

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова
(Москва)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

*В.А. Розанов, А.О. Кибитов, Р.Р. Гайнетдинов,
А.В. Меринов, П.Б. Зотов*

Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида 3

Б.С. Положий

Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) 21

Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель, А.Ф. Аболонин

Суицидальное и парасуицидальное рискованное поведение среди высокообразованной молодежи: дихотомия формирования и дифференцированные возможности когнитивно-поведенческой копинг-терапии 27

Н.Б. Семёнова

Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: клинические факторы риска 36

Е.С. Крылова, А.А. Бебуришвили, В.Г. Каледа

Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением 48

*К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев,
Г.И. Семикин, С.Н. Озоль, С.А. Чубина*

Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых 58

А.В. Меринов, А.Ю. Алексеева

Влияние несистематического употребления наркотических веществ у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики 75

Ю.Е. Разводовский, С.А. Игумнов, С.В. Кондричин

Потребление алкоголя и гендерный градиент уровня суицидов в Европе 80

Е.Б. Любов, Ю.Е. Шматова, В.Б. Голланд, П.Б. Зотов

Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России 84

*П.Б. Зотов, Н.А. Бохан, М.С. Хохлов, И.М. Петров,
Е.Г. Скрябин, О.П. Зотова, В.Г. Петров*

Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учёта 91

А.В. Бертовский, И.В. Глазунова, И.В. Маслов

Понятие и технология криминалистического распознавания самоубийства 105

EDITOR IN CHIEF
 P.B. Zotov, Ph. D., prof.
 (Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY
 M.S. Umansky, M.D.
 (Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE
 N.A. Bokhan, acad. RAS,
 Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
 Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
 (Izhevsk, Russia)
 N.A. Kornetov, Ph. D., prof.
 (Tomsk, Russia)
 J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
 (Moscow, Russia)
 E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
 (Moscow, Russia)
 A.V. Merinov, Ph. D.
 (Ryazan, Russia)
 N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
 (St. Petersburg, Russia)
 G. Pilyagina, Ph. D., prof.
 (Kiev, Ukraine)
 B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
 (Moscow, Russia)
 Y.E. Razvodovsky, M.D.
 (Grodno, Belarus)
 A.S. Rakhimkulova
 (Moscow, Russia)
 K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
 (Ekaterinburg, Russia)
 V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
 (St. Petersburg, Russia)
 V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
 (Belgorod, Russia)
 N.B. Semenova, Ph. D.
 (Krasnoyarsk, Russia)
 A.V. Semke, Ph. D., prof.
 (Tomsk, Russia)
 V.A. Soldatkin, Ph. D.
 (Rostov-on-Don, Russia)
 V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
 (Ufa, Russia)
 L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
 (Dnipropetrovsk, Ukraine)
 Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)
 Jyrki Korkeila, Ph. D., prof.
 (Finland)
 Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D.,
 prof. (Sweden)
 William Alex Pridemore, Ph. D.,
 prof. (USA)
 Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)
 Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof.
 (Poland)

Журнал «Суицидология»
 включен в:
 1) Российский индекс научного
 цитирования (**РИНЦ**)
 2) международную систему
 цитирования **Web of Science**
 (ESCI)

Учредитель и издатель:
 ООО «М-центр», 625007,
 Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
 625051, г. Тюмень,
 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202

Адрес для переписки:
 625041, г. Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
 Факс: (3452) 54-07-07
 E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 112

Contents

*V.A. Rozanov, A.O. Kibitov, R.R. Gainetdinov,
 A.V. Merinov, P.B. Zotov*
 Molecular genetics studies in suicidology and new opportunities
 in risk assessment 3

B.S. Polozhy
 Suicides among minors (epidemiological aspect) 21

N.A. Bokhan, I.V. Voevodin, A.I. Mandel, A.F. Abolonin
 Suicidal and parasuicidal risk-taking behaviour among the highly
 educated young people: dichotomy of forming and differentiated
 abilities of cognitive-behavioural coping-therapy 27

N.B. Semenova
 Suicidal behavior in native children and adolescents of Siberia:
 clinical risk factors 36

E.S. Krylova, A.A. Beburishvili, V.G. Kaleda
 Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior
 in youth patients with personality disorders 48

*K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev,
 G.I. Semikin, S.N. Ozol, S.A. Chubina*
 Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive
 and maladaptive views of death in young adults 58

A.V. Merinov, A.Yu. Alekseeva
 Influence of non-systematic use of narcotic substances on suicidological
 characteristics in men suffering from alcohol addiction 75

Y.E. Razvodovsky, S.A. Igumnov, S.V. Kandrychyn
 Alcohol consumption and gender gap in suicide mortality in Europe 80

E.B. Lyubov, Y.E. Shmatova, V.B. Holland, P.B. Zotov
 10-year epidemiological analysis of suicidal behavior
 of psychiatric patients in Russia 84

*P.B. Zotov, N.A. Bokhan, M.S. Khokhlov,
 I.M. Petrov, E.G. Skryabin, O.P. Zotova, V.G. Petrov*
 Suicidal actions of drug addicts:
 questions of system identification and accounting 91

L.V. Bertovsky, I.V. Glazunova, I.V. Maslov
 Concept and technology of criminalistic recognition of suicide 105

Information 112

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>
 Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru, www.psychiatr.ru
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>
<http://global5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
 Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
 Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
 На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
 Заказ № 87. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.04.2019 г. Цена свободная

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СУИЦИДОЛОГИИ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА

В.А. Розанов, А.О. Кибитов, Р.Р. Гайнетдинов, А.В. Меринов, П.Б. Зотов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, г. Москва, Россия

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Рязань, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, набережная Макарова, д. 6. Электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Кибитов Александр Олегович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 3718-6729; Researcher ID: R-5872-2016; ORCID iD: 0000-0002-8771-625X). Место работы и должность: 1) заведующий лабораторией молекулярной генетики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., 23; 2) ведущий научный сотрудник отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Электронный адрес: druggen@mail.ru

Гайнетдинов Рауль Радикович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6024-7854; Researcher ID: G-5875-2011; ORCID iD: 0000-0003-2951-6038). Место работы и должность: директор института трансляционной биомедицины ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7-9. Электронный адрес: r.gainetdinov@spbu.ru

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Обзор посвящен современному состоянию проблемы изучения генетических факторов суицидального поведения. Обсуждаются ключевые факты и закономерности, выявленные в ходе изучения наследуемости суицидального поведения с применением различных подходов, в частности, классической поведенческой генетики, стратегии генов-кандидатов и стратегии полногеномного сканирования, которая в последние годы приобретает все большее значение. Отдельно обсуждаются такие вопросы, как поиск доказательств изменений активности генов на уровне транскрипции, выявления эпигенетических феноменов и накопления белковых продуктов в аутопсийном материале, а также поиск информативных биомаркеров в крови. В генетике суицидального поведения прослеживается та же тенденция, которая в последнее время выявлена в отношении ряда психических расстройств – «исчезновение наследуемости» при переходе от классических психогенетических моделей (близнецовые исследования) к оценкам наследуемости на основе выявляемых мононуклеотидных маркеров, а также высокая степень взаимного перекрытия между маркерами расстройств (особенно депрессии и биполярного расстройства) и суицидального поведения. Обсуждение возможностей получения прогностических маркеров основывается на моделях стресс-уязвимости, которые в последние годы являются доминирующими в суицидологии. Одновременно необходим учет взаимодействия генов и среды и формирования «инкубированной травмы», а также оценка состояния когнитивных процессов. В связи с этим наиболее перспективны комплексные исследования в суицидологии, сочетающие высокотехнологичные приемы современной молекулярной генетики и психологические, психосоциальные (стресс и его субъективное восприятие), клинико-психиатрические и когнитивные характеристики суицидальной личности на разных стадиях суицидального процесса – от мыслей антивиталяного характера до суицидальных попыток и завершенного суицида. Отдельно

обсуждается ценность эпигенетических находок в аутопсийном материале и маркеров транскрипции в цельной крови. Проведение комплексного генетического исследования в России, согласно предложенной в обзоре стратегии, позволит уточнить ценность многих уже известных маркеров и оценить их предиктивную силу для конкретных популяций, а также выработать собственное видение возможности предсказания и превенции суицидов, особенно среди молодежи. Хорошие перспективы для сопоставительного анализа данных открываются благодаря активности международных консорциумов по психиатрической генетике и появлению такого объединяющего фактора, как аналогичный Российский консорциум, в рамках которого авторы призывают больше внимания уделять суицидальным фенотипам. Все это отражает возросшие возможности оценки риска, предикции и превенции суицидов.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, генетические факторы, поведенческая генетика, взаимодействие генов и среды, молекулярно-генетические маркеры, гены-кандидаты, эпигенетические феномены, продукты генной активности, головной мозг, биомаркеры крови

За последние 15-20 лет в области психиатрической генетики наблюдается резкий количественный скачок в накоплении новых знаний и качественный сдвиг в плане понимания природы психических расстройств. Это связано, прежде всего, с технологическим прогрессом в области выявления индивидуальных генетических полиморфизмов, удешевлением процедуры так называемого полногеномного сканирования на основе широкоплотной чип - гибридизации (около миллиона маркеров менее чем 100 долларов США за образец) и появлением множества полногеномных ассоциативных исследований (genome-wide association studies, GWAS), направленных на выявление однонуклеотидных генетических полиморфизмов, ассоциированных с психиатрическими фенотипами. Эти исследования, с одной стороны, ясно дали понять, что психические расстройства имеют полигенную природу и зависят от сотен (а возможно, и тысяч) индивидуальных генетических вариантов. Последнее было далеко не очевидно, поскольку ещё совсем недавно высказывались предположения, что шизофрения, например, предопределяется 2-9 или даже одним мутантным геном [1, 2]. С другой стороны, новейшие работы выявили, что одни и те же генетические факторы ассоциированы с целым рядом заболеваний, которые современная психиатрия рассматривает как отдельные нозологии. В частности, оказалось, что взаимное перекрытие по генетическим маркерам между шизофренией и биполярным аффективным расстройством (БАР) составляет около 15%, между БАР и депрессией – 10%, между шизофренией и депрессией – 9%, а между шизофренией и аутизмом – около 3% [3]. Точность современных генетических исследований и возможность опереться на конкретные патофизиологически обоснованные генетические маркеры позволяет поставить вопрос о новом синтезе – понимании сущности расстройств уже не столько на основе клинических проявлений, сколько на основе их генетической подоплёки,

за чем может последовать новая классификация психических болезней [4, 5].

В то же время, наметилась ещё одна интересная тенденция – оценки наследуемости по данным исследований, основанных на классических методах поведенческой генетики (в частности, на близнецовом методе) очень существенно отличаются от оценок, получаемых на основе полногеномного сканирования (так называемого SNP heritability) и исчисления полигенного риска. Так, вариабельность генома по выявленным SNP предсказывает 23% риска шизофрении, в то время как близнецовые и семейные исследования указывают на наследуемость в пределах 81%. Аналогично, для БАР эти оценки составляют 25% против 75%, для гиперкинетического расстройства – 28% против 75%, для аутизма – 14% против 80% и для депрессии – 21% против 37% [1, 3]. Такое явление иногда характеризуют, как «исчезающая наследуемость» – ситуация, при которой близнецовые исследования говорят об исключительно высокой наследуемости (например, как при аутизме – порядка 80%), в то время как несколько десятков выявленных генетических полиморфизмов при статистическом анализе по схеме «случай-контроль» объясняют не более 5% дисперсии признака аутизма, то есть 75% наследуемости как-бы «исчезает» [5]. Объяснений у этого наблюдения много, от эпистатического действия генов и недоучёта влияния редких генов (что предусматривает все-таки приверженность базовым принципам генетического анализа) до признания принципиальной неточности обоих подходов и подозрений в отношении очень сильного влияния ранних этапов развития, что трудно поддается учёту [1, 5].

Не вдаваясь сейчас в детали обсуждения этого парадокса, мы хотели бы проанализировать положение дел в области классической и ультрасовременной генетики суицидального поведения и на этой основе наметить стратегию дальнейшего поиска генетических коррелятов суицидальности, главным образом с позиций

возможного получения предиктивных маркеров, которые можно было бы использовать в целях суицидальной превенции. Приступая к этой задаче, необходимо отметить, что самоубийство тесно связано с психическими расстройствами, особенно с аддикциями, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), аффективными расстройствами и шизофренией, однако случается и при их явном отсутствии [7]. Более того, лишь 5% больных с психическими расстройствами (например, с шизофренией) совершают самоубийства [8]. Данное обстоятельство даёт основание говорить о суицидальности как о некоей самостоятельной форме поведения, обусловленной не только расстройствами и психопатологией, но и социальными факторами, определённым сочетанием личностных черт, а также низкой переносимостью стрессовых и фрустрирующих ситуаций [9, 10]. Особая роль стресса в патогенезе суицидальности отражена в моделях стресс-уязвимости – феномена, который понимается как психолого-биологическая предрасположенность, имеющая генетическую и эпигенетическую природу [11, 12, 13].

Психогенетика суицидального поведения.

Тот факт, что самоубийства часто имеют семейную историю, всегда привлекал внимание и рассматривался как свидетельство влияния генов [14]. В то же время, анализ с позиций классической поведенческой генетики ясно указывает на то, что генеалогический метод не позволяет оценить дифференциальный вклад наследственности и среды в наблюдаемый признак. В семьях может иметь место «выученный нейротизм» – реакция потомства на стиль реагирования родителей на жизненные неприятности и проблемы, что может оказывать независимое влияние на склонность к суициду [15]. Более того, неоднократно указывалось на значение взаимодействия генов и среды – в виде модерирования генотипами эффектов среды, либо как результат поведенческого выбора некоторыми носителями определённых генотипов повреждающей среды, либо с учётом фактора развития и неблагоприятных ранних воздействий (детская психотравма) [10, 12, 16]. Тем не менее, два недавних семейных исследования на больших контингентах (тысячи и десятки тысяч самоубийств) в целом подтверждают высказанные ранее предположения о независимом наследовании суицидальности.

Так в Датском исследовании было показано, что и самоубийство, и психическое расстройство в семье существенно повышают риск

самоубийства, однако их влияние независимо друг от друга [17]. Второе масштабное исследование, в котором благодаря широкому охвату участников и учёту их родственных связей удалось отдифференцировать влияние генов и среды, показало, что оба фактора имеют примерно равное значение. Так, наличие сиблинга, покончившего с собой (50% общих генов и общая среда), повышает риск самоубийства в 3,1 раза, в то время, как у полусиблингов по матери (25% общих генов и общая среда) риск примерно в 2 раза ниже. Родственники третьего порядка (двоюродные братья и сестры, 12,5% общих генов) имеют повышенный риск по сравнению с контролем. Сиблинги жертв суицида имеют более высокий риск, чем их потомки (3,1 против 2,0, в обоих случаях 50% общих генов, но у сиблингов более общая среда), а полусиблинги по матери имели более высокий риск, чем полусиблинги по отцу [18].Monozygotные близнецы ожидаемо имели более высокий риск, чем дизиготные [18].

В плане количественной оценки вклада генов и среды лучше всего обстоит дело при использовании близнецового метода. Немногочисленные, но убедительные суицидологические работы в этой области позволили, используя классический метод расчёта (формула Хольцингера), рассчитать вклад наследственности, который для суицидального поведения (имеется в виду завершённый суицид) был оценён в пределах 45% [19]. Недавно это величина была подтверждена и уточнена в мета-анализе, она составила 43% [20, 21]. Такие высокие значения наследуемости суицидальности, сопоставимые с показателями наследуемости депрессии и основных свойств темперамента [22] указывают на значительную роль генов в провоцировании этой формы поведения, зависящей от множества факторов сугубо человеческой природы, включая мировоззрение, самоотношение, психическую боль, потерю смысла жизни и слом антисуицидальных моральных запретов. В некотором смысле это удивительно, поскольку наследуемость серьёзных психических расстройств, в патогенезе которых роль биологических механизмов представляется гораздо более существенной, не намного выше. В то же время, в отношении суицидальности (в самом общем понимании, от устойчивых антивитальных мыслей до завершённого суицида), как будет видно из дальнейшего изложения, проявились те же закономерности: взаимное перекрывание между генами, ассоциированными собственно с суицидальным поведением и с наиболее суицидогенными расстройствами (в

частности, депрессией) и «исчезновение наследуемости» при переходе к оценке риска на основе выявленных ассоциаций с генетическими полиморфизмами.

Поиск ассоциаций (стратегия генов-кандидатов).

Поиск ассоциаций на основе стратегии генов-кандидатов в области суицидологии происходил наиболее активно, начиная с 90-х годов прошлого столетия как результат внедрения соответствующих технологий (в основном – полимеразной цепной реакции). Выбор исследуемых генов был обусловлен представлениями о наиболее вероятных патофизиологических механизмах суицидального поведения. В связи с этим основное внимание изначально уделялось системе серотонина и норадреналина, дофаминергической системе, в дальнейшем – системе ГАМК, эндоканнабиноидам, эндогенной опиоидной системе, гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системе стресс-реагирования (ГГКС) и системе нейротрофинов. Исследования касались генов, кодирующих ферменты обмена соответствующих нейромедиаторов, их изоформы, рецепторы, их субъединицы, транспортеры, внутриклеточные регуляторы, компоненты цитоскелета, разнообразные внутриклеточные регуляторные белки и транскрипционные факторы [23, 24, 25].

По дизайну генетические исследования в суицидологии (как и в психиатрической генетике или генетике наследственных заболеваний) чаще всего представляют собой поиск статистически значимых ассоциаций или корреляций между исследуемым фенотипом (суицидальные мысли, попытка суицида, завершённый суицид) и вариациями структуры генов-кандидатов (association studies). В качестве непосредственных маркеров обычно выступают однонуклеотидные полиморфизмы (SNPs), но также и микросателлитные последовательности, инсерции-делеции, варьирующие tandemные повторы (VNTRs) и вариации числа копий генов (CNVs), то есть самые разные маркеры, отражающие генетические отличия между индивидуумами [26]. Альтернативным вариантом дизайна является анализ сцепления, то есть определение вероятности совместного наследования фенотипического признака и исследуемого маркера на уровне семейной передачи от родителей детям (linkage studies) [27].

Результаты этих исследований привели к определённым ценным для науки результатам, при этом статистически подтвержденные находки касались в основном генов серотонинергической и дофаминергической систем и

нейротрофического фактора мозгового происхождения (BDNF) [10, 16, 25, 28]. При анализе многочисленных работ в этой области заметна следующая тенденция – сотни исследований, порой отличающихся по дизайну, дают «на выходе» весьма незначительный результат – десятки подтверждённых маркеров. Так, например, тщательный и скрупулезный анализ, посвящённый только генам серотонинергической системы, показал, что из 278 работ, выявленных автором к моменту публикации (2007 г.) ассоциация с тем или иным маркером выявлена в 58 работах, то есть менее чем в четверти случаев [29]. При этом наибольший процент ассоциаций (около половины исследований) связан с наиболее хорошо изученными функциональными полиморфизмами гена катехоламин-О-метил-трансферазы *COMT* и транспортера серотонина *SLC6A4*, которые ранее были «замечены» в связи с различной психиатрической патологией, эмоциональными нарушениями и аддикциями [29].

Мы намеренно не уточняем конкретные полиморфные сайты, связанные с теми или иными локусами, которых в отдельных генах выявлено десятки, и перечисление которых не входит в задачи данной публикации. Выбор маркеров диктуется многими соображениями, но чаще всего – изученностью того или иного маркера, установленной ранее ассоциацией с какими-либо психическими расстройствами, наличием логической связи с физиологическими функциями, характеристиками ЦНС, работой медиаторных систем, связью с эмоциональными или поведенческими особенностями индивидуумов. Так, цикл суицидологических работ по генам, кодирующим изоформы моноаминоксидазы (MAO) был в значительной степени инициирован более ранними работами, в которых было показано участие MAO в патогенезе шизофрении и установлена связь некоторых полиморфизмов в этом гене с проявлениями агрессивного поведения [30, 31]. Все это сужает круг возможных находок, большинство исследователей «ищут» там, где уже найдено многое. Это не исключает, разумеется, и необычных результатов, как например, в работе [32], в которой была выявлена ассоциация суицидальной попытки с генами одной из субъединиц натриевого канала и ключевого белка синаптического выброса, то есть с базовыми функциями нервной клетки.

Следует отметить, что стратегия поиска генов-кандидатов обычно не требует очень больших выборок (наиболее частый объём – 150-200 человек), при этом большое внимание

уделяется этнической однородности. Работы данного типа выполнили свою стратегическую задачу, примерно описав круг генетических маркеров, наиболее тесно ассоциированных с суицидальным поведением и оценив их универсальность или исключительность. Для таких исследований особое значение приобретает обобщение данных путём мета-анализа. Так, в одном из мета-анализов подтверждена ассоциация полиморфизма транспортера серотонина на объединённом контингенте из 1168 случаев суицидальных попыток и завершённых суицидов лиц Европейской и Китайской этнической принадлежности в сравнении 1371 контролем [33]. Таким образом, по наиболее изученным генам ассоциация суицидального поведения с серотониновой системой подтверждается на смешанных популяциях.

Другие варианты доказательств роли генов в суицидальности.

Другие варианты доказательств включают исследование интенсивности транскрипции генов, измерение уровня соответствующих мРНК, иммунохимическое картирование плотности белков-продуктов в мозговых структурах и оценку эпигенетических феноменов, участвующих в регуляции транскрипции (метилирование ДНК, модификации гистонов и синтез некодирующих микро-РНК). Все эти исследования возможны в ткани мозга *post mortem*, либо на уровне периферических маркеров – в клетках крови или в суммарной РНК крови. Наиболее важные результаты получены при исследовании аутопсийного материала. Исследования такого рода сопряжены с этическими ограничениями и методическими сложностями (как можно более короткое время от момента смерти до момента взятия материала, контроль рН аутопсийного материала). Как правило, речь в связи с этим идёт о небольшом числе случаев (30-40 образцов), но с большими возможностями исследования различных отделов мозга.

За последние 10-15 лет опубликованы десятки исследований по оценке экспрессии и функции генов в мозге погибших от самоубийства. Они касаются в основном генов ГКС, серотонинергической и норадренергической систем, нейротрофинов и факторов внутриклеточной передачи нейрональных сигналов. Относительно недавно опубликована подборка этих данных, что позволяет нам не останавливаться на отдельных исследованиях [10]. Исследования такого рода в основном направлены на подтверждение ассоциаций, выявленных в ходе реализации стратегии генов-кандидатов, путём подкрепления полученных данных фак-

тами функционального характера. Изменения экспрессии ключевых генов в мозге погибших вследствие суицида по сравнению с индивидуумами, погибшими от иных причин (чаще всего – несчастных случаев), в целом подтверждают выявленные ранее ассоциации.

В то же время, результаты этих исследований дают крайне неоднородную картину изменений, порой не укладывающуюся в патофизиологические схемы. Так, например, экспрессия компонентов ГКС в её начальном (кортикотропин-релизинг гормон и его рецепторы) и эффекторном звене (рецептор к кортизолу) не всегда укладывается в логическую схему стресс-гиперреактивности, в некоторых работах выявлено усиление экспрессии наиболее изученного рецептора серотонина 5HT_{2A}, однако другие работы это не подтверждают, а также не находят изменений экспрессии важнейшего регулятора оборота серотонина – МАО и её изоформ. В то же время, более определённо выглядят результаты анализа генов норадренергической системы (в основном усиление экспрессии), генов нейротрофинов и их рецепторов (в основном – снижение) и системы транскрипционного фактора CREB (в основном – снижение) [10]. Что касается отделов мозга, то в большинстве работ исследуются гиппокамп, префронтальная кора и миндалина, что обусловлено участием этих отделов мозга в патогенезе депрессии, агрессии, формировании эмоций при стрессе и процессах принятия решений. В целом работы этого плана концентрируются на тех же системах и генетических факторах, что и ассоциативные исследования.

Относительно новой является тема эпигенетических меток при суициде. Драйвером этих исследований являются данные о том, что эти модификации ДНК и гистонов могут быть индуцированы стрессовыми влияниями (подробный обзор – см. [34]). Исследования касаются нескольких основных направлений – изучения эпигенетических маркеров гена BDNF и его рецептора, генов метаболизма полиаминов, ряда генов-маркеров метаболизма глиальных клеток, генов ферментов обмена, рецепторов и транспортера серотонина, ГАМК, а также рецептора кортизола и его модуляторов [35]. Кроме того, в некоторых работах оценивается общий уровень метилирования ДНК, выделенной из ткани мозга. Так в вентральной префронтальной коре мозга 25 жертв суицида в широком возрастном диапазоне (16-89 лет) с подтверждённой историей тяжелой депрессии в сравнении с 28 контролями, умершими от иных причин и не имевших диагноза депрессии, ме-

тирование CpG участков ДНК усиливается с возрастом, при этом в мозге лиц, покончивших с собой, степень метилирования была примерно в 8 раз выше [36]. Авторы приходят к выводу, что метилирование вносит определённый вклад в повышение риска самоубийства при аффективных расстройствах, особенно в процессе клеточного старения, связанного с оксидативным стрессом и нарушениями нейрон-глиальных взаимодействий. В другой, близкой по методологии работе, подтверждено гиперметилирование отдельных участков ДНК ткани префронтальной коры, что также связывают с патофизиологией самоубийства, учитывая роль лобных долей в принятии решений и планировании будущего [37]. Тесная связь между эпигенетическими модификациями при депрессии и суицидальном поведении детально анализируется в обзоре [38], авторы особое внимание обращают на гиперметилирование генов BDNF и рецептора к этому и к другим нейротрофинам, и приходят к выводу, что эпигенетические события выступают платформой для взаимодействия генов и среды (стресса) в процессе формирования аффективных расстройств и суицидальности [38]. Находят свое подтверждение данные о многочисленных эпигенетических маркерах в глиальных структурах при депрессии [39], эпигенетической природе нарушений обмена полиаминов (гиперметилирование промоторов генов соответствующих декарбоксилаз аминокислот) в мозге при депрессии и риске суицида [40]. Интересные данные получены относительно эпигенетической регуляции метаболизма полиненасыщенных жирных кислот при суицидальных попытках на фоне депрессии. Нарушения обмена высших жирных кислот и холестерина часто выявляются при суицидальном поведении [41], в связи с этим интересно то, что выявлена связь гиперметилирования гена, отвечающего за синтез элонгазы, удлиняющей жирнокислотные цепи, с суицидальными попытками [42].

Наиболее убедительны результаты работ [43, 44], в которых исследовали метилирование ДНК проб гиппокампов людей, покончивших с собой, и лиц, погибших от других причин (контрольная группа). У жертв суицида при этом учитывали выраженность перенесённого в детстве тяжелого стресса. С этой целью использовали метод психологической аутопсии (опрос родственников и анализ медицинской документации). Оказалось, что экспрессия рецептора к кортизолу в ткани гиппокампов суицидентов, имевших историю детской травмы, была снижена по сравнению как с покончившими с со-

бой и не имевшими травмы, так и с умершими от иных причин. Этот факт сочетался с гиперметилированием промоторных участков специфического связывания белкового фактора роста нервов NGFI-A – транскрипционного фактора, усиливающего транскрипцию гена рецептора к кортизолу [43, 44]. Данная работа подчёркивает роль ранних периодов развития личности и, в частности, психологической травмы детства, как важного фактора суицидальности, а полученные данные укладываются в модель стресс-уязвимости [11, 25].

Таким образом, эпигенетические метки, главным образом, метилирование ДНК, систематически выявляются в связи с суицидальным поведением. Данное направление исследований в последнее время упоминается как одно из наиболее перспективных, как в плане дальнейшего изучения биологических механизмов суицидальности, так и в плане разработки тестов для оценки повышенного риска и поиска мишеней для патогенетически обоснованной коррекции [45-48]. Мы выдвигаем точку зрения, что эпигеном, как динамичный интерфейс между относительно стабильным геномом и исключительно динамичной окружающей средой, является тем материальным субстратом, через который реализуются эффекты как раннего, так и хронического психосоциального стресса в современном обществе, что может быть одним из факторов быстро растущих нарушений психического здоровья и самоубийств у молодых людей [49].

Анализ взаимодействия генов и среды.

Для поведенческих фенотипов особенно важно не только носительство аллелей или их сочетаний, определяющих те или иные свойства, а взаимодействие генов и среды (обозначаемое в поведенческой генетике как GxE, genes-to-environment). Наследуется не сам признак (в случае суицидального поведения – крайне полиморфный, от мыслей и попыток до завершённого суицида), а уязвимость личности по отношению к факторам среды (стрессу, потерям, фрустрациям, разочарованиям, нереализованным желаниям, недостигнутым целям в жизни и т.д.). В рамках таких взглядов сформировались наиболее известные современные модели суицида, основанные на концепции стресс-диатеза, или стресс-уязвимости [49–51]. Последняя трактуется как характеристика личности, имеющая биологическую природу – генетически обусловленную и/или усиленную в результате неблагоприятного протекания ранних периодов развития [11, 12, 13, 51, 52].

Наиболее ясно это сформулировано в модели стресс-уязвимости Дануты Вассерман, согласно которой суицидальный процесс, протекающий во времени, инициируется стрессовыми событиями, которые накладываются на изначально существующую (носительство генов, повышающих риск) или сформировавшуюся в процессе развития (эпигенез) стресс-уязвимость [52]. В то же время, в современных моделях суицида большое внимание уделяется нарушениям когнитивной сферы, в частности, механизмам принятия решений, разрешения проблем, преодоления трудностей и способностям вырабатывать эффективные стратегии преодоления [53, 54]. Такого понимания суицида придерживаются даже наиболее психологически ориентированные авторы, утверждая, что лучше всего объясняют суицид «биологически ориентированные модели стресс-уязвимости, сочетающиеся с особым вниманием к когнитивным процессам» [55]. Эти теоретические построения наиболее логично объясняют суицид в юношеском и молодом возрасте [56].

Методически исследования данного типа изучают ассоциации проявлений суицидальности с генетическими факторами с учётом выраженности жизненного стресса, который, в свою очередь, обычно оценивается как накопление негативных жизненных событий за определённый период времени. Наиболее известно в связи с этим лонгитюдное исследование, в котором риск суицидальных мыслей и попыток, а также симптомы депрессии оказались связанными с функциональным полиморфизмом промотора серотонинового транспортера *5-HTTLPR*. Оказалось, что перенесённые в детстве невзгоды, лишения и различные виды семейного насилия в большей мере усиливают депрессию, суицидальные мысли и попытки на фоне актуального стресса у носителей короткого (s) аллеля, определяющего сниженную транскрипцию белка-транспортера серотонина [57]. Другим ярким примером является уже упомянутая работа [44], в которой роль ранней травматизации выявлена на уровне эпигенетических трансформаций гена кортизолового рецептора. Исследование GxE в сочетании с выявлением эпигенетических маркеров считается наиболее перспективным направлением для понимания патофизиологии суицидального поведения, его связи с депрессией, а также как окно возможностей для прогнозирования [58, 59].

В относительно недавнем полном обзоре по данной теме цитируется 45 исследований, в которых оценивалось взаимодействие GxE в

отношении суицидального поведения, из них в 16-ти оно было подтверждено [60]. Ассоциации выявляются с наибольшей частотой с маркерами серотонинергической системы (транспортер, рецепторы, триптофангидроксилаза), системы стресс-реагирования (рецепторы к котриктотропин-релизинг-гормону), нейротрофинов (BDNF и тирозинкиназа), а также касаются белка-шаперона FKBP5, имеющего отношение к эффективности работы кортизолового рецептора, и регулятора системы G-белков [60].

Данное направление исследований, несмотря на очевидную ценность для понимания роли взаимодействия генов и среды в суицидальности, пока не очень широко представлено. В то же время, оно позволяет оценивать генетические факторы, как повышающие, так и понижающие риск, то есть выполняющие протективные функции. Важнейшим условием молекулярно-генетических исследований в суицидологии в связи с этим является сбор у испытуемых как можно более полной информации о характере стрессовой нагрузки, включая период детства, подростковый период и дальнейшее взросление. Мы отстаиваем точку зрения, что информация о негативных событиях жизни должна быть дополнена оценкой выраженности субъективно воспринимаемого стресса, поскольку субъективный компонент (а не только факт произошедших негативных событий жизни) может оказаться в данном контексте решающим [13].

Данные полногеномных ассоциативных исследований и оценка полигенного риска.

Главное, что объединяет все исследования, перечисленные выше – это ориентация на генетические маркеры, заведомо имеющие отношение к нейрохимическим, метаболическим, нейрогуморальным и иным патофизиологическим механизмам суицидального поведения. В реальности это означает следование наиболее влиятельным моделям суицида, основанным на концепции стресс-уязвимости, и поиск ассоциаций с генами, связанными с основными нейромедиаторными системами мозга или факторами, влияющими на формирование и структурирование нервной системы: синаптогенез, межнейрональные взаимодействия и нейрон-глиальные взаимоотношения в процессе развития. Полногеномное ассоциативное исследование (GWAS, Genome-Wide Association Study) в этом отношении представляет собой прямую противоположность. Это направление и технология биомедицинских исследований, цель которого – выявление ассоциаций между различ-

ными геномными вариантами и фенотипическими признаками безотносительно какой-либо патофизиологической концепции, на основе как можно более широкого охвата известных полиморфизмов при использовании технологии чип-гибридизации на постоянно совершенствующихся коммерческих платформах [61]. Результатом при этом может быть обнаружение ассоциаций с различными генетическими аберрациями: хромосомными мутациями (целые хромосомы или их фрагменты), крупными вставками или делециями (100–100000 нуклеотидов), небольшими вставками или делециями (от 1 до 100), единичными заменами нуклеотидов. В большинстве случаев в процессе полногеномных исследований обнаруживаются ассоциации с однонуклеотидными полиморфизмами. Выявление при этом локусов, ранее уже «замеченных» в ходе реализации прицельных стратегий, становится сильным сигналом для исследователя, поскольку выступает продуктом независимых стратегий анализа.

До настоящего времени полногеномные исследования не дали каких-либо прорывных результатов в суицидологии [62, 63]. Несколько известных на сегодняшний момент работ (обзор 2016 г. включал 8 исследований, причём в подавляющем числе из них суицидальная попытка была побочным фенотипом) выявили как известные маркеры (в частности, связанные с рецептором к субстанции P, имеющие отношение к процессам клеточной архитектоники ЦНС и т.д.), так и маркеры, ассоциированные с ранее малоизвестными генами. В то же время, ряд работ не выявили никаких достоверных ассоциаций, однако при оценке полигенного риска установили высокую степень взаимного перекрытия (генетической корреляции) между психическими расстройствами (шизофрения, БАР и рекуррентная депрессия) и суицидальными мыслями и попытками [62].

Основные проблемы данного метода и его эффективности связаны с малой частотой некоторых маркеров в популяциях, вследствие чего для получения надежных результатов нужны очень большие выборки [62]. В то же время, по мере накопления материала в биобанках и удешевления процедур, это может стать самым перспективным направлением исследований, как и секвенирование всего генома жертв суицида или лиц, совершивших попытки.

На данном этапе интересным и многообещающим является промежуточный подход, сочетающий в себе анализ традиционного GWAS с учётом данных, полученных по генам-кандидатам, сопоставление с данными между

народных консорциумов и расчёт полигенного риска [65]. Расчёт полигенного риска позволяет выявить ассоциацию с множеством маркеров, каждый из которых в отдельности оказывает слабый эффект, при этом ассоциации могут быть подтверждены на относительно небольших выборках [66]. Ценность данного подхода (основанного на специально разработанных математических методах, ввиду того что число маркеров в анализе обычно превышает число случаев) заключается в том, что он позволяет оценивать степень взаимного перекрытия генетических маркеров для близких фенотипов, и за счёт суммирования эффектов множества генов позволяет повысить предиктивную силу полногеномных ассоциативных исследований [66]. В работе [65] на специальной выборке (660 семей – триплетов, в которых пробанд совершил попытку) осуществлена полигенная оценка риска при сочетании двух стратегий – анализа попыток в связи с отсутствием / наличием психиатрических диагнозов и последующего сопоставления с данными Психиатрического Геномного Консорциума (PGC) по таким заболеваниям, как шизофрения, БАР и депрессия. В итоге была выявлена ассоциация с 16 генами, имеющими отношение к ранним стадиям развития головного мозга, в том числе, к клеточной адгезии, миграции клеток, внутриклеточной сигнальной трансдукции, рецепторным тирозин-киназам, транскрипционным факторам, нейротрофинам и другим сигнальным белкам, в частности *BDNF*, *CDH10*, *CDH12*, *CDH13*, *CDH9*, *CREB1*, *DLK1*, *DLK2*, *EFEMP1*, *FOXP3*, *IL2*, *LSAMP*, *NCAM1*, *NGF*, *NTRK2* и *TBC1D1* [65]. В данной работе проявилось значительное взаимное перекрытие между генетическими факторами основных психических расстройств и таковыми для суицидального поведения. Здесь уместно отметить, что взаимное перекрытие между депрессией и суицидальным поведением, по данным анализа большого числа исследований, обусловлено 18-ю «общими» генами, среди которых в основном гены серотониновой системы, метаболизма дофамина и норадреналина, ренин - ангиотензиновой системы, системы стресс - реагирования, обмена холестерина, рецептора к эстрогену и ген, связанный с циркадными ритмами [60].

Наиболее интересное исследование опубликовано группой из Дании, в котором на самой большой на данный момент выборке (6024 лиц с суицидальной попыткой и различными психическими расстройствами и 44240 контролей) не только были выявлены новые ассоциа-

ции, но и установлены общие и дифференцирующие маркеры по отношению к депрессии (ген фосфодиэстеразы *PDE4B*). Все выявленные однонуклеотидные полиморфизмы объясняют 4,6% вариабельности суицидальной попытки. При контроле психиатрического диагноза наследуемость снижается до 1,9%, наоборот, при сочетании с аффективными расстройствами и расстройствами аутистического спектра наследуемость возрастает до 5,6% [67]. В целом данная работа, с одной стороны, подтверждает тенденцию, выявленную для большинства психических расстройств («исчезновение» наследуемости), а с другой – указывает на наличие небольшого, но отчетливо выявляемого генетического компонента суицидального поведения, не зависящего от наличия психических расстройств.

Полногеномные ассоциативные исследования на основе широкоплотной чип - гибридизации при суицидальном поведении рассматриваются всеми специалистами в области генетики суицида как наиболее перспективные, несмотря на необходимость вовлекать всё большие контингенты и нарастающую математическую сложность обработки данных. Не удивительно в связи с этим, что в армии США, в которой за последние 10 лет наблюдается беспрецедентный рост суицидов, впервые превысивший уровень в общей популяции [68], также взят курс на проведение подобных исследований, с учётом этнической стратификации контингентов военнослужащих [69] и ветеранов войн [70].

Конвергентная функциональная геномика, маркеры крови и суицид.

Недавно опубликована сенсационная серия работ группы Niculescu из Indiana University School of Medicine, в которых приводятся данные о связи с суицидальным поведением некоторых генетических маркеров, выявляемых непосредственно в цельной крови [71-73]. Источником информации выступала суммарная экспрессируемая РНК, на матрице которой обратной транскрипцией получали двухцепочечную ДНК с последующим использованием её для выявления транскрибируемых генов. Авторы позиционируют свою технологию как «жидкую биопсию» и провозглашают появление «прецизионной медицины» в сфере суицидологии [74]. Попытка авторов обосновать высокоэффективный (чувствительность и специфичность в пределах 0,65-0,84) тест была раскритикована, главным образом в связи с малым числом случаев в группах [75]. Проверка теста на независимом контингенте не подтвердила

результат [76], однако авторы отстаивают свою позицию [77], и, несомненно, будут продолжать сбор доказательных данных. В данном случае важным является сам подход – конвергентная функциональная геномика (Convergent Functional Genomics), включающий выявление приоритетных биомаркеров на основе сопоставления нескольких независимых линий доказательств [78].

Применительно к суицидальному фенотипу авторы использовали несколько исследуемых когорт, в том числе клиническую группу мужчин с биполярным расстройством, группу мужчин, покончивших с собой, и две проспективно наблюдаемые группы мужчин: с БАП и психозом (шизофрения / шизоаффективное расстройство). Анализируя профиль экспрессии в крови в связи с изменяющимся уровнем суицидальных мыслей, динамикой депрессивной симптоматики, выраженностью тревоги и психотического состояния, фактом госпитализации по поводу суицидальной попытки и, наконец, смерти от самоубийства, авторы идентифицировали набор из нескольких генов: *SATI*, *PTEN*, *MARCKS* и *MAP3K3*. Эти экспрессируемые маркеры (куда вошли гены, связанные с метаболизмом полиаминов и протенкиназными сигнальными механизмами) с большой вероятностью предсказывают риск перехода от суицидальных мыслей к действиям, включая самоубийство [71]. Маркер *SATI* (спермидин / спермин N-ацетилтрансфераза 1) в крови в сочетании с двумя простыми шкалами, оценивающими тревогу и настроение субъектов, предсказывал будущую госпитализацию по поводу суицидальной попытки в когорте с БАП со специфичностью 0,813 [71]. Впоследствии, на независимом контингенте с биполярным расстройством был идентифицирован маркер *LC444* (имеющий отношение к регуляции внеклеточного pH в нервной ткани), который на фоне БАП со специфичностью 92% предсказывал суицидальные мысли и на 72% – будущую госпитализацию по поводу суицидальной попытки [72]. Аналогичное исследование на контингенте женщин выявило биомаркеры *PIK3C3*, *BCL2* и *GSK3B* – сигнальные молекулы, имеющие отношение к контролю эндоцитоза, апоптоза и нейронального клеточного развития, а в случае *BCL2* и *GSK3B* – ещё и известные фармакологические мишени солей лития, широко применяемых в качестве стабилизатора настроения [73].

В другом исследовании показано, что степень метилирования гена *SKA2*, взаимодействия с выраженностью стресса в раннем дет-

ском возрасте и в связи с актуальным объективным стрессом (дексаметазоновый тест) предсказывает риск суицидальной попытки в течение жизни [79]. Данный ген (кодирующий белок-шаперон, влияющий на состояние рецептора к кортизолу, и выполняющий также функции в процессе митоза) представляет большой интерес, поскольку снижение его транскрипции в мозге жертв суицида коррелирует с аналогичными изменениями в крови лиц с высокой интенсивностью суицидальных мыслей, а ассоциация с уровнем кортизола в слюне на 80% предсказывает прогрессию суицидального поведения (от мыслей к попыткам и суициду) [80]. На примере этих работ можно видеть, что комбинирование генетических маркеров с другими показателями (опросники, функциональные тесты) повышает возможности оценки суицидального риска.

Приведённые здесь работы ясно указывают на то, что поиск биомаркеров в крови является перспективным направлением в суицидологии. Их валидизация предусматривает сложный путь доказательств с использованием различных контингентов, проспективного наблюдения, на различных стадиях суицидального процесса, с учётом психиатрической патологии. Здесь уместно также отметить, что существует большой массив данных по негенетическим периферическим факторам суицидального поведения (маркерам серотониновой и норадреналиновой систем, ГГКС, показателям хронического воспаления), а также по некоторым психофизиологическим тестам при суицидальности (подробный обзор – см. [81]). Их специфичность и чувствительность невысока, однако они могут быть использованы в комплексной оценке риска, а главным достоинством является относительная простота получения и изученность в общей популяции, что обеспечивает наличие референтных величин.

Перспективы исследований генетических маркеров суицида в России.

Уровень молекулярно-генетических исследований в России позволяет решать самый широкий круг вопросов, как фундаментального, так и прикладного характера. Прецизионная (персонализированная) медицина, ключевым элементом которой является молекулярно-генетическая диагностика, является государственным приоритетом. В контексте развития психиатрической генетики в ноябре 2017 г. был учреждён Российский национальный консорциум по психиатрической генетике, РНКПГ (Russian National Consortium for Psychiatric Genetics, RNCPG) [82]. В составе консорциума –

учёные и врачи ведущих научных психиатрических учреждений России: «Научный центр психического здоровья РАН» и «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (г. Москва), «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» и Санкт-Петербургский государственный университет, (г. Санкт - Петербург), Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ "Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН", (г. Томск), Институт биохимии и генетики Уфимского научного Центра РАН (г. Уфа), Приволжский Исследовательский Медицинский Университет (г. Нижний Новгород), Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины РАН (г. Новосибирск).

Целью Консорциума является изучение генетических основ психических заболеваний в российской популяции для повышения эффективности их профилактики и лечения. В состав консорциума входят психиатры-клиницисты, что обеспечивает взаимодействие клинического и биологического звена исследования на всех этапах: от планирования и набора участников до анализа данных и клинической интерпретации результатов с оценкой практической значимости и возможностей адекватной трансляции [82].

Технологическим ядром Консорциума является Биобанк Санкт-Петербургского государственного университета, где предполагается сбор, хранение и обработка биоматериала Консорциума, включая генотипирование, анализ генома и транскриптома, метаболомики, анализ широкой панели лабораторных показателей. Консорциум создан как открытая система для любых коллабораций как в России, так и международных проектов. В 2017 г. начата коллаборация с Psychiatric Genomics Consortium, PGC [83].

В то же время, уровень биологических исследований непосредственно в суицидологии пока отстает от такового в крупных зарубежных университетских и медицинских центрах, отсутствует национальная междисциплинарная программа суицидальной превенции, которая могла бы стать координирующим инструментом в этой сфере. Отдельные работы в этой области отражают в основном региональную специфику [84, 85].

В целом за последние 10-15 лет уровень самоубийств в Российской Федерации снижается, однако ситуация крайне неоднозначна в

различных регионах и возрастных группах [86, 87]. Там, где усилия научного сообщества и административного ресурса совпадают в понимании важности проблемы самоубийств, обычно наблюдается позитивная динамика индексов [88]. В то же время, ни один регион или мегаполис не застрахован от различного рода суицидальных кризисов и периодических подъёмов суицидальной активности населения, которые обычно связаны с социально - экономическими факторами и стрессорами, как общими, так и локальными. Самое большое беспокойство вызывает остающийся крайне высоким уровень самоубийств среди подростков и молодежи, особенно в связи с возможным индуцирующим влиянием социальных сетей [89, 90].

На данном этапе, как мы полагаем, созрели все возможности для широкомасштабного исследования генетических факторов суицидального поведения в России, которое объединило бы усилия генетиков, суицидологов, клиницистов и психологов. Подобное исследование могло бы быть реализовано в рамках Российского Консорциума по психиатрической генетике. Примерный план исследования приведен на рис. 1, он предусматривает следование принципам сопоставления различных контингентов, отличающихся выраженностью суицидального риска, и направлен в основном на представителей поколения в возрасте 18-24 года. В качестве метода выявления генетических маркеров избрана стратегия полногеномного сканирования (GWAS). Отличительной особенностью является широкий комплекс

оцениваемых параметров, куда включены генетические, эпигенетические, клинические, психологические и когнитивные показатели. Отдельную перспективу представляет репликация исследований по выявлению маркеров в цельной крови. Клинической базой исследования будут широкие контингенты здоровых добровольцев, клинические контингенты, поступающие в медицинские учреждения в связи с суицидальной попыткой, аутопсийный материал (ткань мозга) лиц, погибших от самоубийства. Программа исследования позволит, с соблюдением всех этических стандартов, получить большой объём информации, на основе которой будут выявлены генетические маркеры, ассоциированные с суицидальным процессом и различной степенью риска суицида в российской популяции. Существенным фактором является тщательное выяснение уровня переживаемого испытываемого стресса, в том числе субъективно ощущаемого, а также использование широкого набора нейрокогнитивных тестов. Это позволит установить взаимодействие генов и среды, модерацию эффектов стресса генотипами, а также связать генетические маркеры с психологическими и когнитивными характеристиками субъектов. Учитывая связь между потреблением алкоголя и суицидальностью, как на популяционном уровне, так и в контексте клинических ситуаций, в частности, при совершении суицидальной попытки [91, 92], будет целесообразно включение данных о выраженности проблем с алкоголем в число учитываемых показателей.

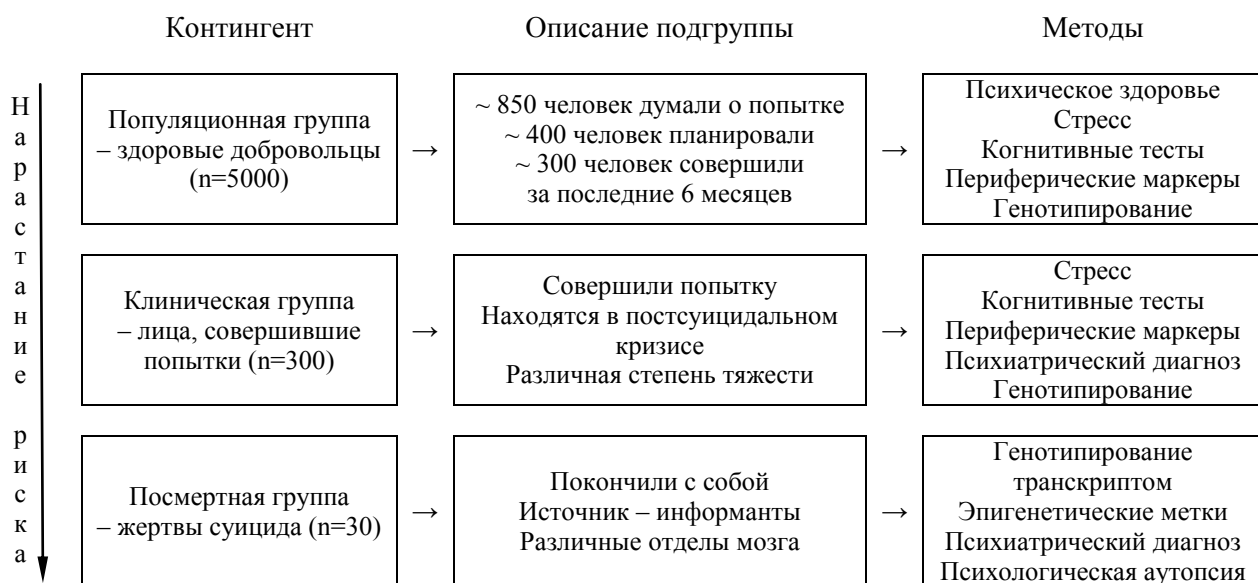


Рис. 1. Логическая схема проекта по изучению молекулярно-генетических маркеров суицидального поведения.

Реализация проекта потребует не только координации усилий на уровне Российского консорциума по психиатрической генетике, но и повышенного внимания ко всем проявлениям суицидальности (как к побочному фенотипу) при разнообразных генетических исследованиях в психиатрической клинике, а также усилий по привлечению значительных контингентов здоровых добровольцев в психолого - психиатрическое тестирование и генотипирование. Следует также обратить внимание на то, что в научном суицидологическом сообществе наряду с генетическими данными идёт активное накопление эпигенетических маркеров, в связи с чем, нужно рассмотреть вопрос о возможности организации биобанка собственного аутопсийного материала. Поиск предиктивно ценных маркеров невозможен без проведения фундаментальных исследований, большинство выявленных в настоящее время полиморфизмов «обязаны» своим появлением ранним суицидологическим находкам 60-х и 70-х годов прошлого века, в которых были впервые выявлены снижение уровня серотонина, норадреналина, ферментов их обмена и рецепторных белков в ткани мозга покончивших с собой. Поэтому переход от генома к протеому, метаболому и даже микробиому также должен войти в число направлений исследований.

Подводя итог.

Можно ли будет предсказывать самоубийство?

Современные ассоциативные исследования в области психиатрической генетики, использующие полногеномное сканирование на основе широкоплотной чип-гибридизации, равно как и секвенирование всего генома пациентов, преследуют две основных цели – уточнение патогенеза психических расстройств и поиск новых узконаправленных фармакоагентов для их лечения [1, 2]. Одной из целей также является прогнозирование расстройств, что возможно пока лишь с большими оговорками, особенно учитывая взаимное перекрывание генетических факторов, о которых уже шла речь [3, 4]. В то же время, накапливаемые данные, несомненно, будут анализироваться с точки зрения оценки риска развития заболевания в будущем. Так, расчёт полигенного риска, по мере увеличения численности выборки, потенциально может привести к возможности прогнозирования признака у отдельного индивидуума в рамках концепции персонализированной медицины [93].

Применительно к суициду (который заболеванием не является, а представляет собой поведение, и, если быть абсолютно точным –

поступок, который по определению нельзя «вылечить»), эти цели верны лишь частично. Несомненно, молекулярно-генетические исследования способствуют более глубокому пониманию патофизиологических механизмов, лежащих в основе суицидального поведения, что нашло отражение в современных биологических моделях суицида. Намного более важной задачей является возможность предсказывать вероятность этого поступка, особенно в молодом возрасте, когда склонность к риску, импульсивность и негативные эмоции, вызванные фрустрациями и экзистенциальными переживаниями, создают опасную констелляцию факторов риска, а ошибки мышления и неумение разрешать проблемы в сочетании с нежеланием обратиться за помощью к взрослым многократно усиливают риск. Однако насколько вообще реалистично предсказывать будущее поведение человека?

Несмотря на большую сложность и неопределённость, порождаемую генетическими исследованиями, вопрос не представляется безнадежным (хотя большинство авторов, занимающихся данной проблемой, стараются избегать высказываний прогнозного характера). Можно высказать осторожное предположение, что эффективность таких прогнозов будет разной применительно к различным контингентам, относящимся к группам повышенного риска. Из теоретических соображений, положительная прогностическая ценность любого теста растёт по мере увеличения частоты события, соответственно попытку предсказать легче, чем завершённый суицид. Однако для клинического контингента (лица, совершившие попытку и находящиеся в условиях медицинского учреждения) проведение генотипирования может иметь определённую прогностическую ценность относительно завершённого суицида, особенно если речь идёт о возможности оценить экспрессию маркерных генов, выяснить выраженность психической боли, степень стресс-реакции и вовлечённость широкого круга медико-биологических показателей. По-иному выглядит ситуация в случае контингентов здоровых людей – в этом случае опираться, очевидно, придётся в большей мере на носительство определённых генетических маркеров, предсказательная сила которых остается недостаточной. Наличие ассоциаций ещё не означает прямой каузальной связи с ожидаемым событием. В то же время, если эти контингенты отбираются для определённых видов деятельности, связанных с повышенными психологи-

ческими нагрузками и стрессовыми ситуациями, специальное психологическое тестирование и оценка отдельных симптомов, связанных с психическим здоровьем, в сочетании с генотипированием может повысить качество отбора. В данном случае помощь могут оказать накапливающиеся данные о генетических ассоциациях некоторых личностных черт, наиболее выраженных у лиц, совершающих попытки, (например, нейротизма), и их взаимное перекрытие с маркерами суицидальности и некоторых психических расстройств [94, 95]. Определённую сложность представляет неоднородность «суицидального фенотипа» (люди, убивающие себя, представляют собой крайне неоднородную группу) и различия в понимании самими исследователями сущности феномена суицида и его эквивалентов, что влечёт за собой неопределённость в суицидологических исследованиях. Существующие модели отражают только часть всех суицидов, каждый из факторов (например, психическая боль или потеря смысла и надежды) могут иметь свои генетические корреляты. Все это делает задачу прогноза суицидального исхода очень непростой.

Однако существует важный фактор, который вселяет определённую надежду, он связан с современной ситуацией в области геномики человека в целом. К концу 2020 г. ожидается, что в мире число индивидуальных секвенированных геномов достигнет десятков миллионов, что создаст невероятный массив референтных данных [96]. Существование международных и национальных консорциумов по психиатрической геномике, по генетике личностных свойств, по различным группам заболеваний (диабет, рассеянный склероз, воспалительные заболевания, патология кишечника и др.), по социальной генетике, функционирование коммерческих компаний, осуществляющих генотипирование индивидуумов – все это создаёт новые возможности, особенно если будет учтена судьба генотипированных лиц. Уже сейчас компилирование данных из различных открытых источников (согласно имеющимся договоренностям, все генетические данные являются всеобщим достоянием), в частности, из баз данных по биполярному расстройству и депрессии, позволили только за счёт наличия информации о выраженности суицидальных мыслей и анализа данных, подтвердить роль связки *BDNF-NTRK2-CREB* в патогенезе суицидальности [97].

Современные молекулярно-генетические исследования, направленные на установление генетической природы полигенных патопсихологических и психиатрических фенотипов роднит необычайно высокая производительность генотипирования и всё возрастающая сложность аналитических подходов. Формально-статистические методы биоинформатики дополняются средствами структурной геномики и схемами взаимодействия генов и генных ансамблей, которые основываются на данных их ассоциаций, молекулярных функциях и участии в метаболических процессах [65, 98]. По мере накопления данных достигается мультипликативный эффект, а появление новых моделей анализа позволяет идентифицировать ранее скрытые маркеры [99, 100]. Несмотря на невозможность непосредственного моделирования суицидального поведения на животных, целый ряд эндофенотипов, лежащих в основе суицида (агрессия, стресс-уязвимость, импульсивность, нарушения нейромедиаторных систем, дефицит механизмов принятия решений, а также взаимодействие генов и среды, в том числе, в процессе развития), можно моделировать в лабораторных условиях [101]. Этот массив данных, в сочетании с принципами трансляционной психиатрии, позволит уточнить валидность генетических маркеров и наметить не только прогностические критерии, но и возможные пути фармакологической коррекции саморазрушения.

Наконец, по мере накопления и систематизации генетических, психологических и клинических данных, появится возможность многомерного анализа и классификации субъектов по всей сумме признаков, на основании чего можно будет предложить комбинации генетических маркеров и традиционно используемых в суицидологии негенетических (например, психометрических, отражающих экзистенциальные переживания, эмоциональный фон, сумму факторов риска и т.д.) показателей и уточнить уровень прогностической оценки. Все это, на наш взгляд, свидетельствует о том, что, несмотря на «исчезновение» наследуемости, за счёт прецизионности и индивидуализации молекулярно-генетических приемов, а также за счёт сочетания с большими массивами данных клинического, психологического и психосоциального характера, возможность предсказывать суицидальное поведение становится всё более реальной перспективой.

Литература:

1. Uher R., Zwicker A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*. 2017; 16: 121–129.
2. Middeldorp C.M, Wray N.R. The value of polygenic analyses in psychiatry. *World Psychiatry*. 2018; 17 (1): 26-28.
3. Lee H., Ripke S., Neale B., et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics*. 2013; 45 (9): 984-994.
4. Alda M. Psychiatric genetics – Does diagnosis matter? *J Psychiatry Neurosci*. 2017; 42 (5): 291-293.
5. Smoller J.W., Andreassen O.A., Edenberg Y.J. et al. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular Psychiatry*. 2018. Jan 9. doi: 10.1038/s41380-017-0010-4. [Epub ahead of print]
6. Марютина Т.М. «Исчезающая наследуемость» – новый парадокс в контексте старой проблемы. *Современная зарубежная психология. Электр. журн*. 2016; 5 (4): 5–12.
7. Henricsson M.H., Aro Y.A., Marttunen M.J et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150: 935-940.
8. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010; 24 (4 suppl.): 81–90.
9. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 129–141.
10. Ludwig B., Roy B., Wang Q. et al. The Life Span Model of Suicide and Its Neurobiological Foundation. *Front. Neurosci*. 2017; 11: 74.
11. Heeringen, van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 63-72.
12. Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F. et al. The neurobehavioral origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*. 2012; 35: 14-23.
13. Rozanov V.A. *Stress and Epigenetics in Suicide*. 1st Edition. Academic Press. 2017. 227 p.
14. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. Suicidal behavior runs in families. A controlled study of adolescent suicide victim. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53: 1145-1152.
15. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 372-94.
16. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 3-14.
17. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360 (9340): 1126-1130.
18. Tidemalm D., Runeson B., Waern M. et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*. 2011; 41 (12): 2527–2534.
19. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A.F et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*. 1998; 28: 839-855.
20. Voracek, M., Loibl, L.M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007; 119: 463–475.
21. McGuffin P., Marusic A., Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*. 2001; 22: 61-65.
22. Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. *Психогенетика*. М. Аспект-Пресс. 2002. 447 с.
23. Rujescu D., Thalmeier A., Moller H.-J. et al. Molecular genetics findings in suicidal behavior: what is beyond the serotoninergic system? *Archives of Suicide Research*. 2007; 11: 17-40.
24. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Mol. Psychiatry*. 2006; 11: 336-351.
25. Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J. et al. Neurobiology and the genetics of suicide. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention* (Ed. D.Wasserman and C.Wasserman), 2009, NY: Oxford University Press, pp. 165-182.
26. Lewis C.M., Knight J. Introduction to Genetic Association Studies. *Cold Spring Harbor Protocols*. 2012. doi:10.1101/pdb.top068163
27. Иванов В.И. *Геномика - медицина* (под ред. В.И. Иванова и Л.Л. Киселева). М.: Академкнига, 2005. 392 с.

References:

1. Uher R., Zwicker A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*. 2017; 16: 121–129.
2. Middeldorp C.M, Wray N.R. The value of polygenic analyses in psychiatry. *World Psychiatry*. 2018; 17 (1): 26-28.
3. Lee H., Ripke S., Neale B., et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics*. 2013; 45 (9): 984-994.
4. Alda M. Psychiatric genetics – Does diagnosis matter? *J Psychiatry Neurosci*. 2017; 42 (5): 291-293.
5. Smoller J.W., Andreassen O.A., Edenberg Y.J. et al. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular Psychiatry*. 2018. Jan 9. doi: 10.1038/s41380-017-0010-4. [Epub ahead of print]
6. Marjutina T.M. «Ischezajushhaja nasleduemost'» – novyj paradoks v kontekste staroj problem ["Disappearing heritability – a new paradox in the context of the old problem]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. Jelekr. zhurn*. 2016; 5 (4): 5–12. (In Russ)
7. Henricsson M.H., Aro Y.A., Marttunen M.J et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150: 935-940.
8. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010; 24 (4 suppl.): 81–90.
9. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 129–141.
10. Ludwig B., Roy B., Wang Q. et al. The Life Span Model of Suicide and Its Neurobiological Foundation. *Front. Neurosci*. 2017; 11: 74.
11. Heeringen, van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 63-72.
12. Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F. et al. The neurobehavioral origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*. 2012; 35: 14-23.
13. Rozanov V.A. *Stress and Epigenetics in Suicide*. 1st Edition. Academic Press. 2017. 227 p.
14. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. Suicidal behavior runs in families. A controlled study of adolescent suicide victim. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53: 1145-1152.
15. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 372-94.
16. Rozanov V.A. Genes and suicidality. *Suicidology*. 2013; 4 (1): 3-14. (In Russ)
17. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360 (9340): 1126-1130.
18. Tidemalm D., Runeson B., Waern M. et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*. 2011; 41 (12): 2527–2534.
19. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A.F et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*. 1998; 28: 839-855.
20. Voracek, M., Loibl, L.M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007; 119: 463–475.
21. McGuffin P., Marusic A., Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*. 2001; 22: 61-65.
22. Ravich-Shherbo I.V., Marjutina T.M., Grigorenko E.L. *Psihogenetika [Psychogenetics]*. М. Aspekt-Press. 2002. 447 с. (In Russ)
23. Rujescu D., Thalmeier A., Moller H.-J. et al. Molecular genetics findings in suicidal behavior: what is beyond the serotoninergic system? *Archives of Suicide Research*. 2007; 11: 17-40.
24. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Mol. Psychiatry*. 2006; 11: 336-351.
25. Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J. et al. Neurobiology and the genetics of suicide. In: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention* (Ed. D.Wasserman and C.Wasserman), 2009, NY: Oxford University Press, pp. 165-182.
26. Lewis C.M., Knight J. Introduction to Genetic Association Studies. *Cold Spring Harbor Protocols*. 2012. doi:10.1101/pdb.top068163
27. Ivanov V.I. *Genomika – medicine [Genomics-medicine]* (pod red. V.I. Ivanova i L.L. Kiseleva). М.: Akademkniga, 2005. 392 с. (In Russ)

28. Yarlagadda A., Rozanblatt K.P., Clayton A.H. Single nucleotide polymorphisms in the central nervous system: potential biomarkers for identifying suicide risk. *Innov. Clin. Neurosci.* 2017; 14 (5-6): 21-24.
29. Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству. *Экологическая генетика.* 2007; 5 (4): 22-43.
30. Wyatt R.J., Potkin S.G., Bridge T.P. et al. Monoamine oxidase in schizophrenia – and overview. *Schizophrenia Bulletin.* 1980; 6 (2): 199-207.
31. Brunner H.G., Nelen M., Breakfield X.O. et al. Abnormal behavior associated with the point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science.* 1993; 262: 578-580.
32. Wasserman D., Geijer T., Rozanov V. et al. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes. *Am J Med Genetics Part B: Neuro-psychiatric Genetics.* 2005; 133B (1): 116-119.
33. Anguelova M., Benkelfat C., Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Mol. Psychiatry.* 2003; 8: 646–653.
34. Розанов В.А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – ещё один вероятный биологический фактор суицида. *Суицидология.* 2015; 6 (3): 3-19.
35. El-Sayed A.M., Haloossim M.R., Galea S. et al. Epigenetic modifications associated with suicide and common mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Biology of Mood and Anxiety Disorders.* 2012; 2: 10 doi:10.1186/2045-5380-2-10.
36. Haghghi F., Xin Y., Chanrion B. et al. Increased DNA methylation in the suicide brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2014; 16 (3): 430-438.
37. Schneider E., El Hajj N., Müller F. et al. Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers. *Cytogenetic and Genome Research.* 2015; Jul 4. [Epub ahead of print]
38. Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions. *Psychiatry Res.* 2015; 228 (3): 235-242.
39. Nagy C., Suderman M., Yang J. et al. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide. *Molecular Psychiatry.* 2015; 20 (3): 320-328.
40. Gross J.A., Fiori L.M., Labonté B. et al. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *Journal of Psychiatric Research.* 2013; 47 (4): 513-519.
41. Розанов В.А., Мидько А.А. Системный липидный обмен и суицидальное поведение. *Нейронауки.* 2006; 4 (6): 3-13.
42. Haghghi F., Galfalvy H., Chen S. et al. DNA methylation perturbations in genes involved in polyunsaturated Fatty Acid biosynthesis associated with depression and suicide risk. *Frontiers in Neurology.* 2015; 28 (6): 92. - eCollection
43. McGowan, P. O., Sasaki A., Huang T. et al. Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PLoS One.* 2008; 3 (5), e2085.
44. McGowan, P. O., Sasaki A., D'Alessio A.C. et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience.* 2009; 12 (3): 342–348.
45. Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity. *Archives of Suicide Research.* 2011; 14 (4): 291-310.
46. Nagy C., Turecki G. Sensitive periods in epigenetics: bringing us closer to complex behavioral phenotypes. *Epigenomics.* 2012; 4 (4): 445-457.
47. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways. *American Journal of Preventive Medicine.* 2014; 47 (3 Suppl 2): 144-151.
48. Bani-Fatemi A., Howe A.S., De Luca V. Epigenetic studies of suicidal behavior. *Neurocase.* 2015; 21 (2): 134-143.
49. Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine.* 1998; 4: 25-30.
50. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience.* 2003; 4: 819-828.
51. Wasserman D., Sokolowski M. Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. In D. Wasserman (ed). *Suicide. An Unnecessary Death.* 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 27-37.
28. Yarlagadda A., Rozanblatt K.P., Clayton A.H. Single nucleotide polymorphisms in the central nervous system: potential biomarkers for identifying suicide risk. *Innov. Clin. Neurosci.* 2017; 14 (5-6): 21-24.
29. Tihodeev O.N. Geneticheskij kontrol' predraspolozhennosti k samoubijstvu [Genetic control of predisposition to suicide]. *Jekologicheskaja genetika.* 2007; 5 (4): 22-43. (In Russ)
30. Wyatt R.J., Potkin S.G., Bridge T.P. et al. Monoamine oxidase in schizophrenia – and overview. *Schizophrenia Bulletin.* 1980; 6 (2): 199-207.
31. Brunner H.G., Nelen M., Breakfield X.O. et al. Abnormal behavior associated with the point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science.* 1993; 262: 578-580.
32. Wasserman D., Geijer T., Rozanov V. et al. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes. *Am J Med Genetics Part B: Neuro-psychiatric Genetics.* 2005; 133B (1): 116-119.
33. Anguelova M., Benkelfat C., Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Mol. Psychiatry.* 2003; 8: 646–653.
34. Rozanov V.A. Stress-induced epigenetic phenomena – one more biological mechanism of suicide. *Suicidology.* 2015; 6 (3): 3-19. (In Russ)
35. El-Sayed A.M., Haloossim M.R., Galea S. et al. Epigenetic modifications associated with suicide and common mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Biology of Mood and Anxiety Disorders.* 2012; 2: 10 doi:10.1186/2045-5380-2-10.
36. Haghghi F., Xin Y., Chanrion B. et al. Increased DNA methylation in the suicide brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2014; 16 (3): 430-438.
37. Schneider E., El Hajj N., Müller F. et al. Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers. *Cytogenetic and Genome Research.* 2015; Jul 4. [Epub ahead of print]
38. Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions. *Psychiatry Res.* 2015; 228 (3): 235-242.
39. Nagy C., Suderman M., Yang J. et al. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide. *Molecular Psychiatry.* 2015; 20 (3): 320-328.
40. Gross J.A., Fiori L.M., Labonté B. et al. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *Journal of Psychiatric Research.* 2013; 47 (4): 513-519.
41. Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Sistemnyj lipidnyj obmen i suicidal'noe povedenie [Systemic lipid metabolism and suicidal behavior]. *Nejronauki.* 2006; 4 (6): 3-13. (In Russ)
42. Haghghi F., Galfalvy H., Chen S. et al. DNA methylation perturbations in genes involved in polyunsaturated Fatty Acid biosynthesis associated with depression and suicide risk. *Frontiers in Neurology.* 2015; 28 (6): 92. - eCollection
43. McGowan, P. O., Sasaki A., Huang T. et al. Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PLoS One.* 2008; 3 (5), e2085.
44. McGowan, P. O., Sasaki A., D'Alessio A.C. et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience.* 2009; 12 (3): 342–348.
45. Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity. *Archives of Suicide Research.* 2011; 14 (4): 291-310.
46. Nagy C., Turecki G. Sensitive periods in epigenetics: bringing us closer to complex behavioral phenotypes. *Epigenomics.* 2012; 4 (4): 445-457.
47. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways. *American Journal of Preventive Medicine.* 2014; 47 (3 Suppl 2): 144-151.
48. Bani-Fatemi A., Howe A.S., De Luca V. Epigenetic studies of suicidal behavior. *Neurocase.* 2015; 21 (2): 134-143.
49. Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine.* 1998; 4: 25-30.
50. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Reviews Neuroscience.* 2003; 4: 819-828.
51. Wasserman D., Sokolowski M. Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. In D. Wasserman (ed). *Suicide. An Unnecessary Death.* 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 27-37.

52. Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F. et al. The neurobehavioral origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*. 2012; 35: 14-23.
53. Pfeffer C. R. Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In: K. Hawton, K. van Heeringen (eds) *The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide*, 2000, NY: Wiley, p. 237-248.
54. Chamberlain S. R., Odlaug B. L., Schreiber L. R. et al. Clinical and neurocognitive markers of suicidality in young adults. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47 (5): 586-591.
55. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73-85.
56. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3/4): 372-394.
57. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301: 386-389.
58. Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions. *Psychiatry Res*. 2015; 228 (3): 235-242.
59. Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. *Укр. мед. журн.* 2010; 1 (75): 92-97.
60. Mandelli L., Serretti A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37 (10 Pt 1): 2375-2397.
61. Manolio T.A., Guttmacher A.E.. Genomewide association studies and assessment of the risk of disease. *N. Engl. J. Med.* 2010; 363: 166-176.
62. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Genome-wide association studies of suicidal behaviors: a review. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (10): 1567-1577.
63. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.A. et al. Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7: 158.
64. Mullins N., Perroud N., Uher R. et al. Genetic relationships between suicide attempts, suicidal ideation and major psychiatric disorders: a genome-wide association and polygenic scoring study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2014. 165B (5): 428-437.
65. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt. *Molecular Psychiatry*. 2016; 21 (10): 1381-1390.
66. Purcell S.M., Wray N.R., Stone J.L. et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 2009; 460: 748-752.
67. Erlangsen A., Appadurai V., Wang Y. et al. Genetics of suicide attempts in individuals with and without mental disorders: a population-based genome-wide association study. *Mol Psychiatry*. 2018; Aug 16.
68. Schoenbaum M., Kessler R.C., Gilman S.E. et al. Predictors of Suicide and Accident Death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 493-503.
69. Stein M.B., Ware E.B., Mitchell C. et al. Genomewide association studies of suicide attempts in US soldiers. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2017; 174 (8): 786-797.
70. Kimbrel N.A., Garrett M.E., Dennis M.F. et al. A genome-wide association study of suicide attempts and suicidal ideation in U.S. military veterans. *Psychiatry Res*. 2018; 269: 64-69.
71. Le-Niculescu H., Levey D.F., Ayalew M. et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. *Mol Psychiatry*. 2013; 18 (12): 1249-1264.
72. Niculescu A.B., Levey D.F., Phalen P.L. et al. Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Mol Psychiatry*. 2015; 20 (11): 1266-1285.
73. Levey D.F., Niculescu E.M., Le-Niculescu H. Towards understanding and predicting suicidality in women: biomarkers and clinical risk assessment. *Mol Psychiatry*. 2016; 21 (6): 768-785.
74. Niculescu A.B., Le-Niculescu H., Levey D.F. et al. Precision medicine for suicidality: from universality to subtypes and personalization. *Mol Psychiatry*. 2017; 22 (9): 1250-1273.
75. Blasco-Fontecilla, H., Lopez-Castroman, J., Giner, L. et al. Predicting suicidal behavior: are we really that far along? Comment
52. Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F. et al. The neurobehavioral origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*. 2012; 35: 14-23.
53. Pfeffer C. R. Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In: K. Hawton, K. van Heeringen (eds) *The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide*, 2000, NY: Wiley, p. 237-248.
54. Chamberlain S. R., Odlaug B. L., Schreiber L. R. et al. Clinical and neurocognitive markers of suicidality in young adults. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47 (5): 586-591.
55. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73-85.
56. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3/4): 372-394.
57. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301: 386-389.
58. Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions. *Psychiatry Res*. 2015; 228 (3): 235-242.
59. Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. *Укр. мед. журн.* 2010; 1 (75): 92-97.
60. Mandelli L., Serretti A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37 (10 Pt 1): 2375-2397.
61. Manolio T.A., Guttmacher A.E.. Genomewide association studies and assessment of the risk of disease. *N. Engl. J. Med.* 2010; 363: 166-176.
62. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Genome-wide association studies of suicidal behaviors: a review. *European Neuropsychopharmacology*. 2014; 24 (10): 1567-1577.
63. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.A. et al. Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7: 158.
64. Mullins N., Perroud N., Uher R. et al. Genetic relationships between suicide attempts, suicidal ideation and major psychiatric disorders: a genome-wide association and polygenic scoring study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2014. 165B (5): 428-437.
65. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt. *Molecular Psychiatry*. 2016; 21 (10): 1381-1390.
66. Purcell S.M., Wray N.R., Stone J.L. et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*. 2009; 460: 748-752.
67. Erlangsen A., Appadurai V., Wang Y. et al. Genetics of suicide attempts in individuals with and without mental disorders: a population-based genome-wide association study. *Mol Psychiatry*. 2018; Aug 16.
68. Schoenbaum M., Kessler R.C., Gilman S.E. et al. Predictors of Suicide and Accident Death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 493-503.
69. Stein M.B., Ware E.B., Mitchell C. et al. Genomewide association studies of suicide attempts in US soldiers. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2017; 174 (8): 786-797.
70. Kimbrel N.A., Garrett M.E., Dennis M.F. et al. A genome-wide association study of suicide attempts and suicidal ideation in U.S. military veterans. *Psychiatry Res*. 2018; 269: 64-69.
71. Le-Niculescu H., Levey D.F., Ayalew M. et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. *Mol Psychiatry*. 2013; 18 (12): 1249-1264.
72. Niculescu A.B., Levey D.F., Phalen P.L. et al. Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Mol Psychiatry*. 2015; 20 (11): 1266-1285.
73. Levey D.F., Niculescu E.M., Le-Niculescu H. Towards understanding and predicting suicidality in women: biomarkers and clinical risk assessment. *Mol Psychiatry*. 2016; 21 (6): 768-785.
74. Niculescu A.B., Le-Niculescu H., Levey D.F. et al. Precision medicine for suicidality: from universality to subtypes and personalization. *Mol Psychiatry*. 2017; 22 (9): 1250-1273.
75. Blasco-Fontecilla, H., Lopez-Castroman, J., Giner, L. et al. Predicting suicidal behavior: are we really that far along? Comment

- ment on "Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality." *Curr. Psychiatry Rep.* 2013; 15: 424.
76. Mullins N., Hodgson K., Tansey K.E. et al. Investigation of blood mRNA biomarkers for suicidality in an independent sample. *Transl Psychiatry.* 2014; 28 (4): e474.
 77. Niculescu A.B., Levey D., Le-Niculescu H. et al. Psychiatric blood biomarkers: avoiding jumping to premature negative or positive conclusions. *Mol Psychiatry.* 2015; 20 (3): 286-288.
 78. Niculescu A.B., Le-Niculescu H. Convergent Functional Genomics: what we have learned and can learn about genes, pathways, and mechanisms. *Neuropsychopharmacology.* 2010; 35 (1): 355-356.
 79. Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variations at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder. *Translational Psychiatry.* 2015; 5: e 627.
 80. Guintivano J., Brown T., Newcomer A. et al. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry.* 2014, 171: 1287-1296.
 81. Розанов В.А. Периферические биологические факторы и биомаркеры суицида. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 3-22.
 82. Fedorenko O.Y., Golimbet V.E., Ivanova S.A. et al. Opening up new horizons for psychiatric genetics in the Russian Federation: moving toward a national consortium. *Mol Psychiatry.* 2019 Jan 21. doi: 10.1038/s41380-019-0354-z. [Epub ahead of print]
 83. Psychiatric Genomics Consortium (<https://www.med.unc.edu/pgc>)
 84. Халилова З.Л., Зайнуллина А.Г., Валиуллина А.Р. и др. Анализ ассоциаций полиморфных локусов гена *YWHAЕ* с суицидальным поведением. *Генетика.* 2013; 49 (6): 767-772.
 85. Халилова З.Л., Зайнуллина А.Г., Хуснутдинова Э.К. Анализ ассоциаций гена переносчика нордреналина (*SLC6A2*) с суицидальным поведением. *Вестник БГАУ.* 2014; 2: 52-55.
 86. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. *Суицидология.* 2014; 5 (1): 3-11.
 87. Любов Е.Б., Васькова Л.Б., Тяпкина М.В. Уровни суицидов и потребление антидепрессантов в России и её регионах. *Суицидология.* 2017; 8 (2): 49-54.
 88. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Кудряков А.Ю., Хохлов М.С., Юсупова Е.Ю., Коровин К.В. Система суицидальной превенции в Тюменской области. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 72-80.
 89. Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 72-81.
 90. Узлов Н.Д., Семенова М.Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид. *Суицидология.* 2017; 8 (3): 40-53.
 91. Разводовский Ю.Е., Кандрычын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси. *Девинтология.* 2018; 2 (2): 25-30.
 92. Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью. *Наркология.* 2011; 10 (116): 72-77.
 93. Choi S.W., Mak T.S.Y., O'Reilly P.F. A guide to performing Polygenic Risk Score analyses. bioRxiv preprint first posted online Sep. 14, 2018; doi: <http://dx.doi.org/10.1101/416545>
 94. Smith D.J., Escott-Price V., Davies G. et al. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Molecular Psychiatry.* 2016; 21: 749-757.
 95. Genetics of Personality Consortium, de Moor M.H., van den Berg S.M. Meta-analysis of Genome-wide Association Studies for Neuroticism, and the Polygenic Association With Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (7): 642-650.
 96. Bannon J. Heading for \$100: The Declining Costs of Genome Sequencing & The Consequences. [ARK invest] URL: <https://ark-invest.com/research/genomesequencing>
 97. Pulay A.J., Réthelyi J.M. Multimarker analysis suggests the involvement of BDNF signaling and microRNA biosynthesis in suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016; 171 (6): 763-776.
 98. Bozorgmehr A., Ghadirivasfi M., Tavakoli M. et al. Integrated analysis of the genetic basis of suicidal behavior: what has been on "Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality." *Curr. Psychiatry Rep.* 2013; 15: 424.
 76. Mullins N., Hodgson K., Tansey K.E. et al. Investigation of blood mRNA biomarkers for suicidality in an independent sample. *Transl Psychiatry.* 2014; 28 (4): e474.
 77. Niculescu A.B., Levey D., Le-Niculescu H. et al. Psychiatric blood biomarkers: avoiding jumping to premature negative or positive conclusions. *Mol Psychiatry.* 2015; 20 (3): 286-288.
 78. Niculescu A.B., Le-Niculescu H. Convergent Functional Genomics: what we have learned and can learn about genes, pathways, and mechanisms. *Neuropsychopharmacology.* 2010; 35 (1): 355-356.
 79. Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variations at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder. *Translational Psychiatry.* 2015; 5: e 627.
 80. Guintivano J., Brown T., Newcomer A. et al. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry.* 2014, 171: 1287-1296.
 81. Rozanov V.A. Peripheral biological factors and biomarkers of suicide. *Suicidology.* 2018; 9 (1): 3-22. (In Russ)
 82. Fedorenko O.Y., Golimbet V.E., Ivanova S.A. et al. Opening up new horizons for psychiatric genetics in the Russian Federation: moving toward a national consortium. *Mol Psychiatry.* 2019 Jan 21. doi: 10.1038/s41380-019-0354-z. [Epub ahead of print]
 83. Psychiatric Genomics Consortium (<https://www.med.unc.edu/pgc>)
 84. Halilova Z.L., Zajnullina A.G., Valiullina A.R. i dr. Analiz asociacij polimorfnyh lokusov gena *YWHAЕ* s suicidal'nym povedeniem [Analysis of associations of polymorphic loci of the *YWHAЕ* gene with suicidal behavior]. *Genetika.* 2013; 49 (6): 767-772. (In Russ)
 85. Halilova Z.L., Zajnullina A.G., Husnutdinova Je.K. Analiz asociacij gena perenoschika noradrenalina (*SLC6A2*) s suicidal'nym povedeniem [The Association analysis of the gene norepinephrine Transporter (*SLC6A2*) with suicidal behavior]. *Vestnik BGAU.* 2014; 2: 52-55. (In Russ)
 86. Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level. *Suicidology.* 2014; 5 (1): 3-11. (In Russ)
 87. Lyubov E.B., Vaskova L.B., Tiapkina M.V. Suicide rates and antidepressant utilization in Russia and its regions. *Suicidology.* 2017; 8 (2): 49-54. (In Russ)
 88. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Kudryakov A.Yu., Hohlov M.S., Yusupova E.Yu., Korovin K.V. The system of suicide prevention in Tyumen' region (West Siberia). *Suicidology.* 2018; 9 (1): 72-80. (In Russ)
 89. Lyubov E.B., Palayeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 72-81. (In Russ)
 90. Uzlov N.D., Semenova M.N. Game, transgression and network suicide. *Suicidology.* 2017; 8 (3): 40-53. (In Russ)
 91. Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V. Alcohol as a factor of gender gap in suicide mortality in Belarus. *Deviant Behavior (Russia).* 2018; 2 (2): 25-30. (In Russ)
 92. Merinov A.V. Autoagressivnye i kliniko-psihologicheskie karakteristiki parasuicidal'nyh mužhchin s alkogol'noj zavisimost'ju [Autoaggressive and clinical psychological characteristics of parasuicidal men with alcohol dependence]. *Narkologija.* 2011; 10 (116): 72-77. (In Russ)
 93. Choi S.W., Mak T.S.Y., O'Reilly P.F. A guide to performing Polygenic Risk Score analyses. bioRxiv preprint first posted online Sep. 14, 2018; doi: <http://dx.doi.org/10.1101/416545>
 94. Smith D.J., Escott-Price V., Davies G. et al. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Molecular Psychiatry.* 2016; 21: 749-757.
 95. Genetics of Personality Consortium, de Moor M.H., van den Berg S.M. Meta-analysis of Genome-wide Association Studies for Neuroticism, and the Polygenic Association With Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (7): 642-650.
 96. Bannon J. Heading for \$100: The Declining Costs of Genome Sequencing & The Consequences. [ARK invest] URL: <https://ark-invest.com/research/genomesequencing>
 97. Pulay A.J., Réthelyi J.M. Multimarker analysis suggests the involvement of BDNF signaling and microRNA biosynthesis in suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016; 171 (6): 763-776.
 98. Bozorgmehr A., Ghadirivasfi M., Tavakoli M. et al. Integrated analysis of the genetic basis of suicidal behavior: what has been

- shown by structural genetics studies so far. *Psychiatr. Genet.* 2018; 28 (2): 31-37.
99. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Gene-level associations in suicide attempter families show overrepresentation of synaptic genes and genes differentially expressed in brain development. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2018; 177 (8): 774-784.
100. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Rare CNVs in suicide attempt include schizophrenia-associated loci and neurodevelopmental genes: a pilot genome-wide and family-based study. *PLoS One.* 2016; 11 (12): e0168531.
101. Gould T.D., Gergiou P., Brenner L.A. et al. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. *Transl. Psychiatry.* 2017; 7 (4): e1092.
- shown by structural genetics studies so far. *Psychiatr. Genet.* 2018; 28 (2): 31-37.
99. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Gene-level associations in suicide attempter families show overrepresentation of synaptic genes and genes differentially expressed in brain development. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2018; 177 (8): 774-784.
100. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Rare CNVs in suicide attempt include schizophrenia-associated loci and neurodevelopmental genes: a pilot genome-wide and family-based study. *PLoS One.* 2016; 11 (12): e0168531.
101. Gould T.D., Gergiou P., Brenner L.A. et al. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. *Transl. Psychiatry.* 2017; 7 (4): e1092.

MOLECULAR GENETICS STUDIES IN SUICIDOLGY AND NEW OPPORTUNITIES IN RISK ASSESSMENT

V.A. Rozanov¹, A.O. Kibitov^{2,3}, R.R. Gainetdinov¹, A.V. Merinov⁴, P.B. Zotov⁵

¹Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

²Serbsky National Medical Research Center on Psychiatry and Addictions, Moscow, Russia; druggen@mail.ru

³V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

⁴Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

⁵Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

The review is analyzing modern tendencies in the field of genetics of suicidal behavior. The authors discuss key facts and regularities obtained through classical behavioral genetics studies, candidate genes strategies and genome-wide association studies. The latter is gaining wider representation recently and is very promising. Such issues as the search of transcriptional correlates, epigenetic phenomena and proteins levels changes in brain tissue post mortem, as well as blood biomarkers, are discussed. In suicide genetics, the same tendency as in the genetics of mental disorders is revealed – “disappearing of heritability” when classical twin studies are compared with single-nucleotide polymorphisms studies, as well as high level of common genetic associations between psychiatric disorders (especially major depression and bipolar disorder) and suicide. The probability of obtaining markers with certain predictive potential is based on the stress-vulnerability model of suicide that is dominating in modern suicidology and is taking into consideration genes-environment interactions and encounter development of the “incubated trauma” that may be associated with epigenetic processes. It is concluded that priority should be given to complex studies combining modern molecular genetics technologies with psychological, psychosocial (perceived stress), clinical (mental health and psychiatric disorders) and cognitive features of the suicidal personality on the different stages of the suicidal process – from suicidal ideation to suicide attempts and completed suicides. Conducting such a study in Russia according to the strategy proposed in the review will clarify the validity of many already known predictive markers for the local populations and will help to develop an own vision of the opportunities of suicides prediction and prevention, especially in young people. Fairly good perspectives are opening recently due to wider possibilities of comparative analysis based on the activity of the international consortiums of psychiatric genetics and corresponding Russian consortium that should pay more attention to suicidal phenotypes within planned studies. Summing up, growing opportunities of risk assessment, prediction, and prevention of suicides are evident recently.

Keywords: suicide, suicidal behavior, genetic factors, behavioral genetics, genes-environment interaction, molecular genetics markers, candidate genes, genome-wide association studies, transcription products, epigenetic phenomena, brain, blood biomarkers

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Розанов В.А., Кибитов А.О., Гайнетдинов Р.Р., Меринов А.В., Зотов П.Б. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида. *Суицидология.* 2019; 10 (1): 3-20. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-3-20

For citation: Rozanov V.A., Kibitov A.O., Gainetdinov R.R., Merinov A.V., Zotov P.B. Molecular genetics studies in suicidology and new opportunities in risk assessment. *Suicidology.* 2019; 10 (1): 3-20. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-3-20

СУИЦИДЫ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Б.С. Положий

Московский НИИ психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ. Место работы и должность: руководитель Отделения клинической и профилактической суицидологии, руководитель Научно-практического центра профилактики суицидов и опасного поведения несовершеннолетних Московского НИИ психиатрии – филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Суицидальное поведение несовершеннолетних (0-17 лет) является наиболее драматическим и, вместе с тем одним из наименее изученных аспектов суицидологии. По данным Государственной статистики в России в 2017 году частота завершённых суицидов в этой возрастной группе населения составила 1,3 случая на 100000, в том числе, среди лиц мужского пола – 1,6, а среди лиц женского пола – 0,9 на 100000. Определены наиболее неблагоприятные в суицидальном отношении субъекты Российской Федерации. Среди них на первом месте находится Республика Алтай (Сибирский федеральный округ). В этом регионе частота суицидов среди несовершеннолетних – 9 на 100000 – превышает среднероссийский показатель в 6,9 раза, средний показатель по Сибирскому федеральному округу – в 3,3 раза, частоту суицидов в занимающей второе место Амурской области – в 1,6 раза. В ещё большей степени это касается частоты суицидов среди несовершеннолетних мужского пола. Показатель, равный 14,6 на 100000, в 9,1 раза превышает общероссийский. Следующие субъекты с высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних представляют 4 Федеральных округа: Сибирский (Республика Бурятия, Забайкальский край, Иркутская область), Дальневосточный (Амурская область, Республика Саха (Якутия), Уральский (Курганская область), Приволжский (Удмуртская Республика), Северо-Западный (Калининградская область). Частота суицидов среди несовершеннолетних составляет в них в пределах 3,0–5,6 на 100000 ровесников, что выше российского показателя в 2-4 раза. Следует заметить, что регионы с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних отличаются и наиболее высокой частотой этих показателей среди всего населения. Распространённость самоубийств среди несовершеннолетних, проживающих в сельской местности, равная 2,3 на 100000, в 2,9 раза превышает соответствующий показатель среди горожан. Данный факт демонстрирует существенно более высокий риск суицида среди несовершеннолетних, проживающих в селах. Предлагаемые программы профилактики суицидов среди несовершеннолетних должны, с одной стороны, базироваться на единых, соответствующих современным научным представлениям методических подходов, с другой стороны – учитывать социальные, экономические, этнокультуральные особенности конкретных регионов и уровень организации медицинской помощи. Особое профилактическое внимание следует уделять несовершеннолетним, проживающим в сельской местности.

Ключевые слова: частота суицидов, эпидемиологический аспект, несовершеннолетние, федеральные округа, субъекты федерации, региональные особенности распространённости суицидов, суициды у жителей сельской местности, суициды у жителей городской местности, программы профилактики суицидов среди несовершеннолетних

Начиная с последних десятилетий прошлого века, особую тревогу специалистов стала вызывать проблема «омоложения» суицидов, подразумевающая увеличение их частоты в молодом, в том числе, детском и подростковом возрасте [1-3]. По данным М. Саркиапоне и Б.С. Положего [4], в США в период с 1980 по 1994 гг. частота суицидов среди детей 10-14 лет увеличилась на 120%, став третьей ведущей причиной смерти в этой возрастной группе. В Канаде суицид оказался второй ведущей причиной смерти у детей и подростков в возрасте

10-19 лет. При этом в 1997 г. уровень самоубийств среди детей в возрасте до 15 лет составил 0,9 на 100000, а для подростков – 15-19 лет – 12,9 на 100000, то есть в 14,3 раза больше. В европейских странах уровень подростковых самоубийств варьировался от 5 в Южной Европе до 25-40 на 100000 в Северной и Восточной Европе [5]. Несмотря на столь высокие цифры, частота суицидов у подростков недооценивается, по мнению L. Vijayakumar и соавт. [6], на 30% и более.

В России, несмотря на отмечающееся в течение последних 15 лет улучшение суицидальной ситуации в детско-подростковой среде, она остаётся ещё недостаточно благополучной. По данным Росстата, в 2017 г. частота завершённых суицидов среди детей 10-14 лет составила 1,6 на 100000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет – 8,4 на 100000 ровесников (на 13,5% больше, чем в мире). При этом соответствующий показатель в сельской местности (2,3 на 100000) превышает таковой у подростков, проживающих в городах (0,8 на 100000), в 2,9 раза.

Отмечая безусловную научную и практическую важность знания приведённых показателей, следует отметить, что они не могут в полной мере представить картину суицидального поведения несовершеннолетних. Дело в том, что, учитывая больший показатель частоты суицидов у подростков, существенно увеличивающийся по достижении ими 18-19-летнего возраста, характеристика суицидальной ситуации среди несовершеннолетних в определённой степени «размывается» и не позволяет сделать необходимые выводы. В Российской Федерации несовершеннолетние представляют собой особую группу населения в возрасте 0-17 лет, находящуюся под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, родственников, попечителей), которые дают гарантию заботы, защиты и охраны жизни и здоровья [7].

Исходя из вышеизложенного, нами было проведено изучение частоты завершённых суицидов среди несовершеннолетних в России. Материалом исследования послужили официальные данные Росстата о смертности несовершеннолетних вследствие совершения самоубийства в 2017 году. Установлено, что в анализируемом году в результате самоубийства погибли 374 несовершеннолетних. Две трети из них пришлось на лиц мужского пола, соответственно (66,3%; n=248), одна треть – на лиц женского пола (33,7%; n=126). Это подтверждает мнение большинства суицидологов о том, что завершённые суициды, в отличие от незавершённых, являются преимущественно «мужской» проблемой [8, 9].

Учитывая масштабы нашей страны и традиционные различия в распространённости суицидов в регионах, нами проанализирована частота завершённых суицидов среди несовер-

шеннолетних в Федеральных округах России (табл. 1).

В первую очередь, следует охарактеризовать показатель частоты самоубийств среди несовершеннолетних по стране в целом. В 2017 г. он составил 1,3 на 100000, в том числе, среди лиц мужского пола – 1,6, а среди лиц женского пола – 0,9 на 100000. Эти данные демонстрируют бóльшую подверженность мальчиков к совершению завершённых суицидов – показатель их частоты в 1,8 раза превышает таковой среди девочек.

Таблица 1

Частота суицидов среди несовершеннолетних по Федеральным округам РФ (на 100000 лиц данной возрастной группы)

Округ	Оба пола	М	Ж
Центральный	0,6	0,6	0,5
Северо-Кавказский	0,7	0,6	0,8
Южный	0,9	1,1	0,6
Северо-Западный	1,1	1,4	0,8
Приволжский	1,2	1,7	0,8
Уральский	1,5	1,8	1,2
Дальневосточный	2,2	3,1	1,2
Сибирский	2,7	3,8	1,6
Россия	1,3	1,6	0,9

Отметим, что если оперировать только абсолютными цифрами, то это различие существенно меньше и составляет лишь 2 раза. Полученные сведения согласуются с данными большинства исследователей. Так, E. Mittendorfer-Rutz [10] сообщает, что соотношение между уровнями суицидов среди подростков мужского и женского пола составляет в разных странах от 2:1 до 8:1. Это указывает на необходимость поиска гендерных различий в факторах суицидального риска среди несовершеннолетних.

Анализ частоты суицидов по Федеральным округам позволил выявить определённые различия (табл. 2). Наиболее благополучная ситуация зарегистрирована в Южном, Северо-Кавказском и Центральном округах. Соответствующие показатели в них уступают среднероссийскому в 1,4–2,2 раза. Частота суицидов в Северо-Западном, Приволжском и Уральском округах практически равна российскому показателю. Наиболее неблагоприятной является

суицидальная ситуация в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах. Частота завершённых суицидов среди несовершеннолетних в Дальневосточном округе превышает среднероссийский показатель в 1,7 раза, а в Сибирском – в 2,1 раза. Сравнение показателей частоты суицидов среди несовершеннолетних с соответствующими показателями в общей популяции выявило их корреляцию. Так, наиболее неблагоприятными в суицидальном отношении в России являются Сибирский и Дальневосточный федеральные округа. В первом из них частота суицидов в общей популяции составляет 23,7 на 100000 населения (в 1,7 раза больше среднероссийского показателя, во втором – 18,2 на 100000 (в 1,3 раза больше среднероссийского)). Как было показано выше, примерно такие же соотношения отмечаются и среди несовершеннолетних. Таким образом, суицидальное неблагоприятие охватывает все возрастные группы населения, что требует принятия комплексных, направленных на всё население мер по стабилизации суицидальной ситуации.

В наших предыдущих исследованиях было неоднократно показано, что особое внимание следует уделять оценке суицидальной ситуации в конкретных субъектах РФ [12]. Это обусловлено тем, что внутри одного и того же Федерального округа встречаются субъекты с достоверно различающимися уровнями частоты суицидов – от низкого до высокого и даже сверхвысокого.

Таблица 2

Субъекты РФ с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних (на 100 тыс. лиц данной возрастной группы)

Регион	Оба пола	М	Ж
Республика Алтай	9,0	14,6	3,1
Амурская область	5,6	10,9	-
Республика Бурятия	4,6	6,0	3,2
Удмуртская Республика	4,4	5,2	3,6
Забайкальский край	3,7	5,1	2,3
Иркутская область	3,5	4,8	2,2
Курганская область	3,3	2,2	4,5
Калининградская область	3,1	4,1	2,1
Республика Саха (Якутия)	3,0	3,0	3,1
Россия	1,3	1,6	0,9

Учитывая это обстоятельство и необходимость разработки адресных программ суицидологической профилактики, нами были выделены административные территории с наиболее высокими показателями частоты суицидов среди несовершеннолетних (табл. 2).

На вершине этого списка уже не первый год находится Республика Алтай. Частота суицидов среди несовершеннолетних в этом Сибирском регионе превышает среднероссийский показатель в 6,9 раза, средний показатель по Сибирскому федеральному округу – в 3,3 раза, частоту суицидов в занимающей второе место Амурской области – в 1,6 раза. В ещё большей степени это касается частоты суицидов среди несовершеннолетних мужского пола. Показатель, равный 14,6 на 100000, в 9,1 раза превышает общероссийский. Среди девочек ситуация несколько спокойнее, но и здесь величина показателя в 3,4 раза больше, чем по России в целом. Опираясь на приведённые цифры, можно охарактеризовать суицидальную ситуацию среди несовершеннолетних в Республике Алтай как чрезвычайную и требующую принятия неотложных экстренных мер на государственном уровне.

Следующие субъекты с высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних представляют 4 Федеральных округа: Сибирский (Республика Бурятия, Забайкальский край, Иркутская область), Дальневосточный (Амурская область, Республика Саха (Якутия), Уральский (Курганская область), Приволжский (Удмуртская Республика), Северо-Западный (Калининградская область). Частота суицидов среди несовершеннолетних составляет в них в пределах 3,0–5,6 на 100000 ровесников, что выше российского показателя в 2–4 раза. Среди несовершеннолетних мужского пола наиболее высокий показатель (после Республики Алтай) зарегистрирован в Амурской области – 10,9 на 100000 (в 6,8 раза выше, чем по России), среди девочек – в Курганской области (первое место среди несовершеннолетних женского пола в стране) – 4,5 на 100000, что превышает российский показатель в 5 раз. При этом Курганская область является единственным регионом в стране, где частота завершённых суицидов среди девочек выше, чем среди мальчиков (в 2 раза). Следует заметить, что регионы с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних отличаются и наиболее высокой частотой этих показателей среди всего населе-

ния. Единственным исключением является Калининградская область, имеющая сопоставимый с общероссийским показатель частоты суицидов в общей популяции. Причины такого различия нуждаются в специальном изучении.

Для более полной оценки проблемы приводим субъекты РФ, в которых в 2017 году не было зарегистрировано ни одного случая суицидов среди несовершеннолетних (табл. 3).

В общей сложности число таких регионов составило 13, что составляет 15,3% от их общего количества. Большинство из них (5) представляют наиболее благополучный по суицидальной ситуации среди несовершеннолетних Центральный федеральный округ.

Таблица 3

Субъекты РФ с отсутствием зарегистрированных суицидов среди несовершеннолетних

Округ	Субъекты РФ
ЦФО	Калужская область Курская область Рязанская область Тульская область Ярославская область
ЮФО	Астраханская область
СКФО	Республика Северная Осетия
ПФО	Чувашская Республика Ульяновская область
ДВФО	Камчатская область Магаданская область Сахалинская область Еврейская автономная область

Два субъекта относятся к Приволжскому округу, по одному – к Южному и Северо-Кавказскому и 4 – к Дальневосточному. Практически все эти регионы отличаются низкой частотой суицидов в общей популяции. Исключением является Еврейская автономная область, где общепопуляционный показатель – один из наиболее высоких в стране. Таким образом, можно констатировать, что суицидальная ситуация среди несовершеннолетних отражает суицидальную ситуацию среди всего населения региона.

Вместе с тем, нельзя не отметить определённые статистические несоответствия, существующие между данными официальной статистики Росстата и другими ведомствами. Так, по данным Следственного комитета РФ число несовершеннолетних, погибших вследствие суицида, составило в 2017 году 692 человека – почти в 2 раза больше, чем по данным Росста-

та. С нашей точки зрения, такие расхождения свидетельствуют о необходимости создания базирующейся на единых принципах системы статистического учета суицидов в стране.

Таблица 4

Частота суицидов среди несовершеннолетних в РФ в зависимости от места жительства (на 100000 соответствующих групп несовершеннолетних)

Место жительства	Оба пола	М	Ж
Город	0,8	1,1	0,6
Село	2,3	3,0	1,6

Следующим аспектом исследования стало изучение частоты суицидов среди несовершеннолетних в зависимости от места жительства. Как следует из табл. 4, распространённость самоубийств среди несовершеннолетних, проживающих в сельской местности, в 2,9 раза больше, чем среди горожан. В определённой степени это отражает ситуацию в общей популяции, хотя там различие показателей меньше (2 раза). Данный факт демонстрирует существенно более высокий риск суицида среди несовершеннолетних, проживающих в селах.

Учитывая установленную закономерность, нами были определены регионы с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних, живущих в сельской местности (табл. 5).

Таблица 5

Субъекты РФ с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних, проживающих в сельской местности (на 100 тыс. соответствующих групп несовершеннолетних)

Регион	Оба пола	М	Ж
Республика Алтай	10,2	15,8	4,2
Удмуртская Республика	8,0	7,8	8,3
Амурская область	7,9	15,4	-
Иркутская область	7,2	9,8	4,5
Республика Бурятия	6,9	10,1	3,5
Псковская область	6,6	12,8	-
Красноярский край	6,5	8,8	4,0
Калининградская область	6,3	12,2	-
Архангельская область	5,7	3,7	7,7
Россия	2,3	3,0	1,6

Как и среди несовершеннолетних в целом, лидирующее положение среди погибших селян

занимает Республика Алтай. Соответствующий показатель превышает российский в 4,4 раза, в том числе, среди мальчиков – в 5,3 раза и среди девочек – в 2,6 раза. Это ещё раз подтверждает то, что Республика Алтай является самым неблагополучным в суицидальном отношении регионом страны.

Если говорить об остальных субъектах «лидерах», то большинство из них фигурируют среди регионов с наибольшей частотой суицидов среди несовершеннолетних в целом. Это касается Удмуртии, Бурятии, Амурской, Иркутской и Калининградской областей. Наряду с этим в данный перечень попали Красноярский край, Псковская и Архангельская области. При этом наибольшая частота среди несовершеннолетних селян женского пола отмечается в Удмуртской Республике – 8,3 на 100000 ровесниц, что в 5,2 раза выше соответствующего российского показателя. Кроме того, в этой республике, а также в Архангельской области показатели суицидов среди несовершеннолетних сельских девочек превышают таковые среди мальчиков, причём в Архангельской области это различие достигает двух раз.

Проведённое исследование позволило прийти к ряду выводов:

1. Несмотря на положительную динамику последних лет, суицидальная ситуация среди несовершеннолетних в России остается неблагополучной, что требует разработки и реализации комплексных программ профилактики суицидального поведения в данной возрастной группе населения.

2. В регионах с наиболее высокими показателями частоты суицидов среди несовершеннолетних необходимо изучение комплекса при-

чин, определяющих столь неблагополучную суицидальную ситуацию.

3. Требуется разработка Государственной системы регистрации суицидов среди несовершеннолетних.

4. Программы профилактики суицидов среди несовершеннолетних должны, с одной стороны, базироваться на единых методических подходах, с другой стороны – учитывать социальные, экономические, этнокультуральные особенности конкретных регионов и уровень организации медицинской помощи. Особое профилактическое внимание следует уделять несовершеннолетним, проживающим в сельской местности.

5. Поскольку большинство несовершеннолетних, совершающих суициды, страдают ранее не диагностированными психическими расстройствами, необходима разработка эффективных стратегий профилактики в сфере первичного здравоохранения и социальных услуг.

6. Учебные заведения и, в первую очередь, школы должны быть главным местом для укрепления психического здоровья и профилактических мероприятий среди несовершеннолетних. Согласно опыту западноевропейских стран, стратегическими направлениями профилактики суицидов в школе являются: психологическое просвещение и повышение осведомлённости учащихся в области психического здоровья, а также проведение профилактических обследований (скринингов), направленных на выявление лиц с повышенным риском развития суицидального поведения.

7. Учитывая недостаточную изученность суицидов у несовершеннолетних, необходимо продолжение углублённых научных исследований по этой проблеме.

Литература:

1. Wasserman D., Qi Cheng, Guo-Xin J. Global suicide rates among young people aged 15–19. University, Shanghai, China, © WPA 2015.
2. Bertolote J.M. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010; 31 (4): 194-201.
3. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr. Drugs*. 2003; 5 (4): 243-265.
4. Саркиапоне М., Положий Б.С. Суициды у детей и подростков. *Российский психиатрический журнал*. 2014; 3: 52-56.
5. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. 98 p.
6. Vijayakumar L., Nagaraj K., Pirkis J., Whiteford H. Suicide in developing countries: frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*. 2005; 26 (3): 104-111.

References:

1. Wasserman D., Qi Cheng, Guo-Xin J. Global suicide rates among young people aged 15–19. University, Shanghai, China, © WPA 2015.
2. Bertolote J.M. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010; 31 (4): 194-201.
3. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr. Drugs*. 2003; 5 (4): 243-265.
4. Sarkiapone M., Polozhij B.S. Suicidy u detej i podrostkov [Suicides in children and adolescents]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal*. 2014; 3: 52-56. (In Russ)
5. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. 98 p.
6. Vijayakumar L., Nagaraj K., Pirkis J., Whiteford H. Suicide in developing countries: frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*. 2005; 26 (3): 104-111.

7. Федеральный закон "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" от 24.07.1998 N 124-ФЗ
8. Brent D.A., et al. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1999; 38 (12): 1497-1505.
9. Epstein J.A., Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Arch. Suicide Res.* 2010; 14 (3): 193-205.
10. Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *The Journal of Men's Health & Gender.* 2006; 3: 250–257.
11. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико - эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010.
12. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С. Положего. М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 212 с: ил.
7. Federal'nyj zakon "Ob osnovnyh garantijah prav rebenka v Rossijskoj Federacii" [Federal law on basic guarantees of the rights of the child in the Russian Federation"] of 24.07.1998 N 124-FZ (In Russ)
8. Brent D.A., et al. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1999; 38 (12): 1497-1505.
9. Epstein J.A., Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Arch. Suicide Res.* 2010; 14 (3): 193-205.
10. Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *The Journal of Men's Health & Gender.* 2006; 3: 250–257.
11. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie (kliniko - jepidemiologicheskie i jetnokul'tural'nye aspekty) [Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects)]. M.: RIO «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. (In Russ)
12. Suicidy v Rossii i Evrope [Suicides in Russia and Europe] / Pod red. B.S. Polozhego. M.: Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2016. 212 s: il. (In Russ)

SUICIDES AMONG MINORS (epidemiological aspect)

B.S. Polozhy

The Moscow Research Institute of Psychiatry - a branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Addictology named V.P. Serbsky of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;
pbs.moscow@gmail.com

Abstract:

Suicidal behavior among minors (0–17 years old) is the most dramatic and, at the same time, one of the least studied aspects of suicidology. According to the State Statistics in Russia in 2017, the rate of completed suicides in this age group of the population made up 1.3 cases per 100,000 (males – 1.6, females – 0.9 per 100 000). The most disadvantaged subjects of the Russian Federation in terms of suicidal situation are identified. Among them, the Republic of Altai (Siberian Federal District) takes the highest position. In this region, the rate of suicides among minors reaches 9 per 100,000, which is 6.9 times the Russian average, 3.3 times the Siberian federal district average, and 1.6 times average of the second-largest suicide area – Amur region. To an even greater extent, this concerns the rate of suicides among male minors that equals 14.6 per 100,000, which is 9.1 times higher than the national one. The following subjects with a high incidence of suicides among minors represent 4 Federal Districts: Siberian (Republic of Buryatia, Trans-Baikal Territory, Irkutsk Region), Far Eastern (Amur Region, Republic of Sakha (Yakutia), Uralsky (Kurgan Region), Volga (Udmurt Republic), North- West (Kaliningrad region). The rate of suicides among minors in them lays within 3.0-5.6 per 100,000 peers, which is 2-4 times higher than the average Russian indicator. It should be noted that the regions with the highest suicide rates among minors are also distinguished by the highest rate of these indicators among general population there. The prevalence of suicide among minors living in rural areas equals 2.3 per 100,000, which is 2.9 times higher than the corresponding indicator among general public in the area. This fact demonstrates a significantly higher risk of suicide among minors living in villages. The proposed programs for the prevention of suicides among minors should on one hand be based on uniform methodological approaches that correspond to modern scientific ideas, and on the other hand take into account social, economic, ethnocultural characteristics of specific regions and the level of organization of medical care. Special preventive attention should be paid to minors living in rural areas.

Keywords: suicide rate, epidemiological aspect, minors, federal districts, subjects of the federation, regional characteristics of suicide prevalence, suicides among rural residents, suicides among urban residents, programs for the prevention of suicides among minors

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект). *Суицидология.* 2019; 10 (1): 21-26. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26

For citation: Polozhy B.S. Suicides among minors (epidemiological aspect). *Suicidology.* 2019; 10 (1): 21-26. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26

СУИЦИДАЛЬНОЕ И ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ВЫСОКООБРАЗОВАННОЙ МОЛОДЕЖИ: ДИХОТОМИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОПИНГ-ТЕРАПИИ

Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель, А.Ф. Аболонин

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

Контактная информация:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Воеводин Иван Валерьевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Доцент кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: i_voevodin@list.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: appa-mandel@mail.ru

Аболонин Алексей Федорович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6890-5624; Researcher ID: J-3147-2017; ORCID iD 0000-0002-3559-5441). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: abolonin2004@mail.ru

Цель исследования: обоснование и оценка эффективности программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, дифференцированной на базе направленности аутоагрессии, в сравнении с общей (недифференцированной) программой. Материалы и методы: обоснование методики проведено на группе пациентов 18-35 лет (127 обследованных, из них с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя – 45, вследствие употребления наркотиков – 34, с непсихотическим тревожно-депрессивными расстройствами – 48). В апробации методики приняли участие 79 пациентов аналогичных клинических групп (34, 10 и 35 человек соответственно). Применены клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-динамический и статистический методы. Результаты: методом кластерного анализа пациенты были разделены на две группы: 1 кластер – с аутоагрессивностью в виде склонности к парасуицидальному рискованному поведению (стенничное реагирование), 2 кластер – с аутоагрессивностью в виде склонности к суицидальности (гипостенничное реагирование). Выделенные группы различались по когнитивному стилю (нарушенный баланс рискованности в сторону неоправданного риска в 1 кластере; оценочное дихотомическое мышление, низкая фрустрационная толерантность и внешний локус контроля – во 2 кластере) и копинг-стилю (неадаптивное эмоциональное реагирование на стресс, низкий самоконтроль при общей склонности к разрешающему копингу – в 1 кластере и склонность к пессимистичному прогнозированию, изоляции в стрессовых ситуациях, избегающему копингу – во 2 кластере). Рассмотрены микросоциальные, психологические и клинические особенности кластеров в каждой клинической группе. Данные различия легли в основу дифференцированных психотерапевтических вмешательств. В результате применения дифференцированной программы удалось добиться повышения комплаенса (с 60,6 до 78,5%) и улучшения показателей в отношении эффективности отказа от потребления наркотиков (с 47,1 до 81,0%), редукции тревоги (с 47,4 до 65,1%) и депрессии (с 42,2 до 65,4%), отказа от рискованного поведения (с 38,5 до 63,2%), а также рационализации когнитивного стиля (с 24,0 до 47,8%), по сравнению с резуль-

татами общей недифференцированной программы. Заключение: методика дифференцирования когнитивно-поведенческой копинг-терапии на базе направленности аутоагрессии повышает эффективность вмешательств при аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: аутоагрессивность, парасуицидальное рискованное поведение, суицидальные мысли, аддиктивные расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, копинг

Вопросы изучения феномена рискованности, как проявления аутоагрессии (аутодеструкции, парасуицидальности), чаще рассматриваются в психолого-педагогической научной литературе и в меньшей степени находят отражение в литературе медицинской [1]. Указывается, что рискованность, как черта характера, связана с активностью, инициативностью, лёгкостью установления контактов – и, соответственно, со вступлением в сомнительные мероприятия [2], в том числе потребление психоактивных веществ [3]. Среди психологических особенностей лиц, склонных к риску, описываются как неадаптивные характеристики (например, рискованное поведение рассматривается как ответная реакция на неконтролируемый стресс) [4], так и достаточно адаптивные – независимость, практичность, высокая самооценка [5]. В целом, изучение и превенция рискованного поведения, как одного из специфических проявлений аутодеструкции, является актуальной задачей [6].

Другой распространённой и более изученной в медицинском аспекте формой молодёжной аутодеструктивности выступает суицидальное поведение. При этом Д.Ф. Хритинин с соавт. [7] рассматривают молодёжный студенческий контингент, как группу повышенного риска по суицидальному поведению. К подобным выводам приходят и другие авторы, указывая, что серьёзной проблемой студенческой дезадаптации является её суицидальная направленность [8, 9]. По данным Н.А. Бохана с соавт. [10], проблема актуальна в психиатрической и наркологической практике, при этом пациенты далеко не всегда самостоятельно сообщают о наличии суицидальных мыслей. Для повышения выявляемости суицидальных мыслей у пациентов с зависимостями рекомендуется учитывать комплекс факторов, сопряжённых с суицидальностью – прогрессивность расстройства, тяжесть аффективных проявлений, мотивы потребления и др. [11, 12]. Указывается на необходимость использования специальных клинических опросников для оценки уровня суицидального риска [13].

Депрессивность и суицидальность рассматривает в качестве одного из факторов

наркотизации и указывает на взаимосвязь суицидального и аддиктивного поведения, как важный патогенетический аспект [14]. Наличие суицидальных мыслей у пациентов с зависимостями связано со специфическими психологическими особенностями [15, 16, 17], определяющими своеобразную клинику основного заболевания, в том числе проявляющуюся в виде несуйцидальных аутодеструктивных актов [18].

Таким образом, аутоагрессивное поведение, как проявление поведения деструктивного, тесно связано с личностными особенностями и может иметь важное значение в этиопатогенезе зависимостей и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств [19]. Следует отметить, что устоявшиеся представления о деструктивном и аутодеструктивном поведении молодежи как следствии семейного и социального неблагополучия, нуждаются в пересмотре. В данное поведение втягивается всё больше детей из благополучных семей, с академическими успехами, достаточно социально адаптированных [20]. Для работы с данным контингентом необходимо разрабатывать принципиально новые модели вмешательств – во взаимосвязи как с аддиктивными [21, 22], так и с тревожно-депрессивными расстройствами [23].

По результатам изучения взаимосвязи иррациональных когнитивных установок (ИКУ) и копинг-поведения молодежи в Научно - исследовательского института психического здоровья Томского НИМЦ РАН была обоснована и разработана программа когнитивно-поведенческой копинг-терапии (КПК-терапии) аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств [24]. Апробация программы на трёх группах пациентов в возрасте от 18 до 35 лет (алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, тревожно-депрессивные расстройства) показала следующие результаты. Общая комплаентность (явка на контрольную точку) составила 60,6%. Из выявленной на момент первичного обследования симптоматики в результате КПК-терапии удалось добиться (как «отсутствие подтвержденного положительного результата» трак-

товались и случаи неяви на контрольную точку):

– стойкой ремиссии в отношении злоупотребления алкоголем (при наличии зависимости и без зависимости, но с соответствием критериям употребления с вредными последствиями) – 50,9% случаев;

– стойкой ремиссии в отношении употребления наркотиков (синтетических каннабиноидов) – 47,1%;

– редуцирования тревожной симптоматики (нормализация показателей по шкалам HADS, Спилбергера-Ханина) – 47,4%;

– редуцирования депрессивной симптоматики (нормализация показателей по шкалам HADS, шкала депрессии Бека) – 42,2%;

– повышения уровня социально - психологической адаптации (по шкале SASS) – 14,7%;

– отказ от рискованного поведения – 38,5%;

– прекращение противоправного поведения – 50,0%;

– повышение рациональности когнитивного стиля (по опроснику Personal Beliefs Test с приложением НИИ психического здоровья) – 24,0%;

– повышение адаптивности копинг-стиля (по опроснику Амирхана) – 25,3%.

На следующем этапе работы была поставлена задача повышения эффективности психотерапевтического компонента вмешательств, за счет его дифференцирования, придания адресности. В качестве одного из оснований для дифференцирования может служить такая характеристика, как аутоагрессивность, проявляющаяся в нарушениях социального функционирования и в выявленных у пациентов психопатологических симптомах. Проявления аутоагрессивности достаточно многообразны, при этом противоположными проявлениями аутоагрессивности и, соответственно, основанием для дифференцированного подхода могут выступать склонность к рискованному поведению (рискованность) и суицидальность (прежде всего, в виде наличия у пациентов суицидальных мыслей) [25].

Цель исследования: обоснование и оценка эффективности программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, дифференцированной на базе направленности аутоагрессии, в сравнении с общей программой.

Материалы и методы.

Обоснование методики проведено на клинической группе из 127 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст на момент обследования 24 (20; 30) года; из них мужского пола – 60 (47,2%), женского пола – 67 (52,8%). Пациенты с алкогольной зависимостью и употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.2 и F10.1) – 45 (35,4%) наблюдений, пациенты с наркотической зависимостью и употреблением с вредными последствиями, синтетические каннабиноиды (F12.2 и F12.1) – 34 (26,8%), пациенты с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами (F4х, исключая F44) – 48 (37,8%).

В апробации разработанной дифференцированной программы приняли участие 79 пациентов в возрасте от 19 до 35 лет, средний возраст на момент обследования 26 (21; 32) лет; из них мужского пола – 37 (46,8%), женского пола – 42 (53,2%); с алкогольной зависимостью – 34 (43,0%); с наркотической зависимостью – 10 (12,7%), с тревожно-депрессивными расстройствами – 35 (44,3%).

В контрольной точке были оценены 10 показателей (комплаенс, употребление алкоголя, употребление наркотиков, тревога, депрессия, социально-психологическая адаптация, рискованное поведение, противоправное поведение, когнитивный стиль, копинг-стиль).

В исследовании использованы методы:

– клиничко - психопатологический (в соответствии с Картой стандартизированного описания пациента НИИ психического здоровья, адаптированной к задачам исследования);

– психометрический (оценка тревожной и депрессивной симптоматики – шкалы HADS, Спилбергера-Ханина, депрессии Бека; оценка когнитивного стиля – опросник Personal Beliefs Test с приложением НИИ психического здоровья; оценка копинг-стиля – методики Е.Нейм в интерпретации НИИ психического здоровья [24] и J.Amirkhan);

– клиничко-динамический (оценка симптоматики в динамике);

– статистический (кластерный анализ по среднему, кластеризация по вариантам и по случаям, сравнительный анализ – критерий χ^2 , тест Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение.

В каждой группе был проведен кластерный анализ оцененных в баллах нарушений социального функционирования (рискованное пове-

дение, агрессивность, коммуникативные нарушения, тягостное одиночество), нехимических (гаджет) аддикций, химических аддикций (употребление табака, алкоголя и наркотиков), психопатологических симптомов (гипотимия, астения, диссомния, дисфорические и обсессивные проявления, суицидальные мысли), сомато-вегетативных проявлений.

Результаты проведённого кластерного анализа по вариантам представлены в таблицах 1-3. Как видно из полученных данных, во всех трёх случаях (при алкогольной, наркотической зависимости и тревожно-депрессивных расстройствах) рискованное поведение и суицидальные мысли относятся к разным кластерам, что, по нашему мнению, свидетельствует о возможности использования различной направленности аутоагрессии (сопряжённой со стеничным реагированием, в виде рискованности, либо с гипостеничным реагированием, в виде суицидальности) для дифференцирования психотерапевтического компонента вмешательств.

Таблица 1

Варианты формирования алкогольной зависимости с позиций, обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Вегетативные нарушения	1	0,40
Рискованное поведение	1	0,38
Виртуальная аддикция	1	0,39
Агрессивность	1	0,40
Употребление наркотиков	1	0,44
Обсессивная симптоматика	2	0,31
Курение табака	2	0,41
Гипотимия	2	0,34
Астения	2	0,35
Соматические нарушения	2	0,40
Тягостное одиночество	2	0,41
Диссомния	2	0,37
Дисфорические проявления	2	0,34
Коммуникативные нарушения	2	0,42
Суицидальные мысли	2	0,45

После анализа по вариантам в каждой группе был проведён кластерный анализ по

случаям с отнесением каждого пациента к 1 или 2 кластеру. Данная процедура позволила провести сравнительный анализ микросоциальных характеристик, когнитивного и копинг-стиля между кластерами в каждой группе, по результатам которого было обосновано дифференцирование психотерапии.

Таблица 2

Варианты формирования наркотической зависимости с позиций обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Виртуальная аддикция	1	0,39
Рискованное поведение	1	0,40
Злоупотребление алкоголем	1	0,35
Астения	2	0,29
Соматические нарушения	2	0,37
Вегетативные нарушения	2	0,38
Диссомния	2	0,40
Гипотимия	2	0,37
Обсессивная симптоматика	2	0,40
Агрессивность	2	0,37
Суицидальные мысли	2	0,51
Коммуникативные нарушения	2	0,34
Тягостное одиночество	2	0,41
Курение табака	2	0,39
Дисфорические проявления	2	0,26

При алкогольной зависимости (табл. 1) стеничный кластер (рискованность) сопряжён с агрессивностью и вегетативными нарушениями. Проявления психопатизации обнаруживаются в направленности сферы интересов – увеселительные заведения (в 14,3% случаев, $\chi^2=4,03$; $df=1$; $p=0,0447$); деньги (21,4%, $\chi^2=6,24$; $df=1$; $p=0,0125$); времяпрепровождение с потреблением психоактивных веществ (14,3%, $\chi^2=4,03$; $df=1$; $p=0,0447$), и преобладании алкогольной мотивировки гиперактивации (75,0% случаев). Для специфики психотерапевтического компонента вмешательств имеют ведущее значение ИКУ нарушенного баланса рискованности (неоправданность риска в 51,9% случаев при 12,5% у представителей гипостеничного кластера, $\chi^2=10,12$; $df=2$; $p=0,0063$) и неадаптивности модуля копинга

М4 (эмоционального реагирования) – 62,5% при 25,0% в гипостеничном кластере, $\chi^2=7,49$; $df=2$; $p=0,0236$.

Гипостеничный кластер (повышенного суицидального риска) отличается более частым использованием гедонистической мотивировки алкоголизаций (неумением получать неаддитивное удовольствие, 94,1% случаев), высокой распространённостью ИКУ оценочного дихотомического мышления (52,9% при 25,0% в стеничном кластере, $\chi^2=8,42$; $df=2$; $p=0,0149$), неадаптивностью модуля М5 (прогноза) – с преобладанием пессимистического вектора в 56,3% случаев при 16,7% в стеничном кластере, $\chi^2=7,49$; $df=2$; $p=0,0236$.

Таблица 3

Варианты формирования тревожно-депрессивных расстройств с позиций обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Виртуальная аддикция	1	0,48
Рискованное поведение	1	0,29
Злоупотребление алкоголем	1	0,27
Курение табака	1	0,32
Употребление наркотиков	1	0,27
Вегетативные нарушения	2	0,38
Диссомния	2	0,39
Дисфорические проявления	2	0,28
Соматические нарушения	2	0,39
Агрессивность	2	0,37
Суицидальные мысли	2	0,37
Коммуникативные нарушения	2	0,45
Тягостное одиночество	2	0,44
Астения	2	0,34
Гипотимия	2	0,34
Обсессивная симптоматика	2	0,35

При наркотической зависимости (табл. 2) стеничный кластер сопряжён с виртуальной и алкогольной аддикцией. Представители кластера воспитывались сравнительно чаще в условиях потворствующей гиперопеки (42,1%), и чаще характеризуются высоким уровнем социально-психологической адапта-

ции (42,1% случаев при 13,3% в гипостеничном кластере, $\chi^2=7,98$; $df=2$; $p=0,0185$). Когнитивная иррациональность ожидаемо проявляется в ИКУ нарушения баланса рискованности (в сторону неоправданности риска – 76,0% при 33,3% во втором кластере, $\chi^2=9,55$; $df=2$; $p=0,0085$), копинг-стиль сравнительно адаптивен (с высокой выраженностью разрешающего копинга в 50,0% случаев vs. 8,3%, $\chi^2=8,96$; $df=2$; $p=0,0113$), что может быть использовано как ресурс копинг-профилактики.

Гипостеничный кластер (суицидальность) связан с вегетативными нарушениями и агрессивностью – в отличие от алкогольной зависимости. Воспитание данных пациентов сравнительно чаще происходило в условиях гипоопеки (13,3%) и бессистемных (40,0%, $\chi^2=8,89$; $df=4$; $p=0,0422$). В развитии психических и поведенческих расстройств в данном случае установлена значимая роль хронических психотравмирующих ситуаций (наличие, при различной степени субъективной значимости, в 86,7% случаев vs. 47,4% в первом кластере, $\chi^2=7,34$; $df=2$; $p=0,0255$). Кластер характеризуется низкой адаптацией. В клинической картине межкластерные различия проявляются высокими уровнями распространённости тревоги (100% vs. 31,6%, $\chi^2=16,62$; $df=1$; $p=0,00005$) и депрессии (60,0% vs. 21,1%, $\chi^2=5,38$; $df=1$; $p=0,0203$), а также их выраженности, за счёт личностной тревожности, по методике Спилбергера-Ханина (52 (48; 63) балла vs. 39 (34; 44) баллов, $Z=-3,94$, $p=0,0001$), и когнитивно-аффективного компонента С-А шкалы депрессии Бека (15 (9; 19) баллов vs. 5 (3; 8) баллов, $Z=-3,74$, $p=0,0002$), соответственно. Особенности вмешательства являются акцент на ИКУ низкой фрустрационной толерантности (выражена у 80,0% представителей кластера vs. 10,5%, $\chi^2=16,71$; $df=2$; $p=0,0002$) и внешнего локуса контроля (58,3% vs. 15,4%, $\chi^2=7,25$; $df=2$; $p=0,0267$), переориентация с избегающего (высокая выраженность в 66,7% случаев vs. 14,3%, $\chi^2=8,68$; $df=2$; $p=0,0130$) на разрешающий копинг, углублённая работа с модулем М5 (прогноз) – пессимистический вектор преобладает в 72,7% случаев vs. 12,5%, $\chi^2=11,19$; $df=2$; $p=0,0037$.

В группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами (табл. 3) кластеры пациентов имеют достаточно типичные стеничные и гипостеничные характеристики. Стеничный кластер (на основе рискованно-

сти) сопряжён со всеми видами химических и нехимических аддикций (табакокурение, алкоголизация, наркотизация, виртуальная аддикция). Предсказуемо более выражена ИКУ нарушенного баланса рискованности (в сторону неоправданности риска в 42,9% случаев vs. 8,0%, $\chi^2=8,43$; $df=2$; $p=0,0148$). Сравнительно неадаптивен модуль М4 (эмоциональное реагирование) – 66,7% vs. 32,0%, $\chi^2=7,01$; $df=2$; $p=0,0301$.

Пациенты гипостеничного кластера (суицидальный риск) чаще имеют в анамнезе хронические психотравмирующие ситуации (73,1%). Характерной микросоциальной особенностью в данном случае выступает отсутствие семейной или регулярной сексуальной жизни, со сравнительным преобладанием отсутствия сексуального партнера (57,1% vs. 27,8%) и случайных связей (9,5% vs. 0%), $\chi^2=8,04$; $df=4$; $p=0,0451$. Когнитивная иррациональность связана в большей степени с ИКУ низкой фрустрационной толерантности (высокая выраженность в 53,8% случаев vs. 14,3%, $\chi^2=8,87$; $df=2$; $p=0,0119$). Копинг-стиль – избегающий (52,0% vs. 19,0%, $\chi^2=7,11$; $df=2$; $p=0,0286$), с неадаптивностью модуля М9 (поддержка), в 36,0% случаев, при $\chi^2=9,40$; $df=2$; $p=0,0091$. В клинической картине сравнительно сильнее выражены тревога (за счёт личностной тревожности – 57 (48; 62) баллов vs. 48 (47; 51) баллов, $Z=-2,76$; $p=0,0057$), и депрессия (за счёт когнитивно-аффективного компонента С-А шкалы депрессии Бека – 10 (7,5; 12) баллов vs. 4,5 (2; 7) баллов, $Z=-3,77$; $p=0,0002$).

Таким образом, с позиций выявленной симптоматики и направленности аутоагрессии, при дифференцировании психотерапевтического компонента вмешательств достаточно важным является учёт микросоциальных факторов: сферы преобладающих интересов, включающей посещение ночных клубов и потребление ПАВ (актуально для алкогольной зависимости по варианту рискованности); условий воспитания в виде потворствующей гиперопеки (формирование наркотической зависимости по варианту рискованности), гипоопеки и бессистемных (наркотическая зависимость, вариант суицидальности); наличия хронических психотравмирующих ситуаций и отсутствия постоянного сексуального партнера (тревожно-депрессивные расстройства, вариант суицидальности). Также, важно учитывать разный уровень социально-психологической адаптации

– сравнительно высокий при варианте рискованности и сниженный – при варианте суицидальности.

Стеничный вариант, на основе рискованности, стабильно сопряжен с виртуальной и химическими аддикциями, за исключением табакокурения, которое не сопряжено со стеничным вариантом при зависимостях, но входит в данный кластер при тревожно-депрессивных расстройствах. При алкогольной зависимости в кластер входят также вегетативные нарушения и агрессивность. Когнитивные вмешательства подразумевают в первую очередь работу с ИКУ нарушенного баланса рискованности, коррекция неадаптивного копинга – работу с модулем М4 (эмоциональное реагирование).

Гипостеничный вариант, на основе суицидальности, включает в себя основной комплекс психопатологических симптомов, нарушений социального функционирования и соматических проявлений, включая вегетативные нарушения и агрессивность при наркотической зависимости и тревожно-депрессивных расстройствах. При зависимостях с данной симптоматикой сопряжено табакокурение. Когнитивно-поведенческая копинг-терапия направлена, прежде всего, на работу с ИКУ низкой фрустрационной толерантности, оценочного дихотомического мышления, внешнего локуса контроля и модулями копинга М5 (прогноз), обычно в сочетании с избегающим копингом, и М9 (поддержка).

Сформулированное ранее [25] положение о разных вариантах формирования аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств (стеничном и гипостеничном), по нашему мнению, нашло подтверждение в данном исследовании. Наряду с выделением общих базовых психологических механизмов формирования аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, выделены характеристики, предположительно разделяющие данные процессы: табакокурение, вегетативные проявления и агрессивность как симптомы.

Участниками апробации дифференцированной программы на базе направленности аутоагрессии стали 79 пациентов; из них с алкогольной зависимостью – 34 (43,0%); с наркотической зависимостью – 10 (12,7%), с тревожно-депрессивными расстройствами – 35 (44,3%). Поскольку пациенты включались в программу по мере поступления, кластериза-

ции по случаям не проводилось, и отнесение каждого пациента к определенному варианту программы производилось на основании выявленных или не выявленных склонности к риску и наличия суицидальных мыслей. Дифференцированные варианты программы применены к 41,8% участников (21,5% – стеничный вариант, 20,3% – гипостеничный). У 55,7% не выявлены проявления аутоагрессии, в 2,5% случаев аутоагрессивность носила смешанный характер.

От результатов общей недифференцированной программы статистически значимо отличались показатели:

- комплаентность (78,5%, $\chi^2=7,07$; $df=1$; $p=0,008$),
- употребление наркотиков (81,0%, $\chi^2=6,97$; $df=1$; $p=0,009$),
- тревога (65,1%, $\chi^2=4,79$; $df=1$; $p=0,029$),
- депрессия (65,4%, $\chi^2=4,25$; $df=1$; $p=0,040$),
- рискованное поведение (63,2%, $\chi^2=4,59$; $df=1$; $p=0,033$),
- когнитивный стиль (47,8%, $\chi^2=10,32$; $df=1$; $p=0,002$).

Доказанная эффективность программы в отношении редуцирования суицидальных мыслей (отсутствие симптома в течение контрольного периода) – 83,3%; при этом 16,7% – неяска на контрольную точку. Остальные результаты (употребление алкоголя, социально - психологическая адаптация, противоправное поведение, копинг-стиль) были статистически сопоставимы с результатами общей программы.

Заключение. Проведённый с использованием методов многомерной статистики ком-

плексный анализ клинических, психологических, социальных и поведенческих проявлений в картине аддиктивных и непсихотических тревожно - депрессивных расстройств позволил разделить клинические группы пациентов на два кластера, характеризующиеся специфическим деструктивным аутоагрессивным поведением: 1 кластер – со склонностью к парасуицидальному рискованному поведению, 2 кластер – со склонностью к суицидальному поведению. Каждый выделенный кластер имел несколько параметров, значимых для формирования данного варианта аутоагрессивного поведения (нарушенный баланс рискованности в сторону неоправданного риска, неадаптивное эмоциональное реагирование на стресс, низкий самоконтроль при общей склонности к разрешающему копингу в 1 кластере; оценочное дихотомическое мышление, низкая фрустрационная толерантность, внешний локус контроля, склонность к пессимистичному прогнозу, изоляции в стрессовых ситуациях, общий избегающий стиль копинга – во 2 кластере). Выделенные ключевые различия послужили основой для разработки и использования дифференцированных психотерапевтических интервенций. Использование предложенной дифференцированной и индивидуализированной (исходя из персональных данных) психотерапии показало, что даже кратковременное применение методики значительно повышает адаптационные возможности пациентов, прежде всего за счёт повышения комплаентности и рационализации когнитивного стиля.

Литература:

1. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения. *Суицидология*. 2014; 5 (1): 41-51.
2. Жданова Н.Е. Риск как предпосылка к отклоняющемуся поведению подростков. *Академический журнал Западной Сибири*. 2012; 2: 7.
3. Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Колпаков Я.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ и склонности к рискованному поведению у студентов учреждений среднего профессионального образования. *Наркология*. 2014; 13 (11): 33-36.
4. Шаболтас А.В., Жуков Д.А. Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2011; 1: 227-234.
5. Бунас А.А. Личностно-психологические предикторы склонности к рискованному поведению. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2013; 2: 5-8.
6. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика*. 2014; 3: 5-16.

Reference:

1. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V. Some aspects of terminology and classification of self-injurious behavior. *Suicidology*. 2014; 5 (1): 41-51. (In Russ)
2. Zhdanova N.E. The risk as a premise to the deviant behaviour of adolescents. *Academic Journal of Western Siberia*. 2012; 2: 7. (In Russ)
3. Korchagina G.A., Fadeeva E.V., Kolpakov Ya.V. The study on substance use situation and high-risk behavior tendency among secondary vocational educational students. *Narcology*. 2014; 13 (11): 33-36. (In Russ)
4. Shabolts A.V., Zhukov D.A. Risk behavior as reaction on uncontrollable stress. *Herald of Saint-Petersburg University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2011; 1: 227-234. (In Russ)
5. Bunas A.A. Personality-psychological predictors of the propensity to risky behavior. *ASR: Pedagogy and Psychology*. 2013; 2: 5-8. (In Russ)
6. Shabolts A.V. Risk and risk behavior as object of psychological research. *Herald of Saint-Petersburg University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2014; 3: 5-16. (In Russ)

7. Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., Самохин Д.В. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2: 71-75.
8. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (4): 50-53.
9. Меденцева Т.А. Аутоагрессивная характеристика молодых людей, желающих получить психологическую помощь. *Девиантология*. 2018; 2 (2): 12-18.
10. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1: 10-14.
11. Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю., Анкудинова И.Э. Эмоционально-мотивационные особенности больных при ассоциированных формах алкоголизма с суицидальным поведением. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2: 28-31.
12. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53.
13. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Психические расстройства и новые возможности выявления суицидального риска у детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115 (7): 30-34.
14. Zullig K.J., Divin A.L. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (8): 890-899.
15. Dvorak R.D., Lamis D.A., Malone P.S. Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149 (1-3): 326-334.
16. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.А., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 50-59.
17. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (6-2): 9-13.
18. Меринов А.В., Шустов Д.И. Влияние суицидальных тенденций у страдающих алкогольной зависимостью мужчин на аутоагрессивное несуйцидальное поведение, психологические феномены и аддиктивные расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 112 (5-2): 44-48.
19. Новиков С.А., Шустов Д.И., Тучин П.В. Аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости у пациентов с различной личностной предрасположенностью. *Вопросы наркологии*. 2013; 2: 40-51.
20. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Асланбекова Н.В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (5-2): 29-32.
21. Узлов Н.Д., Стряпунина Е.С. Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения. *Суицидология*. 2013; 4 (4): 41-48.
22. Михайловская Н.В., Уманский М.С., Юшкова О.В. Некоторые аспекты индивидуальной работы с наркозависимыми, проявляющими суицидальную активность. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (1): 91-92.
23. Хритинин Д. Ф., Самохин Д. В., Гончарова Е. М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 1: 9-14.
24. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая
7. Khritinin D.F., Parshin A.N., Samokhin D.V. Leading factors in the formation and main ways of prevention of suicidal behaviour among students. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 2: 71-75. (In Russ)
8. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Social anxiety and suicidal behaviour in students. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (4): 50-53. (In Russ)
9. Medentseva T.A. Autoaggressive characteristics of young people who want to receive psychological help. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 12-18. (In Russ)
10. Bokhan N.A., Prilensky B.Y., Umanskaya P.S. Suicidal behavior of patients in practice of narcologists. *Siberian Herald of psychiatry and addiction psychiatry*. 2014; 1: 10-14. (In Russ)
11. Mingazov A.Kh., Bochkareva I.Yu., Ankudinova I.E. Emotional-motivational characteristics of the course of associated forms of alcohol addiction in persons with suicidal behavior. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 2: 28-31. (In Russ)
12. Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Features of diagnostics of suicidal behavior of drug addicts. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53. (In Russ)
13. Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Mental disorders and new opportunities to identify suicide risk in children and adolescents with disabling diseases. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015; 115 (7): 30-34. (In Russ)
14. Zullig K.J., Divin A.L. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (8): 890-899.
15. Dvorak R.D., Lamis D.A., Malone P.S. Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149 (1-3): 326-334.
16. Bokhan N.A., Abolonin A.F., Mandel A.I., Nazarova I.A., Stoyanova I.Ya. Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 50-59. (In Russ)
17. Bokhan N.A., Mandel' A.I., Peshkovskaia A.G., Badyrғы I.O., Aslanbekova N.V. Ethnoterritorial heterogeneity of alcohol dependence formation in the native population of Siberia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (6-2): 9-13. (In Russ)
18. Merinov A.V., Shustov D.I. The influence of suicidal tendencies on non-suicidal autoaggressive behavior, psychological phenomena and addictive disorders in men with alcoholic dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012; 112 (5-2): 44-48. (In Russ)
19. Novikov S.A., Shustov D.I., Tuchin P.V. Auto-aggressive behaviour in alcohol dependent patients with different personality predispositions. *Journal of Addictions Problems*. 2013; 2: 40-51. (In Russ)
20. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V. The dynamics of addictions in students and possibilities of reflecting it in psychorehabilitative programs. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114 (5-2): 29-32. (In Russ)
21. Uzlov N.D., Stryapunina E.S. Self-relation of adolescents with potential risks of suicide and addictive behavior. *Suicidology*. 2013; 4 (4): 41-48. (In Russ)
22. Mikhailovskaya N.V., Umansky M.S., Yushkova O.V. Some aspects of individual work with drug addicts, showing suicidal activity. *Academic Journal of Western Siberia*. 2016; 12 (1): 91-92. (In Russ)
23. Khritinin D.F., Samokhin D.V., Goncharova E.M. Suicidal behaviour in the structure of depressive disorders in young people. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 1: 9-14. (In Russ)
24. Voevodin I.V., Bokhan N.A. Cognitive-behavioural coping-

копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 42-50.

25. Бокхан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 57-65.

prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42-50. (In Russ)

25. Bokhan N.A., Voevodin I.V. Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 1: 57-65. (In Russ)

SUICIDAL AND PARASUICIDAL RISK-TAKING BEHAVIOUR AMONG THE HIGHLY EDUCATED YOUNG PEOPLE: DICHOTOMY OF FORMING AND DIFFERENTIATED ABILITIES OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL COPING-THERAPY

N.A. Bokhan^{1,2}, I.V. Voevodin^{1,3}, A.I. Mandel¹, A.F. Abolonin¹

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

³National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Abstract:

The study aims to substantiate and evaluate the effectiveness of the cognitive-behavioural coping-therapy program of addictive and non-psychotic anxiety and depressive disorders, differentiated on the basis of the orientation of autoaggression, in comparison with the general (undifferentiated) program. Materials and methods: substantiation of the method was carried out in a group of patients aged 18-35 years (127 surveyed patients, including: alcohol related disorders – 45, cannabis related disorders – 34, non-psychotic anxiety and depressive disorders – 48). 79 patients of similar clinical groups (34, 10 and 35 respectively) took part in approbation of the method. Applied methods: clinical and psychopathological, psychometric, clinical and dynamic, and statistical. Results: by cluster analysis, the patients were divided into two groups: Cluster 1 – autoaggressive in the propensity to parasuicidal risky behaviour, Cluster 2 – autoaggressive in the form of inclination to suicidality. Identified groups differed in cognitive style (the disturbed balance of the risk in the direction of excessive risk taking in Cluster 1; estimated dichotomous thinking, low frustration tolerance and external locus of control in Cluster 2) and coping style (inadequate emotional response to stress, low self-control with a general tendency to resolving coping in Cluster 1 and a tendency to pessimistic forecasting, isolation in stressful situations, avoiding coping in Cluster 2). Microsocial, psychological and clinical features of clusters in each clinical group are considered. These differences formed the basis of differentiated psychotherapeutic interventions. As a result of application of the differentiated program, it was succeeded to achieve increase of compliance (from 60.6% to 78.5%) and improvement of indicators concerning efficiency of refusal of drug use (from 47.1% to 81.0%), reduction of anxiety (from 47.4% to 65.1%), reduction of depression (from 42.2% to 65.4%), refusal of risky behavior (from 38.5% to 63.2%), and rationalization of cognitive style (from 24.0% to 47.8%), in comparison with results of the general undifferentiated program. Conclusion: the method of differentiation of cognitive-behavioural coping-therapy which based on the orientation of autoaggression increases the effectiveness of interventions in addictive and non-psychotic anxiety and depressive disorders.

Keywords: autoaggression, risk-taking behaviour, suicidal thoughts, addictive disorders, anxiety and depressive disorders, cognitive-behavioural therapy, coping

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Бокхан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И., Аболонин А.Ф. Суицидальное и парасуицидальное рискованное поведение среди высокообразованной молодежи: дихотомия формирования и дифференцированные возможности когнитивно-поведенческой копинг-терапии. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 27-35. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-27-35

For citation: Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I., Abolonin A.F. Suicidal and parasuicidal risk-taking behaviour among the highly educated young people: dichotomy of forming and differentiated abilities of cognitive-behavioural coping-therapy. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 27-35. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-27-35

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Н.Б. Семёнова

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера, г. Красноярск, Россия

Контактная информация:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340–6208; ORCID iD: 0000–0002–2790–7740; Researcher ID: U–4748–2017). Место работы и должность: главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера. Адрес: 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: (913) 539–86–02, электронный адрес: snb237@gmail.com

Показатели смертности от самоубийств среди детей и подростков коренных народов Сибири во много раз превышают средние значения по Российской Федерации, что требует тщательного анализа данного социального явления и объяснения его причин. Цель исследования: изучить распространённость психических нарушений у детей и подростков коренных популяций Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, агинских бурят и тувинцев с использованием международно принятых стандартизированных методов и подходов. Объект и методы исследования. Обследованы дети и подростки в возрасте 7-15 лет, учащиеся общеобразовательных школ, проживающие в сельской местности в четырех национальных субъектах РФ: Республике Саха (Якутия), Республике Алтай, Агинском Бурятском округе и Республике Тыва. Обследование проходило в два этапа. На первом этапе проведен скрининг психического здоровья у 5208 детей и подростков (1662 якуты, эвены и эвенки, 1044 алтайцы, 1797 буряты, 705 тувинцы) с использованием опросника М. Раттера для учителей (RTQ, шкала В). На втором этапе проведена более детальная психиатрическая оценка детей, получивших отрицательный результат по шкале RTQ. Результаты. Распространённость психических расстройств среди якутов, эвенов и эвенков составила 16,3%, среди алтайцев – 12,1%, агинских бурят – 7,4%, тувинцев – 29,2%. У мальчиков нарушения встречаются в 2-3 раза чаще, чем у девочек. В структуре психических нарушений на первое место выходят нарушения поведения, на второе – гиперкинетические расстройства, на третье – эмоциональные расстройства. Более 45% детей и подростков с психическими расстройствами имеют сочетанные формы нарушений. Выводы. Полученные данные указывают на то, что существует необходимость в мерах медицинского вмешательства, направленных на оказание эффективной помощи детям и подросткам с проблемами психического здоровья.

Ключевые слова: подростки, дети, суицид, коренные народы, Сибирь, факторы риска, психическое здоровье, эпидемиология

Мы продолжаем цикл научных публикаций, посвящённых факторам риска суицидального поведения у детей и подростков коренных народов Сибири – якутов, эвенов и эвенков, алтайцев, бурят, тувинцев. В представленном материале будут рассмотрены клинические факторы риска.

Клинические факторы являются второй, наиболее часто упоминаемой причиной, ассоциированной с суицидальным поведением. Недавние исследования, проведённые К.М. Holland и соавт. [1] по изучению обстоятельств смерти у 482 подростков в возрасте от 11 до 15 лет показали, что проблемы, связанные с психическим здоровьем встречаются у 52% молодых людей, совершивших завершённый суицид. В структуре выявленных расстройств 60% случаев составляла депрессия, 37,8% наруше-

ний приходились на синдром дефицита внимания и гиперактивности, 12% – другие психические расстройства (биполярное, обсессивно-компульсивное, тревожное, шизофрению и другие). Нарушения психического здоровья обычно сопровождалось недавним кризисом или стрессовым событием. Злоупотребление алкоголем и / или психоактивными веществами имели место в 8% случаев. В 27,6% случаев самоубийства были совершены в импульсивном состоянии и характеризовались немедленным, незапланированным ответом на острый конфликт или негативную ситуацию. Однако дефицит импульсного контроля авторы расценили как индикатор других психических нарушений, таких как расстройство поведения или взрывчатая психопатия, характеризующиеся вспышками гнева, которые часто не со-

ответствовали ситуации и были спровоцированы относительно несущественными событиями.

По данным S.J. Cash и соавт. [2] психические расстройства встречаются у 80-90% подростков, совершивших суицид. Как при завершённом суициде, так и при попытке самоубийства наиболее распространёнными психиатрическими диагнозами являются депрессивное расстройство, биполярное расстройство, расстройство поведения и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков. Депрессия чаще других психических нарушений приводит к самоубийству: до 60% жертв суицида среди подростков страдали депрессивным расстройством на момент смерти, от 40 до 80% соответствовали диагностическим критериям депрессии на момент попытки.

Известно, что изменения в поведении у подростков могут быть внешними проявлениями нормального физиологического развития и обусловлены биологическими факторами [3]. В исследованиях В. Luna и соавт. [4] было показано, что в возрасте 11 лет у девочек и 12 лет у мальчиков активируются процессы созревания головного мозга, в частности, префронтальной коры, происходит дендритная «обрезка» и миелинизация нервных волокон, итогом чего является развитие когнитивного контроля над поведением. Однако активизация созревания головного мозга имеет важное значение не только для когнитивного и аффективного развития подростков, но также является риском нарушений психического здоровья [5]. Внешние проявления эмоциональных проблем у подростков – неустойчивость настроения, эмоциональная лабильность, конфликтность, склонность к эмоциональным переживаниям – могут быть признаками более широкого спектра изменений поведенческой регуляции, в частности, проявлениями различных форм психопатологии [6, 7, 8].

В социальном плане возраст 11-15 лет связан с изменениями в общественной жизни, переходом от начального обучения к средней и высшей школе, расширением межличностных коммуникаций, установлением новой системы отношений, что часто сопровождается повышенными стрессами. Обстоятельства, предшествующие самоубийству у молодежи, обычно включают взаимодействие множества индивидуальных, социальных, семейных и школьных проблем, которые кумулируют и увеличивают

риск суицида. Однако именно психические нарушения являются причиной появления суицидальных мыслей и приводят к развитию и прогрессированию суицидального поведения [1]. Показано, что основным предиктором суицидальных мыслей у детей и подростков является депрессия [9, 10]. Также установлена связь депрессии, возникшей впервые в возрасте 11-15 лет, с риском совершения суицида или суицидальной попытки во взрослом возрасте [11, 12, 13].

Подтверждена высокая роль эмоционального неблагополучия в формировании суицидального поведения у коренных народов. Так, при изучении уровня оптимизма и надежды у американских индейцев и коренных жителей Аляски [14], показано, что чувство безысходности и отсутствие оптимизма приводят к возникновению мыслей о самоубийстве. Исследования, проведённые в штате Монтана [15] среди молодежи двух групп (коренных американцев и белых), показали, что единственным статистически значимым предиктором суицидальных мыслей или попыток является чувство печали и безысходности. При изучении причин самоубийства среди коренных подростков Австралии (штат Квинсленд) [16] одной из основных причин суицида авторы назвали психические расстройства, в частности, СДВГ.

Исследования, проведённые в Сибирском регионе, выявили высокую распространённость психических нарушений у подростков, совершивших суицид или суицидальную попытку. Так, отклонения со стороны психического здоровья отмечались у 84,7% человек, совершивших суицидальную попытку в Иркутской области [17, 18]: у 67,4% подростков отмечались кратковременные и преходящие аффективно насыщенные реакции на личностно значимые психогении, у 8,7% – расстройства поведения, у 4,3% – шизофрения, у 4,3% – депрессивное расстройство. Состояние алкогольного опьянения в момент совершения суицидальной попытки зафиксировано у 30,4% молодых людей. Среди подростков, совершивших завершённый суицид, большинство молодых людей (75%) ранее не попадали в поле зрения психиатров. В структуре психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида, у 19,2% выявлена умственная отсталость, у 7,2% – шизофрения и органическое расстройство в связи с эпилепсией. В состоянии алкогольного опьянения находились 27,1% моло-

дых людей [18, 19]. Клиническое обследование подростков после совершения суицида, проведенное в Забайкальском крае [20, 21], выявило наличие пограничной психической патологии с нарушениями волевых и аффективных процессов. Наиболее часто диагностировались расстройство адаптации (55-81%), расстройство поведения, специфическое для детского возраста (9-14%), расстройство личности (11%) и депрессивный эпизод (6%).

Таким образом, клинические факторы риска вносят существенный вклад в формирование суицидального поведения, что объясняет высокую актуальность изучения распространенности нарушений психического здоровья у детей и подростков коренных популяций Сибири. Однако эпидемиологические исследования в Сибирском регионе ранее не проводились.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности психических нарушений у детей и подростков коренного населения Сибири с использованием международно принятых стандартизированных методов и подходов.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность и структуру психических расстройств у детей и подростков коренных популяций Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, бурят и тувинцев.

2. Выявить частоту сочетанных нарушений у детей и подростков, имеющих психические расстройства.

3. Провести сравнительный анализ частоты и структуры психических нарушений у разных представителей коренных популяций Сибири и сравнить их с показателями детей и подростков других стран.

Материалы и методы.

Участники и процедура проведения исследования

Исследование проводилось в четырех национальных субъектах РФ: Республике Саха (Якутия) (РС(Я)), Республике Алтай (РА), Агинском Бурятском округе (АБО) и Республике Тыва (РТ). Для проведения исследования отобраны населенные пункты с наиболее компактным проживанием коренного населения. Большинство представителей коренных популяций проживают в сельской местности, поэтому обследование проводилось в поселках, расположенных в национальных субъектах РФ. В Якутии отобрано 13 поселков: пос. Депутатский, сёла Казачье, Усть-Куйга, Усть-Янск,

Сайылык (Усть-Янский улус, расположенный в Арктических районах); сёла Абага, Петропавловск, Эжанцы, Кюпцы (Амгинский и Усть-Майский улусы, расположенные в центральных и восточных районах); сёла Дабан, Тяня, Кыллах, Токко (Олекминский улус, южные районы). В Республике Алтай отобрано 6 населенных пунктов: пос. Улаган, сёла Акташ и Чибит (Улаганский район), пос. Кош-Агач, сёла Бельтир и Мухор-Тархата (Кош-Агачский районе), пос. Майма (Майминский район). В Агинском Бурятском округе отобрано 2 поселка в сельской местности: пос. Агинское (Агинский район) и Могойтуй (Могойтуйский район). В Тыве отобрано 5 поселков (кожуунов) в западных районах сельской местности: Чаа-Холь (Чаа-Хольский кожуун), Тээли (Бэй-айгинский кожуун), Чадан (Дзун-Хемчикский кожуун), Хандагайты (Овюрский Кожуун) и Торгалыг (Улуг-Хемский кожуун).

В исследование включены дети и подростки коренного населения (якуты, эвены, эвенки, алтайцы, агинские буряты и тувинцы), учащиеся общеобразовательных школ. Из исследования исключены дети, имевшие неврологический или психиатрический диагноз, такой как шизофрения, эпилепсия или умственная отсталость, который ранее уже был зарегистрирован в статистической отчетности.

В соответствии с принятым международным подходом к проведению кросс-культурных эпидемиологических исследований в психиатрии (Goodman R., Scott S., 1997), обследование проходило в два этапа. На первом этапе у всех участников оценивалось поведение с использованием опросника Раттера для учителей (Rutter, 1967, Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970). Цели и процедура проведения исследования были разъяснены преподавателям и административному персоналу школ, принимавшим участие в исследовании.

Всего было получено 5208 анкет (97% от общей выборки), в которых содержалась информация о внешнем и внутреннем поведении учащихся. В Якутии получено 1662 анкеты, из них 881 (53,0%) включали данные о мальчиках и 781 (46,9%) о девочках; 616 (37,1%) анкет включали данные о детях в возрасте 7-10 лет и 1046 (62,9%) в возрасте 11-15 лет. В Республике Алтай получено 1044 анкеты, из них 501 (47,9%) содержали информацию о мальчиках и 543 (52,1%) о девочках; 473 (45,3%) анкеты содержали информацию о детях 7-10 лет и 571

(54,7%) о подростках 11-15 лет. В Агинском Бурятском округе получено 1797 анкет, из которых 938 (52,2%) включали информацию о мальчиках и 859 (47,8%) о девочках; 1083 (60,3%) анкет включали данные о детях в возрасте 7-10 лет и 714 (39,7%) в возрасте 11-15 лет. В Республике Тыва получено 705 анкет, из них 382 (54,2%) содержали информацию о мальчиках и 323 (45,8%) о девочках; 464 (65,8%) анкеты содержали информацию о детях и 241 (34,2%) о подростках.

На втором этапе проведен психиатрический осмотр всех «скрин - положительных» испытуемых с постановкой диагнозов и 20% случайно выбранных «скрин - отрицательных» испытуемых.

Методика

Опросник Раттера для учителей (RTQ, Scale B) является стандартизированным скрининговым тестом, оценивающим наличие психических проблем у детей и подростков. RTQ разработан в 60-е гг. и впервые применялся при проведении эпидемиологических исследований на острове Уайт, затем подвергался пересмотру (Rutter, 1967; Rutter, Tizard, and Whitmore, 1970). Русская версия опросника была использована в предыдущих исследованиях психического здоровья и адаптации детей [22, 23, 24].

Опросник предназначен для детей 7-16 лет, состоит из 26 коротких высказываний, касающихся поведения ребенка, которые учитель отмечает как «0» – несоответствующие определённому ребенку, «1» – отчасти соответствующие или «3» – полностью соответствующие. Общая оценка может колебаться от 0 до 52 баллов. Согласно авторской методике, сначала вычисляют общую оценку. Далее детей, у которых общая оценка равна 9 баллов и более, выделяют в группу риска. Затем вычисляют оценки эмоциональных расстройств (сумма пп. 7. “Часто беспокоится и волнуется по разным поводам”, 10. “Часто кажется жалким, несчастным, плачущим и страдающим”, 17. “Похоже, что боится новых вещей или новых ситуаций” и 23. “Плакал по пути в школу или отказывался заходить в здание школы в течение последнего года”) и отклонений в поведении (сумма пп. 4. “Часто ломает или портит свои или чужие вещи”, 5. “Часто дерётся или слишком задирает других детей”, 15. “Часто непослушен”, 19. “Часто говорит неправду”, 20. “Воровал вещи один раз или чаще в течение последнего года”

и 26. “Обижает других детей”). Кроме того, оценивается гиперактивность: сумма пп. 1. “Очень непоседлив, ему трудно усидеть на одном месте долгое время”, 2. “Вертится и суетится” и 16. “Не может заниматься чем-нибудь более нескольких минут”.

Психиатрическая диагностика

На втором этапе исследования специалист по психическому здоровью провел полуструктурированное психиатрическое интервью с детьми. При проведении интервьюирования присутствовали медицинские сотрудники из числа коренного сообщества – психиатр, педиатр или школьная медсестра, которые помогали вести беседу с детьми и подростками.

Данные об эмоциональном состоянии и поведении детей были дополнены сведениями из медицинской документации и отчётов от учителей. Полученная информация о психическом состоянии ребенка была обобщена и проанализирована, после чего вынесено решение о наличии и типе психического расстройства, если таковое имеется, в соответствии с МКБ-10 (Всемирная организация здравоохранения, 1994).

Статистический анализ

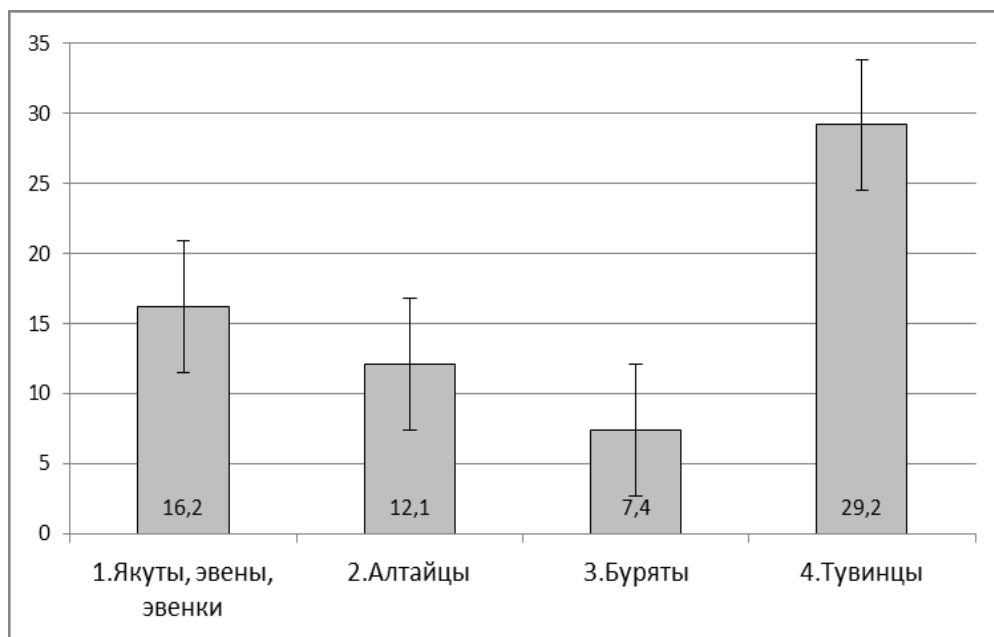
Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window, Version X. Для анализа вида распределения количественных данных мы применяли критерий Шапиро–Уилка.

Статистический анализ бинарных признаков проводился с подсчетом относительной частоты (%) и 95% ДИ. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью χ^2 и точного критерия Фишера. Величина уровня значимости различий принималась при $p=0,05$, то есть при ошибке 5%.

Результаты исследования.

Доля детей и подростков, у которых показатель общих нарушений по опроснику RTQ превысил 9 баллов и более, среди якутов, эвенов и эвенков составила 16,3%, среди алтайцев 12,1%, среди агинских бурят 7,4%, среди тувинцев 29,2% (рис. 1).

Самая высокая распространённость психических нарушений регистрируется в Тыве (29,2%), где общий показатель значительно превышает значения, полученные у детей и подростков в Якутии (16,3%; $p=0,004$), на Алтае (12,1%; $p<0,001$) и в Агинском Бурятском округе (7,4%; $p<0,001$).



Примечание: $p_{1-4} = 0,004$; $p_{2-4} < 0,001$; $p_{3-4} < 0,001$; $p_{1-2} = 0,002$; $p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$

Рис. 1. Частота психических нарушений у детей и подростков (%).

На второе место по частоте нарушений выходит Республика Саха (Якутия), показатели которой превышают значения на Алтае ($p=0,002$) и в Агинском Бурятском округе ($p<0,001$). На третье место выходит Республика Алтай, показатели которой выше, чем в Агинском Бурятском округе ($p<0,001$). Самая низкая распространённость психических нарушений регистрируется в Агинском Бурятском округе (7,4%), где общий показатель патологии ниже, чем в Якутии ($p<0,001$), на Алтае ($p<0,001$) и в Тыве ($p<0,001$).

Показатели распространённости психических нарушений, стандартизированные по полу и возрасту, представлены в табл. 1.

Во всех анализируемых группах у мальчиков нарушения встречаются чаще, по сравнению с девочками: среди якутов, эвенов и эвенков в 2,8 раза, среди алтайцев в 3 раза, среди агинских бурят в 3,1 раза, среди тувинцев в 2,1 раза. Гендерные различия ещё более выражены для расстройств поведения: у якутов, эвенов и эвенков в 3,5 раза, у алтайцев в 3,6 раза, у агинских бурят в 3,7 раз, у тувинцев в 2,7 раз.

У мальчиков, проживающих в Тыве, распространённость нарушений выше, по сравнению с мальчиками, проживающими в РС(Я) в 1,6 раза ($p<0,05$), в РА в 2,1 раз ($p<0,001$), в АБО в 3,5 раз ($p<0,001$). Ещё больше эта разница выражена у девочек. У девочек, прожи-

вающих в Тыве, распространённость нарушений выше, по сравнению с девочками, проживающими в РС(Я) 2,3 раза ($p<0,001$), в РА в 3,1 раз ($p<0,001$), в АБО в 5,4 раза ($p<0,001$).

Расстройства поведения преобладают над эмоциональными расстройствами во всех анализируемых группах. Среди детей и подростков, проживающих в Якутии, нарушения поведения превышают уровень эмоциональных расстройств в 2,8 раза (12,0% и 4,3%), на Алтае – в 2,9 раза (9,0% и 3,1%), в АБО – в 2,5 раза (5,3% и 2,1%), в Тыве – в 2,5 раза (18,1% и 7,1%).

Распространённость отдельных психических расстройств

Три категории психических расстройств подвергались психиатрической оценке: эмоциональные расстройства, нарушения поведения и гиперкинетические расстройства. Распространённость специфических психических расстройств, вошедших в эти три рубрики в соответствии с критериями МКБ-10, представлена в табл. 2.

Структура выявленных нарушений у представителей разных коренных популяций оказалась примерно одинаковой. Наиболее частыми психиатрическими диагнозами были нарушения поведения: в РС(Я) – 2%, в РА – 9%, в АБО – 5,3%, в РТ – 21%. На второе место выходили гиперкинетические расстройства: в РС(Я) – 6,5%, в РА – 5,5%, в АБО – 3,1%, в РТ – 11,4%.

Таблица 1

Показатели распространенности нарушений поведения и эмоциональных расстройств, стандартизированные по полу и возрасту (%; 95% ДИ)

Группы детей	n	Распространённость		
		Общие проблемы	Расстройства поведения	Эмоциональные расстройства
<i>Якуты, эвены, эвенки</i>	1662	16,3 (14,6 – 18,2)	12,0 (10,5 – 13,7)	4,3 (3,4 – 5,3)
Мальчики	881	23,4* (20,7 – 26,3)	18,0* (15,6 – 20,7)	5,3* (4,0 – 7,0)
Девочки	781	8,3* (6,6 – 10,5)	5,2* (3,9 – 7,0)	3,0* (2,0 – 4,5)
Дети 7-10 лет	616	16,4 (13,7 – 19,5)	12,2 (9,8 – 14,9)	4,2 (2,9 – 6,1)
Мальчики	339	23,5* (19,4 – 28,4)	18,3* (14,5 – 22,8)	5,3 (3,4 – 8,2)
Девочки	277	7,6* (5,0 – 11,3)	4,7* (2,8 – 7,9)	2,9 (1,5 – 5,6)
Подростки 11-15 лет	1046	16,3 (14,1 – 18,6)	11,9 (10,1 – 14,1)	4,3 (3,2 – 5,7)
Мальчики	542	23,2* (19,9 – 27,0)	17,9* (14,9 – 21,3)	5,3 (3,8 – 7,6)
Девочки	504	8,7* (6,6 – 11,5)	5,5* (3,9 – 7,9)	3,2 (2,0 – 5,1)
<i>Алтайцы</i>	1044	12,1 (10,2 – 14,2)	9,0 (7,4 – 10,9)	3,1 (2,2 – 4,3)
Мальчики	501	18,6* (15,4 – 22,2)	14,4* (11,6 – 17,7)	4,2* (2,8 – 6,3)
Девочки	543	6,1* (4,4 – 8,4)	4,0* (2,7 – 6,1)	2,0* (1,1 – 3,6)
Дети 7-10 лет	473	7,8 (5,7 – 10,6)	6,6 (4,6 – 9,1)	1,3 (0,6 – 2,7)
Мальчики	233	12,0* (8,5 – 16,8)	10,7* (7,4 – 15,4)	1,3 (0,5 – 3,7)
Девочки	240	3,7* (2,0 – 7,0)	2,5* (1,2 – 5,3)	1,2 (0,4 – 3,6)
Подростки 11-15 лет	571	15,6 (12,8 – 18,8)	11,0 (8,7 – 13,8)	4,5 (3,1 – 6,5)
Мальчики	268	24,2* (19,5 – 29,7)	17,5* (13,5 – 22,5)	6,7* (4,3 – 10,4)
Девочки	303	7,9* (5,4 – 11,5)	5,3* (3,3 – 8,4)	2,6* (1,4 – 5,1)
<i>Агинские буряты</i>	1797	7,4 (6,3 – 8,7)	5,3 (4,4 – 6,5)	2,1 (1,5 – 2,8)
Мальчики	938	11,0* (9,1 – 13,1)	8,2* (6,6 – 10,1)	2,8 (1,9 – 4,0)
Девочки	859	3,5* (2,5 – 4,9)	2,2* (1,4 – 3,4)	1,4 (0,8 – 2,4)
Дети 7-10 лет	1083	8,4 (6,9 – 10,2)	6,2 (4,9 – 7,8)	2,2 (1,5 – 3,3)
Мальчики	559	13,1* (10,5 – 16,1)	10,0* (7,8 – 12,8)	3,0 (1,9 – 4,8)
Девочки	524	3,4* (2,2 – 5,4)	2,1* (1,2 – 3,7)	1,3 (0,7 – 2,6)
Подростки 11-15 лет	714	5,9 (4,4 – 7,8)	4,1 (2,8 – 5,8)	1,8 (1,1 – 3,1)
Мальчики	379	7,9* (5,6 – 11,1)	5,5* (3,7 – 8,3)	2,4 (1,3 – 4,4)
Девочки	335	3,6* (2,1 – 6,1)	2,4* (1,2 – 4,6)	1,2 (0,5 – 3,0)
<i>Тувинцы</i>	705	29,2 (25,2 – 33,5)	18,1 (15,4 – 21,2)	7,1 (5,5 – 9,0)
Мальчики	382	39,0* (32,4 – 46,0)	26,2* (21,0 – 32,1)	7,3 (5,5 – 9,9)
Девочки	323	18,9* (14,7 – 24,0)	9,6* (7,7 – 12,0)	6,8 (4,6 – 10,0)
Дети 9-10 лет	464	28,5 (24,0 – 33,5)	17,6 (14,5 – 21,2)	7,9 (6,1 – 10,4)
Мальчики	250	38,4* (31,7 – 45,6)	25,6* (19,8 – 32,4)	8,4 (6,2 – 11,1)
Девочки	214	18,2* (13,4 – 24,3)	9,3* (7,2 – 12,0)	7,5 (4,7 – 11,1)
Подростки 14-15 лет	241	30,5 (22,3 – 40,3)	19,0 (13,4 – 26,2)	5,4 (3,3 – 8,8)
Мальчики	132	40,2 (26,9 – 55,1)	27,3* (17,9 – 39,2)	5,3 (2,7 – 10,1)
Девочки	109	20,2 (12,7 – 30,5)	10,1* (6,5 – 15,4)	5,5 (2,6 – 11,4)

Примечание: * мальчики > чем девочки (p<0,05)

На третье место – эмоциональные расстройства: в РС(Я) – 4,3%, в РА – 3,1%, в АБО – 2,1%, в РТ – 8,7%. Распространённость социализированных расстройств поведения была в три раза выше, по сравнению с несоциализированными: в РС(Я) – 9,1% и 2,8%, в РА – 7,6% и 1,4%, в АБО – 4,2% и 1,2%, в РТ – 17,2% и 4,4% соответственно. Тревожные расстройства встречались чаще, чем депрессивные: в РС(Я) – 3,2% и 1,7%, в АБО – 2,1% и 1,0%, в РТ – 7,7%

и 2,3% соответственно; за исключением РА, где тревожные расстройства составили – 1,8%, а депрессивные – 2,2%. Депрессивные расстройства выявлены у 1,7% детей, проживающих в Якутии, у 2,2% детей, проживающих в РА, у 1,0% детей в АБО и у 2,3% детей в РТ. Около 40% детей и подростков с психическими расстройствами имели более одного диагноза: в РС(Я) – 40,6%, в РА – 53,2%, в АБО – 45,9%, в РТ – 40% (рис. 2).

Таблица 2

Отдельные психические расстройства у детей и подростков коренных популяций Сибири, стандартизированные по полу и возрасту (% , 95% ДИ)

Показатель	Дети 7-10 лет			Подростки 11-15 лет			Все дети		
	Мал.	Дев.	Оба пола	Мал.	Дев.	Оба пола	Мал.	Дев.	Оба пола
Якуты									
Эмоциональные расстройства	5,3 (3,4-8,2)	2,9 (1,5-5,6)	4,2 (2,9-6,1)	5,3 (3,8-7,6)	3,2 (2,0-5,1)	4,3 (3,2-5,7)	5,3 (4,0-7,0)	3,0 (2,0-4,5)	4,3 (3,4-5,3)
Тревожные расстройства	3,5 (2,0-6,1)	1,8 (0,8-4,1)	2,8 (1,7-4,4)	5,0 (3,4-7,1)	1,8 (0,9-3,3)	3,4 (2,5-4,7)	4,4 (3,2-6,0)	1,8 (1,1-3,0)	3,2 (2,4-4,1)
Депрессия	2,1 (1,0-4,2)	0,7 (0,2-2,6)	1,5 (0,8-2,7)	2,6 (1,5-4,3)	1,2 (0,5-2,6)	1,9 (1,2-2,9)	2,4 (1,6-3,6)	1,0 (0,5-2,0)	1,7 (1,2-2,5)
Расстройства поведения	18,3* (14,5-22,8)	4,7* (2,8-7,9)	12,2 (9,8-14,9)	17,9* (14,9-21,3)	5,5* (3,9-7,9)	11,9 (10,1-14,1)	18,0* (15,6-20,7)	5,2* (3,9-7,0)	12,0 (10,5-13,7)
Несоциализированные	5,9 (3,9-8,9)	1,1 (0,4-3,1)	3,7 (2,5-5,5)	3,3 (2,1-5,2)	1,2 (0,5-2,6)	2,3 (1,5-3,4)	4,3* (3,2-5,9)	1,1* (0,6-2,2)	2,8 (2,1-3,7)
Социализированные	12,4* (9,3-16,3)	3,6* (2,0-6,5)	8,4 (6,5-10,9)	14,4* (11,7-17,6)	4,4* (2,9-6,5)	9,6 (7,9-11,5)	13,6* (11,5-16,0)	4,1* (2,9-5,7)	9,1 (7,8-10,6)
Гиперкинетические расстройства	13,0* (9,8-17,0)	2,5* (1,2-5,1)	8,2 (6,3-10,7)	9,0* (6,9-11,7)	1,6* (0,8-3,1)	5,4 (4,2-6,9)	10,5* (8,7-12,8)	1,9* (1,2-3,1)	6,5 (5,4-7,8)
Алтайцы									
Эмоциональные расстройства	1,3 (0,5-3,7)	1,2 (0,4-3,6)	1,3 (0,6-2,7)	6,7 (4,3-10,4)	2,6 (1,4-5,1)	4,5 (3,1-6,5)	4,2 (2,8-6,3)	2,0 (1,1-3,6)	3,1 (2,2-4,3)
Тревожные расстройства	0,4 (0,1-2,3)	0,8 (0,2-3,0)	0,6 (0,2-1,8)	3,4 (1,8-6,3)	2,3 (1,1-4,7)	2,8 (1,7-4,5)	2,0 (1,1-3,6)	1,6 (0,9-3,1)	1,8 (1,1-2,8)
Депрессивные	0,4 (0,1-2,3)	0,4 (0,1-2,3)	0,6 (0,2-1,8)	4,8 (2,9-8,1)	2,6 (1,4-5,1)	3,7 (2,4-5,5)	2,8 (1,7-4,6)	1,6 (0,9-3,1)	2,2 (1,4-3,2)
Расстройства поведения	10,7* (7,4-15,4)	2,5* (1,2-5,3)	6,6 (4,6-9,1)	17,5* (13,5-22,5)	5,3* (3,3-8,4)	11,0 (8,7-13,8)	14,4* (11,6-17,7)	4,0* (2,7-6,1)	9,0 (7,4-10,9)
Несоциализированные	3,0 (1,5-6,1)	- (0,7-3,0)	1,5 (0,7-3,0)	2,6* (1,3-5,3)	0,3* (0,1-1,8)	1,4 (0,7-2,7)	2,8* (1,7-4,6)	0,2* (0,04-1,0)	1,4 (0,8-2,3)
Социализированные	7,7* (4,9-11,9)	2,5* (1,2-5,3)	5,1 (3,4-7,4)	14,9* (11,2-19,7)	4,9* (3,0-8,0)	9,6 (7,5-12,3)	11,6* (9,1-14,7)	3,9* (2,5-5,8)	7,6 (6,1-9,3)
Гиперкинетические расстройства	7,3* (4,4-11,1)	1,2* (0,4-3,6)	4,2 (2,8-6,4)	10,8* (7,6-15,1)	3,0* (1,6-5,5)	6,6 (4,9-9,0)	9,2* (7,0-12,0)	2,2* (1,3-3,8)	5,5 (4,3-7,1)
Агинские буряты									
Эмоциональные расстройства	3,0 (1,9-4,8)	1,3 (0,7-2,6)	2,2 (1,5-3,3)	2,4 (1,3-4,4)	1,2 (0,5-3,0)	1,8 (1,1-3,1)	2,8 (1,9-4,0)	1,4 (0,8-2,4)	2,1 (1,5-2,8)
Тревожные расстройства	3,6 (2,2-5,3)	1,3 (0,7-2,7)	2,5 (1,7-3,6)	2,4 (1,3-4,4)	0,9 (0,3-2,6)	0,9 (0,4-1,8)	3,1 (2,2-4,4)	1,2 (0,6-2,1)	2,1 (1,5-2,9)
Депрессивные	1,8 (1,0-3,2)	0,6 (0,2-1,7)	1,2 (0,7-2,0)	1,3 (0,6-3,0)	0,3 (0,1-1,6)	0,8 (0,3-1,8)	1,6 (1,0-2,6)	0,5 (0,2-1,2)	1,0 (0,6-1,6)
Расстройства поведения	10,0* (7,8-12,8)	2,1* (1,2-3,7)	6,2 (4,9-7,8)	5,5* (3,7-8,3)	2,4* (1,2-4,6)	4,1 (2,8-5,8)	8,2* (6,6-10,1)	2,2* (1,4-3,4)	5,3 (4,4-6,5)
Несоциализированные	3,0* (1,9-4,8)	0,4* (0,1-1,4)	1,7 (1,1-2,7)	0,3 (0,6-1,4)	0,3 (0,1-1,6)	0,3 (0,1-1,0)	1,9 (1,2-3,0)	0,3 (0,1-1,0)	1,2 (0,7-1,7)
Социализированные	7,0* (5,1-9,4)	1,7* (0,8-3,1)	4,4 (3,3-5,8)	5,3* (3,4-8,0)	2,1* (1,0-4,2)	3,8 (2,6-5,4)	6,3* (4,9-8,0)	1,9* (1,1-3,0)	4,2 (3,3-5,2)
Гиперкинетические расстройства	6,3* (4,5-8,6)	1,0* (0,4-2,2)	3,7 (2,7-4,9)	3,7* (2,2-6,1)	0,6* (0,1-1,9)	2,2 (0,1-3,6)	5,2* (4,0-6,8)	0,8* (0,4-1,7)	3,1 (2,4-4,0)
Тувинцы									
Эмоциональные расстройства	10,4 (7,5-14,3)	7,5 (4,7-11,8)	9,0 (6,8-11,7)	9,1 (5,4-14,8)	7,3 (4,0-12,9)	8,2 (5,6-12,0)	9,9 (7,5-13,0)	7,4 (5,1-10,6)	8,7 (7,0-10,9)
Тревожные расстройства	9,2 (6,4-13,1)	6,5 (3,9-10,7)	7,9 (5,8-10,6)	9,1 (5,4-14,8)	5,5 (2,5-11,8)	7,4 (4,7-11,3)	9,2 (6,8-12,2)	6,2 (4,0-9,4)	7,7 (6,0-9,8)
Депрессивные	2,8 (1,5-5,2)	1,9 (0,6-6,0)	2,3 (1,3-4,3)	1,5 (0,3-6,8)	2,8 (1,2-6,1)	2,1 (1,0-4,5)	2,4 (1,3-4,3)	2,2 (1,0-4,6)	2,3 (1,4-3,6)
Расстройства поведения	28,8* (23,2-35,1)	10,7* (8,1-14,2)	19,9 (16,5-23,9)	34,8* (22,7-49,4)	13,8* (9,2-20,0)	24,7 (17,5-35,5)	30,9* (25,0-37,4)	11,8* (9,3-14,7)	21,6 (18,3-25,1)
Несоциализированные	5,6* (3,1-9,8)	0,5* (0,1-2,2)	3,1 (1,8-5,1)	9,8 (5,4-17,1)	3,7 (1,7-7,6)	6,9 (4,1-11,2)	7,1* (4,6-10,8)	1,5* (0,8-3,1)	4,4 (3,0-6,3)
Социализированные	23,2* (18,3-28,9)	10,3* (7,5-13,9)	16,9 (13,7-20,6)	25,0* (16,1-36,6)	10,1* (6,3-15,7)	17,8 (12,5-24,7)	23,8* (19,2-29,1)	10,2* (7,9-13,1)	17,2 (14,5-20,3)
Гиперкинетические расстройства	18,4* (14,0-23,7)	4,2* (2,5-6,9)	11,4 (9,0-14,5)	17,4 (9,7-29,3)	4,6 (2,0-10,0)	11,2 (6,6-18,4)	18,1* (13,9-23,1)	4,3* (2,8-6,6)	11,4 (9,1-14,1)

Примечание: * мальчики > чем девочки (p<0,05)



Рис. 2. Частота сочетанных нарушений (%).

Сочетанные нарушения чаще наблюдались у детей с расстройствами поведения: в РС(Я) у 53,3%, в РА у 64,9%, в АБО у 57,3%, в РТ у 46%. Наиболее часто встречались сочетания нарушений поведения с гиперкинетическими расстройствами: в РС(Я) у 42,2%, в РА у 40,4%, в АБО у 38,5%, в РТ у 44% детей и подростков. Сочетания нарушений поведения с эмоциональными расстройствами отмечались у 6,0% детей и подростков в РС(Я), у 10,6% в РА, у 5,2% в АБО и у 9% в РТ. Три и более диагноза поставлены 7,0% человек в РС(Я), 5,3% в РА, 8,3% в АБО. В целом, наибольшая коморбидность наблюдалась между расстройствами поведения и гиперкинетическими расстройствами с коэффициентом шансов 57,6 (95% ДИ = 26,8-54,9); (OR = 29,2; 95% CI = 16,4-51,8).

У детей, имевших эмоциональные расстройства, также часто встречались сочетания двух или более диагнозов: в Якутии – 17,2%, в РА у 44,7%, в АБО у 38%, в РТ у 49%. При наличии двух диагнозов чаще регистрировались сочетания тревожных расстройств с депрессивными: у 12% детей в Якутии, у 34,0% детей на Алтае, у 22% детей в Агинском Бурятском округе и у 10% детей в Тыве. У пациентов с депрессивными расстройствами чаще наблюдались множественные нарушения, в основном, сочетания депрессии с тревожными расстройствами и гиперактивностью и /или расстройствами поведения: у 15% детей в Якутии, 10,6% на Алтае, у 16% детей в Агинском Бурятском округе и у 39% детей в Тыве.

Обсуждение.

Нами была изучена распространённость психических нарушений у детей и подростков коренных популяций Сибири с использованием международно принятых стандартизированных методов и подходов. При сравнении получен-

ных показателей у представителей разных коренных народов между собой выявлены территориальные различия в частоте психических нарушений. Самые высокие показатели регистрируются в Республике Тыва (29,2%), на второе место выходит Республика Саха (16,3%), на третье место Республика Алтай (12,1%), на четвёртое – Агинский Бурятский округ (7,4%). Частота психических нарушений у детей и подростков в Республики Тыва значительно превышает показатели, полученные у других этносов: у якутов, эвенков и эвенков в 1,8 раз (16,3%, $p=0,004$), у алтайцев в 2,4 раза (12,1%, $p<0,001$), у агинских бурят в 3,9 раза (7,4%, $p<0,001$).

При сравнении наших показателей с данными зарубежных авторов, полученных в исследованиях, проведенных с аналогичным дизайном, выявлено, что частота психических нарушений в Якутии, на Алтае и в Агинском Бурятском округе не превышает частоту нарушений в других странах. Так, распространённость психической патологии у детей в скандинавских странах составляет 14,3% [25], у детей 8-11 лет в Португалии – 16% [26], у 8-летних мальчиков в Финляндии – 12-18% [27], у детей в Объединённых Арабских Эмиратах (ОАЭ) – 11,8% [28], у детей 7-15-лет, проживающих в сельской местности Уганды – 18% [29].

Обращает на себя внимание высокая распространённость психических нарушений у детей и подростков в Тыве, которая превосходит показатели других регионов и стран, за исключением показателей у детей 6-12 лет из Палестины и Сектора Газа (50,5%), где постоянно ведутся военные действия [30]. Причину высокого уровня психических нарушений в Тыве мы объясняем выраженным социальным неблагополучием, в сравнении с положением в других национальных субъектах РФ [31, 32]. По данным ФСГС, в 2016 году из 85 регионов России Тыва занимала последнее место по среднедушевым доходам населения и предпоследнее по уровню занятости трудоспособного населения. Число зарегистрированных преступлений – разбоев, грабежей, убийств, изнасилований – превышало общероссийские значения от 3 до 9 раз, а показатели смертности от случайных отравлений алкоголем – в 2,3–3,4 раза. В наших более ранних работах по изучению психического здоровья у детей и подростков тувинской национальности показано, что к основным факторам, неблагоприятно влияющим на формирование психического здоровья,

относятся конфликтные отношения в семье, неполная семья и алкоголизация матери [33, 24]. Выявлена взаимосвязь конфликтов в семье с низким социально-экономическим статусом ($r=0,56$; $p<0,001$), с наличием родственников с судимостью ($r=0,38$; $p<0,001$) и с алкоголизацией матери ($r=0,26$; $p=0,017$). Показано, что у детей, воспитывающихся в неполных семьях, нарушения поведения и признаки гиперактивности встречаются в два-четыре раза чаще, особенно у мальчиков ($r=0,53$; $p=0,005$). Показана связь алкоголизации родителей, особенно матери, с нарушениями поведения ($r=0,53$; $p=0,02$) и эмоциональными расстройствами ($r=0,54$; $p=0,02$) у детей. В большей степени эти факторы влияют на вероятность возникновения психической патологии у мальчиков ($r=0,34$; $p=0,03$).

По результатам настоящего исследования, у мальчиков всех анализируемых популяций психические нарушения встречаются в 2-3 раза чаще, чем у девочек, что подчеркивает значение мужского пола как основного фактора риска психических расстройств и согласуется с данными зарубежных авторов [34].

В структуре выявленной патологии у детей и подростков коренных популяций Сибири наиболее часто встречаются нарушения поведения, на второе место выходят гиперкинетические расстройства, на третье – эмоциональные. Среди нарушений поведения социализированные расстройства преобладают над несоциализированными более чем в три раза. Среди эмоциональных нарушений тревожные расстройства встречаются в два-три раза чаще, чем депрессивные. Сравнительный анализ структуры психических нарушений показал, что психические расстройства имеют сходную структуру как у представителей разных коренных популяций Сибири, так и у представителей других стран. Так, в структуре психических расстройств у британских детей и подростков [34] социализированные расстройства поведения встречаются в два-четыре раза чаще, чем несоциализированные, а тревожные расстройства – примерно в четыре раза чаще, чем депрессивные.

У детей и подростков коренных народов Сибири обнаружен высокий уровень коморбидности психических нарушений. Наиболее часто встречаются сочетания нарушений поведения с гиперкинетическими расстройствами. У детей, имеющих эмоциональные расстрой-

ства, чаще отмечаются сочетания тревожных и депрессивных нарушений. У детей с депрессивными расстройствами чаще наблюдаются множественные нарушения. Высокий уровень коморбидности у представителей коренных популяций, согласуется с результатами эпидемиологических исследований психического здоровья детей и подростков в зарубежных странах, где также были зарегистрированы сочетания нарушений поведения с другими расстройствами, в том числе, с гиперкинетическими, а также сочетания тревожных расстройств с депрессивными [7, 34, 35].

Зарубежными авторами показана неблагоприятная роль сочетанных форм психических нарушений у детей и подростков для формирования суицидального и асоциального поведения, преступности, алкогольной и наркотической зависимости во взрослом возрасте [36]. Наиболее неблагоприятными в прогностическом плане являются сочетания гиперкинетических расстройств с расстройствами поведения, что предсказывает дальнейшее нарушение социальной адаптации, в том числе риск асоциального поведения, преступности и склонности к алкоголизации [37, 38, 39, 40].

В целом, результаты данного исследования подтверждают выводы Раттера и Стивенсона [41] о том, что у представителей разных культур структура и частота психических нарушений обнаруживает больше сходств, чем различий. Роль социально-демографических факторов также является одинаково значимой для различных культур. В частности, мужской пол и низкий социально-экономический статус выступают основными рисками психических нарушений.

В то же время, несмотря на отсутствие выраженных различий в структуре и частоте психических расстройств, обнаруживаются существенные различия в частоте суицида с высокой распространенностью самоубийств среди представителей этнических популяций. Так, в 2016 году уровень суицида в Республике Саха (Якутия) составил 30,2 на 100 тысяч, в Республике Алтай 37,9 на 100 тысяч, в Забайкальском крае 39,9 на 100 тысяч [32], что значительно выше, по сравнению с показателями суицида в Финляндии (13,8), Португалии (8,6), ОАЭ (2,7), Дании (9,2), Норвегии (10,1), Швеции (11,7), Уганды (20,0) [42]. Данные обстоятельства говорят о том, что суицидальное поведение у коренных народов Сибири обусловлено не только

социально-экономическими и клиническими факторами, но и другими причинами, в том числе этнокультурными.

Выводы:

1. Распространённость психических расстройств у якутов, эвенков и эвенков составляет 16,3%, у алтайцев 12,1%, у агинских бурят 7,4%, у тувинцев 29,2%. У мальчиков наруше-

ния встречаются в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

2. Более 40% детей и подростков с психическими расстройствами имеют сочетанные формы нарушений. Эти дети относятся к группе риска по суицидальному поведению и нуждаются в мерах оперативного медицинского вмешательства.

Литература:

- Holland K.M., Vivolo-Kantor A.M., Logan J.E., et al. Antecedents of suicide among youth aged 11–15: A multistate mixed methods analysis. *Journal of youth and adolescence*. 2017; 46 (7): 1598–1610.
- Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr. Opin. Pediatr.* 2009; 21 (5): 613–619.
- De Hepcée C., Reynaert C., Jacques D., et al. Suicide in adolescence: attempt to cure a crisis, but also the fatal outcome of certain pathologies. *Psychiatr Danub.* 2015; 27 (1): 296–299.
- Luna B., Sweeney J.A. The emergence of collaborative brain function: FMRI studies of the development of response inhibition. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1021: 296–309.
- Delevich K., Thomas A.W., Wilbrecht L. Adolescence and "Late Blooming" Synapses of the Prefrontal Cortex. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol.* 2019; 23. pii: 037507. doi: 10.1101/sqb.2018.83.037507.
- Windle M., Spear L.P., Fuligni A.J., et al. Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*. 2008; 121 (4): 273–289.
- Angold A., Costello E.J., Erkanli A. Comorbidity. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 1999; 40: 57–87.
- Costello E.J., Pine D.S., Hammen C., et al. Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*. 2002; 52 (6): 529–542.
- Goldston D.B., Daniel S.S., Reboussin B.A., et al. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1998; 37 (9): 924–932.
- Gould M.S., King R., Greenwald S., et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*. 1998; 37 (9): 915–923.
- Reinherz H.Z., Tanner J.L., Berger S.R., et al. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163 (7): 1226–1232.
- Herba C.M., Ferdinand R.F., van der Ende J., et al. Long-term associations of childhood suicide ideation. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2007; 46 (11): 1473–1481.
- Kerr D.C. Replicated prediction of men's suicide attempt history from parent reports in late childhood. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2008; 47 (7): 834–885.
- O'Keefe V.M., Wingate L.R. The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians / Alaska Natives. *Suicide Life Threat. Behav.* 2013; 43 (6): 621–633.
- Manzo K., Tiesman H., Stewart J., et al. A comparison of risk factors associated with suicide ideation/attempts in American Indian and White youth in Montana. *Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (1): 89–102.
- Soole R., Kølves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis*. 2014; 35 (5): 292–300.
- Ворсина О.П., Дианова С.В., Белькова Т.Ю. Особенности суицидального поведения детей и подростков в Иркутске. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 68 (5): 20–24.

Reference:

- Holland K.M., Vivolo-Kantor A.M., Logan J.E., et al. Antecedents of suicide among youth aged 11–15: A multistate mixed methods analysis. *Journal of youth and adolescence*. 2017; 46 (7): 1598–1610.
- Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr. Opin. Pediatr.* 2009; 21 (5): 613–619.
- De Hepcée C., Reynaert C., Jacques D., et al. Suicide in adolescence: attempt to cure a crisis, but also the fatal outcome of certain pathologies. *Psychiatr Danub.* 2015; 27 (1): 296–299.
- Luna B., Sweeney J.A. The emergence of collaborative brain function: FMRI studies of the development of response inhibition. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1021: 296–309.
- Delevich K., Thomas A.W., Wilbrecht L. Adolescence and "Late Blooming" Synapses of the Prefrontal Cortex. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol.* 2019; 23. pii: 037507. doi: 10.1101/sqb.2018.83.037507.
- Windle M., Spear L.P., Fuligni A.J., et al. Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*. 2008; 121 (4): 273–289.
- Angold A., Costello E.J., Erkanli A. Comorbidity. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 1999; 40: 57–87.
- Costello E.J., Pine D.S., Hammen C., et al. Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*. 2002; 52 (6): 529–542.
- Goldston D.B., Daniel S.S., Reboussin B.A., et al. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1998; 37 (9): 924–932.
- Gould M.S., King R., Greenwald S., et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*. 1998; 37 (9): 915–923.
- Reinherz H.Z., Tanner J.L., Berger S.R., et al. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163 (7): 1226–1232.
- Herba C.M., Ferdinand R.F., van der Ende J., et al. Long-term associations of childhood suicide ideation. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2007; 46 (11): 1473–1481.
- Kerr D.C. Replicated prediction of men's suicide attempt history from parent reports in late childhood. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2008; 47 (7): 834–885.
- O'Keefe V.M., Wingate L.R. The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians / Alaska Natives. *Suicide Life Threat. Behav.* 2013; 43 (6): 621–633.
- Manzo K., Tiesman H., Stewart J., et al. A comparison of risk factors associated with suicide ideation/attempts in American Indian and White youth in Montana. *Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (1): 89–102.
- Soole R., Kølves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis*. 2014; 35 (5): 292–300.
- Vorsina O.P., Dianova S.V., Bel'kova T.Ju. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya detej i podrostkov v Irkutске [Features of suicidal behavior of children and adolescents in Irkutsk]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2011; 68 (5): 20–24. (In Russ)

18. Ворсина О.П. Клинико–социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Иркутской области: дисс. ... док. мед. наук. Томск, 2012. 359 с.
19. Ворсина О.П. Социально–демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 92 (3): 51–54.
20. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2013. 23 с.
21. Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметова В.В. Социально–психологические особенности незавершённых суицидов у детей и подростков. (Забайкальский край, г. Чита). *Суицидология*. 2011; 2 (2): 27–28.
22. Knyazev G.G., Slobodskaya H.R., Safronova M.V., Kinsht I.A. School adjustment and health in Russian adolescents. *Psychol. Health Med.* 2002; 7: 143–155.
23. Kumpulainen K., Räsänen E., Burkin M., et al. Comparison of psychiatric symptoms among 8-to 9-year-old children in Finland and Russia. *Nord. J. Psychiatry*. 1999; 53: 417–26.
24. Slobodskaya H.R., Semenova N.B. Child and adolescent mental health problems in Tyva Republic, Russia, as possible risk for a hire suicide rate. *J. Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2016; 25 (4): 361–371.
25. Taanila A., Ebeling H., Kotimaa A., et al. Is a large family a protective factor against behavioural and emotional problems at the age of 8 years? *Acta Paediatr.* 2004; 93 (4): 508–517.
26. Klein J.M., Gonçalves A., Silva C.F. The Rutter Children Behaviour Questionnaire for teachers: from psychometrics to norms, estimating caseness. *Psico-USF*. 2009; 14: 157–165.
27. Sourander A., Niemelä S., Santalahti P., et al. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2008; 47: 317–327.
28. Eapen V., Swadi H., Sabri S., et al. Childhood behavioral disturbance in a community sample in Al-Ain, United Arab Emirates. *East Mediterr. Health J.* 2001; 7 (3): 428–434.
29. Cortina M.A., Sodha A., Fazel M., et al. Prevalence of child mental health problems in Sub-saharan Africa: A systematic review. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2012; 166: 276–281.
30. Mousa T., Vostanis P. Epidemiology of child health problems in Gaza Strip. *East Mediterr. Health J.* 2001; 7 (3): 403–412.
31. Регионы России. Социально–экономические показатели. 2017. Росстат. М., 2017. 1402 с.
32. Федеральная служба государственной статистики: <http://www.gks.ru>
33. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения у детей коренного населения Республики Тыва: распространённость, роль социальных факторов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007; 2 (45): 122–126.
34. Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 388 p.
35. Costello E.J., Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2006; 45: 8–25.
36. Mota V.L. Reformulating attention-deficit/hyperactivity disorder according to signal detection theory. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2000; 39: 1144–1151.
37. Pickles A., Rowe R., Simonoff E., et al. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *Br. J. Psychiatry*. 2001; 179: 230–235.
38. Kumpulainen K. Psychiatric symptoms and in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*. 2000; 95: 1847–1857.
39. Kumpulainen K. Symptoms and deviant behavior among eight-year-old as predictors of referral for psychiatric evaluation by age 12. *Psychiatr. Serv.* 2002; 53: 201–206.
18. Vorsina O.P. Kliniko–social'nye i jetnokul'tural'nye osobennosti suicidal'nogo povedenija naselenija Irkutskoj oblasti [Clinical, social and ethno-cultural features of suicidal behavior of the population of the Irkutsk region]: diss. ... dok. med. nauk. Tomsk, 2012. 359 s. (In Russ)
19. Vorsina O.P. Social'no–demograficheskie i klinicheskie karakteristiki detej i podrostkov, sovershivshih zavershennye suicidy [Socio-demographic and clinical characteristics of children and adolescents who have committed suicide]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2016; 92 (3): 51–54. (In Russ)
20. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2013. 23 с. (In Russ)
21. Zlova T.P., Ishimbaeva A.N., Akhmetova V.V. Socially-psychological features of incomplete suicides at children and teenagers (Transbaikalian edge, Chita). *Suicidology*. 2011; 2 (2): 27–28. (In Russ)
22. Knyazev G.G., Slobodskaya H.R., Safronova M.V., Kinsht I.A. School adjustment and health in Russian adolescents. *Psychol. Health Med.* 2002; 7: 143–155.
23. Kumpulainen K., Räsänen E., Burkin M., et al. Comparison of psychiatric symptoms among 8-to 9-year-old children in Finland and Russia. *Nord. J. Psychiatry*. 1999; 53: 417–26.
24. Slobodskaya H.R., Semenova N.B. Child and adolescent mental health problems in Tyva Republic, Russia, as possible risk for a hire suicide rate. *J. Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2016; 25 (4): 361–371.
25. Taanila A., Ebeling H., Kotimaa A., et al. Is a large family a protective factor against behavioural and emotional problems at the age of 8 years? *Acta Paediatr.* 2004; 93 (4): 508–517.
26. Klein J.M., Gonçalves A., Silva C.F. The Rutter Children Behaviour Questionnaire for teachers: from psychometrics to norms, estimating caseness. *Psico-USF*. 2009; 14: 157–165.
27. Sourander A., Niemelä S., Santalahti P., et al. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2008; 47: 317–327.
28. Eapen V., Swadi H., Sabri S., et al. Childhood behavioral disturbance in a community sample in Al-Ain, United Arab Emirates. *East Mediterr. Health J.* 2001; 7 (3): 428–434.
29. Cortina M.A., Sodha A., Fazel M., et al. Prevalence of child mental health problems in Sub-saharan Africa: A systematic review. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2012; 166: 276–281.
30. Mousa T., Vostanis P. Epidemiology of child health problems in Gaza Strip. *East Mediterr. Health J.* 2001; 7 (3): 403–412.
31. Регионы России. Social'no–jekonomicheskie pokazateli. 2017. Rosstat [Region of Russia. Socio-economic indicators. 2017. Rosstat]. М., 2017. 1402 с. (In Russ)
32. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Federal state statistics service]: <http://www.gks.ru> (In Russ)
33. Semenova N.B., Manchuk V.T. Jemocional'nye rasstrojstva i rasstrojstva povedenija u detej koren'nogo naselenija Respubliki Tyva: rasprostranennost', rol' social'nyh faktorov [Emotional and behavioural disorders in indigenous children of the Republic of Tyva: prevalence, role of social factors]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2007; 2 (45): 122–126. (In Russ)
34. Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 388 p.
35. Costello E.J., Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2006; 45: 8–25.
36. Mota V.L. Reformulating attention-deficit/hyperactivity disorder according to signal detection theory. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2000; 39: 1144–1151.
37. Pickles A., Rowe R., Simonoff E., et al. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *Br. J. Psychiatry*. 2001; 179: 230–235.
38. Kumpulainen K. Psychiatric symptoms and in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*. 2000; 95: 1847–1857.
39. Kumpulainen K. Symptoms and deviant behavior among eight-year-old as predictors of referral for psychiatric evaluation by age 12. *Psychiatr. Serv.* 2002; 53: 201–206.

40. Rutter M. Commentary: causal process leading to antisocial behavior. *Dev. Psychol.* 2003; 39: 372–378.
41. Rutter M., Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In: Rutter M., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J., Taylor E., Thapar A. (eds.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edn. 2008. Blackwell-Wiley, Oxford, UK, pp. 3–17.
42. Suicide rates, age-standardized. *WHO*. 2018.
40. Rutter M. Commentary: causal process leading to antisocial behavior. *Dev. Psychol.* 2003; 39: 372–378.
41. Rutter M., Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In: Rutter M., Bishop D., Pine D., Scott S., Stevenson J., Taylor E., Thapar A. (eds.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edn. 2008. Blackwell-Wiley, Oxford, UK, pp. 3–17.
42. Suicide rates, age-standardized. *WHO*. 2018.

SUICIDAL BEHAVIOR IN NATIVE CHILDREN AND ADOLESCENTS OF SIBERIA: CLINICAL RISK FACTORS

N.B. Semenova

Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia; snb237@gmail.com

Abstract:

Suicidal mortality indices in native children and adolescents of Siberia are many times higher than average ones for Russian Federation. This demands a thorough analysis of the said social phenomenon to reveal its reasons. Aim of the research. To study the prevalence of psychic disorders in children and adolescents in native populations of Siberia, namely in the Yakuts, the Evens, the Evenks, the Altayans, the Aginsk Buryats and the Tyvins using internationally-recognized standard methods. Subjects and Methods of the Research. The authors examined children and adolescents in the ages from 7 to 15 years, schoolchildren of common schools, rural inhabitants of four national districts of RF: Sakha Republic (Yakutia), Altay Republic, Aginsk Buryatskiy District and Tyva Republic. There were two stages of the examination. On the first stage we performed screening for psychic health in 5208 children and adolescents (1662 Yakuts, Evens and Evenks, 1044 Altayans, 1797 Buryats, 705 Tyvins) implementing M.Rutter questionnaire for teachers (RTQ, B scale). The second stage included more detailed psychic evaluation for the children with RTQ scale negative results. Results. Prevalence of psychic disorders among the Yakuts, the Evens and the Evenks amounted at 16.3%, the Altayans 12.1%, the Aginsk Buryats 7.4%, the Tyvins 29.2%. In boys the disturbances have been marked 2-3 times more often than in girls. In the structure of psychic disorders, behavior disorders ranked first, second place belonged to hyperkinetic disorders and the third – emotional disorders. More than 40% of children and adolescents with psychic disorders showed combinatory forms. Conclusions. The results refer to the necessity to work out the measures of medical intervention aimed at effective assistance to the children and adolescents with the problems of psychic health.

Keywords: adolescents, children, suicide, native people, Siberia, risk factors, psychic health, epidemiology

Благодарности. Автор выражает огромную благодарность за помощь в организации экспедиционных исследований директору РЦ ПМСС Республики Саха (Якутия) (РС (Я)) В.Н. Филиппову и его заместителю по учебно-методической работе, почетному работнику образования РФ, отличнику образования РС (Я) Т.Ф. Мартыновой; работникам администрации Агинского Бурятского округа Забайкальского края в лице консультанта отдела соц. развития С.Б. Базарова и зам. начальника отдела соц. развития Р.М. Балдоржиевой; начальнику отдела образовательной политики Министерства образования и науки Республики Алтай О.С. Саврасовой.

Автор благодарит за помощь в проведении исследований работников образования и здравоохранения РС (Я): зав. отделом инновационных технологий РЦ ПМСС Мин. Обр. РС(Я) Р.Н. Андрееву; зав. РПМПК РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) И.И. Андрееву; педагогов-психологов РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) Е.Н. Семенову, А.Ф. Петрову и А.Н. Андросову; специалиста управления образованием Олекминского района Н.С. Макарову; врача психиатра ГУ ЯРПНД МЗ РС (Я) Е.В. Мордосову; врача педиатра ЦБ Усть-Майского улуса Ю.Е. Ноеву; врачей психиатров РПМПК РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) Т.Н. Савину и Т.С. Сивцеву.

Автор благодарен за помощь в сборе и обработке полученного материала научным сотрудникам ФИЦ КНЦ СО РАН, г. Красноярск: в.н.с., к.м.н. В.А. Вшивкову, в.н.с., к.м.н. А.Ю. Холмеевой; в.н.с., к.м.н. Л.В. Лаптевой; н.с. Н.Г. Муравьевой; медицинским психологам КГБУЗ ККПНД №1 А.Ф. Музафаровой, Е.Е. Долгушиной, Ю.Н. Орловой.

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке грантов РГНФ № 12-06-18006 «Социальные и этнопсихологические предпосылки суицидального поведения у подростков Бурятии»; гранта РГНФ № 13-06-18001 «Социальные и этнопсихологические предпосылки формирования суицидального поведения у подростков Республики Алтай»; контракта НИР №12-01/06 от 12.07.2013 г. «Закономерности формирования психического здоровья коренных и малочисленных народов Республики Саха (Якутия)».

Конфликт интересов: Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: клинические факторы риска. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 36-47. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-36-47

For citation: Semenova N.B. Suicidal behavior in native children and adolescents of Siberia: clinical risk factors. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 36-47. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-36-47

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И ОЦЕНКА ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Е.С. Крылова, А.А. Бебуришвили, В.Г. Каледа

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Крылова Елена Сергеевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 3645-0499; ORCID iD: 0000-0002-6644-5454; Research ID: I-8094-2017). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отдела юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Телефон: (495) 109-03-93, электронный адрес: krylovaes@gmail.com

Бебуришвили Анастасия Андреевна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 8168-9597; ORCID iD: 0000-0003-2467-4301; Research ID: B-8511-2016). Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела юношеской психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Телефон: (495) 109-03-93, электронный адрес: beburishvili@gmail.com

Каледа Василий Глебович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 9035-3290; ORCID iD: 0000-0002-1209-144; Research ID: K-5466-2013). Место работы и должность: руководитель отдела юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Телефон: (495) 109-03-93, электронный адрес: kaleda-vg@yandex.ru

Психопатологические синдромы, возникающие в рамках динамики расстройства личности (РЛ) в юношеском возрасте сопряжены с высоким риском развития аутоагрессивных действий, в том числе несуйцидального характера. Цель исследования: определение клинико-психопатологических особенностей несуйцидальных самоповреждений при РЛ в юношеском возрасте и коморбидных с ними психопатологических синдромов для установления взаимосвязи с суйцидальным поведением и выделения диагностических и прогностических критериев их оценки. Материал и методы. Клинико-психопатологически и методом ретроспективного анализа обследованы 187 больных (133 мужского и 54 женского пола) с НССП (несуйцидальным самоповреждающим поведением) при РЛ (расстройствах личности). Средний возраст обследованных к моменту первого стационарирования составил $18,2 \pm 2,3$ лет. Результаты: Анализ клинических данных выявил клинико - психопатологическую неоднородность состояний, сопряженных с несуйцидальными самоповреждающими поступками, и как следствие – разнообразие психопатологической основы механизмов возникновения НССП при формирующемся РЛ. Были установлены общие для изученных больных особенности их психического функционирования: нестабильность самооценки и аффективная лабильность ($n=187$; 100,0%); явления отчётливой алекситимии ($n=130$; 69,5%); обеднение реальных интересов, формирование избирательных сверхценных увлечений, в том числе аддикций ($n=111$; 59,4%). Выделены следующие типологические разновидности НССП при динамике РЛ в юношеском возрасте: «импульсивные» ($n=56$; 29,9%), «деперсонализационные» ($n=44$; 23,5%), «демонстративные» ($n=36$; 19,3%), «аддиктивные» ($n=28$; 15,0%), «самоистязающие» ($n=23$; 12,3%). Обнаружена предпочтительность выделенных вариантов типам РЛ: пограничному – «импульсивные» ($n=22$; 32,8%) и «аддиктивные» ($n=21$; 31,3%), шизоидному – «деперсонализационные» ($n=16$; 59,3%) и «самоистязающие» ($n=8$; 29,6%), нарциссическому – «импульсивные» ($n=15$; 30,6%), «деперсонализационные» ($n=16$; 32,7%) и «демонстративные» ($n=16$; 32,7%), тревожному РЛ – «импульсивные» ($n=13$; 46,4%) и «самоистязающие» ($n=12$; 42,9%), истерическому – «демонстративные» ($n=5$; 31,3%) и «импульсивные» ($n=7$; 43,8%) НССП. При оценке антивитаальной активности у больных с динамикой РЛ в юношеском возрасте и НССП была показана их высокая взаимосвязь с суйцидальным поведением и соответственно подтверждён суйцидальный риск. Из 187 больных – у 132 (70,6%) была обнаружена антивитаальная активность, включавшая суйцидальные мысли, намерения и попытки, 64 из них (34,2%) совершали суйцидальные попытки, а 42 больных (22,5%) из их числа – повторно. Лишь 55 больных (29,4%) не обнаруживали какую-либо антивитаальную активность. Таким образом, были выделены две группы среди изученных больных: 1) группа «суйцид-деинтегрированная» с отсутствием мотивации к лишению себя жизни, но со стремлением причинить себе телесный ущерб – 55 (29,4%) больных; 2) группа «суйцид-интегрированная» с антивитаальной активностью – 132 (70,6%) больных. Обнаружено, что на протяжении юношеского периода НССП возможны различные варианты трансформации, отражающие тяжесть динамики РЛ и коморбидных расстройств: 1. Трансформация в суйцидальную попытку ($n=76$; 40,7%). 2. Трансформация в менее травматичные формы аутоагрессивного поведения (косметическая коррекция, спорт) ($n=56$; 29,9%). 3. Отсутствие трансформации собственно НССП, не исключающее наличие суйцидальных дей-

ствий ($n=37$; 19,8%). 4. Трансформация импульсивного и деперсонализационного вариантов в аддиктивный и самоистязающие варианты ($n=18$; 9,6%). Таким образом, НССП при РЛ отличаются значительным многообразием их психопатологической основы, обусловленной, прежде всего, структурой РЛ а также коморбидными расстройствами и патопластическим возрастным фактором. Их взаимодействие с суицидальным поведением, видоизменение в пределах юношеского возраста носит нелинейный характер, что обосновывает их дальнейшее отдельное изучение и определяет научно-практическую значимость. Выводы: Несуицидальные самоповреждения при РЛ в юношеском возрасте могут рассматриваться как психопатологические феномены в структуре декомпенсации личностного расстройства, обусловленной патопластическим и патогенетическим влиянием юношеского возрастного фактора. Психопатологические характеристики в основе НССП неоднородны, обнаруживают высокую сопряженность с суицидальной активностью на протяжении всего юношеского периода.

Ключевые слова: юношеский возраст; несуицидальные самоповреждения; расстройство личности; суицид

Психопатологические синдромы, возникающие в рамках динамики расстройства личности (РЛ) в юношеском возрасте сопряжены с высоким риском развития аутоагрессивных действий, в том числе несуицидального характера. Многие исследователи подчеркивают значительное многообразие их проявлений, частую ассоциацию с суицидальным риском, а также опасностью серьёзных соматических повреждений, что и обосновывает их прицельное изучение [1, 2, 3]. Статистические данные о несуицидальных самоповреждениях среди юношей представлены в широком диапазоне от 8 до 46% [4, 5, 6]. По-видимому, это связано как с разницей в методологии исследований, так и с тем, что подростки часто маскируют и скрывают нанесённые ими повреждения и попадают в поле зрения психиатров лишь частично, как правило, в случае резкого ухудшения и утяжеления психического состояния. В связи с этим трудно производить подсчёт и иметь представления о масштабе несуицидальных самоповреждений (НССП) [7]. Большинство авторов также подтверждают их высокую частоту в популяции пациентов с РЛ [8, 9, 10, 11, 12]. По данным *P. Plener* [13] самоповреждающие действия без намерения лишения себя жизни среди подростков, госпитализированных в психиатрические стационары, составляет не менее 50%, ранее *DiClemente* с коллегами [14] в результатах своих исследований опубликовали данные о 61% пациентов.

В литературе имеется много указаний на взаимосвязь НССП и РЛ, при этом большая часть исследований посвящена пограничному РЛ (ПРЛ), так как лишь для этого типа в МКБ-10 и DSM V самоповреждающее поведение является одним из диагностических критериев. Отмечено, что 65-80% пациентов с ПРЛ совершают самоповреждения без суицидальных

намерений [15, 16, 17]. При этом имеются данные о НССП в рамках нарциссического РЛ [18], а также гистрионного, антисоциального и других РЛ [19, 20].

Самоповреждающие поступки нередко рассматриваются как отличное от суицидального поведения, но часто именно этот контингент пациентов совершают суицидальные попытки, в том числе завершённые [21, 22]. *Peterson J.* [23] с коллегами показали, что 70% среди обследуемых пациентов совершали однократные попытки, а 55% осуществляли их повторно. Большинство авторов при изучении несуицидальных самоповреждений, рассматривают его в качестве предикторов суицидальных попыток [24, 25, 26, 27, 28, 29], «входных ворот» [30] или в едином континууме суицида [31], и обнаруживающие высокую степень взаимосвязи именно в юношеском возрасте [32, 33, 34].

В отношении гендерных различий, сопоставимых данных и единого мнения нет до настоящего времени. Ряд авторов указывает, что НССП совершаются преимущественно женщинами [11, 35], другие сообщают, что самоповреждение одинаково распространено среди обоих полов [22, 36], при этом указывают на различия в выборе способа их нанесения [37, 38].

Таким образом, выявление *несуицидальных* самоповреждений при РЛ в период юношеской динамики, установление их связей с типом РЛ и коморбидными психопатологическими расстройствами, а также оценка суицидального риска остаётся одним из актуальных вопросов *клинической психиатрии*.

Цель исследования: определение клинико-психопатологических особенностей несуицидальных самоповреждений при РЛ в юношеском возрасте и коморбидных с ними психопатологических синдромов, установление

взаимосвязи с суицидальным поведением для выделения диагностических и прогностических критериев их оценки.

Материал и методы.

Исследование выполнено в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (г. Москва) в отделе юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н., профессор В.Г. Каледа).

Группа больных для настоящего исследования была сформирована на основе критериев включения:

1. Юношеский возраст больных на момент первичного обследования (16-25 лет).

2. Диагноз «Расстройство личности» (F60.X, F61.X) в соответствии с критериями адаптированной для РФ версии МКБ-10 (1998).

3. Несуицидальные самоповреждения (то есть самоповреждения, причинённые без намерения таким образом лишить себя жизни).

Критерии исключения:

1. Наличие у больных эндогенных психических заболеваний.

2. Наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Материалом настоящей работы явились данные обследования 187 больных (133 мужского и 54 женского пола) с НССП при РЛ в юношеском возрасте, обследованных в Клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН за период 2009-2018 гг.

Средний возраст этих больных к моменту первого стационарирования составил 18,2±2,3 лет. Основными методами были избраны клинико - психопатологический и метод ретроспективного анализа НССП.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью критерия Пирсона (χ^2), рассчитанного в программе Excel (Microsoft Office).

НССП были представлены широким диапазоном повреждений, начиная от незначительных расчесов и царапин до систематически наносимых однообразных порезов / ожогов. Они включали: обгрызание ногтей, обкусывание, расковыривание заусенцев или других неровностей на коже и препятствование заживлению ран, кусание губ, щек, шипки, расцарапывание участков тела или нанесение себе порезов острыми предметами, прижигание кожи, удары кулаком о твердые предметы. НССП были нерегулярными по частоте и объему, в некоторых случаях разнообразными по месту

нанесения и способу. Критика ограничивалась выбором наименее заметной постороннему взгляду локализации или попытками скрыть раны.

Социально-трудовой статус и уровень образования в изученной выборке на момент обследования, представленный в таблице 1, свидетельствует, что среди обследованных больных преобладали учащиеся средних и высших учебных заведений.

Таблица 1
Характеристика больных с НССП при РЛ по возрасту и социально-трудовому статусу на момент первичного обследования

Показатель	Выборка в целом		
	n	%	
Всего больных	187	100,0	
<i>Возраст начала заболевания</i>			
16-18	133	71,1	
19-21	39	20,9	
22-24	15	8,0	
<i>Трудовой статус</i>			
Школьник, учащийся колледжа	79	42,2	
Студенты ВУЗа (в т.ч., в академическом отпуске)	Младших курсов	78	41,7
	Старших курсов, аспирантуры	14	7,5
Специалист	2	1,1	
Неквалифицированный рабочий, служащий	5	2,7	
Не работает	9	4,8	
<i>Уровень образования</i>			
Неполное среднее	79	42,2	
Среднее специальное	22	11,8	
Неполное высшее	84	44,9	
Высшее	2	1,1	

Результаты и обсуждение.

Предварительный анализ клинических данных позволил выявить клинико - психопатологическую неоднородность состояний, сопряженных с несуйцидальными самоповреждающими поступками, и как следствие – разнообразие психопатологической основы механизмов возникновения несуйцидальных самоповреждений при формирующемся расстройстве личности.

Манифестация НССП возникала в период 13-16 лет, в условиях специфической субъективно тяжелой для каждого из больных ситуации, либо повторяющихся конфликтов с окружением, и реализовывалась всегда (в наших наблюдениях) на фоне уже имеющихся коморбидных с РЛ психопатологических расстройств – аффективных, невротических, аддиктивных. Многообразие психопатологических проявлений было обусловлено, в первую очередь, возрастным фактором на этапе динамики РЛ.

Были установлены следующие общие для изученных больных особенности их психического функционирования:

– независимо от доминирующего личностного радикала, обращала на себя внимание нестабильность самооценки и аффективная лабильность – 100% (n=187);

– обнаруживались явления отчётливой алекситимии. Больные сообщали, что испытывают только раздражительность, тревогу, тогда как затруднялись в описании и различении других эмоций и эмоций окружающих – 80,2% (n=160);

– отмечалось обеднение реальных интересов, либо формирование односторонних избирательных сверхценных увлечений, в том числе аддикций (экстремальные виды спорта, Интернет-зависимость) при снижении «витальных мечтаний» (о романтических взаимоотношениях, путешествиях, дальнейшей учёбе), свойственных юношескому возрасту и

стремлением к их осуществлению – 59,4% (n=111).

Выделены следующие основные типологические разновидности НССП при динамике РЛ в юношеском возрасте (табл. 2).

1. Импульсивные самоповреждающие действия (n=56; 29,9%), возникали внезапно по типу «аффективной вспышки», чаще в виде кратковременной тревожно-депрессивной реакции на высоте чрезвычайно выраженного по силе аффекта, сопровождалась эмоционально насыщенными чувствами напряжения, гнева, обиды, ощущением «невыносимости» состояния и совершались для облегчения состояния.

2. Деперсонализационные самоповреждающие действия (n=44; 23,5%), были связаны с нарушениями в сфере самосознания и явлениями ангедонии. Основная цель состояла в идентификации чувств, эмоций и собственной личности. В данном случае нанесение болезненных ощущений позволяло больным из этой группы «получить» эмоции и «вернуть ощущения», «почувствовать хоть что-нибудь».

3. Демонстративные самоповреждающие действия (n=36; 19,3%) – выполнялись при возникновении конфликтной ситуации с целью привлечь внимание кого-либо из окружающих, «доказать» силу своих страданий, а так же уменьшения «внутреннего напряжения» и ослабления аффекта, и были непосредственно связаны с неустойчивостью самооценки.

Таблица 2

Соотношение разновидностей НССП с различными типами РЛ

Распределение больных с различными типами РЛ по выделенным клинико-психопатологическим разновидностям изученных депрессий												
	Выделенные разновидности											
	Импульсивные		Деперсонализационные		Демонстративные		Аддиктивные		Самоистязующие		Итого	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных	56	29,9	44	23,5	36	19,3	28	15,0	23	12,3	187	100
Типы РЛ												
Пограничное РЛ (F60.31)	22	32,8	10	14,9	12	17,9	21	31,3	2	3,0	67	100
Шизоидное РЛ (F60.1)	1	3,7	16	59,3	0	0	2	7,4	8	29,6	27	100
Нарциссическое РЛ (F61.0)	15	30,6	16	32,7	16	32,7	2	4,1	0	0,0	49	100
Тревожное РЛ (F60.6)	13	46,4	1	3,6	1	3,6	1	3,6	12	42,9	28	100
Истерическое РЛ (F60.4)	5	31,3	1	6,3	7	43,8	2	12,5	1	6,3	16	100

4. Аддиктивные самоповреждающие действия ($n=28$; 15,0%) – соответствующие общепринятым критериям импульсивных влечений с появлением стремления к осуществлению побуждения с последующим доминированием в сознании, нарастанием аффективной напряженности с чувством удовлетворения при реализации.

5. Самоистязующие самоповреждающие действия ($n=23$; 12,3%) являлись результатом идей самообвинения, своеобразным актом самонаказания при завышенных, по мнению больных, требованиях окружающих или собственных проступках, и были обусловлены ощущением «неполноты и незавершенности», идеями собственной несостоятельности с направленностью вектора вины на собственное «Я», приобретая при этом обсессивную окраску.

В настоящем исследовании была проанализирована взаимосвязь типов РЛ с вариантами НССП. В результате были получены статистически достоверные корреляции ($\chi^2=111,091$; $p<0,01$) между типами РЛ и выделенными типологическими вариантами НССП. Было обнаружено (табл. 2), что при пограничном РЛ наиболее часто отмечались «импульсивные» и «аддиктивные» варианты, тогда как при шизоидном – «деперсонализационные», и в меньшей степени «самоистязующие». У нарциссических личностей – «импульсивные», «деперсонализационные» и «демонстративные» варианты. Также было установлено, что у больных с тревожным РЛ наиболее предпочтительны были «импульсивные» и «самоистязующие», а у истерических – «демонстративные», и в меньшей степени «импульсивные» НССП.

Среди коморбидных психопатологических синдромов, в нашем исследовании у всех изученных больных регистрировались аффективные расстройства, от коротких депрессивных эпизодов до различных по длительности очерченных фаз. В целом, у всех больных отмечалась аффективная и эмоциональная лабильность на протяжении всего юношеского периода, которые формировали непрерывную патологическую динамику РЛ. Таким образом, отсутствие эутимии в данном случае значительно осложняло дифференциальную диагностику между собственно аффективной патологией и другими психопатологическими расстройствами в юношеском возрасте.

Кроме выявленных РЛ с облигатной для юношеского возраста аффективной патологией, были диагностированы и другие коморбидные психопатологические синдромы, которые также отличались возрастным полиморфизмом. Причём они нередко возникали последовательно, а иногда и сосуществовали одновременно. Например, у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами, чаще представленными социофобией, одновременно обнаруживались сверхценные расстройства дисморфофобического / метафизического / ипохондрического содержания. Тревожные (агорафобия с паническими атаками) и соматоформные расстройства сопровождались поведенческими нарушениями, в том числе, аддиктивными расстройствами в виде Интернет-зависимости, игромании, увлечения экстремальными видами спорта, аддиктивным перееданием [39], что сопровождалось некоторой аутизацией больных с заменой личных контактов общением в социальных сетях.

Психопатологические характеристики в основе несуйцидальных самоповреждений оказались более разнообразны и сложны, чем категории МКБ, нашедшие отражение в диагнозах больных. Это в том числе следствие характерного для юношеской клиники психических расстройств полиморфизма проявлений, которое не находит адекватного описания в универсальных классификациях.

В нашем исследовании также было проанализировано наличие взаимосвязи НССП с суйцидальным поведением. Для этого изучались корреляции с суйцидальной активностью у больных при первичном обследовании с НССП и на протяжении юношеского периода.

При оценке антивитальной активности у больных с динамикой РЛ в юношеском возрасте и НССП была показана их высокая взаимосвязь с суйцидальным поведением и соответственно подтверждён суйцидальный риск (табл. 3).

Как видно из представленных в таблице 3 данных, из 187 больных – у 132 (70,6%) была обнаружена антивитальная активность, включавшая суйцидальные мысли, намерения и попытки, 64 из них (34,2%) совершали суйцидальные попытки, а 42 больных (22,5%) из их числа – повторно. Лишь 55 человек (29,4%) не обнаруживали какую-либо антивитальную активность.

Соотношение разновидностей НССП с антивитаальной активностью

Показатель		Выделенные разновидности НССП												
		Импульсивные		Деперсонализационные		Демонстративные		Аддитивные		Самоистязательные		Итого		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Всего больных		56	100	44	100	36	100	28	100	23	100	187	100	
Антивитаальная активность														
1 группа. Суициддеинтегрированная		18	32,1	23	52,3	6	16,7	7	25,0	1	4,3	55	29,4	
2 группа. Суицид-интегрированная	Всего больных	38	67,9	21	47,7	30	83,3	21	75,0	22	95,7	132	70,6	
	Суицидальные мысли	27	48,2	21	47,7	25	69,4	21	75,0	19	82,6	113	60,4	
	Суицидальные намерения	14	25,0	20	45,5	30	83,3	7	25,0	14	60,9	85	45,5	
	Суицидальные попытки	Всего больных	22	57,9	17	38,6	1	2,8	21	75,0	3	13,0	64	34,2
		Совершали повторные	17	30,4	13	29,5	1	2,8	11	39,3	0	0	42	22,5

Таким образом, были выделены две группы среди изученных больных, имеющих достаточно высокое статистическое различие ($\chi^2=19,44$; $p=0,00064$):

1) группа «суицид-деинтегрированная» с отсутствием мотивации к лишению себя жизни, но со стремлением причинить себе телесный ущерб – 55 (29,4%) больных;

2) группа «суицид-интегрированная» с антивитаальной активностью – 132 (70,6%) больных. В этой группе пациенты имели антивитаальное мировоззрение, совершали суицидальные попытки, при этом нередко сообщали, что самоповреждения являлись для них способом остановить суицидальные мысли или попытки, таким образом, облегчая свое состояние. Подобное поведение А.Р. Favazza [40] рассматривает как один из способов патологической копинг стратегии.

Такие больные отрицали суицидальные намерения, но в результате их действия носили аутодеструктивный характер, у больных обнаруживались соматические повреждения, требующие медицинского вмешательства. В случае самопорезов, ударов кулаков и т.д., повреждения были незначительными, медицинское вмешательство требовалось в минимальном объеме и лишь в случае дополнительного экзогенного фактора (психотравмирующие ситуации, приём алкоголя или ПАВ) могли привести к серьезным травмам.

По выделенным типологическим разновидностям самоповреждений, высокая антивита-

альная активность была выявлена во всех пяти вариантах. Следует отметить, что при «импульсивных» НССП суицидальные попытки совершались внезапно, на высоте состояния, и больные отмечали потерю «самоконтроля» в таких ситуациях. При «аддитивной» разновидности НССП попытки часто совершались на фоне употребления психоактивных веществ и / или алкоголя, а при «деперсонализационном» варианте, который часто возникал у больных со сверхценными расстройствами, антивитаальные размышления входили в структуру мировоззрения больных и попытки носили рационалистический характер. Также это обусловлено и наличием у больных таких конституционально-личностных черт, как эгоцентризм, импульсивность, категоричность суждений, снижение ценности жизни.

В рамках настоящего исследования была рассмотрена динамика РЛ и НССП в пределах юношеского возраста. Видоизменение психопатологии и поведения по окончании этого периода не входило в наши задачи и требует своего внимательного изучения в дальнейшем. Возвращаясь к фокусу настоящей публикации, обсудим взаимосвязь расстройств личности и несуйцидальных самоповреждений. Ряд авторов указывают, что НССП имеют собственную динамику и сочетаются между собой [41, 42, 43]. По нашему мнению, речь идёт, прежде всего, о тяжести юношеской динамики РЛ и коморбидных психопатологических расстройств, а НССП – это феномены, обладающие конгру-

энтностью и проходящие определённые этапы трансформации.

Таким образом, имеет место постепенное формирование устойчивой, пусть и патологической, личностной структуры сопровождающееся закреплением более «однозначной» типу РЛ психопатологии, что находит отражение и в поведенческих проявлениях, в том числе НССП. Варианты трансформации НССП при РЛ в период юношеского возраста таким образом вторичны и конгруэнтны по отношению к вариантам динамики РЛ. Выделены следующие сценарии:

1. Трансформация в суицидальную попытку – связаны с усилением интенсивности аффективных / сверхценных расстройств и отражают отрицательную динамику РЛ и степень тяжести коморбидных психопатологических расстройств – 40,7% (n=76).

2. Трансформация самоповреждающего поведения в менее травматичные формы аутоагрессивного поведения. При таком относительно благоприятном варианте у больных появлялось критическое отношение к совершённым действиям и осуществлению косметической коррекции – 29,9% (n=56).

3. Отсутствие трансформации собственно НССП, при этом не исключающее наличие суицидальных действий – 19,8% (n=37).

4. Трансформация импульсивного и деперсонализационного вариантов в аддиктивный и самоистязующие варианты, что обусловлено уменьшением влияния возрастного фактора, редукцией аффективной составляющей и амальгамированием компульсивных / аддиктивных расстройств с определённым типом РЛ на этапе динамики (относительно благоприятный) – 9,6% (n=18).

Таким образом, НССП при РЛ отличаются значительным многообразием их психопатологической основы, обусловленной, прежде всего, структурой РЛ а также коморбидными рас-

стройствами и патопластическим возрастным фактором. Их взаимодействие с суицидальным поведением, видоизменение в пределах юношеского возраста носит нелинейный характер, что обосновывает их дальнейшее отдельное изучение и определяет научно-практическую значимость.

Выводы:

1. Несуицидальные самоповреждения при РЛ в юношеском возрасте могут рассматриваться как психопатологические феномены в структуре декомпенсации личностного расстройства.

2. Психопатологические характеристики в основе НССП неоднородны, что позволило выделить следующие типологические разновидности: 1) импульсивные; 2) деперсонализационные; 3) демонстративные; 4) аддиктивные; 5) самоистязующие

3. Выявлены корреляции между типами РЛ и выделенными типологическими вариантами НССП. При пограничном РЛ – «импульсивные» и «аддиктивные» варианты, при шизоидном – «деперсонализационные» и «самоистязующие». У нарциссических личностей – «импульсивные», «деперсонализационные» и «демонстративные» варианты. При тревожным РЛ наиболее предпочтительны были «импульсивные» и «самоистязующие», а у истерических – «демонстративные» НССП.

4. Установлена высокая сопряженность несуйцидальных самоповреждений с суицидальной активностью на протяжении всего юношеского периода и соответственно подтверждён их суицидальный риск.

5. Несуицидальные самоповреждения на протяжении юношеского периода конгруэнтны по отношению к вариантам динамики РЛ, обусловленной патопластическим и патогенетическим влиянием юношеского возрастного фактора.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980; (1) 55.
2. Андроникова О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим викарным поведением. *Вестник ТГПУ*. 2009; 9 (87): 120-126.
3. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуйцидальных самоповреждений у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (7): 10-15.
4. Meltzer H., Griffiths C., Brock A., Rooney C., Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005.

Reference:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii [Diagnosis of suicidal behavior: Guidelines]. M., 1980; (1) 55. (In Russ)
2. Andronikova O.O. Osnovnye harakteristiki podrostkov s samopovrezhdajushhim viktimmym povedeniem [Main characteristics of adolescents with self-harming victim behavior]. *Vestnik TGPU*. 2009; 9 (87): 120-126. (In Russ)
3. Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S., Danilova L.Ju., Grachev V.V. Fenomenologicheskij analiz nesuicidal'nyh samopovrezhdenij u podrostkov [Phenomenological analysis of non-suicidal self-harm in adolescents]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017; 117 (7): 10-15. (In Russ)
4. Meltzer H., Griffiths C., Brock A., Rooney C., Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *Br. J.*

- Br. J. Psychiatry.* 2008. Jul; 193 (1): 73-6. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040550
5. Bjärehed J., Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther.* 2008; 37 (1): 26-37. doi: 10.1080/16506070701778951
 6. Yates T.M., Carlson E.A., Byron E. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology* 20 (2008), 651–671. doi: 0.1017/S0954579408000321
 7. Muehlenkamp J., Claes L., Havertape L., Plener P. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Children Adolescent Psychiatry Mental Health.* 2012; 6: 10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
 8. Klonsky D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychological Review.* 2007; 27 (2): 226–239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
 9. Haw C., Hawton K., Houston K., Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001; 178 (1): 48-54. doi: 10.1027//0227-5910.22.3.93
 10. Herpertz S., Sass H., Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res.* 1997; 31 (4): 451-65. doi: 10.1016/S0022-3956(97)00004-6
 11. Zlotnick C., Mattia J. L., Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187 (5): 296-301.
 12. Turner B.J., Dixon-Gordon K.L., Austin S.B., Rodriguez M.A., Zachary Rozental M., Chapman A.L. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research.* 2015; 230 (1): 28-35. doi: 10.1186/s40479-018-0093-9
 13. Plener P.L., Kaess M., Schmahl C., Pollak S., Fegert J.M., Brown R.C. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115 (3): 23–30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023
 14. DiClemente R.J., Ponton, L.E., Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1991; 30: 735–739. doi: 10.1097/00004583-199109000-00006
 15. Urnes O. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2009; 129 (9): 872-876. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140
 16. Winsper C., Hall J., Strauss V.Y., Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2017; 3; 4 : 10. doi: 10.1186/s40479-017-0060-x
 17. Brickman L.J., Ammerman B.A., Look A.E., Berman M.E., McCloskey M.S. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2014, 1: 14. Published online 2014 Sep 25. doi: 10.1186/2051-6673-1-14
 18. Dawood S., Schroder H.S., Donnellan M.B., Pincus A.L. Pathological narcissism and nonsuicidal self-injury. *Journal of Personality Disorders.* 2018; 32 (1): 87-108. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_291
 19. Ayodeji E., Green J., Roberts C., Trainor G., Rothwell J., Woodham A., Wood A. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *Br J Psychiatry.* 2015; 207 (4): 313-319. doi: 10.1192/bjp.bp.113.138941
 20. Lenkiewicz K., Racicka E., Bryńska A. Self-injury – placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. *Review of the literature. Psychiatr Pol.* 2017; 30; 51 (2): 323-334. doi: 10.12740/PP/62655
 21. Kumar G., Pepe D., Steer R.A. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J. of Nervous and Mental Disease.* 2004; 192 (12); 830-836. doi: 10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2
 22. Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal Youth Adolesc.* 2005; 34 (5): 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Psychiatry.* 2008. Jul; 193 (1): 73-6. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040550
5. Bjärehed J., Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther.* 2008; 37 (1): 26-37. doi: 10.1080/16506070701778951
 6. Yates T.M., Carlson E.A., Byron E. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology* 20 (2008), 651–671. doi: 0.1017/S0954579408000321
 7. Muehlenkamp J., Claes L., Havertape L., Plener P. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Children Adolescent Psychiatry Mental Health.* 2012; 6: 10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
 8. Klonsky D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychological Review.* 2007; 27 (2): 226–239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
 9. Haw C., Hawton K., Houston K., Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001; 178 (1): 48-54. doi: 10.1027//0227-5910.22.3.93
 10. Herpertz S., Sass H., Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res.* 1997; 31 (4): 451-65. doi: 10.1016/S0022-3956(97)00004-6
 11. Zlotnick C., Mattia J. L., Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187 (5): 296-301.
 12. Turner B.J., Dixon-Gordon K.L., Austin S.B., Rodriguez M.A., Zachary Rozental M., Chapman A.L. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research.* 2015; 230 (1): 28-35. doi: 10.1186/s40479-018-0093-9
 13. Plener P.L., Kaess M., Schmahl C., Pollak S., Fegert J.M., Brown R.C. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115 (3): 23–30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023
 14. DiClemente R.J., Ponton, L.E., Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1991; 30: 735–739. doi: 10.1097/00004583-199109000-00006
 15. Urnes O. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2009; 129 (9): 872-876. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140
 16. Winsper C., Hall J., Strauss V.Y., Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2017; 3; 4 : 10. doi: 10.1186/s40479-017-0060-x
 17. Brickman L.J., Ammerman B.A., Look A.E., Berman M.E., McCloskey M.S. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2014, 1: 14. Published online 2014 Sep 25. doi: 10.1186/2051-6673-1-14
 18. Dawood S., Schroder H.S., Donnellan M.B., Pincus A.L. Pathological narcissism and nonsuicidal self-injury. *Journal of Personality Disorders.* 2018; 32 (1): 87-108. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_291
 19. Ayodeji E., Green J., Roberts C., Trainor G., Rothwell J., Woodham A., Wood A. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *Br J Psychiatry.* 2015; 207 (4): 313-319. doi: 10.1192/bjp.bp.113.138941
 20. Lenkiewicz K., Racicka E., Bryńska A. Self-injury – placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. *Review of the literature. Psychiatr Pol.* 2017; 30; 51 (2): 323-334. doi: 10.12740/PP/62655
 21. Kumar G., Pepe D., Steer R.A. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J. of Nervous and Mental Disease.* 2004; 192 (12); 830-836. doi: 10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2
 22. Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal Youth Adolesc.* 2005; 34 (5): 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z

23. Peterson J., Freedenthal S., Sheldon C., Andersen R. Nonsuicidal self-injury in adolescents psychiatry. *Edgmont*. 2008; 5 (11): 20-26.
24. Andover M.S., Morris B.W., Wren A., Bruzese M.E. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012; 6 (1): 11-11. doi:10.1186/1753-2000-6-11
25. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., Vitiello B., Keller M., Birmaher B., McCracken J., Mayes T., Berk M., Brent D.A. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J. American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 2011; 50 (8): 772-7781. doi: 10.1016/j.jaac.2011.04.003
26. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*. 2012; 32 (6): 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
27. Tang J., Yu Y., Wu Y., Du Y., Ma Y., Zhu H. et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PLoS one*. 2011; 6 (4), e17977.
28. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J., Purington A., Baral Abrams G., Barreira P., et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 52 (4): 486-492. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010
29. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C., Dubicka B., Goodyer, I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (5): 495-501. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718
30. Grandclerc S., Labrouhe D., Spodenkiewicz M., Lachal J., Marie-Rose Moro M. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS ONE*. 2016; 11 (4): e0153760. doi: 10.1371/journal.pone.0153760
31. Curtis C. Non-suicidal self-injury: Suicide risk or social activity? *New Zealand Journal of Psychology*. 2017; 46 (3): 106-114.
32. Chartrand H., Bhaskaran J., Sareen J., Katz L.Y., Bolton J.M. Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients. *Canadian J. Psychiatry*. 2015; 60 (6): 276-283. doi: 10.1177/070674371506000606
33. Horvath O.L., Butcher G., Balazs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2015 Mar; 17 (1): 14-22.
34. Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J. Nonsuicidal self-injury and suicidality among sexual minority youth: risk factors and protective connectedness factors. *Acad Pediatr*. 2017 Sep - Oct; 17 (7): 715-722. doi: 10.1016/j.acap.2016.11.002
35. Ogunidipe L.O. Suicide attempts v. deliberate self-harm. July 1999; 175 (1): 90. Published online: 03 January 2018 <https://doi.org/10.1192/bjp.175.1.90a>
36. Jacobson C.M., Gould M. The Epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch. Suicide. Res.* 2007; 11 (2): 129-147. doi: 10.1080/13811110701247602
37. Sornberger M.J., Heath N.L., Toste J., McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents article (pdf available). *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42 (3): 266-278. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x · Source: PubMed
38. Yang X., Xin, M. "Boy crisis" or "girl risk"? the gender difference in nonsuicidal self-injurious behavior among middle-school students in china and its relationship to gender role conflict and violent experiences. *Am J Mens Health*. 2018; 12 (5): 1275-1285. doi: 10.1177/1557988318763522
39. Рукавишников И.А. Патофизиологические аспекты нарушения пищевого поведения (аддикции переедания): Автореф. дис... канд. мед. наук. Новосибирский ГМУ. Новосибирск, 2006. 22 с.
23. Peterson J., Freedenthal S., Sheldon C., Andersen R. Nonsuicidal self-injury in adolescents psychiatry. *Edgmont*. 2008; 5 (11): 20-26.
24. Andover M.S., Morris B.W., Wren A., Bruzese M.E. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012; 6 (1): 11-11. doi:10.1186/1753-2000-6-11
25. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., Vitiello B., Keller M., Birmaher B., McCracken J., Mayes T., Berk M., Brent D.A. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J. American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 2011; 50 (8): 772-7781. doi: 10.1016/j.jaac.2011.04.003
26. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*. 2012; 32 (6): 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
27. Tang J., Yu Y., Wu Y., Du Y., Ma Y., Zhu H. et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PLoS one*. 2011; 6 (4), e17977.
28. Whitlock J., Muehlenkamp J., Eckenrode J., Purington A., Baral Abrams G., Barreira P., et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 52 (4): 486-492. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010
29. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C., Dubicka B., Goodyer, I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168 (5): 495-501. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718
30. Grandclerc S., Labrouhe D., Spodenkiewicz M., Lachal J., Marie-Rose Moro M. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS ONE*. 2016; 11 (4): e0153760. doi: 10.1371/journal.pone.0153760
31. Curtis C. Non-suicidal self-injury: Suicide risk or social activity? *New Zealand Journal of Psychology*. 2017; 46 (3): 106-114.
32. Chartrand H., Bhaskaran J., Sareen J., Katz L.Y., Bolton J.M. Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients. *Canadian J. Psychiatry*. 2015; 60 (6): 276-283. doi: 10.1177/070674371506000606
33. Horvath O.L., Butcher G., Balazs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2015 Mar; 17 (1): 14-22.
34. Taliaferro L.A., Muehlenkamp J.J. Nonsuicidal self-injury and suicidality among sexual minority youth: risk factors and protective connectedness factors. *Acad Pediatr*. 2017 Sep - Oct; 17 (7): 715-722. doi: 10.1016/j.acap.2016.11.002
35. Ogunidipe L.O. Suicide attempts v. deliberate self-harm. July 1999; 175 (1): 90. Published online: 03 January 2018 <https://doi.org/10.1192/bjp.175.1.90a>
36. Jacobson C.M., Gould M. The Epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch. Suicide. Res.* 2007; 11 (2): 129-147. doi: 10.1080/13811110701247602
37. Sornberger M.J., Heath N.L., Toste J., McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents article (pdf available). *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42 (3): 266-278. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x · Source: PubMed
38. Yang X., Xin, M. "Boy crisis" or "girl risk"? the gender difference in nonsuicidal self-injurious behavior among middle-school students in china and its relationship to gender role conflict and violent experiences. *Am J Mens Health*. 2018; 12 (5): 1275-1285. doi: 10.1177/1557988318763522
39. Рукaвишников И.А. Патoфизиoлoгические аспекты нарушения пищевого поведения (аддикции переедания): Автореф. дис... канд. мед. наук. Новосибирский ГМУ. Новосибирск, 2006. 22 с. (In Russ)

40. Favazza A.R. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 2006 Jun; 117 (6): 2283-2284. doi: 10.1542/peds.2006-0840
41. Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R. et al. The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999; 29 (2): 150-164.
42. Sands R.G., Dixon S.L. Adolescent crisis and suicidal behavior: Dynamics and treatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1986; 3 (2): 109-122.
43. Пичиков А.А., Попов Ю.В., Яковлева Ю.А. Динамика самоповреждающего поведения и суицидальное фантазирование в подростковом возрасте. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; (4): 80-85.
40. Favazza A.R. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 2006 Jun; 117 (6): 2283-2284. doi: 10.1542/peds.2006-0840
41. Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R. et al. The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999; 29 (2): 150-164.
42. Sands R.G., Dixon S.L. Adolescent crisis and suicidal behavior: Dynamics and treatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1986; 3 (2): 109-122.
43. Pichikov A.A., Popov Ju.V., Jakovleva Ju.A. Dinamika samopovrezhdajushhego povedenija i suicidal'noe fantazirovanie v podrostkovom vozraste [Dynamics of self-injurious behavior and suicidal fantasy in adolescence]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva*. 2016; (4): 80-85. (In Russ)

NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND ITS RELATION TO SUICIDAL BEHAVIOR IN YOUTH PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

E.S. Krylova, A.A. Beburishvili, V.G. Kaleda

Mental Health Research Center, Moscow, Russia; krylovaes@gmail.com, beburishvili@gmail.com

Abstract:

Objectives: establishing psychopathology of NSSIs in young adult patients with PD and different comorbid disorders, finding any relation to suicidal behavior in order to improve diagnostic evaluation and establish more accurate prognosis. **Material and methods:** 187 patients (133 male and 54 female) aged 18.5±2.3 at the moment of the first hospital admission were assessed clinically and retrospectively in terms of psychopathological disorders. **Results:** We established the most common features of psychological functioning in the cohort we studied: instability of affects and self-esteem (n=187; 100%); alexithymia (n=130; 69.5%); reduction of spectrum of life interests towards overvalued or addictive activities. Our observation supports the idea of psychopathological basis for any NSSI in young patients with PD. The following psychopathological types of NSSI in this group of patients are derived: Impulsive (n=56; 29.9%), Depersonalization-related (n=44; 23.5%), Demonstrative (n=36; 19.3%), Addictive (n=28; 15.0%), Self-torture-directed (n=23; 12.3%). These types of PD correlate with the following types of NSSI: in patients with BPD the most common NSSI are impulsive (n=22; 32.8%) and addictive (n=21; 31.3%); with schizoid PD - depersonalization-related (n=16; 59.3%) and self-torture directed (n=8; 29.6%); with narcissistic PD – impulsive (n=15; 30.6%), depersonalization-related (n=16; 32.7%) and demonstrative (n=16; 32.7%); with avoidant PD – impulsive (n=13; 46,4 %) and self-torture-directed (n=12; 42,9%); and for histrionic PD – demonstrative (n=5; 31.3%) and impulsive (n=7; 43.8%) NSSI. 70.6% of patients (n=132) in the study reported suicidal ideation and activities, so demonstrated high suicidal risk. 34.2% committed suicide attempts (22.5 – more than once). Only 29.4% of patients reported no suicide related activities. Thus, two groups of patients were outlined: patients with NSSI and suicide-integrated behaviors and patients with NSSI and suicide-disintegrated behaviors. Further observation of studied patients within their youth period showed different scenarios of NSSI behavior: 1. Transformation of NSSI to suicidal attempt (n=76; 40.7%); 2. NSSI changes into the less traumatic behavior (e.g. sports) (n=56; 29.9%); 3. No changes in NSSI (not excluding suicidal behavior as well) (n=37; 19.8%); 4. Impulsive and depersonalization-related NSSIs turn into addictive or self-torture-directed NSSIs (n=18; 9.6%). These research results are to be continued to improve NSSI patients management and suicide prevention in young adults population. **Conclusion:** NSSI in youth patients with PD in terms of the psychopathology are considered as the part of personality pathology dynamics, related to specific biological and psychosocial age influence. NSSIs are themselves different in their psychopathological character and are strongly related to suicidal behavior over the entire youth age period.

Keywords: young adults, youth, adolescence, non-suicidal self injury, NSSI, personality disorder, suicide

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Калед В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 48-57. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57

For citation: Krylova E.S., Beburishvili A.A., Kaleda V.G. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 48-57. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ В КОНТЕКСТЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ: АДАПТИВНЫЕ, ЗАЩИТНЫЕ И НЕАДАПТИВНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА СМЕРТЬ У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, Г.И. Семикин, С.Н. Озоль, С.А. Чубина

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева», г. Москва, Россия

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана», г. Москва, Россия

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Рязань

ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», г. Тула, Россия

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009; Researcher ID: F-4213-2014). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева». Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X; Researcher ID: C-2922-2016). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6574-0189; ORCID iD: 0000-0001-8976-715X; Researcher ID: P-8907-2016). Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdogovie@bk.ru

Семикин Геннадий Иванович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5288-9719; ORCID iD: 0000-0003-2825-7089; Researcher ID: T-9092-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой «Здоровьесберегающие технологии и адаптивная физическая культура» ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: Россия, 105005, г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 5, стр. 1. Электронный адрес: semikin@bmstu.ru

Озоль Сергей Николаевич (SPIN-код: 3074-1321; ORCID iD: 0000-0003-1949-8411; Researcher ID: U-4483-2017). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9. Электронный адрес: ozolsergey7@gmail.com

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт (ORCID iD: 0000-0002-9112-2737; Researcher ID: U-4432-2017). Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: Россия, 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Электронный адрес: sonyaost@yandex.ru

Смерть означает конец индивидуального времени, поэтому временная перспектива личности и, шире, переживание длительности «я» оказывают влияние на отношение к смерти. Цель исследования: определить адаптивные, дезадаптивные и защитные отношения к смерти, исходя из индивидуальных временных ориентаций, жизнестойкости и сбалансированности временной перспективы. Материал: выборка 967 человек (457 юношей, 503 девушек, у 7 человек пол не указан, возраст 17-37, $M=20$, $SD=1.97$). Методики: «Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо», «Тест жизнестойкости», краткий вариант опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». Результаты: Индекс ОБВП (отклонения от сбалансированной временной перспективы) и общий балл «Жизнестойкости» вносили значимый вклад во все показатели отношений к смерти и определяли от 1,2% дисперсии (для показателя «Страх последствий для личности») до 15,8% (для показателя «Принятие смерти как бегства»). Более подробный регрессионный анализ с учётом отдельных временных ориентаций и показателей жизнестойкости позволил точнее определить вклад этих переменных в исследуемые конструкты: от 3,6% дисперсии (для показателя «Нейтральное принятие смерти») до 18,6% (для показателя «Принятие смерти как бегства»). Качественный анализ регрессионных моделей дал возможность определить адаптивные, дезадаптивные и защитные отношения к смерти у молодых взрослых. К адаптивным были отнесены «Страх последствий смерти для личности», «Страх последствий для близких», «Нейтральное принятие смерти», к дезадаптивным – «Принятие смерти как бегства», «Страх забвения»; «Страх смерти», «Избегание темы смерти» и «Принятие приближение смерти», а также «Страх трансцендентных последствий», «Страх последствий для тела» проявили себя как защитные взгляды на смерть. Выводы: Были выделены адаптивные, неадаптивные и защитные способы осмыслить смерть с позиции личностно-временной целостности человека. Такая систематизация взглядов на смерть призвана помочь практикующим специалистам в области суицидо-

логии определить вектор психологической коррекции: какие страхи пациентов можно нормализовать, а с какими следует работать для понижения их значимости через изменение отношения к жизненной истории.

Ключевые слова: теория управления страхом смерти, отношение к смерти, страх смерти, длительность «я», временная перспектива, жизнестойкость

Понятия времени и смерти тесно взаимосвязаны: время конечно, прерывисто, определяется через завершение интервалов, смерть же является последней границей индивидуального времени. Близость к смерти или сильное напоминание о ней действуют как некое прерывание текущего опыта жизни человека и приводят к осознанной или бессознательной смене траектории поведения и даже жизненных взглядов. Теория управления страхом смерти (terror management theory, ТМТ) приводит многочисленные примеры таких бессознательных изменений, выделив три базовых механизма, которые помогают сохранить психологическое равновесие перед угрозой осознания собственной смертности: культурный буфер тревоги, самооценку и надёжную привязанность [1, 2]. Кроме того, в рамках этой концепции было замечено, что этой же функции служит чувство ностальгии, которое восстанавливает переживание длительности «я» (self-continuity, [3, 4]) и общее ощущение включенности в более широкий временной контекст [5]. Эти результаты также соответствуют теории управления смыслом, которая утверждает, что отношения к жизни и смерти связаны как сообщающиеся сосуды, и смерти придается излишняя значимость тогда, когда жизнь человека недостаточно наполнена смыслом, или он его недостаточно осознает [6].

Теории управления страхом смерти отчасти противостоит теория посттравматического роста (posttraumatic growth theory, РТГ), которая утверждает, что люди в тяжелых жизненных ситуациях близости к смерти могут испытывать личностный рост: переосмысливать свою жизнь и переориентироваться на внутренние ценности, замечать новые возможности, больше ценить жизнь, формировать более глубокие отношения с окружающими [7, 8]. При этом авторы теории замечают, что люди не достигают очень высокого уровня душевного благополучия, у них наблюдаются руминации и повторяющиеся мысли о травмирующем событии. Было проведено исследование [9], призванное разграничить сферы действия ТМТ и РТГ. Оказалось, что на уровень посттравматического роста влияет сила напоминания о смерти (чем ближе человек оказывался к смерти, например, при землетрясении, тем больше он «рос»), а также уровень когнитивной обработки – время и глубина обдумывания опыта смерти.

Быстрое и поверхностное напоминание о смерти скорее приведёт к защитному ответу, чем глубокое и растянутое по времени, считают исследователи.

Между тем, в нарративной психологии считается, что нарушения длительности «я» могут возникать из-за тяжёлых жизненных событий, потерь, а могут и просто из-за крупных приятных или неприятных внешних изменений в жизни (потеря или разрыв с любимым, начало новых любовных отношений, потеря или обретение друзей, тяжелая болезнь или смерть близкого человека, переезд, смена профессии). М. Chandler использует термин «перемены», «изменения» (change) – он является ключевым в его концепции различных типов длительности «я» [10], но другие авторы предпочитают говорить о «разрывах», «прерываниях» длительности (discontinuities, disruptions) [11, 12]. Чем больше таких событий в жизни человека, тем больше автобиографическая память помогает залатать эти «бреши», но только в сочетании с аргументированием и нарративным встраиванием [12]. Bauer J.J. и Vonanno G.A. [11] утверждают, что преобразование прерывания длительности в длительность «я» представляет собой форму развития идентичности. Это развитие способствует пониманию своей жизни с течением времени и приводит к улучшению адаптации. Конструирование личной жизненной истории зависит от способности интернализировать значимые качества прошлых целей и отношений и рассматривать эти качества и отношения как находящие своё проявление в собственной деятельности в настоящем. В нарративной практике такую деятельность называют «пересочинением личной истории» [13]. Человека побуждают вспоминать уникальные жизненные события, характеризующие его как личность, выстроить из них некую закономерность и спроецировать в будущее в форме ожиданий, мечтаний, подробного планирования действий.

Нарративные психологи утверждают [14], что сама нарративная идентичность должна демонстрировать некоторую тематическую, эмоциональную и когнитивную длительность, то есть *постоянство*, характерные способы, которыми люди осмысливают свою жизнь. Chandler, исследуя длительность «я» у суицидальных и несуйцидальных подростков [15, 16], замечает, что длительность «я» является

важным качеством идентичности, которая должна оправдывать разнообразные проявления индивидуальности человека. Он также употребляет термин *persistence* (упорство, постоянство, стойкость), как качество длительности «я», «которое делает нас ответственными за наше прошлое и инвестирует в наше ещё не реализованное будущее» [16]. Он называет длительность «я» стержнем, на котором держится историческое «я». «Если мы не можем понять, почему наше прошлое и предполагаемое будущее являются нашим личным прошлым и будущим, это значит, что у нас не получается жить в соответствии с одним из главных определяющих условий самости (*selfhood*), и мы перестаём быть уникальными личностями в собственных глазах и в глазах других людей», пишет он [16]. Хотя длительность «я» не обязательно осознаётся, она, тем не менее, поддерживает тон и качество самосознания человека и часто становится доступной осознанию в кризисные моменты и переходные времена. Автор также считал, что наше психологическое благополучие зависит от «защитного убеждения, что наше “я” простирается вперед и назад во времени» [16].

Таким образом, длительность «я» – это не всегда осознаваемое ощущение единства и связности, ощущение уникальности своего «я» (возможность посчитать себя только один раз, как говорит Chandler), и оно состоит из значимых, конституирующих «я» воспоминаний о прошлом, длящихся отношений и целей, а также связывающих деятельность человека ценностей. Человек неизбежно претерпевает изменения в процессе жизни, как онтогенетические, так и просто событийные, и преодолевает эти прерывания длительности путём развития и «связывания» опыта – аргументирования, рассуждений. Сильные потрясения приводят к серьёзным прерываниям длительности «я», когда человек уже не может идентифицироваться со своим прошлым, настоящим и будущим, «присвоить» их себе.

В нарративной психологии длительность «я» преимущественно исследуется качественными методами, однако новейшие исследования показывают, что для косвенного измерения этого конструкта подходит «Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо и индекс отклонения от сбалансированной временной перспективы (ОБВП). БВП (сбалансированная временная перспектива) предполагает высокий показатель позитивного прошлого (ПП, *Sedikides* в ряде начальных исследований измерял им ностальгию [3]), умеренно высокий показа-

тель будущего (Б, долгосрочные цели), умеренно высокий показатель гедонистического настоящего (ГН, отношения, впечатления в настоящем, «вкус жизни»), и низкие показатели негативного прошлого (НГ, травма, сожаления) и фаталистического настоящего (ФН, собственно прерывание, неверие в свои силы и способность действовать) [17].

Ещё в 1999 году, предсказывая выявление БВП, Зимбардо и Бойд описали её как «ментальную способность эффективно переключаться между разными ВП в зависимости от характеристик задачи, учета ситуации и личных ресурсов, вместо приверженности какой-то одной ВП, что не является адаптивным в разнообразных ситуациях» [18]. БВП искали через иерархический кластерный анализ профилей [19] и метод отсечений (*cut-off scores*, [20]), и в итоге остановились на вычислении отклонения от БВП (ОБВП, [17]), сами же баллы БВП были выведены на основе предсказаний самого Зимбардо и анализа всего массива международных выборок. Это континуальный, нормально распределённый индикатор с высокой конвергентной валидностью, по сравнению с другими двумя методами [21].

БВП коррелирует с такими переменными как эмоциональный интеллект [22], осознанность [23], такими качествами темперамента как живость и (негативно) эмоциональная реактивность [24], с развитыми исполнительными функциями [25]. Люди с БВП чаще переживают хорошее настроение [26], у них ниже стресс и меньше тревоги [27], меньше проявлений ПТСР после травматических переживаний [24]. Они также иначе переживают время: им кажется, что оно течёт медленнее, на них меньше давят временные рамки, они переживают меньше скуки и рутины [28]. Ещё они больше удовлетворены своими романтическими отношениями [29].

Помимо отношений к смерти и временной перспективе мы измеряли жизнестойкость участников. Понятие жизнестойкости (*hardiness*) было введено в психологию Кобаса и Мадди [30, 31] и изначально описывало характеристики человека, способного успешно справиться с (преимущественно) рабочим стрессом. Было выделено три сферы: вовлечённость (увлечённость своим делом), контроль (принятие ответственности за свою деятельность) и принятие риска (готовность принимать вызовы ситуации, рисковать в работе). Но затем Мадди стал считать эти жизнестойкие отношения к делу операционализацией экзистенциального мужества [32], то есть распростра-

нил их за пределы рабочей среды на всю жизнь человека. «Жизнестойкие отношения структурируют, что вы думаете о своих взаимодействиях с миром вокруг себя, и обеспечивают вам мотивацию делать то, что трудно» [31]. Мы предположили, что эта переменная, как её охарактеризовал автор, даёт дополнительное к временной перспективе измерение длительности «я» - упорство и стойкость.

Мы предположили, что отношения к смерти и страхи смерти будут коррелировать с разными временными перспективами таким образом, что возможно будет выделить адаптивные (неконфликтные, вписывающиеся в позитивные представления о себе и своей жизни), защитные (амбивалентные) и неадаптивные (вписывающиеся в негативные представления о себе и своей жизни) взгляды на смерть. Мы поставили перед собой цель проверить описанные выше теории на обширной выборке молодых взрослых и выяснить, какие отношения к смерти оказываются наиболее благоприятными для человека, позволяя ему эффективно функционировать. Ранее мы анализировали отдельные выборки студентов разных специальностей и описали отношения к смерти, характерные для разных профессиональных сред [33], однако более объёмная выборка (около 1000 человек) позволяет лучше понять общие психологические закономерности связи отношений к смерти и времени.

Исследование имеет и прикладное значение в области суицидологии. Ранее мы выяснили, что для людей в остром постсуициде характерен повышенный профиль страхов смерти [34]. Хотя многие клиницисты-практики считают, что все страхи смерти играют защитную, антисуицидальную функцию, и даже предпочитают нагнетать эти переживания в психотерапии, на наш взгляд, страх может являться дополнительным стрессором, приводить к самостигматизации [35, 36]. Выделение адаптив-

ных, неадаптивных и защитных страхов и отношений к смерти на выборке нормы уточнит, какой взгляд на смерть является более благополучным, то есть куда должен быть направлен вектор психологической коррекции суицидальных пациентов. Дальнейшее содержательное исследование этих переменных у суицидентов и психиатров по представленной схеме также поможет понять специфику отношений к смерти в терминах длительности «я» (жизнестойкости и временной направленности) у этой категории пациентов и у тех, кто их лечит, так как, исходя из теорий управления страхом смерти и посттравматического роста, это особые группы людей, которые могут иметь свой, отличный от нормативного, взгляд на смерть, который способен влиять на психотерапевтический рапорт, затруднять или облегчать общение и реабилитацию.

Материал и методы.

Характеристика выборки. Сводная выборка составила 967 человек (табл. 1): 457 респондентов были юношами, 503 – девушками, у 7 человек пол не был указан. Возраст участников от 17 до 37 (M=20, SD=1,97).

Участие в исследовании проходило очно, в рамках коллективных занятий, и являлось добровольным.

Инструменты (в порядке предъявления):

1. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо [18, адаптация 37], раскрывающий позитивную и негативную оценку прошлого и настоящего, а также будущего опрашиваемого. Кроме того, мы рассчитывали ОБВП по формуле [17], и низкий показатель соответствовал меньшему расхождению с идеальной БВП, а высокий – с высоким расхождением.

2. Опросник жизнестойкости [38, адаптация 39], измеряющий общую жизнестойкость личности, вовлеченность в деятельность, контроль над ней и готовность рисковать, отвечать на вызовы среды.

Таблица 1

Демографические показатели сводной выборки

Показатель	Москва, ГУУ, n=156	Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, n=283	Рязань РГМУ, n=122	Тула, МИ ТГУ n=83	Чебоксары ЧГУ n=323
Возраст	18-24 M=19,79 SD=1,1	17-22 M=19,00 SD=0,67	17-22 M=19,00 SD=0,67	16-28 M=21,23 SD=2,44	17-37 M=20,2 SD=2,3
Пол	39 юношей, 117 девушек	280 юношей, 3 девушки	29 юношей, 88 девушек, 5 не указано	20 юношей, 62 девушки, 1 не указан	89 юношей, 233 девушек, 1 не указан
Специализация	Психология, социология, менеджмент	Инженерное дело	Лечебное дело	Лечебное дело	Лечебное дело, стоматология, психология, юриспруденция, менеджмент

Таблица 2

Корреляции опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» с методиками измерения длительности «я»

Показатель	НП	ГН	Б	ПП	ФН	ОБВП	В	К	Р	Ж
1. ППС	0,15***	0,13***	-0,07*	0,09**	0,26***	0,10**	-0,14***	-0,16***	-0,22***	-0,20***
2. ИТС	-0,09**		0,21***	0,22***	-0,07*	-0,20***	0,23***	0,15***	0,07*	0,17***
3. СС	0,16***	0,08*		0,13***	0,13***		-0,16***	-0,20***	-0,20***	-0,21***
4. ПСБ	0,30***	0,13***	-0,18***	-0,13***	0,34***	0,30***	-0,36***	-0,28***	-0,39***	-0,39***
5. НПС	-0,08*		0,11**		-0,13***	-0,10**	0,12**	0,08*	0,15***	0,13***
6. ПДЛ		0,07*	0,17***	0,10**	-0,08*	-0,10**	0,09**			
7. ПДТ	0,25***	0,17***			0,25***	0,16***	-0,22***	-0,20***	-0,34***	-0,29***
8. ТП	0,14***	0,12***		0,10**	0,14***		-0,09*	-0,15***	-0,21***	-0,17***
9. ПДБ			0,19**	0,17***	-0,09**	-0,12***	0,16***	0,08*	0,08*	0,12***
10. СЗ	0,31***	0,09**	-0,11**	-0,11**	0,28***	0,26***	-0,34***	-0,27***	-0,35***	-0,36***
M	2,6	3,3	3,7	3,8	2,5	2,0	3,0	2,8	2,9	8,8
SD	0,76	0,56	0,56	0,58	0,67	0,75	0,49	0,44	0,54	1,33

ППС – Принятие-приближение смерти, ИТС – Избегание темы смерти, СС – Страх смерти, ПСБ – Принятие смерти как бегства, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ТП – трансцендентные последствия, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения. НП – Негативное прошлое, ГН – Гедонистическое настоящее, Б – Будущее, ПП – Позитивное прошлое, ФН – Фаталистическое настоящее, ОБВП – отклонение от сбалансированной временной перспективы, В – Вовлеченность, К – Контроль, Р – Принятие риска, Ж – Жизнестойкость.

Достоверность корреляций: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

3. Краткий опросник «Отношение к смерти» [40, адаптация 41] показывает различные отношения принятия, страха и избегания темы смерти в повседневной жизни.

4. Краткий опросник «Страх личной смерти» [42, адаптация 41] показывает страхи смерти в трех измерениях: внутриличностном, межличностном и надличностном, которые, в свою очередь, делятся на внутренние группы.

Обработка результатов проводилась в программе SPSS 20.0 с использованием корреляционного анализа Пирсона, иерархического регрессионного анализа и модерационного анализа в пакете PROCESS.

Результаты.

Корреляционный анализ.

Как видно из табл. 2, шкала «Принятие-приближение смерти» (вера в жизнь после смерти, в рай) на российской выборке оказалась положительно связана с негативной временной перспективой (шкалами «Негативного прошлого», «Фаталистического настоящего», негативно – со шкалой «Будущего»), однако она все же давала некоторый противовес и была слабо связана также с «Позитивным прошлым» и «Гедонистическим настоящим». Но при этом у неё наблюдалась отрицательная корреляция со всеми шкалами «Жизнестойкости» и положительная связь с ОБВП. То есть можно сказать, что это отношение является

противоречивой, неустойчивой позицией, скорее защитной.

Шкала «Избегание темы смерти» была отрицательно связана с негативной ВП (шкалами «Негативного прошлого» и «Фаталистического настоящего») и положительно – с позитивной ВП (шкалами «Будущего» и «Позитивного прошлого») и шкалами «Жизнестойкости», отрицательно коррелировала с ОБВП. То есть избегание, вытеснение страхов смерти оказалось не негативным, а скорее адаптивным явлением.

Шкала «Страх смерти» была положительно связана с негативной ВП и отрицательно – с «Жизнестойкостью», но при этом имела положительную корреляцию с «Позитивным прошлым» и «Гедонистическим настоящим», и этим отчасти перекликалась с «Принятием - приближением смерти» – это тоже неравновесная, несбалансированная позиция, в которой психологические защиты (гедонизм, ностальгия) сочетаются с низкой работоспособностью (жизнестойкостью). Связи с ОБВП не наблюдалось.

Шкала «Принятие смерти как бегства» оказалась наиболее неблагоприятной: она умеренно (на уровне 0,3; $p < 0,001$) положительно коррелировала с негативной ВП, отрицательно – с позитивной ВП (за исключением шкалы «Гедонистического настоящего») и шкалами «Жизнестойкости». Корреляция с ОБВП была также умеренно высокой для данных конструктов.

Шкала «Нейтральное принятие смерти» была наиболее благополучна, хотя её корреляции были невысоки. Она отрицательно коррелировала с негативной ВП, не имела корреляций с «Позитивным прошлым» и «Гедонизмом», зато была положительно связана со шкалой «Будущего» и шкалами «Жизнестойкости». Корреляция с ОБВП была отрицательной. По мнению авторов теории управления смыслом, это наиболее благоприятный взгляд на смерть, но и самый сложный.

«Страх последствий для личности» был положительно связан с позитивной ВП («Гедонистическим настоящим», «Будущим», «Позитивным прошлым»), с «Вовлечённостью», отрицательно – с «Фаталистическим настоящим» о ОБВП. Это страх за «Я», он представляется нам наиболее обыденным.

«Страх последствий для тела», напротив, отличается положительной корреляцией с негативной ВП, «Гедонистическим настоящим» и ОБВП, отсутствием связей с позитивной ВП, отрицательно связан со всеми шкалами «Жизнестойкости».

«Страх трансцендентных последствий» (неопределённости того, что произойдёт после смерти) положительно связан с негативной ВП, «Гедонистическим настоящим», «Позитивным прошлым», отрицательно – с «Жизнестойкостью». Связь с ОБВП отсутствует. То есть это неравновесная, несбалансированная позиция, которая требует психологических защит, по версии ТМТ.

«Страх последствий для близких» наиболее адаптивен из всех страхов: он положительно связан с позитивной ВП («Будущим» и «Позитивным прошлым», без «Гедонистического настоящего») и всеми шкалами «Жизнестойкости», и отрицательно – с «Фаталистическим настоящим» и ОБВП. Это заботливое отношение к родным, понимание, что им будет плохо, если респондента не станет.

«Страх забвения» наиболее проблемен: он умеренно (на уровне 0,3; $p < 0,001$) связан с негативной ВП («Негативным прошлым» и «Фаталистическим настоящим»), ОБВП, отрицательно – «Будущим» и «Позитивным прошлым», и столь же высоко отрицательно коррелирует со шкалами «Жизнестойкости».

Таким образом, можно выделить *адаптивное* отношение к смерти: это показатели «Нейтрального принятия» и «Избегания темы

смерти», а также «Страх за близких» и «Страх за свою личность»; *защитное* – «Страх смерти», «Принятие-приближение смерти» и «Страх трансцендентных последствий»; и *неадаптивное* отношение: «Принятие смерти как бегства», повышенный «Страх последствий для тела» и «Страх забвения».

Обобщенный иерархический регрессионный анализ и модерационный анализ.

Мы предположили, что индекс ОБВП и общий балл жизнестойкости будут вносить значимый вклад в каждое отношение или страх смерти, и для этого провели иерархический регрессионный анализ. Мы не ожидали, что этот вклад будет высоким, так как эти показатели дают лишь общее представление о позитивности или негативности временной перспективы и общей жизнестойкости, без деталей. Однако мы сочли эти показатели достаточно важными, хоть в небольшой степени, но определяющими личный взгляд человека на смерть.

Как видно из табл. 3, ОБВП на уровне 1% предсказывает балл по шкале «Принятие-приближение к смерти»: чем выше индекс (больше отклонение от «идеальной» ВП), тем больше человек верит в рай. После введения переменной жизнестойкости, индекс ОБВП перестаёт быть значимым, но сама жизнестойкость уже на уровне почти 4% определяет показатель по шкале: чем ниже балл «Жизнестойкости», тем он выше. Таким образом, исходя из этих данных, «Принятие-приближение к смерти» скорее можно отнести к неадаптивным взглядам на смерть, а не к защитным (конфликтным).

Показатель «Избегание темы смерти» оказался скорее адаптивным, поскольку вклад ОБВП в него отрицательный (малое отклонение от «идеальной» ВП), а жизнестойкости – положительный. Модерационный эффект еще более заострил эти отношения (рис. 1): низкий индекс ОБВП во всех случаях предсказывает высокий показатель по шкале, а низкая жизнестойкость при повышении индекса ОБВП способствует резкому снижению избегания. Этот результат свидетельствует в пользу теории нарушения буфера тревоги [43]: при высоком отклонении от сбалансированной ВП (преобладании негативной ВП и нехватке позитивного взгляда на свою жизнь) и снижении жизнестойкости человек перестает избегать мыслей и сообщений о смерти.

Таблица 3

Обобщённый иерархический регрессионный анализ: вклад длительности «я» в показатели отношений к смерти и страхи смерти

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Принятие-приближение смерти	<i>Шаг 1. R²=0,01, F(1,926)=9,104, p=0,003</i>					
	ОБВП	0,186	0,062	3,02	0,003	[0,07; 0,31]
	<i>Шаг 2. R²=0,037, F(2,925)=17,784, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,032	0,074	-0,43	0,671	[-0,18; 0,11]
Избегание темы смерти	Жизнестойкость	-0,213	0,042	-5,12	<0,001	[-0,3; -0,13]
	<i>Шаг 1. R²=0,038, F(1,926)=36,695, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,402	0,066	-6,06	<0,001	[-0,53; -0,27]
	<i>Шаг 2. R²=0,043, F(2,925)=20,679, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,304	0,081	-3,76	<0,001	[-0,46; -0,15]
	Жизнестойкость	0,097	0,045	2,13	0,034	[0,01; 0,19]
	<i>Модерация: R²_{change}=0,006, F(1,924)=5,959, p=0,015</i>					
	ОБВП	-0,249	0,084	-2,98	0,003	[-0,41; -0,09]
	Жизнестойкость	0,081	0,046	1,77	0,078	[-0,01; 0,17]
	ОБВП x Жизнестойкость	0,110	0,045	2,44	0,015	[0,02; 0,20]
Страх смерти	<i>Шаг 1. R²=0,001, F(1,926)=0,548, p=0,46</i>					
	ОБВП	0,047	0,063	0,74	0,460	[-0,08; 0,17]
	<i>Шаг 2. R²=0,053, F(2,925)=26,051, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,261	0,075	-3,49	0,001	[-0,41; -0,11]
	Жизнестойкость	-0,302	0,042	-7,18	<0,001	[-0,38; -0,22]
	<i>Модерация: R²_{change}=0,004, F(1,924)=4,059, p=0,044</i>					
	ОБВП	-0,219	0,078	-2,83	0,005	[-0,37; -0,07]
	Жизнестойкость	-0,314	0,042	-7,40	<0,001	[-0,40; -0,23]
ОБВП x Жизнестойкость	0,084	0,042	2,01	0,044	[0,002; 0,17]	
Принятие бегства от смерти	<i>Шаг 1. R²=0,092, F(1,926)=93,642, p<0,001</i>					
	ОБВП	0,558	0,058	9,68	<0,001	[0,45; 0,67]
	<i>Шаг 2. R²=0,158, F(2,925)=86,772, p<0,001</i>					
	ОБВП	0,227	0,068	3,35	0,001	[0,09; 0,36]
Нейтральное принятие смерти	Жизнестойкость	-0,325	0,038	-8,52	<0,001	[-0,40; -0,25]
	<i>Шаг 1. R²=0,009, F(1,917)=8,546, p=0,004</i>					
	ОБВП	-0,157	0,054	-2,92	0,004	[-0,26; -0,05]
	<i>Шаг 2. R²=0,018, F(2,916)=8,428, p<0,001</i>					
Страх последствий смерти для личности	ОБВП	-0,05	0,065	-0,76	0,446	[-0,18; 0,08]
	Жизнестойкость	0,105	0,037	2,87	0,004	[0,03; 0,18]
	<i>Шаг 1. R²=0,011, F(1,917)=10,62, p=0,001</i>					
	ОБВП	-0,209	0,064	-3,26	0,001	[-0,33; -0,08]
Страх последствий смерти для тела	<i>Шаг 2. R²=0,012, F(2,916)=5,345, p=0,005</i>					
	ОБВП	-0,221	0,078	-2,83	0,005	[-0,38; -0,07]
	Жизнестойкость	-0,012	0,044	-0,28	0,777	[-0,10; 0,07]
	<i>Шаг 1. R²=0,025, F(1,917)=23,845, p<0,001</i>					
Страх трансцендентных последствий	ОБВП	0,362	0,074	4,88	<0,001	[0,22; 0,51]
	<i>Шаг 2. R²=0,081, F(2,916)=40,325, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,013	0,088	-0,14	0,887	[-0,19; 0,16]
	Жизнестойкость	-0,370	0,050	-7,44	<0,001	[-0,47; -0,27]
	<i>Шаг 1. R²=0,001, F(1,917)=0,778, p=0,378</i>					
	ОБВП	0,068	0,077	0,88	0,378	[-0,08; 0,22]
Страх последствий для близких	<i>Шаг 2. R²=0,034, F(2,916)=15,934, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,227	0,092	-2,46	0,014	[-0,41; -0,05]
	Жизнестойкость	-0,291	0,052	-5,57	<0,001	[-0,39; -0,19]
	<i>Модерация: R²_{change}=0,005, F(1,915)=4,797, p=0,029</i>					
	ОБВП	-0,172	0,096	-1,80	0,073	[-0,36; 0,02]
	Жизнестойкость	-0,308	0,053	-5,84	<0,001	[-0,41; -0,20]
Страх забвения	ОБВП x Жизнестойкость	0,113	0,052	2,19	0,029	[0,01; 0,21]
	<i>Шаг 1. R²=0,016, F(1,917)=14,74, p<0,001</i>					
	ОБВП	-0,246	0,064	-3,84	<0,001	[-0,37; -0,12]
	<i>Шаг 2. R²=0,019, F(2,916)=8,942, p<0,001</i>					
Страх забвения	ОБВП	-0,167	0,078	-2,14	0,033	[-0,32; -0,01]
	Жизнестойкость	0,078	0,044	1,76	0,078	[-0,01; 0,17]
	<i>Шаг 1. R²=0,066, F(1,917)=64,576, p<0,001</i>					
	ОБВП	0,470	0,059	8,04	<0,001	[0,36; 0,59]
Страх забвения	<i>Шаг 2. R²=0,132, F(2,916)=69,585, p<0,001</i>					
	ОБВП	0,141	0,069	2,05	0,041	[0,01; 0,28]
	Жизнестойкость	-0,325	0,039	-8,35	<0,001	[-0,40; -0,25]

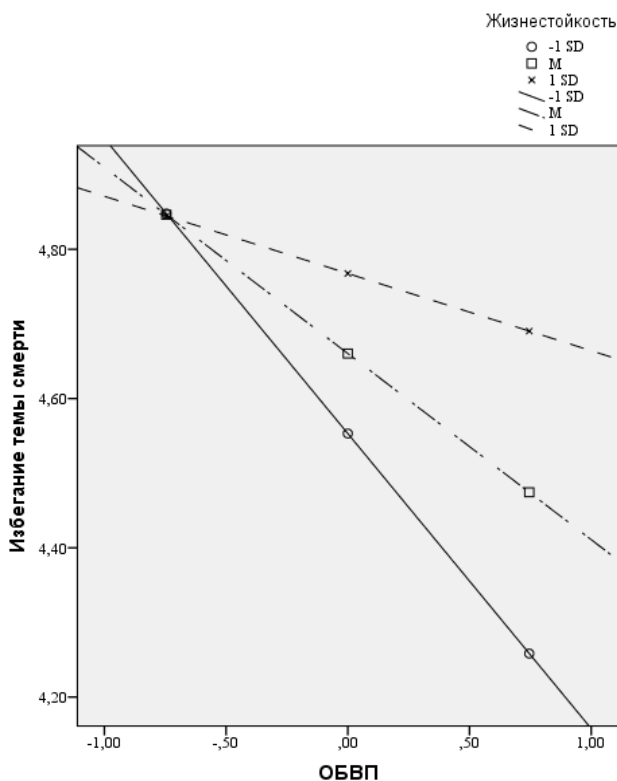


Рис. 1. Зависимость показателя «Избегание темы смерти» от индекса ОБВП при сниженном, умеренном и повышенном показателе «Жизнестойкости».

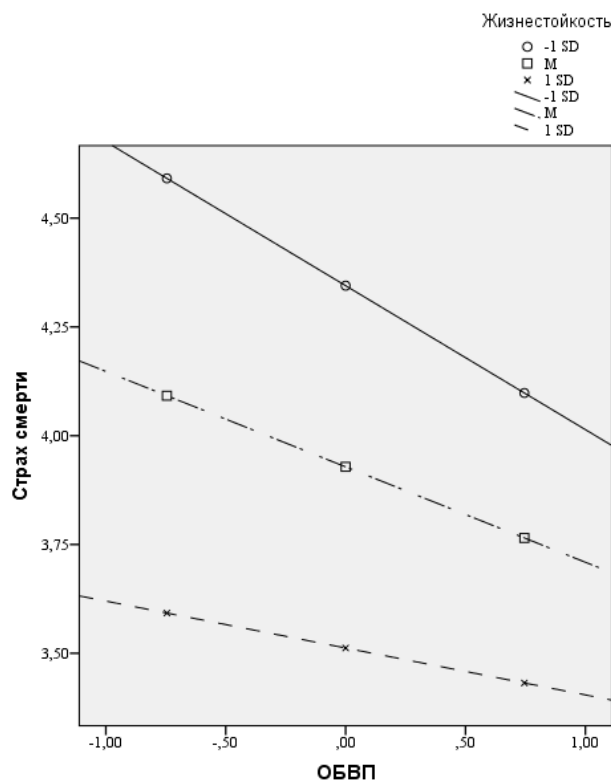


Рис. 2. Зависимость показателя «Страх смерти» от индекса ОБВП при сниженном, умеренном и повышенном уровне показателя «Жизнестойкости».

Индекс ОБВП сам по себе не предсказывал показатель «Страх смерти», однако он стал значим вкпе с переменной «Жизнестойкости», и это конфликтные (защитные) отношения: чем сбалансированней у человека временная перспектива и чем менее он жизнестоек, тем больше он боится смерти. В этой модели также оказался значим эффект модерации (рис. 2): низкая жизнестойкость предсказывала более высокий страх смерти. Этот результат объясняет теория управления страхом смерти и исследования об источении волевого ресурса [44]: когда человек воспринимает свою жизненную историю позитивно, но его общая жизнестойкость низка, страх смерти пробивается в сознание, так как он ощущает, что ему потенциально есть что терять. Однако при «ухудшении» нарратива в условиях низкой жизнестойкости показатель «Страха смерти» снижается, и это уже объяснимо в рамках теории нарушении буфера тревоги – человек становится более равнодушен к угрозам [43]. Тем не менее, высокая жизнестойкость при любом нарративе (индексе ОБВП) соответствовала низкому показателю «Страха смерти», то есть выполняла роль первичного буфера тревожности [1, 2].

Показатель «Принятие смерти как бегства» не адаптивен: высокий индекс ОБВП на уровне 1% процента, а ОБВП и «Жизнестойкость» вместе на уровне 16% предсказывают балл по этой шкале. Чем негативней жизненная история (больше прерываний, травм, неверия в свои силы) и, чем менее жизнестоек человек, чем больше он принимает смерть как бегство. Это также объяснимо в рамках теории нарушения буфера тревоги [43].

Низкий индекс ОБВП предсказывает повышенный балл «Нейтрального принятия смерти», этот эффект берет на себя переменная «Жизнестойкости», когда в уравнение вводится оба показателя, то есть это адаптивное отношение к смерти, как и было предсказано в теории управления смыслом [6].

Для переменной «Страх последствий смерти для личности» в обобщённой модели важен только индекс ОБВП – чем он ниже, тем больше человек боится потерять свое «я». Это объяснимо в первую очередь в рамках теории управления смыслом: страх есть там, где есть что терять.

«Страх последствий для тела» оказывается совершенно неадаптивным: почти 3% диспер-

сии объясняет высокий индекс ОБВП и 8% низкий балл «Жизнестойкости» при сохранении ОБВП в модели. О страхе за тело много писали исследователи теории управления страхом смерти: он, как правило, сочетается с сильной неуверенностью в себе [45].

Отдельно ОБВП не объясняет показатель «Страх трансцендентных последствий», но индекс становится значим вместе с баллом «Жизнестойкости», и это конфликтные отношения. Модерационный анализ показывает (рис. 3), что так же, как и с показателем «Страх смерти», наиболее адаптивными оказываются люди с высокой жизнестойкостью вне зависимости от индекса ОБВП, а низкое отклонение от сбалансированной ВП и низкая жизнестойкость дают самый высокий показатель «Страха трансцендентных последствий». Опять-таки, если человеку есть что терять, а его жизненные силы истощены, он больше боится неизвестности смерти.

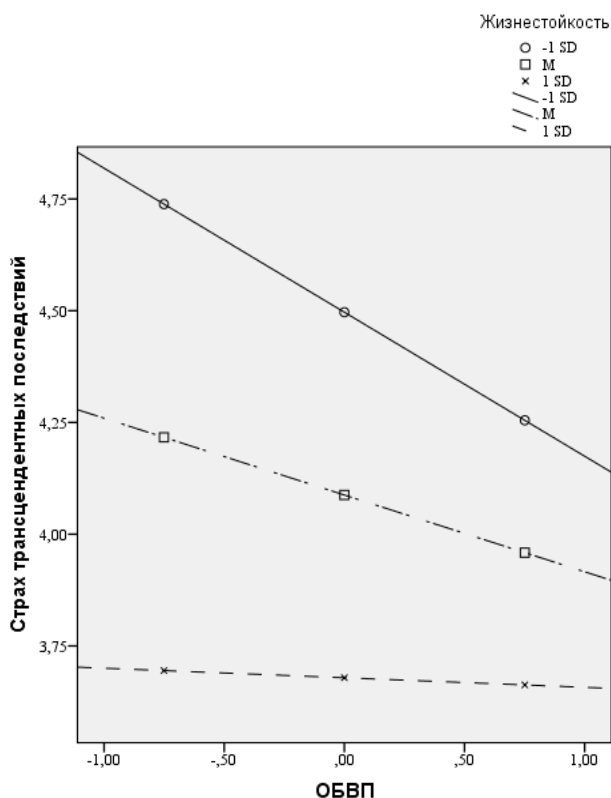


Рис. 3. Зависимость показателя «Страх трансцендентных последствий» от индекса ОБВП при сниженном, умеренном и повышенном уровне показателя «Жизнестойкости».

Показатель «Страх последствий для близких» определяется только через ОБВП, и это адаптивный страх.

Показатель «Страх забвения» значимо предсказывается как отдельно повышенным индексом ОБВП, так и низким баллом «Жизнестойкости», то есть это неадаптивный взгляд.

Подробный иерархический регрессионный анализ.

Мы предположили, что отдельные временные ориентации и измерения жизнестойкости с большей надёжностью смогут предсказать взгляды на смерть, и поставили перед собой задачу проверить, какие переменные внесут значимый вклад в каждое отношение к смерти и страх смерти. Мы предположили, что в каждой модели будут важны как те или иные временные перспективы, так и измерения жизнестойкости.

Временные ориентации ПП и ФН объясняли 8% дисперсии показателя «Принятие-приближение смерти», и около 10% при добавлении измерений «Жизнестойкости» (табл. 4). В целом, в рай верили молодые люди, у которых было много позитивных воспоминаний, но при этом они фаталистично смотрели на мир и боялись рисковать. То есть в соответствии с развернутым анализом, это все-таки защитный взгляд на смерть, в который вносят значимый вклад как положительная (ПП), так и отрицательные психологические характеристики.

«Избегание темы смерти» объяснялись через низкий балл ГН, высокий Б, ПП и ФН, а также высокий балл «Вовлечённости» и сниженный – «Принятия риска», и это опять-таки конфликтный, на первый взгляд противоречивый подход. Это позиция человека с преобладанием позитивного жизненного опыта, но столкнувшегося с прерыванием в настоящем (ФН), поэтому он остается вовлеченным в деятельность и старается не рисковать. То есть данный паттерн объясним в рамках теории управления смыслом – избегание темы смерти появляется там, где есть, что терять.

Одновременно НП и ПП предсказывают 5% дисперсии показателя «Страх смерти». При добавлении переменных «Жизнестойкости» НП перестает быть значимым, показатель предсказывается низким баллом «Контроля» и «Принятия риска». Это классическая защита, описанная Sedikides [3, 4]: ностальгия играет роль буфера тревоги при проникновении в сознание страха смерти и делает человека менее склонным к риску.

Таблица 4

Подробный иерархический регрессионный анализ: вклад разных временных ориентаций и показателей жизнестойкости в конструкторы отношений к смерти и страхов смерти

ЗП	НП	B	SE	t	p	CI
Принятие-приближение смерти	<i>Шаг 1: R²=0,081, F(5,922)=16,32, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,009	0,077	-0,11	0,910	[-0,16; 0,14]
	Гедонистическое настоящее	0,064	0,086	0,75	0,456	[-0,11; 0,23]
	Будущее	0,037	0,090	0,41	0,682	[-0,14; 0,21]
	Позитивное прошлое	0,275	0,082	3,35	0,001	[0,11; 0,44]
	Фаталистическое настоящее	0,560	0,093	6,04	<0,001	[0,38; 0,74]
	<i>Шаг 2: R²=0,096, F(8,919)=12,157, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,148	0,089	-1,67	0,096	[-0,32; 0,03]
	Гедонистическое настоящее	0,117	0,087	1,34	0,180	[-0,05; 0,29]
	Будущее	0,031	0,093	0,33	0,743	[-0,15; 0,21]
	Позитивное прошлое	0,258	0,083	3,12	0,002	[0,10; 0,42]
	Фаталистическое настоящее	0,472	0,097	4,88	<0,001	[0,28; 0,66]
	Вовлечённость	0,145	0,164	0,89	0,376	[-0,18; 0,47]
	Контроль	-0,029	0,163	-0,18	0,858	[-0,35; 0,29]
Принятие риска	-0,474	0,131	-3,61	<0,001	[-0,73; -0,22]	
Избегание темы смерти	<i>Шаг 1: R²=0,082, F(5,922)=16,486, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,147	0,084	-1,75	0,081	[-0,31; 0,02]
	Гедонистическое настоящее	-0,243	0,094	-2,57	0,010	[-0,43; -0,06]
	Будущее	0,443	0,098	4,50	<0,001	[0,25; 0,64]
	Позитивное прошлое	0,485	0,090	5,41	<0,001	[0,31; 0,66]
	Фаталистическое настоящее	0,230	0,101	2,26	0,024	[0,03; 0,43]
	<i>Шаг 2: R²=0,118, F(8,919)=15,43, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,022	0,096	-0,24	0,815	[-0,21; 0,17]
	Гедонистическое настоящее	-0,233	0,094	-2,48	0,013	[-0,42; -0,05]
	Будущее	0,296	0,101	2,93	0,003	[0,10; 0,49]
	Позитивное прошлое	0,409	0,089	4,58	<0,001	[0,23; 0,58]
	Фаталистическое настоящее	0,262	0,104	2,51	0,012	[0,06; 0,47]
	Вовлечённость	1,001	0,177	5,65	<0,001	[0,65; 1,35]
	Контроль	-0,122	0,176	-0,69	0,489	[-0,47; 0,22]
Принятие риска	-0,376	0,142	-2,65	0,008	[-0,65; -0,10]	
Страх смерти	<i>Шаг 1: R²=0,049, F(5,922)=9,49, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,267	0,080	3,35	0,001	[0,11; 0,42]
	Гедонистическое настоящее	-0,027	0,089	-0,31	0,760	[-0,20; 0,15]
	Будущее	0,067	0,093	0,72	0,473	[-0,12; 0,25]
	Позитивное прошлое	0,365	0,085	4,29	<0,001	[0,20; 0,53]
	Фаталистическое настоящее	0,154	0,096	1,60	0,110	[-0,04; 0,34]
	<i>Шаг 2: R²=0,077, F(8,919)=9,545, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,049	0,091	0,53	0,594	[-0,13; 0,23]
	Гедонистическое настоящее	0,042	0,089	0,47	0,640	[-0,13; 0,22]
	Будущее	0,158	0,096	1,64	0,101	[-0,03; 0,35]
	Позитивное прошлое	0,351	0,085	4,13	<0,001	[0,19; 0,52]
	Фаталистическое настоящее	-0,001	0,099	-0,01	0,994	[-0,20; 0,20]
	Вовлечённость	0,031	0,169	0,19	0,852	[-0,30; 0,36]
	Контроль	-0,509	0,168	-3,03	0,002	[-0,84; -0,18]
Принятие риска	-0,312	0,135	-2,31	0,021	[-0,58; -0,05]	
Принятие смерти как бегства	<i>Шаг 1: R²=0,132, F(5,922)=28,022, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,259	0,073	3,54	<0,001	[0,12; 0,40]
	Гедонистическое настоящее	0,034	0,082	0,41	0,679	[-0,13; 0,20]
	Будущее	-0,103	0,086	-1,21	0,228	[-0,27; 0,07]
	Позитивное прошлое	-0,159	0,078	-2,04	0,042	[-0,31; -0,01]
	Фаталистическое настоящее	0,432	0,088	4,91	<0,001	[0,26; 0,61]
	<i>Шаг 2: R²=0,186, F(8,919)=26,246, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,038	0,082	-0,47	0,640	[-0,20; 0,12]
	Гедонистическое настоящее	0,113	0,081	1,40	0,162	[-0,05; 0,27]
	Будущее	-0,063	0,087	-0,73	0,468	[-0,23; 0,11]
	Позитивное прошлое	-0,137	0,077	-1,79	0,074	[-0,29; 0,01]
	Фаталистическое настоящее	0,284	0,090	3,17	0,002	[0,11; 0,46]
	Вовлечённость	-0,374	0,152	-2,46	0,014	[-0,67; -0,08]
	Контроль	0,281	0,151	1,86	0,064	[-0,02; 0,58]
Принятие риска	-0,678	0,122	-5,57	<0,001	[-0,92; -0,44]	

Таблица 4 (продолжение)

Нейтральное принятие смерти	<i>Шаг 1: R²=0,024, F(5,922)=4,547, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,037	0,069	-0,53	0,597	[-0,17; 0,10]
	Гедонистическое настоящее	0,134	0,077	1,74	0,083	[-0,02; 0,29]
	Будущее	0,164	0,081	2,02	0,043	[0,01; 0,32]
	Позитивное прошлое	0,011	0,074	0,16	0,877	[-0,13; 0,16]
	Фаталистическое настоящее	-0,182	0,083	-2,19	0,029	[-0,35; -0,02]
	<i>Шаг 2: R²=0,036, F(8,919)=4,293, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,057	0,080	0,72	0,472	[-0,10; 0,21]
	Гедонистическое настоящее	0,104	0,078	1,34	0,182	[-0,05; 0,26]
	Будущее	0,182	0,084	2,17	0,030	[0,02; 0,35]
	Позитивное прошлое	0,010	0,074	0,14	0,890	[-0,14; 0,16]
	Фаталистическое настоящее	-0,139	0,087	-1,60	0,111	[-0,31; 0,03]
	Вовлечённость	0,036	0,148	0,25	0,806	[-0,25; 0,33]
	Контроль	-0,214	0,147	-1,46	0,145	[-0,50; 0,07]
Принятие риска	0,353	0,118	2,99	0,003	[0,12; 0,59]	
Страх последствий смерти для личности	<i>Шаг 1: R²=0,039, F(5,913)=7,466, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,110	0,083	1,32	0,187	[-0,05; 0,27]
	Гедонистическое настоящее	0,250	0,093	2,70	0,007	[0,07; 0,43]
	Будущее	0,364	0,097	3,77	<0,001	[0,18; 0,55]
	Позитивное прошлое	0,088	0,089	0,99	0,324	[-0,09; 0,26]
	Фаталистическое настоящее	-0,175	0,100	-1,75	0,081	[-0,37; 0,02]
	<i>Шаг 2: R²=0,046, F(8,910)=5,465, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,110	0,096	1,15	0,251	[-0,08; 0,30]
	Гедонистическое настоящее	0,266	0,094	2,83	0,005	[0,08; 0,45]
	Будущее	0,351	0,101	3,48	0,001	[0,15; 0,55]
	Позитивное прошлое	0,053	0,090	0,59	0,557	[-0,12; 0,23]
	Фаталистическое настоящее	-0,203	0,104	-1,95	0,052	[-0,41; 0,002]
	Вовлечённость	0,413	0,177	2,34	0,020	[0,07; 0,76]
	Контроль	-0,332	0,176	-1,89	0,060	[-0,68; 0,01]
Принятие риска	-0,123	0,141	-0,87	0,383	[-0,40; 0,15]	
Страх последствий смерти для тела	<i>Шаг 1: R²=0,084, F(5,913)=16,768, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,325	0,095	3,42	0,001	[0,14; 0,51]
	Гедонистическое настоящее	0,191	0,106	1,81	0,070	[-0,02; 0,40]
	Будущее	0,064	0,110	0,58	0,560	[-0,15; 0,28]
	Позитивное прошлое	0,167	0,101	1,65	0,099	[-0,03; 0,37]
	Фаталистическое настоящее	0,388	0,114	3,40	0,001	[0,16; 0,61]
	<i>Шаг 2: R²=0,137, F(8,910)=18,102, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,002	0,107	0,02	0,986	[-0,21; 0,21]
	Гедонистическое настоящее	0,307	0,104	2,95	0,003	[0,10; 0,51]
	Будущее	0,043	0,112	0,39	0,701	[-0,18; 0,26]
	Позитивное прошлое	0,140	0,100	1,40	0,161	[-0,06; 0,34]
	Фаталистическое настоящее	0,194	0,116	1,68	0,094	[-0,03; 0,42]
	Вовлечённость	0,194	0,196	0,99	0,323	[-0,19; 0,58]
	Контроль	0,116	0,195	0,59	0,553	[-0,27; 0,50]
Принятие риска	-1,099	0,156	-7,03	<0,001	[-1,41; -0,79]	
Страх трансцендентных последствий	<i>Шаг 1: R²=0,046, F(5,913)=8,726, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,213	0,099	2,15	0,032	[0,02; 0,41]
	Гедонистическое настоящее	0,172	0,111	1,56	0,120	[-0,05; 0,39]
	Будущее	0,239	0,115	2,08	0,038	[0,01; 0,47]
	Позитивное прошлое	0,280	0,106	2,64	0,008	[0,07; 0,49]
	Фаталистическое настоящее	0,263	0,119	2,21	0,027	[0,03; 0,50]
	<i>Шаг 2: R²=0,083, F(8,910)=10,253, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	-0,027	0,113	-0,24	0,810	[-0,25; 0,19]
	Гедонистическое настоящее	0,276	0,110	2,51	0,012	[0,06; 0,49]
	Будущее	0,236	0,118	2,00	0,046	[0,004; 0,47]
	Позитивное прошлое	0,216	0,105	2,05	0,041	[0,01; 0,42]
	Фаталистическое настоящее	0,076	0,122	0,62	0,533	[-0,16; 0,32]
	Вовлечённость	0,654	0,207	3,15	0,002	[0,25; 1,06]
	Контроль	-0,520	0,207	-2,52	0,012	[-0,93; -0,11]
Принятие риска	-0,851	0,165	-5,15	<0,001	[-1,18; -0,53]	

Таблица 4 (продолжение)

Страх последствий для близких	<i>Шаг 1: R²=0,050, F(5,913)=9,616, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,105	0,083	1,27	0,206	[-0,06; 0,27]
	Гедонистическое настоящее	-0,057	0,093	-0,61	0,540	[-0,24; 0,13]
	Будущее	0,332	0,096	3,44	0,001	[0,14; 0,52]
	Позитивное прошлое	0,339	0,089	3,82	<0,001	[0,17; 0,51]
	Фаталистическое настоящее	-0,100	0,100	-1,01	0,315	[-0,30; 0,10]
	<i>Шаг 2: R²=0,067, F(8,910)=8,166, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,216	0,095	2,26	0,024	[0,03; 0,40]
	Гедонистическое настоящее	-0,067	0,093	-0,71	0,475	[-0,25; 0,12]
	Будущее	0,283	0,100	2,83	0,005	[0,09; 0,48]
	Позитивное прошлое	0,290	0,089	3,25	0,001	[0,12; 0,47]
	Фаталистическое настоящее	-0,074	0,104	-0,71	0,475	[-0,28; 0,13]
	Вовлечённость	0,637	0,176	3,63	<0,001	[0,29; 0,98]
	Контроль	-0,384	0,175	-2,19	0,029	[-0,73; -0,04]
Принятие риска	0,031	0,140	0,22	0,823	[-0,24; 0,31]	
Страх забвения	<i>Шаг 1: R²=0,107, F(5,913)=21,808, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,381	0,076	5,05	<0,001	[0,23; 0,53]
	Гедонистическое настоящее	-0,011	0,084	-0,13	0,897	[-0,18; 0,15]
	Будущее	0,017	0,088	0,20	0,844	[-0,16; 0,19]
	Позитивное прошлое	-0,130	0,080	-1,62	0,106	[-0,29; 0,03]
	Фаталистическое настоящее	0,282	0,091	3,11	0,002	[0,10; 0,46]
	<i>Шаг 2: R²=0,146, F(8,910)=19,38, p<0,001</i>					
	Негативное прошлое	0,115	0,086	1,35	0,178	[-0,05; 0,28]
	Гедонистическое настоящее	0,056	0,084	0,67	0,502	[-0,11; 0,22]
	Будущее	0,093	0,090	1,04	0,298	[-0,08; 0,27]
	Позитивное прошлое	-0,105	0,080	-1,32	0,187	[-0,26; 0,05]
	Фаталистическое настоящее	0,144	0,093	1,55	0,121	[-0,04; 0,33]
	Вовлечённость	-0,430	0,157	-2,73	0,006	[-0,74; -0,12]
	Контроль	0,078	0,157	0,50	0,618	[-0,23; 0,39]
Принятие риска	-0,430	0,125	-3,43	0,001	[-0,68; -0,18]	

Отношение, которое выражается в шкале «Принятие смерти как бегства», сугубо дезадаптивно, это проявление психологического неблагополучия. НП, ФН, низкая ориентация на ПП объясняют 13% дисперсии этого показателя, а при добавлении переменных «Жизнестойкости» («Вовлечённости» и «Принятие риска») – 19% дисперсии.

Показатель «Нейтрального принятия смерти» предсказывается гораздо трудней. Ориентация на «Будущее» и «Фаталистическое настоящее» (отрицательное) объясняют 2,4% дисперсии, Б и «Принятие риска» – 3,6%, но это определённно адаптивный взгляд.

Показатель «Страх последствий смерти для личности» тоже адаптивен: в него вносят вклад ориентация на ГН, Б и переменная «Вовлечённости» (4,6% дисперсии).

«Страх последствий смерти для тела» при введении только переменных временных ориентаций объясняется высокими баллами НП и ФН, однако при добавлении в модель переменных «Жизнестойкости» на первый план выходит низкое «Принятие риска» и повышенное

ГН (13,7% дисперсии), то есть это конфликтный взгляд на смерть: человек живет настоящим моментом и очень боится рисковать.

«Страх трансцендентных последствий» определяется большим набором характеристик: высокими НП, Б, ПП, ФН (4,6% дисперсии). На втором шаге становятся значимы ГН, Б, ПП (то есть позитивная ВП), а также все шкалы «Жизнестойкости» (8,3% дисперсии): «Вовлечённость» (позитивно), «Контроль» и «Принятие риска» (негативно) – это опять ситуация защиты, конфликта: человек боится неизвестности в смерти, когда опирается на позитивную ВП, но ему не хватает стойкости принять риск и ответственность за ситуацию.

«Страх последствий для близких» определяется через шкалы Б и ПП, на втором шаге помимо них становятся значимы НП, переменная «Вовлечённости» (позитивно) и «Контроля» (негативно, но с меньшим вкладом). Мы бы не стали определять такой взгляд как конфликтный, скорее он вписывается в рамки теории посттравматического роста: это результат опыта (как положительного, так и отрицатель-

ного), вовлечённости в жизнь и, возможно, понимания, что не всё подвластно контролю. Окончательная модель объясняет 6,7% дисперсии признака.

«Страх забвения» объясняется через переменные НП и ФН, однако при введении показателей «Жизнестойкости» эти временные ориентации теряют свою значимость, а на первый план выходят переменные «Вовлеченности» и «Принятия риска» (14,6% дисперсии). Это единственный взгляд на смерть, при котором временная перспектива полностью уступает место показателям «Жизнестойкости», истощению жизненных ресурсов.

Обсуждение результатов.

Wong P.T. [6] чаще наблюдал повышенные баллы по шкале «Принятие-приближение смерти» у терминальных больных и характеризовал этот взгляд скорее как позитивное явление, отмечая чувство умиротворённости таких пациентов. У молодых людей в нашей выборке, студентов, эта шкала соответствовала фаталистичному взгляду на мир и низкой жизнестойкости, которые маскировались (компенсировались, в некоторой степени уравнивались) ориентацией на позитивное прошлое.

Позиция «Избегание темы смерти» по результатам корреляционного анализа казалась наиболее благополучной. Обобщённый анализ это подтвердил. Однако подробный анализ показал, что балл по этой шкале выше при сочетании фаталистичного взгляда на мир, позитивной ВП (за исключением гедонизма), увлечённости деятельностью и избегания рисков, то есть это позиция «на грани»: человек не верит в позитивные изменения, но упорно продолжает действовать в рамках своего «нарратива» (позитивное прошлое, будущее), стараясь при этом не совершать резких движений. Можно метафорически выразиться, что он словно идёт над пропастью, это такое психологическое состояние активации, предположительно, в трудной жизненной ситуации.

«Страх смерти» как таковой, который обычно умеренно коррелирует с «Избеганием темы смерти» [41], даёт противоречивую картину: он положительно связан с позитивной временной перспективой (точнее, с ПП), однако уровень жизнестойкости при нём, как правило, понижается. Это тоже защитный взгляд на смерть.

Шкала «Принятие смерти как бегства» наиболее неблагоприятна, она свидетельствует

о негативном взгляде на свою жизнь, а вот шкала «Нейтральное принятие смерти» подтвердила на нашей выборке идеи P.T. Wong: корреляции невысоки, но они свидетельствуют об адаптивной, незащитной, умеренно позитивной жизненной перспективе людей, которые склонны придерживаться умеренной направленности на будущее и готовы к риску.

Шкала «Страх последствий для личности» весьма позитивна во временном контексте и положительно связана со шкалой «Вовлечённости», то есть это адаптивный показатель. Шкала «Страх последствий за близких» тоже проявляет себя в основном положительно в обеих методиках. Мы склонны расценивать этот взгляд скорее позитивно.

Наиболее очевидный разлад длительности «я»: негативный временной профиль и низкая «Жизнестойкость» – характерен для шкалы «Страх забвения», однако подробный регрессионный анализ раскрывает преимущественно энергетическую составляющую этой позиции (истощение жизнестойкости). У показателя «Страх последствий для тела» в подробном анализе нерезко выражен защитный компонент, хотя в обобщённом регрессионном анализе он скорее дезадаптивен. Для шкалы «Страх трансцендентных последствий» общий негативизм не столь очевиден, этому взгляду присущи и положительные элементы, такие как прямая связь с ПП, ГН, Б наряду со снижением жизнестойкости, то есть этот взгляд тоже можно отнести к защитным (конфликтным).

Выводы:

Данная работа позволяет прояснить связь отношений к смерти и длительности «я», выделить наиболее адаптивные, неадаптивные и защитные способы осмыслить это явление с позиции личностно-временной целостности человека. Невысокий уровень корреляций свидетельствует о сложности соотнесения этих конструктов, однако нам всё-таки удаётся увидеть как защиты, так и тенденции роста, преодоления негативного опыта.

К адаптивным страхам мы отнесли страх за личность и близких, к неадаптивным – страх забвения. Это подтверждается теорией управления страхом смерти: страх последствий для личности относится к буферу тревоги, отвечающему за самооценку, страх последствий для близких относится к надёжной привязанности. Страх забвения – антипод сочетания буфера самооценки и привязанности, так как отражает

не только негативные отношения с близкими, но и культурный страх, что люди забудут дела человека, его жизненный вклад. Страх последствий для тела (или страх телесности) был также описан в теории управления страхом смерти [45] и ещё ранее Becker [46] как брешь в защитах от смерти. Он на грани защитной и неадаптивной позиции. Страх трансцендентных последствий имеет религиозный компонент и потому связан с «Принятием-приближением смерти» [41], это страх неопределённости, неизвестности в смерти, что тоже было описано в теории управления страхом смерти [47]. Это тоже защитный взгляд.

Таким образом, мы видим, что не все страхи одинаково «вредны»: существуют вполне здоровые и адекватные опасения (за себя, за близких), которые показывают, что человеку есть за что держаться в своей жизни, есть что хранить и в позитивном смысле – защищать от угроз, это осознание своего чувства самосохранения [48]. Их ни в коем случае нельзя приравнивать к истощению жизнестойкости (страх неопределённости, страх забвения) или невротическому страху (за тело), которые соответствуют разным вариантам психологического неблагополучия, нарушениям длительности «я».

Литература:

1. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*. 2014; 2: 125-142.
2. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *J Pers Soc Psychol*. 2005; 88 (6): 999-1013. doi: 10.1037/0022-3514.88.6.999
3. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia as enabler of self-continuity. In F. Sani (Ed.) *Self-Continuity: Individual and Collective Perspectives*. New York: Psychology Press, 2008. P. 227-239.
4. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia counteracts self-discontinuity and restores self-continuity. *Eur J Soc Psychol*. 2015; 45 (1): 52-61. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2073>
5. Landau M., Greenberg J., Solomon S. The never-ending story: A terror management perspective on the psychological function of self-continuity. In F. Sani (Ed.) *Self-Continuity: Individual and Collective Perspectives*. New York: Psychology Press, 2008. P. 87-100.
6. Wong P.T. Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. (Eds.) *Existential and spiritual issues in death attitudes*. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 65 – 87.
7. Cozzolino P. Death contemplation, growth and defense: Converging evidence of dual-existential systems? *Psychological Inquiry*. 2006; 17 (4): 278-287. <https://doi.org/10.1080/10478400701366944>
8. Cozzolino P., Staples A., Meyers L., Samboceti J. Greed, death and values: From terror management to transcendence management theory. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004; 30 (3): 278-292. DOI: 10.1177/0146167203260716

Что касается отношений к смерти, наиболее благополучным, адаптивным взглядом на смерть является «Нейтральное принятие», наиболее неблагополучным, дезадаптивным – «Принятие смерти как бегства»; «Принятие-приближение» и собственно «Страх смерти» оказываются в промежутке, носят как адаптивные, так и дезадаптивные черты. «Избегание темы смерти» скорее является защитным, видимо, потому, что оно помогает человеку действовать в сложной ситуации без тревоги.

В целом, данные результаты подтверждают идеи теории управления смыслом [6], теории управления страхом смерти [1, 2], теории нарушения буфера тревоги [43], посттравматического роста [7], работы о повышении страхов смерти при истощении волевого ресурса [44]. Безусловно, эти выводы не абсолютны, в том смысле, что связи могут иметь иную структуру на различных специфических выборках (например, суицидальных пациентов, врачей – такое исследование проводится нами), однако в данном случае можно говорить о выявлении общих, вполне устойчивых профилей отношений к смерти и страхов смерти с позиции длительности «я» в популяции молодых людей.

Reference:

1. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Teorija upravljenija strahom smerti: osnovy, kritika i razvitie [Theory of management of fear of death: basics, criticism and development]. *Voprosy psihologii*. 2014; 2: 125-142. (In Russ)
2. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *J Pers Soc Psychol*. 2005; 88 (6): 999-1013. doi: 10.1037/0022-3514.88.6.999
3. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia as enabler of self-continuity. In F. Sani (Ed.) *Self-Continuity: Individual and Collective Perspectives*. New York: Psychology Press, 2008. P. 227-239.
4. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia counteracts self-discontinuity and restores self-continuity. *Eur J Soc Psychol*. 2015; 45 (1): 52-61. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2073>
5. Landau M., Greenberg J., Solomon S. The never-ending story: A terror management perspective on the psychological function of self-continuity. In F. Sani (Ed.) *Self-Continuity: Individual and Collective Perspectives*. New York: Psychology Press, 2008. P. 87-100.
6. Wong P.T. Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. (Eds.) *Existential and spiritual issues in death attitudes*. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 65 – 87.
7. Cozzolino P. Death contemplation, growth and defense: Converging evidence of dual-existential systems? *Psychological Inquiry*. 2006; 17 (4): 278-287. <https://doi.org/10.1080/10478400701366944>
8. Cozzolino P., Staples A., Meyers L., Samboceti J. Greed, death and values: From terror management to transcendence management theory. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004; 30 (3): 278-292. DOI: 10.1177/0146167203260716

9. Lykins E., Segerstrom S., Averill A., Evans D., Kemeny M. Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory. *Pers Soc Psychol Bull.* 2007; 33 (8): 1088-1099. DOI: 10.1177/0146167207303015
10. Chandler M. Surviving time: The persistence of identity in this culture and that. *Culture and Psychology* 2000; 6 (2): 209-231. <https://doi.org/10.1177/1354067X0062009>
11. Bauer J.J., Bonanno G.A. Continuity amid discontinuity: Bridging one's past and present in stories of conjugal bereavement. *Narrative Inquiry.* 2001; 11 (1): 123-158. <https://doi.org/10.1075/ni.11.1.06bau>
12. Habermas T., Köber C. Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory.* 2015; 23 (5): 664-674. doi: 10.1080/09658211.2014.920885
13. Уайт М. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию. М.: «Генезис», 2010, 326 с.
14. Manczak E.M., Zapata-Gietl C., McAdams D.P. Regulatory focus in the life story: Prevention and promotion expressed in three layers of personality *J Pers Soc Psychol.* 2014; 106 (1): 169-181. doi: 10.1037/a0034951
15. Ball L., Chandler M. Identity formation in suicidal and nonsuicidal youth: The role of self-continuity. *Development and Psychopathology.* 1989; 1 (3): 257-275. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000444>
16. Chandler M. Self-continuity in suicidal and nonsuicidal adolescents. In G. G. Noam & S. Borst (Eds.), *New Directions for Child Development*, 1994; 64: 55-70.
17. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective. In M. Stolarski et al. (Eds.) *Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo* Springer: Cham, 2015. P. 57-71.
18. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J Pers Soc Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
19. Boniwell I., Zimbardo P. G. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.) *Positive psychology in practice Hoboken: Wiley*, 2004. P. 165-178.
20. Drake L., Duncan E., Sutherland F., Abernethy C., Henry C. Time perspective and correlates of wellbeing. *Time and Society.* 2008; 17 (1): 47-61. <https://doi.org/10.1177/0961463X07086304>
21. Zhang J.W., Howell R.T., Stolarski M. Comparing three methods to measure a balanced time perspective: The relationship between a balanced time perspective and subjective well-being. *J Happiness Stud.* 2013; 14 (1): 169-184. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9322-x>
22. Stolarski M., Bitner J., Zimbardo P.G. Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time and Society.* 2011; 20 (3): 346-363. <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>
23. Stolarski M., Vowinckel J., Jankowski K.S., Zajenkowski M. Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction. *Pers Individ Diff.* 2016; 93: 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
24. Stolarski M., Cyniak-Cieciura M. Balanced and less traumatized: Balanced time perspective mediates the relationship between temperament and severity of PTSD syndrome in motor vehicle accident survivor sample. *Pers Individ Diff.* 2016; 101: 456-461. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.055>
25. Zajenkowski M., Stolarski M., Witowska J., Maciantowicz O., Łowicki P. Fluid intelligence as a mediator of the relationship between executive control and balanced time perspective. *Front Psychol.* 2016; 7: 1844. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01844
26. Stolarski M., Matthews G., Postek S., Zimbardo P.G., Bitner J. How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood *J Happiness Stud.* 2014; 15 (4): 809-827. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9450-y>
27. Papastamatelou J., Unger A., Giotakos O., Athanasiadou F. Is time perspective a predictor of anxiety and perceived stress? Some preliminary results from Greece. *Psychological Studies.* 2015; 60 (4): 468-477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6>
9. Lykins E., Segerstrom S., Averill A., Evans D., Kemeny M. Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory. *Pers Soc Psychol Bull.* 2007; 33 (8): 1088-1099. DOI: 10.1177/0146167207303015
10. Chandler M. Surviving time: The persistence of identity in this culture and that. *Culture and Psychology* 2000; 6 (2): 209-231. <https://doi.org/10.1177/1354067X0062009>
11. Bauer J.J., Bonanno G.A. Continuity amid discontinuity: Bridging one's past and present in stories of conjugal bereavement. *Narrative Inquiry.* 2001; 11 (1): 123-158. <https://doi.org/10.1075/ni.11.1.06bau>
12. Habermas T., Köber C. Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory.* 2015; 23 (5): 664-674. doi: 10.1080/09658211.2014.920885
13. Уайт М. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию [Maps of narrative practice. Introduction to narrative therapy]. М.: «Генезис», 2010, 326 с. (In Russ)
14. Manczak E.M., Zapata-Gietl C., McAdams D.P. Regulatory focus in the life story: Prevention and promotion expressed in three layers of personality *J Pers Soc Psychol.* 2014; 106 (1): 169-181. doi: 10.1037/a0034951
15. Ball L., Chandler M. Identity formation in suicidal and nonsuicidal youth: The role of self-continuity. *Development and Psychopathology.* 1989; 1 (3): 257-275. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000444>
16. Chandler M. Self-continuity in suicidal and nonsuicidal adolescents. In G. G. Noam & S. Borst (Eds.), *New Directions for Child Development*, 1994; 64: 55-70.
17. Stolarski M., Wilberg B., Osin E. Assessing Temporal Harmony: The issue of balanced time perspective. In M. Stolarski et al. (Eds.) *Time Perspective Theory: Review, Research and Applications: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo* Springer: Cham, 2015. P. 57-71.
18. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J Pers Soc Psychol.* 1999; 77 (6): 1271-1288. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
19. Boniwell I., Zimbardo P. G. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.) *Positive psychology in practice Hoboken: Wiley*, 2004. P. 165-178.
20. Drake L., Duncan E., Sutherland F., Abernethy C., Henry C. Time perspective and correlates of wellbeing. *Time and Society.* 2008; 17 (1): 47-61. <https://doi.org/10.1177/0961463X07086304>
21. Zhang J.W., Howell R.T., Stolarski M. Comparing three methods to measure a balanced time perspective: The relationship between a balanced time perspective and subjective well-being. *J Happiness Stud.* 2013; 14 (1): 169-184. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9322-x>
22. Stolarski M., Bitner J., Zimbardo P.G. Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time and Society.* 2011; 20 (3): 346-363. <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>
23. Stolarski M., Vowinckel J., Jankowski K.S., Zajenkowski M. Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life satisfaction. *Pers Individ Diff.* 2016; 93: 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
24. Stolarski M., Cyniak-Cieciura M. Balanced and less traumatized: Balanced time perspective mediates the relationship between temperament and severity of PTSD syndrome in motor vehicle accident survivor sample. *Pers Individ Diff.* 2016; 101: 456-461. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.055>
25. Zajenkowski M., Stolarski M., Witowska J., Maciantowicz O., Łowicki P. Fluid intelligence as a mediator of the relationship between executive control and balanced time perspective. *Front Psychol.* 2016; 7: 1844. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01844
26. Stolarski M., Matthews G., Postek S., Zimbardo P.G., Bitner J. How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood *J Happiness Stud.* 2014; 15 (4): 809-827. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9450-y>
27. Papastamatelou J., Unger A., Giotakos O., Athanasiadou F. Is time perspective a predictor of anxiety and perceived stress? Some preliminary results from Greece. *Psychological Studies.* 2015; 60 (4): 468-477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6>

28. Wittmann M., Rudolph T., Linares Gutierrez D., Winkler I. Time perspective and emotion regulation as predictors of age-related subjective passage of time. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12 (12): 16027-16042. doi: 10.3390/ijerph121215034.
29. Stolarski M., Wojtkowska K., Kwieceńska M. Time for love: Partners' time perspectives predict relationship satisfaction in romantic heterosexual couples. *Time and Society*. 2016; 25 (3): 552-574. <https://doi.org/10.1177/0961463X15596703>
30. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979; 37 (1): 1-11.
31. Maddi S.R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2002; 54 (3): 173-185. <http://dx.doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
32. Maddi S.R. On the problem of accepting facticity and pursuing possibility. In S. B. Messer, L. A. Sass, & R. L. Woolfolk (Eds.) *Hermeneutics and psychological theory: Interpretive perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1988. P. 182-209.
33. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмельшвили В.В., Казанцева В.Н. Отношение к смерти у студентов медицинских, гуманитарных и технических специальностей: вопрос суицидального риска. *Психологическая наука и образование* www.psyedu.ru. 2014; 6 (3): 227-242. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (Дата обращения 02.03.2019)
34. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Магурдумова Л.Г. Бесстрашие к смерти: статика или динамика? *Суицидология*. 2017; 8 (2): 40-48.
35. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2013; 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/number12.php (Дата обращения 02.03.2019)
36. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11 (1): 8-20.
37. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. *Вопросы психологии*. 2008; 2: 41-54.
38. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness. H.S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health / San Diego (CA)*: Academic Press, 1998. P. 323-335.
39. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
40. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. R. Neimeyer (Ed.) *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* N.Y.: Taylor and Francis, 1994. P. 121-148.
41. Чистопольская К.А., Митина О.В. Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озоль С.Н., Чубина С.А. Создание кратких русскоязычных версий опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». *Суицидология*. 2017; 4 (29): 43-55.
42. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. (Eds.) *Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes* N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 39-63.
43. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2011; 24 (1): 3-26. doi: 10.1080/10615806.2010.517524.
44. Galliot M., Schmeichel B., Baumeister R. Self-regulatory processes defend against the threat of death: effects of self-control
28. Wittmann M., Rudolph T., Linares Gutierrez D., Winkler I. Time perspective and emotion regulation as predictors of age-related subjective passage of time. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12 (12): 16027-16042. doi: 10.3390/ijerph121215034.
29. Stolarski M., Wojtkowska K., Kwieceńska M. Time for love: Partners' time perspectives predict relationship satisfaction in romantic heterosexual couples. *Time and Society*. 2016; 25 (3): 552-574. <https://doi.org/10.1177/0961463X15596703>
30. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979; 37 (1): 1-11.
31. Maddi S.R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2002; 54 (3): 173-185. <http://dx.doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
32. Maddi S.R. On the problem of accepting facticity and pursuing possibility. In S. B. Messer, L. A. Sass, & R. L. Woolfolk (Eds.) *Hermeneutics and psychological theory: Interpretive perspectives on personality, psychotherapy, and psychopathology*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1988. P. 182-209.
33. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazanceva V.N. Otnoshenie k smerti u studentov medicinskih, gumanitarnyh i tehniceskikh special'nostej: vopros suicidal'nogo riska [The attitude towards death in students of medical, Humanities and technical disciplines: the question of suicide risk]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie* www.psyedu.ru. 2014; 6 (3): 227-242. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (In Russ)
34. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Magurdumova L.G. A commentary: fearlessness about death – a static or a dynamic quality? *Suicidology*. 2017; 8 (2): 40-48. (In Russ)
35. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Problema otnoshenija k smerti posle suicidal'noj popytki [The problem of attitude to death after a suicidal attempt]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* 2013; 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_2_19/nomer/number12.php (In Russ)
36. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubijstva: stigmatizacija i samostigmatizacija suicidal'nyh pacientov [Attitudes towards death after suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients]. *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii*. 2015; 11 (1): 8-20. (In Russ)
37. Syrcova A., Mitina O.V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti [Age dynamics of temporal orientations of personality]. *Voprosy psihologii*. 2008; 2: 41-54. (In Russ)
38. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness. H.S. Friedman (Ed.) *Encyclopedia of mental health / San Diego (CA)*: Academic Press, 1998. P. 323-335.
39. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestojkosti [Test of vitality]. M.: Smysl, 2006. 63 s. (In Russ)
40. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. R. Neimeyer (Ed.) *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* N.Y.: Taylor and Francis, 1994. P. 121-148.
41. Chistopolskaya K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Construction of short Russian versions of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale. *Suicidology*. 2017; 4 (29): 43-55. (In Russ)
42. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian. A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong. (Eds.) *Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes* N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 39-63.
43. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2011; 24 (1): 3-26. doi: 10.1080/10615806.2010.517524.
44. Galliot M., Schmeichel B., Baumeister R. Self-regulatory processes defend against the threat of death: effects of self-control depletion

- depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *J Pers Soc Psychol.* 2006; 91 (1): 49–62. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.49
45. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Pers Soc Psychol Rev.* 2000; 4 (3): 200–218. doi.org/10.1207/S15327957PSPR0403_1
46. Becker E. *The denial of death.* New York: The Free Press, 1973. 315 p.
47. Dechesne M., Pyszczynski T., Arndt J., Ransom S., Sheldon K., van Knippenberg A., Janssen J. Literal and symbolic immortality: The effect of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience *J Pers Soc Psychol.* 2003; 84 (4): 722–737.
48. Zilboorg G. Fear of death. *Psychoanal Q.* 1943; 12: 465–475.
- tion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *J Pers Soc Psychol.* 2006; 91 (1): 49–62. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.49
45. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Pers Soc Psychol Rev.* 2000; 4 (3): 200–218. doi.org/10.1207/S15327957PSPR0403_1
46. Becker E. *The denial of death.* New York: The Free Press, 1973. 315 p.
47. Dechesne M., Pyszczynski T., Arndt J., Ransom S., Sheldon K., van Knippenberg A., Janssen J. Literal and symbolic immortality: The effect of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience *J Pers Soc Psychol.* 2003; 84 (4): 722–737.
48. Zilboorg G. Fear of death. *Psychoanal Q.* 1943; 12: 465–475.

DEATH ATTITUDES IN CONTEXT OF TIME PERSPECTIVE: ADAPTIVE, DEFENSIVE AND MALADAPTIVE VIEWS OF DEATH IN YOUNG ADULTS

K.A. Chistopolskaya¹, S.N. Enikolopov², E.L. Nikolaev³, G.I. Semikin⁴, S.N. Ozol⁵, S.A. Chubina⁶

¹Eramishantsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com

²Mental Health Research Centre, Moscow, Russia; enikolopov@mail.ru

³Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; pzdorovie@bk.ru

⁴Bauman Moscow State Technical University, Moscow, Russia; semikin@bmstu.ru

⁵Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; ozolsergey7@gmail.com

⁶Kamenev Tula Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Tula, Russia; sonyaost@yandex.ru

Abstract:

Introduction: Death is the end of individual time, that's why personal time perspective and, more broadly, self-continuity influences individual attitudes towards death. **Objective:** This article aims to distinguish adaptive, maladaptive and defensive attitudes toward death from the characteristics of individual time orientations, balanced time perspective and hardiness. **Materials:** the sample comprises 967 students from various cities of Russia (457 males, 503 females, 7 undefined, age 17-37, M=20, SD=1.97). **Methods:** Zimbardo Time Perspective Inventory, Hardiness Survey, short versions of Death Attitudes Profile Revised and Fear of Personal Death Scale. **Results:** the DBTP index (deviation from balanced time perspective) and general index of Hardiness contribute significantly into all parameters of death attitudes and fears, and determined from 1.2% of dispersion (for the “fear of consequences for personality”) to 15.8% (for the “escape acceptance of death”). More detailed regression analysis, which considered specific time perspectives and indices of hardiness allowed to determine the input of these values into the studied constructs more precisely: from 3.6% of dispersion (for “neutral acceptance of death”) до 18.6% (for “escape acceptance of death”). Qualitative analysis of the regression models allowed to distinguish adaptive, maladaptive and defensive attitudes toward death in young adults. The adaptive ones were “fear of consequences for personality”, “fear of consequences for family and friends”, “neutral acceptance of death”: the maladaptive were “escape acceptance of death”, “fear of being forgotten”; “fear of death”, “death avoidance” and “approach acceptance of death”, as well as “fear of transpersonal consequences”, “fear of consequences for body” were categorized as defensive attitudes. **Conclusions:** Adaptive, maladaptive and defensive ways to think of own death were found from the perspective of self-continuity. Such systematization of death attitudes and fears serves to help the practitioners in the domain of suicidology to find the vector of psychological correction: which fears of the patients are worth normalizing, and for which special attention is needed in order to alleviate their magnitude through changes in relation to patients' own personal history.

Keywords: terror management theory, death attitudes, fear of death, self-continuity, time perspective, hardiness

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Озол С.Н., Чубина С.А. Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых. *Суицидология.* 2019; 10 (1): 58-74. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Ozol S.N., Chubina S.A. Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive and maladaptive views of death in young adults. *Suicidology.* 2019; 10 (1): 58-74. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74

ВЛИЯНИЕ НЕСИСТЕМАТИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, НА ИХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

А.В. Меринов, А.Ю. Алексеева

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; ORCID iD 0000-0002-1188-2542; Researcher ID: M-3863-2016). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Алексеева Алевтина Юрьевна (SPIN-код: 5577-2705; ORCID iD 0000-0001-7311-3282; ResearcherID: I-6896-2018). Место учёбы: студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: enjoy.the.silence@icloud.com

В последнее время вопросам связи алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения, посвящено много работ. Как известно, распространённость алкогольной зависимости и суицидального поведения являются индикаторами благополучия современного общества. Общеизвестна связь алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения, однако, исследования в отношении факторов повышающих, либо снижающих риск их появления нуждаются в дальнейшем изучении. При анализе работ, посвящённых исследованию аутоагрессивного потенциала мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, нам не встретилось данных, касающихся влияния несистематического употребления наркотических веществ на аутоагрессивный «профиль» пациентов. В клинической практике часто приходится сталкиваться с группой мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, «при случае употребляющих наркотические вещества», но без признаков наркотической зависимости. Цели и задачи: изучение влияния эпизодического употребления наркотических веществ мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, на их аутоагрессивный профиль. Целью исследования был поиск значимых отличий в суицидологическом профиле между группами мужчин, имевших и не имевших опыт приёма наркотических средств в анамнезе. Материалы и методы: изучена группа мужчин (n=118), страдающих алкогольной зависимостью, с опытом эпизодического употребления наркотических веществ. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем, тест Плутчика-Келлермана-Конте. Было произведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах. Результаты: данные исследования убедительно выявляют высокий аутоагрессивный потенциал в исследуемой подгруппе, по сравнению с группой контроля. Отметим наиболее значимые показатели в изучаемой группе: превалирование суицидальных мыслей в изучаемой группе (60% против 24,35% у группы контроля), суицидальных попыток (47,5% против 24,35%). Мужчины в изучаемой группе чаще отмечали периоды безысходности (80% против 33,3% у контрольной группы), чувство одиночества (67,5% против 35,8%). Выводы: таким образом, факт эпизодического употребления наркотических веществ повышает риск и частоту аутоагрессивных действий у мужчин с алкогольной зависимостью. При работе с больными алкогольной зависимостью необходимо учитывать факт употребления наркотических веществ, как фактор риска суицидального поведения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, несистематическое употребление наркотических веществ, аутоагрессия, суицидальное поведение

В последнее время вопросам изучения связи алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения, посвящено множество работ, что, безусловно, подчёркивает значимость консолидации указанных феноменов [1, 2, 3, 4]. Напомним, что именно распространённость алкогольной зависимости и суицидального поведения

являются критериями благополучия любого современного общества [5, 6, 7]. Сразу оговорим, что феномен алкогольассоциированного аутоагрессивного поведения весьма широк и многогранен. Следует упомянуть лишь тот факт, что и само употребление алкоголя или наркотических веществ рядом исследователей

считается уже аутоагрессивным поведением [7, 8]. Однако, если связь алкогольной зависимости и аутоагрессивного поведения стала в настоящее время практически аксиоматичной [3, 9], то исследования в отношении факторов повышающих или снижающих риск появления таких нуждаются в дальнейшем развитии. С другой стороны, изолированное употребление наркотических веществ – также часто рассматривается с позиции личностной аутоагрессии, и у потребителей обнаруживается значительный антивитаальный потенциал [7, 9, 10].

При изучении доступной литературы нам не встретилось работ, отражающих связь и влияние на аутоагрессивность мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), факта эпизодического употребления наркотических веществ. В частности, несистематического употребления. В своей практической работе мы как раз столкнулись с пациентами абсолютно избегающими употребление наркотических веществ, и с «при случае» не отказывающихся от употребления таких, но без признаков сформированной наркотической зависимости. Вторая группа апостериори имела ряд клинических, личностно-психологических особенностей, и, в какой-то степени была схожа с описанным С.Р. Cloninger вторым типом алкогольной зависимости [4, 11]. Это и натолкнуло на мысль более подробно изучить суицидологические характеристики данной подгруппы.

Целью исследования был поиск статистически значимых отличий в суицидологическом профиле между группами мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имевших и не имевших опыт приёма наркотических веществ в анамнезе. Также были изучены несуйцидальные формы аутоагрессивности личности, предикторы аутоагрессивного поведения и некоторые личностно-психологические характеристики, значимые в суицидологической практике.

Материалы и методы.

Для решения поставленных целей были обследованы 118 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Все пациенты обследовались амбулаторно на базе кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский ГМУ» МЗ РФ. Работа одобрена локальным этическим комитетом, каждым пациентом заполнялось информированное согласие на участие в исследовании. Критерием включения респондентов в исследование явилось наличие диагноза «Синдром зависимости, вызванный употреблением алко-

голя», установленного в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F10.2). Клинически все исследуемые находились во второй стадии заболевания. Тип употребления алкоголя – псевдозапойный. Толерантность составляла $0,97 \pm 0,25$ литров спиртных напитков в пересчёте на водку в сутки. Длительность псевдозапойного периода в среднем составляла $5,2 \pm 1,2$ дня. Все обследованные мужчины на момент обследования состояли в брачных отношениях. В исследование не включались пациенты в соответствии с приведёнными ниже критериями исключения: клинически находящиеся в первой или третьей стадии заболевания; с сформированными сопутствующими болезнями зависимости (исключая никотиновую); с сопутствующими психическими расстройствами эндогенного спектра; с постоянной формой употребления алкоголя; отказавшиеся предоставить информированное согласие для проведения исследования.

Общая когорта обследованных была разделена на две подгруппы: МСАЗ с опытом эпизодического употребления наркотических веществ в анамнезе (МСАЗ+Н) и такового опыта в анамнезе не имеющие (МСАЗ-Н). Критерием включения в исследуемую группу являлось наличие анамнестических сведений о фактах несистематического употребления наркотических веществ. В 92,5% наблюдений ($n=37$) отмечалось употребление каннабиса, в остальных – иных наркотических веществ. Соответственно в исследуемую группу вошли 40 человек. В контрольную – оставшиеся 78 пациентов. Средний возраст в изученной группе составил $37,8 \pm 3,4$ года и в группе контроля $39,4 \pm 5,6$ года. В результате сравнительного анализа подгрупп не было обнаружено статистически значимых отличий в социально-демографических, клинических и патопсихологических характеристиках ($p > 0,05$), подгруппы отличались друг от друга лишь фактом отсутствия либо наличия приёма наркотических веществ в анамнезе.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [2]. Так же использовался тест (LSI) Плутчика-Келлермана-Конте [12], позволяющий оценить спектр предпочитаемых психологических защитных механизмов в подгруппах, значимых в контексте суицидологической практики. Для решения поставленной задачи было проведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах.

Таблица 1

Представленность суицидальных паттернов в изучаемых группах

Признак	МСАЗ+Н n=40		МСАЗ-Н n=78		χ^2	Знач. Df	P
	n	%	n	%			
Суицидальная попытка в анамнезе	19	47,5	19	24,35	6,49	1	0,0131
Суицидальные мысли в анамнезе	24	60	19	24,35	14,5	1	0,0002

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента, χ^2 . Параметрические данные в работе представлены в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение). Описание статистических данных для непараметрических критериев представлено в виде n (%) (абсолютное количество признаков группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Математическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 12.

Результаты и обсуждение.

Проанализируем суицидальную направленность реализации аутоагрессивных импульсов в изучаемых группах. Статистически значимые отличия представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что между группами обнаруживаются очень значительные отличия в отношении как суицидальных попыток в анамнезе, так и имевших место суицидальных мыслей с обдумыванием способа реализации суицида. Разница в показателях достигает 2-2,5 раз, что делает исследуемую группу объектом

для пристального внимания в суицидологической плоскости. Отметим, что столь высоких показателей нам не встречалось ранее при изучении значимых факторов, катализирующих аутоагрессию при алкогольной зависимости [2].

Перейдём к оценке представленности предикторов аутоагрессивного поведения и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в изучаемых группах, что нашло отражение в табл. 2.

Из приведённых данных хорошо видно, что имеются отличия в отношении важнейших предикторов суицидального поведения, таких как: безысходность, гипотимия, переживание одиночества (напомним, что все пациенты состояли в брачных отношениях). Высока встречаемость попыток самоубийств у ближайших родственников в группе МСАЗ с опытом эпизодического употребления наркотических веществ. Больше половины респондентов группы не имели четкого представления о смысле жизни (не смогли его сформулировать), не строили средне- и долгосрочных планов, что в суицидологическом плане является весьма неблагоприятным моментом [6, 13].

Таблица 2

Представленность предикторов аутоагрессивного поведения и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в изучаемых группах

Признак	МСАЗ+Н n=40		МСАЗ-Н n=78		χ^2	Знач. Df	P
	n	%	n	%			
Суицид родственника	14	35,0	13	16,7	5,04	1	0,036
Навязчивое чувство вины	25	62,5	25	32	10,04	1	0,0028
Периоды безысходности	32	80,0	26	33,3	23,04	1	0,00001
Чувство одиночества	27	67,5	28	35,8	10,61	1	0,0016
Депрессивные эпизоды	26	65,0	32	41,0	6,08	1	0,019
Отсутствие смысла жизни	22	55,0	20	25,6	9,94	1	0,002
Гетероагрессивность	28	70,0	35	44,8	6,7	1	0,012
Несчастные случаи	23	57,5	23	29,5	8,72	1	0,005
Неоднократные ЧМТ	25	62,5	25	32,1	10,04	1	0,0028
Термическая патология	16	40,0	13	16,6	7,77	1	0,007
Наличие опасных для жизни хобби	28	70,0	19	24,35	22,98	1	0,0001

Таблица 3

Отличия между группами в отношении преимущественно используемых психологических защитных механизмов (тест Плутчика-Келлермана-Конте)

Признак	(МСА3+Н) M±m n=40	(МСА3-Н) M±m n=78	P
Механизм психологической защиты «Вытеснение»	6,4 ± 2,44	5,32 ± 2,53	0,0407
Механизм психологической защиты «Замещение»	6,72 ± 2,81	4,89 ± 3,09	0,0031
Механизм психологической защиты «Регрессия»	7,22 ± 3,11	5,6 ± 3,01	0,0101

Ряд несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, таких как несчастные случаи, неоднократные ЧМТ, ожоги и обморожения, опасные для жизни хобби, в среднем в 1,5-2 раза реже встречаются в контрольной группе.

Таким образом, эпизодическое употребление наркотических веществ у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте суицидологии делает изучаемую подгруппу прогностически одной из самых неблагоприятных.

В табл. 3 отображены статистически значимые отличия между группами, касающиеся используемых психологических защитных механизмов. В отношении других исследуемых шкал теста Плутчика-Келлермана-Конте достоверных отличий обнаружено не было.

Как следует из данных, приведённых в таблице 3, изучаемая группа характеризуется высокой частотой применения определённого набора защитных психологических механизмов. Эта комбинация механизмов защиты приводят к обесцениванию значимости ряда ситуаций и собственных действий, трудностью прогнозирования и импульсивным действиям в состоянии стрессового воздействия [12, 13, 14]. Это, в свою очередь, может сопровождаться

возникновением чувства вины, тенденцией к депрессивным реакциям, эскапизму, что, является весьма настораживающими феноменами в структуре предикторов суицидального поведения [3, 6, 7].

Выводы:

1. Даже несистематическое употребление наркотических веществ в значительной степени повышает риск аутоагрессивных действий у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Почти половина обследованных пациентов данной подгруппы имели суицидальные попытки в анамнезе, 60% обдумывали способы лишения себя жизни.

2. Высокие уровни значимых отличий так же обнаруживаются и в отношении целого ряда несуйцидальных аутоагрессивных феноменов и предикторов аутоагрессивного поведения, что в совокупности отражает крайнюю суицидологическую неблагополучность рассматриваемой части мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

3. Во время работы с больными алкогольной зависимостью, при оценке риска суицидального поведения, целесообразно учитывать факт эпизодического употребления наркотических веществ в анамнезе.

Литература:

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 208 с.
2. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: «Экспертные решения», 2017. 192 с.
3. Положий Б.С. Алкоголизм и самоубийства. *Медицина*. 2014; 2 (4): С. 38-41.
4. Cloninger C.R. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism. *Adv. Alcohol. and Subst. Abuse*. 1988; 7: 3-16.
5. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита: «Иван Федоров», 2008. 178 с.
6. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232 с.

References:

1. Vojcekh V. F. Klinicheskaya suicidologiya [Clinical suicidology]. M.: Miklosh, 2008. 208 s. (In Russ)
2. Merinov A.V. Rol i mesto fenomena autoagressii v semyah bolnyh alkoholnoj zavisimostyu [The role and place of the phenomenon of autaggression in families of patients with alcohol dependence]. *FGBOU VO RyazGMU Minzdrava Rossii. SPb: «Ehkspertnye resheniya»*, 2017. 192 s. (In Russ)
3. Polozhij B.S. Alkogolizm i samoubijstva [Alcoholism and suicide]. *Medicina [The medicine]*. 2014; 2 (4): 38-41. (In Russ)
4. Cloninger C.R. Genetic heterogeneity and classification of alcoholism. *Adv. Alcohol. and Subst. Abuse*. 1988; 7: 3-16.
5. Govorin N.V., Saharov A. V. Suicidalnoe povedenie tipologiya i faktornaya obuslovlennost [Suicidal behavior: typology and factoriality]. Chita: «Ivan Fedorov», 2008.178 s. (In Russ)
6. Polozhij B.S. Suicidalnoe povedenie (kliniko-ehpidemiologicheskie i ehtnokulturalnye aspekty) [Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethnocultural aspects)]. M.: RIO «FGU GNC SSP im. V. P. Serbskogo», 2010. 232 s. (In Russ)

7. Suicide. An unnecessary death / ed.: D. Wasserman. London, UK: Martin Dunitz, 2001. 286 p. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7304.114>
8. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 4: 52-60.
9. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью. *Наркология*. 2010; 3: 57-69.
10. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53.
11. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. М.: ИД Медпрактика, 2002. 944 с.
12. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман [и др.]. СПб.: Речь, 1999. 128 с.
13. Чхиквадзе Т.В., Беляева Е.Н. Особенности копинга и механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика*. 2018; 15 (1): 94-108.
14. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 79-80.
7. Suicide. An unnecessary death / ed.: D. Wasserman. London, UK: Martin Dunitz, 2001. 286 p. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7304.114>
8. Ruzhenkov V.A. Ruzhenkov V.V., Boeva A.V. Concepts of suicidal behavior. *Suicidology*. 2012; 4: 52-60. (In Russ)
9. Bisaliev R.V. Prediktory suicidalnogo povedeniya u bolnyh alkoholnoj zavisimostyu [Predictors of suicidal behavior in patients with alcohol dependence]. *Narkologija [Drug Addiction]*. 2010; 3: 57-69. (In Russ)
10. Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Diagnostic of suicidal behavior in drug addicts. *Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53.
11. Ivanec N.N. Rukovodstvo po narkologii [Addiction Guide]. M.: ID Medpraktika. M., 2002. 948 s. (In Russ)
12. Psihologicheskaya diagnostika indeksa jiznennogo stilya / L.I. Wasserman [i dr.]. Spb.: Retch, 1999. 128 s.
13. Chkhikvadze T.V., Belyaeva E.N. Osobennosti kopinga i mekhanizmov psihologicheskoy zashchity u lic s alkoholnoj zavisimostyu [Features of coping and psychological defense mechanisms in patients with alcohol dependence]. *Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Seriya: Psihologiya i pedagogika [Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Psychology and Pedagogy]*. 2018; 15 (1): 94-108. (In Russ)
14. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 79-80.

INFLUENCE OF NON-SYSTEMATIC USE OF NARCOTIC SUBSTANCES ON SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS IN MEN SUFFERING FROM ALCOHOL ADDICTION

A.V. Merinov, A.Yu. Alekseeva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

Abstract:

At present a great number of scientific works have been devoted to the problem of alcohol addiction and autoaggressive behavior interrelation. Prevalence of alcohol addiction and suicidal behavior are known to be the indicators of modern society well-being. It is widely known that alcohol addiction and autoaggressive behavior are in close association with each other. However, research works dealing with the factors increasing or decreasing the risk of their appearance still need further investigation. Having analyzed the works devoted to the study of autoaggressive potential in men suffering from alcohol addiction, we were not able to find any data concerning the influence of unsystematic drug consumption on patients' autoaggressive "profile". In our clinical practice we often had patients suffering from alcohol addiction who occasionally used narcotic substances but who did not have signs of drug addiction. Goals and Objectives: to study the influence of episodic drug consumption on the autoaggressive profile of men suffering from alcohol addiction and to find significant differences in the suicidal profile in the two groups of men, those having and not having the experience of drug consumption in their past history. Materials and Methods: a group of patients suffering from alcohol addiction who had the experience of drug consumption has been studied. Plutchik-Kellerman-Conte test, a questionnaire used in screening for autoaggressive patterns and their predictors both in the past and at present have been used as a diagnostic test instrument. There has been made a "frontal" comparison between all the studied signs in the subgroups. Results: the research data clearly reveal a high autoaggressive potential in the respondents comparing to the control group. The most significant indices in the study group are as follows: predominance of suicidal ideas (60% to 24.35% in the control group), suicidal attempts (47.5% to 24.35% in the control group). The men in the study group experienced the feeling of despair (80% to 33.3% in the control group), loneliness (67.5% comparing to 35.8%) more often. Conclusions: the fact of using psychoactive drugs sharply increases the risk and frequency of autoaggressive actions in men suffering from alcohol addiction. To treat alcohol addicted patients it is necessary to take into consideration the fact of drug consumption as a risk factor in suicidal behavior.

Keywords: alcohol addiction, unsystematic drug consumption, autoaggression, suicidal behavior

Финансирование: Бюджет ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова» Минздрава России.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Меринов А.В., Алексеева А.Ю. Влияние несистематического употребления наркотических веществ у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 75-79. doi: [10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-75-79](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-75-79)

For citation: Merinov A.V., Alekseeva A.Yu. Influence of non-systematic use of narcotic substances on suicidal characteristics in men suffering from alcohol addiction. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 75-79. (In Russ) doi: [10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-75-79](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-75-79)

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ГЕНДЕРНЫЙ ГРАДИЕНТ УРОВНЯ СУИЦИДОВ В ЕВРОПЕ

Ю.Е. Разводовский, С.А. Игумнов, С.В. Кондричин

УО «Гродненский государственный медицинский университет» МЗ Беларуси, г. Гродно, Беларусь
Национальный научный центр наркологии – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
УЗ «Минская областная клиническая больница», пос. Лесной, Минский р-н, Беларусь

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 3373-3879, ORCID iD: 0000-0001-7185-380X, Researcher ID: T-8445-2017). Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет» Минздрава Республики Беларусь. Адрес: Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, электронный адрес: razvodovsky@tut.by

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1607-8697; AuthorID: 567874). Место работы и должность: заведующий отделом клинической наркологии Национального научного центра наркологии, филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. 119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3. Электронный адрес: igumnov.s@serbsky.ru

Кандрычын Сергей Вацлавович – кандидат социологических наук. Место работы и должность: врач-кардиолог УЗ «Минская Ордена трудового Красного знамени областная клиническая больница». Адрес: Республика Беларусь, 223340, Минский район, пос. Лесной, д. 40. Электронный адрес: kandrycz@yandex.ru

В большинстве стран уровень суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин, несмотря на то, что женщины чаще совершают суицидальные попытки. При этом гендерный градиент уровня суицидов наиболее высок в странах Восточной Европы. Целью настоящего исследования была проверка гипотезы, о том, что различия в уровне потребления алкоголя связаны с проявлением гендерного градиента уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы. Материалы и методы: Средний градиент (соотношение уровня суицидов среди мужчин к уровню суицидов среди женщин) был рассчитан за период с 2010 по 2014 гг. Проведено сравнение (t-test) уровня гендерного градиента уровня суицидов, а также уровня потребления алкоголя в странах Западной (n=21) и Восточной (n=24) Европы. С помощью корреляционного анализа Пирсона оценена связь между уровнем потребления алкоголя и гендерным градиентом уровня суицидов в странах Западной (n 21) и Восточной (n 24) Европы. Результаты: Средний гендерный градиент уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы составил соответственно $3,8 \pm 0,32$ и $4,9 \pm 0,35$, а средний уровень потребления алкоголя на душу населения составил $1,8 \pm 0,18$ и $3,1 \pm 0,35$ соответственно. Установлена статистически значимая связь между потреблением алкоголя и гендерной разницей уровня суицидов в странах Восточной Европы ($r=0,58$; $p=0,001$). Связь между потреблением алкоголя и гендерной разницей уровня суицидов в странах Западной Европы также положительная, однако, она статистически не значима ($r=0,37$; $p=0,08$). Выводы: Полученные данные свидетельствуют в пользу гипотезы, согласно которой различия в уровне потребления алкоголя объясняют различия в выраженности гендерного градиента уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы.

Ключевые слова: алкоголь, суицид, гендерный градиент, Западная Европа, Восточная Европа

В большинстве стран уровень суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин, несмотря на то, что женщины чаще совершают суицидальные попытки [1]. По данным мировой статистики соотношение уровня суицидов среди мужчин к уровню суицидов среди женщин в среднем составляет 3,5:1 [2]. При этом гендерный градиент уровня суицидов наиболее высок в странах Восточной Европы [2], в том числе и России [3]. Наличие выраженного гендерного дисбаланса в этом регионе

объясняется высоким уровнем суицидов в мужской части популяции при сохранении относительно низкого уровня суицидов в её женской части [4]. Причины формирования указанного гендерного парадокса в странах Восточной Европы остаются не до конца понятными.

Высокий общий уровень потребления алкоголя в сочетании с интоксикационно - ориентированным стилем потребления крепких алкогольных напитков считается одной из основных причин высокого уровня суицидов в стра-

нах Восточной Европы [5]. Учитывая тот факт, что в странах Восточной Европы уровень суицидов тесно ассоциируется с уровнем потребления алкоголя [6-11], а также то, что уровень потребления алкоголя значительно выше среди мужчин [4], можно предположить, что алкоголь является ключевым фактором формирования высокого гендерного градиента уровня суицидов в этом регионе.

Целью настоящего исследования была проверка гипотезы, о том, что различия в уровне потребления алкоголя связаны с проявлением гендерного градиента уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы.

Материалы и методы.

Стандартизированные по возрасту половые коэффициенты суицидов (в расчёте на 100 тыс. населения) для 45 стран Европы взяты из базы данных Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). Данные уровня потребления алкоголя в литрах на человека в возрасте 15 лет и старше взяты из Глобальной информационной системы ВОЗ «Алкоголь и Здоровье». Средний градиент (соотношение уровня суицидов среди мужчин к уровню суицидов среди женщин) был рассчитан за период с 2010 по 2014 гг. Проведено сравнение (t-test) уровня гендерного градиента уровня суицидов, а также уровня потребления алкоголя в странах Западной (n=21) и Восточной (n 24) Европы. С помощью корреляционного анализа Пирсона оценена связь между уровнем потребления алкоголя и гендерным градиентом уровня суицидов в странах Западной (n=21) и Восточной (n=24) Европы. Анализ проводился с использованием статистический пакета “Statistica 12. StatSoft.”

Результаты исследования.

В таблице 1 представлен средний градиент уровня суицидов, а также средний уровень потребления алкоголя в странах Западной и Восточной Европы. Средний гендерный градиент уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы составил соответственно

3,8±0,32 и 4,9±0,35, а средний уровень потребления алкоголя на душу населения составил соответственно 1,8±0,18 и 3,1±0,35 соответственно. Различия в уровне гендерного градиента суицидов и уровня потребления алкоголя между странами Западной и Восточной Европы статистически значимы. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о существовании статистически значимой связи между потреблением алкоголя и гендерной разницей уровня суицидов в странах Восточной Европы (r=0,58; p=0,001). Связь между потреблением алкоголя и гендерной разницей уровня суицидов в странах Западной Европы также положительная, однако, она статистически не значима (r=0,37; p=0,08).

Обсуждение.

Полученные данные свидетельствуют о существовании четкого географического паттерна в формировании гендерных различий в уровне суицидов в Европе: в восточной части континента данный показатель значительно выше, чем в западной. Представляется очевидным, что указанные пространственные различия являются одним из проявлений комплексной дифференциации показателей смертности между странами Восточной и Западной Европы, известного как “разница в уровне смертности на востоке и западе Европы” (European East-West mortality gap) [12]. Поэтому проведение анализа причин формирования градиента неизменно должно учитывать этиологическую многофакторность и взаимозависимость отдельных патогенетических механизмов. Ограничение в возможностях практической реализации подобных комплексных оценок является существенной методологической проблемой для любого исследования. Это в полной мере относится и к попыткам оценки причин формирования гендерного градиента в уровне смертности от самоубийств и его зависимости от уровня потребления алкоголя.

Таблица 1

Потребление алкоголя на душу населения и гендерный градиент уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы; t-тест

Показатель	Западная Европа (n=21)		Восточная Европа (n=24)	
	Mean	m	Mean	m
Потребление алкоголя**	1,79	0,18	3,12	0,35
Гендерный градиент суицидов*	3,77	0,32	4,91	0,35

Примечание: t-тест; *p<0,05; **p<0,01

Многие исследователи считают, что разница в уровне смертности на востоке и западе Европы обусловлена экономическими и психосоциальными факторами, в том числе доминирующими особенностями стиля жизни [13, 14, 15]. Причём, среди комплекса причин неизменно отмечается этиологическая значимость регионального паттерна потребления алкоголя [5].

Результаты корреляционного анализа, проведённого в рамках настоящего исследования, говорят о том, что алкоголь является коррелятом гендерных различий в суицидальном поведении в Восточной части Европейского региона. Однако зависимость между популяционными показателями самоубийств и уровнем потребления алкоголя представляется многоплановой, что неизменно должно учитываться при формулировке окончательных выводов.

Существует целый ряд возможных вариантов соотношения рассматриваемых популяционных показателей. Во-первых, оба показателя можно рассматривать в качестве проявлений психосоциального дистресса, которые способны манифестировать как в непосредственной причинно-следственной зависимости, так и изолированно. Во-вторых, злоупотребление алкоголем может рассматриваться в качестве фактора, обуславливающего упадок материального благополучия, снижения социального и профессионального статуса личности, её семейное неблагополучие, а также оказывать деструктивное влияние на личность, обуславливать развитие ряда заболеваний соматической и психической сферы [2].

В свою очередь, каждое из перечисленных негативных последствий злоупотребления алкоголем может выступать в качестве ведущего звена в суицидальном поведении. Такой множественный, латентный и во многом, опосредованный негативный эффект алкоголя, существенно ограничивает возможности применения научного метода (хотя, косвенно, подчёркивает значимость популяционных исследова-

ний, как одного из доступных вариантов проведения интегральной оценки этого негативно-го воздействия).

В-третьих, влияние культурной традиции способно оказывать параллельное влияние на различные формы деструктивного поведения, в том числе на локальный паттерн употребления алкоголя [15]. В то же время, определённые культурные традиции могут способствовать или препятствовать реализации копинг стратегии и различных форм адаптивного поведения [13]. Тут следует отметить, что стиль жизни в значительной степени определяется социально-структуральными факторами. Известно, что в странах Восточной Европы злоупотребление алкоголем является дезадаптивной стратегией копинга психосоциального дистресса [14]. В особенности это касается мужчин, поскольку женщины демонстрируют большую адаптивность к психосоциальному дистрессу, используя копинг стратегии, которые не ассоциируются с саморазрушительным поведением [12].

Выводы:

В настоящем исследовании продемонстрирована положительная связь на популяционном уровне между потреблением алкоголя и гендерным градиентом суицидов в странах Восточной Европы, на фоне отсутствия статистически значимой связи между данными показателями в странах Западной Европы. Данный факт свидетельствует в пользу гипотезы, согласно которой различия в уровне потребления алкоголя объясняют различия в выраженности гендерного градиента уровня суицидов в странах Западной и Восточной Европы. Результаты настоящего исследования подчёркивают необходимость реализации комплексных мер по преодолению негативных тенденций в социальной сфере, а также в сфере общественного здоровья в странах Восточной Европы. Ключевым аспектом адекватной политика по предупреждению деструктивных форм поведения должны являться эффективные меры по снижению уровня алкоголизации общества.

Литература:

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–485.
2. Möller-Leimkühler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2003; 253: 1–8.
3. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76–78.
4. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21 (3): 290–296.
5. Moskalewicz J, Razvodovsky Y, Wiczorek P. East-West disparities in alcohol-related harm within European Union. Paper presented at the KBS Annual Conference, Copenhagen, 1-5 June. 2009.

References:

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–485.
2. Möller-Leimkühler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2003; 253: 1–8.
3. Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76–78. (In Russ)
4. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21 (3): 290–296.
5. Moskalewicz J, Razvodovsky Y, Wiczorek P. East-West disparities in alcohol-related harm within European Union. Paper presented at the KBS Annual Conference, Copenhagen, 1-5 June. 2009.

6. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2009; 16 (2): 127-139.
7. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67-74.
8. Razvodovsky Y.E. Contribution of alcohol in suicide mortality in Eastern Europe. In: Kumar, U. (Ed.). *Suicidal behavior: underlying dynamics*. New York. Routledge. 2015.
9. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 41-48.
10. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005. *Crisis*. 2007; 28 (2): 61-66.
11. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. *Суицидология*. 2014; 5 (2): 38-41.
12. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*. 1996; 312: 421-425.
13. Laaksonen M, McAlister A, Laatikainen T, Drygas W, et. al. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status? *European J of Public Health*. 2001; 11 (1): 65-73.
14. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология*. 2012; 4: 28-40.
15. Кандрычын С.В., Разводовский Ю.Е. Пространственные закономерности дифференциации уровня смертности от внешних причин. *Проблемы развития территорий*. 2015; 4 (78): 97-112.
6. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2009; 16 (2): 127-139.
7. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67-74.
8. Razvodovsky Y.E. Contribution of alcohol in suicide mortality in Eastern Europe. In: Kumar, U. (Ed.). *Suicidal behavior: underlying dynamics*. New York. Routledge. 2015.
9. Razvodovsky Y.E., Smirnov V.Y., Zotov P.B. Forecasting of suicides rate using time series analysis. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 41-48. (In Russ)
10. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005. *Crisis*. 2007; 28 (2): 61-66.
11. Razvodovsky Y.E., Dukorsky V.V. Correlates of suicidal behavior of alcohol dependent males. *Suicidology*. 2014; 5 (2): 38-41. (In Russ)
12. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*. 1996; 312: 421-425.
13. Laaksonen M, McAlister A, Laatikainen T, Drygas W, et. al. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status? *European J of Public Health*. 2001; 11 (1): 65-73.
14. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology*. 2012; 4: 28-40. (In Russ)
15. *Kandrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. Prostranstvennyye zakonomernosti differenciacii urovnja smertnosti ot vneshnih prichin [Spatial patterns of differentiation of mortality from external causes]. Problemy razvitiya territorij*. 2015; 4 (78): 97-112. (In Russ)

ALCOHOL CONSUMPTION AND GENDER GAP IN SUICIDE MORTALITY IN EUROPE

Y.E. Razvodovsky¹, S.A. Igumnov², S.V. Kandrychyn³

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus; razvodovsky@tut.by

²National Scientific Research Centre on Addictions – branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; igumnov.s@serbsky.ru

³Regional Clinical Hospital, Minsk, Belarus; kandrycz@yandex.ru

Abstract:

In most countries, suicide rates are significantly higher for men compared to women, even though women attempt suicide more frequently. The gender gap in suicide rate is particularly high in the countries of Eastern Europe. Aims: This study aims to test the hypothesis that national differences in the level of alcohol consumption explain the East-West discrepancy in the gender gap in suicide rates. Methods: The male-to-female ratio of suicides (the five-year average from 2010 to 2014) was calculated. The comparison in the gender gap in suicides was made between Western (n 21) and Eastern (n 24) European countries (t-test). In addition, the male-to-female ratio of suicides and the level of alcohol consumption per capita in Western and Eastern European countries were compared. Results: The average gender gap in suicide rates in Western and Eastern European countries was 3,8±0,32 и 4,9±0,35 respectively, while the average level of alcohol consumption per capita was 1,8±0,18 и 3,1±0,35 respectively. The results of the correlation analysis indicate statistically significant relationship between alcohol consumption per capita and gender gap in suicide mortality in Eastern Europe (r=0,58; p=0,001). The results also indicate that there is no statistically significant relationship between alcohol consumption per capita and gender gap in suicide mortality in Western Europe (r=0,37; p=0,08). Conclusions: Alcohol appears to play an important role in the high gender gap in suicide mortality in this region.

Keywords: alcohol, suicides, gender gap, Western Europe, Eastern Europe

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Разводовский Ю.Е., Игумнов С.А., Кондричин С.В. Потребление алкоголя и гендерный градиент уровня суицидов в Европе. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 80-83. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-80-83

For citation: Razvodovsky Y.E., Igumnov S.A., Kandrychyn S.V. Alcohol consumption and gender gap in suicide mortality in Europe. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 80-83. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-80-83

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ РОССИИ

Е.Б. Любов, Ю.Е. Шматова, В.Б. Голланд, П.Б. Зотов

ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

ФГБУН «Вологодский научный центр» РАН, г. Вологда, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук (SPIN-код: 3583-2063; ORCID iD: 0000-0002-1881-0963; Researcher ID: R-1021-2018). Место работы и должность: научный сотрудник ФГБУН Вологодского научного центра РАН. Адрес: Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а. Телефон: (8172) 59-78-02, электронный адрес: ueshmatova@mail.ru

Голланд Виктор Борисович – кандидат медицинских наук (SPIN-код 9805-6073; AuthorID: 723003). Место работы и должность: старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической профилактики Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала № 1 ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. Телефон: (495) 420-54-45, электронный адрес: holland@2con.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Уровень самоубийств зарегистрированных психиатрическими службами пациентов выше, чем населения в целом на 60% и снизился в большинстве регионов РФ за 10 лет на треть, при более выраженном (вдвое) снижении уровней суицидов общего населения. Самоубийства психиатрических пациентов не превышают 5% всех суицидов в РФ. Уровень парасуицидов пациентов уменьшился на 2/3, ниже 100. Соотношение суицидов / суицидальных попыток (парасуицидов) душевнобольных в среднем по стране составляет 1:4. Разброс («пики») данных о суицидальном поведении связаны с эпидемиологически нечастыми феноменами и малой населённостью ряда регионов, но многолетний анализ указывает тенденции, сходные с общим населением (касаемо суицидов). Данные свидетельствуют о недодиагностике суицидального поведения психиатрических пациентов и необходимости многоуровневых целевых лечебно-профилактических программ для этой клинической группы – мишени высокого риска суицидального поведения. Научно - доказательным подходом для обоснования и развития антикризисных служб служит уточнение и детализация эпидемиологии суицидального поведения душевнобольных в рамках территориальных суицидологических регистров.

Ключевые слова: суицидальное поведение, психически больные, общее население

Психические расстройства – типовой клинический фактор риска суицидального поведения (СП) [1, 2]. Так, не менее 90% суицидентов психически больны [3]. Соотношение уровней суицидов (УС) психиатрических пациентов и населения в целом составляет в зарубежных экономически развитых странах один-два порядка (10-100:1) [2, 4]. При этом лишь малая часть суицидентов, априорно наиболее тяжелых психически и/или с тяжелыми сомато-

неврологическими последствиями парасуицидов (ПС) проходит психиатрический фильтр и/или оказываются в поле зрения врачей (психиатра) многопрофильных больниц [5, 6].

В Российской Федерации (РФ) систематического сопоставления УС и ПС душевнобольных и общего населения на уровнях РФ и её субъектов не приводилось.

Цель исследования: динамический десятилетний (2008-2017 гг.) эпидемиологиче-

ский анализ внешних форм СП (суицидов и суицидальных попыток) зарегистрированных психиатрическими службами душевнобольных в России в сравнении с УС общего населения на федеральном и региональном уровнях.

Задачи:

1) оценка долговременных тенденций УС душевнобольных в сравнении с УС населения на федеральном и местном (Федеральные округа, или ФО и субъекты РФ) уровнях;

2) определение доли (%) душевнобольных в массиве суицидентов;

3) определение соотношения суицидов и суицидальных попыток душевнобольных.

Материал и методы.

Показатели СП психически больных на уровнях РФ и её субъектов за 2008-2017 гг. получены из официальной статистической отчетности [7], за 2014-2017 гг. – из граф 1-4 таблицы 2150 Формы №36 «Сведения о контингентах психически больных», утверждённой приказом Росстата № 459 от 30.06.2014 г. УС населения на федеральном и региональном уровнях – из данных Росстата (www.gks.ru). Разделение УС по градации ВОЗ следующее: низкий (до 10), средний (10-20), высокий и сверхвысокий (≥ 20) уровни [3].

Результаты исследования.

Динамика УС в общем населении и психически больных. УС (здесь и далее: на 100000 населения) в РФ поступательно идёт на убыль последние 20 лет, согласно общемировому

тренду [3, 8]. Так, за последние 10 лет УС в РФ снижен вдвое (с 27,1 до 13,8; рис. 1); в ФО – в 1,5-2 раза. «Сверхвысок» УС (≥ 20) лишь в Сибирском ФО, тогда как 5 лет назад таковой был в шести из восьми ФО. Наибольшее (на 70%) снижение УС по сравнению с 1995 г. в ФО с изначально высокими показателями: в Сибирском и Северо-Западном ФО.

Последние 10 лет возглавляют рейтинг высоких УС Ненецкий (102,3 – в 2008 г. и 43,2 – в 2017 г.) и Чукотский АО (82,2 и 34,3 соответственно), Еврейская АО (56,6 и 41,7), Республики Бурятия (73,3 и 39,6), Алтай (73,0 и 34,9) и Удмуртия (56,6 и 33,9), Забайкальский край (70,0 и 39,3), Амурская (56,2 и 35,7) и Курганская (50,5 и 35,8) области. Большинство вышеперечисленных регионов мало населены. Например, один гипотетический суицид на Чукотке даст прирост УС на три единицы.

Напротив, вырос УС на Северном Кавказе с традиционно низкими (близкими к нулю) показателями, как в Республиках Чечня (с 0,4 в 2008 г. до 0,6 в 2017 г.) и Ингушетия (с 0 до 0,8), а также в Карачаево-Черкесии (с 5,9 до 9,4).

В восьми регионах (Ямало-Ненецкий АО, Воронежская, Белгородская, Тюменская, Смоленская, Ленинградская, Вологодская области и Республика Адыгея) УС в 2008 г. был ниже общероссийского, но спустя 10 лет превысил средние значения по стране.

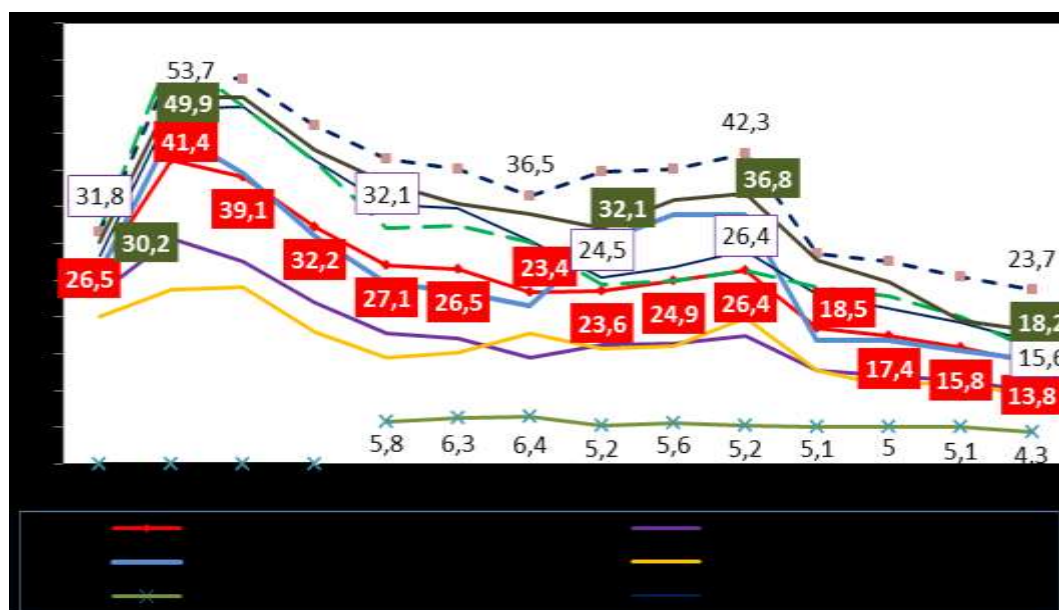


Рис. 1. Динамика УС в РФ и ФО в 1990-2017 гг.

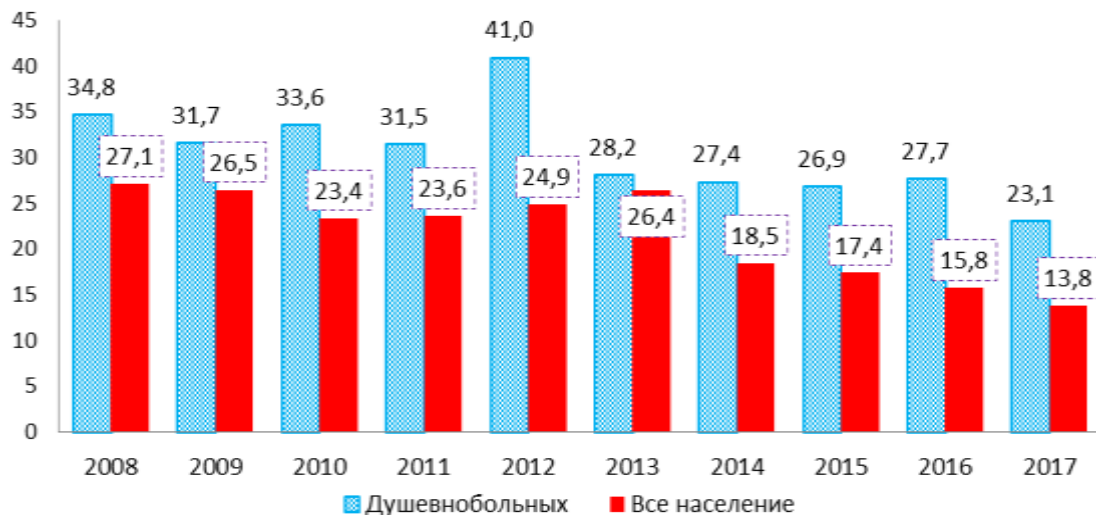


Рис. 2. Динамика УС общего населения и психиатрических пациентов в РФ в 2008-2017 гг.

УС душевнобольных (здесь и далее: на 100 тыс. зарегистрированных психиатрическими службами) последние годы в среднем на 60% выше, чем УС населения России: в 2017 г. – 23,1 и 13,8 соответственно (рис. 2).

Однако в Уральском (в 2017 г. – 17,9 и 15,6) и Дальневосточном ФО (в 2017 г. – 29,7 и 23,7 соответственно) различия УС душевнобольных и «здоровых» малы, как в РФ в целом в 2013 г. (рис. 2).

За 10 лет УС душевнобольных в России снизился на треть, а в общем населении – вдвое. Снижение «психиатрических» УС во всех ФО без Северо-Западного, где с 2014 г. УС вырос на треть при снижении на 15% УС населения в целом. Наиболее снижены УС пациентов за минувшее десятилетие в Уральском

(вдвое) и Приволжском (на 45%) ФО при двойном снижении УС общего населения.

Скачок УС душевнобольных в 2012 г. в РФ (до 41; рис. 2) произошел большей частью за счёт Северо-Кавказского ФО (240,7). С 2008 г. увеличился УС душевнобольных более чем на порядок в Чечне и Северной Осетии, в Ненецком АО (в 2008 г. на нулевой отметке). Более чем втрое – в Республике Тыва, Иркутской и Курской областях, вдвое и более – в республике Коми и Омской области, на 40-50% – в Республике Хакасия, Марий Эл, Чувашии, Вологодской, Ростовской и Архангельской областях, на треть – в Ямало-Ненецком АО, Орловской и Рязанской областях. В вышеперечисленных регионах (без Чечни) УС населения в то же время пошли на убыль.

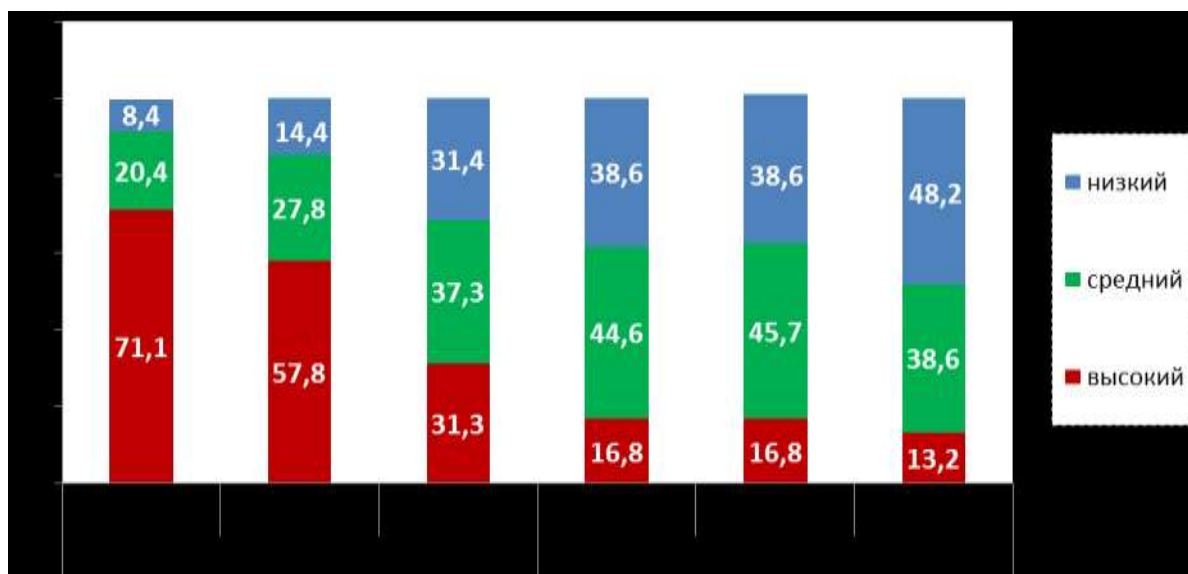


Рис. 3. Динамика УС психиатрических пациентов в регионах РФ (доли регионов в %).

Таблица 1

Группировка регионов по уровням УС населения в 2008, 2013, 2017 гг.

УС населения / пациентов		2008 г.		2013 г.		2017 г.	
		n	%	n	%	n	%
Высокий УС населения	Высокий УС пациентов	19	22,9	12	14,4	5	6,0
	Низкий УС пациентов	9	10,8	12	14,4	9	10,8
Низкий УС населения	Высокий УС пациентов	0	0	1	1,2	2	2,4
	Низкий УС пациентов	6	7,2	8	9,6	19	22,9

Наибольшие УС душевнобольных в 2017 г. отмечены в Ненецком (211,0) и Чукотском АО (116,9), Республиках Коми (148,2) и Марий Эл (127,1). Большинство регионов-лидеров мало населены. «Нулевые» УС пациентов в Республиках Калмыкия, Ингушетия, Алтай, Магаданской области и Еврейской АО при разбросе УС населения от 0,8 до 41,7.

Для выявления взаимосвязи УС населения в целом и пациентов разделим регионы России на три обезличенные группы «высоких», «средних» и «низких» УС, по рекомендациям ВОЗ (табл. 1). Градация УС душевнобольных может быть (условно) следующей: «высокий» (≥ 50), «средний» (20-50) и «низкий» (<20), исходя из разброса данных по ФО.

Сокращению части регионов с высокими УС при росте доли субъектов с «низкими» и «средними» УС сопутствует та же динамика УС пациентов (рис. 3).

Удельный вес регионов с высокими УС населения и пациентов за 10 лет сократился в 38 раз (табл. 1). В 2017 г. в каждом четвертом-пятом регионе низки УС населения и пациентов, что втрое чаще, чем в 2008 г.

Подобная ситуация в течение всех лет настоящего исследования отмечена лишь в Северо-Кавказском ФО. В каждом десятом субъекте РФ на фоне высокого УС населения низок УС зарегистрированных душевнобольных.

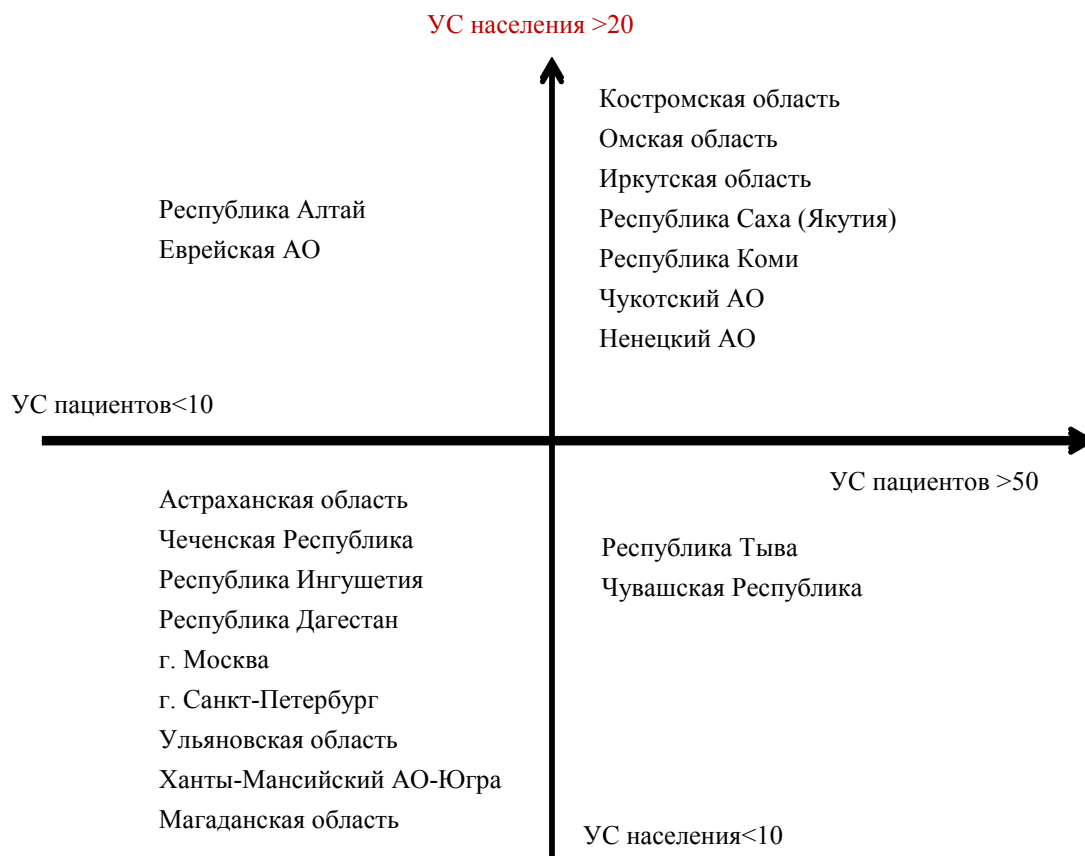


Рис. 4. Распределение субъектов РФ в 2017 г. по УС населения и пациентов.

Единичны регионы, где УС населения низок, а УС душевнобольных высок (более 50): в 2013 г. – Сахалинская область, в 2017 г. – Республики Тыва и Чувашия.

На рис. 4 показаны группы регионов с минимальными и максимальными УС населения и пациентов в 2017 г.

Так, максимальные УС населения и пациентов были в Ненецком и Чукотском АО, Республиках Коми и Удмуртии. В Республике Алтай и Еврейской АО при «нулевом» УС душевнобольных УС населения 34,9 и 41,7 соответственно.

Усредненная доля суицидов зарегистрированных душевнобольных в массиве самоубийств в России – около 4% (3,4% в Уральском – 7% в Южном ФО).

За десятилетие показатель вырос почти на 1/5 (18%) без Центрального и Уральского ФО (доля снижена). В Северо-Западном и Южном ФО доля душевнобольных среди покончивших с собой выросла вдвое за 10 лет, в Республике Северная Осетия – в 10 раз, в Чечне – в 12,5 раз, в Ненецком АО – в 16 раз, в Республике Тыва – в 40 раз, в Астраханской области – в 53 раза (!). В тех же регионах УС населения за означенный период снизился на 30-98% без Чечни, где показатель вырос на 40%. В Магаданской области доля душевнобольных суицидентов, напротив, снижена в 10 раз, в Калмыкии – в 4,4 раза при одновременном снижении и УС населения вдвое.

Суммарное количество ПС душевнобольных россиян снижено с 2008 г. почти вдвое (с 6 до 3,5 тысяч) при уменьшении на 7% контингента зарегистрированных пациентов (с 4220 до 3960 тыс. человек).

Уровень ПС (здесь и далее: в расчёте на 100 тыс. зарегистрированных психиатрическими службами) уменьшился в среднем на 2/3 (с 144 до 88; рис. 5): вдвое больше, чем убыль УС пациентов.

Обращают внимание пики уровней ПС за счёт отдельных регионов без синхронизации с УС (помимо «загадочного» 2012 г.).

Так, уровни ПС в Омской области 2008 г. – 1929,7, а в 2009 г. – 0,0. В Тульской области в 2014 г. – 2974,4, в 2015 г. – 41,0.

Наибольший уровень ПС в 2017 г. зафиксирован в Уральском ФО (120,6), особо за счёт Тульской области (372,9). Наименьший уровень ПС ожидаемо в Северо-Кавказском ФО. Для сравнения: по данным ВОЗ [3], усреднённый уровень ПС в населении (где риск СП ниже) около 400.

Примерное многолетнее соотношение УС и уровней ПС на федеральном уровне в пределах 1:3-4, тогда как, по данным ВОЗ [3], в населении 1:20.

Суициды диспансерных пациентов в среднем в РФ вдвое чаще, чем среди консультативных. Так, в Приволжском ФО – в 2,4 раза, а в ДВФО – в 3,5 раза чаще. Наименьший перевес в СЗФО, ЮФО и УФО (на 25-30%). В трети субъектов РФ, напротив, УС консультативных больных превышает таковой среди диспансерных, а в 8 регионах показатели равны.

ПС консультативных больных, напротив, более распространены, чем среди диспансерных пациентов, но не в Приволжском, Уральском, Дальневосточном и Северо-Кавказском ФО (в 1,5 раза). В семи регионах – в 3 раза, а в четырёх – в 5 раз.

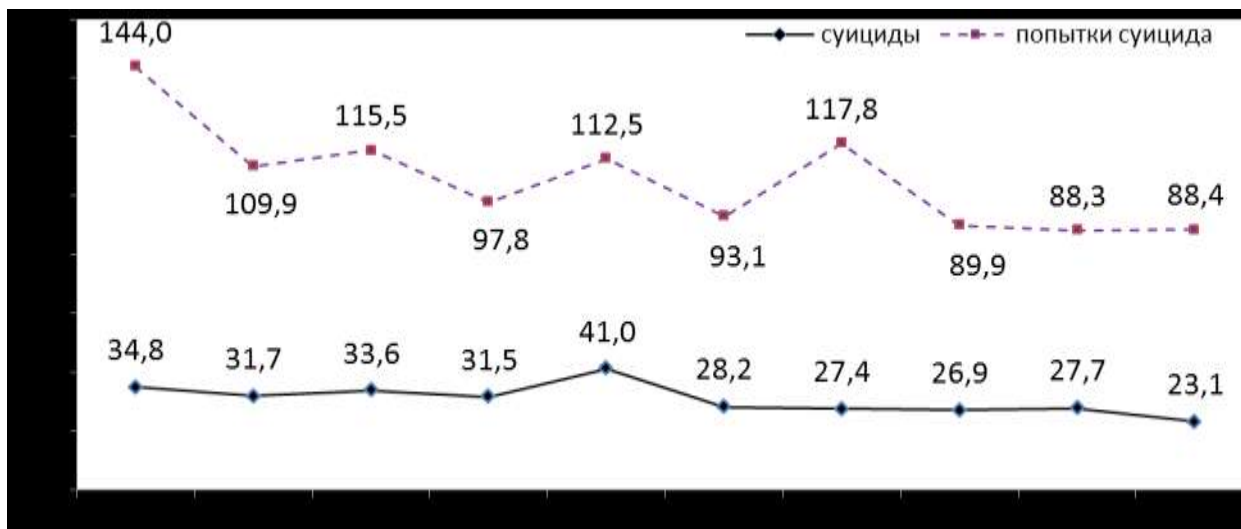


Рис. 5. Динамика УС и уровней ПС душевнобольных РФ в 2008-2017 гг.

Соотношение суициды / ПС в консультативной группе составляет по РФ в среднем 1/6 (от 1/3 в СЗФО до 1/7 в Уральском и Сибирском округах), а в диспансерной – 1/2-1/3 (до 1/5-1/6 – в Северо-Кавказском и Уральском ФО соответственно). При этом диспансерные больные априорно тяжелее консультативных и должны бы чаще наблюдаются врачами.

Обсуждение и выводы:

УС душевнобольных выше более чем на 1/2 по сравнению с общим населением РФ, но уровни ПС многократно ниже, что отражается на соотношении уровней суицидов и ПС (1:4), свидетельствующем об особо малой выявляемости ПС душевнобольных. Лучшая выявляемость СП (как на Северном Кавказе) ведёт к «ухудшению» показателей.

Многолетний тренд к снижению УС душевнобольных соответствует таковому в общем населении, но менее выражен. Разнонаправлены тенденции динамики УС населения и пациентов на местном уровне. СП пациентов – показатель качества психиатрической помощи. На фоне поступательного снижения охвата наблюдением и лечением психиатрических пациентов показательна и «успокоительная» статистика СП.

Доля суицидов зарегистрированных душевнобольных среди жертв самоубийств в РФ указывает на необходимость развития менее стигматизированных и более доступных суицидологических служб как внедиспансерного звена психиатрической помощи [9] и суицидологического звена психиатрических служб.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 25-35.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 102 с.
4. Сергеева Е.А., Васильев В.В., Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Современные исследования суицидального поведения психически больных. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 32-40.
5. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в ПНД. Уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 23-29.
6. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 16-29.
7. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Число суицидальных действий среди лиц с психическими расстройствами / Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. / Под ред. З.И. Кекелидзе и Б.А. Казаковцева. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2015. С. 553-559.

Обязательны переводы диспансерных больных, совершивших ПС, в группу активного диспансерного наблюдения (АДН) и консультативных пациентов под диспансерное наблюдение по решению комиссии психиатров [10].

Будущие исследования.

Сетевой анализ СП [11] позволит уточнить «общие» (групповые) и «особенные» (индивидуальные) факторы риска континуума СП в больших стационарных и амбулаторных выборках пациентов, а также многообразное социально-экономическое бремя СП на разных этапах (как в дебюте шизофрении) и при различных клинических ситуациях (как интолерантность или терапевтическая резистентность) психического расстройства. Единые базы данных, охватывающие государственные психиатрические ЛПУ, частные и институтские клиники [12], разрозненные суицидологические службы [13, 14], согласно обнадёживающему региональному опыту суицидологического регистра [15], станут научно-доказательным обоснованием развития многоуровневой антисуицидальной программы на федеральном и местном уровнях.

Ограничения исследования.

Данные об УС на федеральном и местном уровнях не детализированы и исчерпаны абсолютными цифрами. Разброс («пики») данных о СП связаны с эпидемиологически малыми показателями, но многолетний анализ указывает тенденции, сходные с общим населением (касается лишь суицидов).

Reference:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii [Diagnosis of suicidal behavior: Guidelines]. M., 1980. 48 c. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 25-35. (In Russ)
3. Predotvrashhenie samoubijstv: global'nyj imperativ. Kopenhagen: Vsemirnaja organizacija zdravoooshrenija [Suicide prevention: a global imperative. Copenhagen: world health organization], 2014. 102 c. (In Russ)
4. Sergeeva E.A., Vasilyev V.V., Pakriev S.G., Kovalev Y.V. Recent researches of suicidal behavior in subjects with mental disorders. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 32-40. (In Russ)
5. Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide in outpatient mental health care hospital: lessons from consecutive case series. *Suicidology*. 2016; 7 (2): 23-29. (In Russ)
6. Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. et al. Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 16-29. (In Russ)
7. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Chislo suicidal'nyh dejstvij sredi lic s psichicheskimi rasstrojstvami / Jepidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psichiatricheskikh sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.): Statisticheskij spravochnik [Number of suicidal actions among persons with mental disorders / Epidemiological indicators and indicators of psychiatric services in the Russian Federation (2005-2013): Statistical guide]. / Pod red. Z.I. Kekelidze i B.A. Kazakovceva. M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii. 2015. C. 553-559. (In Russ)

8. Суициды в России и Европе. Под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. 212 с.
9. Любов Е.Б., Цупрун В.Е., Кабизулов В.С. и соавт. Территориальные суицидологические службы России: проблемы и решения. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2014. 5(28). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2014_5_28/nomer/number08.php (Дата обращения: 12.03.2019)
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/number17.php (Дата обращения: 12.03.2019)
11. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Организация системы судебно-психиатрической профилактики: отмена и продление принудительных мер медицинского характера. Учебное пособие М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017: 216 с.
12. Любов Е.Б., Носова Е.С. Сетевой анализ в суицидологии: проблемы и перспективы развития. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 58-61.
13. Кушнарев В.М., Любов Е.Б., Петухов В.В., Цупрун В.Е. Клинико-эпидемиологические и организационные аспекты амбулаторного приема суицидентов в НИИ психиатрии. *Суицидология*. 2016; 7 (4): 22-26.
14. Кушнарев В.М., Семикин Г.И., Любов Е.Б. и соавт. Кабинет социально-психологической помощи в ВУЗе. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 61-67.
15. Зотов П.Б., Пельмский А.В., Кузьмин О.Н., Зотова Е.П., Уманский М.С. Соотношение суицидальных попыток и завершённых суицидов в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (2): 66-70.
8. Suicidy v Rossii i Evrope. Pod red. B.S. Polozhego. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo [Suicides in Russia and Europe. Ed. by B. S. Palouge. M.: Medical news Agency], 2016. 212 c. (In Russ)
9. Ljubov E.B., Cuprun V.E., Kabizulov V.S. i soavt. Territorial'nye suicidologicheskie sluzhby Rossii: problemy i reshenija [Territorial suicidal services of Russia: problems and solutions]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn*. 2014. 5(28). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2014_5_28/nomer/number08.php (In Russ)
10. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Age, time and place of the Professor Abramovoj in domestic of suicide-studying]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn*. 2013. № 2 (19). URL:http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2013_2_19/nomer/number17.php (In Russ)
11. Makushkina O.A., Jahimovich L.A. Organizacija sistemy sudebno-psihiatricheskoj profilaktiki: otmena i prodlenie prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera [Organization of the system of forensic psychiatric prevention: abolition and extension of compulsory medical measures]. *Uchebnoe posobie M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii*, 2017: 216 c. (In Russ)
12. Lyubov E.B., Nosova E.S. Network approach to suicidology: problems and perspectives of development. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 58-61. (In Russ)
13. Kushnarev V.M., Lyubov E.B., Petukhov V.V., Tsuprun V.E. Clinical, epidemiological and organizational aspects of outpatient care for suicidants in psychiatric institute clinic. *Suicidology*. 2016; 7 (4): 22-26. (In Russ)
14. Kushnarev V.M., Semikin G.I., Lyubov E.B., Gilod V.M., Mironov A.S., Pikanina Y.M. Psychosocial care in university. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 61-67. (In Russ)
15. Zotov P.B., Pelymsky A.V., Kuzmin O.N., Zotova E.P., Umansky M.S. The relation of suicidal attempts and completed suicides in Tyumen (Western Siberia). *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (2): 66-70. (In Russ)

10-YEAR EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN RUSSIA

E.B. Lyubov¹, Y.E. Shmatova², V.B. Holland¹, P.B. Zotov³

¹Serbsky National Medical Research Center on Psychiatry and Addictions, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

²Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, Vologda, Russia; ueshmatova@mail.ru

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

A long-term (10 years) epidemiological study of the suicidal behavior of patients (i.e., those registered by the psychiatric services) in comparison with the suicide levels of the general population at the federal and regional levels, based on official statistics was conducted. There was a decrease by one-third of the level of suicides of the mentally ill patients while the corresponding decrease in the general population was observed at 60%. The suicides of psychiatric patients do not exceed 5% of all suicides in the Russian Federation. The level of parasuicides of patients decreased by 2/3, i.e., below 100. The average ratio between suicides and suicidal attempts (parasuicides) of mentally ill people in the country is 1:4. The variance ("peaks") suicides and suicidal attempts is associated with epidemiologically infrequent phenomena and a small population of some regions, but long-term analysis indicates trends similar to the general population regarding suicides. Data suggest underdiagnosis of suicidal behavior of psychiatric patients and the need for multi-level targeted treatment and prevention programs for the clinical target group at high risk of suicidal behavior. A scientifically evidence-based approach to substantiate and develop anti-crisis services is the refinement and specification of the epidemiology of suicidal behavior of mentally ill patients within the framework of regional suicidological registers.

Key words: suicidal behavior, epidemiology, federal, regional levels, mentally ill patients, general population

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Любов Е.Б., Шматова Ю.Е., Голланд В.Б., Зотов П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 84-90. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90

For citation: Lyubov E.B., Shmatova Y.E., Holland V.B., Zotov P.B. 10-year epidemiological analysis of suicidal behavior of psychiatric patients in Russia. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 84-90. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ: ВОПРОСЫ СИСТЕМНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И УЧЁТА

П.Б. Зотов, Н.А. Бохан, М.С. Хохлов, И.М. Петров, Е.Г. Скрыбин, О.П. Зотова, В.Г. Петров

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Хохлов Максим Сергеевич – врач-психиатр-нарколог (SPIN-код: 5581-1156, ORCID iD: 0000-0002-9559-7086, Researcher ID: V-6936-2017). Место работы и должность: руководитель организационно-методической и консультативной службы ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: Россия, 625003, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 11. Телефон: (3452) 46-46-78

Петров Иван Михайлович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1629-7597; ORCID iD: 0000-0001-7766-1745; Scopus Author ID: 7101601614; ResearcherID: D-7613-2015). Место работы и должность: проректор по научной работе, профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: (3452) 20-21-91

Скрыбин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127; Researcher ID: J-1627-2018). Место работы и должность: профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: (3452) 28-70-18. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Зотова Ольга Павловна (SPIN-код: 5581-1156, ORCID iD: 0000-0002-9559-7086, Researcher ID: V-6936-2017). Место работы и должность: ассистент кафедры разработки и эксплуатации нефтяных и газовых месторождений ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: Россия, 625051, г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А Телефон: (3452) 28-36-60

Петров Виктор Геннадьевич – доктор медицинских наук (AuthorID: 207701). Место работы и должность: профессор кафедры хирургических болезней с курсами эндоскопии и офтальмологии ИИПР ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54.

Потребление наркотических и психоактивных веществ (ПАВ) является одним из наиболее значимых факторов суицидального риска. Согласно данным научных исследований из общего числа случаев преждевременной смерти наркоманов от суицида погибает каждый четвертый, доля наркозависимых среди суицидентов достигает 6-8%, а на суицидальную попытку в прошлом указывает от 17,7% до 64,7% потребителей ПАВ. Несмотря на это, цифровых показателей, объективно отражающих количество потребителей ПАВ, погибающих от суицида в России нет. И это связано, с одной стороны, с особенностями наркологического учёта в стране, а с другой, отсутствием единой системы выявления, регистрации и учёта самоубийств среди данного контингента. Сегодня основным источником информации о наркозависимых является диспансер. При этом если, постановка на учёт проводится при объективном подтверждении диагноза врачебной комиссией, то снятие возможно спустя 5 лет при отсутствии информации о больном. Такая ситуация не позволяет проследить судьбу человека, жив ли он и отказался от пагубной привычки или продолжает потреблять ПАВ, но просто в этот период не попал в поле зрения наркологической службы, или умер. В итоге причина смерти для наркологов за небольшим исключением так же остаётся неустановленной. Учитывая данную ситуацию, авторами была поставлена цель – разработать и внедрить в практическое здравоохранение эффективную организационную модель системы

выявления и учёта суицидальных действий наркозависимых (регистр). Материал и методы: Основная идея – сопоставление различных баз медицинских данных: а) Областного наркологического диспансера (ОНД); б) Бюро судебно-медицинской экспертизы – БСМЭ (данные о подтверждённых случаях суицида и передозировках наркотиков); в) суицидологического регистра – СР (данные о случаях суицидальных попыток). Годы исследования: 2014-2018 гг.. Результаты. Сверка данных ОНД и БСМЭ выявила 64 суицида, что в 2,8 раза превысило первоначальную статистику (n=23). «Потерянные» случаи смерти (n=41) наиболее часто выявлялись в категории «Неизвестно» (n=27), реже в группах «Соматическое заболевание» (n=10) и «Другие причины» (n=3), что указывает на необходимость более внимательного отношения к ним при оформлении медицинской документации. Доля наркозависимых в общем числе суицидов составила в разные годы от 3,2 до 6,5%, в среднем 4,6%. Две трети (67,2%) выявленных суицидентов состояли на учёте по поводу зависимости от опиатов. Однако, если в 2014-2017 г. потребители производных опиатов составляли подавляющее большинство (до 85%), то в 2018 г. их доля сократилась более чем в 2 раза до 35,7%, резко повысив представительство зависимых от каннабиноидов (35,7%) и психостимуляторов (28,6%). На основе этого авторы делают предположение, что учитывая такую динамику можно ожидать в ближайшие годы увеличения абсолютного числа самоубийств среди потребителей новых синтетических наркотиков и их доли в общей суицидальной смертности. Среди выявленных 64 случаев соотношение по полу резко смещено в сторону мужчин (М : Ж – 63 : 1), что сильно отличается от общей популяции, и требует более глубокого анализа и объяснения. Наибольшее количество (64,0%) погибших в возрастной категории 36-45 лет, средний возраст потребителей опиатов – 42,7±2,6, синтетических психостимуляторов – 37,1±2,9 лет. Все случаи самоубийства относятся, к так называемым, «жестким» способам: самоповешение – 87,5%, порезы – 9,4%, самострел – 3,1%. Самоотравлений, в том числе с помощью умышленных передозировок, не зарегистрировано, что может быть связано с трудности дифференциальной диагностики этих состояний, а так же недостатком объективных признаков. Авторы считают, что важным условием в этой ситуации является проведение посмертной психолого-психиатрической экспертизы, основным материалом для которой служат данные медицинской документации, и высказывают мнение о необходимости введения в стандарты оформления медицинской документации у групп повышенного риска обязательный сбор и описание «суицидального» анамнеза. Суицидальные попытки – за 5 лет выявлено всего лишь 23 случая, что значительно расходится с данными общей популяции региона исследования (Тюмень), где количество покушений в среднем в 8,5 раз выше числа летальных суицидов. Среди возможных причин недоучёта, по мнению авторов, важное значение имеет характер попытки. Как и при летальных суицидах регистрируются преимущественно «жесткие» способы. Умышленных передозировок не было зарегистрировано ни в одном случае. Отмечается, что специалисты при работе с данным контингентом в большинстве случаев не вдаются в подробности сценарных сюжетов передозировок, причин приёма больших доз наркотического вещества или дополнительно алкоголя, и обычно расценивают состояние как следствие стечения обстоятельств. В заключении авторы, указывая на первый подобный опыт в стране, делают вывод в целом о достаточной эффективности предложенной системы выявления и учёта суицидов наркозависимых. В качестве необходимых мер считают важным реализацию образовательных проектов и обучение врачей различного профиля вопросам «суицидологической настороженности», внедрения стандартов диагностики и дифференциальной диагностики суицидального и несуйцидального поведения, начиная с догоспитального этапа, продолжение в стационаре, независимо от профиля учреждения и вида оказываемой экстренной помощи, а так же создание доступных баз специализированных медицинских данных, доступных для специалистов.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, наркозависимые, наркомании, потребители ПАВ, передозировка наркотика, учёт суицидов, суицидологический регистр, посмертная психолого-психиатрическая экспертиза

Потребление психоактивных веществ (ПАВ) и наркомании относят к одной из наиболее важных медико-социальных проблем, угрожающих развитию общества. Данные отечественной и зарубежной статистики свидетельствуют о значительных изменениях в этой сфере, произошедших в последнее годы. Среди наиболее заметных – это изменение структуры используемых средств, с регистрируемым отчётливым ростом доли синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, на фоне снижения потребления алкоголя и применения препаратов опиоидной группы [1, 2]. Как следствие – изменение клинических проявлений заболеваний, в том числе значительный рост интокси-

кационных и абстинентных психозов, осложнений и отдалённых последствий потребления ПАВ, а так же изменение структуры причин и уровня смертности, особенно заметных в отдельных возрастных группах и контингентах больных [3, 4, 5, 6].

Так, по наблюдениям G. Hulse и соавт. [7] показатель смертности среди лиц, употребляющих запрещённые опиаты, в 13 раз выше, чем аналогичный показатель общего населения. P. Zickler [8] приводит данные о более значительном превышении среднепопуляционного уровня смертности в группе наркозависимых – в 50-100 раз.

Таблица 1

Некоторые демографические показатели, состоящих на учёте с диагнозом наркомания и токсикомания, в Российской Федерации в 2012-2016 гг. [11]

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016
Число умерших от всех причин, п	1906335	1871809	1878039	1908541	1891015
Число больных состоящих на учёте с диагнозом наркомания и токсикомания, всего, тысяч	315,5	308,3	300,7	288,0	259,5
Число умерших от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических средств и других психоактивных веществ, п	–	98	170	80	135
Число, умерших от ВИЧ, п	8975	10611	12540	15520	17928
Число, умерших от вирусного гепатита, п	1278	1298	1504	1766	1950
Число умерших от внешних причин, п	193774	185353	186779	177590	167543
в том числе, от суицида, п	29735	28779	26606	25476	23119

Причины смерти наркозависимых могут быть различны. К ведущим относят: непосредственное потребление наркотиков, соматические заболевания, ВИЧ, травмы и самоубийство [9, 10]. Однако данные отечественной статистики не позволяют ответить на эти вопросы более точными цифрами [11] (табл. 1).

Можно отметить, что в приводимых Росстатом показателях, количество умерших от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением наркотических средств и других ПАВ, по всей стране в течение года крайне мало, по сравнению с числом состоящих на учёте. Реальное количество погибающих больных, конечно, значительно больше. Однако регистрируемые случаи смерти квалифицируются по другим категориям, что приводит к различным оценкам структуры причин смертности.

Сегодня не вызывает сомнения тот факт, что потребление наркотических и ПАВ является одним из наиболее значимых факторов суицидального риска [12, 13, 14]. Многочисленные исследования свидетельствуют о более высоких показателях суицидальной активности и смертности этого контингента относительно общей популяции. Так, по данным D. Lee [15] в США в штате Флорида в период с 2001 по 2013 год смертность от наркотиков увеличилась на 57%, причём в структуре этой смертности каждый пятый случай (19,6%) был обусловлен самоубийством. В Финляндии из общего числа случаев преждевременной смерти наркоманов от суицида погибает каждый четвертый (24,0%)

[16]. У больных ВИЧ среди причин смерти случайные травмы и самоубийства составляют 8% [17].

Не менее показательны и данные исследователей, оценивающих долю наркозависимых среди суицидентов. Так, А.Е. Мальцев и соавт. [18] на примере секционного материала Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Кирова показали, что на учёте у нарколога состояли 8% мужчин и 6,4% погибших женщин. Сравнимые показатели приводят и некоторые зарубежные авторы – в Новом Южном Уэльсе (Австралия), доля наркоманов среди жертв суицида составляет 8,8% [10].

Об актуальности темы может свидетельствовать и другой показатель – частота покушений на суицид, как состояние, отражающее наибольший риск добровольной смерти. По данным различных исследований доля наркозависимых, имеющих в анамнезе суицидальную попытку, может составлять от 17,7% [19] до 64,7% [20]. При этом наиболее высокие показатели характерны для полинаркоманов [20]. Частота суицидальных попыток значительно выше у стационарных больных, чем у амбулаторных [19]. Несмотря на отмеченный довольно большой разброс, многие специалисты приводят очень близкие цифры в пределах 40%: J.J. López-Gofi и соавт. [21] – 39,6%; A. Carmel и соавт. [22] – 40%; А.Р. Асадулин [23] – 41%.

Так же интересны данные о суицидальной активности при отдельных нозологиях. Например, покушения на самоубийство регистрируются среди потребителей метамfetамина у

трети женщин и 13% мужчин [24], каннабиса – 10,5% [25], синтетических психостимуляторов от 10 [26] до 41% [23]. Мужчины, потребители опиатов, совершают суицидальную попытку – в 8,9 раз чаще, чем в общей популяции [27], а среди использующих синтетические психостимуляторы, показатель покушений превышает среднепопуляционный уровень – от 7,7 до 18 раз [28].

Более высокие риски суицида наркозависимых включают [20, 22, 29]:

- употребление двух или более наркотических веществ;
- показатели более тяжелого течения заболевания (более высокие дозы и длительности потребления наркотиков);
- употребление алкоголя;
- употребление амфетамина;
- употребление летучих веществ;
- наличие коморбидного психического расстройства, в том числе депрессии;
- более высокие баллы депрессии по шкале Бека.

Вместе с тем, многие исследователи считают, что значительное количество суицидальных действий не учитывается. По мнению экспертов ВОЗ не фиксируется до 20% случаев суицида даже в странах с хорошим уровнем статистической отчётности [30]. Согласно систематическим обзорам недоучёт суицидов составляет от 10% до 30% [31]. При этом полнота учёта зависит в основном от способа суицида. Как правило, чаще регистрируются случаи гибели лиц, применивших с суицидальной целью огнестрельное оружие, совершивших самоповешение, падение с высоты или другие, так называемые, «жесткие» способы самоубийства. Случаи суицида, совершённые путём самоотравления, и, соответственно, не повлекшие внешние нарушения целостности организма суицидента, регистрируются значительно реже, что связано как с трудностью посмертной диагностики наркомании, так и установления факта преднамеренного отравления [32].

Наглядно это подтверждают исследования А.В. Кирдяпкиной [33]. При анализе смертности наркоманов в Приморском крае было выявлено 70 самоубийств – 14% из 494 случаев насильственной смерти наркозависимых. Среди причин смерти суицидентов ведущее место занимала механическая асфиксия, вследствие сдавления шеи петлёй при повешении (77%), на втором месте – падение с высоты (17%), на

третьем – резаные раны предплечий (6%). В то же время из 277 наблюдений острых отравлений при судебно-медицинской экспертизе ни в одном случае не было выявлено объективных данных самоубийства. При этом автор справедливо отмечает, что, несмотря на отсутствие признаков самоотравления, нельзя не предполагать в некоторых случаях преднамеренной передозировки психоактивных веществ в целях суицида.

Несмотря на редкость патологоанатомически подтверждённых случаев самоотравлений и трудность их диагностики, случаи преднамеренного повышения дозы с суицидальной целью и случайные отравления по данным клинических исследований взаимосвязаны. Так, в наблюдениях R. Ingeborg и соавт. [34] среди 2051 больного наркоманией, поступавших на стационарное лечение, 45,5% перенесли более одной угрожающих жизни передозировок, а 32,7% сообщали о пережитой более одной суицидальной попытке. То есть каждый третий из этих пациентов совершил не менее двух попыток самоубийства. J. Neale [35] при обследовании больных наркоманией после несмертельной передозировки запрещённых наркотиков выявила суицидальные намерения в 49% случаев. Соизмеримые цифры приводятся и в исследованиях С. Wahren и соавт. [9]: при анализе случаев смерти от неестественных причин больных наркоманией, находившихся под долгосрочным наблюдением, доля самоубийств составила 31%, а несчастных случаев – 39%. В Финляндии из общего числа случаев преждевременной смерти наркоманов 34,8% вызваны случайной передозировкой [16]. Среди больных ВИЧ передозировка наркотиков в качестве причины смерти указывается 15% случаев [17].

Согласно ранее проводимым нами исследованиям [36] суицидальные попытки были зарегистрированы у 15,6% опийных наркоманов, а о неумышленной передозировке сообщил каждый четвертый (27,1%) из группы исследования (расчёт корреляционной зависимости этих событий показал наличие высокой связи $r=0,83$). Доля попыток, совершённых женщинами (45,3%), в 5 раз превышала количество попыток, совершённых мужчинами (8,8%). При этом самоотравление с помощью передозировки как наиболее подходящий метод самоубийства в будущем предполагали 90,0% мужчин и 95,0% женщин.

В целом, обобщая приведённые данные литературы, можно сделать вполне обоснованные выводы о более высоких показателях смертности среди наркозависимых относительно общей популяции, а так же значительной доли самоубийств и передозировок наркотика в структуре смертности этого контингента.

Однако при ближайшем рассмотрении проблемы оказывается, что цифровых показателей, объективно отражающих количество погибающих от суицида потребителей ПАВ, как в отдельных территориях, так и в целом по стране нет (не берутся в расчёт данные зарубежных регистров). И это связано, с одной стороны, с особенностями наркологического учёта в России, а с другой, отсутствием единой системы выявления, регистрации и учёта самоубийств потребителей ПАВ. Сегодня основным источником, характеризующим контингент наркозависимых, является диспансер. При этом если, постановка на учёт проводится при объективном подтверждении диагноза врачебной комиссией, то снятие возможно спустя 5 лет при отсутствии информации о больном. Такая ситуация не позволяет проследить судьбу человека, жив ли он и отказался от пагубной привычки или продолжает потреблять ПАВ, но просто в этот период не попал в поле зрения наркологической службы, или умер. В итоге причина смерти для наркологов за небольшим исключением так же остаётся неустановленной.

Подобный подход определяет ряд вытекающих следствий. Так, несмотря на приводимые в научных исследованиях высокие показатели суицидальной активности и смертности потребителей ПАВ в реальной ежегодной статистике

не имеют объективного подтверждения. То есть неизвестно ни общее число избравших добровольный уход, ни и их количественные показатели по отдельным видам нозологий. Между тем, знание истинной суицидальной смертности позволяет оценить текущую ситуацию в регионе и проследить её в динамике, даёт возможность сравнения с другими территориями, а так же может способствовать разработке и внедрению более обоснованных и эффективных мер суицидальной превенции.

Не менее важным так же является анализ этих показателей при различных видах зависимостей, что особенно значимо на фоне регистрируемых во многих регионах России изменений структуры потребляемых ПАВ, клинического течения опьянения, резкого роста числа психозов и последствий органического поражения ЦНС.

Учитывая данную ситуацию, нами была поставлена цель – разработать и внедрить в практическое здравоохранение эффективную организационную модель системы выявления и учёта суицидальных действий наркозависимых (регистр).

Основная идея была достаточно простой – сравнение различных баз медицинских данных по ведущему признаку – наличие установленного диагноза зависимости от ПАВ. Таким образом, основой регистра явилась база данных о лицах, состоящих на учёте в наркологическом диспансере.

Важными дополнительными источниками медицинской информации как обязательными элементами предложенной модели явились (схема 1):

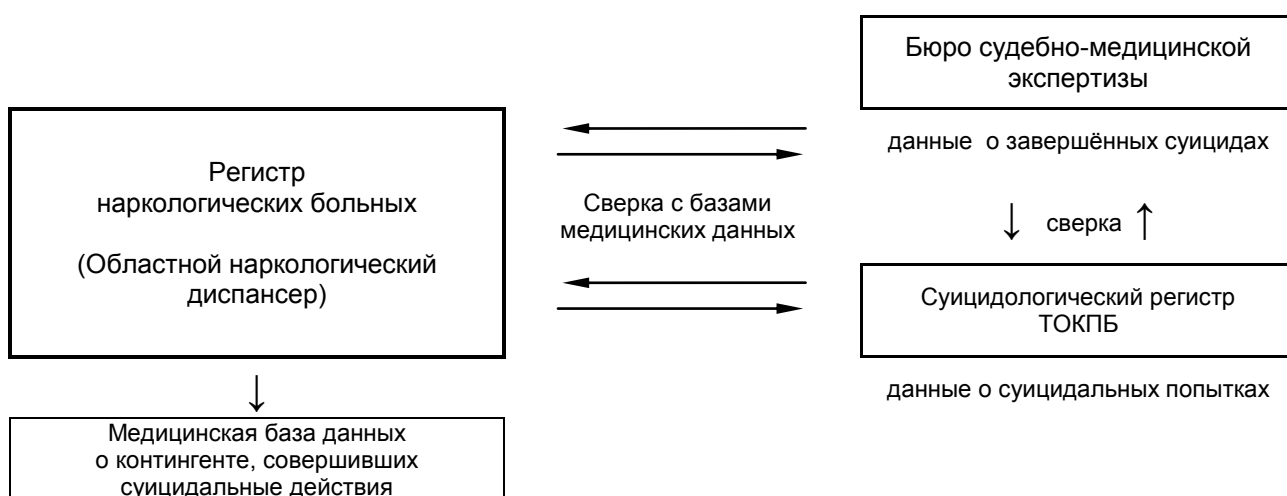


Схема 1. Система выявления, регистрации и учёта суицидальных действий наркозависимых, действующая в Тюменской области.

Таблица 2

Число состоящих и снятых с учёта наркозависимых в Тюменской областном наркологическом диспансере в 2014-2018 гг.

Год	Кол-во состоявших на учете	Снятых с учёта, всего	в том числе снятых по причине смерти						
			Всего	Передозировка	Соматическое заболевание	Суицид	Несчастный случай	Другие причины	Неизвестно
2014	3420	311	41	11	14	12	3	-	1
2015	3406	372	59	13	34	4	8	-	-
2016	3293	624	126	6	81	2	3	9	25
2017	3150	481	185	13	129	2	-	5	36
2018	2925	281	71	0	59	3	1	1	7
Всего		2069	482	43	317	23	15	15	69

1. Бюро судебно-медицинской экспертизы: данные о подтверждённых случаях суицида и передозировки наркотиков.

2. Суицидологический регистр Тюменской областной клинической психиатрической больницы: данные о случаях суицидальных попыток.

После согласования режима и необходимо-го объёма передаваемой информации был разработан нормативный документ (Приказ Департамента здравоохранения) в соответствии с которым данные из этих учреждений в ежемесячном режиме стали направляться в методический отдел Наркологического диспансера для сопоставления. Совпадение персональных показателей позволило вести учёт выявленных случаев суицидальных действий.

Результаты внедрения этой системы позволили сравнить их с исходными показателями.

Завершённые суициды.

Можно отметить, что согласно действующей традиционной системе учёта за 2014-2018 годы в медицинскую базу данных наркологического диспансера было внесено 23 случая суицида наркозависимых. Причём, судя по табл. 2, наиболее трагичным был 2014 год – 12 самоубийств – это 29,3% от всех зарегистрированных случаев смерти в этот год и более половины (52,2%) от всех суицидов за 5-летний период.

В 2016-17 гг. общее количество погибших резко увеличилось – в 2016 г. в 3 раза, в 2017 г. – в 4,5 раза, но в основном за счёт соматических заболеваний и неизвестных причин (вполне обоснованно можно думать о резком росте регистрируемых в этот период отравлениях при приёме новых синтетических ПАВ). Суициды стали регистрироваться в единичных

случаях (2016 г. – 1,6%, 2017 г. – 1,1% от всех погибших), что, конечно, вызывает много вопросов относительно достоверности приводимых цифр.

Систематизированных данных о количестве суицидальных попыток в этот период не было, в связи с отсутствием инструмента учёта.

Внедрение предложенной нами модели позволило получить несколько другие показатели (рис. 1).



Рис. 1. Количество самоубийств, совершенных наркозависимыми, выявленных при традиционной и предложенной новой модели учёта.

Сверка данных диспансерного наркологического учёта и Бюро судебно-медицинской экспертизы выявила 64 суицида, что в 2,8 раза превысило первоначальную статистику (n=23).

«Потерянные» случаи (n=41) наиболее часто выявлялись в категории «Неизвестно» (n=27), реже в группах «Соматическое заболевание» (n=10) и «Другие причины» (n=3), что указывает на необходимость более внимательного отношения к ним при оформлении медицинской документации.

Таблица 3

Распределение суицидентов по характеру зависимости и году совершения суицидов

Вид зависимости	2014		2015		2016		2017		2018		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Опиаты	9	75,0	9	75,0	14	73,7	6	85,7	5	35,7	43	67,2
Каннабиноиды	2	16,7	2	16,7	3	15,8	–	–	5	35,7	12	18,8
Психостимуляторы	–	–	1	8,3	2	10,5	1	14,3	4	28,6	8	12,5
Растворители	1	8,3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1,5
Итого	12	100,0	12	100,0	19	100,0	7	100,0	14	100,0	64	100,0

Анализ полученных данных по 64 суицидам позволил оценить ряд ключевых показателей.

Вид наркотической зависимости.

Согласно представленным в таблице 3 данным две трети (67,2%) суицидентов состояли на учёте по поводу зависимости от опиатов.

Однако при оценке динамики обращает внимание изменение состава погибших в зависимости от характера потребляемых ПАВ. Если в предыдущие годы потребители производных опия составляли подавляющее большинство (до 85%), то в 2018 году их доля сократилась более чем в 2 раза до 35,7%, резко повысив представительство зависимых от каннабиноидов (35,7%) и психостимуляторов (28,6%). Малые цифры, конечно, не позволяют сделать однозначных выводов, но анализируя эти показатели можно высказать некоторые, на наш взгляд, вполне обоснованные предположения. Так, например, изменение наркологического профиля суицидентов может отражать реги-

стрируемую в последние годы общую тенденцию реструктуризации потребляемых ПАВ – снижение числа потребителей опия на фоне резкого роста использования новых синтетических веществ. Если учесть тот факт, что суициды совершаются преимущественно лицами, имеющими определённый наркологический анамнез, то так же можно предположить дальнейший рост в ближайшие годы как абсолютного числа самоубийств потребителей новых синтетических наркотиков, так и их доли в общей суицидальной смертности. Соответственно характер и адресность мер профилактики должны разрабатываться, в том числе с учётом данного контингента, формируемого лишь в последнее десятилетие и, поэтому недостаточно изученного.

Пол и возраст.

Половозрастной состав является важной категорией, характеризующей контингент.

Таблица 4

Распределение суицидентов по полу и возрасту

Показатель	Опиаты		Каннабиноиды		Психостимуляторы		Растворители		Всего		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Пол</i>											
М	42		12	100,0	8	100,0	1	100,0	63	98,5	
Ж	1	2,3	-	-	-	-	-	-	1	1,6	
Всего	43	66,2	12	18,5	8	12,3	1	1,5	64	100,0	
<i>Возраст</i>											
16-25	-	-	-		1	12,5	-	-	1	1,6	
26-35	12	27,9	3	25,0	1	12,5	-	-	16	25,0	
36-45	27	62,8	8	66,7	5	62,5	1	100,0	41	64,0	
46 и старше	4	9,3	1	8,3	1	12,5	-	-	6	9,4	
Всего	43	66,2	12	18,5	8	12,3	1	1,5	64	100,0	
Средний	42,7±2,6		38,1±3,1		37,1±2,9		31±0		37,9±2,7		

В России в общей популяции количество мужчин, погибающих от суицида, в 4,8 раза превышает число женщин (соотношение М : Ж – 4,8 : 1) [11, 37]. Среди выявленных нами 64 случаев это соотношение резко смещено – М : Ж – 63 : 1. С одной стороны, это может быть особенностью контингента, в том числе следствием сочетания нескольких факторов: меньшим количеством женщин среди наркоманов, меньшей частотой суицидального поведения, более редким предпочтением женщинами brutальных способов суицида [19, 21, 38, 39], а с другой, указывать на недостатки учёта, особенно случаев умышленных передозировок наркотика и отравлений другими ядами (см. ниже). В любом случае, данный аспект требует более глубокого анализа и объяснения. Анализ возрастного состава свидетельствует о том, что наиболее часто (64,0%) погибшие наркоманы были в возрастной категории 36-45 лет (табл. 4), что может косвенно отражать наличие у многих из них достаточно длительного наркологического анамнеза (в среднем 5,7 лет), в том числе опыт периодически меняющегося или одновременного пристрастия к разным классам наркотиков (полинаркомания). Рассчитанные средние возрастные значения более высоки у потребителей опиатов (42,7±2,6 лет) и меньше у лиц, использующих синтетические психостимуляторы (37,1±2,9). В любом случае это значительно ниже средневозрастных показателей суицидентов общей популяции: для мужчин – 47 лет, для женщин – 54 года [11], что так же указывает на некоторую специфику.

Способы суицида.

Представленные в таблице 5 данные свидетельствуют о том, что все выявленные случаи самоубийства как при традиционной, так и по предложенной нами системе учёта, относятся, к так называемым, «жестким» способам. При этом доминирует самоповешение, реже реги-

стрируются порезы, что в целом отражает структуру, характерную для общей популяции. Интересно, что именно среди вновь выявленных суицидов доля механической асфиксии дала наибольший прирост. Здесь так же правомерен вопрос об отсутствии умышленных самоотравлений. Если их доля среди суицидентов общей популяции составляет 3,7% (регион исследования) [40], то, учитывая большую подверженность наркозависимых совершать добровольный уход из жизни с помощью передозировки, можно было бы ожидать более высокие показатели распространённости этого способа. Соответственно вполне логичным в этой ситуации будет заключение о недостаточном выявлении умышленных передозировок.

Между тем, как уже отмечалось выше, имеются объективные трудности дифференцирования неумышленной и умышленной передозировки, особенно на этапе проведения стандартной судебно-медицинской экспертизы. Условием повышения эффективности системы выявления суицидов среди случаев передозировок является проведение посмертной психолого-психиатрической экспертизы, основным материалом для которой служат данные, позволяющие охарактеризовать личность погибшего, его эмоциональное состояние в предшествующий гибели период, а так же «суицидальный анамнез» (особенно наличие в прошлом покушений на суицид, суицидальных угроз, заявлений и др.). В этой связи важно указать на один из наиболее достоверных источников информации для экспертизы – медицинская документация. Поэтому, учитывая возможные сложности посмертной дифференциальной диагностики, можно говорить о необходимости введения в стандарты оформления медицинской документации у групп повышенного риска обязательный сбор и описание «суицидального» анамнеза.

Таблица 5

Распределение суицидентов по способу суицида, выявленных при традиционной системе и с помощью регистра

Способ суицида	Система регистрации				Общая популяция (регион исследования) [40]
	Традиционная		Регистр (ОНД+БСМЭ)		
	n	%	n	%	%
Самоповешение	17	73,9	56	87,5	86,2
Порезы	4	17,4	6	9,4	3,7
Самострел	2	8,7	2	3,1	4,6
Всего:	23	100,0	64	100,0	

Таблица 6

Доля наркозависимых в общей массе суицидов в 2014-2018 гг..

Показатель	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
Количество суицидов наркозависимых, n	12	12	19	7	14	64
Количество суицидов в Тюменской области (без ХМАО И ЯНАО), всего, n	315	300	292	220	254	1381
Доля наркозависимых от числа суицидов, %	3,8	4,0	6,5	3,2	5,5	4,6

Таблица 7

Суицидальные попытки, совершённые наркозависимыми в 2014-2018 гг..

Вид зависимости	2014	2015	2016	2017	2018	Всего	В том числе	
							М	Ж
Опиаты	–	1	3	1	5	10	5	5
Каннабиноиды	–	–	1	–	5	6	6	–
«Психостимуляторы»	–	1	1	1	4	7	7	–
Итого:	0	2	5	2	14	23	18	5

Доля наркозависимых в общем числе суицидов.

Данный вопрос достаточно важен, так как позволяет оценить контингент, его динамику, а так же даёт возможность сравнения с другими территориями и базами данных. Приведённые в таблице 6 количественные показатели, свидетельствуют о том, что доля наркозависимых в общей массе суицидов в Тюменской области составляет в разные годы исследуемого периода от 3,2 до 6,5%, в среднем 4,6%.

Эти цифры несколько меньше приводимых отдельными отечественными [18] и зарубежными [10] авторами. Можно ожидать, что идентификация суицидов среди передозировок в нашем случае повысит долю наркозависимых в общей массе.

Суицидальные попытки.

Сопоставление баз данных наркологического учёта и Суицидологического регистра позволило выявить всего лишь 23 случая покушений, совершённых наркозависимыми (табл. 7).

Эти цифры, безусловно, вызывают вопросы. Они расходятся с данными зарубежных авторов, указывающих на высокую частоту суицидальных попыток среди данного контингента (см. выше). Так же значительно отличаются от показателей, полученных в общей популяции региона исследования (Тюмень), где количество покушений в среднем в 8,5 раз выше числа летальных суицидов [40]. Простой расчёт показывает, что следуя этой системе

можно было бы ожидать более пятисот покушений ($64 \cdot 8,5 = 544$). Полученные нами цифры более чем в 25 раз меньше.

Таблица 8

Способы суицидальных попыток наркозависимых, n=23

Способ	Опиаты	Каннабиноиды	Психостимуляторы	Всего
Самоповешение		1	1	2
Отравление	3	2		5
Передозировка				
Порезы	2	1	3	6
Падение с высоты	4	1	1	6
Другие	1	1	2	4
Итого:	10	6	7	23

Причин столь скромного числа выявленных случаев может быть несколько. Важное значение имеет характер покушения, влияющий на вероятность учёта. В таблице 8 можно отметить, что как и при летальных суицидах большую часть попыток составляли «жесткие» способы, реже – отравления (в основном лекарствами). При этом главным условием внесения их в регистр являлась госпитализация в травматологические или токсикологические центры с диагнозом «суицидальная попытка», где и оформлялся талон учёта. Умышленных передозировок не было зарегистрировано ни в одном случае, так как, либо человек не обращался за

медицинской помощью (что вызывает сомнение), либо врачи при оказании экстренной помощи не заподозрили попытку суицида, соответственно не заполнили талон первичной регистрации. И это, более вероятно. Специалисты при работе с данным контингентом в большинстве случаев не вдаются в подробности сценарных сюжетов передозировок, причин приёма больших доз наркотического вещества или дополнительно алкоголя, и обычно расценивают состояние как следствие стечения обстоятельств. Между тем диагностика и дифференциальная диагностика суицидального и несуицидального поведения должна проводиться, начиная с догоспитального этапа [41], продолжаться в стационаре, независимо от профиля учреждения и вида оказываемой экстренной помощи [42].



Рис. 1. Вид раны до (а) и после (б) первичной хирургической обработки. На предплечье так же имеются рубцы после предыдущих самоповреждений.

Именно уход от активного выявления любой формы суицидального поведения (мысли, замыслы, попытки), несуицидальной аутоагрессии и рискованного поведения с последующим обязательным внесением этой информации в медицинскую документацию является основной причиной невыявления и недоучёта покушений на суицид среди данного контингента. В этих ситуациях, как и при летальных

суицидах можно говорить об отсутствии «суицидологической настороженности» у медперсонала.

В качестве примера можно привести один из многих случаев нашей собственной практики (рис. 1).

Пациенту, поступившему в дежурный многопрофильный стационар, с резаной раной предплечья, была выполнена первичная хирургическая обработка, оказана необходимая медицинская помощь. Но лишь во время настоящей госпитализации был впервые поставлен вопрос о суицидальной попытке и сверке с базой данных Суицидологического регистра. Как оказалось даже при объективно имеющихся признаках предыдущих неоднократных самоповреждений данные об этом больном в регистре отсутствовали – ни одно лечебное учреждение, оказывающее ранее хирургическое пособие, не выносило в диагноз умышленное самоповреждение, и не направляло информацию в регистр. Соответственно молодой человек не получал необходимую психологическую и психотерапевтическую помощь.

Таким образом, варианты решения данной проблемы могут быть только в рамках системного подхода, и, как уже отмечалось выше, в необходимости формирования у врачей, работающих с контингентами риска, более активной позиции в выявлении суицидального и других близких форм девиантного поведения. Это указывает на важность включения вопросов суицидальной превенции в программы подготовки специалистов самого различного профиля (в том числе хирурги, токсикологи, неврологи и др.). Со стороны организаторов здравоохранения требуется обеспечение условий и создание технических возможностей обмена медицинской информацией с целью формирования специализированных медицинских баз, обеспечивающих её максимальную информативность, доступность для каждого участника лечебно-реабилитационного процесса, возможность внесения новых данных, проведения другой, в том числе научной работы.

Заключение.

Наркозависимые представляют собой одну из категорий, характеризующихся высокой общей и суицидальной смертностью, точная оценка которой в настоящее время в России затруднена в связи с отсутствием соответствующих механизмов учёта. Предложенная и внедрённая в практическое здравоохранение

Тюменской области организационная модель сверки данных наркологического диспансера, Бюро судебно-медицинской экспертизы и Суицидологического регистра позволила в 2,8 раза повысить выявляемость суицидов среди наркологических больных, получить более точные данные о поло-возрастном составе, формах зависимости, способах добровольного ухода из жизни, а так же указать на направления и необходимые меры повышения эффективности работы системы суицидальной превенции в регионе.

Наибольшие сложности наблюдаются в системе выявления и учёта покушений на суицид, что связано как с недостатками подготовки в

области суицидологии и низкой «суицидологической настороженностью» специалистов, оказывающих помощь наркозависимым, так и организационными моментами.

Варианты решения проблем должны формироваться на основе системного подхода, включающего реализацию образовательных проектов для врачей различного профиля, а так же создания доступных баз специализированных медицинских данных.

В целом, впервые предложенная и внедрённая в практическое здравоохранение модель, может быть представлена в качестве положительного опыта.

Литература:

1. Дралюк Н.М., Сумароков А.А. Особенности злоупотребления психоактивными веществами амфетаминового ряда (метилendioксипировалероном и пирролидиновалерофеноном) в Красноярском крае. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 43-46.
2. Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. Synthetic cathinones: a new public health problem. *Curr Neuropharmacol*. 2015; 13 (1): 12-20.
3. Егоров А.Ю. Дизайнерские наркотики: новая проблема подростковой наркологии. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018; 18 (2): 83-91.
4. Жевелик О.Д., Работин Р.А., Судаков А.Ю. и др. Ретроспективное исследование случаев острой интоксикации синтетическими аналогами наркотических веществ (дизайнерскими наркотиками) в БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница». *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2016; 4: 36-44.
5. Юшкова О.В., Рудзевич Т.Ю., Уманский М.С., Пушкарёв В.П. Динамика потребления синтетических психостимуляторов в Тюменской области (за 8 месяцев 2013 г.). *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 63-64.
6. Андропова О.А., Бурлака О.П. Социально-биологическая и клиническая характеристика лиц, перенесших интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических психоактивных веществ. *Электронный научный журнал «Apriori. Серия: естественные и технические науки»*. 2015; 3: 1-9.
7. Hulse G.K., English D.R., Miler E., Holanm C.D.L. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction*. 1999; 94 (2): 221-229.
8. Zickler P. 33-year study finds lifelong, lethal consequences of heroin addiction. *NIDA Notes*. 2001; 16 (4): 1-7.
9. Wahren C.A., Allebeck P., Rajs J. Unnatural causes of death among drug addicts in Stockholm: An analysis of health care and autopsy records. *Substance Use and Misuse*. 1997; 32 (14): 2163-2183.
10. Zador D., Sunjic S. Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction*. 2000; 95 (1): 77-84.
11. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. М, 2017. 263 с.
12. Власова И.Б. Суицидальное поведение больных наркоман-

Reference:

1. Draljuk N.M., Sumarokov A.A. Osobennosti zloupotreblenija psichoaktivnymi veshhestvami amfetaminovogo rjada (metilendioksi-pirovaleronom i pirrolidinovalerofenonom) v Krasnojarskom krae [Characteristics of substance abuse of amphetamine - (methylenedioxypropylvalerone and pyrrolidinophenone) in Krasnoyarsk region]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2016; 3 (92): 43-46. (In Russ)
2. Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. Synthetic cathinones: a new public health problem. *Curr Neuropharmacol*. 2015; 13 (1): 12-20.
3. Egorov A.Ju. Dizajnerskie narkotiki: novaja problema podrostkovoju narkologii [Designer drugs: a new problem in adolescent narcology]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2018; 18 (2): 83-91. (In Russ)
4. Zhevelik O.D., Rabotin R.A., Sudakov A.Ju. i dr. Retrospektivnoe issledovanie sluchaev ostroj intoksikacii sinteticheskimi analogami narkoticheskikh veshhestv (dizajnerskimi narkotikami) v BU «Nizhnevartovskaja psihonevrologicheskaja bol'nica» [Retrospective study of cases of acute intoxication with synthetic analogues of narcotic substances (designer drugs) in Nizhnevartovsk psychoneurological hospital]. *Zdravoohranenie Jugry: opyt i innovacii*. 2016; 4: 36-44. (In Russ)
5. Yushkova O. V., Rudzevich T. Yu., Umansky M. S., Pushkarev V. P. Dynamics of consumption of synthetic psychostimulants in the Tyumen region (for 8 months of 2013).. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 63-64. (In Russ)
6. Andropova O.A., Burlaka O.P. Social'no-biologicheskaja i klinicheskaja harakteristika lic, perenessih intoksikacionnyj psihoz vsledstvie upotreblenija sinteticheskikh psichoaktivnyh veshhestv [Socio-biological and clinical characteristics of persons who have undergone intoxication psychosis due to the use of synthetic psychoactive substances]. *Jelektronnyj nauchnyj zhurnal «Apriori. Cerija: estestvennye i tehnicheckie nauki»*. 2015; 3: 1-9. (In Russ)
7. Hulse G.K., English D.R., Miler E., Holanm C.D.L. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction*. 1999; 94 (2): 221-229.
8. Zickler P. 33-year study finds lifelong, lethal consequences of heroin addiction. *NIDA Notes*. 2001; 16 (4): 1-7.
9. Wahren C.A., Allebeck P., Rajs J. Unnatural causes of death among drug addicts in Stockholm: An analysis of health care and autopsy records. *Substance Use and Misuse*. 1997; 32 (14): 2163-2183.
10. Zador D., Sunjic S. Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction*. 2000; 95 (1): 77-84.
11. Demograficheskij ezhegodnik Rossii [Demographic Yearbook of Russia]. 2017: Stat. sb./ Rosstat. M, 2017. 263 c. (In Russ)
12. Vlasova I.B. Suicidal'noe povedenie bol'nyh narkomaniej.

- нией. *Вопросы наркологии*. 2008; 2: 23-28.
13. Михайловская Н.В. Суицидальный анамнез больных наркоманией: клинические аспекты. *Академический журнал Западной Сибири*. 2014; 10 (1): 28-30.
14. Хохлов М.С. Анализ причин смертности наркозависимых (региональный аспект). *Научный форум. Сибирь*. 2018; 4 (1): 81-83.
15. Lee D., Delcher C., Maldonado-Molina M.M., Thogmartin J.R., Goldberger B.A. Manners of death in drug-related fatalities in Florida // *J Forensic Sci*. 2016. May; 61 (3): 735-742. doi: 10.1111/1556-4029.12999. Epub 2016 Mar 30.
16. Onyeka I.N., Beynon C.M., Vohlonen I., Tiihonen J., Föhr J., Ronkainen K., Kauhanen J. Potential Years of Life Lost Due to Premature Mortality Among Treatment-Seeking Illicit Drug Users in Finland. *J Community Health*. 2015; 40 (6): 1099-1106. doi: 10.1007/s10900-015-0035-z
17. Loeliger K.B., Altice F.L., Ciarleglio M.M., Rich K.M., Chandra D.K., Gallagher C., Desai M.M., Meyer J.P. All-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons in Connecticut, USA, 2007-14: a retrospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 2018. Nov; 5 (11): e617-e628. doi: 10.1016/S2352-3018(18)30175-9. Epub 2018 Sep 6.
18. Мальцев А.Е., Шешунов И.В., Зыков В.В. Региональные особенности завершённых самоубийств в Кировской области. *Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения»*. 2010: 1-10. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/>
19. López-Goñi J.J., Fernández-Montalvo J., Arteaga A., Haro B. Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. *Psychiatry Res*. 2018; 269: 542-548. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.100. Epub 2018 Aug 25.
20. Youssef I.M., Fahmy M.T., Haggag W.L., Mohamed K.A., Baalash A.A. Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016; 26 (2): 130-133. doi: 02.2016/JCPSP.130133
21. López-Goñi J.J., Fernández-Montalvo J., Arteaga A., Haro B. Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addict Behav*. 2019; 89: 5-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.09.006. Epub 2018 Sep 6.
22. Carmel A., Ries R., West I.I., Bumgardner K., Roy-Byrne P. Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016. May; 42 (3): 351-357. doi: 10.3109/00952990.2015.1133634. Epub 2016 Feb 24
23. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Асадуллина Г.М., Шарипов А.Р., Тимербулатова М.Ф. Суициды и синтетические катионы. Клинико-генетический анализ. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (2): 12-16.
24. Watt M.H., Myers B., Towe S.L., Meade C.S. The mental health experiences and needs of methamphetamine users in Cape Town: A mixed methods study. *S Afr Med J*. 2015. Sep 21; 105 (8): 685-688.
25. Carvalho A.F., Stubbs B., Vancampfort D., Kloiber S., Maes M., Firth J., Kurdyak P.A., Stein D.J., Rehm J., Koyanagi A. Cannabis use and suicide attempts among 86,254 adolescents aged 12-15 years from 21 low- and middle-income countries. *Eur Psychiatry*. 2019; 56: 8-13. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.006. Epub 2018 Nov 15.
26. Юшкова О.В. К вопросу о дифференциальной диагностике опьянения «солями». *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16 (3): 35-37.
27. Juan W., Jian-Xiong D., Lan G., Yuan H., Xue G., Jing-Hui H., Guo-Liang H., Ci-Yong L. Non-medical use of psychoactive drugs in relation to suicide tendencies among Chinese adolescents. *Addict Behav*. 2015; 51: 31-37. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.07.003. Epub 2015 Jul 16.
28. Edenberg H.J. et al. Gene expression in the hippocampus of inbred alcohol-preferring and nonpreferring rats. *Genes, Brain and Behavior*. 2005; 4 (1): 20-30.
29. Бохан Н.А., Кривулина О.Е., Кривулин Е.Н. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков. *Сибирский вестник психиатрии*. 2008; 2: 23-28. (In Russ)
13. Mikhailovskaya N.V. Suicidal history of drug addicts: clinical aspects. *Academic Journal of West Siberia*. 2014; 10 (1): 28-30. (In Russ)
14. Khokhlov M. S. Analysis of causes of death of drug addicts (regional aspect). *Scientific forum. Siberia*. 2018; 4 (1): 81-83. (In Russ)
15. Lee D., Delcher C., Maldonado-Molina M.M., Thogmartin J.R., Goldberger B.A. Manners of death in drug-related fatalities in Florida // *J Forensic Sci*. 2016. May; 61 (3): 735-742. doi: 10.1111/1556-4029.12999. Epub 2016 Mar 30.
16. Onyeka I.N., Beynon C.M., Vohlonen I., Tiihonen J., Föhr J., Ronkainen K., Kauhanen J. Potential Years of Life Lost Due to Premature Mortality Among Treatment-Seeking Illicit Drug Users in Finland. *J Community Health*. 2015; 40 (6): 1099-1106. doi: 10.1007/s10900-015-0035-z
17. Loeliger K.B., Altice F.L., Ciarleglio M.M., Rich K.M., Chandra D.K., Gallagher C., Desai M.M., Meyer J.P. All-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons in Connecticut, USA, 2007-14: a retrospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 2018. Nov; 5 (11): e617-e628. doi: 10.1016/S2352-3018(18)30175-9. Epub 2018 Sep 6.
18. Mal'cev A.E., Sheshunov I.V., Zykov V.V. Regional'nye osobennosti zavershennykh samoubijstv v Kirovskoj oblasti [Regional features of completed suicides in the Kirov region]. *Informacionno-analiticheskij vestnik «Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija»*. 2010: 1-10. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/> (In Russ)
19. López-Goñi J.J., Fernández-Montalvo J., Arteaga A., Haro B. Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. *Psychiatry Res*. 2018; 269: 542-548. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.100. Epub 2018 Aug 25.
20. Youssef I.M., Fahmy M.T., Haggag W.L., Mohamed K.A., Baalash A.A. Dual Diagnosis and Suicide Probability in Poly-Drug Users. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016; 26 (2): 130-133. doi: 02.2016/JCPSP.130133
21. López-Goñi J.J., Fernández-Montalvo J., Arteaga A., Haro B. Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addict Behav*. 2019; 89: 5-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.09.006. Epub 2018 Sep 6.
22. Carmel A., Ries R., West I.I., Bumgardner K., Roy-Byrne P. Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016. May; 42 (3): 351-357. doi: 10.3109/00952990.2015.1133634. Epub 2016 Feb 24
23. Asadullin A.R., Achmetova E.A., Yuldashev V.L., Sharipov A.R., Timerbulatova M.F. Suicides and synthetic cationins. Clinical-genetic analysis. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (2): 12-16. (In Russ)
24. Watt M.H., Myers B., Towe S.L., Meade C.S. The mental health experiences and needs of methamphetamine users in Cape Town: A mixed methods study. *S Afr Med J*. 2015. Sep 21; 105 (8): 685-688.
25. Carvalho A.F., Stubbs B., Vancampfort D., Kloiber S., Maes M., Firth J., Kurdyak P.A., Stein D.J., Rehm J., Koyanagi A. Cannabis use and suicide attempts among 86,254 adolescents aged 12-15 years from 21 low- and middle-income countries. *Eur Psychiatry*. 2019; 56: 8-13. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.006. Epub 2018 Nov 15.
26. Yushkova O. V. On the issue of differential diagnosis of intoxication with "salts". *Tyumen Medical Journal*. 2014; 16 (3): 35-37. (In Russ)
27. Juan W., Jian-Xiong D., Lan G., Yuan H., Xue G., Jing-Hui H., Guo-Liang H., Ci-Yong L. Non-medical use of psychoactive drugs in relation to suicide tendencies among Chinese adolescents. *Addict Behav*. 2015; 51: 31-37. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.07.003. Epub 2015 Jul 16.
28. Edenberg H.J. et al. Gene expression in the hippocampus of inbred alcohol-preferring and nonpreferring rats. *Genes, Brain and Behavior*. 2005; 4 (1): 20-30.
29. Bohan N.A., Krivulina O.E., Krivulin E.N. Kliniko-dinamicheskie osobennosti zavisimosti ot sinteticheskikh kannabinoidov u podrostkov [Clinical and dynamic features of dependence on syn-

- риш и наркологии. 2014; 1 (82): 36-39.
30. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева, ВОЗ, 2014 http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention
 31. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (9): 1–11.
 32. Кригер О.В., Могутов С.В., Бутовский Д.И. и др. Судебно-медицинская экспертиза смертельных отравлений наркотическими веществами. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2001; 2: 9-14.
 33. Кирдяпкина А.В. Десятилетняя динамика смертности лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского Края: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2001. 28 с.
 34. Ingeborg R., Grethe L. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 1999; 94 (2): 209-219.
 35. Neale J. Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. *Addiction*. 2000; 95 (1): 85-93.
 36. Зотов П.Б., Михайловская Н.В. Неумышленные передозировки наркотика и суицидальное поведение больных наркоманиями. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 48-57.
 37. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-78.
 38. Михайловская Н.В. Некоторые социально-психологические характеристики больных наркоманиями, проявляющих суицидальную активность. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 52-53.
 39. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62–66. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-62-66](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66)
 40. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносос Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидальных попыток. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 104-111.
 41. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Принципы организации психиатрического лечения лицам с умышленным самоотравлением, поступившим по скорой помощи в многопрофильный стационар. *Скорая медицинская помощь*. 2013; 14 (1): 24-27.
 42. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53.
 - thetic cannabinoids in adolescents]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2014; 1 (82): 36-39. (In Russ)
 30. Predotvrashhenie samoubijstv. Global'nyj imperativ. Zheneva, VOZ [Suicide prevention. Global imperative. Geneva, WHO], 2014 http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention (In Russ)
 31. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (9): 1–11.
 32. Kriger O.V., Mogutov S.V., Butovskij D.I. i dr. Sudebno-meditsinskaja jekspertiza smertel'nyh otravlenij narkoticheskimi veshhestvami [Forensic medical examination of fatal poisoning with drugs]. *Sudebno-meditsinskaja jekspertiza*. 2001; 2: 9-14. (In Russ)
 33. Kirjapkina A.V. Desjatiletnaja dinamika smertnosti lic, zloupotrebljajushih vnutrivennym priemom psihoaktivnyh veshhestv, na territorii Primorskogo Kraja [Ten-year dynamics of mortality of the persons abusing intravenous reception of psychoactive substances in the territory of Primorsky Krai]: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Vladivostok, 2001. 28 s. (In Russ)
 34. Ingeborg R., Grethe L. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*. 1999; 94 (2): 209-219.
 35. Neale J. Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. *Addiction*. 2000; 95 (1): 85-93.
 36. Zotov P.B., Michaylovskaya N.V. Unintentional drug overdose and suicidal behavior among drug addicts. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 48-57. (In Russ)
 37. Umansky M.S., Hohlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-78. (In Russ)
 38. Mikhailovskaya N.V. Some socio-psychological characteristics of drug addicts who show suicidal activity. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 52-53. (In Russ)
 39. Zotov P.B., Buzik O.J., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian journal of psychiatry and narcology*. 2018; 3 (100): 62–66. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-62-66](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66) (In Russ)
 40. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneider V.E., Beznosov E.V., Sevastianov A.A. Registration and account of suicidal attempts. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-111. (In Russ)
 41. Prokopovich G.A., Pashkovskij V.Je., Sofronov A.G. Principy organizacii psichiatricheskogo lechenija licam s umyshlennym samootravleniem, postupivshim po skoroj pomoshhi v mnogoprofil'nyj stacionar [Principles of the organization of psychiatric treatment for persons with intentional self-poisoning, received by ambulance in a multi-hospital]. *Skoraja medicinskaja pomoshh'*. 2013; 14 (1): 24-27. (In Russ)
 42. Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Diagnostic of suicidal behavior in drug addicts. *Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53. (In Russ)

SUICIDAL ACTIONS OF DRUG ADDICTS: QUESTIONS OF SYSTEM IDENTIFICATION AND ACCOUNTING

P.B. Zotov¹, N.A. Bokhan^{2,3}, M.S. Khokhlov⁴, I.M. Petrov¹, E.G. Skryabin¹, O.P. Zotova⁵, V.G. Petrov¹

¹Tyumen state medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

³Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; bna909@gmail.com

⁴Regional narcological clinic, Tyumen, Russia

⁵Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

The consumption of narcotic and psychoactive substances (surfactants) is one of the most significant suicidal risk factors. According to scientific studies, out of a total number of cases of premature death of drug addicts, every fourth dies from suicide, the number of drug addicts among those who died from suicide reaches 6-8%, and among those who attempted their life in the past – from 17.7% to 64.7%. Despite this, there are no recorded indicators objectively re-

flecting the number of drug addicts dying from suicide in Russia. On the one hand, this is due to the peculiarities of drug registration in the country, and on the other, to the lack of a unified system for identifying, registering and recording suicides among this contingent. Today, the main source of information about drug addicts is a dispensary. Moreover, while the registration is carried out with an objective confirmation of the diagnosis by a medical commission, the withdrawal is possible after 5 years without receiving any information about the patient. This situation does not allow us to trace the lifestyle of a person, whether he is alive and gave up the addiction or continues to abuse substances, but happened not to come into the view of the narcological service during this period, or simply died. As a result, the cause of death for narcologists also remains unspecified with a few exceptions. Considering this situation, the authors set the aim – to develop and introduce an effective organizational model of a system for identifying and recording suicidal actions of drug addicts (register) into practical public healthcare system. Material and methods: The main idea is a comparison of various medical data bases: a) Regional Narcological Dispensary (RND); b) Bureau of Forensic Medical Examination – BFME (data on confirmed cases of suicide and drug overdoses); c) suicidal register - CP (data on cases of suicidal attempts). Years of study: 2014-2018. Results. The reconciliation of the data on RND and BFME revealed 64 suicides, which is 2.8 times higher than the initial statistics (n=23). “Lost” deaths (n=41) were most often detected in the category “Unknown” (n=27), less often in the “Somatic Illness” (n=10) and “Other Causes” groups (n = 3), which indicates the need for more careful attention to them when making medical records. The share of drug addicts in the total number of suicides in different years ranged from 3.2 to 6.5%, with an average of 4.6%. Two thirds (67.2%) of the identified suicides were registered for dependence on opiates. However, while in 2014–2017, opium derivatives consumers accounted for the overwhelming majority (up to 85%), their share in 2018 decreased more than twice to 35.7%, sharply increasing the representation of cannabinoid addicts (35.7 %) and psychostimulants (28.6%). Based on this, the authors make the assumption that, given such a dynamic, we can expect an increase in the absolute number of suicides among users of new synthetic drugs and their share in total suicidal mortality in the coming years. Among the 64 cases identified, the sex ratio is sharply biased towards men (M : W – 63: 1), which is very different from the general population and requires more in-depth analysis and explanation. The largest number (64.0%) of those who died in the age group of 36-45 years old, the average age of opiate users – 42.7±2.6, synthetic psychostimulants – 37.1±2.9 years. All cases of suicide relate to the so-called “hard” methods: self-hanging – 87.5%, cuts – 9.4%, self-shooting – 3.1%. Self-poisoning, including through deliberate overdose, is not registered, which may be due to the difficulty of differential diagnosis of these conditions, as well as a lack of objective signs. The authors believe that an important condition in this situation is to conduct a post-mortem psychological and psychiatric examination, the main material for which is the medical documentation data, and express the opinion that it is necessary to introduce mandatory suicide history into medical standards for medical documentation. As for suicidal attempts, in 5 years only 23 cases were revealed, which is significantly different from the data of the general population of the study region (Tyumen), where the number of attempted attacks is on average 8.5 times higher than the number of lethal suicides. Among the possible causes of underreporting, according to the authors, the nature of the attempt is important. As with lethal suicides, mostly “hard” methods are recorded. Intentional overdose has not been reported in any case. It is noted that specialists working with this contingent in most cases do not go into the details of overdose scenarios, the reasons for taking large doses of a narcotic substance or additional alcohol, and usually regard the state as a consequence of a combination of circumstances. In conclusion, the authors, pointing to the first such experience in the country, conclude in general about the sufficient effectiveness of the proposed system for identifying and registering suicides of drug addicts. As necessary measures, it is important to implement educational projects and to train doctors of various profiles in the issues of “suicidal suspicion”, the introduction of standards for the diagnosis and differential diagnosis of suicidal and non-suicidal behavior, starting from the prehospital stage, continued in the hospital, regardless of the institution’s profile and the type of emergency care provided, as well as the creation of accessible databases of specialized medical data accessible to specialists.

Keywords: suicide, suicidal attempt, drug addicts, drug addiction, drug abuse, drug overdose, suicide accounting, suicidological register, post-mortem psychological and psychiatric examination.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Зотов П.Б., Бохан Н.А., Хохлов М.С., Петров И.М., Скрыбин Е.Г., Зотова О.П., Петров В.Г. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учёта. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 91-104. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-91-104

For citation: Zotov P.B., Bokhan N.A., Khokhlov M.S., Petrov I.M., Skryabin E.G., Zotova O.P., Petrov V.G. Suicidal actions of drug addicts: questions of system identification and accounting. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 91-104. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-91-104

ПОНЯТИЕ И ТЕХНОЛОГИЯ КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО РАСПОЗНАВАНИЯ САМОУБИЙСТВА

А.В. Бертовский, И.В. Глазунова, И.В. Маслов

Юридический институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия
ФГБУН «Институт государства и права Российской академии наук», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Государственный университет управления», г. Москва, Россия
Институт экономики и культуры, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Бертовский Лев Владимирович – доктор юридических наук, профессор (SPIN-код: 7788-0864; ORCID iD: 0000-00022835-288X; Researcher ID: P-7579-2015). Место работы и должность: профессор кафедры уголовного права, уголовного процесса и криминалистики Юридического института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Адрес: Россия, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Телефон: (495) 434-41-12, вн. 11-44, электронный адрес: bgl1980@yandex.ru

Глазунова Инесса Владимировна – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 3357-3008). Место работы и должность: старший научный сотрудник сектора административного права и административного процесса ФГБУН Институт государства и права Российской академии наук. Адрес: Россия, 119019, г. Москва, ул. Знаменка, д. 10. Телефон: (495) 691-33-81; доцент кафедры частного права ФГБОУ ВО «Государственный университет управления». Адрес: 109542, Москва, Рязанский проспект, 99. Телефон: (495) 377-89-14; электронный адрес: ginesa@mail.ru

Маслов Игорь Викторович – кандидат юридических наук (SPIN-код: 7668-9439, AuthorID: 379390). Место работы и должность: доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин Института экономики и культуры. Адрес: Россия, 105318, г. Москва, ул. Ибрагимова, д. 31, корп.1. Телефон: (495) 795-00-11, электронный адрес: igormaslof@rambler.ru

Целью исследования является рассмотрение возможных направлений интеграции наук криминалистики и суицидологии в распознавании самоубийств. Материал и методы: проведён системный анализ разработанных в криминалистике теоретических основ выявления самоубийств. Использован эмпирический материал архивов следственных подразделений, а также специальной литературы, средств массовой информации. Результаты: Опираясь на положения учения о криминалистическом распознавании, предложена идея создания технологии получения уголовно-релевантных сведений, недоступных для непосредственного восприятия, через построение когнитивных моделей на основе следовой информации, выявленной на месте происшествия. На практических примерах демонстрируются трудности определения существующими методами уголовно-процессуального познания субъективной стороны суицидального деяния. Предлагается классификация когнитивных моделей суицида и тактических комбинаций по распознаванию самоубийств. Отмечены неизбежные риски и допущения при построении моделей. Заключение. Предлагаются определения содержания терминов «криминалистическое распознавание» и «криминалистическое распознавание самоубийств»; структура учения о криминалистическом распознавании; рекомендации по единой тактической операции выявления убийств, самоубийств и несчастных случаев.

Ключевые слова: самоубийство, криминалистика, суицидология, криминалистическое распознавание, междисциплинарные исследования

Первостепенно знание для прикладных наук является создание полезных, применимых в практической деятельности моделей, объясняющих то или иное явление [1]. С точки зрения решения прикладных задач уголовного судопроизводства и дальнейшего развития наук уголовно-правового цикла, важнейшее значение приобретает интеграция знаний и поиск направлений взаимодействия, в частности криминалистики и суицидологии [2]. Это утверждение справедливо для криминалистического распознавания суицидов, что возможно путём создания когнитивной модели, позволяющей

достигнуть на практике определённого результата [3]. В теории криминалистики распознавание представлено в виде определённой технологии: системы процессуальных и непроцессуальных действий, направленных на получение знания о познаваемом объекте, недоступном для чувственного восприятия, путём собирания, проверки, исследования и оценки информации и сопоставления её с модельной уголовно-релевантной информацией и использование полученного знания для доказывания в уголовном процессе [4].

Вместе с тем возникает ряд вопросов:

1. До какой степени событие, явление должно быть недоступным для чувственного восприятия? Здесь речь идёт о субъективной мотивации действий погибшего?

2. На чём основывается модельная информация, и какова её достоверность?

3. Каким образом производится отбор информации, используемой для построения модели события? По сути, построение модели есть ни что иное как информационное упрощение, когда в модель закладываются только сведения, признанные исследователем значимыми, и отвергаются все иные сведения, признанные по тем или иным причинам нерелевантными, относительно события.

Первый вопрос актуален в свете того, что на сегодняшний момент системы аудио- и видеофиксации чрезвычайно развиты и распространены. Под объективы попадают и убийства, и самоубийства, и кражи, и повреждения имущества и нарушения процедуры выборов, и бесчисленное множество иных событий. Самоубийство, совершённое при включенной записи на видеокамеру, при всей кажущейся очевидности всё равно подлежит распознаванию. В этом случае важно установить, в том числе для принятия мер профилактического характера, следствием чего именно является самоубийство, не скрываются ли за произошедшим криминальные обстоятельства. Но всё это находится «за кадром».

Следует отметить, что в настоящее время не имеется государственного или общественно-института, к задачам которого отнесены выявление причин самоубийств и разработка мер их профилактики. Самоубийства, в большинстве своём, выявляются следователями Следственного комитета Российской Федерации.

По окончании предварительного расследования в порядке, предусмотренном ч. 2 ст. 158 УПК РФ, следователь вправе внести в соответствующую организацию или соответствующему должностному лицу представление о принятии мер по устранению обстоятельств, способствовавших совершению преступления или других нарушений закона. При этом внесение представления по факту самоубийства, установленного в рамках доследственной проверки с последующим отказом в возбуждении уголовного дела, следует признать не предусмотренным законом. Во-первых, ст. 158 УПК РФ называется «Окончание предварительного расследования», следовательно, представление может вноситься только по возбуждённому

уголовному делу до его прекращения, либо направления прокурору с обвинительным заключением. Во-вторых, в указанной норме говорится о причинах и условиях, способствовавших совершению *преступления*, а самоубийство преступлением не признаётся. В-третьих, профилактика самоубийств, равно как и преступлений, не относится к функции следователя, и зачастую в представлении излагаются установленные обстоятельства и «назначается» лицо, не принявшее профилактических мер. Однако при покушении на самоубийство, именно тогда, когда меры профилактики действительно необходимы, какие-либо профилактические меры вообще не принимаются.

Характерным примером трудности установления субъективной стороны события гибели человека служит смерть 32-летнего видеоблогера и герпетолога (специалиста в области зоологии, изучающей земноводных и пресмыкающихся) В. [5]. В рамках онлайн трансляции, сидя за рабочим столом, В. сказал: «Ну, чего, чуваки? Пора делать то, что надо делать». Затем вышел из кадра, где, как установлено, получил укус черной мамбы – одной из самых ядовитых змей, произнес: «Ай! Отпусти, больно. Молодец, убила меня. Пойду трансляцию вести. Умру, так умру». После этого, не предприняв мер для того, чтобы предотвратить действие яда, сразу вошёл «в кадр», сказал, что «если что, на телефоне запись для К.», которая приходилась ему бывшей женой, с которой он расстался незадолго до смерти, и начал читать комментарии. При этом поведение В. свидетельствовало об ухудшении его самочувствия. С точки зрения уголовно-правового познания, во-первых, возникает вопрос о роде смерти (самоубийство или несчастный случай); во-вторых, о возможном наличии в обстоятельствах, которые привели к смерти, криминального компонента (в данном случае наиболее вероятным проявление криминального компонента представляется доведение до самоубийства) и т.д.

Таким образом, более корректно говорить не о недоступности для чувственного восприятия вообще, а о недоступности для чувственного восприятия именно комплекса обстоятельств, необходимого для юридической оценки события – субъективной стороны деяния, психологических процессов, протекавших в воле и сознании В. в момент получения укуса.

Отвечая на второй вопрос, заранее оговорим, что под модельной информацией следует понимать определённые мыслеобразы, связанные с уголовно-релевантным событием. При квалификации случаев смерти будет иметь место применение сразу нескольких типовых моделей:

- правовая (содержание УК РФ и актов толкования);

- житейско-профессиональная (модель, сложившаяся у лица на основе его житейского и профессионального опыта);

- криминалистическая (научно выявленные типовые криминалистические характеристики, криминалистические признаки события).

Сопоставление моделей между собой, либо сопоставление реальных событий / объектов / явлений с данными моделями является сутью сравнительного метода [6], играющего значительную роль в технологии криминалистического распознавания. Вместе с тем чрезмерный акцент следователя в практической деятельности на житейско-профессиональные модели может оказаться пагубным. Так, житейские представления, свойственные сотрудникам правоохранительных органов, могут существенно отличаться от объективных научных данных. Криминалистические модели базируются на результатах научных исследований, а потому обладают более высоким уровнем объективности, находят своё место в криминалистической характеристике события.

Ответом на третий вопрос видится то, что отбор модели осуществляется при восприятии первичной информации. Например, в случаях самоубийств основой для поиска модельной информации является факт обнаружения трупа с признаками насильственной смерти, то есть смерти, наступившей от внешних воздействий. Характерно, что на профессиональном сленге сотрудников правоохранительных органов термин «насильственная смерть» имеет иное значение, а именно: смерть, наступившая от действий третьих лиц.

В качестве наиболее подходящей рабочей конструкции, в которой способна воплотиться технология криминалистического распознавания, справедливо предлагаются такие криминалистические средства, как тактическая операция и тактическая комбинация [4, 7].

Исходя из определений, разработанных в криминалистической науке [8, 9, 10], под *тактической операцией*, следует понимать систему следственно-оперативных мероприятий, вклю-

чающих различные тактические приёмы и комбинации, для достижения определённой локальной задачи исследования уголовно-релевантного события наиболее эффективным способом из тех, которые возможны в конкретной ситуации. *Тактической комбинацией*, в свою очередь, является набор тактических приемов, объединённых единой тактической задачей / целью, применяемый в рамках одного следственного / оперативно-розыскного мероприятия.

Тактические операции / комбинации, которые направлены на решение распознавательных задач, предлагается именовать распознавательными тактическими операциями / комбинациями.

Распознавательная задача двуедина и включает в себя установление:

- сущности, природы события / объекта / явления;

- уголовной релевантности (относимости) данного события / объекта / явления [11].

Установление релевантности (относимости) может осуществляться на двух уровнях:

- к конкретному уголовно-релевантному событию;

- к модели преступления, предусмотренной уголовным законом.

Распознавательные тактические операции, направленные на распознавание событий, могут иметь место в ряде основных случаев:

- на начальном этапе расследования, когда необходимо распознать природу события, отделив от иных смежных событий;

- в случае наличия предположения о том, что уже расследуемое событие содержит в себе элемент, сущность которого не раскрыта, не узнана в достаточной мере.

Примером случая, относящегося ко второй группе как гораздо более редкой, является происшествие, имевшее место в Китае, когда мужчина нанял другое лицо с помощью сети «Интернет» для убийства самого себя, за что предложил около 11 тыс. долларов США. Решение заказчика покончить с собой было обусловлено невозможностью передвигаться самостоятельно вследствие травмы, полученной за несколько лет до происшествия. Мужчины встретились в хостеле, где исполнитель ножом нанес заказчику 12 ударов в живот. Однако заказчик от боли начал звать на помощь, после чего виновный бросил оружие и покинул место происшествия [12].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что *криминалистическое распознавание* – это технология (тактическая операция / комбинация), направленная на установление сущности, природы, события (объекта, явления) в условиях их недоступности для чувственного восприятия, которая осуществляется путём собирания, проверки, исследования, оценки фактической информации и сопоставления её с модельной информацией.

В целом, предлагается следующая структура учения о криминалистическом распознавании [13]:

1. Общие положения теории криминалистического распознавания

– понятие, объект, предмет, цель, задачи, принципы, функции, методология учения;

– место учения в системе криминалистической науки, системе криминалистических учений, взаимосвязь криминалистического учения о распознавании с иными учениями, науками;

– понятийный аппарат учения; критерии классификации распознавательных задач.

2. Прикладные аспекты и направления реализации положений теории криминалистического распознавания:

– методы и средства криминалистического распознавания;

– типизация и классификация распознавательных задач;

– основы методики и технологии криминалистического распознавания; направления оценки и использования полученной информации в выявлении, раскрытии и расследовании преступления.

Применение технологии криминалистического распознавания как формы криминалистического обеспечения исследования смертельного случая, очевидно, возможно в отношении такого уголовно-релевантного явления как самоубийство. В этой связи уместно поднять вопрос о соответствующей тактической операции.

Таким образом, для случаев, когда имеются основания предполагать, что исследуемый случай смерти является самоубийством, предлагается типовая криминалистическая тактическая операция «Распознавание самоубийства» (далее – ТО «РС»), включающая в себя набор средств, способствующих обеспечению полноценного исследования и оценки события.

Посредством ТО «РС» будет решаться вопрос о сущности смертельного случая (роде

смерти) и наличии в обстоятельствах произошедшего криминального компонента. ТО «РС» может найти применение, в том числе, при выявлении инсценировок, а также в ситуациях, когда по ряду причин смерть напоминает самоубийство, но ею не является.

В случаях, когда особо проблематично распознать род смерти (так называемые «загадочные смерти» [5]), ТО «РС» рекомендуется включить в общий блок производимых следственно-оперативных мероприятий. Например, отечественные и австралийские криминалисты к случаям, когда распознать род смерти (в том числе, самоубийство) затруднительно, относят случаи смерти при дорожно-транспортных происшествиях, случаи передозировок наркотическими средствами [14], случаи, связанные с поджогами и взрывами помещений [15].

Примерами, когда ТО «РС» осуществляется на более поздних этапах расследования, могут являться те случаи смерти, когда самоубийство фактически включает в себя элемент гомицида (например, когда человек нанимает другое лицо для причинения себе смерти, либо в случаях «самоубийств с помощью полицейского», более распространённых в западных странах, когда лицо провоцирует сотрудников полиции, чтобы те применили к нему оружие на поражение).

Пример, демонстрирующий возможный вариант самоубийства с «помощью» полицейского, имеется в американской криминалистической литературе. Так, женщина вызвала полицию в связи с тем, что бывший муж ворвался к ней домой. По прибытии полиция услышала крики из подвала. Спускаясь по лестнице, сотрудники полиции увидели молодого человека, держащего ружье. Увидев полицейских, он начал медленно направлять ствол в их сторону. Оба полицейских выстрелили, убив его. Однако ружьё убитого оказалось не заряжено [16].

В ряде случаев, в силу процессуальных ограничений, возникает необходимость возбудить уголовное дело, чтобы обладать более массивным инструментарием для разрешения следственной ситуации. К такому инструментарию относятся мероприятия, не входящие в перечень проверочных, которые предусмотрены ч. 1 ст. 144 УПК РФ: следственный эксперимент; получение информации о соединениях между абонентами и т.д.

Спустя более чем год (!) после падения из окна подъезда между 4 и 5 этажами П., пере-

двигавшегося с трудом инвалида, возбуждено уголовное дело по признакам убийства. Ранее в возбуждении дела было отказано в связи с отсутствием события преступления, а происшествие признано самоубийством. На месте происшествия отсутствовали следы борьбы, окно было открыто, тапочки погибшего находились на лестничной площадке. В ходе расследования по возбуждённому делу, кроме прочего, произведён следственный эксперимент, в рамках которого с помощью манекена смоделировано падение погибшего. Результаты следственного эксперимента впоследствии были использованы при проведении комплексной медико-криминалистической и трасологической экспертизы, выявившей, что к телу погибшего при падении приложена сила. Кроме того, в ходе дальнейшего расследования было установлено множество очевидцев, которые сообщили не только обо обстоятельствах гибели, но и способствовали установлению виновного лица [17], что указывает на недостаточное внимание к случаям, внешне напоминающим самоубийство.

Причиной осуществления ТО «РС» на более поздних стадиях расследования может являться то, что наличие суицидальных намерений у лица является далеко не явным, как в приведённом выше случае, произошедшем в Китае.

Интерес здесь также представляют различные примеры из практики расследования уголовных дел об убийствах, когда причина наступления смерти не является однозначно установленной, и обвиняемое в убийстве лицо утверждает, что имело место не инкриминируемое ему убийство, а самоубийство.

В кассационном представлении поставлен вопрос об отмене оправдательного приговора в отношении К., обвинявшегося по ч. 1 ст. 105 УК РФ. Прокурор ссылается, в том числе, на то, что вывод суда о совершении потерпевшей самоубийства основан на показаниях заинтересованных лиц – родственников оправданного о склонности погибшей к суициду; при этом суд не дал оценки показаниям работников социального учреждения об отсутствии у потерпевшей суицидальных намерений, об относительной малоподвижности погибшей в силу её возраста, об имевшейся у неё проблеме, связанной с моторикой рук, её неспособностью завязывать узлы; что показания специалистов о причинении погибшей перелома подъязычной кости путём давления рукой на шею не согласуются с

мнением комиссии экспертов; что по ряду вопросов имелись противоречия, в том числе о механизме причинения перелома подъязычной кости потерпевшей и давности образования телесных повреждений [18]. В указанном случае прослеживаются недостатки проработки версии о самоубийстве на предыдущих процессуальных стадиях.

Таким образом, ТО «РС» можно классифицировать в зависимости от того, на какой процессуальной стадии (этапе) начинается её реализация:

- на этапе проверки сообщения о преступлении (до возбуждения уголовного дела);
- на стадии предварительного расследования.

Данное деление обусловлено тем, что: во-первых, до возбуждения уголовного дела фактический материал собирается «с нуля», версии практически не проверены, в то время как во втором случае уже собрана некоторая информация о произошедшем, и ряд версий уже в той или иной мере проверены; во-вторых, уголовно-процессуальный закон на сегодняшний день предусматривает хотя и аналогичные, но несколько различающиеся возможности для получения информации на данных стадиях.

ТО «РС» нацелена на выявление как можно более полной информации для решения вопроса о наибольшей вероятности того, могло ли в данном случае иметь место самоубийство.

ТО «РС» применима преимущественно к случаям, когда сам способ совершения самоубийства не является криминальным (под случаями криминального самоубийства, в частности, подразумеваются суицидальные террористические акты), однако ТО «РС» применима и к случаям самоубийства, совершенными общепризнанным способом.

Таким образом, *криминалистическое распознавание самоубийства* – это направленная на установление рода смерти и наличие / отсутствие в обстоятельствах смерти с признаками самоубийства состава преступления технология собирания, проверки, исследования, оценки субъектом поисково - познавательной деятельности фактической информации и сопоставления её с модельной информацией при недоступности для чувственного восприятия комплекса сведений, необходимого для юридической оценки исследуемого события.

Криминалистическое распознавание самоубийства можно рассматривать в качестве со-

ставной части криминалистического распознавания смертельных случаев вообще, которое, в свою очередь, способно выступить составной частью методики расследования смертельных случаев. Создание такой методики представляется перспективным направлением развития криминалистической методики, особенно с учетом статуса подобных методик за рубежом.

Рассматриваемая методика преимущественно распространяется на такие преступления, как: убийство (ст.ст. 105–108 УК РФ), причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), склонение к совершению самоубийства и содействие его совершению, повлекшие самоубийство или покушение на таковое (ч.ч. 4–6 ст. 110 УК РФ), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего (ч. 4 ст. 111 УК РФ), нарушение требований охраны труда, совершённое лицом, на которое возложены обязанности по их соблюдению, повлекшее по неосторожности смерть человека / людей (ч.ч. 2, 3 ст. 143 УК РФ) и др., которые можно группировать в зависимости от распознанного рода смерти.

Комплексный подход к расследованию смертельных случаев имел место ещё на заре

криминалистической науки [19]. Анализ зарубежной (в частности, американской и немецкой) литературы демонстрирует существование и в настоящее время данного подхода к расследованию случаев смерти. Так, частью методики расследования убийств (гомицидов)¹ в США является методика расследования самоубийств [20]. В свою очередь, немецкая криминалистика изучает расследование смертельных случаев в целом, включая убийства, самоубийства, несчастные случаи [21]. Криминалистическое распознавание смертельного случая здесь наиболее ярко может проявляться на начальном этапе расследования, включая стадию возбуждения уголовного дела.

¹Отечественная криминалистическая методика является ближайшим аналогом теории расследования преступлений (США) и специальной криминалистики (ФРГ). Таким образом, указанные разделы для лучшего понимания русскоязычными читателями автором отнесены к криминалистической методике. Следует иметь в виду, что в криминалистике США следует отметить некоторое различие между теорией расследования гомицидов (случаев причинения смерти другим лицом), преимущественно предназначенной для агентов обвинительной власти, и теорией расследования случаев смерти, предназначенной для коронеров и медиков-дознавателей, выступающих нейтральными в процессуальном отношении лицами.

Литература:

1. Лебедев С.А. Философия науки: краткая энциклопедия (основные направления, концепции, категории). М.: Академический проект, 2008. 692 с.
2. Лисовецкий А.Л., Бертовский Л.В., Поздняков В.М. Суицидология и криминалистика: пути взаимодействия. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 80–86.
3. Шмонин А.В. Криминалистическая тактика и технология. Криминалистическая тактика: современное состояние и перспективы развития: Сборник материалов 56-х криминалистических чтений: В 2-х ч. Ч. 2. М., 2015: 317.
4. Корма В.Д., Образцов В.А. Криминалистическое распознавание: теория, метод, модели технологий. М.: Юрлитинформ, 2014. 416 с.
5. Несчастный случай или суицид: СК выясняет обстоятельства смерти блогера-серпентолога // <http://www.ntv.ru/novosti/1933594/> (Дата обращения 24.02.2019)
6. Бертовский Л.В. Расследование преступлений экономической направленности. М.: Проспект, 2016. 299 с.
7. Корма В.Д., Образцов В.А. Проблемы и пути совершенствования парадигмы криминалистического распознавания. *Актуальные проблемы российского права*. 2015; 7 (56): 158–168.
8. Баев О.Я. Криминалистика. Лекционный курс. М.: Юстиция, 2017.
9. Корноухов В.Е. Методика расследования преступлений: теоретические основы. Монография. М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2014. 224 с.
10. Криминалистика / Под общ. ред. А.И. Бастрыкина. Т. II. М.: Экзамен, 2014. 559 с.
11. Колдин В.Я. Криминалистический анализ. М.: Юрлитин-

References:

1. Lebedev S.A. *Filosofiya nauki: kratkaya enciklopediya (osnovnye napravleniya, koncepcii, kategorii)* [Philosophy of science: a brief encyclopedia (basic directions, concepts, categories)]. M.: Akademicheskij projekt, 2008. 692 c. (In Russ)
2. Lisovetski A.L., Bertovskij L.V., Pozdnyakov V.M. *Suicidology and criminalistics: ways of interaction*. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 80–86. (In Russ)
3. Shmonin A.V. *Kriminalisticheskaya taktika i tekhnologiya. Kriminalisticheskaya taktika: sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya* [Forensic tactics and technology. Forensic tactics: current state and development prospects]: *Sbornik materialov 56-h kriminalisticheskikh chtenij: V 2-x ch. Ch. 2*. M., 2015: 317. (In Russ)
4. Korma V.D., Obrazcov V.A. *Kriminalisticheskoe raspoznavanie: teoriya, metod, modeli tekhnologij* [Forensic face recognition: theory, method, model, technology]. M.: Yurilitinform. M.: Юрлитинформ, 2014. 416 c. (In Russ)
5. *Neschastnyj sluchaj ili suicid: SK vyasnyaet obstoyatel'stva smerti blogera-serpentologa* [Accident or suicide: SK finds out circumstances of death of blogger's serpentlike] // <http://www.ntv.ru/novosti/1933594/> (In Russ)
6. Bertovskij L.V. *Rassledovanie prestuplenij ekonomicheskoy napravlenosti* [Investigation of economic crimes]. M.: Prospekt, 2016. 299 c. (In Russ)
7. Korma V.D., Obrazcov V.A. *Problemy i puti sovershenstvovaniya paradigmy kriminalisticheskogo raspoznavaniya* [Problems and ways of improving the paradigm of forensic recognition]. *Aktual'nye problemy rossijskogo prava*. 2015; 7 (56): 158–168. (In Russ)
8. Baev O.Ya. *Kriminalistika. Lekcionnyj kurs* [Criminalistics. Lecture course]. M.: Yusticiya, 2017. (In Russ)
9. Kornouhov V.E. *Metodika rassledovaniya prestuplenij: teoreticheskie osnovy* [Methods of investigation of crimes: a theoretical framework]. *Monografiya*. M.: Norma: NIC INFRA-M, 2014. 224 c. (In Russ)
10. *Kriminalistika* [Criminalistics] / Pod obshch. red. A.I. Bastykina. T. II. M.: Ekzamen, 2014. 559 c. (In Russ)
11. Koldin V.Ya. *Kriminalisticheskij analiz* [Forensic analysis]. M.:

- форм, 2016. 528 с.
12. Китайский инвалид нанял киллера для убийства себя и передумал умирать после ран / https://lenta.ru/news/2016/03/30/kill_me_no_stop/ (Дата обращения 24.02.2019).
 13. Глазунова И.В. Криминалистическая теория распознавания. Интерпретация основных понятий. *Закон и право*. 2018; 2: 25-30.
 14. Byard R. et al. Suicide in forensic practice – an Australian perspective. *Australian Journal of Forensic Sciences*. 2011; 43 (1): 72-73.
 15. Выдрин И.В. Исходные следственные ситуации по фактам самоубийств. Криминалистические методы расследования преступлений. Вып. 2. Тюмень, 1995. С. 47.
 16. Suicide by Cop /<https://pdfs.semanticscholar.org/e3e9/002efa7203bf48b7e1289765e38e4d4a04d3.pdf>
 17. Яковлев Я.А. Физика помогла в раскрытии убийства. *Предварительное следствие*. 2012; 1 (15): 76-80.
 18. Постановление Президиума Омского областного суда от 08.06.2015 № 44-У-32/2015. Справочная правовая система «КонсультантПлюс».
 19. Гросс Г. Руководство для судебных следователей как система криминалистики. Новое изд., перепеч. с изд. 1908 г. М., 2002. 1088 с.
 20. Geberth V.J. Practical homicide investigation: tactics, procedures, and forensic techniques. 4thed. BocaRaton, 2006.
 21. Сокол В.Ю. Криминалистика в Германии: понятие, система, перспективы. Краснодар, 2010. 258 с.
 - Yurlitinform, 2016. 528 с. (In Russ)
 12. Kitajskij invalid nanyal killera dlya ubijstva sebya i peredumal umirat' posle ran [Chinese invalid hired a killer to kill himself and changed his mind to die after the wounds] / https://lenta.ru/news/2016/03/30/kill_me_no_stop/. (In Russ)
 13. Glazunova I.V. Kriminalisticheskaya teoriya raspoznavaniya. Interpretaciya osnovnyh ponyatij [Forensic theory of pattern recognition. The interpretation of the basic concepts]. *Zakon i pravo*. 2018; 2: 25-30. (In Russ)
 14. Byard R. et al. Suicide in forensic practice – an Australian perspective. *Australian Journal of Forensic Sciences*. 2011; 43 (1): 72-73.
 15. Vydrina I.V. Iskhodnye dosledstvennye situacii po faktam samoubijstv. Kriminalisticheskie metody rassledovaniya prestuplenij [Initial investigation of the situation on the facts of suicide. Forensic methods of crime investigation]. Vyp. 2. Tyumen', 1995. C. 47. (In Russ)
 16. Suicide by Cop /<https://pdfs.semanticscholar.org/e3e9/002efa7203bf48b7e1289765e38e4d4a04d3.pdf>
 17. Yakovlev Ya.A. Fizika pomogla v raskrytii ubijstva [Physics helped solve the murder]. *Predvaritel'noe sledstvie*. 2012; 1 (15): 76-80. (In Russ)
 18. Postanovlenie Prezidiuma Omskogo oblastnogo suda ot [Resolution of the Presidium of the Omsk regional court from] 08.06.2015 № 44-U-32/2015. Spravochnaya pravovaya sistema «KonsultantPlyus». (In Russ)
 19. Gross G. Rukovodstvo dlya sudebnyh sledovatelej kak sistema kriminalistiki [A guide for forensic investigators as a forensic science system]. Novoe izd., perepech. s izd. 1908 g. M., 2002. 1088 c. (In Russ)
 20. Geberth V.J. Practical homicide investigation: tactics, procedures, and forensic techniques. 4thed. BocaRaton, 2006.
 21. Sokol V.Yu. Kriminalistika v Germanii: ponyatie, sistema, perspektivy [Criminology in Germany: concept, system, prospects]. Krasnodar, 2010. 258 c. (In Russ)

CONCEPT AND TECHNOLOGY OF CRIMINALISTIC RECOGNITION OF SUICIDE

L.V. Bertovsky¹, I.V. Glazunova², I.V. Maslov³

¹Russian Peoples' Friendship University, Moscow, Russia; bgl1980@yandex.ru

²Institute of State and Law of The Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia; State University of Management, Moscow, Russia; ginesa@mail.ru

³Institute of Economics and Culture? Moscow, Russia; igormaslov@rambler.ru

Abstract:

The aim of the study is to examine the possible directions of integration of the sciences of criminology and suicidology in the recognition of suicide. Material and methods: a systematic analysis of the theoretical foundations of suicide detection in forensic science was carried out. Empirical material archives of investigative units, as well as special literature and the media were used. Results: Based on the provisions of the doctrine of forensic recognition, the idea of creating a technology for obtaining criminal-relevant information, that is not available for direct perception, is proposed through the construction of mental models based on trace information detected at the scene of the incident. The practical examples demonstrate the difficulty of determining the subjective side of a suicidal act by using the existing methods of criminal procedural knowledge. A classification of mental models of suicide and tactical combinations for the recognition of suicide are proposed. Inevitable risks and assumptions in building models are marked. Conclusion. The authors have offered the definition of the content of the terms "forensic recognition" and "forensic recognition of suicide"; structure of the theory of forensic recognition; recommendations for a single tactical operation to identify homicides, suicides and accidents.

Keywords: suicide, forensics, suicidology, forensic recognition, interdisciplinary research

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Бертовский Л.В., Глазунова И.В., Маслов И.В. Понятие и технология криминалистического распознавания самоубийства. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 105-111. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-105-111

For citation: Bertovsky L.V., Glazunova I.V., Maslov I.V. Concept and technology of criminalistic recognition of suicide. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 105-111. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-105-111

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) и международную систему цитирования Web of Science (ESCI). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале подразумевает его согласие на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается развернутое резюме объемом до 400 слов, ключевые слова. В реферате дается описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели.

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

Для каждого автора целесообразно указать:

- a) SPIN-код в [elibrary](http://elibrary.ru) (формат: XXXX-XXXX),
- b) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),

в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

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

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

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

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

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются рецензентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

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

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru и письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».