения – 39,7%).

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

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

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.
2. Бойцов С.А., Потемкина Р.А. Алкоголизм как фактор риска смерти в Российской Федерации. – Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. – М., 2011. – 14 с.
3. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24-33.
4. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольная смертность населения трудоспособного возраста // Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России / под ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. – СПб: «Печатный элемент», 2012. – С. 136-137.
5. Доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Тюменской области в 2011 году. – Тюмень: ООО «Печатный дом «Цессия», 2012. – С. 76-167.
6. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя. – ЕРБ ВОЗ, 1992. – 5 с.
7. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. и др. Суицидологическая ситуация на юге Тюменской области в

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

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

P.B. Zotov, M.S. Umansky

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

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

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

УДК: (616.89-008.441.44:39) (571.54)

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

С.В. Цыремпилов

Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ, Россия

Контактная информация:

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

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

Ключевые слова: суицид, буряты, пассионарность, повышенный риск.