

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)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Sacchiaroni, профессор
(Италия)
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

- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
Интернет и самоповреждения подростков:
кто виноват – что делать 3
- Н.Б. Семёнова*
Предпосылки суицидального поведения у детей
и подростков коренных народов Сибири:
когнитивные факторы риска (Часть II) 19
- А.В. Меринов, К.В. Полкова, О.В. Казаева,
К.Е. Стаферова, Н.А. Меринов*
Суицидологическая характеристика
систематически курящих молодых людей обоого
пола 32
- А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко,
Ф.В. Орлов, Е.С. Деомидов*
Самоубийства среди врачей и медицинских
работников: Обзор литературы 42
- А.В. Диденко, О.М. Писарев,
М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина*
Особенности суицидального (аутоагрессивного)
поведения у осужденных с расстройствами
личности в период отбывания наказания
в местах лишения свободы 59
- В.В. Руженкова*
Клиническая структура психических расстройств
и особенности реагирования на учебный стресс
лиц юношеского возраста с суицидальным
поведением в анамнезе 74
- Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Б.С. Положий,
С.А. Игумнов, А.Л. Игонин, А.Д. Шустов*
Суицидальное поведение как маркер
прогредиентности алкогольной зависимости
у лиц с пограничным расстройством личности 87
- П.Б. Зотов, Е.Б. Любов,
В.А. Розанов, А.А. Севастьянов*
Суицидология в подготовке медицинского
профессионала: междисциплинарный подход 93
- И.В. Лысак*
Ритуальные самоубийства старообрядцев
в России как проявление народной
религиозности 102

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)

Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)

Jyrki Korkeila, Ph.D., prof.
(Finland)

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)

Ilkka Henrik Mäkinen, Ph.D., prof.
(Sweden)

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)

William Alex Pridemore, Ph.D.,
prof. (USA)

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)

Marco Sarchiapone, M.D., prof.
(Italy)

N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)

A.V. Semke, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)

Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)

V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)

Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof.
(Poland)

V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
(Ufa, Russia)

L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
(Dnipropetrovsk, Ukraine)

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
E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 112

Contents

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Internet and self-harm of teenagers:
whose fault is that and what can be done 3

N.B. Semenova
Prerequisites of suicidal behavior in children and adolescents
of indigenous peoples of Siberia: cognitive risk factors (Part II) .. 19

*A.V. Merinov, K.V. Polkova, O.V. Kazaeva,
K.E. Staferova, N.L. Merinov*
Suicidological characterization of systematically smoking
young people of both genders32

*A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
F.V. Orlov, E.S. Deomidov*
Suicides among doctors and health care workers:
review of literature 42

A.V. Didenko, O.M. Pisarev, M.M. Aksenov, O.E. Perchatkina
Features of suicidal behavior of convicts with personality
disorders in places of confinement 59

V.V. Ruzhenkova
Clinical structure of mental disorders and characteristics
of response to educational stress of young people with suicidal
behavior in the anamnesis 74

*T.V. Klimenko, A.A. Kozlov, B.S. Polozhy,
S.A. Igumnov, A.L. Igonin, A.D. Shustov*
Suicidal behavior as a marker of progression of alcohol
addiction in persons with a personality disorder 87

P.B. Zotov, E.B. Lyubov, V.A. Rozanov, A.A. Sevastianov
Suicidology in preparation of a medical professional:
interdisciplinary approach93

I.V. Lysak
Ritual suicide among old believers in Russia as a display
of popular religiousness 102

Information 112

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>
Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>
<http://globalf5.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 № 195. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 21.11.2019 г. Цена свободная

ИНТЕРНЕТ И САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: КТО ВИНОВАТ – ЧТО ДЕЛАТЬ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

INTERNET AND SELF-HARM OF TEENAGERS: WHOSE FAULT IS THAT AND WHAT CAN BE DONE

E.B. Lyubov Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia

P.B. Zotov Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

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 медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7(495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.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: +7(3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Contact Information:

Lyubov Evgeny Borisovich – Doctor of Medical Sciences, Professor (SPIN-code: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Place of work and position: Chief Researcher, Clinical and Preventive Suicidology Division, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: Russia, 107076, Moscow, 3/10 Poteshnaya str. Phone: +7(495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – Doctor of Medical Sciences, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Specialist of the Center for Suicidal Prevention of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Tyumen region, r.p. Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

В обзоре литературы показана связь самоповреждающего поведения и использования интернета. Использование Сети резко возросло, став неотъемлемой частью повседневной жизни в мире. Интернет в развитых странах охватывает все социальные, возрастные, этнические и клинические группы. Подростковый возраст отличается подражательным рискованным поведением. Подростки с самоповреждающим поведением активнее в социальных сетях. Длительное время пребывания в социальных сетях ведёт к психологическому дистрессу, неудовлетворённостью психическим здоровьем, риску суицидального поведения. Надлежащее или ограниченное использование интернета полезно, но чрезмерное или неконтролируемое – связано с дезадаптивными проблемами. Интернет неоднозначно влияет на благополучие подростков в виде социальной поддержки наряду с вредными последствиями киберзапугивания. Подростки используют социальные сети для поиска помощи и поддержки в кризисных состояниях, другие сталкиваются с вредоносными советами, что увеличивает риск самоповреждений. Интернет-вмешательства обеспечивают доступ к научно обоснованной информации, инструментам самопомощи, профессиональному консультированию и могут помочь в целевых группах, уклоняющихся от традиционного лечения. Интерес к потенциалу пагубного и благоприятного влияния социальных сетей / интернета на самоповреждающее поведение растёт, но взаимосвязь, если таковая есть, неясна и сложнее дихотомии «хороший» или «плохой» интернет. Необходима дальнейшая длительная оценка.

Ключевые слова: интернет, суицидальное поведение, несуйцидальное самоповреждение, подростки, риски, триггеры, мониторинг, оценка, социальные сети, онлайн-вмешательства

Легко ли быть молодым. Каждый третий землянин родился в XXI веке (эпоха глобализации и постмодернизма). Подростки¹ (зрелость отодвинута до 35 лет) норовят поспеть всюду и сразу, ждут от жизни непрерывного праздника (когда же ещё), легко вписываются в компанию таких же «особых», перенимая рискованное (самоповреждающее) поведение [1].

Подростки в Сети. В 2010 г. интернетом в России пользовались 43 млн человек, к середине 2018 г. – 90 млн (>80% населения). По данным Потребительского барометра Google, 95% россиян – владеют мобильными телефонами (смартфонами), более 80% в Сети ежедневно, особо до 35 лет. Поколение Z (центениалы, «цифровые человеки») дружит с гаджетами с колыбели. По опросу Фонда «Общественное мнение», уже пять лет назад (2015 г.) 90% детей старше 6 лет пользовались социальными сетями, вернее – живут в Сети. За 2006-2010 гг. число российских подростков, проводящих за компьютером ≥ 3х часов в день, увеличилось вчетверо (до 22%). К 2018 г. > ½ (56%) детей постоянно в Сети, среди них 70% подростков 14-16 лет: более сверстников в Европе (по материалам сайта kaspersky.ru). Итак, часть подростков опутана Сетями и прикована к смартфонам, страдая и не страдая от привычного бремени.

Всепроникающий, «великий и ужасный» интернет означает новые вызовы перед самыми активными его потребителями, их близкими, профессионалами и обществом в целом.

Сеть и намеренное самоповреждающее поведение. В поперечных онлайн-опросах у «пользователей» интернета выше риск социальной тревоги, депрессии и суицидального поведения (СП) [2, 3] и социальных сетей [4], особо при стремлении к виртуальному идеалу [5].

«Целенаправленная и неограниченная» реклама социальных сетей повышает риск несуицидальных самоповреждений (НС) и СП [6], чем озабочена и ВОЗ, выделяющая «безответственные» сообщения интернета, ставшего главным источником информации о самоубийствах [7].

Среди опрошенных по телефону и онлайн более 700 подростков и молодых 14-24 лет [8] почти 60% – осведомлены о самоубийствах из онлайн - источников, хотя большинство (до 80%) – из традиционных (газеты, близкие и друзья).

Четверть (23%) НС и СП англичан до 25 лет последовала за посещением Сети [9]. Подростки с риском НС активнее в социальных сетях, чем их сверстники без такого [10, 11, 12]. Структурированный, по «Перечню утверждений о НС» [12], опрос 90 больничных пациентов 12-17 лет в США [13] выявил бóльший интерес к НС в социальных сетях, повышает их риск, чаще самопорезов (> 80% участников),

Is it really easy to be young? Every third earthling was born in the twenty-first century (the era of globalization and postmodernism). With maturity pushed back to 35 years of age, adolescents strive to keep up every bit right away, expect life to be a continuous holiday (when else), easily fit into the company of the same “special” ones adopting risky (self-damaging) behavior [1].

Teens on the web. In 2010, around 43 million people used the Internet in Russia, and by the middle of 2018, 90 million, which makes up over 80% of the population. According to Google’s Consumer Barometer, 95% of Russians own mobile phones (smartphones), more than 80%, especially those younger 35, get online every day. Generation Z (centennials, “digital people”) are friends with gadgets since they were born. According to a survey of the Public Opinion Foundation, five years ago (2015) 90% of children over 6 used social networks, or rather, they actually lived on the Web. In 2006-2010, the number of Russian teenagers spending ≥ 3 hours a day at the computer increased fourfold (up to 22%). By 2018 > ½ (56%) of children are constantly online, among them 70% of teenagers aged 14-16: the numbers are higher than for their peers in Europe (based on materials from the site kaspersky.ru). So, some teenagers are entangled in Networks and chained to smartphones, suffering and not suffering from the usual burden.

The all-pervasive, “great and terrible” Internet suggests new challenges to its most active consumers, their loved ones, professionals and society as a whole.

The Global Network and intentional self-harming behavior. Cross-sectional online surveys of Internet users have a higher risk of social anxiety, depression, and suicidal behavior (SP) [2, 3] and social networks [4] especially in pursuit of a virtual ideal [5].

“Targeted and unlimited” advertising of social networks increases the risk of non-suicidal self-harm (NSSH) and suicidal behavior (SB) [6], which is also a concern for WHO, that marks “irresponsible” messages from the Internet as the main source of information about suicides [7].

Among those interviewed by telephone and online, more than 700 teenagers and young people aged 14-24 [8], almost 60% learn about suicides from online sources, although majority (up to 80%) still get to know about this from traditional sources (newspapers, relatives and friends).

A quarter (23%) of NSSH and SB among the British under-25-year-olds happened after getting online [9]. Adolescents with a risk of NSSH are more active in social networks than their peers without self-harming behaviors [10, 11, 12]. Structured according to the “List of allegations about NSSH” [12], a survey of 90 hospital patients aged 12-17 in the USA [13] revealed a

¹ В Российской Федерации верхняя граница подросткового возраста – 17 лет.

причём 90% респондентов одобряли НС до его совершения [14]. В поперечном исследовании около 400 тайваньских школяров 13-18 лет [15] при вдвое бóльшей частоте НС дев, интенсивное общение в Сети увеличило риск НС именно юношей.

Опросы выделяют особую группу «особенных» априори подростков.

В наблюдательном исследовании [16] публично-го профиля ½ (47%) из 64 потенциально суицидальных комментариев исходит от подростков 13-17 лет с 2-1000 (!) знакомцами. У ½ из них контекст СП не ясен, но у ¼ конфликтные отношения, в более 15% – их разрыв. Лишь 5% отмечают корнем проблем некий душевный недуг.

Каждый четвертый из более 750 канадских школьников 7-12 классов [17] ежедневно посещал сайты социальных сетей, особо (≥ 2 -х часов в день) – не удовлетворённые ($>25\%$ выборки) поддержкой психического здоровья, отметившие проблемы психики (почти 20%) или выраженный психологический дистресс (почти 25%) и суицидальные мысли (15%).

Опрос ВЦИОМ (2019) взрослых и подростков (14-17 лет): ½ респондентов полагает, что интерес подростков к «плохим» группам в соцсетях вызван их реальными проблемами, как конфликтами со сверстниками, так и отсутствием родительского контроля (по 30% ответов).

Особый научно-практический интерес вызывает изучение потенциально суицидоопасных содержания сообщений в социальных сетях.

В качественном анализе более 2700 постов (США), извлечённых по поисковым терминам «депрессия», «самоубийство», «самоповреждение» [18], самые частые темы (около 15%) пользователей 14-20 лет – ненависть к себе, одиночество, самоповреждение и самоубийство. Но в ½ постов консультации с другими пользователями / советы им, причём большей частью равнодушно полярные: 40% положительные / поддерживающие и 25% потенциально вредные.

В избранных 770 постах Twitter, Tumblr и Instagram, найденных по поисковому термину «самопорез» за полгода [19], около 60% сообщений о крови (почти 30%), порезах / шрамах (более 85%), орудиях самоповреждений (почти 40%). В ½ «режущих» сообщений низкая самооценка «Я» (более 80%), внешнего вида (55%). Депрессия упомянута в ¾ «постов о самопорезах», в 40% – тяга к «худому идеалу», в 20% – тревога. Лишь каждый десятый пост не одобрял самоповреждений, двадцатый – обсуждал неформальные ресурсы помощи, впятеро реже – профессиональные возможности восстановления.

Показателен анализ содержания 100 наиболее просматриваемых (у 80% доступ не ограничен возрастом) видео в YouTube, согласно поисковому слову «самоповреждение» [20]. Фактический средний возраст скачивающих менее 14 лет при указанных 25

greater interest to NSSH in social networks that increases the risk of taking corresponding actions, more often self-cuts ($> 80\%$ of participants), and 90% of respondents approved the NSSH before its completion [14]. A cross-sectional study of about 400 Taiwanese schoolchildren aged 13-18 [15] discovered that the frequency of NSSH is twice as high in females, however, intensive communication on the Web tend to increase the risk of NSSH in young males.

Surveys highlight a special group of “special” a priori adolescents.

In a public observational study [16], ½ (47%) of 64 potentially suicidal comments comes from adolescents aged 13-17 with 2-1000 (!) sign-ups. The context of their SB is unclear, but ¼ indicates conflicting relations, with their break-up in more than 15% cases. Only 5% say that the root of their problem is some kind of mental illness.

One in four of more than 750 Canadian students in 7-12 grades [17] visited social networking sites every day, especially (≥ 2 hours a day) those who were unsatisfied ($>25\%$ of the sample) with mental health support, noted mental problems (almost 20%), severe psychological distress (almost 25%) or suicidal thoughts (15%).

Similar to the overseas research All-Russian Public Opinion Research Center ran a survey (2019) of adults and adolescents (14-17 y.o.) with the following results obtained: ½ respondents believe that adolescents' interest in “dangerous” groups in social networks is caused by their real-life problems, like conflicts with peers and lack of parental control (according to 30% of responses).

The study of the potentially suicidal contents of messages in social networks has particular scientific and practical interest.

In a qualitative analysis of more than 2,700 posted messages (USA) found through the key words search of “depression”, “suicide”, “self-harm” [18], the most frequent topics (about 15%) of users aged 14–20 are self-hatred, loneliness, self-harm and suicide. BUT at least ½ of replies with consultations or advice were not indifferent: 40% positive and/or supportive and 25% potentially harmful.

In selected during half a year 770 Twitter, Tumblr, and Instagram posts found using the key word “self-cutting” [19], about 60% contained reports on blood (almost 30%), cuts/scars (more than 85%), self-harm tools (almost 40%). Around ½ “cutting” messages refers to low self-esteem (more than 80%) and negative attitude towards appearance (55%). Depression is mentioned in ¾ “self-cutting posts”, 40% mentions a strive for a “skinny ideal”, and 20% depict anxiety. Only one in ten posts did not approve of self-harm, one in twenty discussed informal resources of assistance, and professional opportunities for restoration were mentioned even five times less frequently.

We found significant the results of the analysis of the content of the 100 most watched vide-

годах в профиле, почти все (95%) – девы. Менее 10% (7%) видео приветствовали НС при ¼ (23%) ободряющих, но ½ (51%) меланхолична по тональности. Самопорезы, самый частый способ НС, в 65% видео, чаще (70%) рук.

Отечественное поперечное исследование оценило связь частоты сообщений социальной сети «ВКонтакте» с НС [21].

Обратимся к клиническим подгруппам подростков. При опросе почти 1200 взрослых, 315 детей и подростков 8-18 лет, пациентов психиатрической больницы, у 8 и 26% (или втрое чаще) соответственно показана связь интернета с СП (намерение суицида по шкале Бека) вне социально-демографических и клинических характеристик [9]. Почти у ½ подростков самоповреждения повторные, но неизвестно влияние Сети на прошлый опыт НС. Клиницисты (фокус группа) полагали уместным спрашивать о пользовании интернетом при психосоциальной оценке.

Не столь однозначен полуструктурированный опрос 23 подростков 13-20 лет, лечащихся от депрессии в США [22], среди коих все без одного – пользователи социальных сетей, а 18 – в Сети неоднократно в день: обмен опытом рискованного поведения как курения, пьянства, драк, провокативных одежды и фото, самоповреждений, беспорядочного питания побуждали подражать и развивать негативные навыки совладания, НО улучшают настроение развлекательные или юмористические материалы, общение с приятелями. Некоторые искали поддержки у страдающих депрессией и / или с СП. Кто-то с отвращением отключался от социальных сетей, но иные пытались помочь авторам «стрессогенных постов».

Сеть: новые риски.

Зависимость от интернета (патологическое использование) включена нозографической единицей в *DSM-V* (2013). Согласно докладу ВОЗ, подростковая интернет зависимость – общая проблема общественного здравоохранения [23], и Россия не исключение.

В Китае её частота у подростков 8-26,5% [24]. Почти 30% китайских подростков – умеренные пользователи интернета и у 2% тяжелая сетевая зависимость, а доля зависимых растёт [25]. Частота зависимости от интернета подростков в США до 25% [26]; в Европе – 8-37% [27]. Разница данных связана с размерами и характеристиками выборок (пол, возраст) и критериями зависимости. Интернет - зависимость связана с значительными функциональными и психосоциальными нарушениями (социальная изоляция, психические расстройства и СП) [28].

Хотя подлежащий механизм связи интернет зависимости и СП неясен, личностные особенности зависимых сходны с таковыми при психических расстройствах [29]. Зависимость от интернета связана с бессонницей [30, 31], в свою очередь, суицидогенным фактором [32]. Причём тормозящий эффект се-

os on YouTube, according to the key word "self-harm" (80% access is not limited by age) [20]. The actual average age of those downloading is less than 14, even though their profiles indicated 25, almost all (95%) are females. Less than 10% (7%) of the videos approved of self-harm, ¼ (23%) were encouraging, but ½ (51%) were melancholic in tone. Self-cutting, the most frequent method of NSSH, was mentioned in 65% of the video, mostly (70%) hands.

Domestic cross-sectional study evaluated the relationship between the frequency of messages of the social network "VKontakte" with the NSSH [21].

Let's turn to the clinical subgroups of adolescents. When interviewing nearly 1,200 adults, 315 children and adolescents 8-18 years old, patients in a psychiatric hospital, 8 and 26% (or three times more often), respectively, showed the connection of the Internet with the SB (intent on suicide on the Beck scale) outside of socio-demographic and clinical characteristics [9]. Almost ½ adolescents have repeated self-injuries, but the influence of the Network on past NSSH experience is not known. Clinicians (focus group) considered it appropriate to ask about using the Internet in a psychosocial assessment.

The results of a semi-structured survey of 23 teenagers aged 13–20 who were treated for depression in the USA [22] were not so straight. Among them all but one used social networks, and 18 went online more than once a day. While sharing experience of risky behavior such as smoking, binge drinking, getting into fights, wearing provocative clothes and photos, self-harming, malnutrition encouraged to imitate and develop negative coping skills, watching entertaining or humorous materials improved their moods and communication with friends. Some sought support from people with depression and / or SB. Someone disgustingly disconnected from social networks, but others tried to help the authors of "stressful posts."

The Net: new risks.

Internet addiction (pathological use) is included by the nosographic unit in *DSM-V* (2013). According to a WHO report, adolescent Internet addiction is a common public health problem [23], and Russia is no exception.

In China, its frequency among adolescents is 8–26.5% [24]. Almost 30% of Chinese teenagers are moderate Internet users and 2% have a heavy network addiction, and the number of addicts is growing [25]. The frequency of Internet addiction of adolescents in the USA is up to 25% [26]; in Europe it is 8-37% [27].

The difference in data is related to the size and characteristics of the samples (gender, age) and criteria for addiction. Internet addiction is associated with significant functional and psychosocial impairments (such as social exclusion, mental disorders and SB) [28]. Although the underlying mechanism for linking Internet addiction and

ротониновой системы значим для СП и расстройств сна (ночные бдения у ПК зависимого, «никакого» на уроках). Показана взаимосвязь зависимости, депрессии, нарушений сна и «фасадного» СП [25].

Кибербуллинг (травля, оскорбления) бандой или одним злоумышленником [33] беззащитной жертвы посредством порочащих слухов, видеоматериалов (порой самим угнетаемым по недомыслию и предоставленным) до угроз. «Запугивание через электронные формы контакта» отличается от обычных издевательств: непосредственных, физических и/или словесных, так называемых реляционных (социальное исключение, «бойкот») или косвенных, как распространение порочащих слухов [34]. «Киберзапугиватели» анонимны (но обычно известны жертве как одноклассники), беспрепятственно и круглосуточно проникают в дом или следуют за жертвой; при удалении с сайта злонамеренные сообщения накапливаются. И «безобидная шутка» может иметь трагические последствия, коли ранит «наиболее уязвимое место» жертвы [35].

«Традиционные» школьные издевательства сопряжены с тревогой, депрессией, НС и / или СП [36-38]. Большинство (85%) жертв киберзапугивания подвержено и обычным издевательствам [39]. С «жесточкой радостью детей» отторгаются не такие как все.

Сайты социальных сетей предоставляют онлайн-платформу кибербуллингу особо подростков около 14 лет, не расстающихся с мобильными телефонами и сайтами [40]. Не менее 10-40% подростков страдают от кибербуллинга, а 10-20% признались в преследовании [41, 42]. Так, в систематическом обзоре [33] 15% из почти 120 тысяч участников 12,5-20 лет жаловались на киберзапугивание.

По данным Microsoft (2012), до ½ опрошенных российских детей и подростков 8-17 лет стали объектами травли. По этому показателю Россия заняла пятое место среди 25 государств. В исследовании ВОЗ (2013-14) среди 11-летних детей около 10% мальчиков и девочек сталкивались с травлей в сообщениях не менее 2-3-х раз в месяц: самый высокий показатель среди 42 стран (средний – 3-4%). Отечественное исследование (2012) сходно: каждый десятый школьник страдает от травли в Сети (в Европе – 6%) [цит. по 43].

Случаи киберзапугивания с последующими резонансными самоубийствами (имена жертв стали нарицательными), кластерных суицидов [см, например, 43], предположили взаимосвязь интернета, НС и СП. Постоянная и всепроникающая кибервиктимизация повышает риск депрессии, безнадёжности, злоупотребления ПАВ и «результатирующего» СП как жертв [41, 44-46], так и, рикошетом, преступников [41, 47, 48]. Кибербуллинг повышает риск суицидальных мыслей жертв втрое против двукратного – при традиционных издевательствах [49].

SB is unclear, the personality traits of addicts are similar to those for mental disorders [29].

Addiction to the Internet is associated with insomnia [30, 31], and through that with the suicidal factor [32], as the inhibitory effect of the serotonin system is significant for SB and sleep disorders (night vigilance in a PC addict leads to feeling bad in the classroom). The relationship of addiction, depression, sleep disturbances and “facade” SB [25] was depicted.

Cyberbullying (bullying, insulting) by a gang or one attacker [33] of a defenseless victim through defamatory rumors, video materials (sometimes provided by the victim herself) to threats. “Intimidation through electronic contact forms” differs from ordinary bullying: direct, physical and / or verbal, the so-called relational (social exclusion, “boycott”) or indirect, such as the spread of defamatory rumors [34]. The “cyber intimidators” are anonymous (but usually known to the victim as classmates), freely and round-the-clock penetrate the house or follow the victim; when deleted from the website, malicious messages accumulate.

And a “harmless joke” can have tragic consequences if the victim’s “most vulnerable spot” is wounded [35].

“Traditional” school bullying is associated with anxiety, depression, NSSN and / or SB [36-38]. The majority (85%) of cyberbullying victims are also subject to ordinary bullying [39]. “The cruel joy of children” rejects anyone who is different.

Social networking sites provide an online platform for cyberbullying especially for teenagers about 14 years of age who never part with their mobile phones and social media [40]. At least 10–40% of adolescents suffer from cyberbullying, and 10–20% admitted to being harassed [41, 42]. Thus, in a systematic review [33] 15% of almost 120 thousand participants aged 12,5-20 complained of cyberbullying.

According to Microsoft (2012), up to ½ of the surveyed Russian children and adolescents aged 8-17 were subject to cyber bullying. This ranks Russia fifth among 25 countries. In a WHO study (2013-14) among 11-year-olds, about 10% of boys and girls reported having been harassed at least 2-3 times a month, which makes it the highest rate among 42 countries (the average rate is 3-4%). Domestic research (2012) brings similar results: every tenth student suffers from bullying on the Web (in Europe - 6%) [cit. to 43].

Cases of cyberbullying followed by resonant suicides (the names of the victims became common names), cluster suicides [see, for example, 43], suggested the interconnection of the Internet, NSSH and SB. Constant and pervasive cyber-victimization increases the risk of depression, hopelessness, abuse of surfactants and the “resulting” SB both among the victims [41, 44-46], and the bullies [41,47,48]. Cyber-bullying increases

Жертвы киберзапугивания реже сообщают о нём и ищут помощи, чем при традиционном преследовании [50, 51], что более на виду, а малолетние россияне ещё менее охотно открываются родителям, чем в Европе [цит. 43].

Систематические обзоры [6, 40, 45, 49] подтвердили связь киберзапугивания и самоповреждающего поведения. В 20 из 26 исследований обзора [33] положительна связь киберзапугивания (виктимизация или преступление) и НС и СП. В обзоре [6] в 19 статьях (почти 120 тыс. участников) отрицательное влияние Сети на самоповреждения, но в не столь представительных 15 (менее 40 тыс.) – положительный и в 17 (35 тыс.) – возможны смешанные эффекты.

Депрессия опосредует связь между кибервиктимизацией и попытками самоубийства дев, но злоумышление – прямой предиктор попыток самоубийства юношей [52]. У жертв киберпреследования вероятность самоповреждений в 2,35 раза, СП – в 2,1, суицидальных мыслей – в 2,15 и суицида – в 2,6 раз выше. У «преследователей» в 1,2 раза более шансов на СП и в 1,2 – испытать суицидальные мысли, чем не совершивших такого преступления [49]. Результаты сопоставимы с следствиями «обычной» травли [53].

Ряд потенциально суицидогенных рисков погруженности в Сеть ширится [43, 54], и виртуальные вызовы столь же неисчерпаемы, как сама жизнь. Злоумышленники через социальные сети вовлекают подростков в сексуальную эксплуатацию [55]; проаноректические сайты внушают «худой идеал» образа тела [56].

Просуицидные сайты привлекают особо одиноких и восприимчивых [6, 57, 58], «нормализацией» СП, сведениями о способах суицидов и способствуют суицидальным пактам. Возможна и некая положительная роль «суицидальных» веб-сайтов [59] при «парадоксальном» стимуле к поиску помощи [6]. Внимание привлечено к роли графических изображений [60] и видео [61] на популярных веб-сайтах в риске НС. Продолжено изучение новых интернет сред как влияния азартных игр на СП и НС [62].

В новейшем (2019) обзоре [63], объединившем почти 350 тыс. подростков до 19 лет, выявлена независимая прямая связь «проблематичного» использования социальных медиа / интернета и риска суицидальных попыток в семи из девяти независимых исследований, но учёт кибербуллинга и расстройств сна ослабляет связь. Возможно, умеренное использование Сети играет защитную (антикризисную) роль.

Сеть: ожидание пользы.

Возраст-специфическая антикризисная помощь.

Психически больные подростки и не только [64], совершающие НС (особо повторные) активно избегают профессиональной помощи и более, чем подростки в целом [65] в связи со стигмой и боязнью

the risk of suicidal thoughts of victims three-fold against two-fold of traditional bullying [49].

Cyberbullying victims report it less often and seek help more rarely than with the traditional bullying [50, 51] that is more visible, and young Russians are even less willing to reveal to their parents than in Europe [cit. 43].

Systematic reviews [6, 40, 45, 49] confirmed the correlation between cyberbullying and self-harming behavior. In 20 of the 26 studies of the review [33], there was a positive connection between cyberbullying (victims or bullies) and the NSSH and the SB. The review [6] provides results of 19 articles (almost 120 thousand participants) reporting negative impact of the Network on self-harm. Other 15 articles (less than 40 thousand) inform on positive impact and other 17 (35 thousand) inform on mixed effects.

Depression mediates the connection between cybervictimization and self-murder attempts among females, but malevolence is a direct predictor of youth suicide attempts [52]. Victims of cyber-harassment have a 2.35-fold probability of self-harm, SB - 2.1 times, suicidal thoughts - 2.15 times, and suicide - 2.6 times higher. The “pursuers” have 1.2 times more chances for SB and 1.2 times have suicidal thoughts than those who did not commit such a crime [49]. The results are comparable with the consequences of “ordinary” bullying [53].

A number of potentially suicidogenic risks of network involvement are widening [43, 54], and virtual challenges are as inexhaustible as life itself.

Attackers, through social networks, engage teenagers in sexual exploitation [55]; proanorectic sites inspire a “bad ideal” of the image of the body [56]. Prosuicide sites attract particularly lonely and susceptible [6, 57, 58], “normalization” of the joint venture, information about the methods of suicide and contribute to suicidal pacts. A certain positive role of “suicidal” websites [59] is also possible with a “paradoxical” incentive to seek help [6]. Attention is drawn to the role of graphic images [60] and video [61] on popular websites at the risk of NSSH. The study of new Internet environments as the impact of gambling on SBs and NSSHs is continued [62].

The latest (2019) review [63] that brought together nearly 350 thousand adolescents up to 19 years of age, revealed an independent, direct connection between the “problematic” use of social media / Internet and the risk of suicidal attempts in seven out of nine independent studies, but taking into account cyberbullying and sleep disorders weakens communication. Perhaps moderate use of the Network plays a protective (anti-crisis) role.

Network: Waiting for Good.

Age-specific anti-crisis assistance. Mentally ill teenagers and not only [64] who commit NSSH (especially repetitive ones) actively shy away from professional help more than adoles-

открыться родителям, приятелям и специалистам [66]. Препятствия для поиска помощи депрессивных объяснимы малой осведомленностью и бдительностью в области психического здоровья, стыдом и стигматизацией душевных недугов и помощи [67], депрессивными (суицидогенными) симптомами как безнадёжность и вина [32].

Подростки с НС в Сети ищут и находят неформальную поддержку [68, 69, 70], информацию о здоровье и нездоровье [69]. Наряду с известными и неизвестными рисками социальные сети обеспечивают подросткам чувство принадлежности при росте социального капитала, повышении самооценки, возможности самораскрытия [70].

При возможном риске обмена опытом НС, открыт новый горизонт лечебных мероприятий [71]. Ведь почти все (до 95%) подростки и молодые суициденты предпочитают формат «технологичных» вмешательств личному контакту [72, 73]. Интернет-вмешательства улучшают доступность и привлекательность помощи подросткам (депрессивным) [74], всё более – посредством смартфонов и приложений для мониторинга и лечения.

Заманчива «зетам» психосоциальная терапия «новой волны» с погружением в виртуальную реальность: компьютеризированные когнитивные тренинги как «Аватар», «TemStem» при помощи психиатра. Пациент обретет навыки управления психическим расстройством и её симптомами (как СП, импульсивности), осмысленной жизнью согласно концепции личностно-социального восстановления.

Вслед доказательств действенности и затратной эффективности онлайн помощи депрессивным детям и подросткам [75] обнадёживают результаты лечения школьников группы риска с суицидальными мыслями, выражающими безнадёжность и иные депрессивные симптомы [76]. Однако онлайн-обращение за психиатрической помощью может вызвать негативную реакцию всеведущих сверстников [77]. Необходима мотивация (и не только подростков) продолжения терапии и на успех. Онлайн лечение депрессии уменьшает симптомы, но при малом уровне образования (как у школьников) – выше риск её усиления [78], возможно, и СП.

Интернет-психообразование направлено на дестигматизацию («дедемонизацию») психических расстройств и сопряженного СП, улучшая доступность антикризисной помощи [79, 80]. Школьные программы следует направить на адекватное реагирование на стрессогенные посты в социальных сетях и «цифровое гражданство» [81-83]. Пока же в российских школах уделяют меньше внимания кибербуллингу, чем в других странах.

Вал видеоматериалов о самоповреждениях на YouTube, их просмотров и комментариев привело к разработке видеороликов с особым вниманием по-

cents in general public [65] due to stigma and fear of opening up to parents, nurses and specialists [66]. Obstacles to finding help for the depressed are explained by low awareness and vigilance in the field of mental health, shame and stigmatization of mental illnesses and help [67], and depressive (suicidogenic) symptoms like hopelessness and guilt [32].

Adolescents with NSSH on the Web seek and find informal support [68, 69, 70], information about health and unhealth [69]. Along with known and unknown risks, social networks provide adolescents with a sense of belonging with an increase in social capital, increased self-esteem, and the possibility of self-disclosure [70].

At a possible risk of sharing experience of the National Assembly, a new horizon of therapeutic measures has been opened [71]. Indeed, almost all (up to 95%) adolescents and young suicides prefer the format of “technological” interventions to personal contact [72, 73]. Internet interventions improve the accessibility and attractiveness of help for (depressed) adolescents [74], more and more through smartphones and monitoring and treatment applications.

The “Zetas” are seduced by the “new wave” psychosocial therapy with immersion in virtual reality: computerized cognitive trainings like “Avatar”, “TemStem” with the help of a psychiatrist. The patient will gain the skills to manage a mental disorder and its symptoms (such as SB, impulsiveness), a meaningful life according to the concept of personality-social recovery.

Following evidence of the efficacy and cost-effectiveness of online care for depressed children and adolescents [75], the treatment results for high-risk schoolchildren with suicidal thoughts expressing hopelessness and other depressive symptoms are encouraging [76]. However, online referral for psychiatric help can cause negative reaction from knowledgeable peers [77]. Motivation (and not only for adolescents) is required to continue therapy and to succeed. Online treatment for depression reduces symptoms, but with a low level of education (like schoolchildren), the risk of it increases, presumably SB does as well [76].

Internet psycho-education is aimed at destigmatization (“de-demonization”) of mental disorders and associated SB, improving the availability of anti-crisis assistance [79, 80]. School programs should be directed to an adequate response to stressful posts on social networks and “digital citizenship” [81-83]. In the meantime, Russian schools pay less attention to cyberbullying than in other countries.

The prevalence of videos about self-harm on YouTube, their views and comments led to the development of videos with special attention to help and restoration [61].

мощи и восстановлению [61]. Пользователям и модераторам сайтов предложено избегать указаний деталей НС и СП и предупреждать о графическом содержании на веб-страницах [81]. В Австралии просуицидальные сайты запрещены более 10 лет назад. Крупные социальные сети (как Instagram, Facebook) проводят ограничительную политику в отношении сообщений о самоповреждениях, не доступных для поиска, запрещённых или содержащих ссылки на ресурсы по консультированию и профилактике [84]. Американский стартап Securly контролирует весь детский трафик. Доступ на «неправильные» сайты закрыт.

... А в Ставропольском крае 60 любознательных подростков, посещавших «опасные сайты», навестили на дому сотрудники МВД (март 2019).

Отечественные антисуицидальные сайты, открывающиеся по ключевым словам «суицид, лечение, профилактика» в Яндекс и Гугле, не обращены целенаправленно к подросткам. Затруднено самотестирование суицидального риска, невозможна онлайн консультация специалиста; мало задействованы обученные добровольцы.

Профессионалы недооценивают интернет как инструмент психиатрического ликбеза [61] и неловко взаимодействуют с подростками в онлайн-среде [85]. Онлайн-вмешательства следует распространить на разные группы подростков с риском самоповреждений. Так, в гипотетической пока целостной многоуровневом лечебно-профилактическом «антибуллинговом» протоколе учтут потребности жертв и нередко тесно связанных с ними мучителей [33]: кибервиктимизация побуждает к посещению просуицидных сайтов [86]; семья смягчает психиатрические последствия киберзапугивания [87]. Защитные (антисуицидальные) факторы включают и аспекты жизнестойкости, как внутренний локус контроля и самооценку [88]. Родителей «зетов» зовут цифровыми иммигрантами, уходящими свидетелями эры Доинтернета», но им и учителям нужно быть бдительными и осведомленными об онлайн-активности их подопечных, рисках Сети; следует закрыть доступ к опасным сайтам и обучить безопасному пользованию Сети при неизменной поддержке близких. В школе киберзапугивание не дисциплинарная проблема, но возможность поддержки о обучения уязвимых в «классах жизнестойкости». Может и должен быть улучшен доступ к антикризисной помощи представителей уязвимых и / или дискриминированных групп селян, ЛГБТ сообщества или страдающих расстройствами пищевого поведения, маломобильных инвалидов; открыто и поле их изучения.

Страдающие психическими расстройствами, зарегистрированные и / или уклоняющиеся от помощи, пользуются интернетом не менее (более?) часто, чем население в целом [89, 90]. «Чрезмерное»

Users and moderators of sites are encouraged to avoid providing details of NSSH and SB and to warn about graphic content on web pages [81]. In Australia, suicidal sites were banned over 10 years ago. Large social networks (such as Instagram, Facebook) have restrictive policies regarding messages about self-harm, not searchable, prohibited or containing links to counseling and prevention resources [84]. The American startup Securly controls traffic from children. Access to the "wrong" sites is closed.

... And in the Stavropol region 60 curious teenagers who entered "dangerous sites" were visited at home by officers of the Ministry of Internal Affairs (March 2019).

Domestic anti-suicide sites that open with the keywords "suicide, treatment, prevention" in Yandex and Google are not targeted for teenagers. Self-testing of suicidal risk is difficult; online specialist consultation is not possible; trained volunteers are little involved.

Professionals underestimate the Internet as a tool for psychiatric educational program [61] and interact with adolescents in an online environment awkwardly [85]. Online interventions should be extended to different groups of adolescents at risk of self-harm. So, in a hypothetical yet holistic multilevel treatment and prophylactic "anti-bullying" protocol, they will take into account the needs of victims and the often-very closely connected tormentors [33]: cyber victimization encourages visits to prosuicide sites [86]; the family mitigates the psychiatric consequences of cyberbullying [87]. Protective (antisuicidal) factors also include aspects of vitality, such as the internal locus of control and self-esteem [88]. The parents of the "zetans" are called digital immigrants who are witnesses of the Internet era, but they and teachers need to be vigilant and aware of the online activities of the young, about the network risks; the access to dangerous sites should be blocked and children must be taught the safe use of the Network with the continued support of loved ones. At school, cyberbullying is not a disciplinary problem, but the possibility of support about educating the vulnerable in "life-sustaining classes".

Access to anti-crisis assistance must be improved for representatives of vulnerable and/or discriminated groups of villagers, LGBT people or people with eating disorders, people with limited mobility; it should be an open field of study.

People suffering from mental disorders, registered and/or avoiding help, use the Internet no less (or possibly even more) than the general population [89, 90]. "Excessive" online communication in social networks leads to the risk of NSSH and SB [for example, 46], but the connection between deepening in social networks and

онлайн-общение в социальных сетях ведёт к риску НС и СП [например, 46], но связь углубления в социальные сети и суицидогенных психических недугов, возможно, «двунаправленна» [91].

Перспективно обращение к представителям малых народов (Севера и Дальнего Востока) с предоставлением учебного материала [92]. Увы, ряд регионов РФ (как Чукотский АО) со сверхвысокими уровнями суицидов малодоступен Сети.

В неоднородной подростковой группе риска НС и СП доступность, конфиденциальность онлайн-вмешательств многообещающи для обеспечения конфиденциальной и нестигматизирующей лечебно-профилактической помощью с привлечением неформальных ресурсов восстановления.

Ограничения исследований вытекают из предмета изучения и разнообразия методологии (позволяющего и широкий подход к пониманию темы). В систематических обзорах [33, 93] качество трети статей высокое, по критериям Daine et al. [6].

Среди суицидентов – случайно натолкнувшиеся, любопытствующие и прицельно искавшие информацию в Сети о новейших «надёжных и гуманных» способах ухода из жизни. Не «всё после этого – значит по причине этого» (суицид после прощального визита на форум). Так в своё время пытались связать тяжёлый рок с СП (жертвы слушали напоследок любимые записи часами). Неизвестно количество «передумавших» совершить НС или СП (прервавших попытку), благодаря Сети, как и «спасённых» спиртным, «идеальным адаптогеном».

Распространённость киберзапугивания (уровня повторения и намерений преступников), интернет-зависимости не уточнена. Не согласовано определение интернет-зависимости: от расстройства контроля импульсивности, уподобленного патологической азартной игре, до оценки функциональных нарушений (повседневной рутины), что видно по множеству нестандартизованных инструментов оценки [93].

Валидизированные вопросники редки при определении обычно неразличаемых (мало различимых и пересекающихся в практике) НС и СП подростков. Так, исследования онлайн-социальных сетей выделяют слова-маркеры НС или СП, но прогнозирование риска затруднено без стандартизированного подхода.

Не уточнён набор критериев интернет - зависимости, указывающих количество времени в Сети (покупки, игры), а не только в социальных тенетах. Распространённость последнего отражает мало изученные социальные факторы, стигму, толкования «неоднократно и с течением времени».

Излишне дихотомически разделять результаты изучения взаимосвязей Сети и самоповреждений на отрицательные и положительные, что показала серия вышеуказанных систематических анализов. Последним доступны лишь англоязычные источники (на

suicidogenic mental illness is possibly “bidirectional” [91].

A study of representatives of smaller nations (North and Far East) with the provision of educational material looks promising [92]. Alas, a number of regions in the Russian Federation (such as the Chukotka autonomous district) with ultrahigh levels of suicides are inaccessible to the Network.

In the heterogeneous adolescent risk group with NSSH and SB, the availability and confidentiality of online interventions are promising to provide confidential and non-stigmatizing treatment and prevention assistance involving informal recovery resources.

The limitations of research stem from the subject of study and the diversity of methodology (which allows a broad approach to understanding the topic). In systematic reviews [33, 93], the quality of a third of the articles is high, according to the criteria of Daine et al. [6].

Among the suicide attempters there are those who accidentally stumbled upon the topic online, curious and who were searching for information on the Web about the latest “reliable and humane” ways to escape from life. Not “everything after this means because of this” (suicide after a farewell visit to the forum). Like once they tried to find the correlation between hard rock with the SB (the victims listened to their favorite records for hours before taking their lives). It is not known how many “changed their minds” to make NSSH or an attempt (or aborted the attempt), due to the Internet, as well as those “saved” by alcohol, the “ideal adaptogen”.

The prevalence of cyberbullying (the level of repetition and intentions of criminals), the notion of Internet addiction are not specified. The definition of Internet addiction is not consistent: from impulsiveness control disorder that is likened to pathological gambling to functional impairment (daily routine), as seen in many non-standardized assessment tools [93].

Validated questionnaires are rare in identifying usually not distinguishable (little distinguishable and overlapping in practice) NSSH and SB adolescents. So, studies of online social networks highlight the words marker NSSH or SB, but risk prediction is difficult without a standardized approach. The set of criteria for Internet addiction is not specified, indicating the amount of time on the Web (purchases, games), and not just social networks. The prevalence of the latter reflects poorly studied social factors, stigma, and the interpretation of “multiple times and too much time.”

It is unnecessarily dichotomous to separate the results of studies of the correlation between the Network and self-harm to simply negative and positive, as shown by a series of the above systematic analyzes. Only English sources are available to the latter (a note to domestic col-

заметку отечественным коллегам), поднимая вопрос о международной обобщаемости результатов.

Большинство исследований наблюдательные, и результаты склонны к смещению (например, экологической ошибке). В поперечных, обычно онлайн опросах и случай-контроль исследованиях, нельзя утверждать причинность и временной характер связей (если есть).

Количественные поперечные анализы обнаруживают исключительно негативное влияние Сети. При всех сомнениях, анализы интернет-зависимости наиболее однородны: количественные методы высокого и среднего качества в виде поперечных обследований школьников с проверенными критериями оценки результатов. Однако возможность обратной причинно-следственной связи (СП влияет на вовлечение в киберзапугивание) не учтена, но манипулирование уровнями воздействия киберзапугивания неэтично.

Возможно несоответствие сообщений участников и результатов или количественные данные не улавливают сложность проблемы. Выбор критериев оценки результатов может отражать ожидаемое влияние интернета, но не опыт отдельных лиц. Обмен опытом ИС в Сети полезен одним и вредоносен другим. Вебсайты позволяют создать и расширить круг (сеть) общения под своим или виртуальным образом с неоднозначными влияниями на здоровье посредством нормализации и подкрепления поведения. Выражение дистресса как крик о помощи побуждает вмешательство. Не всегда понятно, действуют ли изучаемые факторы как посредники (медиаторы) или модераторы дистресса или как долгосрочные последствия. Так, подростки с историей ИС скорее сообщают о дискомфорте онлайн-опроса о ИС, но он же заставляет нелишний раз задуматься о жизни [94].

Качественные исследования сообщают смешанные результаты. Ценность большей частью малоказательных анализов сомнительна при разнообразии подходов в сборе, анализе и интерпретации данных. Немногие (качественные) исследования опираются на самооценки, но респонденты склонны скрывать душевное неблагополучие и СП как стигматизируемое сверстниками [95]. Образцы использования социальных сетей основаны на неточных воспоминаниях.

Особые (психиатрические больничные) выборки «не типичны» для подростковой субпопуляции. Недостовверные профили респондентов (взамен приводятся усреднённые по всей армии пользователей) препятствуют распространению и обобщению результатов на всю возрастную группу. Так, юноши менее представлены, что типично лишь для выборок парасуцицидов. В зоне внимания школьники, а не бросившие учение (так называемые NEET, не учащиеся и не работающие, возможно, не по своей воле).

Оценка действенности (в РКИ) интернет - вмешательств в группах риска подростков не стандартна

(leagues), raising the question of the international generalizability of the results. Most studies are observational, and the results are prone to bias (e.g., environmental error). In cross-sectional, usually online surveys and case-control studies, causality and the temporal nature of relationships (if any) cannot be stated.

Quantitative cross-sectional analyzes reveal the exceptionally negative impact of the Web. With all doubts, analyses of Internet addiction are the most homogeneous: quantitative methods of high and medium quality in the form of cross-sectional surveys of schoolchildren with proven criteria for evaluating results. However, the possibility of reverse causal relationship (SB affects involvement in cyberbullying) has not been taken into account, but the manipulation of the levels of exposure to cyberbullying is unethical.

Perhaps the discrepancy between the participants' messages and the results or quantitative data do not capture the complexity of the problem. The selection of performance measurement criteria may reflect the expected impact of the Internet, but not the experience of individuals. The exchange of experience of NSSH on the Web is useful to one and harmful to others. Websites allow you to create and expand a circle (network) of communication under your own or virtual way with ambiguous effects on health through the normalization and reinforcement of behavior. Expressing distress as a cry for help prompts intervention. It is not always clear whether the studied factors act as mediators or moderators of distress, or as long-term consequences. So, adolescents with a history of the NSSH are more likely to report the discomfort of an online poll about the NSSH, but it will make one wonder about life [94].

Qualitative studies report mixed results. The value of mostly unproven analyzes is doubtful with a variety of approaches to the collection, analysis and interpretation of data. Few (qualitative) studies rely on self-evaluation, but respondents tend to hide emotional distress and SB as stigmatized by their peers [95]. Examples of the use of social networks are based on inaccurate memories.

Special (psychiatric hospitalized) samples are "not typical" for adolescent subpopulations. Unreliable profiles of respondents (instead, they give users averaged over the entire group) prevent the dissemination and generalization of the results for the entire age group. So, young men are less represented, which is typical only for samples of parasuicides. Schoolchildren are in the focus of attention, not those who quit studying (the so-called NEET, those who are not studying and not working, perhaps not willingly).

The assessment of the effectiveness of Internet interventions in adolescent risk groups is not standardized, the follow-up is short due to the control conditions in the waiting list. A sys-

зована, катанез короток из-за условий контроля в листе ожидания. Возможна систематическая ошибка при повторных опросах.

Обсуждение и выводы.

Доступность и привлекательность интернета лавинообразно растёт, и Сеть стала необходимой частью жизни землян. Интернет охватывает все социальные, возрастные, этнические, клинические группы населения. При этом в РФ низок уровень цифровой культуры, по рейтингу Microsoft. Россияне всех возрастов пока не справляются с защитой персональных данных, подвержены онлайн-рискам при малом умении извлекать из Сети пользу.

ВОЗ обеспокоена суицидогенной ролью интернета как «главного источника информации о самоубийствах» [7]. Социальные медиа и видео сайты служат средой, где подросток сталкивается с историями НС и СП и находящийся в кризисе, малолетний изгой может перенять порочный сценарий выхода из неразрешимой для него проблемы.

Подростковые психиатры должны в ходе рутинного опроса расспрашивать подопечных об использовании Сети, возможном опыте киберзапугивания и быть обучены его противодействию. Вовлечённым в киберзапугивание показана консультация психиатра на предмет раннего выявления депрессии, риска СП. Важно, чтобы «вахтеры» и обученные близкие поощряли обращение за помощью¹.

У Сети потенциально вредоносный и защитный (антисуицидальный) потенциал влияния на НС и СП (табл. 1).

Сеть для лечения психических расстройств (e-mental health) – перспективный подход преодоления географических и / или ситуационных барьеров профессиональной помощи, повышения самоуправления пациентов, причём часть подростков с НС и СП уже использует интернет для целей, связанных со здоровьем, порой с нежелательным эффектом (киберхондрия). Сложная природа социальных сетей, НС и СП, требует комплексного подхода. Потенциал интернета как среды антикризисных мероприятий неоднозначен, но в целом разновозрастные участники оценили его положительно [43, 54].

Дальнейшие исследования объективизируют баланс положительного (клинико - социального и ресурсосберегающего) эффекта дифференцированных интернет-вмешательств и рисков Сети для их минимизации посредством организационных (ограничительных) и медицинских мероприятий в разных интернет-средах (как форумы, видео) и группах - мишенях подростков. Так, будут учтены способы киберзапугивания (тексты, сообщения в социальных сетях или электронные письма), отправления и полу-

tematic error is possible with repeated polls.

Discussion and conclusions.

The accessibility and attractiveness of the Internet is growing like an avalanche, and the Web has become a necessary part of life on earth. The Internet covers all social, age, ethnic, clinical groups of the population. At the same time, the level of digital culture in the Russian Federation is low, according to Microsoft rating. Russians of all ages are not yet able to cope with the protection of personal data, they are exposed to online risks with little ability to take advantage of the Web.

WHO is concerned about the suicidal role of the Internet as “the main source of suicide information” [7]. Social media and video sites serve as an environment where a teenager is confronted with stories of NSSH and SB, and a child in crisis can take over the vicious scenario of overcoming an insoluble problem for him.

During a routine survey, teenage psychiatrists should interview patients about using the Web, possible experiences of cyberbullying, and be trained to counteract it. Those involved in cyberbullying are advised to consult a psychiatrist for the early detection of depression and the risk of SB. It is important that the "watchmen" and trained relatives encouraged to seek help.

The Network has a potentially harmful and protective (anti-suicidal) potential impact on NSSH and SB (see table 1).

The network for the treatment of mental disorders (e-mental health) is a promising approach to overcoming the geographical and / or situational barriers of professional assistance, improving the self-management of patients, and some teenagers with NSSH and SB already use the Internet for health-related purposes with undesirable effect (cyberchondria). The complex nature of social networks, NSSH and SB, requires a comprehensive approach. The potential of the Internet as an environment for anti-crisis events is ambiguous, but on the whole, participants of different ages rated it positively [43, 54].

Further studies objectify the balance of the positive (clinical-social and resource-saving) effect of differentiated Internet interventions and the risks of the Network to minimize them through organizational (restrictive) and medical events in different online environments (such as forums, videos) and groups targets of adolescents. So, methods of cyberbullying (texts / posts, messages on social networks or emails), sending and receiving by a lone person or a group will be taken into account, which will equip the victim with counteraction strategies. Gender aspects of prevention and interventions

¹См. например: Суицидальное поведение несовершеннолетних. «Группы смерти» в социальных сетях: Методические рекомендации. Ворсина О.П., Бычкова А.М. Иркутск, 2018. 52 с.

чения одиночкой или группой, что вооружит жертву стратегиями противодействия. Гендерные аспекты профилактики и вмешательств полезны для рекомендаций профессионалам и принимающим организационные решения.

Перспективно сочетание субъективных (самоотчеты) и объективных (измеряемых датчиками, встроенными или подключенными к смартфону подростка) для полной и непредвзятой картины. Маловероятен единый контрольный список (checklist), но авторам обзоров нужен свод результатов, согласно дизайнам исследований и разным позициям (близких, сверстников и учителей, медицинским или социальным).

Важно изучить механизмы, с помощью которых психические расстройства (тревога и депрессия), опосредуют связь фактора риска Сети, НС и СП и выявить защитные факторы, пути поиска помощи. Исследования прояснят предпочтение выбора социальных сетей перед профессиональной помощью.

Влияние интернета отлично у подростков и с течением времени, и должно оцениваться индивидуально и длительно в ходе систематического мониторинга рискованного поведения. Инфодемнологический анализ поможет уточнить примерную часть тяготеющих к материалам, связанным с СП онлайн, и тип сведений, потребных в суицидальном кризисе.

Итак, процесс исследований баланса «риск-польза» Сети в аспектах НС и СП, подобно психотерапевтическим [96], может быть рассмотрен как ряд логичных этапов: от фазы легитимации (признания некой причинно-следственной связи с неясным вектором) до предстоящего изучения сущности и условий такой зависимости.

are useful for advising professionals and organizational decision makers.

Combination of subjective (self-reported) and objective (measured by sensors built-in or connected to a teenager’s smartphone) looks promising in respect of getting a complete and non-biased picture. A single checklist is unlikely, but review authors need a set of results according to research designs and different positions (loved ones, peers and teachers, medical or social).

It is important to study the mechanisms by which mental disorders (anxiety and depression) mediate the connection of the risk factor Network, NSSH and SB and identify protective factors, ways of seeking help. Research will clarify the preference for choosing social networks over professional help.

The influence of the Internet is excellent in adolescents and should be evaluated individually and continuously during the systematic monitoring of risky behavior. Infodemiological analysis will help to clarify the approximate part of people who are attracted to materials related to SB online, and the type of information needed in a suicidal crisis.

So, the research process of the “risk-benefit” balance of the Network in the aspects of NSSH and SB, similar to psychotherapeutic [96], can be considered as a series of logical steps: from the phase of legitimation (recognition of a causal relationship with an obscure vector) to the forthcoming study essence and conditions of such dependence.

Таблица 1 / Table 1

Неоднозначное влияние интернет среды [по 49, 63, 93, изм., доп.]*
The ambiguous influence of the Internet environment [49, 63, 93, amend., add.]*

Среда Environment	Влияние / Influence	
	Положительное / Positive	Отрицательное / Negative
Общее использование интернета General use of the Internet	Умеренное использование Сети связано с меньшим риском для психического здоровья подростков, чем малое и чрезмерное. Потенциально защитное влияние низкого уровня использования по сравнению с его отсутствием. Информация о ресурсах кризисной помощи. Moderate use of the Network is associated with less risk to the mental health of adolescents than small and excessive. Potentially protective effect of low utilization compared to its absence. Information on crisis assistance resources.	Нормализация намеренных самоповреждений. Облегченное распространение информации о СП; отдельные и кластерные самоубийства уязвимых подростков. Активное использование (≥ 2х часов в день) связано с низкой самооценкой психического здоровья, неудовлетворенной потребностью его поддержки, психологическим дистрессом и учащением суицидальных мыслей. Normalization of intentional self-harm. Facilitated dissemination of information about the SB; single and cluster suicides of vulnerable adolescents. Active use (≥ 2 hours per day) is associated with low self-esteem of mental health, unsatisfied need for its support, psychological distress and increased suicidal thoughts.
Интернет зависимость	Общение и удовлетворенность жизнью «зависимых».	Неясный вектор причинно-следственной связи (коли есть) с НС и СП жертв и преследователей.

Internet addiction	Communication and satisfaction with the life of "addicts."	An unclear vector of causal relationship (if any) with the NSSH and SB victims and bullies.
Источники помощи Sources of help	Онлайн мониторинг депрессии и суицидального риска; доступная когнитивно-поведенческая терапия (депрессии). Online monitoring of depression and suicidal risk; Affordable cognitive-behavioral therapy (depression).	Стрессогенные электронные письма побуждают решать проблемы самостоятельно. Stressful emails encourage you to solve problems yourself.
Социальные сети** Social media**	Поиск неформальной помощи и поддержки, общение с товарищами по несчастью, облегчение гнева и разочарования. Сообщение о бедственном положении («крик о помощи») до / после НС и СП. Seeking informal help and support, communicating with fellow sufferers, and alleviating anger and frustration. Reporting distress ("cry for help") before / after the NSSH and the SB.	Поощрение (прославление) и нормализация НС и СП. Стрессогенные сообщения связаны с СП уязвимых подростков. Encouragement (even glorification) and normalization of NSSH and SB. Stressful messages are associated with SB of vulnerable adolescents.
Форумы** Forums**	Уменьшение изоляции. Поддержка психического здоровья, совладание с дистрессом, снижение риска суицидальных мыслей. Онлайн диагностика риска НС и СП. Decrease in isolation. Mental health support, coping with distress, reducing the risk of suicidal thoughts. Online diagnosis of the risk of NSSH and SB.	Поощрение планов самоубийств. Детальные предложения метода самоубийства. Нормализация самоповреждений и обсуждение способов их сокрытия. Влияние на риск НС неясно. Promotion of suicide plans. Detailed suggestions of the suicide method. Normalization of self-harm and discussion of ways to conceal them. Impact on NSSH risk is unclear.
Просуицидные сайты Prosuicide websites	Поиск помощи. Seek for help.	Нормализация и укрепление намерения НС и СП. Поиск единомышленников для суицидального договора. Normalization and strengthening of intentions of the NSSH and the SB. Search for like-minded people for a suicidal contract.
Антисуицидальные сайты Antisuicidal websites	Возможная польза. Possible help.	Неизвестно. Unknown.
Обмен видеоизображениями** Exchange of video files**	Осведомленность о СП в дискриминированных и избегающих помощи группах. Альтернатива или сдерживающий фактор самоповреждений. Обмен опытом совладания с дистрессом. Awareness of SB in discriminated and groups that avoid help. An alternative or deterrent to self-harm. Exchange of experience in coping with distress.	Комментарии и просмотр для поддержания, побуждения к (подражательному) самоповреждению. «Картинки» как триггер СП. Ощущение «соревнования» кто и что хуже. Обмен опытом дезадаптивного совладания с дистрессом. Comments and viewing to maintain, induce (imitative) self-harm. "Pictures" as a trigger SB. The feeling of "competition" who and what is worse. Exchange of experience of maladaptive coping with distress.
Блоги** Blogs**	Неизвестно Unknown	Распространение потенциально вредоносной информации: ухищрений утаивания самоповреждений и методов самоубийств. Spreading potentially harmful information: tricks of concealing self-harm and suicide methods.

*В систематических обзорах сопоставимо соотношение исследований с положительными и отрицательными результатами. Эмпирические исследования ограничены при расширении анализа воздействий Сети. **Исследования социальных сетей, форумов, обмена видеоизображениями, блогами меньше и хуже качеством со смешанными результатами.

*In systematic reviews, the ratio of studies with positive and negative results is comparable. Empirical research is limited in expanding the analysis of the effects of the Web. **Researches on social networks, forums, video sharing, blogs that report mixed results are less and worse in quality.

На фазе соревнования выберут подходящий дизайн анализа, затем, на фазе «предписания» – группу-мишень пациентов для дифференцированного доказательно эффективного целевого вмешательства («правильное лечение правильному пациенту»), позволившему повысить качество суицидологической помощи по типу boosting outcomes – улучшение лечебно-профилактических результатов при внедрении доказательных подходов.

Впереди изучение эффективности и рентабельности онлайн-вмешательств детей и подростков. В многоуровневой оценке лечебно-профилактических инноваций будет учтён ресурсосберегающий эффект (снижение бремени СП и психических расстройств подростков) с разных позиций (профессионалов, малолетних пациентов, их семей, общества в целом) в русле научно-практических приоритетов охраны психического здоровья [97] по пути к «медицине для всех».

In the competition phase, a suitable analysis design will be selected, then, in the “prescription” phase, the patient target group for differentiated evidence-based targeted intervention (“proper treatment for the right patient”), which will increase the quality of boosting outcomes-based suicidal care – improvement of therapeutic and prophylactic results in the implementation of evidence-based approaches.

Ahead is the study of the effectiveness and cost-effectiveness of online interventions for children and adolescents. A multilevel assessment of treatment-and-prophylactic innovations will take into account the resource-saving effect (reducing the burden of joint ventures and mental disorders of adolescents) from different perspectives (professionals, young patients, their families, society as a whole) in line with the scientific and practical priorities for mental health [97] on the way to “medicine for all.”

Литература / References:

- Jaworska N., MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. *J. Psychiatry Neurosci.* 2015; 40 (5): 291–293.
- Mok K., Jorm A.F., Pirkis J. Suicide-related internet use: A review. *Austral NZ J Psychiatry.* 2015; 49: 697–705.
- Niederkrotenthaler T., Haider A., Till B., et al. Comparison of suicidal people who use the internet for suicide-related reasons and those who do not. *Crisis.* 2017; 38: 131–135.
- Lin L.Y., Sidani J.E., Shensa A., et al. Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depress Anxiety.* 2016; 33: 323–331.
- Lup K., Trub L., Rosenthal L. Instagram #instasad?: Exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison, and strangers followed. *Cyberpsychol Behav Soc Net.* 2015; 18: 247–252.
- Daine K., Hawton K., Singaravelu V., et al. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One.* 2013; 8: e77555.
- Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 96 с. [Suicide prevention: a Global imperative. Geneva: WHO, 2014. 96 p.] (In Russ)
- Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiatry.* 2011; 52: 1073–1080.
- Padmanathan P., Biddle L., Carrol R., et al. Suicide and Self-Harm Related Internet Use: A Cross-Sectional Study and Clinician Focus Groups. *Crisis.* 2018; 39: 469–478.
- Mitchell K.J., Ybarra M.L. Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Prev Med.* 2007; 45: 392–396.
- Whitlock J.L., Purginton A., Gershkovich M. Media and the internet and non-suicidal self-injury. In: Nock MK, ed. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment.* Washington, DC: American Psychological Association, 2009: 139–155.
- Lewis S.P., Arbuthnot A.E. Non-suicidal self-injury, eating disorders, and the internet. Claes L, Muehlempfing J, eds. *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders.* Springer, Berlin, Heidelberg, 2014: 273–293.
- Klonsky E.D., Glenn C.R. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009; 31: 215–219.
- Zhu L., Westers N.J., Horton S.E., et al. Frequency of exposure to and engagement in nonsuicidal self-injury among inpatient adolescents. *Arch Suicide Res.* 2016; 20: 580–590.
- Tseng F.Y., Yang H.J. Internet use and web communication networks, sources of social support, and forms of suicidal and nonsuicidal self-injury among adolescents: Different patterns between genders. *Suicide Life Threat Behav.* 2015; 45: 178–191.
- Cash S.J., Thelwall M., Peck S.N., et al. Adolescent suicide statements on mySpace. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2013; 16: 166–174.
- Sampasa-Kanyinga H., Lewis R.F. Frequent use of social networking sites is associated with poor psychological functioning among children and adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2015; 18: 380–385.
- Cavazos-Rehg P.A., Krauss M.J., Sowles S.J., et al. An analysis of depression, self-harm, and suicidal ideation content on Tumblr. *Crisis.* 2017; 38: 44–52.
- Miguel E.M., Chou T., Golik A., et al. Examining the scope and patterns of deliberate self-injurious cutting content in popular social media. *Depress Anxiety.* 2017; 34: 786–793.
- Lewis S.P., Heath N.L., Denis J.M., Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics.* 2011; 127: e552–557.
- Брябрина Т.В., Гиберт А.В., Штрахова А.В. Опыт контент-анализа суицидальных высказываний в сети интернет лиц с различным уровнем суицидальной активности. *Вестник Южно-Уральского университета.* 2016; 9 (3): 35–49. [Bryabrina T.V., Gibert A.V., Strakhova A.V. Experience of content analysis of suicidal statements in the Internet of persons with different levels of suicidal activity. *Bulletin of South Ural state University.* 2016; 9 (3): 35–49.] (In Russ)
- Radovic A., Gmelin T., Stein B.D., Miller E. Depressed adolescents’ positive and negative use of social media. *J Adolesc.* 2017; 55: 5–15.
- World Health Organization. Public health implications of excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices meeting report. Main Meeting Hall, Foundation for Promotion of Cancer Research National Cancer Research Centre, Tokyo, Japan, 2015.
- Xin M., Xing J., Pengfei W., et al. Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addict Behav Rep.* 2018; 7: 14–18.
- Guo L., Luo M., Wang W.X., et al. Association between problematic Internet use, sleep disturbance, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *J Behav Addict.* 2018; 7 (4): 965–975.
- Moreno M.A., Jelenchick L., Cox E., et al. Problematic Internet use among US youth: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011; 165 (9): 797–805.
- Durkee T., Kaess M., Carli V., et al. Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction.* 2012; 107 (12): 2210–2222.
- Kuss D.J., Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World J Psychiatry.* 2016; 6: 143–176.
- Hammond C.J., Mayes L.C., Potenza M.N. Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: Treatment implications. *Adolesc Med: State Art Rev.* 2014; 25 (1): 15–32.
- Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Cur. Psychiatry Rep.* 2015; 17 (3): 554.
- Ekinci O., Celik T., Savas N., Toros F. Association between Internet use and sleep problems in adolescents. *Nöro Psikiyatri Arşivi.* 2014; 51: 122–128.
- Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 23–35. [Lyubov E.B.,

- Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
33. John A., Glendenning A.Ch., Marchant A., et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018; 20 (4): e129.
 34. Olweus D. Victimization by peers: antecedents and long-term outcomes / Rubin K.H., Asendorpf J.B., eds. *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood*. New York, London: Lawrence Erlbaum Associates; 1993: 315-341.
 35. Bauman S., Toomey R.B., Walker J.L. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc*. 2013; 36 (2): 341-350.
 36. Hawker D.S., Boulton M.J. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41 (4): 441-455.
 37. Brunstein Klomek A., Marrocco F., Kleinman M., et al. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46 (1): 40-49.
 38. Arseneault L., Bowes L., Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med*. 2010; 40 (5): 717-729.
 39. Juvonen J., Gross E.F. Extending the school grounds? - experiences in cyberspace. *J Sch Health*. 2008; 78 (9): 496-505.
 40. Kowalski R.M., Giumetti G.W., Schroeder A.N., Lattanner M.R. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull*. 2014; 140 (4): 1073-1137.
 41. Reid Chassiakos Y.L., Radesky J., Christakis D., et al. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*. 2016; 138 pii: e20162593.
 42. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010; 14 (3): 206-221.
 43. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Двудликая паутина: Вертер vs Папагено. Комментарий. *Суицидология*. 2016; 7 (4): 41-51. [Lyubov E.B., Antochin E.Y., Palaeva R.A. A comment two-faced web: Werther vs Papageno. *Suicidology*. 2016; 7 (4): 41-51.] (In Russ)
 44. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834): 2373-2382.
 45. Hamm M.P., Newton A.S., Chisholm A., et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A Scoping review of social media studies. *JAMA Pediatr*. 2015; 169: 770-777.
 46. Memon A.M., Sharma S.G., Mohite S.S., Jain S. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Ind. J. Psychiatry*. 2018; 60 (4): 384-392.
 47. Cooper G.D., Clements P.T., Holt K.E. Examining childhood bullying and adolescent suicide: Implications for school nurses. *J Sch Nurs*. 2012; 28: 275-283.
 48. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch. Suicide Res*. 2010; 14: 206-221.
 49. van Geel M., Vedder P., Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2014; 168: 435-442.
 50. Agatston P.W., Kowalski R., Limber S. Students' perspectives on cyber bullying. *J Adolesc Health*. 2007; 41 (6 Suppl 1): 59-60.
 51. Dooley J.J., Gradinger P., Strohmeier D., et al. Cyber-victimisation: the association between help-seeking behaviours and self-reported emotional symptoms in Australia and Austria. *Aust J Guid Couns*. 2012; 20 (2): 194-209.
 52. Bauman S., Toomey R.B., Walker J.L. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc*. 2013; 36 (2): 341-350.
 53. Moore S.E., Norman R.E., Suetani S, et al. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017; 22; 7(1): 60-76.
 54. Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 72-81. [Lyubov E.B., Palaeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 72-81.] (In Russ)
 55. Halpern C.T., Kaestle C.E., Hallfors D.D. Perceived physical maturity, age of romantic partner, and adolescent risk behavior. *Prev Sci*. 2007; 8: 1-10.
 56. Bailin A., Milanaik R., Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: A review of the research. *Curr Opin Pediatr*. 2014; 26: 605-619.
 57. Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M., Carli V. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *Int J Environ Res Publ Health*. 2011; 8: 3938-3952.
 58. Messina E.S., Iwasaki Y. Internet use and self-injurious behaviors among adolescents and young adults: An interdisciplinary literature review and implications for health professionals. *Cyberpsychology, Behav, Soc Network*. 2011; 14 (3): 161-168.
 59. Mok K., Jorm A.F., Pirkis J. The perceived impact of suicide-related internet use: A survey of young Australians who have gone online for suicide-related reasons. *Dig Health*. 2016; 2: 346-354.
 60. Baker T.G., Lewis S.P. Responses to online photographs of non-suicidal self-injury: A thematic analysis. *Arch Suicide Res*. 2013; 17: 223-235.
 61. Lewis S.P., Heath N.L., Michal N.J., Duggan J.M. Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2012; 6: 13.
 62. Lloyd J., Hawton K., Dutton W.H., et al. Thoughts and acts of self-harm, and suicidal ideation, in online gamblers. *Int. Gamb Stud*. 2016; 16 (3): 408-423.
 63. Sedgwick R., Epstein S., Dutta R., Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2019; 22: 122-128.
 64. Kaess M., Brunner R., Parzer P., et al. Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23: 611-620.
 65. Pumpa M., Martin G. The impact of attitudes as a mediator between sense of autonomy and help-seeking intentions for self-injury. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9: 27.
 66. Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1039.
 67. Gulliver A., Griffiths K.M., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 113.
 68. Harris I.M., Roberts L.M. Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an Internet-based study. *J Med Internet Res*. 2013; 15: e285.
 69. Park E., Kwon M. Health-related internet use by children and adolescents: systematic review. *J Med Internet Res*. 2018; 20: e120.
 70. Best P., Manktelow R., Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Child Youth Serv Rev*. 2014; 41: 27-36.
 71. Dyson M.P., Hartling L., Shulhan J., et al. A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS One*. 2016; 11: e0155813.
 72. Ranney M.L., Choo E.K., Spirito A., Mello M.J. Adolescents' preference for technology-based emergency department behavioral interventions: does it depend on risky behaviors? *Pediatr Emerg Care*. 2013; 29: 475-481.
 73. Younes N., Chollet A., Menard E., Melchior M. E-mental health care among young adults and help-seeking behaviors: a transversal study in a community sample. *J Med Internet Res*. 2015; 17: e123.
 74. Dogan E., Sander C., Wagner X., et al. Smartphone-based monitoring of objective and subjective data in affective disorders: where are we and where are we going? Systematic review. *J Med Internet Res*. 2017; 19: e262.
 75. Baldofski S., Kohls E., Bauer S., et al. Efficacy and cost-effectiveness of two online interventions for children and adolescents at risk for depression (E.motion trial): study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD consortium. *Trials*. 2019; 15 (20): 53.
 76. Robinson J., Hetrick S., Cox G., et al. The safety and acceptability of delivering an online intervention to secondary students at risk of suicide: findings from a pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2015; 9: 498-506.
 77. Li A., Huang X., Hao B., et al. Attitudes towards suicide attempts broadcast on social media: An exploratory study of Chinese microblogs. *Peer J*. 2015; 3: e1209.
 78. Ebert D., Donkin L., Andersson G., et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol. Med*. 2016; 46 (13): 2679.
 79. Batterham P.J., Han J., Calear A.L., et al. Suicide stigma and suicide literacy in a clinical sample. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49 (4): 1136-1147.
 80. Jeong Y.M., Lee Y.M., Bernstein K., Park C. Stigma and attitude toward service use among Korean American parents of adolescent children: Does depression literacy act as a mediator and/or moderator? *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv*. 2018; 56 (11): 46-55.
 81. Duggan J.M., Heath N.L., Lewis S.P., Baxter A.L. An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: Implications for school mental health professionals. *School Mental Health*. 2012; 4 (1): 56-67.
 82. Barton A.L., Hirsch J.K., Lovejoy M.C. Peer Response to Messages of Distress Do Sex and Content Matter? *Crisis*. 2013; 34 (3): 183-191.

83. Belfort E., Mezzacappa E., Ginnis K. Similarities and differences among adolescents who communicate suicidality to others via electronic versus other means: a pilot study. *Adolesc Psychiatry*. 2012; 2 (3): 258–262.
84. Dyson M.P., Hartling L., Shulhan J., et al. A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS one*. 2016; 11 (5): e0155813
85. Owens C., Sharkey S., Smithson J., et al. Building an online community to promote communication and collaborative learning between health professionals and young people who self-harm: an exploratory study. *Health Expect*. 2012; 18 (1): 81–94.
86. Minkinen J., Oksanen A., Kaakinen M., et al. Victimization and Exposure to Pro-Self-Harm and Pro-Suicide Websites: A Cross-National Study. *Suicide Life-Threat Behav*. 2017; 47 (1): 14–26.
87. Elgar F.J., Napolitano A., Saul G., et al. Cyberbullying victimization and mental health in adolescents and the moderating role of family dinners. *JAMA Pediatr*. 2014; 168 (11): 1015–1022.
88. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010; 14 (3): 206–221.
89. Trefflich F., Kalkreuth S., Mergl R., Rummel-Kluge C. Psychiatric patients' internet use corresponds to the Internet use of the general public. *Psychiatry Res*. 2015; 30; 226 (1): 136–141.
90. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Интернет и суицидальное поведение членов общества самопомощи психически больных. *Независимый психиатрический журнал*. 2019; 1: 27-29. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. Internet and suicidal behavior of members of the self-help society of the mentally ill. *Independent psychiatric journal*. 2019; 1: 27-29]. (In Russ)
91. Pantic I. Online social networking and mental health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014; 17: 652–657.
92. Любов Е.Б., Сумароков Ю.М., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 23–30. [Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 23–30.] (In Russ)
93. Marchant A., Hawton K., Stewart A., et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017; 12: e0181722.
94. Garrett R., Lord L.R., Young S.D. Associations between social media and cyberbullying: a review of the literature. *Mhealth*. 2016; 2: 46.
95. Whitlock J., Pietrusza C., Purington A. Young adult respondent experiences of disclosing self-injury, suicide-related behavior, and psychological distress in a web-based survey. *Arch Suicide Res*. 2013; 17 (1): 20–32.
96. Grawe K. *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Routledge, 2017.
97. Wykes T., Haro J.M., Belli S.R., et al. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2 (11): 1036-1042.

INTERNET AND SELF-HARM OF TEENAGERS: WHOSE FAULT IS THAT AND WHAT CAN BE DONE

E.B. Lyubov¹, P.B. Zotov²

¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract: The literature review indicates there is a certain correlation between self-harming behavior and the use of the Internet. The use of the Web has increased dramatically having become an integral part of everyday life in the world. The Internet in developed countries encompasses all social, age, ethnic and clinical groups. During adolescence it is typical to mimic risky behavior. Teenagers with self-harming behavior tend to be more active in social media. Spending extended time on social media has been proved to lead to psychological distress, dissatisfaction with mental health, increased risk of suicidal behavior. While proper or limited use of the Internet can be useful, excessive or uncontrolled media exposure is associated with maladaptive problems. The Internet has mixed effects on adolescent well-being, offering both social support and the harmful effects of cyberbullying. Teenagers use social networks to seek help and support in crisis situations, while others face malicious advice that increases the risk of self-harm. Internet interventions provide access to evidence-based information, self-help tools, professional counseling and can help target groups who shy away from traditional treatment. Interest in the potential for the detrimental and beneficial effects of social networks/the Internet on self-harming behavior is growing; but the correlation, if any, is unclear and definitely more complex than simply put “good” or “bad” Internet dichotomy. Further long-term evaluation is needed.

Keywords: Internet, suicidal behavior, non-suicidal self-harm, adolescents, risks, triggers, monitoring, evaluation, social networks, online interventions

Вклад авторов:

Е.Б. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article writing, article editing;

P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.07.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 16.10.2019.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Интернет и самоповреждения подростков: кто виноват – что делать. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 3-18. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-3-18

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Internet and self-harm of teenagers: whose fault is that and what can be done. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 3-18. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-3-18

ПРЕДПОСЫЛКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (ЧАСТЬ II)

Н.Б. Семёнова

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

PREREQUISITES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF INDIGENOUS PEOPLES OF SIBERIA: COGNITIVE RISK FACTORS (PART II)

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

Контактная информация:

Семёнова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 8340–6208; ORCID iD: 0000–0002–2790–7740; Web of Science Researcher ID: M-5846-2019). 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

Contact Information:

Mrs. Semenova Nadezhda Borisovna – Full Professor (Medicine). ORCID iD: 0000–0002–2790–7740; Web of Science Researcher ID: M-5846-2019; Researcher ID: U-4748-2017. Job Title: Head Scientific Worker of State Federal Budgetary Scientific Institution «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. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Phone number: +7 913 539 86 02, E-mail: snb237@gmail.com

У подростков коренных народов Сибири выявлены когнитивные факторы риска суицидального поведения: дисфункциональные установки, склонность к чрезмерной генерализации, субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Однако значение когнитивных факторов в формировании суицидального поведения не ограничивается искаженной когнитивной схемой, а охватывает более широкий спектр психических процессов. Цель исследования: изучить особенности когнитивных процессов у коренных популяций Сибири (якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, агинских бурят и тувинцев), в сравнении с восточными славянами. Объект и методы исследования. Обследованы дети 9-10 лет, учащиеся общеобразовательных школ, проживающие в сельской местности, в национальных субъектах Российской Федерации, общей численностью 779 человек; из них якутов 180, эвенов и эвенков 49, алтайцев 135, агинских бурят 154, тувинцев 98, восточных славян 163 человека. Средний возраст составил 9,8 лет. В исследовании использованы методики невербального плана: 1) Классификация картинок из теста Отиса–Леннона (OLSAT); 2) субтесты: Понятие последовательного порядка, Понятие горизонтальности и Понятие вертикальности из батареи рисуночных тестов Р. Силвера; 3) тест Рисунок человека в интерпретации А.Л. Венгера; 4) методики: Воспроизведение цифровых рядов, Кодирование из батареи невербальных субтестов Д. Векслера (WAIS, субтесты V и VII). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 22. Результаты. Становление интеллектуальных функций у представителей разных популяций происходит в соответствии с общими законами онтогенетического развития. Межпопуляционные различия, которые были выявлены, касались изобразительных навыков, показателей памяти, сформированности представлений о системе координат и скорости в обработке информации. У якутов, эвенов и эвенков лучше развита зрительная память ($p < 0,001$), по сравнению со слухоречевой. У тувинцев лучше развита слухоречевая память, пространственное мышление и понятие о вертикали ($p < 0,001$). У бурят лучше развито пространственное мышление и понимание горизонтали ($p = 0,03$). У алтайцев ниже показатели слухоречевой памяти ($p = 0,001$). Данные различия мы объясняем спецификой образа жизни и основных видов деятельности, сформированных уникальными природными ландшафтами обитания. Главная особенность когнитивных процессов у коренных народов, в сравнении с восточными славянами, связана с разной скоростью обработки информации. При выполнении методики Кодирование якуты обработали 22,3 знака; эвенки и эвены – 16,1; алтайцы – 26,2; тувинцы – 26,4; агинские буряты – 28,4, что ниже, по сравнению с восточными славянами (30,6 знаков), $p < 0,001$. Выводы. У представителей коренных популяций Сибири, в сравнении с восточными славянами, выявлены культурно-специфические особенности когнитивных функций – сниженная скорость обработки информации, что мы расцениваем как фактор риска суицидального поведения, связанный с особенностями нейрокогнитивного функционирования.

Ключевые слова: этнопсихология, подростки, дети, психическое здоровье, суицид, коренные народы, Сибирь, факторы риска, нейрокогнитивные функции

Наши предыдущие исследования показали, что у подростков коренных популяций Сибири чаще, чем у восточных славян, выявляются когнитивные факторы риска суицидального поведения – дисфункциональные установки, склонность к чрезмерной генерализации, субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Однако значение когнитивных факторов в формировании суицидального поведения не ограничивается искажённой когнитивной схемой, а охватывает более широкий спектр психических процессов. Результаты растущего числа исследований указывают на ведущую роль нейрокогнитивного дефицита в процессе перехода от суицидальных мыслей к совершению самоубийства. С позиции нейрокогнитивной уязвимости суицидальное поведение объясняется нарушениями когнитивных исполнительных функций, в том числе, нарушениями внимания [1, 2], сниженной скоростью обработки информации [3], снижением когнитивной гибкости [4-7], недостаточностью когнитивного контроля [8-10], нарушениями вербальной беглости [3, 8, 11, 12] и рабочей памяти [8, 9, 11]. Показано, что существует наследственная передача особенностей нейрокогнитивного функционирования у суицидентов и их ближайших родственников [13, 14, 15].

На сегодняшний день описаны некоторые механизмы, объясняющие причины суицидального поведения с позиции нейрокогнитивного дефицита. Показано, что нейрокогнитивные нарушения могут способствовать возникновению депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, оказывают потенцирующее влияние на совершение самоубийства [14]. Выявлена связь дефицита распределения внимания с суицидальными идеациями через опосредованное влияние на нарушение регуляции эмоций [16, 17]. Описана роль дефицита когнитивного контроля, приводящего к снижению способности к систематизации информации, необходимой для принятия решения [9, 10, 18]. Изучена ассоциация когнитивной гибкости с адаптационным ресурсом личности и влияние ригидности когнитивных установок на усиление стресса и фрустрации [8]. Показана связь ригидности когнитивных установок и сохранения суицидальных идеаций у подростков [19], что существенно повышает риск повторной суицидальной попытки.

На биологическом уровне суицидальное поведение объясняется нарушением функционирования двух различных анатомических систем, одна из которых лежит в основе когнитивного контроля и связана с дорсолатеральными префронтальными областями, а другая несёт ответственность за процесс принятия решений и связана с вентральной префронтальной корой [9]. Предполагается, что нарушение когнитивных исполнительных функций, связанное с дорсолатеральными префронтальными областями, играет основную роль в совершении законченного суицида, а первичный мотивационный тормозной путь, связанный с орбитофронталь-

Our previous studies have shown that adolescents of indigenous populations of Siberia are inclined to have cognitive risk factors for suicidal behavior – dysfunctional attitudes, a tendency to excessive generalization, and a subjective feeling of inability to overcome life difficulties – more often than eastern Slavs. However, the importance of cognitive factors in the formation of suicidal behavior is not limited to a distorted cognitive scheme. It is believed to cover a wider range of mental processes. The results of a growing number of studies indicate the leading role of neurocognitive deficit in the transition from suicidal thoughts to committing suicide. From the position of neurocognitive vulnerability, suicidal behavior is explained by impaired cognitive executive functions, including impaired attention [1, 2], reduced processing speed [3], decreased cognitive flexibility [4-7], insufficient cognitive control [8-10], violations of verbal fluency [3, 8, 11, 12] and working memory [8, 9, 11]. It has been shown that there are hereditary traits of the features of neurocognitive functioning in suicide attempters and their closest relatives [13, 14, 15].

To date, several mechanisms have been described that explain the causes of suicidal behavior from the point of neurocognitive deficiency. It has been shown that neurocognitive impairment can contribute to the development of depressive disorders, which, in turn, have a potentiating effect on suicide [14]. The relationship between attention deficit and suicidal ideation through an indirect effect on the dysregulation of emotions was revealed [16, 17]. The role of cognitive deficit is described, which leads to a decrease in the ability to systematize the information necessary for decision-making [9, 10, 18]. The association of cognitive flexibility with the adaptive resource of the personality and the effect of rigidity of cognitive attitudes on increasing stress and frustration were studied [8]. The connection between rigidity of cognitive attitudes and the preservation of suicidal ideation in adolescents has been shown [19], which significantly increases the risk of repeated suicidal attempts.

At the biological level, suicidal behavior is explained by the malfunctioning of two different anatomical systems, one of which is the basis of cognitive control and is associated with the dorsolateral prefrontal areas, and the other is responsible for the decision-making process and is associated with the ventral prefrontal cortex [9]. It is assumed that the violation of cognitive executive functions associated with the dorsolateral prefrontal areas plays a major role in committing suicide, and the primary motivational inhibitory path associated with the orbitofrontal cortex, including conflicting, affective and reflective decision-making processes, underlies repeated self-harm of a non-suicidal nature [12].

ной корой, включающий конфликтные, аффективные и рефлексивные процессы принятия решений, лежит в основе повторяющихся самоповреждений несуйцидального характера [12].

В одном из последних исследований по изучению структур нейрональных связей головного мозга методом визуализации с помощью МРТ - трактографии были выявлены изменения в корковых и подкорковых областях головного мозга у лиц, совершивших суицидальную попытку, на основе чего была предложена гипотеза сетевого диатеза к суицидальному поведению [20]. Хотя взаимосвязи между структурными и функциональными нарушениями до сих пор не ясны, полученные результаты позволяют предположить зависимость функциональных нарушений от дефицита серого и белого вещества, что может привести к неадаптивным когнитивным процессам, ассоциированным с суицидальным поведением.

Вышеперечисленные факты указывают на необходимость исследования не только психических состояний, лежащих на поверхности изучаемого явления, но и устойчивых особенностей психики. Знание проксимальных и дистальных факторов, а также динамической природы их потенциального взаимодействия является необходимым условием для понимания механизмов формирования суицидального поведения и концептуализации его рисков [21]. Именно такой подход лежит в основе современных моделей суицидального поведения [22, 23].

Мы выдвинули научную гипотезу о том, что у коренных популяций Сибири имеются этнические особенности психических процессов, создающие когнитивную уязвимость к суицидальному поведению.

Цель исследования: изучить особенности когнитивных процессов у коренных народов Сибири, в сравнении с восточными славянами.

Дизайн исследования.

Обследованы дети 9-10 лет, учащиеся общеобразовательных школ, проживающие в сельской местности национальных субъектов РФ – Республике Саха (Якутия), Республике Алтай, Агинском Бурятском округе и Республике Тыва. Всего обследовано 779 человек, из них, якутов 180, эвенков и эвенков 49, алтайцев 135, агинских бурят 154, тувинцев 98, восточных славян 163 человека. Средний возраст составил 9,8 лет.

Применялись методики невербального плана, свободные от влияния культуры и языка, так как для коренных народов Сибири русский язык не является родным [24].

Изучение операционального интеллекта проводилось с использованием субтеста Классификация картинок из элементарного уровня серии тестов школьных достижений Отиса–Леннона (OLSAT) для учащихся младшего школьного возраста [25]. Школьникам раздавались бланки с изображенными на них 11 рядами картинок (по 5 картинок в ряду) и

In one of the latest studies on the structure of brain neuronal connections by using MRI tractography, changes were revealed in the cortical and subcortical regions of the brain in individuals who made a suicidal attempt, on the basis of which the hypothesis of network diathesis to suicidal behavior was proposed [20]. Although the relationship between structural and functional disorders is still not clear, the results suggest a dependence of functional disorders on the deficit of gray and white matter, which can lead to non-adaptive cognitive processes associated with suicidal behavior.

The above mentioned facts indicate the need to study not only mental states lying on the surface of the phenomenon under study, but also the stable characteristics of the psyche. Knowledge of proximal and distal factors, as well as the dynamic nature of their potential interaction, is a prerequisite for understanding the mechanisms of formation of suicidal behavior and conceptualizing its risks [21]. It is this approach that underlies modern models of suicidal behavior [22, 23].

We hypothesize that the indigenous populations of Siberia have ethnic characteristics of mental processes that create a cognitive vulnerability to suicidal behavior.

The aim of the study is to analyze the characteristics of cognitive processes in the indigenous peoples of Siberia, in comparison with the Eastern Slavs.

Study design. The children of 9-10 years of age, the students of secondary schools living in rural areas of the national constituent entities of the Russian Federation – the Republic of Sakha (Yakutia), the Republic of Altai, the Aginsky Buryat District and the Republic of Tyva were examined. A total of 779 people were examined, including 180 Yakuts, 49 Evens and Evenks, 135 Altai, 154 Agin Buryats, 98 Tuvians, 163 Slavs from the East. The mean age was 9.8 y.o.

We used non-verbal methods, free from the influence of culture and language, since Russian is not native for the indigenous peoples of Siberia [24].

The study of operational intelligence was carried out using the subtest Classification of pictures from the elementary level of the Otis–Lennon School Ability Test (OLSAT) for students of primary school age [25]. Schoolchildren were given forms with 11 rows of pictures depicted on them (5 pictures in a row) and were asked to cross out one picture in each row that does not fit the others. The result was calculated by the sum of the total number of correct answers (from 1 to 11 points).

To assess the level of formation of spatial thinking and the degree of development of ideas about the coordinate system (horizontal or vertical), the subtest task for predicting from the

предлагалось вычеркнуть одну картинку в каждом ряду, как неподходящую к остальным. Результат подсчитывался по сумме общего количества правильных ответов (от 1 до 11 баллов).

Для оценки уровня сформированности пространственного мышления и степени развития представлений о системе координат (горизонтальность / вертикальность) применялся субтест Задание на прогнозирование из батареи рисуночных тестов Р. Силвера [26]. Субтест включает в себя три задания, при выполнении которых учащимся предлагалось изобразить уровень лимонада в постепенно пустеющем стакане (понятие последовательного порядка), уровень воды в наклоненной бутылке (понятие горизонтальности) и нарисовать домик на крутом склоне горы (понятие вертикальности). Оценка результатов проводилась по шкале от 0 до 5 баллов, отдельно по каждому заданию, после чего вычислялась сумма баллов по всем трем заданиям.

Уровень развития изобразительных навыков оценивался с использованием методики Рисунок человека в интерпретации А.Л. Венгера [27]. В основе методики лежат закономерности изображения человека в зависимости от возраста ребёнка. Количественная оценка результатов проводилась путём подсчёта баллов, полученных за выполнение числа основных и второстепенных деталей (от 4 до 30 баллов).

Изучение механической памяти проведено с использованием методики Воспроизведение цифровых рядов из батареи невербальных субтестов Д. Векслера (WISC-III – Wechsler, 1991). Школьникам предлагалось прослушать ряд цифр, запомнить его, а затем воспроизвести в письменном виде. Цифровые ряды предъявлялись в прямом и обратном порядке, с каждым разом происходило увеличение количества цифр на одну. Результаты фиксировались по общему количеству воспроизведённых цифр в правильном порядке в прямом и обратном предъявлениях.

Для исследования скорости обработки информации применялась методика Кодирование из батареи невербальных субтестов Д. Векслера (WISC-III – Wechsler, 1991). За ограниченный отрезок времени (в данном случае за 90 сек.) учащимся предлагалось заполнить клеточки в таблице путём написания под каждой цифрой соответствующий ей знак. Оценивалось количество правильно выполненных знаков, одновременно фиксировалось количество ошибок.

Анализ полученных результатов мы проводили в два этапа. На первом этапе определялся общий уровень развития познавательных способностей у представителей всех популяций. Для определения степени сформированности аналитико-синтетической функции мышления проведён качественный анализ теста Классификация картинок (OLSAT): результат 10-11 баллов оценивался как высокий, 6-9 баллов – средний, 5 баллов и менее – низкий. Для определения

battery of R. Silver's picture tests was used [26]. The subtest includes three tasks in which students were asked to depict the level of lemonade in a gradually empty glass (the concept of sequential order), the water level in a tilted bottle (the concept of horizontalness) and draw a house on a steep mountainside (the concept of verticality). Evaluation of the results was carried out on a scale from 0 to 5 points, separately for each task, after which the total points for all three tasks were calculated.

The level of development of drawing skills was evaluated using the method of drawing a man in the interpretation of A.L. Wenger [27]. The methodology is based on the laws of the image of a person depending on the age of a child. A quantitative assessment of the results was carried out by calculating the points obtained for fulfilling the number of primary and secondary details (from 4 to 30 points).

The study of mechanical memory was carried out using the method of Reproduction of digital series from a battery of non-verbal subtests by D. Wechsler (WISC – III – Wechsler, 1991). Students were encouraged to listen to a series of numbers, memorize the series, and reproduce it in writing. Digital series were presented in the direct and reverse order, each time there was an increase in the number of digits by one. The results were recorded by the total number of reproduced numbers in the correct order in the forward and reverse presentations.

To study the speed of information processing, we used the method of Encoding from a battery of non-verbal subtests by D. Wechsler (WISC – III – Wechsler, 1991). For a limited time period (in our case, for 90 seconds), students were asked to fill in the cells in the table by writing the corresponding sign for each digit. The number of correctly written characters was estimated, and the number of errors was recorded as well.

We analyzed the results in two stages. At the first stage, the general level of development of cognitive abilities in representatives of all populations was determined. To determine the degree of formation of the analytical and synthetic thinking function, a qualitative analysis of the Image Classification Test (OLSAT) was carried out: the result of 10-11 points was rated as high, 6-9 points – as medium, 5 points and less – as low. To determine the degree of mastery of the logical rules, a qualitative analysis of the performance of the subtest was carried out. The concept of sequential order (from the Silver's test battery): a result of 4-5 points was rated as high, 2-3 points as medium, 0-1 points as low.

At the second stage, the data were analyzed from the position of ethnic differences: the results obtained from children of the indigenous

степени овладения логическими правилами проведён качественный анализ выполнения субтеста Понятие последовательного порядка (из батареи теста Силвера): результат 4-5 баллов оценивался как высокий, 2-3 балла – средний, 0-1 балл – низкий.

На втором этапе данные анализировались с позиции этнических различий: результаты, полученные у детей коренного населения, сравнивались с результатами восточных славян, проживающих в идентичных условиях, обучающихся по идентичным учебным программам, в школьных классах совместно с детьми коренного населения. Было сформировано 7 групп: якуты (группа 1); эвены и эвенки (группа 2); русские, проживающих на севере Сибири, в Республике Саха (группа 3); алтайцы (группа 4); буряты (группа 5); тувинцы (группа 6); русские, проживающие на юге Сибири, в Республике Алтай (группа 7). Учитывая, что северные и южные районы Сибири отличаются по географическим и климатическим условиям, что влияет на скорость протекания психических процессов, сравнение показателей проводилось с учётом вышеперечисленных обстоятельств: показатели школьников, проживающих в северных (группы 1, 2 и 3) и южных районах (группы 4, 5, 6 и 7), сравнивались отдельно.

При интерпретации полученных результатов мы придерживались универсалистской теоретической ориентации в области этнопсихологии, согласно которой все культуры имеют как универсальные (этические), так и культурно - специфические (эмические) элементы [28]. Ориентиром для оценки когнитивных функций явилась концепция интеллектуального развития Ж. Пиаже, согласно которой все психические функции рассматриваются с позиции их отношения к интеллекту [29].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 22. Тип распределения определялся с помощью критериев Шапиро - Уилка и Колмогорова - Смирнова. Описание количественных данных, имеющих нормальное распределение, проводилось с использованием среднего арифметического (M) и 95% доверительного интервала (CI). Для сравнения средних значений в трёх и более независимых группах применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с дальнейшим апостериорным попарным сравнением с помощью критерия Бонферрони. Описание количественных данных при распределении, отличном от нормального, проводилось с использованием медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q₁-Q₃). Для сравнения трёх и более независимых групп применялся непараметрический критерий Краскела - Уоллиса с дальнейшим попарным сравнением с использованием критерия Манна - Уитни. Величина уровня значимости различий (p) принималась при p=0,05, то есть при ошибке 5%.

population were compared with the results of the East Slavs living in identical conditions, learning under the same curriculum, in the same school classes, together with children of the indigenous population. 7 groups were formed: Yakuts (group 1); Evens and Evenks (group 2); Russians living in the north of Siberia in the Republic of Sakha (group 3); Altai people (group 4); Buryats (group 5); Tuvans (group 6); Russians living in southern Siberia in the Republic of Altai (group 7). Given that the northern and southern regions of Siberia differ in geographical and climatic conditions, which affects the rate of mental processes, a comparison of the indicators was carried out taking into account the above circumstances: indicators of students living in the northern (groups 1, 2 and 3) and southern regions (groups 4, 5, 6 and 7), were compared separately.

When interpreting the results, we followed a universalist theoretical orientation in the field of ethnopsychology, according to which all cultures have both universal (ethical) and culturally specific (emic) elements [28]. A reference point for evaluating cognitive functions was J. Piaget's concept of intellectual development, according to which all mental functions are considered from the perspective of their relationship to intelligence [29].

Statistical processing of the results was carried out using the IBM SPSS Statistics, Version 22 application package. The distribution type was determined using the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov criteria. Quantitative data with a normal distribution were described using the arithmetic average (M) and 95% confidence interval (CI). To compare the mean values in three or more independent groups, one-way analysis of variance (ANOVA) was used, followed by a posteriori pairwise comparison using the Bonferroni test. Quantitative data were described for a distribution other than normal using the median (Me) and the lower and upper quartiles (Q₁-Q₃). To compare three or more independent groups, the non-parametric Kruskal-Wallis test was used with further pairwise comparison using the Mann-Whitney criterion. The value of the significance level of differences (p) was taken at p=0.05, i.e. with an error of 5%.

Results.

Figure 1 shows that the majority of students at the age of 9-10 perform the Image Classification Test at an average level, with an assessment of 6 to 9 points: 51.9% Yakuts, 53.1% Evens and Evenks, 57.0% Altai, 76.3% of Tuvans, 46.5% of Eastern Slavs living in the Republic of Sakha (Yakutia) and 52.6% in the Republic of Altai. The exception is the Agin Buryats, most of whom showed slightly higher results (58.4%).

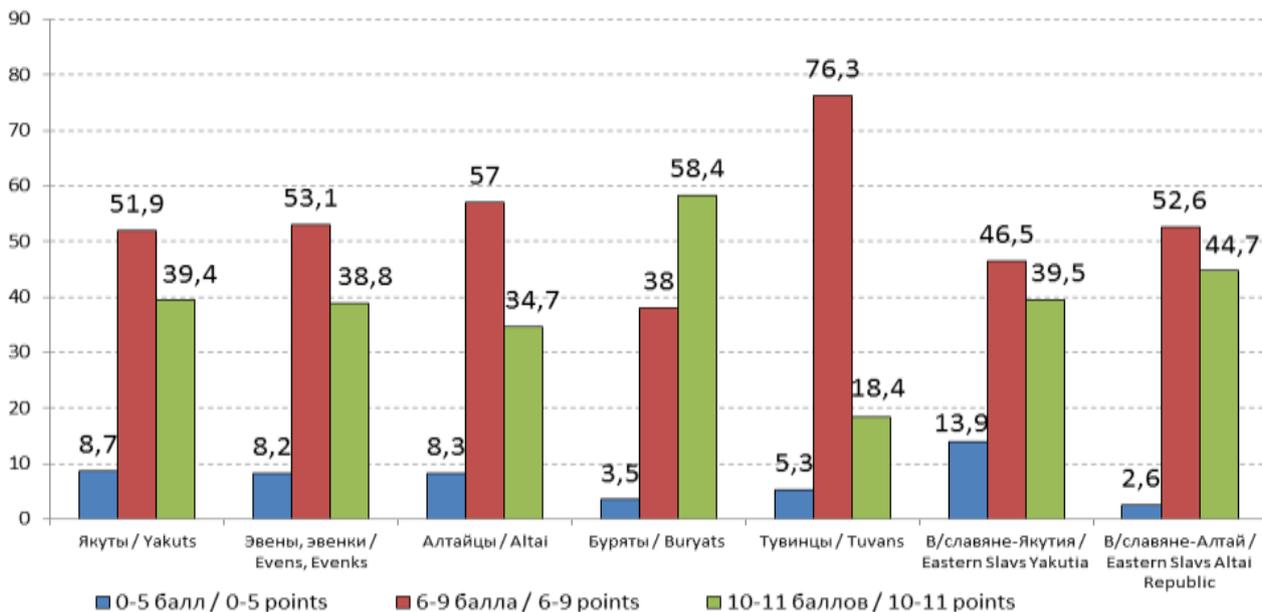


Рис. 1 / Fig. 1. Результаты выполнения теста Классификация картинок (%) / Results for completing the Image Classification subtest (%).

Результаты исследования.

Качественный анализ выполнения психологических тестов представителями разных популяций Сибири представлен на рис. 1-2.

Из рисунка 1 видно, что большинство учащихся в 9-10-летнем возрасте выполняют тест Классификация картинок на среднем уровне, с оценкой от 6 до 9 баллов: 51,9% якутов, 53,1% эвенов и эвенков, 57,0% алтайцев, 76,3% тувинцев, 46,5% восточных славян, проживающих в Республике Саха (Якутия) и 52,6% – в Республике Алтай. Исключение составляют агинские буряты, большинство которых показали более высокие результаты (58,4%).

Figure 2 shows that most students at the age of 9-10 cope with the Sequential Order Concept subtest. 73.9% of Yakuts, 65.3% of Evens and Evenks, 67.4% of Altaians, 73.7% of Buryats, 92.1% of Tuvans, 64.4% of East Slavs living in the Republic Sakha (Yakutia) and 82.2% of the Eastern Slavs living in the Altai Republic received 4-5 points for completing the task. These results indicate that in students of all populations the development and functioning of the main mental processes goes along with the stage of specific operations that is characterized by the manipulation of symbols, the mastery of mental operations and logical rules.

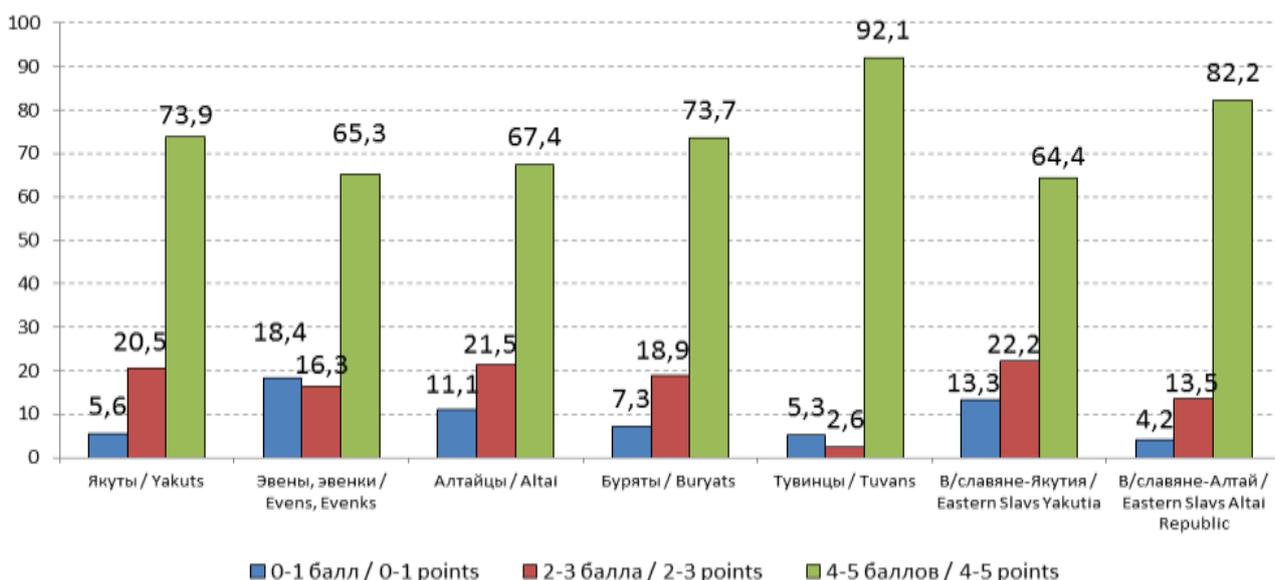


Рис. 2 / Fig. 2. Результаты выполнения субтеста Понятие последовательного порядка (%) / Results of completing the Sequential Order Concept subtest (%).

На рисунке 2 можно отметить, что большинство учащихся в 9-10-летнем возрасте справляются с субтестом Понятие последовательного порядка. Получили 4-5 баллов за выполнение задания 73,9% якутов, 65,3% эвенков и эвенков, 67,4% алтайцев, 73,7% бурят, 92,1% тувинцев, 64,4% восточных славян, проживающих в Республике Саха (Якутия) и 82,2% восточных славян, проживающих в Республике Алтай. Данные результаты свидетельствуют в пользу того, что у школьников всех популяций функционирование основных мыслительных процессов соответствует стадии конкретных операций, для которой характерно манипулирование символами, овладение мыслительными операциями и логическими правилами.

Количественный анализ выполнения психологических тестов представителями разных популяций Сибири представлен в таблице 1.

При сравнении данных, полученных у школьников, проживающих в северных районах Сибири, с применением критерия Краскела-Уоллиса, выявлены различия для теста Венгера (H=21,13, df=2, p<0,001). Дальнейшее попарное сравнение методом Манна-Уитни показало, что у коренных народов Сибири, проживающих в северных районах, лучше развиты изобразительные навыки, по сравнению с восточными славянами, что подтверждается более высокими результатами выполнения рисуночных методик у якутов (U=2434,5, Z=-3,55, p<0,001), эвенков и эвенков (U=2434,5, Z=-3,55, p<0,001).

The quantitative analysis of the performance of psychological tests by representatives of different populations of Siberia is presented in table 1. When comparing the data obtained from schoolchildren living in the northern regions of Siberia using the Kruskal-Wallis test, differences were found for the Wenger test (H=21.13, df=2, p<0.001). Further pairwise comparison by the Mann-Whitney method showed that the indigenous peoples of Siberia living in the northern regions have better developed visual skills compared to the Eastern Slavs, which is confirmed by higher results in performing drawing techniques in the Yakuts (U=2434.5, Z=-3.55, p<0.001), Evens and Evenks (U=2434.5, Z=-3.55, p<0.001).

For schoolchildren living in the southern regions of Siberia, differences were obtained for the OLSAT test (H=45.22, df=3, p<0.001), Sequential Order Concept subtest (H=30.11, df=2, p<0.001), Horizontality Concept subtest (H=48.60, df=2, p<0.001), Verticality Concept subtest (H=28.22, df=2, p<0.001), the overall result of the Silver test (H=45.1, df=2, p<0.001) and Wenger test (H=8.79, df=2, p=0.03). Further pairwise comparison by the Mann-Whitney method showed heterogeneous results. So, the Agin Buryats, in comparison with the rest, coped better with the Horizontality Concept subtest (U=6858.00, Z=-2.15, p=0.03). The Altai people had lower performance than the Eastern Slavs when performing the OLSAT methodology (U=5480.50, Z=-2.76, p=0.006) subtests.

Таблица 1 / Table 1

Показатели выполнения психологических тестов представителями разных популяций Сибири (Me, Q1-Q3)
Performance indicators of psychological tests by representatives of different populations of Siberia (Me, Q1-Q3)

Методика Test	Гр. 1 Group 1	Гр. 2 Group 2	Гр. 3 Group 3	Гр. 4 Group 4	Гр. 5 Group 5	Гр. 6 Group 6	Гр. 7 Group 7	p				
	Якуты Yakuts (n=180)	Эвенки, эвенки Evens, Evenks (n=49)	Алтайцы Altai (n=135)	Буряты Buryats (n=154)	Тувинцы Tuvans (n=98)	славяне / Якутия Eastern Slavs / Yakut (n=45)	славяне / Алтай Eastern Slavs / Altai (n=118)	1-6	2-6	3-7	4-7	5-7
Классификация картинок Picture Classification Test (OLSAT)	9,0 (7,0-9,0)	9,0 (7,5-10,0)	9,0 (7,0-10,0)	10,0 (8,0-11,0)	8,0 (7,0-9,0)	9,0 (7,0-10,0)	9,0 (8,0-10,0)			0,006		*
Тест Силвера /Silver's Tests а) понятие последовательного порядка Sequential Order Concept	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (5,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)			0,02		*
б) понятие горизонтальности Horizontalness Concept	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	2,0 (1,0-4,0)	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	3,0 (1,0-5,0)	3,0 (1,0-5,0)			*	0,03	
в) понятие вертикальности Verticality Concept	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (3,0-4,0)	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (1,0-3,0)					*
г) общий балл Total	10,0 (8,0-11,0)	10,0 (7,0-12,0)	9,0 (7,0-11,0)	10,0 (8,0-12,0)	12,0 (10,0-13,0)	9,0 (7,0-11,0)	10,0 (8,0-12,0)			0,001		*
Рисунок человека (Венгер) A Drawing of a Man (Wenger)	22,0 (20,0-23,0)	23,0 (21,0-23,0)	24,0 (22,0-26,0)	23,0 (21,0-26,0)	24,0 (22,0-26,0)	20,0 (19,0-21,0)	24,0 (22,0-26,0)	*	*			

*P<0,001;

У школьников, проживающих в южных районах Сибири, различия были получены для теста OLSAT ($H=45,22$, $df=3$, $p<0,001$), субтестов Понятие последовательного порядка ($H=30,11$, $df=2$, $p<0,001$), Понятие горизонтальности ($H=48,60$, $df=2$, $p<0,001$), Понятие вертикальности ($H=28,22$, $df=2$, $p<0,001$), общего результата теста Силвера ($H=45,1$, $df=2$, $p<0,001$) и теста Венгера ($H=8,79$, $df=2$, $p=0,03$). Дальнейшее попарное сравнение методом Манна-Уитни показало неоднородные результаты. Так, агинские буряты, по сравнению с остальными, лучше справились с субтестом Понятие горизонтальности ($U=6858,00$, $Z=-2,15$, $p=0,03$). У алтайцев результативность выполнения заданий оказалась ниже, чем у восточных славян, при выполнении методики OLSAT ($U=5480,50$, $Z=-2,76$, $p=0,006$), субтестов Понятие последовательного порядка ($U=6742,50$, $Z=-2,30$, $p=0,02$) и Понятие горизонтальности ($U=5691,50$, $Z=-4,04$, $p<0,001$), что определило более низкий результат теста Силвера ($U=6128,50$, $Z=-3,18$, $p=0,001$). Что касается тувинцев, то по сравнению с восточными славянами они хуже справились с тестом OLSAT ($U=2542,00$, $Z=-4,90$, $p<0,001$), а пространственные тесты выполнили лучше: Понятие последовательного порядка ($U=3370,50$, $Z=-3,59$, $p<0,001$), Понятие вертикальности ($U=2846,00$, $Z=-4,57$, $p<0,001$), что определило более высокий результат теста Силвера ($U=2974,50$, $Z=-3,98$, $p<0,001$).

Показатели памяти и умственной работоспособности у представителей разных популяций Сибири представлены в таблице 2.

The Sequential Order Concept ($U=6742.50$, $Z=-2.30$, $p=0.02$) and the Horizontality Concept ($U=5691.50$, $Z=-4.04$, $p<0.001$) subtests determined a lower Silver test result ($U=6128.50$, $Z=-3.18$, $p=0.001$). As for the Tuvans, compared to the Eastern Slavs, they performed worse with the OLSAT test ($U=2542.00$, $Z=-4.90$, $p<0.001$), and they performed better on spatial tests: The Sequential Order Concept ($U=3370.50$, $Z=-3.59$, $p<0.001$), the Verticality Concept ($U=2846.00$, $Z=-4.57$, $p<0.001$) determined a higher Silver test result ($U=2974.50$, $Z=-3.98$, $p<0.001$).

Indicators of memory and mental performance in representatives of different populations of Siberia are presented in table 2. When comparing the average data on memory and mental performance of indigenous children with the Eastern Slavs by the method of ANOVA, differences were obtained for auditory-verbal memory ($F_{2,264}=7.51$, $p=0.001$) and general mental performance ($F_{2,261}=61.75$, $p<0.001$). Further a posteriori comparison showed that the volume of auditory-verbal memory in the Yakuts, Evens, Evenks and Altai was lower compared to the Eastern Slavs. In particular, the storage of numbers in direct presentation is lower for Yakuts by an average of 0.5 characters ($SD=0.93$, $t=-3.669$, $df=216$, $p=0.001$), for Evens and Evenks by 0.5 characters ($SD=0.71$, $t=-3.181$, $df=90$, $p=0.001$), Altai people have 0.5 digits ($SD=0.58$, $t=-6.188$, $df=242$, $p=0.001$).

Таблица 2 / Table 2

Показатели памяти и умственной работоспособности у представителей разных популяций Сибири (M, 95% CI)
Indicators of memory and mental performance in representatives of different populations of Siberia (M, 95% CI)

Методика Test	Гр. 1 Group 1	Гр. 2 Group 2	Гр. 3 Group 3	Гр. 4 Group 4	Гр. 5 Group 5	Гр. 6 Group 6	Гр. 7 Group 7	p						
	Якуты Yakuts (n=180)	Эвены, эвенки Evens, Evenks (n=49)	Алтайцы Altai (n=135)	Буряты Buryats (n=154)	Тувинцы Tuvans (n=98)	славяне / Якутия Eastern Slavs / Yakut (n=45)	славяне / Алтай Eastern Slavs / Altai (n=118)	1-6	2-6	3-7	4-7	5-7		
Запоминание цифр <i>Memorizing figures</i>														
а) прямое предъявление direct presentation	3,9 (3,7-4,1)	4,0 (3,7-4,3)	3,9 (3,8-4,0)	4,3 (4,1-4,5)	4,9 (4,7-5,1)	4,6 (4,4-4,9)	4,5 (4,3-4,6)	**	0,01	**			*	
б) обратное предъявление / reverse presentation	3,1 (2,9-3,3)	3,1 (2,9-3,3)	2,8 (2,6-2,9)	3,8 (3,4-4,1)	3,8 (3,5-4,0)	3,3 (2,9-3,7)	3,3 (3,1-3,6)			***				0,006
в) общий показатель total result	7,0 (6,7-7,3)	7,1 (6,7-7,5)	6,7 (6,5-6,9)	8,1 (7,6-8,5)	8,7 (8,4-9,0)	7,9 (7,5-8,4)	7,8 (7,5-8,2)	0,01		*				*
Кодирование / Coding														
а) количество обработанных знаков / the number of symbols processed	22,3 (21,2-23,4)	16,1 (15,1-17,1)	26,2 (24,8-27,7)	28,4 (27,1-29,7)	26,4 (24,4-28,3)	29,3 (27,9-30,8)	30,6 (29,4-31,8)	*	*	**	0,03			0,003
б) количество ошибок the number of errors	0,7 (0,3-1,2)	0,2 (0,0-0,3)	0,9 (0,4-1,4)	0,4 (0,08-0,7)	0,6 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-0,7)	0,6 (0,05-1,2)							

* $P<0,001$; ** $P=0,001$; *** $P=0,02$

При сравнении средних значений памяти и умственной работоспособности у детей коренных популяций, в сравнении с восточными славянами, методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) получены различия для слухоречевого запоминания ($F_{2,264}=7,51$, $p=0,001$) и умственной работоспособности ($F_{2,261}=61,75$, $p<0,001$). Дальнейшее апостериорное сравнение показало, что объем слухоречевой памяти у якутов, эвенов, эвенков и алтайцев оказался ниже, по сравнению с результатами, полученными у восточных славян. В том числе, объем запоминания цифр в прямом предъявлении меньше у якутов в среднем на 0,5 знака ($SD=0,93$, $t=-3,669$, $df=216$, $p=0,001$), у эвенов и эвенков на 0,5 знака ($SD=0,71$, $t=-3,181$, $df=90$, $p=0,001$), у алтайцев на 0,5 знака ($SD=0,58$, $t=-6,188$, $df=242$, $p=0,001$). Объем запоминания цифр в обратном предъявлении меньше у алтайцев в среднем на 0,5 знака ($SD=1,08$, $t=-3,651$, $df=242$, $p=0,002$). Общий объем запоминания меньше у якутов в среднем на 0,7 знака ($SD=1,63$, $t=-2,776$, $df=217$, $p=0,01$), у алтайцев на 1,1 знака ($SD=1,22$, $t=-5,681$, $df=242$, $p<0,001$). Показатели слухоречевой памяти у тувинцев, проживающих в сельской местности, оказались выше, чем у восточных славян: объем запоминания цифр в прямом предъявлении у тувинцев в среднем на 1,4 знака больше ($SD=1,94$, $t=7,064$, $df=212$, $p<0,001$), в обратном – на 0,5 знака ($SD=1,12$, $t=3,266$, $df=212$, $p=0,006$), общий объем запоминания больше в среднем на 0,9 знака ($SD=1,49$, $t=3,846$, $df=212$, $p<0,001$).

Показатели умственной работоспособности по результатам методики Кодирование у представителей всех коренных популяций оказались ниже, в сравнении с восточными славянами. Так, за определенный отрезок времени якуты обработали меньше в среднем на 6,5 знака ($SD=6,49$, $t=-6,296$, $df=217$, $p<0,001$), эвенки и эвены на 13,2 знаков ($SD=3,49$, $t=-15,347$, $df=90$, $p<0,001$), алтайцы на 4,1 знака ($SD=8,51$, $t=-4,195$, $df=250$, $p=0,001$), тувинцы на 3,9 знака ($SD=9,75$, $t=-3,513$, $df=213$, $p=0,003$), агинские буряты на 1,9 знака ($SD=7,71$, $t=-2,1$, $df=257$, $p=0,03$).

Обсуждение результатов.

Согласно концепции интеллектуального развития Ж. Пиаже [29], младший школьный возраст, к которому принадлежат обследованные дети, относится к периоду становления репрезентативного интеллекта и формирования способности к конкретным операциям. Интеллектуальные функции в этом возрасте проявляются как в виде простых операций (классификация, взаимно однозначное соответствие), так и системы операций (система координат, проективные понятия). Анализ выполнения методик представителями разных этнических групп показал, что у большинства школьников в возрасте 9-10 лет формируется способность к анализу, синтезу и логическому мышлению, что подтверждается результатами выполнения субтестов Классификация картинок и Понятие последовательного порядка. Данный факт позволяет прийти к выводу о том,

The amount of memorization of numbers in the reverse presentation is lower for the Altai people by an average of 0.5 characters ($SD=1.08$, $t=-3.651$, $df=242$, $p=0.002$). The total memory volume is less in Yakuts by an average of 0.7 characters ($SD=1.63$, $t=-2.776$, $df=217$, $p=0.01$), among Altai people by 1.1 characters ($SD=1.22$, $t=5.681$, $df=242$, $p<0.001$). The indicators of auditory-verbal memory among Tuvans living in rural areas were higher than among the Eastern Slavs: the amount of numbers memorized in direct presentation by Tuvans is on average 1.4 more ($SD=1.94$, $t=7.064$, $df=212$, $p<0.001$), in the opposite – by 0.5 digits ($SD=1.12$, $t=3.266$, $df=212$, $p=0.006$), the total amount of memorization is higher by an average of 0.9 characters ($SD=1.49$, $t=3.846$, $df=212$, $p<0.001$).

Indicators of mental performance according to the results of the Coding technique for representatives of all indigenous populations were lower in comparison to the Eastern Slavs. So, for a certain period of time, the Yakuts processed an average of 6.5 characters less ($SD=6.49$, $t=-6.296$, $df=217$, $p<0.001$), Evens and Evens were 13.2 characters behind ($SD=3.49$, $t=-15.347$, $df=90$, $p<0.001$), Altai people – 4.1 characters ($SD=8.51$, $t=-4.195$, $df=250$, $p=0.001$), Tuvans – 3.9 characters ($SD=9.75$, $t=-3.513$, $df=213$, $p=0.003$), Agin Buryats – 1.9 digits, ($SD=7.71$, $t=-2.1$, $df=257$, $p=0.03$).

The discussion of the results.

According to the concept of intellectual development by J. Piaget [29], the primary school age, of which the children examined are, is the period of the formation of representative intelligence and the formation of the ability to perform specific operations. Intellectual functions at this age are manifested both in the form of simple operations (classification, one-to-one correspondence), and systems of operations (coordinate system, projective concepts). Analysis of the implementation of methods by representatives of different ethnic groups showed that most students aged 9-10 have the ability to analyze, synthesize and think logically, which is confirmed by the results of the Classification of Pictures and the Sequential Order Concept subtests. This fact allows to conclude that the formation of basic mental processes in schoolchildren of the studied populations corresponds to the stage of specific operations, which is characterized by the manipulation of symbols, the mastery of mental operations and logical rules [29], and the formation of intellectual functions in accordance with the general laws of ontogenetic development.

The main differences that we have identi-

что у школьников обследованных популяций становление основных мыслительных процессов соответствует стадии конкретных операций, для которой характерно манипулирование символами, овладение мыслительными операциями и логическими правилами [29], а становление интеллектуальных функций происходит в соответствии с общими законами онтогенетического развития.

Основные различия, которые мы выявили у представителей разных этносов, касаются изобразительных навыков, показателей памяти, сформированности представлений о системе координат и скорости в обработке информации. Так, у представителей коренных популяций, проживающих в северных районах Сибири, выявлено лучшее развитие сенсорной, или зрительной памяти, по сравнению со слухоречевой, что подтверждается более высокой результативностью выполнения рисуночных методик ($p < 0,001$) и сниженной продуктивностью запоминания цифр ($p < 0,05$). Это не противоречит современным данным о функциональной разобщенности вербальной и сенсорной памяти в области дорсолатеральной префронтальной коры [30].

При обследовании представителей коренных популяций, проживающих в южных районах Сибири, получены неоднородные результаты. Так, у тувинцев, по сравнению с восточными славянами, позже формируется аналитико-синтетическая функция мышления, что подтверждается меньшей результативностью теста OLSAT ($p < 0,001$), однако у них лучше развита слухоречевая память (запоминание цифр), пространственное мышление и представления о системе координат, в частности, понятие о вертикали ($p < 0,001$). У алтайцев менее развита слухоречевая память ($p = 0,001$), позже формируются аналитико - синтетическая функция ($p = 0,006$) и пространственное мышление ($p = 0,001$). У бурят, по сравнению с восточными славянами, раньше начинает формироваться аналитико-синтетическая функция мышления ($p = 0,006$) и лучше развито пространственное мышление, в частности, понимание горизонтали ($p = 0,03$).

Особенности психических процессов у представителей коренных популяций мы объясняем разными экологическими условиями проживания (северные и южные районы Сибири), различиями ландшафта (тундра, лесотундра, степная или горно-степная зона), спецификой традиционного образа жизни и ведущих видов деятельности, что закрепляло те психические функции, которые были необходимы для более успешной адаптации. Бескрайние северные просторы и образ жизни охотников и рыболовов стимулировал у якутов, эвенов и эвенков лучшее развитие сенсорной или зрительной памяти [31, 32]. Горно-степной ландшафт и традиционный образ жизни кочевников-скотоводов стимулировал развитие у тувинцев пространственного мышления и понимание принципов устойчивости на наклонной плоскости, в частности, восприятие вертикальной поверхности [33].

Среди представителей разных этносов, связанных с визуальными навыками, памятью, формированием представлений о системе координат и скоростью в обработке информации. Так, представители коренных популяций, проживающих в северных районах Сибири, показали лучшее развитие сенсорной и визуальной памяти по сравнению со слухоречевой и вербальной памятью, что подтверждается более высокой результативностью выполнения рисунковых методик ($p < 0,001$), и сниженной продуктивностью запоминания цифр ($p < 0,05$). Это не противоречит современным данным о функциональной разобщенности вербальной и сенсорной памяти в области дорсолатеральной префронтальной коры [30].

При обследовании представителей коренных популяций, проживающих в южных районах Сибири, получены неоднородные результаты. Так, у тувинцев, по сравнению с восточными славянами, позже формируется аналитико-синтетическая функция мышления, что подтверждается меньшей результативностью теста OLSAT ($p < 0,001$), однако у них лучше развита слухоречевая память (запоминание цифр), пространственное мышление и представления о системе координат, в частности, понятие о вертикали ($p < 0,001$). У алтайцев менее развита слухоречевая память ($p = 0,001$), позже формируются аналитико - синтетическая функция ($p = 0,006$) и пространственное мышление ($p = 0,001$). У бурят, по сравнению с восточными славянами, раньше начинает формироваться аналитико-синтетическая функция мышления ($p = 0,006$) и лучше развито пространственное мышление, в частности, понимание горизонтали ($p = 0,03$).

Мы считаем, что особенности психических процессов у представителей коренных популяций объясняются разными экологическими условиями проживания (северные и южные районы Сибири), различиями ландшафта (тундра, лесотундра, степная или горно-степная зона), спецификой традиционного образа жизни и ведущих видов деятельности, что закрепляло те психические функции, которые были необходимы для более успешной адаптации. Бескрайние северные просторы и образ жизни охотников и рыболовов стимулировал у якутов, эвенов и эвенков лучшее развитие сенсорной или зрительной памяти [31, 32]. Горно-степной ландшафт и традиционный образ жизни кочевников-скотоводов стимулировал развитие у тувинцев пространственного мышления и понимание принципов устойчивости на наклонной плоскости, в частности, восприятие вертикальной поверхности [33].

Хозяйственный уклад степных кочевников формировал у агинских бурят представление о системе координат, связанной с лучшей ориентацией на горизонтальной плоскости.

В то же время, мы выявили общую закономерность когнитивного функционирования у представителей всех коренных популяций, отличающую их от восточных славян – сниженную подвижность психических процессов, которая проявляется в сниженной скорости обработки информации. Так, при выполнении методики Кодирования дети коренных народов Сибири, в сравнении с восточными славянами, обработали меньшее количество знаков: якуты в среднем на 6,5 знака меньше ($p < 0,001$), эвенки и эвены на 13,2 ($p < 0,001$), алтайцы на 4,1 ($p = 0,001$), тувинцы на 3,9 ($p = 0,003$), агинские буряты на 1,9 знака ($p = 0,03$).

Недавние нейропсихологические исследования показывают, что скорость обработки информации может быть важным индикатором в оценке риска самоубийства, так как является одной из функций когнитивной исполнительской системы, отвечающей за оценку меняющихся альтернатив и выполнение планов [3]. Данная функция связана с подвижностью протекания психических процессов и является характеристикой динамического компонента мышления.

Подвижность психических процессов в определённой степени может служить одним из показателей темперамента, так как отражает типологические свойства высшей нервной деятельности или нейродинамическое соотношение коры и подкорки [34]. Сниженную подвижность психических процессов у представителей коренных этносов мы объясняем длительным проживанием в суровом климате, что подчиняло весь образ жизни господствующим условиям сибирской природы, делая его неспешным и менее энергозатратным. Однако в новых социальных условиях низкая подвижность психических процессов может быть фактором риска суицидального поведения.

Данное исследование объясняет причину высокого уровня самоубийств у коренных народов Сибири с позиции когнитивного подхода. Однако для более глубокого понимания механизмов формирования суицидального поведения требуется продолжение дальнейших исследований нейрокогнитивных функций и их связи с суицидом.

Выводы:

Становление операционального интеллекта у представителей всех популяций происходит в соответствии с общими законами онтогенетического развития. Базовые психические функции являются универсальными для всех этнических групп, но могут приобретать черты культурной специфики вследствие влияния средовых факторов и особенностей традиционного образа жизни.

У представителей коренных народов Сибири, в сравнении с восточными славянами, выявлены культурно-специфические особенности когнитивных функ-

At the same time, we revealed a general pattern of cognitive functioning among representatives of all indigenous populations that distinguishes them from the Eastern Slavs – a reduced mobility of mental processes, which manifests itself in a reduced information processing speed. So, when performing the Coding methodology, the indigenous children of Siberia compared to the Eastern Slavs, processed a smaller number of characters: the Yakuts, on average, are 6.5 characters behind ($p < 0.001$), Evenks and Evens are 13.2 characters behind ($p < 0.001$), Altaians are 4.1 characters behind ($p = 0.001$), Tuvans are 3.9 characters behind ($p = 0.003$), Agin Buryats are 1.9 characters behind ($p = 0.03$). Recent neuropsychological studies show that information processing speed can be an important indicator in assessing suicide risk, as it is one of the functions of the cognitive executive system that is believed to be responsible for assessing changing alternatives and fulfilling plans [3]. This function is associated with the mobility of the course of mental processes and is a characteristic of the dynamic component of thinking. The mobility of mental processes to a certain extent can serve as one of the indicators of temperament, as it reflects the typological properties of higher nervous activity or the neurodynamic ratio of the cortex and subcortex [34].

We explain the reduced mobility of mental processes among representatives of indigenous ethnic groups by prolonged living in harsh climate that makes the entire way of life subject to the dominating conditions of Siberian nature, making it less quick and more energy-saving. However, under the new social conditions, low mobility of mental processes may be considered a risk factor for suicidal behavior. This study explains the reason for the high suicide rate among the indigenous peoples of Siberia from the perspective of a cognitive approach. However, a deeper understanding of the mechanisms of formation of suicidal behavior requires the continuation of further studies of neurocognitive functions and their relationship with suicide.

Conclusion:

The formation of operational intelligence in representatives of all populations occurs in accordance with the general laws of ontogenetic development. Though basic mental functions are universal for all ethnic groups, they can be affected by cultural specifics such as environmental factors and traditional way of life features.

Representatives of the indigenous peoples of Siberia, in comparison to the Eastern Slavs, revealed cultural-specific features of cognitive

ций – сниженная скорость обработки информации, что мы расцениваем как нейрокогнитивный фактор риска суицидального поведения.

functions – reduced processing speed that we regard as a neurocognitive risk factor for suicidal behavior.

Литература / Reference:

- Dixon–Gordon K.L., Gratz K.L., McDermott M.J., et al. The role of executive attention in deliberate self-harm. *Psychiatry Res.* 2014; 15 (218): 113–117.
- Sarkisian K.L., Van Hulle C.A., Goldsmith H. Brooding, Inattention, and Impulsivity as Predictors of Adolescent Suicidal Ideation. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 2019; 47 (2): 333–344.
- Saffer B., Klonsky E.D. Does neurocognitive functioning distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review / *International Summit on Suicide Research / New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities / Nevada, 2017.* P. 111.
- Keilp J.G., Sackeim H.A., Brodsky B.S., et al. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158: 735–741.
- King D.A., Conwell Y., Cox C., et al. A neuropsychological comparison of depressed suicide attempters and nonattempters. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2000; 12: 64–70.
- Marzuk P.M., Hartwell N., Leon A.C., et al. Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 294–301.
- McGirr A., Dombrovski A.Y., Butters M.A., et al. Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: cognitive assessment using the Wisconsin card sorting task. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46: 226–232.
- Kaschka W.P., Rujescu D. Biological Aspects of Suicidal Behavior. *Adv. Biol. Psychiatry.* 2016; 30: 88–100.
- Richard–Devantoy S., Olie E., Guillaume S., et al. Distinct alterations in valuebased decision-making and cognitive control in suicide attempters: toward a dual neurocognitive model. *J. Affect. Disord.* 2013; 151: 1120–1124.
- Dombrovski A.Y., Clark L., Siegle G.J., et al. Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *Am. J. Psychiatry.* 2010; 167: 699–707.
- Keilp J.G., Beers S.R., Burke A.K., et al. Neuropsychological deficits in past suicide attempters with varying levels of depression severity. *Psychol. Med.* 2014; 44 (14): 2965–2974.
- LeGris J., van Reekum R. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behavior. *Can. J. Psychiatry.* 2006; 51 (3): 131–142.
- Sheftall A., Brent D., Keilp J., et al. Neurocognitive functioning and aggression in mothers of adolescent suicide attempters. *International Summit on Suicide Research / New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities / Nevada, 2017.* P. 113.
- Keilp J., Beers S., Goryn M., et al. Neurocognitive deficits as familial risk factors for suicidal behavior / *International Summit on Suicide Research / New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities / Nevada, 2017.* P. 111.
- Brick L.A., Marraccini M.E., Micalizzi L., et al. Overlapping genetic effects between suicidal ideation and neurocognitive functioning. *J. Affect. Disord.* 2019; 15 (249): 104–111.
- Chesin M., Mayers J., Cascardi M. Cognitive-affective correlates of suicide ideation and attempt among college students / *International Summit on Suicide Research / New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities / Nevada, 2017.* P. 202–203.
- Richard–Devantoy S., Gorwood P., Annweiler C., et al. Suicidal behaviours in affective disorders: a deficit of cognitive inhibition? *Can. J. Psychiatry.* 2012; 57: 254–262.
- Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am. J. Psychiatry.* 2005; 162: 304–310.
- Miranda R., Gallagher M., Bauchner B., et al. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress. Anxiety.* 2012; 29: 180–186.
- vanHeeringen K. Suicide and the connectome / *International Summit on Suicide Research / New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities / Nevada, 2017.* P. 16.
- Hawton K., van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009; 373 (9672): 1372–1381.
- vanHeeringen K. Stress–diathesis model of suicidal behavior. *The neurobiological basis of suicide / Taylor & Francis; 2012.* Chap. 6.
- King C.A., Merchant C.R. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Arch. Suicide Res.* 2008; 12 (3): 181–196.
- Анастаси А. Психологическое тестирование. СПб.: Питер, 2001. [Anastasi A. Psychological testing. SPb.: Peter, 2001.] (In Russ)
- Otis A. S., Lennon R.T., Otis–Lennon School Ability Test (OL–SAT) technical manual. San Antonio, TX: Harcourt Brace. Educational Measurement, 1997.
- Силвер Р., Копытин А.И. Рисуночный тест Р. Силвер: Методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 2002. [Silver R., Kopytin A. I. Drawing test R. Silver: Methodological guidance. SPb.: Imaton, 2002.] (In Russ)
- Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. М.: ВЛАДОС, 2003. [Wenger A. L. Psychological drawing tests. Moscow: VLADOS, 2003.] (In Russ)
- Triandis H.S., Eunkook M.S., Cultural influences on Personality. *Annu. Rev. Psychol.* 2002; 53: 133–160.
- Piaget J. The Psychology of the Child. N.Y.: Grossman, 1969.
- Fried P.J., Rushmore III R.J., Moss M.B. et al. Causal evidence supporting functional dissociation of verbal and spatial working memory in the human dorsolateral prefrontal cortex. *Eur. J. Neurosci.* 2014; 39: 1973–1981.
- Семенова Н.Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера. *Суицидология.* 2013; 4 (1): 28–32. [Semenova N.B. Cognitive risk factors for suicidal behavior among indigenous peoples of the North. *Suicidology.* 2013; 4 (1): 28–32.] (In Russ)
- Семенова Н.Б. Особенности познавательной сферы детей коренных народов Севера. *Вопросы психологии.* 2015; 4: 59–69. [Semenova N.B. Features of the cognitive sphere of children of indigenous peoples of the North. *Question of psychology.* 2015; 4: 59–69.] (In Russ)
- Семенова Н.Б. Характеристика когнитивных функций у детей тувинцев: этнические и территориальные различия. *Вопросы психологии.* 2015; 6: 18–27. [Semenova N.B. Characteristics of cognitive functions in Tuvan children: ethnic and territorial differences. *Question of psychology.* 2015; 6: 18–27.] (In Russ)
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. [Rubinstein S. L. Fundamentals of General psychology. SPb.: Peter, 2002.] (In Russ)

PREREQUISITES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF INDIGENOUS PEOPLES OF SIBERIA: COGNITIVE RISK FACTORS (PART II)

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:

Introduction. Cognitive risk factors for suicidal behavior were revealed in adolescents of Siberian indigenous peoples: dysfunctional attitudes, a tendency to excessive generalization, a subjective feeling of insolubility of life's difficulties. However, the importance of cognitive factors in the formation of suicidal behavior is not limited to a distorted cognitive scheme, but covers a wider range of mental processes. Aim of the study is to study the features of cognitive processes in indigenous populations of Siberia (Yakuts, Evens, Evenks, Altai, Agin Buryats and Tuvans),

in comparison with the Eastern Slavs. The object of the study and research methods. The children of 9-10 years of age, the students of secondary schools living in rural areas, in the national subjects of the Russian Federation, a total number of 779 people were examined. Among them there are 180 Yakuts, 49 Evens and Evenks, 135 Altai, 154 Agin and Buryats, 98 Tuvians, 163 Slavs from the East. The mean age was 9.8 y.o. The study used non-verbal methods: 1) Classification of pictures from the Otis–Lennon School Ability Test (OLSAT); 2) subtests: The concept of sequential order, the Concept of horizontality and the Concept of verticality from the battery of pictures of tests by R. Silver; 3) test The picture of a Man in the interpretation of A.L. Wenger; 4) methods: Reproduction of digital series, Battery coding of non-verbal subtests by D. Wechsler (WAIS, subtests V and VII). Statistical processing was performed using IBM SPSS Statistics, Version 22. Results. The formation of intellectual functions in representatives of different populations occurs in accordance with the general laws of ontogenetic development. The interpopulation differences that were identified relate to visual skills, memory indicators, the formation of ideas about the coordinate system and speed in processing information. In Yakuts, Evens, and Evenks, visual memory is better developed ($p < 0.001$), compared to auditory memory. Tuvians have better developed auditory and verbal memory, spatial thinking and the concept of vertical ($p < 0.001$). The Buryats have better developed spatial thinking and horizontal understanding ($p = 0.03$). Altai people have lower indicators of auditory-verbal memory ($p = 0.001$). We explain these differences by the specifics of lifestyle and the main activities formed by unique natural landscapes of habitat. The main feature of cognitive processes among indigenous peoples, in comparison with the Eastern Slavs, is associated with different speed of information processing. When performing the Coding methodology, the Yakuts processed 22.3 characters; Evenks and Evens – 16.1; Altai – 26.2; Tuvans – 26.4; Agin Buryats – 28.4, which is lower compared to the Eastern Slavs (30.6 characters), $p < 0.001$. Conclusion. Representatives of the indigenous populations of Siberia, in comparison with the Eastern Slavs, revealed culturally specific features of cognitive functions - a reduced processing speed of information, which we consider as a risk factor for suicidal behavior associated with the characteristics of neurocognitive functioning.

Keywords: ethnopsychology, adolescents, children, mental health, suicide, indigenous peoples, Siberia, risk factors, neurocognitive functions.

Благодарности. Автор выражает огромную благодарность за помощь в организации экспедиционных исследований директору РЦ ПМСС Республики Саха (Якутия) (РС (Я)), заслуженному работнику образования РС (Я) В.Н. Филиппову и его заместителю по учебно-методической работе, почетному работнику образования РФ Т.Ф. Мартьяновой; 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. РЦ ПМСС 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 Мин. Здрав. РС (Я) Е.В. Мордосову; врача педиатра ЦБ Усть-Майского улуса Ю.Е. Ноеву; врачей психиатров РЦ ПМСС Мин. Обр. РС (Я) Т.Н. Саввину 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.

Gratitude. The author is highly grateful for the help in organizing expeditionary research to the Director of the Primary Medical Center of the Republic of Sakha (Yakutia), Honored Worker of Education of the Sakha Republic, Yakutia V.N. Filippov and his deputy for educational and methodical work, honorary worker of education of the Russian Federation, excellent representative of education of the Sakha Republic, Yakutia T.F. Martynova; employees of the administration of the Aginsky Buryat district of the Transbaikal Territory and its representatives – a consultant of the department of social development S.B. Bazarova and the Deputy Head of Social Development R.M. Baldorzhieva; the Head of the Educational Policy Department of the Ministry of Education and Science of the Republic of Altai O.S. Savrasova.

The author is grateful for the help in conducting research on education workers and health workers of the Republic of Sakha (Yakutia): Department of Innovative Technologies of Republican Center for Psychological, Medical and Social Support R.N. Andreev; the Deputy Head of the Republican Center for Psychological, Medical and Social Support I.I. Andreev; to the teaching psychologists of the Republican Center for Psychological, Medical and Social Support E.N. Semenov, A.F. Petrov and A.N. Androsov; Education Management Specialist of the Olekminsky District N.S. Makarov; psychiatrist at the Yakut Republican Neuropsychiatric Dispensary E.V. Mordosov; pediatrician of the Central Bank of Ust-May ulus Yu.E. Noah, psychiatrists of the Republican Center for Psychological, Medical and Social Support T.N. Savvina and T.S. Sivtseva.

The author is grateful for the help in collecting and processing the obtained material to the scientific staff of the Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk: V.A. Vshivkov, senior researcher, candidate of medical sciences A.Yu. Kholomeeva; Senior Researcher, Ph.D. L.V. Lapteva; n.s. N.G. Ant; medical psychologists Krasnoyarsk Regional Psychoneurological Dispensary №1 A.F. Muzafarova, E.E. Dolgushina, Yu.N. Orlova.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 21.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 18.10.2019.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения у детей и подростков коренных народов Сибири: когнитивные факторы риска (часть II). 2019; 10 (3): 19-31. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-19-31

For citation: Semenova N.B. Prerequisites of suicidal behavior in children and adolescents of indigenous peoples of Siberia: cognitive risk factors (part II). *Suicidology*. 2019; 10 (3): 19-31. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-19-31

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМАТИЧЕСКИ КУРЯЩИХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ОБОЕГО ПОЛА

А.В. Меринов, К.В. Полкова, О.В. Казаева, К.Е. Стаферова, Н.Л. Меринов

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
ГУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, Россия

SUICIDOLOGICAL CHARACTERIZATION OF SYSTEMATICALLY SMOKING YOUNG PEOPLE OF BOTH GENDERS

*A.V. Merinov, K.V. Polkova, O.V. Kazaeva,
K.E. Staferova, N.L. Merinov*

*Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Odintsovo narcological dispensary, Odintsovo, Russia*

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» МЗ РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Полкова Ксения Владимировна (SPIN-код: 1149-3624; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544; Researcher ID: W-4794-2019). Место учёбы: клинический ординатор 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: +7(915)590-65-41, электронный адрес: polkovaksu@gmail.com

Казаева Ольга Викторовна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5362-5040; ORCID iD: 0000-0003-1630-6437; Researcher ID: Y-8228-2018). Место работы и должность: доцент кафедры профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (4912) 46-08-03, электронный адрес: ovkazaeva@gmail.com

Стаферова Ксения Евгеньевна (ORCID iD: 0000-0001-9121-1150; Researcher ID: W-7165-2019). Место учёбы: клинический ординатор 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: +7 (910) 574-99-53, электронный адрес: xenia.staferova@gmail.com

Меринов Николай Львович (SPIN-код: 3148-7219, ORCID ID: 0000-0003-3221-6693, Researcher ID: X-3710-2019). Место работы и должность: заведующий амбулаторным отделением ГУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Россия, Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д.55. Телефон: +7 (915) 435-55-07, электронный адрес: nikmerinov@gmail.com

Contact Information:

Merinov Alexey Vladimirovich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor (SPIN-код: 7508-2691; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542; Researcher ID: M-3863-2016). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Polkova Xenia Vladimirovna (SPIN-код: 1149-3624; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544; Researcher ID: W-4794-2019). Place of study: clinical resident of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7(915)590-65-41, email: polkovaksu@gmail.com

Kazaeva Olga Viktorovna – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5362-5040; ORCID iD: 0000-0003-1630-6437; Researcher ID: Y-8228-2018). Place of work and position: Associate Professor of the Department of specialized hygienic disciplines with a course of hygiene, epidemiology and the organization of the Sanitary and Epidemiological Service Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (4912) 46-08-03, email: ovkazaeva@gmail.com

Staferova Xenia Evgenievna (ORCID iD: clinical resident of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltynaya str. Phone: +7 (910) 574-99-53, email: xenia.staferova@gmail.com

Merinov Nikolai Lvovich (SPIN-код: 3148-7219, ORCID ID: 0000-0003-3221-6693, Researcher ID: X-3710-2019). Place of work and position: Head of the Department of Odintsovo narcological dispensary. Address: Russia, Moscow region, Odintsovo, 55 Mozhayskoye highway. Phone: +7 (915) 435-55-07, email: nikmerinov@gmail.com

Проблема табакокурения в Российской Федерации продолжает волновать медицинское сообщество, несмотря на заметное снижение распространённости этой проблемы среди молодежи, благодаря популяризации здорового образа жизни. Курение изучено как безусловный фактор риска соматической патологии, однако в последнее время интерес вызвала возможная связь табакокурения и личностной аутоагрессивности. В ряде работ

отмечены позитивные корреляции между интенсивным курением и суицидальным поведением, но оценки эти получены, в основном, ретроспективно. Этот факт затрудняет квалификацию роли курения. В связи с вышесказанным произведено изучение и сравнение аутоагрессивной характеристики групп курящих и некурящих молодых людей. Цели и задачи: Исследование статистически значимых отличий в аутоагрессивном профиле между группами курящих и некурящих юношей и девушек. Обозначение связи систематического курения и представленности аутоагрессивных стигм среди лиц молодого возраста. Материалы и методы. Обследованы 495 девушек и 231 юноша, впоследствии разделённые на курящих и некурящих. Критерий включения в исследуемые группы – систематическое табакокурение, количество выкуриваемых сигарет более десяти в сутки. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Было произведено сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах. Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Результаты и обсуждение. Данные исследования выявляют явно повышенный аутоагрессивный «потенциал» в исследованных группах. Высокие показатели, характеризующие суицидальную направленность реализации аутоагрессивных импульсов, обнаружены только среди девушек: количество суицидальных попыток превышало таковые в контрольной группе – более чем в три раза (17,0% против 5,5%), а количество суицидальных мыслей более чем в полтора (34,9% против 21,1%). Обнаруженные данные нуждаются в дальнейшем изучении, однако уже на этом этапе исследования мы можем говорить о возможном прогностическом значении табакокурения для диагностики риска суицидального поведения у девушек. Обнаруженные несуйцидальные феномены аутоагрессивного поведения у девушек обращают на себя внимание преимущественно «наркологическим» типом реализации аутоагрессивных импульсов: злоупотребление алкоголем наблюдалось в 24,8% случаев, наркотических препаратов – в 20,4% (в контрольной группе – у 4,6 % и 7,8% соответственно), а также рискованным модусом поведения – с разницей в группах в три и более раз. Переходя к аналогичным сериям сравнений в юношеских группах, отметим отсутствие статистически значимых отличий в суицидологическом профиле ($p > 0,05$). Это может быть связано с более лояльным отношением к курящим мужчинам в нашей стране, которое сложилось уже на протяжении нескольких десятилетий. В отношении предикторов аутоагрессивного поведения отметим периоды гипотимии с переживаниями безысходности в женской группе. Обнаруженная склонность к неоправданному риску у курящих девушек коррелировала с наличием опасных хобби. Таким образом, обнаруженные аффективные и поведенческие нарушения гармоничны для аутоагрессивного профиля курящих девушек. Связь суицидологических феноменов и факта табакокурения сложно объяснить только с позиций влияния гендера. Курение в группе молодых женщин, вероятно, может являться индикатором личностного дискомфорта, аффективных проблем, часто ассоциированных с суицидальными паттернами, как в мыслях, так и в поведении. Выводы. В результате исследования выявлена связь между табакокурением и аутоагрессивным поведением в женской группе. При работе с курящими девушками следует рассматривать курение табака как фактор риска суицидального поведения. Отсутствие таких суицидальных закономерностей среди юношей поднимает вопрос уточнения влияния гендера.

Ключевые слова: никотиновая зависимость, табакокурение, аутоагрессия, суицидальное поведение

По данным ВОЗ за 2016 год Российская Федерация является одним из лидеров в Европе по распространённости табакокурения [1]. Среди лиц 15 лет и старше распространённость среди обоих полов составляла 40,9%, среди мужчин – 58,3%, среди женщин – 23,4%. В последние годы тщательно изучаются эмоциональные и социальные аспекты употребления табачных изделий, а также их влияние на формирование зависимости [1]. Выяснено, что курение гораздо чаще встречается у людей, которые сталкиваются со стрессом или находятся в неблагоприятном социальном положении. Курение чрезвычайно распространено среди заключённых, психически больных, представителей различных меньшинств и профессий, связанных с высоким риском для жизни [2, 3]. Известно, что именно эти социальные группы отличаются высоким уровнем аутоагрессивной настроенности [4, 5].

Понимая на данный момент под аутоагрессивным поведением любые действия, направленные на причинение себе вреда в физической, психосоциальной или духовной области [6, 7], многие исследователи [2, 8, 9] задаются закономерным вопросом: является ли табакокурение, как поведение с отчётливо представленным

According to WHO estimates, the Russian Federation is one of the leading countries in Europe for popularity of tobacco smoking [1]. Smokers of both genders make 40.9% of the population aged 15 years and older, among them 58.3% are men and 23.4% – women. Recently much attention has been given to a thorough study of emotional and social aspects of intake of tobacco products and of their role in formation of addiction [1]. It was found out that smoking is much more common among people who are facing stress or are in unfavorable social conditions. Smoking is widely spread among incarcerated individuals, mentally disabled patients, representatives of different minorities and of occupations associated with a high hazard to life [2, 3]. It is these social groups that are characterized by a high level of autoaggressiveness [4, 5].

Understanding autoaggressive behavior as any actions directed at making harm to oneself in physical, psychosocial and mental sphere [6, 7], many researchers [2, 8, 9] ask a reasonable question: is smoking being the behavior with a distinct component of ‘harming oneself’, with

компонентом «причинения вреда себе», осознаваемыми последствиями для здоровья, а также очевидным элементом добровольности – по своей сути, аутоагрессивным актом? Существуют ли отчетливые корреляции с иными видами саморазрушающего поведения? Нам хорошо знакома концепция Карла Меннингера о «хроническом суициде» [10], под которым подразумевались скрытые, незаметные, а часто – социально приемлемые формы стремления к самоуничтожению, к каковым, по праву, относилось и потребление никотина. Стоит заметить, что в ряде работ указывается на позитивные корреляции между аутоагрессивным поведением, в частности суицидальным поведением, с одной стороны и, интенсивным курением, с другой [9, 11, 12], однако большинство исследований касается установления этой связи «постфактум» – после клинико - психологической аутопсии суицидента. Этот факт затрудняет квалификацию роли курения, поскольку мы понимаем, что «интенсивное курение», к примеру, часто является маркером аффективных нарушений, имевших место в пресуицидальном состоянии.

Связь между систематическим табакокурением и суицидальными паттернами нередко объясняют с позиции механизма развития зависимости. Никотин влияет на центральную нервную систему как агонист N-подтипа ацетилхолиновых рецепторов, вызывая повышение концентрации серотонина, бета-эндорфина, дофамина, что приводит к повышению настроения, ощущению комфорта, воспринимается курящими как «снятие стресса». Вследствие снижения чувствительности рецепторов на фоне хронического потребления никотина, образуются дополнительные ацетилхолиновые рецепторы, обладающие повышенным сродством к никотину [13, 14]. Со временем способность дофаминергических структур выделять дофамин на обычные «сигналы» истощается, возникает психический дискомфорт, в том числе депрессия, суицидальные мысли.

В любом случае, в настоящий момент рассматриваемые вопросы требуют дальнейшего изучения и уточнения. Крайне любопытным является поиск представленности табакокурения в условно интактных массивах, где есть возможность изучить его возможную связь со значимыми в суицидологии индикаторами.

В связи с этим произведено изучение и сравнение аутоагрессивных характеристик курящих и некурящих молодых лиц мужского и женского пола. Отдельно подчеркнем тот факт, что в нашей стране активно осуществляется антитабачная государственная программа, что определенно имеет свои результаты. Курение перестало быть «модной привычкой», количество курящих молодых людей снижается, что делает изучение продолжающих курить, ещё более любопытным с позиций суицидологии, поскольку у них данный паттерн сохраняется, несмотря на общественный ostracism и экономическое бремя.

recognizable consequences for health and being absolutely voluntarily, essentially an autoaggressive act? Are there any distinct correlations of smoking with other kinds of self-defeating behavior? We are well familiar with the «chronic suicide» concept of Karl Menninger [10] understood as implicit, unnoticeable, and often socially acceptable forms of aspiration to self-destruction into which intake of nicotine can be justly included. To note, some works emphasize positive correlations between autoaggressive, in particular, suicidal behavior, on the one hand, and intense smoking, on the other [9, 11, 12]. But, however, in most studies this correlation is established «post factum» – after clinicopsychological autopsy of the suicider. This fact makes it difficult to qualify the role of smoking, since we understand that «intense smoking», for example, is often a marker of affective disorders in presuicidal condition.

The relationship between systematic smoking and suicidal patterns is often explained from the point of view of the mechanism of development of addiction.

Nicotine acts on the central nervous system as an agonist of N-subtype of acetylcholine receptors increasing concentration of serotonin, beta-endorphin, dopamine, with the result of raising mood, appearance of feeling of comfort, which is perceived by a smoker as «stress coping». Due to reduction of the sensitivity of receptors with the underlying chronic intake of nicotine, additional nicotine receptors are formed having enhanced affinity to nicotine [13, 14]. Over time, the ability of dopaminergic structures to release dopamine in response to normal «signals» is depleted, which results in mental discomfort including depression and suicidal thoughts.

Anyway, the considered questions require further study and clarification. Of interest is a search for representation of tobacco smoking in conventionally intact groups where it is possible to study its probable connection with parameters having significance in suicidology.

In this connection, autoaggressive characteristics of smoking and non-smoking young people of male and female gender were studied and compared. We would like to especially emphasize the fact of active realization of the governmental anti-nicotine program in our country which gives definite results. Smoking is no longer a «trendy habit», the amount of young smoking people definitely declines, which makes it more interesting to study individuals that continue smoking, from positions of suicidology, since they preserve this pattern despite social ostracism and economic burden.

Aim – to establish statistically significant differences in the autoaggressive profile

Цель исследования: поиск статистически значимых отличий в аутоагрессивном профиле между группами курящих и некурящих молодых людей обоего пола.

Задачи: изучение связи систематического табакокурения и представленности аутоагрессивных стигм среди лиц молодого возраста в отечественной популяции.

Материалы и методы.

Для решения поставленных целей были обследованы 495 девушек и 231 юноша. Для проведения опроса была организована онлайн-площадка на базе нескольких учебных заведений. Общая когорта обследованных была разделена на четыре подгруппы: курящие юноши, курящие девушки, некурящие юноши и девушки. Критерием включения в исследуемые группы являлось систематическое табакокурение, когда количество выкуриваемых за сутки сигарет превышало десять. Критерием исключения являлось табакокурение общей продолжительностью менее двух лет, меньшее число выкуриваемых сигарет, периодическое курение.

В 29,9% наблюдений ($n=148$) у женщин было выявлено курение табака, у мужчин – в 37,2% наблюдений ($n=86$), которые и вошли в исследуемые группы. Контрольные группы составили соответственно оставшиеся 347 женщин и 145 мужчин. Средний возраст в исследуемой группе женщин составил $20,7\pm 1,6$ года, в исследуемой группе мужчин – $21,6\pm 1,7$ лет. В контрольных группах соответственно $20,8\pm 1,2$ и $21,5\pm 1,8$ года. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [15]. Для решения поставленной задачи было произведено сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах.

Статистический анализ и обработка данных была произведена посредством непараметрических статистических методов математической статистики с использованием χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса. Описание статистических данных для непараметрических критериев представлено в виде n (%) (абсолютное количество признака в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Сразу отметим, что полученные данные обнаруживают повышенный аутоагрессивный «потенциал» в исследуемых группах. Кроме того, большое количество статистически значимых отличий, на наш взгляд, определяются половой принадлежностью респондентов, что и определило логику презентации обнаруженных в исследовании результатов.

between groups of smoking and non-smoking individuals of both genders.

Tasks: to study the link between systematic smoking and evidence of autoaggressive stigmas among young individuals of Russian population.

Materials and Methods

To realize the set aims, 495 girls and 231 boys were examined. For questioning, online site was organized on the base of several educational institutions. The total cohort of participants was divided into four subgroups: smoking young men, smoking girls, non-smoking young men, non-smoking girls. The criterion for inclusion into the groups of study was systematic tobacco smoking with the number of cigarettes smoked per day more than ten. The criterion for exclusion was smoking with overall duration less than 2 years, a smaller number of smoked cigarettes, periodical smoking.

148 Women (29.9%) and 86 men (37.2%) were smokers and were included into the groups of study. Control groups included the remaining 347 women and 145 men, respectively. The mean age in the studied group of women was 20.7 ± 1.6 years, and in the studied group of men – 21.6 ± 1.7 years. The mean age in the control groups was 20.8 ± 1.2 and 21.5 ± 1.87 years, respectively. As a diagnostics tool, a questionnaire was used for identification of autoaggressive patterns and their predictors in the past and present [15]. To achieve the set goals, comparison of all the studied characteristics in the subgroups was carried out.

Statistical analysis and processing of data were carried out by non-parametric methods of mathematical statistics using χ^2 and χ^2 with Yates correction. Description of statistical data for non-parametric criteria was presented in the form of n (%) (absolute quantity of a parameter in a group and its percentage of the total number of members of the group). Mathematical processing of the data was conducted using SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. The null hypothesis of similarity of two groups for the assessed characteristics was rejected at significance value $p<0.05$.

Results and Discussion

First of all, it should be stated that the obtained data showed increased autoaggressive «potential» in the studied groups. Besides, in our opinion, a large quantity of statistically significant differences were dependent on the gender of respondents, which determined the logic of presentation of the results obtained.

As to the suicidal patterns of behavior, significant differences were found only in girls, which to a certain extent agrees with the earlier data [10, 13] (Table 1).

Таблица 1 / Table 1

Представленность суицидальных паттернов среди групп девушек
Presence of Suicidal Patterns in Groups of Girls

Признак Parameter	Курящие девушки Smoking Girls n=148		Некурящие девушки Non-smoking Girls n=347		χ^2	P
	n	%	n	%		
Суицидальные попытки в анамнезе вообще Suicidal attempts in anamnesis in general	25	17,0	19	5,5	16,7	0,0000
Суицидальные попытки в последние 2 года Suicidal attempts in the recent 2 years	17	11,5	3	0,9	30,2	0,0000
Суицидальные мысли в анамнезе вообще Suicidal thoughts in anamnesis in general	51	34,9	73	21,1	9,9	0,0016
Суицидальные мысли в последние 2 года Suicidal thoughts in the recent 2 years	35	33,7	40	11,5	11,9	0,0006

Если касаться изолировано суицидальных паттернов поведения, то значимые отличия обнаружены только среди девушек, что, в определённой степени, согласуется с ранее приводимыми данными [10, 13] (табл. 1).

В исследуемой группе обнаружены высокие показатели, характеризующие суицидальную направленность реализации аутоагрессивных импульсов. Количество суицидальных попыток в анамнезе в группе превышает таковую в контрольной более, чем в три раза. Мы практически не видим попыток в последние два года в контрольной группе, при этом у курящих девушек данный показатель равнялся 11%. Аналогичную закономерность мы наблюдаем и в отношении суицидальных мыслей вообще, и в последние два года в частности. Обнаруженные данные, безусловно, нуждаются в дальнейшем уточнении и изучении. Однако уже на этом этапе исследования, мы можем с полной уверенностью говорить о наличии связей между явлениями и возможным прогностическом значении табакокурения для диагностики риска суицидального поведения у девушек.

Обращают на себя внимание обнаруженные несуйцидальные аутоагрессивные феномены, статистически значимо характеризующие женскую группу (табл. 2).

The studied group showed high parameters characterizing suicidal direction of realization of autoaggressive impulses. The amount of suicidal attempts in the anamnesis in the group was over 3 times than that in the control group. We practically did not see suicidal attempts in the control group in the recent two years, while in smoking girls this parameter was 11%. A similar tendency was found in the suicidal thoughts in general and in the recent two years in particular. The obtained data obviously need further clarification and study. However, even at this stage of study we may speak about the existence of relationships between the phenomena and a probable prognostic significance of smoking for diagnosing the risk of suicidal behavior in girls with absolute confidence.

Of note are non-suicidal autoaggressive phenomena that significantly characterize the studied female group (Table 2).

Таблица 2 / Table 2

Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны среди девушек
Non-Suicidal Autoaggressive Patterns among Girls

Признак Parameter	Курящие девушки Smoking Girls n=148		Некурящие девушки Non-Smoking Girls n=347		χ^2	P
	n	%	n	%		
Злоупотребление алкоголем последние 2 года Abuse of alcohol in the last 2 years	34	23,3	16	4,6	38,5	0,0000
Злоупотребление алкоголем вообще Abuse of alcohol in general	36	24,8	16	4,6	42,9	0,0000
Употребление наркотиков последние 2 года Intake of narcotic drugs in the last 2 years	23	15,7	21	6,1	11,5	0,0007
Употребление наркотиков вообще Intake of narcotic drugs in general	30	20,4	27	7,8	15,9	0,0001
Опасные хобби последние 2 года Dangerous hobbies in the last 2 years	29	19,9	22	6,4	19,7	0,0000
Опасные хобби вообще Dangerous hobbies in general	32	22,1	27	7,8	18,9	0,0000

Стоит отметить преимущественно «наркологический» характер реализации аутоагрессивных импульсов [16], что нашло отражение в частоте выявления у респонденток злоупотребления алкоголем и опыта употребления наркотических средств. Также обнаружено преобладание в группе опасных для жизни хобби (традиционно относимых к преимущественно мужским формам реализации аутоагрессивных тенденций [16]): разница между показателями в группах достигает трёх и более раз. Стоит заметить, что нами не обнаружено статистически значимых отличий в отношении остального спектра несуйцидальных аутоагрессивных феноменов: в их отношении рассматриваемые группы имеют схожие показатели. Тем не менее, в контексте обнаруженных отличий в отношении суйцидальных паттернов в исследуемой группе, полученные данные выглядят весьма значимыми для суйцидологической практики, поскольку многие наркологические показатели в существенной мере превышают таковые в группе сравнения (как показывают наши опросы, они отличаются и от усредненных оценок распространенности явлений непрофессиональным сообществом). По всей видимости, выступая в качестве – как маркеров аффективной патологии, так и облегчающих суйцидальное поведение субстанций. Отдельно отметим, что почти всем приводимым в таблице показателям, курящие девушки сопоставимы с аналогичными юношами (данные приведены в таблице ниже), то есть – привычная нам гендерная и социально приемлемая разница размывается.

Переходя к аналогичным сериям сравнений в юношеских группах, сразу отметим, что нами не было обнаружено статистически значимых отличий в отношении суйцидальной реализации аутоагрессивных импульсов (суйцидальные попытки и мысли). Для наглядности приведем значение показателей в соответствующих группах (табл. 3).

Сложно судить, по какой причине отсутствуют отличия между рассматриваемыми группами, особенно в свете таковых, обнаруженных в женской группе. Просто выскажем ряд своих предположений.

Worth noting is the primarily «narcological» pattern of realization of autoaggressive impulses [16] that was reflected in the frequency of detection of alcohol abuse and of experience of using narcotic drugs in girls. There was also detected predomination of life-threatening hobbies in the group (traditionally referred to male forms of realization of autoaggressive tendencies [16]): the difference between parameters in groups reached three times and more. It is worthy of note that we did not find any statistically significant differences in the rest spectrum of non-suicidal autoaggressive phenomena: here, the parameters were similar in all the groups. Nevertheless, in the context of differences in the suicidal patterns in the studied group, the obtained data seem to be rather significant for suicidological practice, since many narcological parameters considerably exceeded those in the comparison group (as it was shown by our questionnaires, they also differ from the average estimates of the incidence of the phenomena given by non-professional community), and probably act both as markers of affective pathology and as substances relieving suicidal behavior. It should be specially mentioned that in almost all the given parameters, smoking girls were comparable with smoking boys (the data are given in the table below), that is, the traditional gender-related and socially acceptable border was blurred.

Moving on to similar comparisons in the group of young men, no statistically significant differences were found by us in suicidal realization of autoaggressive impulses (suicidal attempts and thoughts). This is illustrated by the parameters given for the respective groups (Table 3).

It is difficult to suggest the reason for absence of differences between the examined groups, especially in view of their presence in the female group. But we would like to make some assumptions.

Таблица 3 / Table 3

Представленность суйцидальных паттернов среди групп юношей
Existence of Suicidal Patterns in Groups of Young Men

Признак Parameter	Курящие юноши Smoking Young men n=86		Некурящие юноши Non-Smoking Young Men n=145		χ^2	P
	n	%	n	%		
Суйцидальные попытки последние 2 года Suicidal attempts for the last 2 years	2	2,3	2	1,4	0,3	0,6024
Суйцидальные попытки вообще Suicidal attempts in general	7	8,1	9	6,2	0,3	0,5760
Суйцидальные мысли последние 2 года Suicidal thoughts for the last 2 years	11	12,5	13	9,0	0,7	0,3895
Суйцидальные мысли вообще Suicidal thoughts in general	17	19,5	25	17,2	0,2	0,6598

Таблица 4 / Table 4

Несуицидальные аутоагрессивные паттерны в группах юношей
Non-Suicidal Autoaggressive Patterns in Male Groups

Признак Parameter	Курящие юноши Smoking Boys n=86		Некурящие юноши Non-Smoking Boys n=145		χ^2	P
	n	%	n	%		
Злоупотребление алкоголем последние 2 года Alcohol abuse for the last 2 years	24	27,6	16	11,1	10,3	0,0013
Злоупотребление алкоголем вообще Alcohol abuse in general	25	29,1	18	12,5	9,7	0,0018
Употребление наркотиков последние 2 года Use of narcotic drugs for the last 2 years	18	20,5	12	8,3	7,2	0,0071
Употребление наркотиков вообще Use of narcotic drugs in general	26	29,9	20	13,8	8,9	0,0029
Опасные для жизни хобби последние 2 года Life-threatening hobbies for the last 2 years	21	23,9	19	13,1	4,5	0,0347

В нашей стране несколько десятилетий назад, курение традиционно было менее одиозной формой поведения именно для мужской популяции, и воспринималось как что-то «практически нормально». В отношении же курящих женщин подобной толерантности не наблюдалось. С приходом 90-х многие социальные стандарты претерпели изменения, что вызвало резкий рост курения в женской популяции. В последние три-четыре года, на фоне активно осуществляемой государственной антитабачной программы, количество курящих снижается. Мы начинаем наблюдать возвращение «традиционных взглядов» в отношении терпимости к полу зависимого от никотина. И курящий молодой мужчина – это в большей степени дань привычному стереотипу «псевдовзрослости», групповой принадлежности. И в меньшей – никотиновая зависимость является индикатором имеющихся эмоциональных нарушений, средством копинга, «лекарством» от одиночества. Что, как нам думается, является более значимым именно в женской группе, не смотря на изменившееся отношение к женскому курению и давление социально ориентированной рекламы. Подчеркнём, что данное положение нуждается в дальнейшем пристальном изучении.

Вернёмся к рассмотрению найденных отличий в мужских группах. В отношении ряда несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, мы видим похожую ситуацию, которая наблюдалась в женской серии сравнений.

Безусловно, с наркологических позиций, данный факт не является удивительным, подобная аддиктивная полипатентность является широко изученным фактом, тем не менее, в контексте суицидологии данные ассоциации рядом исследователей рассматриваются как отдельный вид направления реализации аутоагрессивных импульсов [16]. Так же мы видим статистически значимые отличия в отношении травматичных хобби, кстати, именно которые и послужили причинами условных судимостей.

Several decades ago smoking in our country was traditionally considered a less odious form of behavior for male population and was regarded as something «practically normal». No such tolerance was observed in regard of smoking women. With the advent of the 90s, many social standards underwent changes that resulted in a sharp growth of smoking in female population. Within recent three-four years, due to active realization of the governmental anti-nicotine program, the amount of smoking people declined. We witness a return of «traditional views» concerning tolerance to the gender addiction to nicotine. And a smoking young man is to a large extent «a tribute» of a habitual stereotype of «pseudo-adulthood» and a sign of belonging to a certain group. And to a lesser extent nicotine addiction is a sign of existing emotional disorders, a means of coping, a «remedy» against solitude which, in our opinion, is more significant just in the female group despite a change in the attitude to female smoking and the pressure of socially oriented ads. But once again we emphasize that this statement requires a further thorough study.

Let us come back to the consideration of the detected differences in male groups. For some non-suicidal autoaggressive phenomena the situation is similar to that in the female group.

Surely, from the narcological positions, this is not surprising, such addictive poly-patency is a widely studied fact, but, nevertheless, in the context of suicidology these associations are considered by some researchers to be a certain way of realization of autoaggressive impulses [16]. Besides, we see statistically significant differences concerning traumatic hobbies which, by the way, were the reasons for suspended sentences.

Таблица 5 / Table 5

Предикторы аутоагрессивного поведения у курящих девушек
Predictors of Autoaggressive Behavior in Smoking Girls

Признак Parameter	Курящие девушки Smoking Girls n=148		Некурящие девушки Non-Smoking Girls n=347		χ^2	P
	n	%	n	%		
Периоды длительного снижения настроения последние 2 года <i>Periods of prolonged depression of mood for the last 2 years</i>	88	59,5	141	40,6	14,8	0,0001
Периоды длительного снижения настроения в течение жизни вообще <i>Periods of prolonged depression of mood in life in general</i>	88	59,9	146	42,1	12,6	0,0004
Периоды безысходности последние 2 года <i>Periods of hopelessness for the last 2 years</i>	69	47,6	104	30,0	12,7	0,0004
Периоды безысходности раньше вообще <i>Periods of hopelessness in previous life</i>	76	52,4	118	34,0	13,1	0,0003
Склонность к неоправданному риску <i>Inclination to unjustified risk</i>	42	28,8	63	18,2	6,7	0,0097

Безусловно, мы не можем выносить окончательное и однозначное решение о связи обнаруженных данных именно с аутоагрессивностью личности, как, впрочем, не можем и полностью отрицать таковую. При отсутствии явных указаний на прочие аутоагрессивные проявления, квалификация обнаруженных отличий может носить сугубо наркологический характер. Тем не менее, полученные данные существенно расширяют наше представление о связи рассматриваемых явлений.

Рассмотрим спектр обнаруженных статистически значимых предикторов аутоагрессивного поведения (табл. 5). Сразу оговоримся, что достоверные отличия были обнаружены нами только среди девушек.

Прежде всего, это касается гипотимических периодов, сопровождающихся отчётливыми переживаниями безысходности. Обнаруженная склонность к неоправданному риску в женской группе коррелировала с наличием опасных для жизни хобби, что вполне логично. Таким образом, обнаруженные поведенческие и аффективные нарушения гармонично «встраиваются» в общую картину аутоагрессивного профиля курящих девушек.

Ассоциацию суицидологически значимых феноменов и факта курения сложно объяснить только с позиций влияния гендера. Вероятнее всего, мы столкнулись с весьма примечательным феноменом в женской группе, имеющим прямое отношение к большей их суицидологической «заряженности», а не только – к вредной привычке наркологического спектра. И курение в группе молодых женщин стоит рассматривать шире просто аддиктологической составляющей. Именно курение, вероятно, может являться индикатором личностного дискомфорта, имеющихся эмоциональных проблем, часто ассоциированных с суицидальными паттернами в мыслях и поведении.

Выводы:

Результат проведённого исследования даёт возможность предположить наличие связи между табакокуре-

Certainly, we cannot make a final and categorical judgment of connection of the obtained data with just the autoaggressiveness of a personality, nor can we completely deny it. In the absence of the evident signs of other autoaggressive phenomena, qualification of the detected differences may have a purely narcological character. Nevertheless, the obtained data considerably expand our understanding of connection between the examined phenomena.

Let us consider a spectrum of detected statistically significant predictors of autoaggressive behavior (Table 5). But first of all, we should warn that the reliable differences were found by us only in girls.

This first of all concerns hypothyroid periods running with evident feelings of hopelessness. Detected inclination to unjustified risk in the female group correlated with the existence of life-threatening hobbies, which is quite logical. Thus, detected behavioral and affective disorders harmoniously «build» into the general picture of the autoaggressive profile of smoking girls.

It is difficult to explain association of suicidologically significant phenomena and the factor of smoking exclusively from positions of gender influence. Most probably, we are facing a rather remarkable phenomenon in female group directly related to their higher suicidological «charge», and not only being a bad habit of the narcological spectrum. Smoking in the female group should be regarded in a wider aspect than just a simple addictological component. It is just smoking that can probably be an indicator of personal discomfort, of existing emotional problems that are often associated with suicidal patterns in the thoughts and behavior.

нием и аутоагрессивным поведением в изученной женской группе, где он, очевидно, связан как с суицидальными паттернами, так и рядом значимых предикторов аутоагрессивного поведения.

Подобных закономерностей не обнаружено в отношении лиц мужского пола, что вносит существенные коррективы в существующие представления о связи табакокурения и аутоагрессивного поведения.

3. Носит ли такой «гендерный перекося» временный или устойчивый характер – этот аспект требует дальнейшего уточнения. Однако, как нам представляется, для продолжающих курить девушек (несмотря на изменившееся отношение к таковым в обществе), этот факт может выступать в качестве прогностического суицидологически значимого феномена, в отличие от мужской популяции аналогичного возраста, где он – скорее продолжает оставаться преимущественно наркологической проблемой.

4. Полученные данные целесообразно использовать как в суицидологической, так и наркологической практиках.

Литература / References:

1. Monitoring tobacco use and prevention policies. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Geneva, Switzerland, 2017.
2. Суховская О.А. Табакокурение и суицид (обзор литературы). *Суицидология*. 2018; 9 (3): 92-98. [Sukhovskaya O.A. Smoking and suicide. Review. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 92-98.] (In Russ) doi: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-92-98
3. Жарденский А.Н. Аутоагрессивное поведение обвиняемых (типология, судебно-психиатрическая оценка, прогноз): Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2003. [Zhardetskiy A.N. Autoaggressive behavior of the accused (typology, forensic psychiatric evaluation, prognosis): Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2003.] (In Russ)
4. Зотов П.Б. Суицидальное поведение заключённых следственного изолятора. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (2): 3-11 [Zotov P.B. Suicide behavior of detained in custody. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (2): 3-11] (In Russ)
5. Гурьянов М.С., Камаев И.А., Иванов А.А., и др. Распространенность курения среди медицинских работников. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2009; 4: 511-514. [Guryanov M.S., Kamaev I.A., Ivanov A.A., et al. Prevalence of smoking among the medical workers. *RUDN journal of Medicine*. 2009; 4: 511-514.] (In Russ)
6. Руженков В.А., Руженков В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 4: 52-60. [Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Boeva A.V. Conceptions of suicidal behavior. *Suicidology*. 2012; 4: 52-60.] (In Russ)
7. Пилягина Г.Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? *Таврический журнал психиатрии*. 1999; 3 (3): 24-27. [Pilyagina G.Ya. Aggression: biological or psychological appropriateness of the choice? *Taurida journal of psychiatry*. 1999; 3 (3): 24-27.] (In Russ)
8. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Феномен аутоагрессивного поведения и алкогольная зависимость (обзор литературы). *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация,*

Conclusions

1. The result of the conducted study allows to suggest existence of a link between tobacco smoking and autoaggressive behavior in the studied female group, where it is associated with both suicidal patterns and a number of significant predictors of autoaggressive behavior.

2. Such regularities were not found in individuals of male gender, which makes important corrections to the existing ideas about connection between tobacco smoking and autoaggressive behavior.

3. Is this gender «distortion» temporary or permanent? This aspect requires further study. However, for girls who continue smoking, this factor (despite changed attitude to them in the society) may be a suicidologically significant prognostic phenomenon, in contrast to the male population of similar age where it continues to remain mostly a narcological problem.

4. It is reasonable to use the obtained data both in the suicidological and in narcological practice.

- развитие: электрон. науч. журн. 2014; 2 (5): 56-68. [Somkina O.Y., Merinov A.V. The phenomenon of autoaggressive behavior and alcohol dependence (review). Personality in a changing world: health, adaptation, development. 2014; 2 (5): 56-68.] (In Russ)
9. Shneidman E.S. Comprehending Suicide. Landmarks in the 20th – Century Suicidology. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. 215 p.
10. Меннингер К. Война с самим собой. М.: Эксмо-Пресс, 2000. 480 с. [Menninger K. *War with yourself*. M.: Eksmo-Press, 2000. 480 s.] (In Russ)
11. Tanskanen A., Tuomilehto J., Viinamäki H., et al. Smoking and the risk of suicide. Finland, 2008.
12. Korhonen T., Sihvola E., Latvala A., et al. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior – A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*. 2018; 79: 32-38. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.12.008
13. Кукес В., Маринин В., Гаврисюк Е. Механизмы формирования никотиновой зависимости. *Врач*. 2011; 3: 14-18. [Kukes V., Marinin V., Gavrisyuk E. The mechanisms of development of nicotine dependence. *The Doctor*. 2011; 3: 14-18.] (In Russ)
14. Кольчурин А.В., Самойленко В.В., Овчаренко С.А. Фармакотерапия табачной зависимости. *Лечебное дело*. 2005; 1: 31-32. [Kol'churina A.V., Samoylenko V.V., Ovcharenko S.A. Pharmacotherapy of tobacco dependence. *Medical Business*. 2005; 1: 31-32.] (In Russ)
15. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М., 2000. [Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnosis of autoaggressive behavior in alcoholism by therapeutic interview. Manual for psychiatrists, narcologists and psychotherapists. M., 2000.] (In Russ)
16. Шустов Д.И. *Аутоагрессия, суицид и алкоголизм*. М.: Когито-Центр, 2004. [Shustov D.I. *Autoaggression, suicide, and alcoholism*. M.: Kogito-TSentr, 2004.] (In Russ)

SUICIDOLOGICAL CHARACTERIZATION OF SYSTEMATICALLY SMOKING YOUNG PEOPLE OF BOTH GENDERS

A.V. Merinov¹, K.V. Polkova¹, O.V. Kazaeva¹, K.E. Staferova¹, N.L. Merinov²

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

²Odintsovo narcological dispensary, Odintsovo, Russia; nikmerinov@gmail.com

Abstract: The problem of tobacco smoking in Russian Federation continues to remain a matter of concern of the medical community, despite a noticeable reduction of spread of smoking among young people thanks to promotion of

healthy lifestyle. Smoking is studied as an absolute risk factor for somatic pathology, however, recently of increasing interest is a probable relationship between tobacco smoking and personal autoaggressiveness. Some works note a positive correlation between intense smoking and suicidal behavior, but these assessments are mostly retrospective. This fact impedes qualification of the role of smoking. In view of the above, a study and comparison of autoaggressive characteristics of groups of smoking and non-smoking young people were carried out. Aim. To study statistically significant differences in the autoaggressive profile between groups of smoking and non-smoking young males and females. To establish relationship between systematic smoking and expression of autoaggressive stigmas among young people. Materials and Methods. 495 Girls and 231 boys were examined and were later classified into smoking and non-smoking individuals. The criterion of inclusion into the studied groups was systematic smoking with more than ten cigarettes smoked per day. As a diagnostic tool, a questionnaire was used for identification of autoaggressive patterns and of their predictors in the past and present. Comparison of all characteristics studied in the subgroups was carried out. Mathematical processing of the data was conducted using SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. Results and Discussion. The data obtained in the study showed an apparently increased autoaggressive «potential» in the studied groups. High parameters characterizing the suicidal orientation of realization of autoaggressive impulses were found only among girls: the number of suicidal ideas in this group was over one and a half than that of the control group (34,9% vs 21,1%), and the number of suicidal attempts – more than three times (17,0% vs 5,5%). The emerging data need further examination, however, even at this stage of study it is possible to speak about prognostic significance of smoking for diagnosing the risk of suicidal behavior in girls. The detected non-suicidal phenomena of autoaggressive behavior in girls attract attention by mostly «narcological» way of realization of autoaggressive impulses (alcohol abuse was observed in 24.8% of cases, narcotic drugs – in 20.4% (in the control group – 4.6% and 7.8%, respectively) and by a risky mode of behavior with three and more times difference between groups. As for the groups of boys, no statistically significant differences in the suicidal profile were found ($p>0,05$). This may be due to a more loyal attitude to smoking men in our country that has been established within several decades. Concerning predictors of autoaggressive behavior, it is necessary to mention periods of hypothyria with a feeling of despair in the female group. The detected inclination to unreasonable risk in smoking girls correlated with the existence of dangerous hobbies. Thus, the detected affective and behavioral disorders were in harmony with the autoaggressive profile of smoking girls. It is difficult to explain the connection between suicidal phenomena and tobacco smoking only from the point of view of gender influence. Smoking in a group of young women is likely to be an indicator of a personal discomfort, affective problems, often associated with suicidal patterns, both in thought and behavior. Conclusions. In the study, a link was established between tobacco smoking and autoaggressive behavior in the female group. When working with smoking girls, tobacco smoking should be regarded as a risk factor for suicidal behavior. The absence of such suicidal patterns among young men requires clarification of the role of gender.

Key words: nicotine dependence, smoking, autoaggression, suicidal behavior

Вклад авторов:

- А.В. Меринов:* разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;
К.В. Полкова: обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, редактирование текста рукописи;
О.В. Казаева: обзор публикаций по теме статьи, статистический анализ, редактирование текста рукописи;
К.Е. Стаферова: получение данных для анализа, статистический анализ, редактирование текста рукописи;
Н.Л. Меринов: получение данных для анализа, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

- A.V. Merinov:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;
K.V. Polkova: reviewing and translated relevant publications, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, article editing;
O.V. Kazaeva: reviewing of publications of the article's theme, analysis of the obtained data, article editing;
K.E. Staferova: obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, article editing;
N.L. Merinov: obtaining data for analysis, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 22.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.09.2019.

Для цитирования: Меринов А.В., Полкова К.В., Казаева О.В., Стаферова К.Е., Меринов Н.Л. Суицидологическая характеристика систематически курящих молодых людей обоего пола. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 32-41. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-32-41

For citation: Merinov A.V., Polkova K.V., Kazaeva O.V., Staferova K.E., Merinov N.L. Suicidological characterization of systematically smoking young people of both genders. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 32-41. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-32-41

САМОУБИЙСТВА СРЕДИ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко, Ф.В. Орлов, Е.С. Деомидов

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская детская клиническая больница», г. Чебоксары, Россия

SUICIDES AMONG DOCTORS AND HEALTH CARE WORKERS: REVIEW OF LITERATURE

*A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
F.V. Orlov, E.S. Deomidov*

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Контактная информация:

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: filonenko56@mail.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Researcher ID: C-4806-2019). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905)197-35-25, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Филоненко Вера Александровна – главный научный сотрудник (SPIN-код: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Место работы: отдел международного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (903) 063-36-06, электронный адрес: filvee@mail.ru

Орлов Федор Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5604-0041; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская психиатрическая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (903) 358-01-06, электронный адрес: orlovf@yandex.ru

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (927) 845-99-97, электронный адрес: neurokaf@yandex.ru

Contact Information:

Filonenko Aleksandr Valentinovich – Candidate of Medical Sciences (SPIN-code: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Republican Children's Clinical Hospital. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15. Tel.: +7 (905) 197-63-81, e-mail: filonenko56@mail.ru

Golenkov Andrei Vasilievich – Doctor of Medical Sciences, Professor (SPIN-code: 7936-1466; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Researcher ID: C-4806-2019). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Tel.: (905)197-35-25, e-mail: golenkovav@inbox.ru

Filonenko Vera Aleksandrovna – Head of the International education Office (SPIN-code: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Place of work and position: International Affairs Department, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15. Tel.: +7 (903) 063-36-06, e-mail: filvee@mail.ru

Orlov Fedor Vitalievich – Candidate of Medical Sciences (SPIN-code: 5604-0041; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University, Republican Psychiatric Hospital. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Tel.: +7 (903) 358-01-06, e-mail: orlovf@yandex.ru

Deomidov Evgeni Sergeevich – Candidate of Medical Sciences (SPIN-code: 9811-9509; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str. Tel.: +7 (927) 845-99-97, e-mail: neurokaf@yandex.ru

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, на самоубийство (СУ) приходится почти 1,5% всех смертей в мире, и оно входит в число 20 основных причин смерти населения. Суицидальное поведение заметно различается между полами, возрастными и профессиональными группами, что подчеркивает его вероятную этиологическую неоднородность. Целью исследования явилось обобщение сведений о распространённости, факторах, связанных с риском СУ среди врачей и медработников, а также о путях предотвращения у них

суицидального поведения. Результаты: По данным литературы, уровень СУ среди врачей и медработников в 1,5-4 раза выше, чем среди представителей ряда других профессий и населения в целом. Причём это характерно как для женщин, так и для мужчин, работающих в здравоохранении. Уровень СУ среди медработников со свободным доступом к лекарствам выше, чем среди тех, кто не имеет такой возможности. Не случайно, что отравление являются одним из основных способов СУ среди врачей и медработников (в 3-5 раз чаще, чем другие группы населения). По этому показателю данная профессиональная группа существенно отличается от популяции. Среди факторов, способствующих СУ у врачей и медработников, выделяют: стресс на рабочем месте, депрессивные состояния и другие психические расстройства (ПР), синдром эмоционального выгорания (СЭВ), низкую удовлетворённость от работы, ангедонию. Предпосылки к развитию депрессии прослеживаются со времени обучения в ВУЗе. Потом этому способствуют профессиональные стрессы, такие как длительный рабочий день, недосыпание, требования высокой степени профессионализма и ответственности за пациентов, ежедневные конфликты между этическими ценностями и экономическими целями, а также судебные иски о халатности (риски медицинских ошибок). В последние десятилетия работа врачей с пациентами стала более сложной из-за возросшей нагрузки, административных обязанностей и снижения автономии. СЭВ у врачей и медработников зависит: от специальности [чаще у неврологов (53-75%), хирургов (46-47%), акушер-гинекологов (45%)], пола (чаще у женщин-врачей – 50%), еженедельной нагрузки (чем больше, тем СЭВ встречается чаще) и отсутствия уважения со стороны больных, администрации и коллег. Экономические вопросы, касающиеся стоимости лечения, снижение общественного имиджа и неуверенность в профессии, ответственность перед безнадежно больными пациентами, напряжённые межличностные отношения с коллегами влияют на восприятие удовлетворённости работой. Стратегией профилактики СУ у врачей и медработников являются раннее выявление и правильное лечение депрессивных расстройств (ПР), СЭВ, оптимизация межличностных отношений на работе и признание важности поддержки семьи (ближайшего окружения). Заключение. Суицидальное поведение считается предотвратимой причиной смерти. Своевременное психологическое и медикаментозное воздействие может способствовать его профилактике. Настороженность коллег о возможном СУ, социализация, поведенческое, суггестивное рефлексотерапевтическое пособие позволяют предотвратить реализацию суицидальных намерений у врачей и медработников. В России обсуждаемая в обзоре проблема пока мало изучена, хотя факторы, способствующие СУ, описаны в литературе. Поэтому есть все основания говорить о чрезвычайной актуальности суицидального поведения и его профилактике среди членов медицинского сообщества нашей страны.

Ключевые слова: самоубийство, врачи, медработники, факторы риска, профилактика

Самоубийство (СУ) является важной медико-социальной проблемой, затрагивающей не только семью, родных, друзей и коллег суицидента, но и всё общество, принося социально-экономический ущерб. Несмотря на тенденцию снижения уровня СУ в России в последние годы, показатели суицидальной смертности, по-прежнему, удерживаются на достаточно высоком уровне. Суммарные годы потерянной трудоспособной жизни вследствие суицидов в 2009 г. в России составили 723 на 100000 населения трудоспособного возраста или 0,46% Валового внутреннего продукта. Суммарные потери вследствие суицидов составили 145,788 млрд руб. (4,6 млрд долларов) [1].

СУ – это десятая по значимости причина смерти для всех возрастов в 2016 г. 44965 завершённых СУ в США, что соответствует 123 смертям от СУ в день. Экономическая стоимость смерти от СУ в стране в 2013 г. оценивалась в 58,4 млрд долларов [2].

Суицидальное поведение заметно различается между полами, возрастными группами, профессиональной принадлежностью, географическими регионами и социально-политическими условиями и поразному ассоциируется с различными факторами риска, что подчеркивает вероятную этиологическую неоднородность [3]. Изучение связи СУ с родом занятий, влиянием социально-экономических, демографических и психиатрических различий, проведённого E. Agerbo и соавт. в 3195 случаях, показало, что среди 55 исследо-

Suicide (SU) is an important medical and social problem affecting not only the family, relatives, friends and colleagues of a suicidal person, but also the whole society, causing social and economic damage. Despite the downward trend of SU rates in Russia in recent years, suicidal mortality rates still stay at a fairly high level. In 2009 the total years of lost working life due to suicides in Russia amounted to 723 per 100000 of working-age population or 0.46% of Gross Domestic Product. The total loss due to suicide rates was 145,788 billion rubles (\$4.6 billion) [1].

SU is the tenth leading cause of death for all ages in 2016. 44,965 completed SU in the United States, corresponding to 123 SU deaths per day. In 2013 the economic value of SU deaths in the country was estimated at 58.4 billion dollars [2]. Suicidal behavior varies markedly between sexes, age groups, occupational affiliation, geographic regions and socio-political conditions and is associated differently with different risk factors, highlighting the likely etiological heterogeneity [3]. The study of interrelation between SU and occupation, the influence of socio-economic, demographic and psychiatric differences, conducted by E. Agerbo et al. in 3195 cases, showed that among 55 professions the risk of SU ranged from 2.73 for doctors to 0.44 for

ванных ими профессий риск СУ варьировал от 2,73 среди врачей до 0,44 среди архитекторов и инженеров. За исключением врачей и медсестер, СУ, связанные с конкретными профессиями, объясняются социально-экономическими характеристиками. Большая вероятность риска суицида врачей и медсестер связана со знаниями, которым они обладают, учитывая специфику профессии – это более частое использование самоотравления. Среди лиц, страдающих психическими расстройствами (ПР), профессия мало ассоциируется с СУ кроме врачей, чей риск в 3,62 раза выше. Большая часть существенных различий в риске СУ по профессиям объясняется социально-экономическими условиями [4]. Вероятно, специфичные для профессии факторы могут объяснить повышенный уровень СУ, несмотря на хорошее физическое здоровье. Личность и самооценка врачей тесно связаны с их профессией.

Целью работы явилось обобщение сведений о распространённости, факторах, связанных с риском СУ среди врачей и медработников, а также о путях предотвращения суицидального поведения.

Распространённость самоубийств среди врачей и медработников.

СУ врачей является актуальной проблемой общественного здравоохранения, поскольку уровень СУ среди них выше, чем среди населения. Из всех профессий медики находятся на вершине риска смерти от СУ. A.J. Milner и соавт. [5] сообщают, что показатели СУ среди женщин медицинских специальностей в Австралии выше, чем среди женщин других профессий более, чем в 2,5 раза. У практикующих женщин-врачей отношение шансов (ОШ) – 2,52, у медсестёр и акушерок – 2,65. Показатели СУ среди врачей-мужчин незначительно выше, чем для представителей других профессий, но уровень СУ среди мужчин-медбратьев и акушеров в 1,5 раза выше, чем среди мужчин, работающих вне медицинских профессий. Уровень СУ среди медработников, имеющих свободный доступ к лекарствам, отпускаемым по рецепту выше, чем среди медработников, не имеющих такой возможности.

E.S. Schernhammer и G.A. Colditz [6] подтверждают, что уровень СУ среди врачей чрезвычайно высок. Совокупный коэффициент СУ среди врачей-мужчин по сравнению с общей популяцией на 41% выше и составляет 1,41. Для женщин-врачей соотношение выше в 2,27 раза.

Сравнения уровня СУ среди женщин-врачей и других женщин США показали, что ОШ достигает 4:1. Хотя такие сообщения и основаны на небольших группах (17-49 случаев), они часто приводятся в качестве доказательства высокой распространённости психопатологии среди женщин-врачей. По оценкам исследований E. Frank и A.D. Dingle [7], из выборки в 4100 женщин, 61 врач (1,5%) пыталась покончить жизнь СУ, а 808 (19,5%) имели в анамнезе депрессию. Лица, подвергшиеся сексуальному и домашнему насилию, куря-

architects and engineers. With the exception of doctors and nurses, SU related to specific professions are explained by socio-economic characteristics. A high probability of suicide risk for doctors and nurses is associated with their specific professional knowledge – the use of self-poisoning is more frequent. Among people suffering from mental disorders (MD), profession is little associated with SU with the exception of doctors, whose risk is 3.62 times higher. Most of the significant differences in the risk of SU by profession are due to socio-economic conditions [4]. Probably, profession-specific factors underlie the increased level of SU, despite good physical health. The personality and self-esteem of doctors are closely related to their profession. The aim of the work was to summarize information about the prevalence, factors associated with the risk of SU among doctors and health care workers, as well as the ways to prevent suicidal behavior.

Prevalence of suicide among doctors and health care workers.

Doctors' SU is an urgent public health problem, because the rate of SU for them is higher than among the general population. Of all professions, doctors are at the top of the risk of death from SU. A.J. Milner et al. [5] report that SU rates for women in medical professions in Australia are more than 2.5 times higher than among women in other professions. In practicing female doctors odds ratio (OR) is 2.52, in nurses and midwives it is 2.65. SU rates among male doctors are slightly higher than for other professions, but the SU rate for male nurses and midwives is 1.5 times higher than for men working in non-medical professions. The rate of SU for health professionals with easy access to prescription medicines is higher than for those in health professions without such access.

E.S. Schernhammer, G.A. Colditz [6] confirm that the rate of SU for doctors is extremely high. The cumulative SU rate for male doctors is 41% higher compared to the general population and amounts to 1.41. For female doctors, the ratio is 2.27 times higher.

Comparison of the rate of SU for female doctors and other U.S. women showed that OR is 4:1. Although these reports are based on small groups (17-49 cases), they are often cited as the evidence of high prevalence of psychopathology among female health professionals. E. Frank, A.D. Dingle [7] estimate that, out of the sample of 4100 female doctors, 61 (1,5%) tried to commit SU and 808 (19,5%) had a history of depression. People who have been sexually and domestically abused, are addicted to cigarettes and alcohol,

щие и злоупотребляющие алкоголем, с плохим психическим здоровьем, семейным анамнезом ПР, значительно чаще сообщают о попытках СУ и депрессии. Они также были характерны для одиноких, бездетных, имеющих дома оружие, лиц со стрессовой ситуацией в семье, злоупотребляющих алкоголем, с нарушениями физического здоровья, расстройством пищевого поведения, ожирением, синдромом хронической усталости и токсикоманией.

По сообщению J. Albuquerque и S. Tulk [8] СУ среди врачей является единственной причиной, превышающей смертность населения в целом. Врачи-мужчины на 40% чаще, чем обычные люди, совершают суицид, а риск для женщин-врачей более чем удвоен. Выделены некоторые особенности СУ врачей. Во-первых, СУ является профессиональным риском. Врачи учатся быть сильными и стойкими, оказывать помощь, а не получать её. Во-вторых, среди населения стран с правом владения огнестрельным оружием, наиболее распространённым средством СУ является самострел. Однако врачи предпочитают использовать для ухода из жизни самоотравление. В-третьих, суицидальные мысли начинают проявляться во время получения профессионального образования, особенно у студентов-иностранцев. Согласно метаанализу 2016 г., распространённость суицидальных мыслей среди студентов-медиков составила 24%. В-четвёртых, текущие намерения также связаны с повышенным уровнем предыдущих суицидальных мыслей. Так, при опросе 8000 врачей в Великобритании они чаще сообщали о суицидальных мыслях (намерениях). При отсутствии каких-либо жалоб на здоровье мысли о СУ высказывали 2,5%, при их наличии показатель увеличивался до 9,3%, и у тех, кто имел суицидальные намерения в прошлом – до 13,4%. В-пятых, врачи-суициденты, как люди с проблемами психического здоровья, сталкиваются с нехваткой времени для обращения за медицинской помощью и отсутствием её дифференциации с учётом профессионального статуса. Они несут дополнительное бремя, связанное с конфиденциальностью и опасениями дискриминации, когда речь идёт об обращениях в лечебные учреждения по поводу депрессии (ПР) и различных суицидальных проявлений [8].

Способы суицида среди врачей и медработников.

В одной из ранних работ, посвящённых СУ среди врачей Северной Каролины (США), огнестрельное оружие и наркотики явились наиболее распространёнными методами для СУ [9]. СУ с применением огнестрельного оружия, по-видимому, остаются ведущей причиной смерти в США до настоящего времени. Известно, что показатели СУ среди населения, связанных с огнестрельным оружием в восемь раз выше в США по сравнению с другими странами мира [10]. Общие показатели смертности популяции, включая СУ, от огнестрельного оружия в 5-6 раз выше в странах с высоким и выше среднего уровнями дохода в Северной и

have poor mental health and/or family history of MD, are significantly more likely to report attempts of SU and depression. They were also characteristic for the single, childless, home-armed, family-stressed, alcohol abusers, with physical health problems, eating disorders, obesity, chronic fatigue syndrome and inhalant abuse.

According to J. Albuquerque, S. Tulk [8] SU among doctors is the only cause of excess mortality in the general population. Male doctors are 40% more likely than ordinary people to commit suicide, and the risk for female doctors is more than doubled. Some features of doctors' SU are underlined. First, SU is a professional risk. Doctors learn to be strong and stout-hearted, to provide care, not to receive it. Second, among the population of the countries with the right to possess firearms, the most common method of SU is by the means of firearms. However, doctors prefer to use self-poisoning as a method of SU. Third, suicidal thoughts appear during vocational education, especially among foreign students. According to a meta-analysis of the year 2016, the prevalence of suicidal thoughts among medical students was 24%. Fourth, current intentions are also associated with an increased level of previous suicidal thoughts. Thus, in a survey of 8000 doctors in the UK, they were more likely to report suicidal thoughts (intentions). If there were no health complaints, the thoughts about SU were expressed by 2.5%, if they were present, the rate increased to 9.3%, and for those who had suicidal intentions in the past – to 13.4%. Fifth, doctors inclined to suicide, as people with mental health problems, have a lack of time to seek medical care and face with an absence of its differentiation based on professional status. They bear additional burden associated with confidentiality and fear of discrimination when it comes to treatment for major depression (MD) and various suicidal manifestations [8].

Methods of suicide among doctors and health care workers.

In one of the early works on SU among doctors in North Carolina (USA), firearms and drugs were the most common methods for SU [9]. SU with the use of firearms appears to remain the leading cause of death in the USA up to the present day. It is known that the rates of SU with the use of firearms among the population are eight times higher in the United States compared to other countries of the world [10]. Overall population mortality rates from firearms, including SU, are 5-6 times higher in high- and upper-middle-income countries in the Americas than in Europe or Oceania, and 95 times higher than in Asia; the

Южной Америке, чем в Европе или Океании, и в 95 раз выше, чем в Азии; большинство смертей от огнестрельного оружия – это СУ (71%) в странах с высоким уровнем доходов [11].

По данным 31636 жертв СУ К.Ж. Голд и соавт. [12], для 203 врачей (с правом владения огнестрельного оружия) применение самострела было наиболее распространённым методом (48%), за которым следовали отравление (23,5%), тупая травма (14,5%) и асфиксия, включая повешение (14%). Население (не врачи) также использовало огнестрельное оружие в качестве наиболее распространённого метода СУ (54%); асфиксия была второй наиболее распространённой причиной смерти (22%), за которой следовали отравление (18%) и тупая травма (6%). При этом врачи США с завершённым суицидом в 20-40 раз чаще принимали бензодиазепины или антипсихотические средства до смерти, чем население в целом, а также в три раза чаще испытывали проблемы на работе. Особый тревожный аспект СУ врача заключается в том, что знания фармакодинамики и дозировок препаратов повышают вероятность завершённой попытки СУ [13].

В Европейских странах (Нидерланды, Германия, Норвегия, Дания) врачи обоих полов часто использовали лекарства в качестве предпочтительного метода СУ, причём в два раза чаще, чем люди в общей популяции [14]. Лекарственные (психотропные) средства медработниками принимались перорально (в 29% случаев) и путём инфузии / инъекционно (18%; у врачей такой путь введения составлял 58%). Из других методов СУ среди врачей и медработников использовалось повешение (13%), отравление цианидом (10%), падение с высоты (10%) и утопление (8%). Среди населения лидировало повешение (32%), пероральный приём лекарств (16%), падение с высоты (13%), самострел (9%), утопление (8%) и железнодорожные СУ (7%) [15].

В странах Азии из методов СУ у тайских врачей встречались повешение, самострел, внутривенные инъекции лекарственных средств, падение с высоты, передозировка препаратами [16]. На Тайване основными методами СУ врачей были повешение (удушение), утопление, падения с высоты, сжигание угля (отравление угарным газом в комнате) и отравление наркотиками [17].

В Новой Зеландии в течение 30 лет (1973–2004 гг.) высокие показатели СУ коррелировали с доступом к конкретным методам СУ и знакомству с ними. Так медсестры, врачи и фармацевты чаще прибегали к отравлению лекарственными средствами соответственно в три, четыре и пять раз чаще, чем люди других профессий. Оказалось, что доступ к сильнодействующим препаратам повлиял на выбранный метод СУ [18].

На судебно-медицинской экспертизе среди 9 случаев СУ врачей (возраст 30-69 лет; медиана – 41 год; мужчин: женщин = 3:1) в Южной Австралии в течение 14-лет (с января 1997 г. по март 2011 г.) выявлено сле-

majority of deaths from firearms are SU (71%) in high-income countries [11].

K.J. Gould et al. [12] report that among 31.636 SU victims, for 203 doctors (with the right of possession of firearms) the most common method (48%) was firearms, followed by poisoning (23.5%), blunt trauma (14.5%), and asphyxia, including hanging (14%). The population (not doctors) also used firearms as the most common SU method (54%); asphyxia was the second most common cause of death (22%), followed by poisoning (18%) and blunt trauma (6%). At the same time, U.S. doctors with completed suicide were 20-40 times more likely to take benzodiazepines or antipsychotics before death than the general population, and three times more likely to experience problems at work. A disturbing aspect of doctors' SU is that the knowledge of pharmacodynamics and dosages of drugs increase the probability of a completed attempt of SU [13].

In European countries (the Netherlands, Germany, Norway, Denmark), doctors of both sexes often used medicinal preparations as the preferred method of SU, and twice as often as people in the general population [14]. Medicinal (psychotropic) preparations were taken orally (in 29% of cases) and through an infusion/injection (18%; in doctors – 58%). Other SU methods used by doctors and health care workers included hanging (13%), cyanide poisoning (10%), high fall (10%) and drowning (8%). Hanging (32%), oral medication (16%), high fall (13%), firearms (9%), drowning (8%) and railway SU (7%) were the leaders among the population [15].

In Asia Thai doctors used such SU methods as hanging, firearms, intravenous injections of medicinal preparations, high fall, drug overdose [16]. In Taiwan, the main methods of doctors' SU were hanging (strangulation), drowning, jumping from a height, burning coal (carbon monoxide poisoning in the room) and drug poisoning [17].

In New Zealand, for 30 years (1973-2004), high SU rates correlated with access to and familiarity with specific SU methods. Thus nurses, doctors, and pharmacists were three, four, and five times more likely to resort to drug poisoning than people in other professions. It turned out that access to strong drugs influenced the chosen SU method [18].

The forensic examination of nine cases of doctors' SU (age 30-69 years; median-41 years; men: women = 3:1) in South Australia for 14 years (from January 1997 to March 2011) revealed the following: eight (88.9%) physicians died from fatal medication (intravenous injection was the preferred method in

дующее: восемь (88,9%) медиков умерло от смертельного приёма лекарств (внутривенное их введение было предпочтительным методом в 7 случаях), в одном было зарегистрировано падение (прыжок) с высокого здания. Депрессии и суицидальные мысли отмечены в 6 случаях (66,7%). Среди населения были распространены повешение, отравление угарным газом и огнестрельные ранения. Доказано, что наличие доступа и знание летальных эффектов лекарственных средств являются важными факторами, определяющими выбор методов СУ. Поэтому доступность к лекарствам должна тщательно контролироваться у врачей и медработников, имеющих в анамнезе депрессии и токсикомании [19].

С течением времени происходят изменения в распространённости СУ и используемых для этого методов. Отравление лекарственными и другими веществами представляет собой не самый эффективный способ добровольного ухода из жизни. Однако наличие доступа к лекарственным средствам и знания об их токсичности и механизмах действия остаётся существенным фактором (с высокой долей летальных исходов) для выбора врачами и медиками отравления (передозировка медикаментами) как одного из основных способов СУ.

Депрессия как предиктор суицида в профессии.

СУ почти всегда является результатом отсутствия или неадекватного лечения депрессии или другого ПП [20]. Предполагается, что проявления депрессии могут закладываться в раннем детстве. А. Sourander и соавт. [21] выяснено, что большинство мужчин, которые совершили или предприняли попытки СУ, имели психиатрические проблемы в возрасте до 8 лет. Это указывает на особую склонность, которая сохраняется в течение всей их жизни. СУ женщины не прогнозируется психопатологическими расстройствами в этом возрасте. Результаты дают дополнительные основания важности раннего выявления и лечения психиатрических проблем у врачей-мужчин.

Врачи и медработники на всех этапах своей карьеры имеют более высокий (в два раза) уровень депрессии, чем население в целом (39% врачей в США). Около 400 врачей завершают жизнь СУ каждый год.

Распространённость депрессии составляет 27% у студентов-медиков, 29% у врачей-ординаторов и до 60% у практикующих врачей [22]. Высокий профессиональный стресс и утомление среди врачей приводят к проблемам со сном, беспокойству, депрессии и СУ [23].

По наблюдениям W. Wurm и соавт. [24] из обследованных 5897 врачей 10,3% страдали депрессией: 0,9% – в лёгкой степени, 2,3% – в умеренной и 7,2% – в тяжёлой. У врачей с депрессией в 87,5% случаев также обнаруживались симптомы выгорания. Доля врачей, страдающих депрессией, увеличилась в зависимости от степени выгорания (при лёгкой – 6,8%, средней – 20,2%, тяжёлой – 53,6%). Следствием бремени депрессии является высокая распространённость СУ, при этом общий коэффициент СУ составил 1,41 для муж-

seven cases), in one case a fall (jump) from a high building was recorded. Depression and suicidal thoughts were reported in six cases (66.7%). Hanging, carbon monoxide poisoning and gunshot wounds were common among the population. It is proved that availability of access and knowledge of lethal effects of medicinal products are important factors determining the choice of SU methods. Therefore, access to medicines by doctors and health care workers with a history of depression and substance abuse should be carefully monitored [19].

In course of time, there are changes in the prevalence of SU and the methods used for this. Poisoning with medicines and other substances is not the most effective way of voluntary taking one's life. However, the available access to medicines and knowledge of their toxicity and mechanisms of action remains a significant factor (with a high proportion of deaths) for doctors and health care workers to choose poisoning (drug overdose) as one of the main methods of SU.

Depression as a predictor of suicide in the profession.

SU almost always comes as the result of a lack of or inadequate treatment for depression or other MD [20]. It is assumed that manifestations of depression can be laid in early childhood. A. Surrender et al. [21] found out that the majority of men who committed or attempted SU had psychiatric problems before the age of 8. This indicates a special propensity that persists throughout their lives. Female SU is not predicted to have psychopathological disorders at this age. The results provide additional evidence for the importance of early detection and treatment of psychiatric problems in male physicians. Doctors and health care providers at all stages of their careers have a (twice) higher rate of depression than the general population (39% of doctors in the U.S.). About 400 doctors commit SU each year.

The prevalence of depression is 27% among medical students, 29% among residents and up to 60% among practitioners [22]. High professional stress and fatigue among doctors lead to sleep problems, anxiety, depression and SU [23].

According to the observations of W. Wurm et al. [24] of the 5897 doctors surveyed, 10.3% suffered from depression: 0.9% – mild, 2.3% – moderate and 7.2% – severe. Doctors with depression also showed burnout symptoms in 87.5% of cases. The proportion of doctors suffering from depression increased depending on the degree of burnout (mild – 6.8%, average – 20.2%, severe – 53.6%). The

чин и 2,27 для женщин-врачей по сравнению с общей популяцией. Как социальные, так и личностные факторы влияют на симптомы депрессии у врачей. Врачи, имеющие собственную семью, показали более низкий риск умеренной или тяжёлой депрессии, чем их неженатые коллеги. Помимо личностных факторов и семейных стрессоров, также важны факторы, связанные с работой. Профессиональный стресс инициирует депрессию. К нему относят длительный рабочий день, недосыпание, требования высокой степени профессионализма и ответственности за пациентов, ежедневные конфликты между этическими ценностями и экономическими целями, а также риск медицинских ошибок и иски о халатности. В последние десятилетия работа врачей с пациентами стала более сложной из-за возросшей нагрузки, административных обязанностей и снижения автономии.

Сниженная работоспособность, ангедония, отсутствие энергии, апатия, трудности с концентрацией внимания, возникающие негативные мысли, потеря способности к планированию и изменения восприятия истины – это проявления депрессии и возможного риска СУ. Среди работников здравоохранения медсестры являются группой, наиболее подверженной проблемам с психическим здоровьем, депрессией и риском СУ. Работая у постели больного, они имеют дело с человеческими страданиями, болью, радостью, грустью и оказывают непосредственную помощь в сложных условиях труда при отсутствии профессионального признания. Семейные конфликты, конфликты на рабочем месте, молодой возраст, ночные смены, отсутствие безопасности относятся к предикторам депрессии. Поэтому необходимо раннее выявление проблемы и улучшение микроклимата на работе во избежание печальных исходов, а также предотвращение потери качества ухода за пациентом [25].

Связь синдрома эмоционального выгорания с суицидальной активностью.

Медицинская практика, характеризующаяся большим гуманизмом и заботой о пациентах, сопровождается напряжённым характером работы, терпением, сочувствием, физическим и психологическим противостоянием стрессовым факторам, выполнением своих профессиональных обязанностей под большим административным давлением, оформлением медицинской документации. Эти аспекты влияют на личную и профессиональную жизнь врачей. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) определён как ПР, состоящее из эмоционального истощения, деперсонализации со склонностью к негативным и циничным мыслям по отношению к другим людям, в том числе к пациентам, и пониженного чувства личной успешности. СЭВ отличается от депрессии, поскольку относится к истощению, связанному с работой. Высокие уровни выгорания и деперсонализации, в дополнение к низкому уровню личных достижений, влияют на результативность ме-

consequence of the burden of depression is the high prevalence of SU, with a total SU rate of 1.41 for male and 2.27 for female physicians compared to the general population. Both social and personal factors influence the symptoms of depression in doctors. Doctors who have a family of their own have shown a lower risk of moderate to severe depression than their unmarried counterparts. In addition to personal factors and family stressors, work-related factors are also important. Professional stress triggers depression. These include long working hours, lack of sleep, demands for a high degree of professionalism and responsibility for patients, daily conflicts between ethical values and economic goals, and the risk of medical errors and negligence claims. In recent decades, doctors' work with patients has become more complex due to increased workload, administrative responsibilities and reduced autonomy.

Reduced working capacity, anhedonia, lack of energy, apathy, difficulties with concentration of attention, arising negative thoughts, loss of planning ability and changes in perception of truth are manifestations of depression and possible risk of SU. Among health professionals, nurses are the group most prone to mental health problems, depression and SU risk. Working at the bedside, they deal with human suffering, pain, joy, sadness and provide direct assistance in difficult working conditions in the absence of professional recognition. Family conflicts, workplace conflicts, young age, night shifts, insecurity are predictors of depression. Therefore, it is necessary to identify the problem early and improve the microclimate at work in order to avoid sad outcomes, as well as to prevent loss of quality of patient care [25].

Connection of emotional burnout syndrome with suicidal activity.

Medical practice, characterized by great humanism and care for patients, is accompanied by a strenuous nature of work, patience, compassion, physical and psychological resistance to stress factors, performing professional duties under great administrative pressure, registration of medical records. These aspects affect personal and professional lives of doctors. Burnout syndrome (BS) is defined as a MD consisting of emotional exhaustion, depersonalization with a tendency to negative and cynical thoughts towards other people, including patients, and a reduced sense of personal success. BS differs from depression because it refers to work-related exhaustion. High levels of burnout and depersonalization, in addition to a low level of personal achievement, affect the effectiveness of medical work,

дицинской работы, взаимоотношений с пациентом и качество жизни врачей [26].

Для СЭВ характерны эмоциональное истощение, деперсонализация или чувство отрешённости по отношению к людям и работе, а также снижение чувства выполненного долга. Выгорание связано с депрессией, суицидальными идеями, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также с непрофессиональным поведением, сокращением времени, уделённой работе и разбору врачебных ошибок [26].

СЭВ врачей достиг масштабов эпидемии и продолжает расти, хотя в других профессиях его показатели более-менее стабильны [27]. Симптомы выгорания начинаются формироваться во время обучения в медицинском ВУЗе и усиливаются во время постдипломного образования. В Северной Америке выгорание зарегистрировано у 49,6% студентов-медиков, а 11,2% сообщили о суицидальных идеях в течение года [28].

Основным фактором развития СЭВ является профиль врачебной специальности, а также условия труда и социальная составляющая, стоящие на второй и третьей позициях [29]. Обзор С. Peckham [30] показал, что выгорание является одним из основных факторов риска СУ врачей. В 2019 г. 44% врачей сообщили о выгорании, 11% – о подавленности и блюзе, а 4% – о клинической депрессии. Наиболее «выгораемые» специальности – это неврология (53%), хирургия (46%), акушерство-гинекология (45%). Среди наименее «сожжённых» – отоларингологи (36%), офтальмологи (34%), патологоанатомы (28%). Женщины-врачи признаются в выгорании чаще (50%), чем мужчины (39%).

В публикации Е.В. Елфимовой с соавт. [31] констатируется, что СЭВ страдают до 68% отечественных медиков, с начинающимся формированием недуга ещё у 10,5%. Проявления СЭВ отмечаются у 75% невропатологов, у 57% наркологов, у 50% стоматологов, у 47% хирургов, у 43% психиатров и у 40% терапевтов.

Состояние обусловлено наличием административных и организационных системных причин, не зависящих от конкретных врачей. Они включают в себя ограничения, связанные с оформлением электронной медицинской карты, продолжительным временем работы и значительным образовательным финансовым долгом, допущенными ошибками. Обвинения и изоляция перед лицом медицинских ошибок, неутешительные результаты лечения приводят к эмоциональной травме врача и так называемому синдрому «второй жертвы», что является как причиной, так и следствием выгорания. Кроме того, врачи страдают от интенсивной клинической нагрузки, высокого риска судебных разбирательств, хронической усталости и от нарушения циркадного ритма [32].

К факторам, вызывающим СЭВ, кроме того, относятся большие объёмы и количество административных задач (59%), многочасовая работа и компьютеризация рабочего места (34%), отсутствие уважения со

relationships with a patient and quality of life of doctors [26].

BS is characterized by emotional exhaustion, depersonalization or a sense of detachment from people and work, as well as reduced sense of accomplishment. Burnout is associated with depression, suicidal ideation, alcoholism, drug addiction and substance abuse, as well as unprofessional behavior, reduction of time devoted to work and analysis of medical errors [26].

BS of doctors has reached epidemic proportions and continues to grow, although in other professions its indicators are more or less stable [27]. Burnout symptoms begin to form during training at a medical higher educational institution and intensify during postgraduate education. In North America, 49.6% of medical students reported burnout, and 11.2% reported suicidal ideation for a year [28].

The main factor in the development of BS is the profile of a medical specialty, as well as working conditions and social component, taking the second and third positions [29]. A review by C. Peckham [30] showed that burnout is a major SU risk factor for physicians. In 2019, 44% of doctors reported burnout, 11% reported depression and blues, and 4% reported clinical depression. The specialties most prone to BS are neurology (53%), surgery (46%), obstetrics and gynecology (45%). Among the least “burned” – otolaryngologists (36%) ophthalmologists (34%), pathologists (28%). Female doctors admit to burnout more often (50%) than men (39%).

In the publication by E.V. Efimova et al. [31] it is stated that BS affects up to 68% of physicians in Russia, another 10.5% have started to develop BS. Manifestations of BS have been reported by 75% of neurologists, 57% of narcologists, 50% of dentists, 47% of surgeons, 43% of psychiatrists and 40% of therapists.

Such condition is due to the presence of administrative and organizational systemic causes that do not depend on specific doctors. They include limitations related to electronic medical records, long working hours and significant educational financial debt, admitted mistakes. Accusations and isolation in the face of medical errors, disappointing treatment results lead to emotional trauma of a doctor and the so-called “second victim” syndrome, which is both the cause and consequence of burnout. In addition, physicians suffer from intense clinical stress, high risk of litigation, chronic fatigue, and circadian rhythm disorders [32].

In addition, large volume and number of

стороны администрации и коллег (30%), недостаточная компенсация (29%). Число «сожжённых» врачей растёт с увеличением количества часов, отработанных за неделю при недостатке сна: при нагрузке 31-40 часов в неделю – 36%, 71 час и более – 57%. Более 51 часа в неделю работают общие хирурги (77%), акушеры-гинекологи (60%) и анестезиологи (54%) [33].

Почти треть врачей сократили бы своё время работы, чтобы уменьшить СЭВ. Многие врачи довольны своей работой. Наиболее счастливыми являются офтальмологи (39%), дерматологи (34%) и педиатры (31%). Отсутствие СЭВ является показателем хорошего самочувствия врача, что выражается в вовлечённости и удовлетворённости работой, чувством процветания в физическом, эмоциональном и социальном здоровье. СЭВ, напротив, приводит к ошибкам при назначении лекарств и, как следствие ведёт, к увеличению вреда для пациентов. На личном уровне выгорание нередко сопровождается депрессией и СУ среди врачей. Учитывая личные и профессиональные последствия нелеченного СЭВ, СУ является самым ужасным профессиональным императивом [33].

В литературе описываются ещё такие предикторы СЭВ, как личностные качества экстраверсии, невротизма и связанные с работой стрессовые факторы окружающей среды – тип медицинского учреждения и отношения с коллегами и начальством, а также личные проблемы, связанные с партнерскими отношениями [26].

Индивидуальные факторы, связанных с выгоранием и депрессией, включают пол, объём социальной поддержки и расстройства психического здоровья. Системные факторы, которые играют роль в СЭВ и депрессии, включают «оптимизацию» и сокращение персонала, требования оформления электронных медицинских карт, производственное давление и отсутствие личного контроля над профессиональной жизнью. Оформление получения медицинской лицензии включают вопросы, которые усиливают стигму психологических стрессов и не позволяют врачам обращаться за соответствующей помощью [33].

СЭВ вызывает такие последствия, как – снижение качества медицинской помощи, рост врачебных ошибок, неудовлетворённость пациентов и поставщиков услуг, истощение медицинской практики, усугубление нехватки и неправильного распределения врачебного персонала. «Сгоревшие» врачи не обращаются за профессиональной помощью, а пытаются справиться с депрессией и суицидальными мыслями самостоятельно [32].

Выгорание трудно распознаётся и преодолевается. Немногие врачи, которые идентифицируют себя с выгоранием, обращаются за помощью, а сотрудники с осторожностью относятся к сообщению о проблемных коллегах. Это объясняется тем, что стигма отрицания и избегания общения воспринимается как стратегии выживания из-за возможных проблем с лицензированием, прохождением конкурсного отбора и заключением

administrative tasks (59%), long hours of work and computerization of the workplace (34%), lack of respect from the administration and colleagues (30%), insufficient compensation (29%) refer to the factors causing BS. The number of “burned” doctors increases with the number of hours worked per week along with a lack of sleep: at a workload of 31-40 hours per week it reaches 36%, with 71 hours or more – 57%. General surgeons (77%), obstetricians-gynecologists (60%) and anesthesiologists (54%) work more than 51 hours a week [33].

Almost one third of doctors would cut their work time to reduce BS. Many doctors are satisfied with their work. The happiest are ophthalmologists (39%), dermatologists (34%) and pediatricians (31%). The absence of BS is an indicator of a doctor’s well-being, which is expressed in engagement and job satisfaction, a sense of prosperity in physical, emotional and social health. BS, in contrast, leads to errors in prescribing medicines and, as a consequence, leads to increased harm to patients. Taking personal and professional consequences of untreated BS into account, SU is the most terrible professional imperative [33].

The literature describes other predictors of BS, such as personal qualities of extroversion, neuroticism and work-related environmental stress factors – the type of medical institution and relationships with colleagues and superiors, as well as personal problems associated with partnership [26].

Individual factors associated with burnout and depression include gender, amount of social support, and mental health disorders. Systemic factors that matter in BS and depression include “optimization” and reduction of staff, electronic health record requirements, work pressure, and lack of personal control over professional life. Obtaining a medical license includes issues that increase the stigma of psychological stress and do not allow doctors to seek appropriate help [33].

BS results in the reduction of the quality of medical care, increase of medical errors, dissatisfaction of patients and service providers, depletion of medical practice, growing shortage and inappropriate distribution of medical personnel. “Burned” doctors do not seek professional help, but try to cope with depression and suicidal thoughts on their own [32].

Burnout is difficult to recognize and overcome. Few doctors with BS call for help, and the staff treat their troubled colleagues with reserve. This is because the stigma of denial and avoidance of communication is perceived as a survival strategy due to possible

(продлением) последующих контрактов. Стратегию улучшения здоровья врачей рекомендуется нацелить на организационные моменты, а также на отдельных врачей. Вмешательства, направленные на организацию рабочего процесса, например, увеличение автономии и изменения в графике работы, связаны с умеренным, но существенным снижением выгорания врача. Эти мероприятия более эффективны, чем личностные, ориентированные на врача, такие как внимательность, повышение квалификации, управление стрессом, хотя комбинированные подходы, вероятно, являются наиболее успешными [34].

Между тем, в систематическом обзоре L.S. Rotenstein и соавт. (182 исследования с участием 109628 человек в 45 странах, опубликованных с 1991 по 2018 гг.) были отмечены существенные различия в оценках распространённости выгорания (от 0 до 86,2%), деперсонализации (от 0 до 89,9%) и показателей низких достижений врача (от 0 до 87,1%). Констатируются заметные различия в определении СЭВ и методах его оценки. Эти результаты пока исключают окончательные выводы о распространённости СЭВ и подчеркивают важность достижения консенсуса по определению СЭВ, стандартизации инструментов его измерения и оценки воздействия хронического профессионального стресса на врачей [35].

Низкая личная удовлетворённость и самоубийства.

Принятие решения о совершении добровольного ухода из жизни на всех этапах суицидальной динамики не носит спонтанного характера. Реализация суицидальных замыслов возможна при актуализации какого-либо внешнего события / фактора, выделенного самим суицидентом, и представляющее собой индивидуально значимое психологическое образование, названное П.Б. Зотовым «внешним ключом». «Внешний ключ» обычно осознаваем суицидентом, и является объектом психоректорной работы [36].

В зарубежной литературе используется термин «сорванная принадлежность» (thwarted belongingness). Указанный фактор запускает программу реализации суицидальных действий. «Сорванная принадлежность» – это психологически болезненное состояние психики, которое возникает, когда человек отчуждён от социальной среды, референтной группы, например, врачебного «сословия». В результате этого фундаментальная потребность в «необходимости принадлежать» является неудовлетворённой. Предполагается, что различные показатели социальной изоляции – жизнь в одиночестве, низкая социальная поддержка и общение (профессиональное, бытовое) – связаны с депрессией и СУ на протяжении всей жизни, и являются признаками того, что потребность в принадлежности была «сорвана» и перспективы самореализации отсутствуют. Одиночество ассоциируется с личностными расстройствами и другими ПР, СУ, ухудшением когнитивных функ-

problems with licensing, competitive selection and conclusion (extension) of subsequent contracts. The strategy for improving the health of doctors would suggest to focus on organizational issues, as well as on individual doctors. Interventions aimed at organizing the work process, such as increased autonomy and changes in the work schedule, are associated with a moderate but significant reduction of doctors' burnout. These measures are more effective than personal, physician-focused interventions such as mindfulness, skill development, and stress management, although combined approaches are probably the most successful [34].

Meanwhile, in a systematic review by L.S. Rotenstein et al. (182 studies involving 109.628 people in 45 countries published from 1991 to 2018) there were significant differences in estimates of burnout prevalence (0 to 86.2%), depersonalization (0 to 89.9%), and rates of low physician achievement (0 to 87.1%). There are marked differences in the definition of BS and methods of its evaluation. These results so far exclude definitive conclusions about the prevalence of BS and emphasize the importance of reaching consensus on the definition of BS, standardization of tools for its measurement and evaluation of the impact of chronic occupational stress on physicians [35].

Low personal satisfaction and suicide.

The decision to voluntarily take one's life at all stages of suicide is not spontaneous. The implementation of suicidal intentions is possible by realization of any external event, which P. B. Zotov named "external key" [36], representing a personal and especially significant factor of unmet need for the individual. In foreign literature, the term "thwarted belongingness" is used. The specified factor starts the program of realization of suicidal actions.

"Thwarted belongingness" is a psychologically painful state of mind that occurs when a person is alienated from a social environment, a reference group, for example, a medical "society". As a result, the fundamental need for the "membership" is unmet. It is assumed that various indicators of social isolation – living alone, low social support and communication (professional, domestic) - are associated with depression and SU throughout life, and are the signs that the need for belonging has been "thwarted" and there are no prospects for self-realization. Loneliness is associated with personality disorders and other MD, SU, cognitive impairment, increased risk of Alzheimer's disease, decreased executive control, and enhanced symptoms of depression

ций, повышенным риском развития болезни Альцгеймера, снижением исполнительного контроля и усиливает симптомы депрессии [37].

Медицинская практика, изменившаяся за последние годы, привела к неудовлетворённости врачей своей работой. Работать приходится в больших коллективах с оценкой, касающейся выбора методов лечения. Доказательная медицина привела к снижению автономии и самостоятельности. Экономические вопросы, касающиеся стоимости лечения, влияют на восприятие удовлетворённости работой. В модель стрессового опыта врача факторным анализом, проведённым М. Pedrazza и соавт. [38] внесены личные и судебные издержки, снижение общественного имиджа и престижа, неуверенность в профессии, ответственность перед безнадежно больными пациентами, напряжённые межличностные отношения с коллегами и администрирование.

Развитие юридической системы при оказании врачебной помощи существенно изменило общие условия медицинской практики. Связанный с судебными разбирательствами стресс провоцирует депрессию и суицидальное поведение. Иски о халатности тесно связаны с СЭВ, депрессией и мыслями о СУ, особенно среди хирургов. В многопараметрическом моделировании депрессия и выгорание были независимо связаны с недавним иском о халатности. Часы работы, ночные вызова и специальность также связаны с недавними исками о злоупотреблениях. Хирурги, которые столкнулись с иском о халатности, сообщали о меньшей удовлетворённости карьерой и реже рекомендовали хирургическую или медицинскую карьеру своим детям [39].

Ангедония и суицидальное поведение.

Взаимосвязь между различными видами суицидальной активности (мыслями, намерениями, попытками) и ангедонией (снижением или утратой способности получать удовольствие) исследована в большой выборке врачей с использованием межличностной психологической теории СУ. G. Loas и соавт. (2018) подтвердили две гипотезы: во-первых, что существует выраженная связь между ангедонией и СУ, и, во-вторых, что ангедония может опосредовать отношения между суицидными идеями или попытками СУ и «сорванной принадлежностью» [40].

В перекрёстном исследовании 557 врачей заполнили анкеты для оценки риска СУ, депрессии, используя сокращённую версию шкалы депрессии Бека, а также демографические и связанные с работой опросники. Обнаружены значительные связи между ангедонией, суицидальными идеями и попытками СУ, даже когда были приняты во внимание значительные переменные и ковариаты, в частности, депрессивные симптомы. Анализ показал, что ангедония опосредовала отношения между суицидальными идеями (в течение жизни или недавними) и воспринимаемым бременем «сорванной принадлежности». Для попыток СУ также была найдена взаимосвязь между ангедонией и «сорванной

[37].

Medical practice, which has changed in recent years, has led to dissatisfaction of doctors with their work. It is necessary to work in large teams with the assessment concerning the choice of treatment methods. Evidence-based medicine has reduced autonomy and independence. Economic issues related to the cost of treatment affect perception of job satisfaction. By means of factor analysis conducted by M. Pedrazza et al. [38] personal and legal costs, loss of public image and prestige, uncertainty in the profession, responsibility to terminally ill patients, strained interpersonal relationships with colleagues and administration are included into the model of physician's stress experience.

Development of the legal system in the provision of medical care has significantly changed the general conditions of medical practice. Litigation-related stress triggers depression and suicidal behavior. Malpractice suits are closely linked to BS, depression and SU thoughts, especially among surgeons. In multiparameter modeling, depression and burnout were independently linked to a recent malpractice suit. Hours of work, night calls and specialty are also linked to recent negligence lawsuits. Surgeons who faced a malpractice suit reported less career satisfaction and were less likely to recommend a surgical or medical career to their children [39].

Anhedonia and suicidal behavior.

The relationship between different types of suicidal activity (thoughts, intentions, attempts) and anhedonia (decrease or loss of the ability to enjoy) was studied in a large sample of physicians using the interpersonal psychological theory of SU. G. Loas et al. (2018) confirmed two hypotheses: first, that there is an apparent relationship between anhedonia and SU, and second, that anhedonia may mediate the relationship between suicidal ideas or SU attempts and "thwarted belongingness" [40].

In the cross-sectional study, 557 physicians completed questionnaires to assess the risk of SU, depression using an abbreviated version of the Beck depression scale, and also demographic and work-related questionnaires. Significant links have been found between anhedonia, suicidal ideation and SU attempts, even when significant variables and covariates, particularly depressive symptoms, have been taken into account. The analysis showed that anhedonia mediated the relationship between suicidal ideas (over a lifetime or recent) and the perceived burden of "thwarted belongingness". For SU attempts, a relationship between anhedonia and "thwarted belongingness"

принадлежностью». Когда были приняты во внимание различные компоненты ангедонии, неудовлетворённость имела существенную ассоциацию с суицидальным представлением, тогда как запрет работы имел отношение к попыткам СУ. Ангедония и её компонент неудовлетворённости являются фактором риска суицидальных мыслей и опосредуют связь между ними и «сорванной принадлежностью» врачей. Неудовлетворённость, особенно на рабочем месте, рассматривается как сильный предиктор суицидальных мыслей врачей и работников здравоохранения [40].

Фактически, врачи многих стран страдают от бремени повышенного уровня СУ. Исследование М. Wall и соавт. [41] показало наличие суицидальных идей в течение года у 18% (из 149) итальянских и у 12% (из 272) шведских хирургов. Самая сильная связь с мыслями о СУ в обеих странах вызвана унижением опытом и преследованием со стороны администрации учреждения (старшего врача). Болезнь, перенесённая «на ногах», истощение и разобщённость коллектива связаны с возникновением идеи СУ среди итальянских хирургов. Для их шведских коллег преследование и унижение на работе связаны с недавними суицидальными намерениями. Регулярные обсуждения конфликтных и проблемных ситуаций на работе способствуют редукции суицидальных мыслей (тенденций).

Профилактика суицидального поведения.

Профилактика СУ лежит в основе оперативной программы ВОЗ, цель которой – снизить показатели СУ на 10% к 2020 г. Важность выявления риска в профилактике СУ очевидна из того факта, что 91% из тех, кто погибает в результате СУ, в какой-то момент общались с врачами и/или медработниками в течение года до смерти, и что 66% участвуют в сетях психического здоровья, в основном в амбулаторных центрах [42].

Некоторые проблемы делают профилактику СУ у врачей весьма сложной. Врачи, традиционно не хотят обращаться за помощью. Когда сталкиваются с проблемами, пытаются решить их путём самолечения. В свете повышенного уровня СУ это может указывать на то, что врачи редко просят о помощи, и действуют исходя из своих суицидальных мыслей. Таким образом, есть веская причина для особой настороженности при обнаружении или подозрении, что кто-то из коллег борется с суицидом.

Для снижения риска СУ среди врачей Норвегии реализуются следующие стратегии помощи. Доступны два варианта, когда врачи, подверженные стрессу, обращаются за советом и помощью. Во всех округах врачи имеют доступ к специально назначенным коллегам по поддержке. Кроме того, врачи обращаются за помощью в Ресурсный центр, финансируемый Норвежской медицинской ассоциацией. У большинства врачей есть собственный врач общей практики, а в некоторых округах действует схема «врач для врача» для лечения коллег. Во-вторых, ответственностью коллег. Важно

ness” was also found. When various components of anhedonia were taken into account, dissatisfaction had a significant association with suicidal ideation, whereas the prohibition of work had to do with SU attempts. Anhedonia and its dissatisfaction component are a risk factor for suicidal thoughts and mediate the link between them and doctors’ “thwarted belongingness”. Dissatisfaction, especially in the workplace, is seen as a strong predictor of suicidal thoughts among doctors and health care workers [40].

In fact, doctors in many countries suffer from the burden of enhanced SU level. The study of M. Wall et al. [41] showed suicidal ideation during the year in 18% (out of 149) Italian and 12% (out of 272) Swedish surgeons. The strongest association with SU thoughts in both countries is due to humiliating experiences and harassment by the administration of the medical institution (senior physician). Working ill, without proper treatment, exhaustion and disunity of the team are connected with the emergence of the idea of SU among Italian surgeons. For their Swedish colleagues, harassment and humiliation at work are linked to recent suicidal intentions. Regular discussions of conflict and problem situations at work contribute to the reduction of suicidal thoughts (tendencies).

Prevention of suicidal behavior among doctors and health care workers.

Prevention of SU is at the heart of World Health Organization operative programme, which aims at reducing SU by 10% by 2020. The importance of risk identification in SU prevention is evident from the fact that 91% of those who die in the result of SU have at some point communicated with doctors and/or health care providers in the year prior to death, and that 66% participate in mental health networks, mostly in outpatient centers [42].

Some problems make the prevention of SU in doctors very difficult. Doctors traditionally do not want to ask for help. When they face problems, they try to solve them by self-medication. In the light of increased SU levels, this may indicate that doctors rarely seek help, and act on their suicidal thoughts. Thus, there is a good reason to be particularly careful on discovering or suspecting that a colleague is struggling with suicide.

To reduce the risk of SU among Norwegian doctors, the following helping strategies are implemented. There are two options available when stressed doctors seek advice and help. In all districts, doctors have access to designated supporting colleagues. Doctors also turn for help to a Resource centre funded by the Norwegian Medical Association. Most

знать лиц, у которых есть проблемы с психическим здоровьем, включая злоупотребление психоактивными веществами, и вносить свой вклад в обеспечение того, чтобы они проходили лечение и были защищены от выполнения обязанностей, которые могут усугубить ситуацию. Важно определить тех, кто борется с суицидом на ранней стадии, чтобы убедиться, что они получают помощь, прежде чем их проблемы приобретут такие масштабы, что возникает завершённый суицид [43].

При высоком уровне депрессии, выгорания, меж- и внутриличностных проблем и СУ, лечение получают лишь меньшинство врачей и медработников. Опасения относительно конфиденциальности, потенциальных последствий для карьеры, а также затрат и временных ограничений упоминаются в качестве основных барьеров. Важной стратегией профилактики СУ врачей и медработников являются раннее выявление и оптимальное лечение ПР, особенно депрессивных состояний, СЭВ, оптимизация межличностных отношений на работе, и признание важности поддержки семьи, начиная со студенчества [16].

Типичные способы лечения депрессии варьируют и включают применение антидепрессантных препаратов первой линии – ингибиторов моноаминоксидазы; трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Отсутствие результативности препарата первой линии требует назначения второго (другого) средства. Лекарства имеют разную степень эффективности, а побочные эффекты могут варьировать от сексуальной дисфункции до тревоги, бессонницы и СУ [44].

Кокрановский обзор показывает, что психотерапия, добавленная к лечению антидепрессантами пациентов с депрессией, является приемлемой для смягчения её симптомов и становления ремиссии [45]. Е.Б. Любовым, П.Б. Зотовым [46] разработан и внедрён персонализированный алгоритм диагностики и профилактики суицидального поведения, применимый и к работникам здравоохранения.

Предоставлены доказательства, что различные нефармакологические вмешательства могут улучшать симптомы депрессии с эффективностью, сравнимой с антидепрессантами. Например, когнитивно - поведенческая терапия эффективна при лёгкой, умеренной и тяжелой депрессии [46]. Светотерапия, комплексное применение метафорической суггестии и акупунктуры, которые обладают свойством малых антидепрессантов и обеспечивают регуляцию сна, купирование тревоги и суицидальных наклонностей.

Предотвращение выгорания обеспечивается претворением организационных мероприятий, включая адаптацию цифровых стратегий здравоохранения. Личная неудовлетворённость преодолевается мотивацией и повышением уровня притязаний, налаживанием межличностных отношений и общения. Психиатру (психотерапевту) необходимо помочь своему врачу-

doctors have their own GP, and some districts have a doctor-for-doctor scheme to treat colleagues. Second, the responsibility of colleagues. It is important to know the individuals who have mental health problems, including substance abuse, in order to ensure that they receive treatment and are protected from situations that can exacerbate the situation. It is important to identify those struggling with suicide at an early stage to make sure they get help before their problems take on such proportions that a completed suicide occurs [43].

At a high level of depression, burnout, inter- and intrapersonal problems and SU, only a minority of doctors and health care workers receive treatment. Concerns about privacy, potential career implications, cost and time constraints are cited as the major barriers. Early detection and optimal treatment of MD, especially depressive disorders, BS, optimization of interpersonal relations at work, and recognition of the importance of family support, starting from studentship are an important strategy for the prevention of SU in doctors and health care workers [16].

Typical methods of treatment for depression vary and include the use of first-line antidepressant drugs – monoamine oxidase inhibitors; tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors. The lack of effectiveness of the first-line drug requires the prescription of the second (other) medication. Drugs have different degrees of effectiveness, and side effects can range from sexual dysfunction to anxiety, insomnia and SU [44].

The Cochrane review shows that psychotherapy added to antidepressant treatment of patients with depression is appropriate for mitigating its symptoms and achieving remission [45]. E.B. Lyubov, P.B. Zotov [46] developed and implemented a personalized algorithm for the diagnosis and prevention of suicidal behavior, applicable to health care workers.

Evidence has been provided that various non-pharmacological interventions can improve symptoms of depression with efficacy comparable to antidepressants. For example, cognitive behavioral therapy is effective in mild, moderate, and severe depression [46]. Light therapy, complex application of metaphorical suggestion and acupuncture, which have the property of small antidepressants and provide regulation of sleep, relief of anxiety and suicidal tendencies.

Burnout prevention is ensured by the implementation of organizational measures, including the adaptation of digital strategies of public health service. Personal dissatisfaction is overcome by motivation and increasing

пациенту определиться, следует ли ему продолжать врачебную практику [49].

S. Pospos и соавт. [49] напоминают, что существующие Веб- и мобильные приложения смягчают стресс, истощение, депрессию и купируют суицидальные мысли (тенденции). Определены категории онлайн программ с высокой эффективностью – это когнитивно-поведенческая и дыхательная терапия, медитация, методы повышения внимательности и расслабления, видеоигры и приложения для предотвращения СУ.

Самоубийства среди врачей и медработников в России.

Статистика СУ среди представителей врачебного и медицинского сообщества в нашей стране на сегодняшний день отсутствует. Однако с учётом обсуждаемого в обзоре материала есть все основания говорить о чрезвычайной важности этой проблемы. В средствах массовой информации, включая электронные ресурсы и Интернет, нередко упоминаются случаи СУ среди врачей и медработников. Главные причины СУ – это возбуждение уголовных дел против врачей за допущенные врачебные ошибки (халатность) при выполнении своих профессиональных обязанностей, проявления коррупции (получение взяток), наличие неизлечимых болезней; среди среднего медперсонала – семейные (личные) и межличностные проблемы. В России есть все основания предполагать схожие с зарубежными странами факторы, способствующие суицидальной активности среди врачей и медработников. Более того, в условиях продолжающихся реформ (оптимизации) здравоохранения продолжают ухудшаться условия работы: резко возрастает нагрузка при достаточно низкой зарплате и повышенной ответственности за результаты своего труда. Все это ускоряет развитие СЭВ, повышает уровень стресса, снижает показатели удовлетворённости от работы, способствует формированию депрессивных состояний [50] и повышению суицидальной активности [19]. Существенным факторам совершения СУ можно рассматривать злоупотребление алкоголем, другими психоактивными веществами и снотворными препаратами. Е.А. Бодагова и Н.В. Говорин указывают, что у 10,6% врачей имелась наркологическая патология, высокая доля невротических (стрессовых) расстройств; СЭВ был сформирован у 67,6% [51]. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что распространённость алкогольной зависимости среди врачей сопоставима с показателями официальной статистики среди населения региона [52]. Можно прогнозировать достаточно высокую суицидальную активность среди врачей и медперсонала по сравнению с их зарубежными коллегами. Высокие показатели СУ среди населения России, возможно, снижают остроту СУ среди врачей и медработников (ниже, чем в населении). Кроме того, злоупотребление кодами «Повреждение с неопределёнными намерениями» (по МКБ-10) приводит к невозможности объективно оценить структуру смертно-

ambitions, establishing interpersonal relationships and communication. A psychiatrist (psychotherapist) should help his doctor-patient to decide whether he should continue medical practice [49].

S. Pospos et al. [49] remind that existing web- and mobile applications mitigate stress, exhaustion, depression and stop suicidal thoughts (tendencies). The categories of online programs with high efficiency are designated and represent cognitive behavioral and respiratory therapy, meditation, mindfulness and relaxation techniques, video games and applications to prevent SU.

Suicide among doctors and health care workers in Russia.

SU statistics for representatives of the medical community in our country today is missing. However, in view of the material discussed in the review, there is every reason to say that this problem is extremely important. Cases of SU among doctors and health care workers are often mentioned in the media, including electronic resources and the Internet. The main reasons for SU is the initiation of criminal proceedings against doctors for medical errors (negligence) in performing their professional duties, manifestations of corruption (bribery), presence of incurable diseases; among nurses – family (personal) and interpersonal problems. In Russia, there is every reason to assume similar factors as in foreign countries that contribute to suicidal activity among doctors and health care workers. Moreover, in the context of ongoing reforms (optimization) of health care, working conditions continue to deteriorate: the load increases sharply with a sufficiently low salary and increased responsibility for the results of their work. All this accelerates the development of BS, increases stress levels, reduces job satisfaction, contributes to the formation of depressive states [50] and increases suicidal activity [19]. Abuse of alcohol, other psychoactive substances and sleeping pills can be considered a significant factor in the commission of SU. E.A. Bodagova, N.V. Govorin indicate that 10.6% of doctors had narcological pathology, a high proportion of neurotic (stress) disorders; BS was reported in 67.6% cases [51].

Our observations indicate that the prevalence of alcohol abuse among doctors is comparable to the official statistics among the population of the region [52]. It is possible to predict rather high suicidal activity among doctors and medical staff in comparison to their foreign colleagues. High rates of SU among the Russian population may mitigate downward SU among doctors and health care workers (lower than in the population). In

сти от внешних причин, существенно затрудняет анализ СУ в профессиональных группах и получение объективных оценок [53]. Отсутствие исследований по указанной проблеме делает пока невозможным разработку дифференцированных профилактических мероприятий в медицинских организациях нашей страны.

Заключение. Суицидальное поведение весьма распространённое явление среди врачей и медработников за рубежом, превосходящее в 1,5-4 раза показатели СУ среди населения этих стран. Однозначно просматривается комплекс связанных с профессией факторов, которые способствуют суицидальной активности работников системы здравоохранения. Большая распространённость различных и повторяющихся стрессов участвует в развитии депрессивных состояний, СЭВ, сопровождается неудовлетворённостью работой и ангедонией у врачей и медработников. Их профессиональные знания о сильнодействующих лекарственных средствах и довольно свободный доступ к ним является одной из возможностей к реализации, возникающих и имеющих суицидальных тенденций.

Суицидальное поведение является предотвратимой причиной смерти врачей и медработников. Своевременное обнаружение, психологическое и медикаментозное пособие могут способствовать профилактике суицидального поведения, обусловленного депрессией, выгоранием, неудовлетворённостью, особенно на работе. Настороженность коллег, социализация, поведенческое, персонализированное суггестивное рефлексотерапевтическое воздействие позволяют предотвратить реализацию суицидальных намерений персонала медицинских учреждений. Ограничение доступа к смертельным средствам является важной стратегией в предотвращении СУ.

В России обсуждаемая в обзоре проблема пока мало изучена, не известна распространённость СУ среди врачей и медработников, с учётом особенностей в медицинских организациях и специальностей, хотя факторы, способствующие преждевременному и добровольному уходу их из жизни, совпадают с данными зарубежной литературы. Поэтому есть все основания говорить о чрезвычайной актуальности суицидального поведения и его профилактике среди представителей медицинских профессий в нашей стране.

addition, the abuse of the codes “Damage with uncertain intentions” (according to ICD-10) leads to the inability to objectively assess the structure of mortality from external causes, significantly complicates the analysis of SU in occupational groups and obtaining objective estimates [53]. The lack of research on this problem makes it impossible to develop differentiated preventive measures in medical organizations of our country.

Conclusion. Suicidal behavior is very common among doctors and health care workers abroad, exceeding 1.5-4 times the SU rates for the population of these countries. A complex of factors related to the profession that contribute to the suicidal activity of health care workers is clearly visible. The high prevalence of various and repeated stresses is involved in the development of depressive states, BS, accompanied by dissatisfaction with work and anhedonia in doctors and health care workers. Their professional knowledge of potent drugs and fairly easy access to them is one of the opportunities to implement emerging and existing suicidal tendencies.

Suicidal behavior is a preventable cause of death for doctors and health care workers. Timely detection, psychological and medical benefits can contribute to the prevention of suicidal behavior due to depression, burnout, dissatisfaction, especially at work. Wariness of colleagues, socialization, behavioral personalized suggestive reflexotherapeutic manipulation prevent the implementation of suicidal intentions of the personnel of medical institutions. Restriction of the access to lethal drugs is an important strategy in SU prevention.

In Russia, the problem discussed in the review is still poorly studied, the prevalence of SU among doctors and health workers is not known, taking into account the peculiarities in medical organizations and specialties, although the factors contributing to their premature and voluntary retirement from life coincide with the data of foreign literature. Therefore, there is every reason to talk about the extreme relevance of suicidal behavior and its prevention among health professionals in our country.

Литература / References:

- Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации. *Суицидология*. 2012; 3 (3): 3-10. [Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation. *Suicidology*. 2012; 3(3): 3-10.] (In Russ)
- Aladağ A.E., Muderrisoglu S., Akbas N.B., et al. Detecting suicidal ideation on forums: proof-of-concept study. *J. Med. Internet Res*. 2018; 20 (6): e215. doi: 10.2196/jmir.9840.
- Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387 (10024): 1227-1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
- Agerbo E., Gunnell D., Bonde J.P., Mortensen P.B., Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol. Med*. 2007; 37 (8): 1131-1140. doi: 10.1017/S0033291707000487.
- Milner A.J., Maheen H., Bismark M.M., Spittal M.J. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. *Med. J. Aust*. 2016; 205 (6): 260-265. doi: 10.5694/mja15.01044.
- Schernhammer E.S., Colditz G.A. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161 (12): 2295-2302. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2295.
- Frank E., Dingle A.D. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156 (12): 1887-1894. doi: 10.1176/ajp.156.12.1887.
- Albuquerque J., Tulk S. Physician suicide. *CMAJ*. 2019; 191 (18): 505. doi: 10.1503/cmaj.181687.
- Revicki D.A., May H.J. Physician suicide in North Carolina. *South Med. J*. 1985; Oct. 78 (10): 1205-1207.
- Grinshteyn E., Hemenway D. Violent Death Rates: The US Compared with Other High-income OECD Countries, 2010. *Am. J. Med*. 2016; Mar. 129 (3): 266-273. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.10.025.

11. Krug E.G., Powell K.E., Dahlberg L.L. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *Int. J. Epidemiol.* 1998; Apr. 27 (2): 214-221.
12. Gold K.J., Sen A., Schwenk T.L. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2013; 35 (1): 45-49.
13. Collier R. Physician suicide too often «brushed under the rug». *CMAJ.* 2017; 189 (39): 1240-1241. doi: 10.1503/cmaj.1095498.
14. Lagro-Janssen A.L., Luijckx H.D. Suicide in female and male physicians. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2008; 4.152 (40): 2177-2181.
15. Grellner W., Kukuk M., Glenewinkel F. About suicide methods of physicians, medical personnel and related professions. *Arch. Kriminol.* 1998; Mar-Apr. 201 (3-4): 65-72.
16. Visanuyothin T., Srivaranundh K., Siriweij P., et al. Risk factors for suicide among Thai physicians. *J. Med. Assoc. Thai.* 2004; 87 (Suppl 4): 14-18.
17. Shang T.F., Chen P.C., Wang J.D. Mortality of doctors in Taiwan. *Occup. Med. (Lond).* 2011; Jan. 61 (1): 29-32. doi: 10.1093/occmed/kqq159.
18. Skegg K., Firth H., Gray A., Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust. NZJ. Psychiatry.* 2010; May. 44 (5): 429-434. doi: 10.3109/00048670903487191.
19. Austin A.E., van den Heuvel C., Byard R.W. Physician suicide. *J. Forensic Sci.* 2013; 58 (s1): 91-93.
20. Gagné P., Moamai J., Bourget D. Psychopathology and Suicide among Quebec physicians: a nested case control study. *Depress. Res. Treat.* 2011; 2011: 936327. doi: 10.1155/2011/936327.
21. Sourander A., Klomek A.B., Niemelä S., et al. Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2009; 66 (4): 398-406. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.21.
22. Bailey E., Robinson J., McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern. Med. J.* 2018; 48 (3): 254-258. doi: 10.1111/imj.13717.
23. Huang C.L., Weng S.F., Wang J.J., et al. Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians: A Nationwide Population-Based Study. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94 (35): e1323. doi: 10.1097/MD.0000000000001323.
24. Wurm W., Vogel K., Holl A., Ebner C., Bayer D., Mörtl S., Szilagyi I.S., Hotter E., Kapfhammer H.P., Hofmann P. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One.* 2016; 11 (3): e0149913. doi: 10.1371/journal.pone.0149913.
25. Silva Ddos S., Tavares N.V., Alexandre A.R., et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49 (6): 1027-1036.
26. Iorga M., Socolov V., Muraru D., Dirtu C., Soponaru C., Ilea C., Socolov D.G. Factors influencing burnout syndrome in obstetrics and gynecology physicians. *Biomed Res. Int.* 2017; 2017: 9318534. doi: 10.1155/2017/9318534.
27. Rothenberger D.A. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis. Colon. Rectum.* 2017; 60 (6): 567-576. doi: 10.1097/DCR.0000000000000844.
28. Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S., Power D.V., Eacker A., Harper W., Durning S., Moutier C., Szydlo D.W., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann. Intern. Med.* 2008; 149 (5): 334-341. doi: 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008
29. Малегин В.Л., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., и др. Социальные и профессиональные факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов. *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2008; (11) 1: 71-75. [Malygin V.L., Iskandirova A.B., Pakhtusova E.E., et al. Social and professional risk factors of formation of emotional burning out of doctors of psychiatrists and addictions. *Applied informational aspects of medicine.* 2008; (11) 1: 71-75. (In Russ)]
30. Peckham C. Medscape national physician burnout & depression report 2019. *Medscape.* 2019. [Accessed February 23, 2019]. Available at: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#2>.
31. Елфимова Е.В., Елфимов М.А., Березкин А.С. Как предотвратить синдром эмоционального выгорания у медицинских работников? *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2016; 5 (129): 83-87. Elyimova E.V., Elyimov M.A., Berezkin A.S. How to prevent emotional burnout syndrome in health professionals? *Experimental and clinical gastroenterology.* 2016; 5 (129): 83-87. (In Russ)
32. Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R.S., Kellogg A.R. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, Part I. *West J. Emerg. Med.* 2019; 20 (3): 485-494. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970.
33. Kuhn C.M., Flanagan E.M. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can. J. Anaesth.* 2017; 64 (2): 158-168. doi: 10.1007/s12630-016-0781-0.
34. Ruzycki S.M., Lemaire J.B. Physician burnout. *CMAJ.* 2018; 190 (2): 53. doi: 10.1503/cmaj.170827.
35. Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 2018; Sep. 18. 320 (11): 1131-1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777.
36. Зотов П.Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа», как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии. *Российский медико-биологический вестник им. Акад. И.П. Павлова.* 2015; 23 (4): 133-137. [Zotov P.B. Suicidal behavior: the role of the «foreign key» as an element of suicidal dynamics and the object of psychotherapy. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Acad. I.P. Pavlova.* 2015; 23 (4): 133-137.] (In Russ)
37. Hawkley L.C., Cacioppo J.T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2010; 40 (2): 218-227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8.
38. Pedrazza M., Berlanda S., Trifletti E., Bressan F. Exploring physicians' dissatisfaction and work-related stress: development of the PhyDis scale. *Front. Psychol.* 2016; 7: 1238. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01238.
39. Balch C.M., Oreskovich M.R., Dyrbye L.N., et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J. Am. Coll. Surg.* 2011; 213(5): 657-667. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005.
40. Loas G., Lefebvre G., Rotsaert M., Englert Y. Relationships between anhedonia, suicidal ideation and suicide attempts in a large sample of physicians. *PLoS One.* 2018; 13 (3): e0193619. doi: 10.1371/journal.pone.0193619.
41. Wall M., Schenck-Gustafsson K., Minucci D., et al. Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2014; 2 (1): 53. doi: 10.1186/s40359-014-0053-0.
42. Muñoz-Sánchez J.L., Sánchez-Gómez M.C., Martín-Cilleros M.V., et al. Addressing suicide risk according to different healthcare professionals in Spain: a qualitative study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15 (10): 2117. doi: 10.3390/ijerph15102117.
43. Hem E. Suicide among doctors. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2015; 135 (4): 305. doi: 10.4045/tidsskr.15.0176.
44. Russoniello C.V., Fish M.T., O'Brien K. The efficacy of playing videogames compared with antidepressants in reducing treatment-resistant symptoms of depression. *Games Health J.* 2019. doi: 10.1089/g4h.2019.0032.
45. Ijaz S., Davies P., Williams C.J., et al. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018; 5: CD010558. doi: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
46. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология.* 2018; 2 (31): 16-29. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology.* 2018; 2 (31): 16-29.] (In Russ)
47. Nakagawa A., Mitsuda D., Sado M., et al. Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry.* 2017; 78 (8): 1126-1135. doi: 10.4088/JCP.15m10511.
48. Sargent D.A., Jensen V.W., Petty T.A., Raskin H. Preventing physician suicide. The role of family, colleagues, and organized medicine. *JAMA.* 1977; 237 (2): 143-145. doi: 10.1001/jama.237.2.143.
49. Pospos S., Young I.T., Downs N., et al. Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: a systematic review. *Acad. Psychiatry.* 2018; 42(1): 109-120. doi: 10.1007/s40596-017-0868-0
50. Смирнский Е.А., Смирнова Е.Н., Агафонова А.И. Депрессивные нарушения у студентов медицинского ВУЗа и врачей. *Нижегородский психологический альманах.* 2018; 2: 175-181. [Smirensky E.A., Smirnova E.N., Agafonova A.I. Depressive disorders in medical students and doctors. *Nizhny Novgorod psychological almanac.* 2018; 2: 175-181.] (In Russ)
51. Бодагова Е.А., Говорин Н.В. Психическое здоровье врачей разного профиля. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2013; 23 (1): 21-26. [Bodagova E.A., Govorin N.V. Mental health of doctors of different profiles. *Social and Clinical Psychiatry.* 2013; 23 (1): 21-26.] (In Russ)
52. Андреева А.П., Бульгина И.Е., Голенков А.В. Алкогольная зависимость у врачей. XIV съезд психиатров России: Мат. съезда. М., 2005; 326. [Andreeva A.P., Bulygina I.E., Golenkov A.V. Alcohol addiction in doctors]. XIV congress of psychiatrists of Russia: materials of the congress. М., 2005; 326.] (In Russ)
53. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России. *Социологические исследования.* 2019; 1: 116-126. [Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Assessment of the real level of murders and suicides in the regions of Russia. *Case studies.* 2019; 1: 116-126.] (In Russ)

SUICIDES AMONG DOCTORS AND HEALTH CARE WORKERS: REVIEW OF LITERATURE

A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko, F.V. Orlov, E.S. Deomidov

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia: golenkovav@inbox.ru
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia**Abstract:**

According to the World Health Organization, suicide (SU) accounts for almost 1.5% of all deaths worldwide, and it is one of the 20 main causes of death. Suicidal behavior varies markedly between sexes, age groups and occupational groups, which underlines its possible etiological heterogeneity. The aim of the study was to summarize information about prevalence, factors associated with the risk of SU among doctors and health care workers, as well as the ways to prevent their suicidal behavior. According to different reviews, the level of SU for doctors and health care workers is 1.5-4 times higher than for representatives of a number of other professions and the population at large. Moreover, this is typical for both women and men working in health care. The level of SU for health professionals with easy access to medicines is higher than among those who do not have such an opportunity. It is no coincidence that poisoning is one of the main methods of SU among health care workers. According to this indicator, this professional group is significantly different from the general population. The factors that contribute to SU among doctors and healthcare providers are stress at the workplace, depressive states and other mental disorders (MD), burnout syndrome (BS), low job satisfaction, anhedonia. The prerequisites for the development of depression can be traced from the time of study at university that is further facilitated by professional stresses such as long working hours, lack of sleep, demands for a high degree of professionalism and responsibility for patients, daily conflicts between ethical values and economic goals, as well as lawsuits about negligence (risks of medical errors). In recent decades, doctors' work with patients has become more difficult due to increased workload, administrative responsibilities and reduced autonomy. BS in doctors and healthcare providers depends on specialty (more often among neurologists (53-75%), surgeons (46-47%), obstetrician-gynecologists (45%), sex (more often among female doctors – 50%), weekly workload (the higher, the more common BS is) and lack of respect from patients, administration and colleagues. Economic issues related to the cost of treatment, reduction of public image and uncertainty in the profession, responsibility for terminally ill patients, and strained interpersonal relationships with colleagues affect the perception of job satisfaction. Early detection and proper treatment of major depressive disorder (MD), BS, optimization of interpersonal relationships at work and recognition of the importance of family (immediate environment) support comprise the strategy for prevention of SU among doctors and health care workers. Conclusion. Suicidal behavior is considered a preventable cause of death. Timely psychological and medical treatment can contribute to its prevention. Colleagues' caution about a possible SU, socialization, behavioral, suggestive reflex therapy makes it possible to prevent implementation of suicidal intentions among doctors and health care workers. In Russia, the problem discussed in the review has not been studied much, although the factors contributing to SU are described in the literature. Therefore, there is every reason to talk about an extreme relevance of suicidal behavior and its prevention among members of the medical community of our country.

Keywords: suicide, doctors, health professionals, risk factors, prevention

Вклад авторов:

A.V. Филоненко: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
A.V. Голеньков: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
V.A. Филоненко: обзор и перевод публикаций по теме статьи;
Ф.В. Орлов: обзор публикаций по теме статьи;
E.C. Деомидов: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Filonenko: developing the research design, article writing; article editing;
A.V. Golenkov: article writing; article editing;
V.A. Filonenko: reviewing and translating relevant publications;
F.V. Orlov: reviewing of publications of the article's theme;
E.S. Deomidov: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.08.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 08.11.2019.

Для цитирования: Филоненко А.В., Голеньков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: Обзор литературы. *Суцидология*. 2019; 10 (3): 42-58. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-42-58

For citation: Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A., Orlov F.V., Deomidov E.S. Suicides among doctors and health care workers: review of literature. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 42-58. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-42-58

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО (АУТОАГРЕССИВНОГО) ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД ОТБЫВАНИЯ НАКАЗАНИЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

А.В. Диденко, О.М. Писарев, М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина

ФКУ ДПО «Томский институт повышения квалификации работников ФСИН России», г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

CHARACTERISTICS OF SUICIDAL (AUTO-AGGRESSIVE) BEHAVIOR IN CONVICTS WITH PERSONALITY DISORDERS IN THE PERIOD OF SERVING THE SENTENCE IN PLACES OF IMPRISONMENT

*A. V. Didenko, O. M. Pisarev,
M. M. Aksenov, O. E. Perchatkina*

Tomsk Institute of Improvement of Professional Skills of Workers of FAEP of Russia, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia
Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

Контактная информация:

Диденко Александр Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7933-9487; ORCID iD: 0000-0001-9796-1673; Researcher ID: B-4722-2019). Место работы и должность: заместитель начальника ФКУ ДПО «Томский институт повышения квалификации работников ФСИН России» по учебной и научной работе. Адрес: 634057, г. Томск, ул. Говорова, 10. Телефон: +7 (3822) 46-77-49, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2, электронный адрес: dedzone@yandex.ru

Писарев Олег Михайлович – кандидат психологических наук, доцент (SPIN-код: 5044-9974; ORCID iD: 0000-0003-4309-6535). Место работы и должность: начальник кафедры организации кадровой, социальной, психологической и воспитательной работы ФКУ ДПО «Томский институт повышения квалификации работников ФСИН России». Адрес: Россия, 634057, г. Томск, ул. Говорова, 10. Телефон: +7 (3822) 46-72-53 (доп. 4301), электронный адрес: olbig@sibmail.com

Аксенов Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7599-1801; ORCID iD: 0000-0002-8949-6596; Researcher ID: I-9478-2017). Место работы и должность: заведующий отделением пограничных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-35-16; профессор кафедры организации кадровой, социальной, психологической и воспитательной работы ФКУ ДПО «Томский институт повышения квалификации работников ФСИН России». Адрес: Россия, 634057, г. Томск, ул. Говорова, 10. Телефон: (3822) 46-72-53 (доп. 4301), электронный адрес: max1957@mail.ru

Перчаткина Ольга Эрнстовна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6299-0859; ORCID iD: 0000-0001-5538-1304; Researcher ID: I-8664-2017). Место работы и должность: заведующая отделом координации научных исследований НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-35-16, электронный адрес: poa@antline.ru

Contact Information:

Didenko Alexander V. – MD, associate professor (SPIN-code: 7933-9487; ORCID iD: 0000-0001-9796-1673; Researcher ID: B-4722-2019). Place of work and position: Deputy Head for Scientific and Educational Work of Tomsk Institute of Advanced Training of Workers of the Federal Penitentiary Service of Russia. Address: Govorov Street 10, 634057, Tomsk, Russia. Tel.: + 7 (3822) 46-77-49, professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy of Siberian State Medical University. Address: Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia, e-mail: dedzone@yandex.ru

Pisarev Oleg M. – Candidate of Psychological Sciences, associate professor (SPIN-code: 5044-9974; ORCID iD: 0000-0003-4309-6535). Place of work and position: Head of the Department of Organization of Personnel, Social, Psychological and Educational Work, Tomsk Institute of Advanced Training of Workers of the Federal Penitentiary Service of Russia. Address: Govorov St 10, 634057, Tomsk, Russia. Tel.: +7 (3822) 46-72-53 (add. 4301), e-mail: olbig@sibmail.com

Aksenov Mikhail M. – MD, Professor (SPIN-code: 7599-1801; ORCID iD: 0000-0002-8949-6596; Researcher ID: I-9478-2017). Place of work and position: Head of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Address: Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Tel.: +7 (3822) 72-35-16; professor of the Department of Organization of Personnel, Social, Psychological and Educational Work, Tomsk Institute of Advanced Training of Workers of the Federal Penitentiary Service of Russia. Address: Govorov Street 10, 634057, Tomsk, Russia. Tel.: +7 (3822) 46-72-53 (add. 4301), e-mail: max1957@mail.ru

Perchatkina Olga E. – PhD (SPIN-code: 6299-0859; ORCID iD: 0000-0001-5538-1304; Researcher ID: I-8664-2017). Place of work and position: Head of the Department of Coordination of Scientific Investigations, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Address: Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Tel.: +7 (3822) 72-35-16, e-mail: poa@antline.ru

Цель исследования: сравнительный анализ суицидального (самоповреждающего) поведения осуждённых с личностной патологией и без личностных расстройств с использованием клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов. Материал и методы: Обследовано 96 мужчин, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы и совершившие в период отбывания наказания суицидальные (самоповреждающие) действия. Осуждённые с диагнозом расстройства личности, установленным по критериям МКБ-10 с эмоционально - неустойчивыми, истерическими и смешанными проявлениями составили 62 человека (первая подгруппа), осуждённые без личностной патологии составили 34 человека (вторая подгруппа). В обеих подгруппах все обследованные имели диагноз зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, опиоиды), в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический. В качестве экспериментально-психологического метода были использованы «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» (формы А) и опросник суицидального риска. Результаты исследования. Установлено, что для осуждённых с расстройствами личности характерно суицидальное ($n=7$) и несуицидальное поведение ($n=55$) с нанесением порезов на предплечье (в области кубитальной вены) – 203 эпизода (92%), попытки самоудушения (самоповешения) – $n=10$ эпизодов (4,5%); нанесение порезов в области живота – 5 эпизодов (2,3%) и проглатывание различных металлических предметов – 3 эпизода (1,2%). Аутоагрессивным действиям предшествовали резкие аффективные сдвиги, связанные с психогениями, лежащими преимущественно в плоскости межличностных отношений, импульсивность, сочетаемая с переживаниями одиночества. В динамике, отмечалась стабилизация эмоционального состояния осуждённых после акта самоповреждения. Для аутоагрессии осуждённых без расстройств личности характерно нанесение порезов на предплечье в области кубитальной вены (92 эпизода). Поведение носило преимущественно социально-обусловленный (шантажный) характер, как реакция личности на ограничения, связанные с режимом отбывания наказания. Совершение аутоагрессивных действий представляло собой инструмент, используемый осуждённым для воздействия на социальную ситуацию или отдельных лиц. По результатам использования опросника для диагностики пограничного расстройства личности установлено наличие статистически достоверных ($p \leq 0,01$) различий между двумя подгруппами по шкалам «Нестабильность» ($\chi^2_{\text{эмп}} - 5,586$), «Наличие самоповреждающего поведения» ($\chi^2_{\text{эмп}} - 4,138$) и «Непереносимость одиночества» ($\chi^2_{\text{эмп}} - 3,226$), с преобладанием значений по указанным шкалам у осуждённых с расстройствами личности. С помощью метода ранговой корреляции Спирмена установлены корреляционные взаимосвязи между шкалами опросника суицидального риска и шкалами опросника для диагностики пограничного личностного расстройства у осуждённых с личностными расстройствами. Показаны умеренные корреляционные связи на уровне $p \leq 0,01$ между шкалами: «Непереносимость одиночества» и шкалой «Слом культурных барьеров» ($r_s = -0,475$); «Нестабильность» и шкалами «Демонстративность» ($r_s = 0,415$), «Аффективность» ($r_s = 0,396$), «Уникальность» ($r_s = 0,375$), «Несостоятельность» ($r_s = 0,427$), «Социальный пессимизм» ($r_s = 0,326$), «Временная перспектива» ($r_s = 0,475$), «Антисуицидальный фактор» ($r_s = -0,456$); «Самоповреждающее поведение» и шкалами «Демонстративность» ($r_s = 0,380$), «Аффективность» ($r_s = 0,312$), «Уникальность» ($r_s = 0,382$), «Несостоятельность» ($r_s = 0,434$), «Максимализм» ($r_s = 0,468$). Результаты исследования с использованием опросника для диагностики пограничного личностного расстройства указывают на высокую вероятность наличия эмоционально-неустойчивого расстройства личности, пограничный тип, у осуждённых с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, истерического и смешанного типа, представленных в первой подгруппе. Выводы: Полученные клинико-диагностические и экспериментально - психологические данные о характере суицидального (аутоагрессивного) поведения лиц отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы с личностной патологией позволяют улучшить диагностику и прогноз суицидального (аутоагрессивного) поведения в пенитенциарном контексте.

Ключевые слова: суицидальное (аутоагрессивное) поведение, самоповреждения у осужденных в исправительных учреждениях, расстройства личности, пограничное расстройство личности.

Период отбывания уголовного наказания в местах лишения свободы, является весьма драматичным эпизодом в жизни человека, испытывающего целый комплекс эмоциональных переживаний, и связан с повышенными требованиями к устойчивости личностной структуры [1]. К числу внешних факторов, безусловно влияющих на личность, ряд авторов относят так называемый «пенитенциарный стресс» [2, 3, 4, 5], представляющий собой группу длительно действующих факторов депривационного, социокультурального характера, существенно ограничивающих свободу выбора личности, отбывающей уголовное наказание в местах лишения свободы. Данные ограничения сопровождаются перестройкой системы адаптации и при благоприятном исходе приводят к формированию нового поведенче-

The period of serving a criminal sentence in places of imprisonment is a very dramatic episode in the life of a person experiencing a whole range of affects and is associated with increased demands on the stability of the personality structure [1]. Among the external factors that certainly affect the personality, a number of authors include the so-called “penitentiary stress” [2, 3, 4, 5], representing a group of long-acting factors of depriving, socio-cultural nature, significantly limiting the freedom of choice of an individual serving a criminal sentence in places of imprisonment. These limitations, accompanied with a restructuring of the adaptation system, lead to the

ского стереотипа. Однако неблагоприятный исход – дезадаптация в пенитенциарной среде, сопровождается аффективной нестабильностью, конфликтностью, приводящими к нарушениям режима отбывания наказания, что, в свою очередь, стимулирует гетероагрессивные и аутоагрессивные (суицидальные) проявления.

Повышенную чувствительность к факторам пенитенциарной социальной среды обнаруживают личности с аномальными чертами, рассматриваемыми в рамках концепций личностной патологии. Статистические данные о распространённости личностной патологии среди осуждённых являются противоречивыми, поскольку для статистического учёта используются различные инструменты оценки и теоретические модели. Тем не менее, большинство специалистов сходятся во мнении о преобладании или накоплении в местах лишения свободы осуждённых с расстройствами личности так называемого «драматического» кластера по DSM, к числу которых относят пограничное расстройство личности (эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип F.60.31 по МКБ-10, далее ПЛР) [6]. Среди лиц данного типа отмечается высокая частота самоповреждающего поведения достигающего 75% [7], в большинстве случаев представляющего собой способ снятия внутреннего психологического напряжения, а не попытку суицида. Репертуар самоповреждающего поведения достаточно широк, и включает в себя самопорезы, введение (проглатывание) инородных предметов, прижигания кожных покровов и др. способы [8, 9]. Кроме этого, для самоповреждающего поведения характерны нарушения со стороны аффективной сферы, имеющие выраженные депрессивные проявления [10].

Согласно последним обзорам ФСИН России уровень суицидов (аутоагрессивных действий), совершаемых лицами, отбывающими наказание в местах лишения свободы, более чем в 2,5 раза превышает аналогичный показатель среди населения Российской Федерации (52 против 19,5 в расчёте на 100 тысяч человек). Так, в 2016 году подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными было совершено 344, в 2017 году – 310 самоубийств. Пенитенциарная практика показывает, что мотивы, условия и обстоятельства совершения актов аутоагрессии зависят от следующих причин: декомпенсация психических расстройств в условиях социальной изоляции, повышенная эмоциональная возбудимость, вызванная острыми психотравмирующими событиями в рамках пенитенциарного контекста, так называемая «психологическая усталость» от отбывания длительных сроков наказания и отсутствие жизненных перспектив, разрыв или отсутствие социальных связей, ощущение вины за содеянное, зависимость от психоактивных веществ, принятие или отрицание «тюремной» субкультуры.

Проведённые исследования В.Я. Семке, А.В. Диденко и М.М. Аксёнова [11] показали, что отсутствие

formation of a new behavioral stereotype in case of a favorable outcome. However, an unfavorable outcome – disadaptation in the penitentiary environment, is followed by affective instability, conflict, leading to violations of the sentence serving regime, which, in its turn, stimulates hetero-aggressive and auto-aggressive (suicidal) manifestations.

Hypersensitivity to the factors of the penitentiary social environment is exhibited by individuals with abnormal traits, considered in the framework of the concepts of personality pathology. The statistical data on the prevalence of personality pathology among convicts are contradictory, since various assessment tools and theoretical models are used for statistical registration. Nevertheless, most experts agree on the prevalence or accumulation in places of imprisonment of convicts with personality disorders of the so-called “dramatic” cluster according to DSM-IV that includes borderline personality disorder (emotionally unstable personality disorder, borderline type F. 60.31 according to ICD-10, hereinafter referred to as BPD) [6]. Among individuals of this type frequency of self-injurious behavior reaches up to 75% [7]. In most cases, this is a way to relieve internal psychological stress, rather than attempt suicide. The repertoire of self-injurious behavior is wide enough, and includes self-cuts, the swallowing of objects, cauterization of cutaneous covering, and other methods [8, 9]. In addition, self-injurious behavior is characterized by disorders of the affective domain, with severe depressive manifestations [10].

According to the latest surveys of the Federal Penitentiary Service of Russia, the level of suicides (auto-aggressive actions) committed by persons serving sentences in places of imprisonment is more than 2.5 times higher than the same indicator among the population of the Russian Federation (52 versus 19.5 per 100,000 persons).

So, in 2016, 344 suicides were committed by suspected, accused and convicted persons, in 2017 310 suicides were registered. Penitentiary practice shows that the motives, conditions and circumstances of the committing acts of auto-aggression depend on the following causes: decompensation of mental disorders in conditions of social isolation, increased emotional excitability caused by acute psychotraumatic events within the framework of the penitentiary context, the so-called “psychological fatigue” from serving long sentences and lack of life prospects, breaking or lack of social ties, guilt for what was done, substance abuse, acceptance or denial of the “prison”

способности к интегрированному анализу своего поведения, формированию новой идентичности в пенитенциарном социуме способствует возникновению реакций (в том числе ответных) в виде резкого ухудшения настроения (в течение нескольких минут) после возникновения конфликта, сопровождающегося чувством одиночества, озлобленности, оторванности от окружающего мира и враждебности со стороны окружающих. В этот период отмечаются множественные суицидальные фантазии и попытки, носящие, как правило, импульсивный характер.

Отметим, что большинство исследователей разводят понятия «суицидальное поведение» и «самоповреждающее поведение». Так, Б.С. Положий говорит о двух видах суицидального поведения: фатальном и нефатальном [12]. Фатальное суицидальное поведение представляет собой направленное на себя умышленное действие со смертельным исходом, нефатальное (самоповреждающее) заключается в преднамеренном нанесении телесных повреждений, не носящих смертельную опасность, без суицидальных намерений [13].

Проблема самоповреждающего поведения (парасуицида), с которой сталкиваются специалисты, работающие в местах лишения свободы, носит, также, дифференциально-диагностический характер – выделение из группы лиц, совершающих суицидальные попытки (самоповреждения) осуждённых с ПЛР необходимо для проведения дифференцированной терапевтической (психокоррекционной) работы, имеющей свою специфику.

Важным аспектом является и этическая сторона вопроса, связанная с существованием в практике работы исправительных учреждений понятия «шантажно-демонстративное поведение осуждённого» (или демонстративное поведение), связанного с использованием угроз суицида, демонстрации суицидальных попыток, нанесения самоповреждений, совершаемых с целью получения определенных выгод для себя, например, послабления режимных требований. Эмоциональная декомпенсация чревата высоким риском социальной дезадаптации и саморазрушающего поведения в местах лишения свободы. Демонстративные суицидные попытки осуждённых (чаще всего – нанесение порезов на предплечье и отравления препаратами) представляют собой отреагирование обращения к другим, крик о помощи [14]. Отсутствие нормативного и научного определения «шантажно-демонстративного поведения», а также навешивание подобного ярлыка на осуждённых, проявляющих суицидальное (парасуицидальное) поведение, в основе которого лежат психопатологические механизмы, искажает восприятие самого факта суицидального (парасуицидального) поведения. Указанная особенность может минимизировать усилия по работе с этими осуждёнными, переводя их поведенческие проявления в плоскость шантажного поведения, как части проявлений пенитенциарной субкультуры и примене-

subculture.

Studies carried-out by V.Ya. Semke, A.V. Didenko and M.M. Aksenov [11], showed, that the lack of ability to integrated analysis of their behavior, the formation of a new identity in prison community contributes to the emergence of reactions (including responses) in the form of a sharp deterioration in mood (within a few minutes) after a conflict occurs, followed by a feeling of loneliness, embitterment, isolation from the outside world and hostility from others. During this period, there are multiple suicidal fantasies and attempts, which are usually impulsive in nature.

It should be noted that most researchers differentiate between the concepts of “suicidal behavior” and “self-injurious behavior.” For example, B.S. Polozhy speaks of two types of suicidal behavior: fatal and non-fatal [12]. Fatal suicidal behavior is a deliberate, fatal, self-directed action; non-fatal (self-injurious) is the deliberate infliction of bodily harm that is not fatal, without suicidal intent [13].

The problem of self-injurious behavior (parasuicide), which is faced by specialists working in imprisonment institutions, is also of a differential diagnostic nature - the separation from the group of people who commit suicidal attempts (autoaggression) of convicted prisoners with BPD is necessary for differentiated therapeutic (psycho correctional) work having its own specifics.

An important aspect is the ethical side of the issue, related to the existence in the practice of work of correctional institutions of the concept of “blackmail-demonstrative behavior of the convicted person” (or demonstrative behavior) associated with the use of threats of suicide, the demonstration of suicidal attempts, and self-harm made in order to obtain certain benefits for oneself, for example, relaxation of regime requirements. Emotional decompensation is fraught with a high risk of social maladaptation and self-destructive behavior in places of imprisonment. Demonstrative suicide attempts of convicts (most often - making cuts on the forearm and poisoning with drugs) are an appeal to others, a cry for help [14]. The lack of a normative and scientific definition of “blackmail-demonstrative behavior”, as well as hanging a similar label on convicts who exhibit suicidal (parasuicidal) behavior, which is based on psychopathological mechanisms, distorts the perception of the very fact of suicidal (parasuicidal) behavior. This feature can minimize the efforts to work with these convicts by translating their behavioral manifestations into the plane of blackmail behavior as part of the manifestations of

нием к ним исключительно режимных и воспитательных мер воздействия.

Таким образом, обозначенная проблема имеет высокую актуальность в пенитенциарной практике, что и послужило основой проведения настоящего исследования.

Цель исследования: выделение особенностей самоповреждающего поведения, типичного для осуждённых с расстройствами личности из общей группы лиц, совершающих самоповреждения в местах лишения свободы с использованием клинико - психопатологического, клинико-динамического и экспериментально-психологического методов с целью дальнейшего использования полученных данных в психодиагностической и психокоррекционной работе.

Материал и методы.

Исследование проводилось на базе исправительных учреждений ГУФСИН России по Свердловской области, УФСИН России по Томской области в период с октября по декабрь 2018 года. Для исследования различий сформирована выборка из 96 осуждённых мужчин, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы.

В группу вошли осуждённые, состоящие на так называемом «профилактическом учёте» в исправительном учреждении, в связи со склонностью к суицидальному поведению (совершившие многократные попытки самоповреждений). Все мужчины были разделены на две подгруппы: первая (n=62) – с клинически установленным диагнозом расстройства личности (по критериям МКБ-10); вторая (n=34) – без диагноза личностной патологии.

Средний возраст осуждённых первой подгруппы составил $33,8 \pm 2,5$ лет. Количество судимостей в среднем – $6,5 \pm 1,2$. Характер судимостей – преобладающие преступления насильственного характера (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений, сексуальные преступления). Все осуждённые с расстройствами личности находились под диспансерным наблюдением психиатра исправительного учреждения в связи со следующими диагнозами: эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30) – n=35; истерическое расстройство личности (F60.4) – n=8; смешанное расстройство личности – эмоционально-неустойчивые и истерические черты (F61.0) – n=19. Диагноз пограничного расстройства личности этим осуждённым ранее не устанавливался. Личностная патология была коморбидно связана с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). Соотношение личностной патологии и зависимости от ПАВ среди осуждённых первой подгруппы представлено в табл. 1.

Среди 62 обследованных лиц у 66,1% (n=41) диагностирован синдром зависимости от алкоголя, у 33,9% (n=21) – от наркотиков опиоидной группы. Среди осуждённых с истерическим расстройством личности зависимость от опиоидов не отмечалась.

the penitentiary subculture and applying exclusively regimen and educational measures to them.

Thus, the indicated problem is highly relevant in penitentiary practice, which served as the basis for the present study.

Objective of the study: to identify the features of suicidal behavior typical of convicts with personality disorders from a general group of people who commit self-harm in places of imprisonment using clinical, psychopathological, clinical-dynamic and experimental-psychological methods in order to further use the data obtained in psychodiagnostic and psychocorrectional work.

Material and Methods.

The study was conducted in correctional institutions of the Federal Penitentiary Service of Russia in the Sverdlovsk Region, the Federal Penitentiary Service of Russia in the Tomsk Region from October to December of 2018. To study the differences, a sample of 96 male convicts serving criminal sentences in places of imprisonment was formed.

The group included convicts who were on the so-called “preventive records” in a correctional institution due to a tendency to suicidal behavior (who had made repeated attempts to self-harm). All men were divided into two subgroups: the first (n=62) included convicts with a clinically established diagnosis of personality disorder (according to the ICD-10 criteria); the second (n=34) was made up of those without a diagnosis of personality pathology.

The mean age of the convicts of the first subgroup was 33.8 ± 2.5 years. The average number of convictions was 6.5 ± 1.2 . The nature of the criminal record was the prevailing violent crime (murder, grievous bodily harm, sexual offense). All prisoners with personality disorders were under the supervision of a psychiatrist in a correctional institution with the following diagnoses: emotionally unstable personality disorder, impulsive type (F60.30) - n = 35; histrionic personality disorder (F60.4) - n = 8; mixed personality disorder - emotionally unstable and hysterical traits (F61.0) - n = 19. The diagnosis of borderline personality disorder was not previously established in these convicts. Personality pathology was comorbidly associated with substance addiction. The ratio of personality pathology and substance abuse among convicts of the first subgroup is presented in Table 1.

Among 62 patients examined, 66.1% (n=41) were diagnosed with alcohol addiction syndrome, and 33.9% (n=21) were diagnosed with opioid addiction syndrome.

Таблица 1 / Table 1

Характеристика психических расстройств, диагностированных у осужденных 1-й подгруппы
 Characteristics of mental disorders diagnosed in convicts of the first subgroup

Тип расстройства личности Type of personality disorder	Коморбидная патология (зависимость от ПАВ) Comorbid pathology (substance abuse)	Расстройства личности и коморбидные психические расстройства Personality disorders and comorbid mental disorders		Всего Total	
		n	%	n	%
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип Emotionally unstable personality disorder, impulsive type	Синдром зависимости от алкоголя Alcohol addiction syndrome F.10.21	25	40,3	35	56,4
	Синдром зависимости от опиоидов Opioid addiction syndrome F.11.21	10	16,1		
Истерическое расстройство личности Histrionic personality disorder	Синдром зависимости от алкоголя Alcohol addiction syndrome F.10.21	8	13,0	8	13,0
Смешанное расстройство личности (эмоционально-неустойчивые и истерические черты) Mixed personality disorder (emotionally unstable and hysterical traits)	Синдром зависимости от алкоголя Alcohol addiction syndrome F.10.21	8	13,0	19	30,6
	Синдром зависимости от опиоидов Opioid addiction syndrome F.11.21	11	17,6		
Итого / Total:		62	100%	62	100%

Характерно преобладание случаев зависимости от алкоголя у мужчин с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип (40,3%).

Вторая подгруппа была представлена 34 осужденными – без выявленных личностных расстройств, отбывающими уголовные наказания за преступления смешанного характера (отмечались как насильственные, так и корыстные преступления). Однако по данным медицинской документации у всех обследованных лиц был диагностирован синдром зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (F10.21). Средний возраст мужчин составил 34,7±2,6 лет. Количество судимостей – 5,2±1,5.

Таким образом, первая подгруппа характеризуется наличием у обследованных личностной патологии, преимущественно с эмоционально - неустойчивыми проявлениями, вторая – без них. В обеих группах представлены лица с зависимостью от ПАВ.

Для проведения экспериментально - психологического исследования были выбраны следующие инструменты:

– опросник для диагностики ПЛР (Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Сарычева Ю.В., 2012) [15];

– опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой (1993) с целью выявления уровня сформированности суицидальных намерений [16].

Статистическая обработка полученных данных, построение корреляций осуществлялась с использованием критерия χ^2 Пирсона на базе компьютерной про-

Among convicts with histrionic personality disorder, opioid addiction was not observed. The prevalence of alcohol addiction in men with emotionally unstable personality disorder, impulsive type (40.3%) was typical.

The second subgroup was represented by 34 convicts – without identified personality disorders, serving criminal sentences for crimes of a mixed nature (both violent and mercenary crimes were noted). However, according to medical records, all examined individuals who were diagnosed with alcohol addiction syndrome, were not currently using alcohol since the conditions excluded an opportunity for consumption (F10.21). The mean age of men was 34.7±2.6 years. The number of convictions was 5.2±1.5.

Thus, the first subgroup was characterized by the presence of personality pathology among the examined, mainly with emotionally unstable manifestations, and there were no such manifestations in the second subgroup. In both groups, individuals with substance dependence were represented.

To conduct an experimental - psychological investigation, the following tools were selected:

– the Questionnaire for Diagnosis of Borderline Personality Disorder (Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Sarycheva Yu.V., 2012) [15];

– the Suicide Risk Questionnaire by A.G.

граммы STATISTICA 7.0 и SPSS-Statistics. За уровень статистической значимости принимались значения $p \leq 0,01-0,05$, недостоверным уровнем являлся $p > 0,05$. Для выявления значимости изменений, которые вносят значения одного признака в вероятность появления разных значений другого признака, использовался метод ранговой корреляции Спирмена с расчётом коэффициента корреляции r_s . При этом за тесную корреляционную связь принимались значения коэффициента корреляции $r > 0,70$; за среднюю – при $0,50 < r < 0,69$.

Оценка клинически выраженной симптоматики производилась с помощью клинико - психопатологического метода, включающего анализ наблюдаемой симптоматики и её синдромальную квалификацию.

Результаты и обсуждение.

Клинический анализ особенностей суицидального (самоповреждающего) поведения в изучаемой группе осуждённых показал следующие различия.

У осуждённых с клинически установленным диагнозом расстройства личности ($n=62$) отмечались предшествующие самоповреждающим действиям психогении, локализующиеся, как правило, в межличностном пространстве (конфликты межличностных отношений с другими осуждёнными), реже в отношениях с администрацией исправительного учреждения. Обладающие повышенной общительностью, яркой экспрессией эмоциональных переживаний и поведения, в течение короткого периода времени после возникновения конфликта, осуждённые отмечали характерную ответную реакцию в виде резкого снижения настроения (в течение нескольких минут), с чувством одиночества, озлобленности, оторванности от окружающего мира и ощущением внешней враждебности. Данные состояния по описаниям осуждённых сопровождалось аффективным сужением сознания с погруженностью в себя. Угрозы совершения суицида сопровождали действия осуждённых, однако, не во всех случаях.

Детальный анализ особенностей суицидального (самоповреждающего) поведения показал разнородный характер имеющихся проявлений, в структуре которых отмечались как суицидальные, так и не суицидальные действия, однако, для начала всех видов действий было характерна описанная выше аффективная составляющая в виде импульсивной, яркой эмоциональной экспрессивной реакции, особенно характерной для осуждённых со смешанными личностными чертами (эмоционально-неустойчивыми и истерическими).

По анамнестическим сведениям в структуре самоповреждающих действий (всего отмечался 221 эпизод) выявлялись следующие повреждения:

- нанесение порезов на предплечье (в области кубитальной вены) – 203 эпизода (92%);
- попытки самоудушения (самоповешания) – 10 эпизодов (4,5%);

Shmelev modified by T.N. Razuvaeva (1993) was used in order to identify the level of formation of suicidal intentions [16].

Statistical processing of the obtained data, the correlation analysis were carried out using the Pearson's χ^2 criterion based on the STATISTICA 7.0 computer program and SPSS-Statistics. For the level of statistical significance, $p \leq 0.01-0.05$, the unreliable level was identified as $p > 0.05$. To identify the significance of changes that introduce the values of one trait into the likelihood of the appearance of different values of another trait, the Spearman rank correlation method was used with the calculation of the correlation coefficient r_s . Moreover, the correlation coefficient $r > 0.70$ was taken as a close correlation relationship; for the average – at $0.50 < r < 0.69$. термин values не используется в таком значении

Assessment of clinically expressed symptoms was carried out using a clinical - psychopathological method, including an analysis of the observed symptoms and its syndrome qualification.

Results and Discussion.

A clinical analysis of the characteristics of suicidal (self-injurious) behavior in the studied group of convicts showed the following differences.

In convicts with a clinically established diagnosis of personality disorder ($n=62$) psychogenic factors preceding the self-injurious actions were noted. As a rule they were localized in the interpersonal space (conflicts of interpersonal relations with other prisoners), as well as in relations with the administration of the correctional institution. Being more sociable, more emotionally expressive and impulsive in behavior, those convicts noted a typical response in the form of a sharp decrease in mood (within a few minutes) after the rise of a conflict. That fling was accompanied with a feeling of loneliness, embitterment, isolation from the outside world and a sense of external hostility. According to the self-reports, these states were followed by an affective narrowing of consciousness with self-absorption. Threats of suicide usually, but not always accompanied the actions of convicts.

A detailed analysis of the characteristics of suicidal (self-injurious) behavior showed the heterogeneous nature of the manifestations, in the structure of which both suicidal and non-suicidal actions were noted, however, the onset of all types of actions was characterized by the affective component described above in the form of an impulsive, vivid expressive reaction, especially characteristic of

– нанесение порезов в области живота – 5 эпизодов (2,3%);

– проглатывание различных металлических предметов – 3 эпизода (1,2%).

Выяснение мотивационного характера самоповреждающих действий осуждённых показало следующие особенности. Совершение самоповреждений с целью прекращения жизни, использовалось в 17 эпизодах (7,7%), из которых 10 составили попытки самоудушения (самоповешания), 7 эпизодов – нанесение порезов на предплечье. В диагностическом плане эти лица были представлены осуждёнными преимущественно со смешанным расстройством личности и зависимостью от наркотиков опийной группы (n=5) и эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип в сочетании с зависимостью от наркотиков опийной группы (n=2).

Большинство эпизодов самоповреждений (n=204; 92,3%), носили несуицидальный характер, а именно самоповреждающие действия с использованием нанесения порезов на предплечье (n=196; 88,6%), направленные на снятие эмоционального напряжения, возникшего в результате межличностного конфликта, реакции на психогенную ситуацию. При этом, психогенная ситуация не всегда ясно просматривалась, чаще возникая спонтанно и внезапно. В диагностическом плане эти эпизоды были представлены лицами с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип, зависимостью от алкоголя (n=25), зависимостью от опиоидов (n=8); лицами с истерическим расстройством личности и зависимостью от алкоголя (n=8); лицами со смешанным расстройством личности и зависимостью от алкоголя (n=8) и зависимостью от опиоидов (n=6).

Эпизоды нанесения порезов на предплечье не скрывались, либо совершались публично в присутствии администрации учреждения. Осуждённым оказывалась неотложная помощь, при этом, фактически эмоциональное состояние изменялось уже к моменту оказания неотложной помощи, в связи с самим фактом совершения самоповреждающих действий, наблюдением за истекающей кровью. В дальнейшем, отмечалось аффективное сглаживание, без попыток привлечения внимания к своей проблеме. Таким образом, указанные действия, имели характер, направленный на привлечение внимания окружающих к эмоциональному состоянию осуждённого. Другие эпизоды самоповреждения, связанные с нанесением порезов в области живота (n=5; 2,3%) и проглатыванием различных металлических предметов, в виде скрученной определённым образом проволоки (n=3; 1,2%) были связаны с эмоциональной реакцией на социальную ситуацию, возникающую в исправительном учреждении (лишение каких-либо привилегий, льгот, режимные ограничения, кон-

convicts with mixed personality traits (emotionally unstable and hysterical).

According to anamnestic information in the structure of self-injurious actions (a total of 221 episodes were noted), the following self-harm was revealed:

– cuts on the forearm (in the cubital vein area) – 203 episodes (92%);

– attempts at self-strangulation (self-hanging) – 10 episodes (4.5%);

– cutting in the abdomen – 5 episodes (2.3%);

– swallowing various metal objects – 3 episodes (1.2%).

Clarification of the motivational nature of the self-aggressive actions of the convicts showed the following features. Intention to terminate life was recorded in 17 episodes (7.7%), of which 10 were attempts at self-strangulation (self-hanging), 7 episodes were cuts on the forearm. These individuals were mainly diagnosed with mixed personality disorder and drug addiction to the opium group (n=5) and emotionally unstable personality disorder, an impulsive type combined with drug addiction to the opium group (n=2).

Most episodes of self-harm (n=204; 92.3%) were non-suicidal in nature, namely, self-injurious actions using cuts on the forearm (n=196; 88.6%) aimed at relieving emotional stress resulting from interpersonal conflict, reactions to a psychogenic situation. At the same time, the psychogenic situation was not always clearly visible, more often occurring spontaneously and suddenly. Diagnostically, these episodes were presented by individuals with an emotionally unstable personality disorder, impulsive type, alcohol addiction (n=25), and opioid addiction (n=8); persons with a histrionic personality disorder and alcohol addiction (n=8); persons with mixed personality disorder and alcohol addiction (n=8) and opioid addiction (n=6).

The episodes of the cuts on the forearm were not hidden or committed publicly in the presence of the administration of the institution. Emergency care was provided to convicts, while, in fact, the emotional state was already changing by the time emergency assistance was provided, in connection with the very fact of the commission of self-injurious actions, observing of bleeding blood. In the future, affective smoothing was noted, without trying to draw attention to their problem. Thus, these actions aimed to attract attention of others to the emotional state of the convicted person. Other episodes of self-harm associated with cutting in the abdomen (n=5; 2.3%) and swallowing various metal objects in the

фликт с группой осуждённых). Подобные действия требовали стационарного обследования и оказания помощи, поэтому осуждённые изолировались из актуальной психогенной, психотравмирующей ситуации. Однако изоляция из конфликтной ситуации приводила к снижению аффективной напряженности, стабилизации эмоционального состояния на короткий период времени. При возникновении адаптационных трудностей самоповреждения, как инструмент решения социальных проблем, вновь повторялись.

Учитывая скрытые эффекты влияния тюремной субкультуры на поведение осуждённых, также не исключалась возможность использования манипулирования лидерами преступной среды некоторыми осуждёнными с эмоционально-неустойчивыми личностными чертами с целью достижения других целей, или привязке их действий к другим, не связанным с психогенной целью.

Особенностью самоповреждающего поведения у осуждённых без диагностированного личностного расстройства можно отметить обязательное наличие пусковой ситуации, предшествующей аутоагрессивным действиям (в ряде случаев, скрываемой осуждёнными, но имеющей подтверждение по данным оперативного наблюдения), локализуемой в направлениях конфликтов с администрацией исправительного учреждения ($n=37$; 40,3%), а также отдельными группами осуждённых и лицами, представителями этих групп ($n=55$; 59,7%). Самоповреждающие действия характеризовались нанесением самопорезов в области предплечья. Другой особенностью самоповреждающего поведения, совершаемого осуждёнными без расстройств личности, явилось социальное, а не межличностное звучание подобных аутоагрессивных действий, что позволяло отнести их к протестным, шантажным явлениям, несуйцидального характера.

Собственно психопатологические механизмы, связанные с аффективными сдвигами, переоценкой социального окружения как враждебного, чувства одиночества, пустоты не предшествовали аутоагрессивным действиям. При этом отмечалось усложнение самой фабулы аутоагрессии с безусловным требованием выполнения определённых условий со стороны администрации исправительного учреждения, что звучало в требованиях осуждённых. Совершение аутоагрессивных действий представляло собой инструмент, используемый осуждённым для воздействия на социальную ситуацию или отдельных лиц, её изменения в пользу осуждённого. После совершения аутоагрессивных, самоповреждающих действий, осуждённые данной подгруппы требовали оказания неотложной помощи, испытывая тревожные переживания за своё здоровье и возможное ухудшение своего состояния. При решении актуальной проблемы, вызывавшей нанесение самоповреждений дальнейшие аутоагрессивные действия прекращались.

form of a wire twisted in a certain way ($n=3$; 1,2%) were associated with emotional reaction to the social situation that arose in the correctional institution (deprivation of any privileges, benefits, regime restrictions, conflict with a group of convicts). Such actions required inpatient examination and assistance; therefore, the convicts were isolated from the current psychogenic, traumatic situation. However, isolation from a conflict situation led to a decrease in affective tension, stabilization of the emotional state for a short period of time. When adaptive difficulties arose, self-harm, as a tool for solving social problems, was repeated again.

Given the hidden effects of the prison subculture on the behavior of convicts, the possibility of using the manipulation of criminal leaders by some convicts with emotionally unstable personality traits to achieve other goals, or to link their actions to other non-psychogenic goals, was also not excluded.

As a peculiarity of self-injurious behavior in convicts without a diagnosed personality disorder the mandatory presence of a trigger situation preceding auto-aggressive actions (in some cases, hidden by the convicts, but having confirmation from operational monitoring), localized in the directions of conflicts with the administration of the correctional institution ($n=37$; 40.3%), as well as by separate groups of convicts and by persons, representatives of these groups ($n=55$; 59.7%) could be noted. Self-injurious actions were characterized by self-cutting in the forearm. Another feature of the self-injurious behavior committed by convicts without personality disorders was the social rather than interpersonal impression of such auto-aggressive actions, which allowed them to be attributed to protest, blackmail phenomena, of a non-suicidal nature.

Actually, the psychopathological mechanisms associated with affective shifts, the reassessment of the social environment as hostile, feelings of loneliness, emptiness did not precede auto-aggressive actions. At the same time, the complication of auto-aggression itself was noted with a general demand for certain conditions to be satisfied by the administration of the correctional institution, which sounded in the demands of the convicts. The performance of auto-aggressive actions was a tool used by the convicted person to influence the social situation or individuals, its changes in favor of the convicted person. After committing auto-aggressive, self-injurious actions, the convicts of this subgroup demanded emergency assistance, experiencing anxious feelings for their health and possible deterioration of their condition.

Таблица 2 / Table 2

Сравнительный анализ различий суицидального риска при сопоставлении респондентов 1-й и 2-й подгрупп (по данным опросника суицидального риска А.Г. Шмелевой)

Comparative analysis of differences in suicidal risk when comparing respondents of the 1st and 2nd subgroups (according to the data of the questionnaire of suicide risk by A.G. Shmelev)

Шкалы ОСР SRQ scales	Эмп. частоты f_{ji} / Emp. frequencies f_{ji}		Эмп. разница f_{ji} Emp. difference f_{ji}	$\chi^2_{\text{эмп}}$
	1-я подгруппа Subgroup 1 (n=62)	2-я подгруппа Subgroup 2 (n=34)		
Демонстративность Demonstrativeness	1,9	1,2	0,7	2,282*
Аффективность Affectivity	2,2	1,5	0,7	1,853
Уникальность Uniqueness	1,6	0,8	0,8	2,780*
Несостоятельность Depravity	1,3	1,2	0,1	0,397
Социальный пессимизм Social Pessimism	3,1	2,7	0,4	0,788
Слом культурных барьеров Breakage of Social Barriers	0,9	1,1	-0,2	-1,400
Максимализм Maximalism	0,5	0,5	0	0
Временная перспектива Time Perspective	1,7	0,7	1	2,741*
Антисуицидальный фактор Anti-Suicidal Factor	1,2	1	0,2	1,140

Примечание: * - статистически достоверные различия ($P \leq 0,01$) / Footnote: * - statistically reliable differences ($p \leq 0.01$)

Анализ данных полученных в ходе психологической диагностики показал следующие различия, выявляемые между осуждёнными указанных подгрупп.

По результатам обследования с использованием опросника суицидального риска (ОСР) были выявлены следующие различия (табл. 2).

Анализ с использованием критерия χ^2 показал статистически достоверные различия у осуждённых по шкалам демонстративности, уникальности и временной перспективы. Уровень уникальности, более выраженный у осуждённых первой подгруппы с личностными расстройствами ($\chi^2_{\text{эмп}} 2,780$), характеризует восприятие себя, ситуации и собственной жизни с оттенком исключительности, непохожести на другие, и, следовательно, подразумевающие исключительные варианты выхода, в частности, суицидальную попытку, нанесение самоповреждений. Наличие высоких показателей по данной шкале, характеризует осуждённых как неумеющих использовать свой и чужой жизненный опыт.

Превышение показателей по шкале демонстративности ($\chi^2_{\text{эмп}} 2,282$) у осуждённых первой подгруппы (с расстройствами личности) свидетельствует о стремлении к привлечению внимание окружающих, получению сочувствия и понимания. Такое поведение зачастую со стороны оценивается как «шантаж», однако внутренние переживания связаны с безысходностью и сигнализируют о необходимости помощи извне.

When solving an urgent problem that caused self-harm, further auto-aggressive actions ceased.

Analysis of the data obtained during the psychological diagnostics revealed the following differences between the convicts of these subgroups (Table 2).

The analysis using the χ^2 criterion showed statistically significant differences between the convicts on the scales of demonstrativeness, uniqueness and time perspective. The level of uniqueness, more considerable among the convicts of the first subgroup with personality disorders ($\chi^2_{\text{emp}} 2.780$), characterized the perception of oneself, the situation and one's own life with a touch of exclusivity, unlike others, and, therefore, implying exceptional options for a way out, in particular, suicidal attempt, self-harm. The presence of high indices on this scale characterized the convicts as not knowing how to use their own and other people's life experiences.

Exceeding the indices on the scale of demonstrativeness ($\chi^2_{\text{emp}} 2.282$) among the convicts of the first subgroup (with personality disorders) indicated a desire to attract the attention of others, to gain empathy and understanding.

Таблица 3 / Table 3

Сравнительный анализ различий по шкалам опросника для диагностики ПЛР у обследованных 1-й и 2-й подгрупп
Comparative analysis of differences on the scales of the questionnaire for the diagnosis of BPD in the examined 1st and 2nd subgroups

Шкалы опросника для диагностики ПЛР Questionnaire for Diagnosis of Borderline Personality Disorder Scales	Эмп. частоты f_{ij}		Эмп. разница Emp. difference f_{ij}	$\chi^2_{\text{эмп}}$
	1-я подгруппа Subgroup 1 (n=62)	2-я подгруппа Subgroup 2 (n=34)		
Нестабильность Instability	10	5,3	4,7	5,586*
Самоповреждающее поведение Self-Injurious Behavior	9,6	5,7	3,9	4,138*
Непереносимость одиночества Intolerance of Loneliness	7,7	4,4	3,3	3,226*
Суицидальное поведение Suicidal Behavior	8,7	6,7	4,7	1,916

Примечание: * - статистически достоверные различия ($P \leq 0,01$) / Footnote: * - statistically reliable differences ($p \leq 0.01$)

Значения по шкале временной перспективы ($\chi^2_{\text{эмп}}$ 2,741) также преобладают у осуждённых первой подгруппы, что может свидетельствовать о неспособности конструктивно планировать своё будущее, с погружением в настоящую ситуацию и трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Результаты исследования двух подгрупп с использованием опросника для диагностики ПЛР представлены в таблице 3. Анализ с использованием критерия χ^2 показал статистически достоверные различия у осуждённых по шкалам нестабильности, самоповреждающего поведения и непереносимости одиночества.

Более высокий уровень нестабильности характерен для осуждённых с расстройствами личности. По мнению авторов опросника осуждённые с выраженной нестабильностью неспособны видеть истинные причины поведения других (например, заботы или помощи), а поведение оценивается как абсолютно положительное в том случае, если доставляет удовольствие, либо как абсолютно отрицательное, если этого не происходит.

У таких осуждённых наблюдается преобладание психологического защитного механизма расщепления (сплиттинг), эффективно смягчающего сильные чувства, например, гнев. Эмоциональная нестабильность, раздражительность, тревога обычно продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Соответственно, нарушается идентификация, которая проявляется в нестабильной самооценке, образе самого себя, и пр.

Тенденция к самоповреждающему поведению как критерий дифференциальной диагностики более выражена у осуждённых первой подгруппы ($\chi^2_{\text{эмп}}$ 4,138). Причиной выраженных различий по данному параметру является импульсивность, отмечаемая у осуждённых с расстройствами личности.

Such behavior was often evaluated from the outside as “blackmail”, however, internal experiences were associated with hopelessness and signal the need for outside help.

Data on the time perspective scale ($\chi^2_{\text{эмп}}$ 2.741) also predominated among the convicts of the first subgroup, which could indicate their inability to constructively plan their future. The immersion in the present situation and the transformation of the feeling of insolubility of the current problem into a global fear of failures and defeats in the future must lie in the grounds of that.

The results of the study of two subgroups using the Questionnaire for Diagnosis of Borderline Personality Disorder are presented in Table 3. Analysis using the χ^2 criterion showed statistically significant differences in the convicts on the scales of instability, self-injurious behavior and intolerance to loneliness.

A higher level of instability is typical for prisoners with personality disorders. According to the authors of the questionnaire, convicts with severe instability are unable to see the real reasons for the behavior of others (for example, care or help), and the behavior is assessed as absolutely positive if it gives pleasure, or as absolutely negative if it does not.

Such convicts have a predominance of the psychological protective mechanism of splitting, effectively mitigating strong feelings, for example, - anger. Emotional instability, irritability, and anxiety usually last from several hours to several days. Accordingly, identification is disturbed, which manifests itself in an unstable self-esteem, self-image etc.

The tendency to self-injurious behavior as a criterion for differential diagnosis is more considerable among the convicts of the first subgroup ($\chi^2_{\text{эмп}}$ 4.138).

Таблица 4 / Table 4

Результаты корреляционных взаимосвязей шкал опросника суицидального риска со шкалами опросника для диагностики ПЛР у осужденных с личностными расстройствами
 The results of the correlation of the scales of the Suicide Risk Questionnaire with the scales of the Questionnaire for Diagnosis of Borderline Personality Disorders in prisoners with personality disorders

Шкалы Scales	Нестабильность Instability	Самоповреждающее поведение Self-Injurious Behavior	Непереносимость одиночества Intolerance of Loneliness	Суицидальное поведение Suicidal Behavior
Опросник суицидального риска Suicide Risk Questionnaire				
Демонстративность Demonstrativeness	0,415*	0,380*	0,046	-0,091
Аффективность Affectivity	0,396*	0,312*	0,137	0,098
Уникальность Uniqueness	0,375*	0,382*	0,114	-0,102
Несостоятельность Depravity	0,427*	0,434*	0,164	0,295
Социальный пессимизм Social Pessimism	0,326*	0,229	-0,016	0,013
Слом культурных барьеров Breakage of Cultural Barriers	-0,066	0,048	0,475*	-0,232
Максимализм Maximalism	0,230	0,468*	0,292	0,019
Временная перспектива Time Perspective	0,475*	0,314	0,169	0,092
Антисуицидальный фактор Anti-Suicidal Factor	-0,456*	-0,159	-0,228	-0,179

Примечание: * - умеренная корреляция / Footnote: * - moderate correlation

Непереносимость одиночества является третьей критически значимой шкалой ($\chi^2_{\text{эмп}} 3,226$) отличающей группу осужденных с личностной патологией.

Далее были построены корреляционные взаимосвязи между представленными шкалами опросников. Для этого были оценены взаимосвязи показателей различных методик с помощью метода ранговой корреляции Спирмена с расчётом коэффициента корреляции r_s (табл. 4).

Выявлены умеренные корреляционные связи на уровне $P \leq 0,01$ между шкалами «Непереносимость одиночества» и «Слом культурных барьеров» ($r_s = -0,475$).

Представлены умеренные корреляционные связи на уровне $P \leq 0,01$ между шкалой «Нестабильность» и шкалами «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Временная перспектива» и «Антисуицидальный фактор».

Умеренные корреляционные связи на уровне $P \leq 0,01$ обнаружены между шкалой «Самоповреждающее поведение» и шкалами «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность» и «Максимализм».

The cause for the considerable differences in this parameter is the impulsivity observed in prisoners with personality disorders.

Intolerance of loneliness is the third critically significant scale ($\chi^2_{\text{эмп}} 3,226$) distinguishing a group of convicts with personality pathology.

Next, correlation relationships between the presented questionnaire scales were constructed. For this, the interrelationships of the indices of various techniques were evaluated using the Spearman rank correlation method with the calculation of the correlation coefficient r_s (Table 4).

The moderate correlation relationships at the level of $p \leq 0.01$ between the scales “Intolerance of Loneliness” and “Breakage of Cultural Barriers” ($r_s = -0.475$) were revealed.

Moderate correlation relationships were presented at the level of $p \leq 0.01$ between the “Instability” scale and the “Demonstrativeness”, “Affectivity”, “Uniqueness”, “Depravity”, “Social Pessimism”, “Time Perspective” and “Anti-Suicidal Factors” scales.

Moderate correlation relationships at the level of $p \leq 0.01$ were found between the scale “Self-Injurious Behavior” and the scales

Заключение и выводы.

Имеющиеся у осуждённых аномальные личностные черты, ранее диагностированные как эмоционально-неустойчивые, истерические или смешанные, в диагностическом плане соответствуют проявлениям личностной патологии пограничного типа в рамках эмоционально-неустойчивого расстройства личности (по критериям МКБ-10). В пользу данного факта свидетельствует описанный выше характер суицидального поведения, эмоциональная нестабильность, импульсивность, сочетаемая с переживаниями одиночества и самоповреждающим поведением. При этом в динамике, отмечается стабилизация эмоционального состояния после акта самоповреждения. В условиях наличия коморбидной психической патологии в виде зависимости от ПАВ, влияния на личность целого спектра психогенных, депривационных факторов в рамках пенитенциарной социальной среды, верификация диагноза эмоционально-неустойчивого расстройства личности, пограничный тип, должна производиться в динамике, с учётом анализа самоповреждающего (а возможно и суицидального) поведения на протяжении предшествующего периода жизни, а также фиксации паттернов нестабильного, импульсивного поведения и аффективных сдвигов.

Для осуждённых второй подгруппы (без личностной патологии) суицидальное поведение носит преимущественно социально-обусловленный (шантажный) характер, как реакция личности на ограничения, связанные с режимом отбывания наказания. Аффективный компонент, сопровождающий самоповреждения имеет динамику, отличную от осуждённых с личностными расстройствами, зависящую от разрешения возникшей социально-трудной ситуации.

Указанные особенности подтверждаются корреляционными взаимосвязями между шкалами опросника для диагностики пограничного личностного расстройства и шкалами опросника суицидального риска, акцентирующими базовые проявления пограничной личности, связанные с непереносимостью одиночества, нестабильностью и наличием суицидального поведения.

Полученные дифференциально-диагностические данные в отношении лиц, склонных к суицидальному (аутоагрессивному) поведению, в том числе и при использовании опросника для диагностики пограничного личностного расстройства, могут учитываться при постановке диагноза эмоционально-неустойчивого расстройства личности, пограничный тип, при обследовании лиц, совершающих аутоагрессивные действия, а также при проведении в дальнейшем комплексной психокоррекционной и психопрофилактической работы, основным содержанием которой являются ослабление и устранение психологических причин и условий,

“Demonstrativeness”, “Affectivity”, “Uniqueness”, “Depravity” and “Maximalism”.

Conclusions.

The convicts' abnormal personality traits, previously diagnosed as emotionally unstable, hysterical, or mixed correspond with manifestations of a personality pathology of the borderline type within the framework of emotionally unstable personality disorder (according to ICD-10 criteria). This fact is supported by the above-described nature of suicidal behavior, emotional instability, impulsivity, combined with feelings of loneliness and self-harm. Moreover, the act of self-harm was usually followed by stabilization of the emotional state. In the presence of a comorbid mental pathology in the form of substance addiction, the influence of a whole range of psychogenic, depriving factors on the personality within the framework of the penitentiary social environment, verification of the diagnosis of emotionally unstable personality disorder, the borderline type, should be made in dynamics, taking into account the analysis of self-injurious (and possibly suicidal) behavior during the previous period of life, as well as fixing patterns of unstable, impulsive behavior and affective shifts.

For convicts of the second subgroup (without personality pathology), suicidal behavior was primarily socially-conditioned (e.g., blackmail) in nature, as a person's reaction to restrictions related to the regime of serving a sentence. The affective component accompanying self-harm had a dynamic, different from convicts with personality disorders, depending on the resolution of the socially difficult situation that had arisen.

These features were confirmed by the correlation between the scales of the Questionnaire for Diagnosis of Borderline Personality Disorder and the scales of the Suicide Risk Questionnaire, emphasizing the basic manifestations of the borderline personality associated with intolerance to loneliness, instability and the presence of suicidal behavior.

The obtained differential diagnostic data for persons prone to suicidal (auto-aggressive) behavior when using the questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder, can be taken into account when diagnosing an emotionally unstable personality disorder, borderline type, during the examination of persons committing auto-aggressive actions, as well as during further complex psychocorrective and psychopreventive work, the main content of which is mitigation and elimination of psychological causes and conditions con-

способствующих формированию и проявлению суицидального поведения.

tributing to formation and manifestation of suicidal behavior.

Литература / References:

1. Малкин Д.А., Казаковцев Б.А., Шаклеин К.Н. Участие психогенных факторов в структуре и динамике органических психических расстройств у осужденных к лишению свободы. *Психическое здоровье*. 2017; 1 (128): 19-23. [Malkin D.A., Kazakovcev B.A., Shaklein K.N. Participation of psychogenic factors in structure and dynamics of organic mental disorders in convicts. *Mental health*. 2017; 1 (128): 19-23.] (In Russ)
2. Сандомирский М.Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2001. [Sandomirsky M.E. Condition of mental adaptation in the conditions of chronic psychoemotional stress in connection with personality-typological characteristics. Avtoref. dis. ... kand. med. n. Orenburg, 2001.] (In Russ)
3. Гусев С. И. К вопросу о субкультуральных особенностях психических расстройств у криминальных личностей. *Медицина в Кузбассе*. 2003; 3: 197-198. [Gusev S.I. To a question about subcultural features of mental disorders in criminal persons. *Medicine in Kuzbass*. 2003; 3: 197-198.] (In Russ)
4. Кузнецов П.В. Способы суицидальных попыток мужчин, заключенных под стражу. *Научный форум. Сибирь*. 2015; 1: 135-137. [Kuznetsov P.V. Methods of suicidal attempts of men in custody. *Scientific forum. Siberia*. 2015; 1: 135-137.] (In Russ)
5. Шаклеин К.Н., Барденштейн Л.М. Клинико – психопатологические предикторы аутоагрессивного поведения женщин, отбывающих наказание в исправительном учреждении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27 (1): 31-38. [Shaklein K.N. Clinical-psychopathological predictors of self-injurious behavior of women who are serving time in correctional facility. *Social and clinical psychiatry*. 2017; 27 (1): 31-38.] (In Russ)
6. Brodsky B.S., Groves S.A., Oquendo M.A., Mann J.J., Stanley B. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder suicide life. *Threat Behav*. 2006. Jun; 36 (3): 313-222.
7. Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report. *Vertex*. 2013 Sep-Oct; 24 (111): 359-362.
8. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 6: 58-61. [Lasovskaya T. Ju. Self-injurious behavior of persons with borderline personality disorders (Review). *Siberian journal of psychiatry and narcology*. 2011; 6: 58-61.] (In Russ)
9. Зотов П.Б. Суицидальное поведение заключённых следственного изолятора. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (2): 3-11. [Zotov P.B. Suicide behavior of detained in custody. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (2): 3-11.] (In Russ)
10. Кудрявцев И.А., Криворучко Ю.Д. Возрастные маркеры суицидального поведения пациентов с расстройствами депрессивного спектра. *Российский психиатрический журнал*. 2019; 1: 30-37. [Kudryavcev I.A., Krivoruchko Ju.D. [Age markers of suicide behavior of patients with depressive spectrum disorders. *Russian journal of psychiatry*. 2019; 1: 30-37.] (In Russ)
11. Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Расстройства личности у осужденных. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. 352 с. [Semke V.Ja., Didenko A.V., Aksenov M.M. Personality disorders in convicts]. Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2012. 352 s.] (In Russ)
12. Положий Б.С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 3-9. [Polozhy B.S. Suicidology as multidisciplinary field of knowledge. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 3-9.] (In Russ)
13. Morgan H.G. Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm: Wiley, Chichester, 1979.
14. Диденко А.В., Молчанова Е.П., Писарев О.М. Психологическое консультирование осужденных к лишению свободы различных категорий. Учебно-методическое пособие. Осинники: Бакланов Г.В., 2015. 134 с. [Didenko A.V., Molchanova E.P., Pisarev O.M. Psychological consultation of the various categories condemned to imprisonment. Uchebno-metodicheskoe posobie. Osinniki: Baklanov Gennadij Vasil'evich, 2015. 134 s.] (In Russ)
15. Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Сарычева Ю.В. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А»: определение теоретического конструкта, формулирование заданий, пилотажное исследование и стандартизация / Материалы международной, заочной научно-практической конференции «Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения» (20-21 апреля 2012 г.). Пенза – Москва – Витебск, 2012. С. 76-87. [Lasovskaja T.Ju., Jaichnikov S.V., Sarycheva Ju.V. [Questionnaire for diagnostics of borderline personality disorders of the form "A": definition of theoretical design, a formulation of tasks, flight research and standardization] / Materialy mezhdunarodnoj, zaochnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Social'nye nauki i obshhestvennoe zdorov'e: teoreticheskie podhody, jempiricheskie issledovanija, prakticheskie reshenija» (20-21.04.2012). Penza – Moskva – Vitebsk, 2012. P. 76-87.] (In Russ)
16. Диагностика некоторых особенностей личности: метод. рекомендации для студентов / Шадр. гос. пед. ин-т; сост. Т.Н. Разуваева. Шадринск: ШГПИ, 1995. 39 с. [Diagnostics of some features of the person. Methodical recommendations for students / Shadr. gos. ped. in-t; sost. T. N. Razuvaeva. Shadrinsk: ShGPI, 1995. 39 s.] (In Russ)

FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF CONVICTS WITH PERSONALITY DISORDERS IN PLACES OF CONFINEMENT

A.V. Didenko^{1,2}, O.M. Pisarev¹, M.M. Aksenov^{1,3}, O.E. Perchatkina³

¹Tomsk Institute of Improvement of Professional Skills of Workers of FAEP of Russia, Tomsk, Russia; dedzone@yandex.ru

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

³Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

Abstract:

The aim of study: to analyze and compare features of suicidal (autoaggressive) behavior of convicts with personality disorders and no personality disorders, using clinical-psychopathological and experimental-psychological methods. Material and methods: 96 male convicts serving criminal sentences in correctional institution who committed suicide during the period of serving the sentence were examined. According to the criteria of ICD-10, 62 prisoners were diagnosed with a personality disorder with emotionally unstable, hysterical and mixed manifestations (that was

the first subgroup), 34 convicts without personality disorders made up the second subgroup. In both subgroups, all subjects were diagnosed as addicted to psychoactive substances (alcohol, opioids), currently not using the substances since their conditions do not provide an opportunity for that. Research methods: clinical-psychopathological, clinical-dynamic and experimental-psychological. As an experimental psychological method, a «Questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder» (form A) and a questionnaire of suicidal risk were used. Result. It was found that convicts with personality disorders are characterized by suicidal (n=7) and non-suicidal (n=55) behavior applying cuts to the forearm (in region of cubital vein) – 203 episodes (92%), attempts at self-strangulation (self-suspension) – 10 episodes (4.5%); applying cuts in the abdomen – 5 episodes (2.3%); swallowing various metal objects – 3 episodes (1.2%). Autoaggressive action was preceded by a dramatic affective changes associated with underlying psychogenic factors predominantly in the spheres of interpersonal relations, impulsivity, combined with feelings of loneliness. In the dynamics, there was a stabilization of the emotional state of convicts after the act of self-injuring. Autoaggression of prisoners without personality disorders is characterized with cuts on the forearm in the area of cubital vein (92 episodes). The behavior was predominantly socially-conditioned (blackmail) in character, as a reaction of the individual to the restrictions associated with the regime of serving the sentence. Autoaggressive actions were used by the convicts as an instrument to influence the social situation or individuals. According to the results of the questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder, there were indicated statistically significant (at $P \leq 0.01$) differences between the two subgroups on the scales of «Instability» ($\chi^2_{emp} - 5,586$), «Autoaggressive behavior» ($\chi^2_{emp} - 4.138$) and «Intolerance to loneliness» ($\chi^2_{emp} - 3.226$), with higher results in the personality disorders subgroup. The Spearman rank correlation method helped identify correlations between the level of the suicidal risk questionnaire and the scales of the questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder in the examined convicts with personality disorders. Moderate correlation is found at the level $P < 0,01$ between «Intolerance of solitude» scale and «Breaking cultural barriers» scale ($r_s = -0.475$); «Instability» and scales «Demonstrative behavior» ($r_s = 0.415$) and «Affectivity» ($r_s = 0.396$), «Uniqueness» ($r_s = 0.375$), «Insolvency» ($r_s = 0.427$), «Social pessimism» ($r_s = 0.326$), «Time perspective» ($r_s = 0.475$), «Antisuicidal factor» ($r_s = -0,456$); «Self-injuring behavior» and scales «Demonstrative behavior» ($r_s = 0.380$), «Affectivity» ($r_s = 0.312$), «Uniqueness» ($r_s = 0.382$), «Insolvency» ($r_s = 0.434$), «Perfectionism» ($r_s = 0.468$). The results of the study using a questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder indicate a high probability of the presence of emotionally unstable personality disorder borderline type in convicts with emotionally unstable, hysterical and mixed type personality disorders presented in the first subgroup. The obtained clinical-diagnostic and experimental-psychological data on the nature of suicidal (self-injurious) behavior of convicts serving criminal sentences in correctional institution with personal pathology will improve the diagnosis and prognosis of suicidal (autoaggressive) behavior in the penitentiary context.

Keywords: suicidal (self-injurious) behavior, self-harm from convicts in correctional institution, personality disorder, borderline personality disorder

Вклад авторов:

- А.В. Диденко:** разработка дизайна исследования; получение данных для анализа, написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
О.М. Писарев: получение данных для анализа, статистический анализ;
М.М. Аксенов: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
О.Э. Перчаткина: обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных.

Authors' contributions:

- A.V. Didenko:** developing the research design, obtaining data for analysis, article writing, article editing;
O.M. Pisarev: obtaining data for analysis, statistical analysis, article writing;
M.M. Aksenov: article writing, article editing;
O.E. Perchatkina: obtaining data for analysis; analysis of the obtained data.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 30.03.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 06.09.2019.

Для цитирования: Диденко А.В., Писарев О.М., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. Особенности суицидального (аутоагрессивного) поведения у осужденных с расстройствами личности в период отбывания наказания в местах лишения свободы. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 59-73. (In Russ)
 doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)- 59-73

For citation: Didenko A.V., Pisarev O.M., Aksenov M.M., Perchatkina O.E. Features of suicidal behavior of convicts with personality disorders in places of confinement. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 59-73. (In Russ)
 doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)- 59-73

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА УЧЕБНЫЙ СТРЕСС ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

В.В. Руженкова

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS AND CHARACTERISTICS OF RESPONSE TO EDUCATIONAL STRESS OF YOUNG PEOPLE WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN THE ANAMNESIS

V.V. Ruzhenkova

Belgorod National Research University, Russia

Контактная информация:

Руженкова Виктория Викторовна – кандидат медицинских наук (SPIN 8424-7632; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID iD: 0000-0002-1740-4904; Researcher ID: E-9468-2018). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015 г. Белгород, ул. Победы, 85. Электронный адрес: ruzhenkova@bsu.edu.ru

Contact Information:

Mrs. Ruzhenkova Victoria V. – PhD (SPIN 8424-7632; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID iD: 0000-0002-1740-4904; ResearcherID: E-9468-2018). Job Title: associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod National Research University. Postal Address: 308015, 85 Pobedy St., Belgorod, Russia. E-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru

По данным ВОЗ, на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма у лиц в возрасте 10-19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в данной возрастной группе. Цель исследования – разработка рекомендаций по первичной психопрофилактике суицидального поведения на основе верификации медико-психологических характеристик лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе. Материал и методы: медико-социологическим и психометрическим методами обследовано 724 русскоязычных студентов, учащихся 1-6 курсов Медицинского института в возрасте 17-29 (20,6±2,0) лет, 537 (74,2%) лиц женского и 187 (25,8%) мужского пола. Лица с выявленным суицидальным поведением обследовались клиническим методом. Обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0. Результаты: Установлено, что суицидальное поведение (внутренние и внешние формы) у студентов медиков встречается в анамнезе у 37,4%: 4,7% суицидальные попытки и 32,7% – внутренние формы, и реализовывалось в возрасте 16,4±3,0 лет. Преимущественно диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 65,3%, расстройства личности – 7,4%, аффективные расстройства настроения – 5,2%, и донозологические реакции – 22,1%. Было показано, что лица с суицидальным поведением обладают более высокой чувствительностью к учебному стрессу, чем сверстники без него, что сопровождается высокой частотой депрессии (50,2%), тревоги (50,9%), дистресса (53,5%) и социофобии (49,8%). Вероятность выявления депрессии у них в 5 раз, тревоги в 3 раза, дистресса и социофобий в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения. Наиболее стрессогенными были высокая учебная нагрузка, требующая большого количества времени для подготовки, трудности организации режима дня, дефицит учебников, а также страх перед будущим. Выводы: полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения в школах и ВУЗах должностей медицинских психологов для реализации программ первичной профилактики суицидального поведения, пограничных психических расстройств и аддиктивного поведения. Необходимо обучать учащихся и студентов планировать и распределять время, что будет способствовать повышению чувства уверенности в своих силах, снижению уровня учебного и предэкзаменационного стресса, а так же позволит разрешать конфликты и выработать резистентность к стрессовым ситуациям с расширением диапазона реагирования.

Ключевые слова: студенты медики, суицидальное поведение, депрессия, тревога, стресс, социофобии

По данным ВОЗ [1] на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрасте 10-19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей при-

чиной смертности в возрастной группе 15–19 лет [1, 2]. По абсолютному количеству суицидов среди подростков Россия занимает 1-е место в мире [3]. Необходимо также учитывать, что на каждое самоубийство в этой возрастной

группе может приходиться до 100–200 суицидальных попыток [4]. Преобладание среди людей, склонных к суицидам, лиц с психической патологией (от лёгких форм до тяжелых состояний), ставит вопрос о важной роли клинических психологов и психиатров в системе профилактики и поственции суицидов [5]. Игнорирование нарушений психического здоровья в подростковый период чревато последствиями, которые продолжают во взрослом возрасте, негативно влияя как на физическое, так и на психическое здоровье, ограничивая возможности для полноценной взрослой жизни [1].

У лиц с суицидальным поведением часто выявляется депрессия и тревога [6]. Причём депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику – они нередко плохо осознаются самими детьми, именно как сниженное настроение, и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя [7].

Данные литературы свидетельствуют о том, что распространённость хронического стресса среди студентов-медиков выше, чем у населения в целом и составляет от 38% до 62% [8, 9]. Академический стресс негативно влияет на учащихся, вызывая тревогу и депрессию, снижает удовлетворённость жизнью, отрицательно сказывается на работоспособности и общем состоянии здоровья, приводит к риску развития заболеваний желудочно-кишечного тракта [10, 11, 12, 13, 14]. Ситуация осложняется тем, что уже среди поступающих в медицинские институты имеется высокая распространённость стресса, тревоги и депрессии, а с началом учёбы их уровень значительно повышается [15].

По данным А.В. Ludwig и соавт. [16], на третьем году обучения отмечается значительное увеличение доли учащихся, подверженных риску развития депрессии (39%) по сравнению с первым годом (28,4%). Возможно, это связано с переходом на клинические курсы. Медицинским школам необходимо идентифицировать студентов, которые испытывают депрессию как можно раньше, особенно когда депрессия присутствует в течение долгого времени [17]. Высокий уровень учебного стресса [18, 19] приводит к тому, что у большинства студентов медиков имеются суицидальные мысли.

Студенты-медики с высоким уровнем тревоги и депрессии часто отрицают наличие систем поддержки, или испытывают затруднения в доступе к ней [20]. Хотя неоднократное посещение специализированного студенческого консультативного центра при высоком уровне

психологического стресса повышает уровень общего функционирования [21]. Обращение за помощью для решения собственных проблем с психикой является нечастым явлением среди врачей и студентов-медиков [22]. Чаще всего они обращаются за помощью в ситуациях, являющихся уже критическими для их психического здоровья. Основным фактором, препятствующими своевременному обращению за помощью, является страх быть стигматизированными из-за своего расстройства [23].

Цель исследования: разработка рекомендаций по первичной психопрофилактике суицидального поведения на основе верификации медико-психологических характеристик лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе (на примере студентов медиков).

Материал и методы.

В течение 2016–2018 гг. обследовано 724 русскоязычных студентов, учащихся 1–6 курсов Медицинского института в возрасте 17–29 ($20,6 \pm 2,0$) лет, 537 (74,2%) лиц женского и 187 (25,8%) мужского пола.

Основные методы исследования:

1. Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей социально-демографические сведения, информацию о суицидальном поведении, образу жизни и отношении к учебе).

2. Психометрический:

– тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых [24]; представляет собою набор шкал самооценки (от 0 до 10 баллов) субъективного восприятия степени воздействия группы учебных стрессовых факторов, выраженности симптомов учебного стресса, способов его преодоления и вариантов реагирования перед экзаменами;

– SPIN-тест для диагностики социофобии;

– опросник «GAD-7» [25] для скрининг диагностики генерализованного тревожного расстройства;

– опросник «Patient Health Questionnaire (PHQ) Panic Screening Questions W. Katon» [26];

– The Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21 [27] для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса.

Статистическая обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых групп, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора) при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0.

При сообщении результатов анкетирования и психометрического обследования проводилось краткое клиническое интервью.

Сравнительный анализ проводился в 2 группах: первая группа (с суицидальным поведением в анамнезе) – 271 (37,4%) человек (202 – женского и 69 мужского пола) и вторая группа (без суицидального поведения в анамнезе) – 453 (62,6%) человека (335 женского и 118 – мужского пола). Кроме того, в первой группе изучались гендерные различия.

При анализе суицидального поведения использовалась классификация А.Г. Амбрумовой [28], согласно которой выделяют внешние (суицидальные попытки и завершённые самоубийства) и внутренние (суицидальные мысли, замыслы, намерения) формы суицидального поведения.

Дизайн исследования одобрен Этическим комитетом Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, протокол № 6 от 21.01.2016 г.

Результаты и обсуждение.

Установлено, что суицидальные попытки в анамнезе встречались у 4,7% студентов и у 32,7% – внутренние формы суицидального по-

ведения: 19,6% – суицидальные мысли, 11,9% – суицидальные замыслы, 1,2% – суицидальные намерения. При этом развитие суицидального поведения происходило последовательно от суицидальных мыслей к суицидальным действиям.

Суицидальные попытки у лиц женского пола встречались в 5,4% случаев, а у мужского – в 2,7% случаев. Внутренние формы суицидального поведения соответственно имели место у 32,2% женщин и 34,2% мужчин.

Внутренние формы суицидального поведения возникали в возрасте 10-25 (16,5±2,9) лет, а суицидальные попытки совершались в возрасте 10-23 (16,4±3,0) лет. При этом, для лиц с суицидальными попытками было характерно возникновение суицидальных мыслей в возрасте 10-21 (16,3±2,9) лет. От момента совершения суицидальной попытки до проведения исследования прошло от 1 до 12 (4,6±3,0) лет.

Верификация мотивов суицидального поведения (табл. 1) показала, что в большинстве случаев это были конфликты с родителями и сверстниками, а также разрыв значимых отношений и неудачи в интимной сфере (несчастливая любовь, отсутствие взаимности).

Таблица 1 / Table 1

Мотивы суицидального поведения студентов медиков
Motives for suicidal behavior of medical students

Мотив Motive	Суицидальные попытки Suicidal attempts		Суицидальные мысли, замыслы, намерения Suicidal thoughts, plans, intentions		p=	Всего Total	
	n	%	n	%		n	%
Конфликты с родителями Conflicts with parents	14	41,2	63	26,6	0,119	77	28,4
Конфликты со сверстниками, буллинг Conflicts with peers, bullying	8	23,5	44	18,6	0,646	52	19,2
Конфликты с учителями Conflicts with teachers	2	5,9	18	7,6	0,995	20	7,4
Разрыв значимых отношений Breaking a meaningful relationship	4	11,8	32	13,5	0,993	36	13,3
Несчастливая любовь, отсутствие взаимности Unhappy love, lack of reciprocity	3	8,8	21	8,8	1,001	24	8,9
Плохое настроение, утрата смысла жизни Bad mood, loss of the meaning of life	3	8,8	18	7,6	1,001	21	7,7
Утрата значимого другого The loss of significant one	–	–	12	5,1	0,37	12	4,4
«Беспричинно» «For no reason»	–	–	9	3,8	0,52	9	3,3
Неудачи на экзаменах Exam failures	–	–	12	5,1	0,37	12	4,4
Страх наказания Fear of punishment	–	–	8	3,3	0,585	8	3,0
Итого / Total	34	100,0	237	100,0		271	100,0

Таблица 2 / Table 2

Способы совершения суицидальных попыток студентами медиками / Ways of committing suicide attempts by medical students

Способ суицидальной попытки Was of committing suicide attempts	n	%
Отравление медикаментами Poisoning by medicine	16	47,1
Отравление средствами бытовой химии Household Chemical Poisoning	3	8,8
Порезы предплечий Forearm cuts	12	35,4
Отравление бытовым газом Domestic gas poisoning	1	2,9
Утопление / Drowning	1	2,9
Попытка повешения / Attempt to hang	1	2,9
Итого / Total	34	100,0

Эти причины вполне понятны, так как в исследуемом контингенте суицидальное пове-

дение регистрировалось в подростковом возрасте. Известно, что именно в период пубертатного криза обостряются отношения подростков с родителями и сверстниками (борьба за лидерство), впервые проявляются субъективно значимые чувства влюбленности (интимно-коммуникативная ведущая деятельность) [3].

Наиболее частым способом покушения на жизнь (табл. 2) были отравление медикаментами, и порезы предплечий. Реже встречались отравления средствами бытовой химии.

Клиническая структура психических расстройств у студентов медиков с суицидальным поведением на период обследования представлена в таблице 3. У студентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, преимущественно диагностировались расстройства адаптации (F43) и расстройства личности (F60).

Таблица 3 / Table 3

Клиническая структура психических расстройств у студентов с суицидальным поведением
Clinical structure of mental disorders in students with suicidal behavior

Клиническая форма Clinical form	Код по МКБ-10 ICD-10 code	Суицидальные попытки Suicidal attempts		Суицидальные мысли, замыслы, намерения Suicidal thoughts, plans, intentions		Всего Total	
		n	%	n	%	n	%
Неврастения / Neurasthenia	F48.0	2	5,9	15	6,3	17	6,3
Кратковременная депрессивная реакция Short-term depressive reaction	F43.2	8	23,5	29	12,2	37	13,6
Кратковременная тревожно-депрессивная р-ция Short-term anxiety-depressive reaction	F43.2	7	20,6	17	7,2	24	8,9
Легкий депрессивный эпизод Mild depressive episode	F32.0	3	8,8	11	4,6	14	5,2
Соматоформная вегетативная дисфункция Somatoform vegetative dysfunction	F45.3	3	8,8	21	8,9	24	8,9
Дисморфофобия / Dysmorphophobia	F50.1	2	5,9	13	5,5	15	5,5
Социофобия / Sociophobia	F40.1	3	8,8	35	14,8	38	14,0
Генерализованное тревожное расстройство Generalized Anxiety Disorder	F41.1	–	–	7	3,0	7	2,6
Изолированные фобии / Isolated Phobias	F40.2	–	–	15	6,3	15	5,5
Расстройство личности / Personality disorder	F60	6	17,6	14	5,9	20	7,4
Тревожное / Anxiety	F60.6	3	8,8	5	2,1	8	3,0
Эмоционально-неустойчивое / Emotionally unstable	F60.3	2	5,9	6	2,5	8	3,0
Истерическое / Hysterical	F60.4	1	2,9	3	1,3	4	1,4
Донозологические реакции Prenosological reactions	–	–	–	60	25,3	60	22,1
Астено-вегетативная реакция Asthenovegetative reaction	–	–	–	18	7,6	18	6,6
Астено-невротическая реакция Asthenoneurotic reaction	–	–	–	25	10,5	25	9,2
Характерологическая реакция у акцентуированной личности Characterological reaction by accented personality	–	–	–	17	6,2	17	6,3
Всего / Total		34	100,0	237	100,0	271	100,0

Таблица 4 / Table 4

Сравнительная характеристика значимости учебных стрессовых факторов
Comparative characteristics of the importance of training stress factors

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First Group		Вторая группа Second Group		p=	Гр-Ж Gd-F p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Строгие преподаватели / <i>Strict teachers</i>	5,0	3,0-7,0	5,0	3,0-7,0	0,1133	0,033
Большая учебная нагрузка / <i>High training load</i>	8,0	6,0-9,0	8,0	5,0-9,0	0,0152	0,000
Отсутствие учебников / <i>Lack of textbooks</i>	5,0	3,0-9,0	5,0	2,0-7,0	0,0140	0,051
Непонятные, скучные учебники <i>Incomprehensible, boring textbooks</i>	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-6,0	0,0004	0,946
Жизнь вдали от родителей <i>Life away from parents</i>	1,0	0,0-5,0	2,0	0,0-6,0	0,2654	0,094
Нехватка денег / <i>Lack of money</i>	4,0	1,0-7,0	3,0	0,0-7,0	0,0209	0,922
Трудности организовать свой режим дня <i>Difficulties in organizing of daily routine</i>	6,0	3,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0000	0,010
Нерегулярное питание / <i>Irregular nutrition</i>	5,0	2,0-8,0	4,0	2,0-7,0	0,0005	0,503
Проблемы проживания в общежитии <i>Dormitory problems</i>	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	0,3420	0,352
Конфликты в группе <i>Conflicts in a studying group</i>	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,776
Много времени готовиться к занятиям <i>A lot of time to prepare for classes</i>	7,0	5,0-8,0	5,0	3,0-8,0	0,0001	0,001
Нежелание учиться / <i>Unwillingness to learn</i>	3,0	2,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,0000	0,137
Разочарование в будущей профессии <i>Disappointment in a future profession</i>	3,0	0,0-5,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,975
Стеснительность, застенчивость / <i>Shyness</i>	3,0	1,0-7,0	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,038
Страх перед будущим / <i>Fear of the future</i>	6,0	3,0-8,0	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,001
Проблемы в личной жизни <i>Problems in personal life</i>	4,0	1,0-7,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,494
Нерациональное расписание занятий <i>Inappropriate class schedule</i>	5,0	2,0-7,0	4,0	1,0-6,0	0,0003	0,236
Много часов занятий в день <i>Many hours of lessons per day</i>	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-6,0	0,0003	0,930
Необходимость отработки пропусков <i>The need to work out passes</i>	5,0	2,0-8,0	4,0	0,0-7,0	0,0015	0,501

Гр-Ж – гендерные различия (женщины) / Gd-F – gender differences (female)

Изучение сравнительных характеристик степени субъективной значимости учебных стрессовых факторов (табл. 4) показало, что для группы с суицидальным поведением в анамнезе фактически весь их перечень был статистически достоверно более значимым, чем для второй группы. При этом наиболее стрессогенными были: большая учебная нагрузка, необходимость затрат большого количества времени для подготовки к занятиям, трудности организации режима дня, дефицит учебников, а также страх перед будущим. Перечисленные учебные стрессовые факторы оценивались студентами первой группы в 5 и более баллов по 10-балльной шкале.

Статистически значимых различий в реагировании на учебный стресс между лицами с суицидальными попытками и внутренними формами суицидального поведения не выявля-

но, за исключением более высокой значимости для первых «необходимости изучения большого объёма материала» ($p=0,024$). Установлено, что лица женского пола с суицидальным поведением (внутренние формы и суицидальные попытки), более выражено реагировали на некоторые учебные стрессовые факторы, чем мужчины.

При сравнении субъективной оценки степени выраженности проявлений учебного стресса (табл. 5) выявлено, что по всем характеристикам первая группа статистически значимо превосходила вторую. Наиболее существенными (по медианному показателю) были: постоянная нехватка времени, спешка, низкая работоспособность, повышенная утомляемость, плохой сон, снижение способности к концентрации внимания, а также подавленное настроение.

Таблица 5 / Table 5

Сравнительная характеристика выраженности проявлений учебного стресса
Comparative characteristics of the severity of manifestations of educational stress

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First Group		Вторая группа Second Group		p=	Гр-Ж Gd-F p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Ощущение беспомощности Feeling of helplessness	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
Наплывы посторонних мыслей The influx of outside thoughts	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,007
Повышенная отвлекаемость Increased distractibility	5,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,003
Раздражительность, обидчивость Irritability, resentment	4,0	2,0-6,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,000
Плохое настроение, депрессия Bad mood, depression	5,0	3,0-7,0	2,0	1,0-5,0	0,000	0,015
Страх, тревога Fear, anxiety	4,0	2,0-7,0	2,0	0,0-4,0	0,000	0,029
Потеря уверенности, снижение самооценки Loss of confidence, reduced self-esteem	4,0	1,0-7,0	1,0	0,0-3,0	0,000	0,005
Постоянная нехватка времени, спешка Constant lack of time, rush	7,0	4,0-9,0	4,0	2,0-7,0	0,000	0,068
Плохой сон Sleep disturbance	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-6,0	0,000	0,051
Проблемы в общении с преподавателями Problems in communicating with teachers	2,0	1,0-5,0	1,0	0,0-2,0	0,000	0,295
Учащенное сердцебиение, боли в сердце Heart palpitations, heart pain	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,117
Затрудненное дыхание Labored breathing	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	0,000	0,649
Проблемы с желудочно-кишечным трактом Gastrointestinal problems	1,0	0,0-5,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,221
Напряжение или дрожание мышц Muscle tension or trembling	1,0	0,0-4,0	0,0	0,0-2,0	0,000	0,143
Головные боли Headache	4,0	2,0-8,0	2,0	0,0-5,0	0,000	0,000
Низкая работоспособность, утомляемость Low working capacity, fatigue	6,0	3,0-8,0	3,0	1,0-5,0	0,000	0,002

Гр-Ж – гендерные различия (женщины) / Gd-F – gender differences (female)

При сравнении субъективной оценки степени выраженности проявлений учебного стресса у лиц с суицидальными попытками и внутренними формами суицидального поведения оказалось, что у первых более выражены проблемы с ЖКТ ($p=0,013$) и напряжение мышц ($p=0,21$). При изучении гендерных различий в степени выраженности проявлений учебного стресса в общей совокупности группы с суицидальным поведением, оказалось, что статистически значимо более выраженные психические симптомы стресса испытывали лица женского пола.

Факторный анализ симптомов учебного стресса (табл. 6) выявил по три значимых фактора: «астения» – фактически с одинаковым, максимальным вкладом в дисперсию в обеих группах и одинаковыми значениями составля-

ющих фактора. На втором месте – «психосоматические симптомы» (10-11% дисперсии) и «цейтнот» – нехватка времени с расстройством сна (с учётом астении: наплывов мыслей, чувства беспомощности и тревоги – обуславливающих затрудненное засыпание и тревожный сон). Выделенные факторы свидетельствуют о том, что учебный стресс и его симптомы определяют количественное, а не качественное реагирование. С другой стороны, в нашем исследовании, учебный стресс не являлся самостоятельным суицидогенным фактором.

Среди приёмов совладания с учебным стрессом (табл. 7) для лиц с суицидальным поведением наиболее предпочтительным было общение и «троллинг» в сети Интернет и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и приём лекарств.

Таблица 6 / Table 6

Факторы симптомов учебного стресса студентов с суицидальным поведением в анамнезе и без него
Symptom factors for learning stress in students with a history of suicidal behavior and without it

Фактор Factor	Первая группа First group			Вторая группа Second group		
	Составляющие Components	СЗ FV	% Д %V	Составляющие Components	СЗ FV	% Д %V
Астения Asthenia	Наплывы мыслей 0,802 The influx of thoughts	7,2	44, 7	Наплывы мыслей 0,747 The influx of thoughts	7,3	45, 4
	Ощущение беспомощности 0,756 Feeling of helplessness			Ощущение беспомощности 0,753 Feeling of helplessness		
	Тревога 0,753 Anxiety			Тревога 0,713 Anxiety		
	Потеря уверенности 0,713 Loss of confidence			Расстройство внимания 0,759 Loss of confidence		
Психосоматические симптомы Psychosomatic Symptoms	Затрудненное дыхание 0,856 Labored breathing	1,8	11, 2	Затрудненное дыхание 0,841 Labored breathing	1,5	9,5
	Тахикардия 0,812 Tachycardia			Тахикардия 0,738 Tachycardia		
	Напряжение мышц 0,772 Muscle tension			Напряжение мышц 0,815 Muscle tension		
Цейтнот Time trouble	Плохой сон 0,801 Sleep disturbance	1,0	6,3	Плохой сон 0,747 Sleep disturbance	1,2	7,5
	Нехватка времени 0,753 Lack of time			Нехватка времени 0,731 Lack of time		

СЗ – собственное значение фактора / FV – factor value; %Д – процент дисперсии / %V – variance

Последние создают риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. Установлено, что поддержка родителей, как один из важных антисуицидальных факторов, в первой группе был статистически значимо ниже, чем

во второй. В степени значимости способов преодоления учебного стресса различий в первой группе между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями не выявлено.

Таблица 7 / Table 7

Сравнение значимости приемов преодоления учебного стресса
Comparison of the importance of training stress coping techniques

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First group				Вторая группа Second group				p=
	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	М	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	
Употребление алкоголя / Alcohol consumption	2,2	2,6	1,0	0,0-3,0	1,3	2,1	0,0	0,0-2,0	0,000
Табакокурение / Smoking	1,4	2,7	0,0	0,0-1,0	0,9	2,3	0,0	0,0-0,0	0,000
Употребление наркотиков / Using drugs	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,1	0,8	0,0	0,0-0,0	0,321
Употребление больше еды / Eating more food	3,3	3,0	3,0	0,0-5,0	2,5	3,3	2,0	0,0-4,0	0,000
Смотрят телевизор / Watching TV	1,9	2,6	0,0	0,0-3,0	1,5	2,1	0,0	0,0-2,0	0,207
Пропуски занятий / Missed classes	0,9	1,8	0,0	0,0-1,0	0,5	1,3	0,0	0,0-0,0	0,000
Продолжительный сон / Sleeping more	3,8	3,2	3,0	1,0-7,0	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	0,048
Общение с друзьями / Socializing with friends	3,8	2,9	4,0	1,0-6,0	4,1	3,1	4,0	1,0-6,0	0,381
Поддержка родителей / Parental support	4,2	3,2	4,0	1,0-7,0	5,3	3,3	5,0	3,0-8,0	-0,000
Прогулки на воздухе / Walking	4,5	3,0	5,0	2,0-7,0	4,8	3,0	5,0	3,0-7,0	0,278
Занятия спортом / Doing sports	3,3	3,1	3,0	0,0-5,0	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	0,381
Посещение бассейна / Visit to the pool	2,8	3,3	1,0	0,0-5,0	3,2	3,4	2,0	0,0-6,0	0,055
Компьютерные игры / Computer games	1,5	2,6	0,0	0,0-2,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	0,729
Интернет / the Internet	5,2	2,8	5,0	3,0-7,0	4,2	2,7	4,0	2,0-6,0	0,000
Читают худ. литературу / Read fiction	3,8	3,1	4,0	1,0-6,0	3,6	3,0	3,0	1,0-6,0	0,434
Лекарственные настойки / Medicinal tinctures	2,1	2,9	0,0	0,0-4,0	1,2	2,1	0,0	0,0-1,0	0,000
Принимают лекарства / Taking medicine	1,7	2,8	0,0	0,0-3,0	1,0	2,2	0,0	0,0-1,0	0,000

Таблица 8 / Table 8

Сравнение степени выраженности симптомов предэкзаменационного стресса
Degree of severity of stress symptoms before the exam

Стрессовый фактор Stress factor	Первая группа First group				Вторая группа Second group				p=	Гр-Ж Gd-F p=
	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅	M	σ	Me	Q ₂₅₋₇₅		
Сила волнения перед экзаменами The strength of anxiety before exams	8,2	2,2	9,0	7,0-10,0	7,8	2,4	8,0	7,0-10,0	0,0314	0,000
Учащенное сердцебиение / Heart palpitations	6,2	3,3	7,0	3,0-9,0	5,2	3,2	5,0	3,0-8,0	0,0000	0,000
Перебои в работе сердца / Heart failure	3,1	3,4	2,0	0,0-6,0	2,0	3,0	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,002
Затрудненное дыхание / Labored breathing	2,8	3,2	2,0	0,0-5,0	1,9	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0000	0,048
Невозможность сделать глубокий вдох Inability to take a deep breath	2,1	2,9	1,0	0,0-4,0	1,4	2,6	0,0	0,0-1,0	0,0000	0,003
Неудовлетворенность вдохом Dissatisfaction with breath	2,2	3,0	0,0	0,0-4,0	1,4	2,5	0,0	0,0-2,0	0,0001	0,006
Напряжение в мышцах тела / Muscle tension	3,5	3,3	3,0	0,0-6,0	2,2	3,4	1,0	0,0-4,0	0,0000	0,015
Дрожание мышц / Muscle tremors	3,6	3,3	3,0	0,0-6,0	2,8	3,0	2,0	0,0-5,0	0,0062	0,000
Учащенное мочеиспускание / Rapid urination	2,3	3,2	0,0	0,0-4,0	1,7	2,9	0,0	0,0-3,0	0,0021	0,000
Головные боли / Headache	4,6	3,5	5,0	1,0-8,0	3,3	3,3	3,0	0,0-6,0	0,0000	0,000
Тревога, страх / Anxiety, fear	7,3	5,8	8,0	5,0-10,0	5,4	3,4	5,0	2,0-9,0	0,0000	0,000
Подавленное настроение / Depressed mood	5,7	3,4	7,0	3,0-9,0	3,9	3,4	3,0	0,0-7,0	0,0000	0,001
Затрудненное засыпание / Difficulty falling asleep	5,9	3,7	7,0	2,0-10,0	4,4	3,7	4,0	0,0-8,0	0,0000	0,000
Неприятные сновидения / Unpleasant dreams	3,5	3,8	2,0	0,0-7,0	2,4	3,4	0,0	0,0-4,0	0,0000	0,002

Гр-Ж – гендерные различия (женщины) / Gd-F – gender differences (female)

Изучение гендерных различий степени значимости способов преодоления учебного стресса в первой группе показало, что лица мужского пола (p=0,001) большую значимость придавали употреблению наркотиков, занятиям физической культурой (p=0,002) и компьютерным играм (p=0,00000). Для лиц женского пола

более значимыми были употребление большего количества еды (p=0,002), поддержка родителей (p=0,002), а также употребление настоек лекарственных трав (p=0,007).

Выраженность симптомов предэкзаменационного стресса статистически значимо была выше у студентов первой группы (табл. 8).

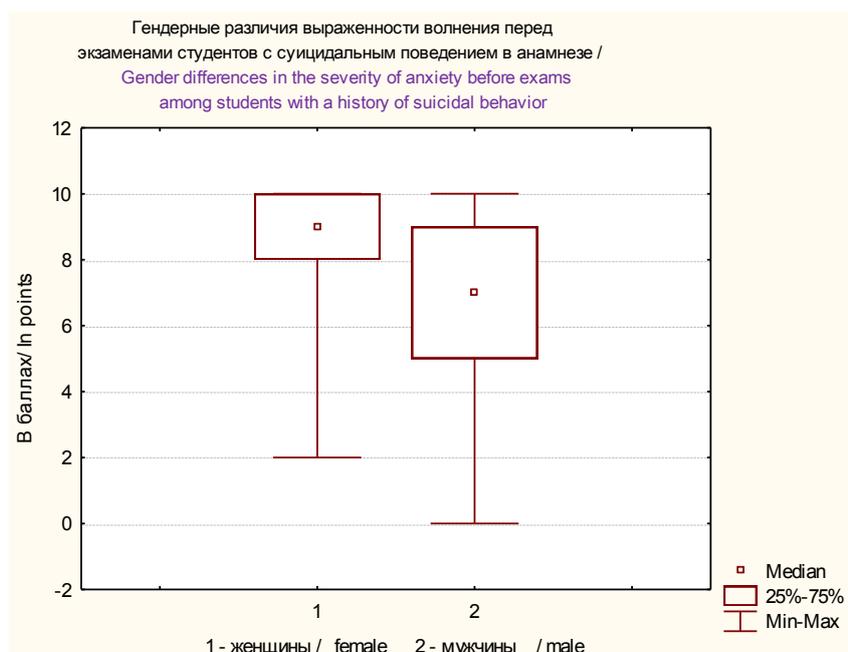


Рис. 1 / Fig.1. Гендерные различия выраженности волнения перед экзаменами студентов с суицидальным поведением в анамнезе / Gender differences in the severity of anxiety before exams among students with a history of suicidal behavior.

Таблица 9 / Table 9

Сравнительные характеристики распространенности социофобии
Comparative characteristics of the prevalence of sociophobia

Уровень социофобии The severity of sociophobia	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	136	50,2	357	78,8	0,0005	3,7	2,6-5,2
Опасения / Fears	64	23,6	59	13,0			
Субклинический / Subclinical	49	18,1	26	5,7			
Клинический умеренный / Clinical moderate	15	5,5	9	2,0			
Клинический выраженный / Clinical severe	7	2,6	2	0,5			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Таблица 10 / Table 10

Сравнительные характеристики распространённости генерализованной тревоги
Comparative characteristics of the prevalence of generalized anxiety

Уровень генерализованной тревоги The severity of generalized anxiety	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	78	28,8	251	55,4	0,0005	3,1	2,2-4,3
Легко выраженная / Mild	123	45,4	150	33,1			
Умеренная / Moderate	44	16,2	36	7,9			
Выраженная / Severe	26	9,6	16	3,5			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

По медианному показателю (выше 5 баллов) наиболее выраженными были учащенное сердцебиение, тревога, страх, затруднённое засыпание и подавленное настроение.

Сила волнения перед экзаменами в первой группе была статистически значимо выше, чем во второй. Тем не менее, в обеих группах студентов медиков самооценка степени волнения перед экзаменами в интерквартильном размахе достигала 7-10 баллов по 10-балльной шкале. В оценке степени выраженности предэкзаменационного стресса в первой группе (между лицами с суицидальными попытками и суицидальными мыслями) не выявлено. Изучение гендерных различий в группе с суицидальным поведением в анамнезе показало, что лица женского пола более значимо реагировали на предэкзаменационный стресс, чем мужского пола (рис. 1).

Изучение частоты социофобий (табл. 9) показало, что в первой группе они встречались у 49,8% (n=135) человек – статистически значимо чаще ($\chi^2=62,633$; p=0,0005; OR=3,7 95%

CI=2,6-5,2), чем во второй – у 21,2% (n=96). Вероятность наличия социофобий у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 4 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

В первой группе (табл. 10) симптомы генерализованной тревоги встречались у 71,2% (n=193) человек, статистически значимо чаще ($\chi^2=47,420$; p=0,0005; OR=3,1 95% CI=2,2-4,3), чем во второй – у 44,6% (n=202). Вероятность наличия генерализованной тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе в 3 раза выше, чем без суицидального поведения.

Изучение частоты встречаемости тревожных пароксизмов (феноменологически сходных с паническими приступами) показало (табл. 11), что у студентов первой группы они встречались статистически значимо чаще ($\chi^2=37,6820$; p=0,0005; OR=3,2 95% CI=2,1-4,6), чем во второй: соответственно – 43,2% (n=96) и 19,5% (n=73) человек.

Таблица 11 / Table 11

Сравнительные характеристики распространенности тревожных пароксизмов у студентов первой (n=222) и второй группы (n=375)

Comparative characteristics of the prevalence of anxious paroxysms among students of the first (n=222) and second group (n= 375)

Уровень тревожных пароксизмов The severity of anxious paroxysms	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	126	56,8	302	80,5	0,0005	3,2	2,1-4,6
Субклинический уровень / Subclinical	59	26,6	53	14,1			
Клинический уровень / Clinical	37	16,6	20	5,4			
Итого / Total	222	100,0	375	100,0			

Таблица 12 / Table 12

Сравнительные характеристики распространенности депрессии
Comparative characteristics of the prevalence of depression

Уровень депрессии The severity of depression	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	135	49,8	381	84,1	0,0005	5,3	3,7-7,7
Легко выраженная / Mild	47	17,3	40	8,8	0,006	2,4	1,3-4,4
Умеренная / Moderate	47	17,3	21	4,6	0,006	2,4	1,3-4,4
Выраженная / Severe	23	8,5	8	1,8			
Крайне выраженная / Extremely severe	19	7,0	3	0,7			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Вероятность наличия тревожных пароксизмов у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидального поведения.

У студентов первой группы (табл. 12) депрессия встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=95,706$; $p=0,0005$; $OR=5,3$ 95% $CI=3,7-7,7$), чем во второй: соответственно 50,2% ($n=136$) и 15,9% ($n=72$) человек. Более того, вероятность наличия депрессии у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 5 раз выше, чем без суицидального поведения. Кроме того, среди лиц с депрессией в первой группе клинический ее уровень (умеренный, выраженный и крайне выраженный) – 32,8% ($n=89$) встречался статистически значимо чаще ($\chi^2=7,689$; $p=0,006$; $OR=2,4$ 95% $CI=1,3-4,4$), чем во второй – 7,1% ($n=32$). Вероятность наличия клинического уровня депрессии у студентов первой группы более чем в 2 раза выше, чем во второй.

У студентов с суицидальным поведением в анамнезе (таблица 13) тревога встречалась статистически значимо ($\chi^2=52,256$; $p=0,0005$; $OR=3,2$ 95% $CI=2,3-4,5$) чаще, чем у сверстников без суицидального поведения: соответственно 50,9% ($n=138$) и 24,3% ($n=110$).

Отношение шансов свидетельствует о том, что вероятность наличия тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе более чем в 3 раза выше, чем у сверстников без суицидаль-

ного поведения. Клинически значимый уровень тревоги (умеренная, выраженная и крайне выраженная у студентов первой группы встречался статистически значимо чаще ($\chi^2=4,306$; $p=0,038$; $OR=1,8$ 95% $CI=1,0-3,0$), чем во второй: соответственно 32,2% и 11,9%. Прогностически вероятность выявления клинического уровня тревоги у лиц с суицидальным поведением в анамнезе почти в 2 раза выше, чем у их сверстников без суицидального поведения.

Изучение распространённости стресса (тест DASS-21) показал (табл. 14), что в группе студентов с суицидальным поведением в анамнезе дистресс регистрировался статистически значимо чаще ($\chi^2=67,648$; $p=0,0005$; $OR=3,8$ 95% $CI=2,7-5,3$), чем во второй: соответственно 53,5% ($n=145$) и 23,2% ($n=105$). Вероятность дистресса в первой группе почти в 4 раза выше, чем во второй. Клинически значимый (умеренный, выраженный и крайне выраженный) уровень дистресса также чаще ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$; $OR=1,9$ 95% $CI=1,1-3,3$) регистрировался в первой группе – 39,4% ($n=107$), чем во второй – 13,9% ($n=63$) случая.

Корреляционный анализ выявил слабую, но достоверную прямую корреляционную зависимость суицидального поведения с большинством учебных стрессовых факторов, среди которых наиболее значимые: нежелание учиться ($r=0,319$; $p=0,000$), проблемы в личной жизни ($r=0,339$; $p=0,000$).

Таблица 13 / Table 13

Сравнительные характеристики распространенности тревоги
Comparative characteristics of the prevalence of anxiety

Уровень тревоги The severity of anxiety	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	133	49,1	343	75,7	0,0005	3,2	2,3-4,5
Легко выраженная / Mild	51	18,8	56	12,4	0,038	1,8	1,0-3,0
Умеренная / Moderate	37	13,7	31	6,8	0,038	1,8	1,0-3,0
Выраженная / Severe	20	7,4	9	2,0			
Крайне выраженная / Extremely severe	30	11,1	14	3,1			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Таблица 14 / Table 14

Сравнительные характеристики распространенности стресса (дистресса)
Comparative characteristics of the prevalence of stress (distress)

Уровень стресса The severity of stress	Первая группа First group		Вторая группа Second group		p=	OR	95%CI
Отсутствие / None	126	46,5	348	76,8	0,0005	3,8	2,7-5,3
Легко выраженная / Mild	38	14,0	42	9,3	0,030	1,9	1,1-3,3
Умеренная / Moderate	55	20,3	30	6,6	0,030	1,9	1,1-3,3
Выраженная / Severe	34	12,5	25	5,5			
Крайне выраженная / Extremely severe	18	6,6	8	1,8			
Итого / Total	271	100,0	453	100,0			

Аналогичная корреляционная зависимость выявлена и с симптомами учебного стресса: ощущением беспомощности ($r=0,329$; $p=0,000$), подавленным настроением, депрессией ($r=0,360$; $p=0,000$), потерей уверенности, снижением самооценки ($r=0,351$; $p=0,000$), проблемами в общении с преподавателями ($r=0,325$; $p=0,000$) и низкой работоспособностью, утомляемостью ($r=0,308$; $p=0,000$). Приведённые цифры свидетельствуют о том, что учебный стресс, в силу вызываемой им астенизации и эмоционального напряжения, может проявлять значимость актуальных суцидальных конфликтов. Это обосновывает необходимость организации медико-психологической консультативной помощи лицам подросткового и юношеского возраста с суцидальным поведением в анамнезе.

Заключение.

Таким образом, в результате исследования установлено, что суцидальное поведение (внутренние и внешние формы) встречается в анамнезе у 37,4% у студентов медиков, в том числе у 4,7% суцидальные попытки, у 32,7% – внутренние формы суцидального поведения. Суцидальные попытки у лиц женского пола выявляются в 5,4%, у мужского – в 2,7%. Внутренние формы суцидального поведения соответственно – у 32,2% женщин и 34,2% – мужчин.

Лица юношеского и молодого возраста, имеющие в анамнезе суцидальное поведение, обладают более высокой чувствительностью к учебному стрессу, чем сверстники без суцидального поведения, что сопровождается высокой частотой депрессии (50,2%), тревоги (50,9%), дистресса (53,5%), а также социофобии (49,8%). При этом повышенная чувствительность фактически одинакова, как при суцидальных попытках, так и при внутренних формах суцидального поведения. Такая уязвимость повышает риск повторной актуализации суцидального поведения, что указывает

на необходимость более пристального внимания не только к лицам, имеющим суцидальные попытки в анамнезе, но молодым людям с внутренними формами суцидального поведения.

Вероятность выявления депрессии у лиц юношеского и молодого возраста с суцидальным поведением в анамнезе в 5 раз, тревоги в 3 раза, дистресса и социофобий в 4 раза выше, чем у сверстников без суцидального поведения.

Наиболее стрессогенными (5 более баллов по 10-балльной шкале) для студентов с суцидальным поведением являются: высокая учебная нагрузка, требующая большого количества времени для подготовки, трудности организации режима дня, дефицит учебной литературы, а также страх перед будущим.

Среди симптомов учебного и предэкзаменационного стресса у студентов-медиков с суцидальным поведением в анамнезе наиболее выраженными являются: нехватка времени, повышенная утомляемость, низкая работоспособность, плохой сон, учащенное сердцебиение, снижение способности к концентрации внимания, подавленное настроение, тревога и страх. При этом базовым симптомом является выраженная астения. По всем параметрам предэкзаменационного стресса лица женского пола реагируют более выражено.

Среди способов совладания с учебным стрессом для лиц с суцидальным поведением наиболее предпочтительным являются общение в социальных сетях и «троллинг» в сети Интернет и сон, а также неконструктивные способы: употребление алкоголя, табакокурение и приём лекарств, что создает риск формирования аддиктивного поведения и зависимостей. При этом лица мужского пола чаще ($p=0,001$), чем женского, указывают на потребление наркотиков, а женщины – большее количество еды ($p=0,002$) и настойки лекарственных трав ($p=0,007$).

В целом, полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения в школах и ВУЗах должностей медицинских психологов для реализации программ первичной профилактики суицидального поведения, пограничных психических расстройств и аддиктивного поведения.

Меры профилактики должны включать ранее выявление, психологическую коррекцию и, в случаях необходимости, психотерапию с учё-

том воздействия индивидуально значимых про-суицидальных и защитных факторов. Необходимо обучать учащихся и студентов планировать и распределять время, что будет способствовать повышению чувства уверенности в своих силах, снижению уровня учебного и предэкзаменационного стресса, а так же позволит разрешать конфликты и выработать резистентность к стрессовым ситуациям с расширением диапазона реагирования [29, 30].

Литература / Reference:

1. Психическое здоровье: информ. бюллетень. Женева: ВОЗ, 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обр-я.: 13.06.2019). [Mental-health: the bulletin. Geneva: WHO, 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health> (13.06.2019).] (In Russ)
2. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 98 с. [Suicide prevention. Global imperative. Geneva: WHO, 2014. 98 s.] (In Russ)
3. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков: обзор литературы. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011; 4: 4-7. [Popov Yu.V., Pichikov A.A. Features of suicidal behavior in adolescents: a review of the literature. *Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev*. 2011; 4: 4-7.] (In Russ)
4. Maris R.W. Suicide. *Lancet*. 2002; 360 (9329): 319-326.
5. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2013; 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/mer16.php (дата обращения: 13.06.2019). [Kholmogorova A.B. Cognitive psychotherapy of suicidal behavior: development history, current status, development prospects. *Medical psychology in Russia*. 2013. 2 (19). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/mer16.php (13.06.2019).] (In Russ)
6. Исследование распространенности, глубинных причин и факторов риска и защиты в области суицида и суицидальных попыток в Республике Казахстан. Астана: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан, 2014. 108 с. [A study of the prevalence, underlying causes and risk factors and protection in the field of suicide and suicide attempts in the Republic of Kazakhstan]. Astana: Children fund OUN (YUNISEF) in Republic Kazakhstan, 2014. 108 s. (In Russ)
7. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2012; 2. URL: http://mpj.ru/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (дата обращения: 13.06.2019). [Kholmogorova A.B., Volikova S.V. The main results of studies of suicidal risk factors in adolescents based on the psychosocial multifactorial model of affective spectrum disorders. *Medical psychology in Russia*. 2012. 2. URL: http://mpj.ru/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (13.06.2019).] (In Russ)
8. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc.* 2015; 65: 753-755.
9. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., et al. Perceived stress and associated factors among medical students. *Family Community Med.* 2016; 23 (3): 166-171.
10. Турова А.Ю., Каде А.Х., Величко М.А., и др. Проявления психоэмоционального стресса у студентов-медиков в зависимости от успеваемости в период сессии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014; 5: 145-146. [Turova A.YU., Kade A.Kh., Velichko M.A. et al. Manifestations of psychoemotional stress in medical students depending on academic performance during the session. *International journal of applied and fundamental research*. 2014; 5: 145-146.] (In Russ)
11. Горбылева К.В., Бебинов С.Е., Зарифьян А.Г. Соотношение психофизиологических особенностей студентов военного и медицинского ВУЗов. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета*. 2014; 14 (5): 39-42. [Gorbyleva K.V., Bebinov S.E., Zarifyan A.G. Correlation of psychophysiological characteristics of students of military and medical universities]. *Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*. 2014; 14 (5): 39-42.] (In Russ)
12. Reisbig A.M., Danielson J.A., Wu T.F., et al. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school. *J. Vet. Med. Educ.* 2012; 39 (4): 341-358.
13. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Morozova E.N., et al. Affective disorders associated with educational Stress among foreign medical students (Dynamics over a 6-year period of study). *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 05 (7): 7021-7027.
14. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Gomelyak J.N., et al. Psychopharmacotherapy for somatoform autonomic dysfunction in students-medicals 1 course. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018; 05 (7): 7028-7033.
15. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., et al. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical student. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6 (2): 128-133.
16. Ludwig A.B., Burton W., Weingarten J., et al. Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Med. Educ.* 2015; 15. URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0425-z> (available at: 13.06.2019).
17. Silva V., Costa P., Pereira I., et al. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med. Educ.* 2017; 17 (1). URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1006-0> (available at: 13.06.2019).
18. Руженкова В.В. Суицидальное поведение в структуре защитных способов преодоления миграционного и учебного стресса иностранными студентами. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 47-60. [Ruzhenkova V.V. Suicidal behavior in the structure of protective methods of overcoming migration and educational stress by foreign students. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 47-60. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-47-60] (In Russ)
19. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski L., et al. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2016; 13 (2). URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212> (available at: 13.06.2019).
20. Brenneisen Mayer F., Souza Santos I., Silveira P.S., et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med. Educ.* 2016; 16 (1). URL: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0791-1> (available at: 13.06.2019).
21. Adams D.F. The embedded counseling model: an application to dental students. *J. Dent. Educ.* 2017; 81 (1): 29-35.
22. Зотова Е.П. Нарушения сна у студентов. *Девiantология*. 2018; 2 (2): 37-43. [Zotova E.P. Sleep disorders in students. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 37-43.] (In Russ)
23. Hankir A.K., Northall A., Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014. URL: <https://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-205226.long> (available at: 13.06.2019).

24. Шербатых Ю.В. Психология стресса. М.: Эксмо, 2006. 304 с. [Shcherbatykh Yu.V. Psychology of stress. M.: Eksmo, 2006. 304 p.] (In Russ)
25. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166 (10): 1092-1097.
26. Katon W.J. Patient Health Questionnaire (PHQ) Panic Screening Questions. *Справочник фельдшера и акушерки [Handbook of medical assistants and midwives]*. 2016; 4: 41. (In Russ)
27. Lovibond P.F., Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 335-342.
28. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: 1980. 48 с. [Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostic of suicidal behavior: guidelines. M.: 1980. 48 p.] (In Russ)
29. Руженкова В.В., Руженков В.А., Колосова М.А. Тайм-менеджмент – как способ повышения устойчивости студентов-медиков к учебному стрессу (медико-психологический аспект). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2018; 6: 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/2-5.pdf> (дата обращения: 28.08.2019). [Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Kolosova M.A. Time management as a way to increase the resistance of medical students to educational stress (medical and psychological aspect)]. *Bulletin of new medical technologies. Electronic edition.* 2018. 6: 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/2-5.pdf> (28.08.2019).] (In Russ)
30. Руженкова В.В. Динамика значимости учебных стрессовых факторов и проявлений стресса у студентов-медиков после реализации психокоррекционной программы "стресс-менеджмент". *Вестник психотерапии.* 2019; 70 (75): 130-144. [Ruzhenkova V.V. The dynamics of the imporynace of training stress factors and manifestations of stress among medical students after the implementation of the «stress management» program. *Bulletin of psychotherapy.* 2019; 70 (75): 130-144. (In Russ)

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS AND CHARACTERISTICS OF RESPONSE TO EDUCATIONAL STRESS OF YOUNG PEOPLE WITH THE HISTORY OF SUICIDAL BEHAVIOR

V.V. Ruzhenkova

Belgorod National Research University, Russia; ruzhenkova@bsu.edu.ru

Abstract: According to WHO, mental health disorders account for 16% of the global burden of disease and injuries among people aged 10-19 years, and suicide is the third leading cause of death in this age group. This study aimed to develop recommendations on the primary psychoprophylaxis of suicidal behavior based on verification of the medical and psychological characteristics of young people with a history of suicidal behavior. Material and methods: A continuous sample of 724 Russian-speaking students of the Institute of Medicine aged 17-29 (20.6 ± 2.0) years, was examined using medical, sociological and psychometric methods. There were 537 (74.2%) female and 187 (25.8%) male students. Persons with suicidal behavior were examined by the clinical method. The database was processed by nonparametric statistics methods using the computer program STATISTICA 6.0. Results: It was established that suicidal behavior (internal and external forms) was found in a history of 37.4% of medical students: suicidal attempts – 4.7% and internal forms – 32.7%. Suicidal behavior was realized at the age of 16.4 ± 3.0 years. Some psychiatric disorders were diagnosed: neurotic, stress-related and somatoform disorders were reported in 65.3% of cases, personality disorders, mood disorders, and prenosological reactions were diagnosed in 7.4%, 5.2% and 22.1% cases respectively. It was found that people with suicidal behavior have a higher sensitivity to educational stress, which is accompanied by a high frequency of depression (50.2%), anxiety (50.9%), distress (53.5%) and sociophobia (49.8%). The probability of detecting depression among students with history of suicidal behavior is 5 times, anxiety is 3 times, distress and sociophobia are 4 times higher than for peers without history of suicidal behavior. The most stressful was the high academic load, which required a lot of time for preparation, difficulties in organizing the daily routine, a shortage of textbooks, and a fear of the future. Conclusions: The primary prevention program for suicidal behavior and borderline mental disorders should include Time Management training, during which students learn to plan and schedule time, as a result of which they have a sense of self-confidence, acquire ability to learn easier, and reduce the level of pre-examination stress; and Stress Management training, which subsequently made it possible to more effectively resolve conflicts and develop resistance to stressful situations with an extension of the response range. As a result, the severity of mental and psychosomatic symptoms of educational and pre-examination stress significantly decreased. To implement these programs, it is necessary to introduce the posts of medical psychologists in schools and universities.

Keywords: medical students, suicidal behavior, depression, anxiety, stress, social phobia

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 02.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.09.2019.

Для цитирования: Руженкова В.В. Клиническая структура психических расстройств и особенности реагирования на учебный стресс лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе. *Суицидология.* 2019; 10 (3): 74-86. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-74-86

For citation: Ruzhenkova V.V. Clinical structure of mental disorders and characteristics of response to educational stress of young people with the history of suicidal behavior. *Suicidology.* 2019; 10 (3): 74-86. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-74-86

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК МАРКЕР ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Б.С. Положий, С.А. Игумнов, А.А. Игонин, А.Д. Шустов

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

Контактная информация:

Клименко Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2275-4219; AuthorID: 575376; ORCID iD: 0000-0003-1032-6277; Researcher ID: AAC-6815-2019). Место работы и должность: директор ННЦ наркологии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (916) 671-40-78; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Козлов Александр Александрович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4693-7096; AuthorID: 108161; ORCID iD: 0000-0003-0939-5937; Researcher ID: C-7311-2013). Место работы и должность: заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (905) 506-6390; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ (SPIN-код: 1734-3563; AuthorID: 959343; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885; Researcher ID: X-9588-2018). Место работы и должность: руководитель Отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ. Адрес: Россия, 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: +7 (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1607-8697; AuthorID: 567874; ORCID iD: 0000-0002-0529-420X; Researcher ID: E-7975-2018). 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. Адрес: Россия, 119002, г. Москва, Малий Могильцевский пер., д. 3. Электронный адрес: igumnov.s@serbsky.ru

Игонин Андрей Леонидович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2415-7710; AuthorID: 330645; ORCID iD: 0000-0002-1222-0516; Researcher ID: Y-7525-2018). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (985) 221-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Шустов Александр Дмитриевич (SPIN-код: 8906-5399; AuthorID: 921822; ORCID iD: 0000-0003-4088-5109; Researcher ID: AAE-3523-2019). Место учёбы: аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, Кропоткинский пер, 23. Телефон: +7 (930) 870-81-82; электронный адрес: nscn@serbsky.ru

Целью исследования являлось выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе и клинико-социальными характеристиками алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Материал и методы: Обследовано 66 лиц с ПРЛ (мужчин – 52, женщин – 14), страдающих алкогольной зависимостью, находившихся на лечении в клинике ННЦ наркологии – филиал «НМИЦПН им. В.П. Сербского». Диагностика алкогольной зависимости и ПРЛ проводилась с использованием критериев МКБ-10 клинико-психопатологическим, клинико - анамнестическим и психометрическим методами. Все обследованные были разделены на две группы: с наличием в анамнезе суицидального поведения (группа 1 – n=24) и без анамнестических данных о суицидальном поведении (группа 2 – n=42). Сравнение проводилось по основным социально-демографическим параметрам и клинико-динамическим особенностям алкогольной зависимости. Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Результаты: Установлено, что пациенты с суицидальным поведением в анамнезе (группа 1) были более молодого возраста – 29,3±2,1 года, отличались высокопрогредиентными характеристиками алкогольной зависимости. Об этом свидетельствуют более короткие сроки формирования последовательных этапов болезни (продолжительность 1-й стадии: группа 1 – 2,9±2,6; группа 2 – 4,5±3,2 года), появление уже на донологическом этапе изменённых форм алкогольного опьянения (группа 1 – 45,8%; группа 2 – 19,0%), развитие синдрома отмены алкоголя тяжелой степени (группа 1 – 70,8%; группа 2 – 50,0%). Лица с суицидальным поведением (группа 1) так же характеризовались отягощенным семейным алкогольным (16,6%) и суицидальным анамнезом (16,6%). Более тяжелые социальные последствия алкогольной зависимости у лиц с суицидальным анамнезом (дисфункции

ональная семейная ситуация и социально-трудовой статус) также позволяют говорить о более прогрессивном развитии алкогольной зависимости у данного контингента пациентов. Выводы: Установленная корреляция суицидального анамнеза с прогрессивными формами алкогольной зависимости позволяет ставить вопрос о диагностической значимости суицидального поведения в анамнезе как маркера прогрессивного развития алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ.

Ключевые слова: суицидальное поведение, парасуицид, алкогольная зависимость, пограничное расстройство личности

Несмотря на наблюдающуюся последние годы положительную динамику количество самоубийств в Российской Федерации остаётся на высоком уровне. Современная суицидология среди экстраперсональных причин самоубийств к наиболее частым относит алкогольное опьянение и алкогольную зависимость [1, 2]. Алкоголизм является причиной 15-25% всех завершённых суицидов, а риск суицида на 2 стадии алкогольной зависимости в 80 раз выше, чем у здоровых лиц [3].

К интраперсональным факторам повышенного суицидального риска обычно относят особенности характера, среди которых последние годы всё чаще упоминают пограничное расстройство личности (ПРЛ) [4]. Риск суицида в течение жизни у лиц с ПРЛ составляет 3-10% [5, 6]. У мужчин с ПРЛ он в 2 раза выше, чем у женщин [7]. Доля завершённых суицидов среди лиц с ПРЛ по разным исследованиям от 10% до 28-30%. Высказывается мнение, что многие мужчины, которые покончили жизнь самоубийством, имели недиагностированное ПРЛ [8].

Установлено, что ПРЛ наблюдается у 20-40% больных алкогольной зависимостью, что в свою очередь усугубляет тяжесть алкогольной зависимости и приводит к множеству негативных медицинских и социальных последствий [9].

Практически во всех случаях суицидальное поведение у лиц с ПРЛ и с алкогольной зависимостью развивается в ответ на отрицательные эмоциональные переживания [10]. При этом нередко они входят в цикл, начинающийся с эмоциональной боли, затем идёт импульсивное поведение для избавления от неё, чувство стыда и вины за эти действия, эмоциональная боль из-за этого стыда и вины и, наконец, сильное желание нового импульсивного действия для облегчения новой боли, что замыкает цикл. Со временем импульсивное поведение может стать автоматическим ответом на эмоциональную боль [9].

Имеющиеся данные позволяют ставить вопрос о синэргическом взаимодействии суицидального поведения, ПРЛ и алкогольной зависимости и о диагностическом значении суицидального поведения в анамнезе у лиц с ПРЛ как

одного из прогностических признаков алкогольной зависимости.

Целью настоящего исследования стало выявление связи между суицидальным поведением в анамнезе у лиц с ПРЛ и наличием у них сочетанной алкогольной зависимости.

Материал и методы.

Сплошным методом за период 2016-2018 гг. для настоящего исследования были отобраны пациенты с ПРЛ, страдающие алкогольной зависимостью. Обследовано 66 пациентов, отвечающих данным критериям отбора, которые находились для лечения алкогольной зависимости в стационарных условиях в клинике ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского». Исследование проводилось с соблюдением принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. От всех пациентов было получено в письменной форме добровольное информированное согласие на участие в исследовании и на обработку данных. Продолжительность клиникотамнестического наблюдения 1 год.

На основании наличия и отсутствия суицидального поведения в анамнезе все обследованные пациенты были разделены на две группы: группа 1 – с наличием в анамнезе суицидального поведения (24 пациента; 36,4%) и группа 2 – без анамнестических данных о суицидальном поведении (42 пациента; 63,6%).

Учитывались различные виды суицидального поведения в анамнезе: мысли о смерти; приготовления к смерти; намерения к самоубийству, попытки самоубийства; акт суицида [11]. Не учитывалось наличие или отсутствие телесных самоповреждений, которые DSM-5 [4] также как и суицидальное поведение относит к ключевым диагностическим критериям ПРЛ (порезы, ожоги, удары головой, укусы) [12]. В специальных исследованиях обычно разделяются самоповреждения и суицидальное поведение по признаку их мотивации [10]. Телесные самоповреждения обычно наносят без умысла суицида [13] как форма выражения гнева, либо с целью себя наказать, либо вызвать (часто в ответ на возникшую диссоциацию) естественные ощущения, либо отвлечь себя от субъективно чрезвычайных эмоциональных переживаний (эмоциональной боли)

или субъективно трудных жизненных обстоятельств. Нанесение телесных повреждений типично для лиц с ПРЛ и связано с тем, что они после этого нередко ощущают эмоциональное облегчение. В отличие от самоповреждений все виды суицидального поведения обычно отражают веру в то, что самоубийство является оптимальным выходом из сложившейся жизненной ситуации.

Диагностика ПРЛ и алкогольной зависимости проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 с использованием клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и психометрического методов. Психометрический метод использовался для объективизации клинико-психопатологической оценки психического состояния обследованных лиц. Психометрическая оценка алкогольной зависимости проводилась по Индексу тяжести зависимости (Addiction Severity Index, ASI) и Психиатрическому диагностическому скрининговому опроснику (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, PDSQ).

Полученные в ходе обследования данные вносились в специально разработанную для данного исследования карту, которая содержала 148 формализованных позиций, отражающих клинико-динамические параметры ПРЛ, алкогольной зависимости и суицидального поведения.

Полученные данные были обработаны с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12: t-критерий Стьюдента, χ^2 Пирсона, критерий Фишера, коэффициент корреляции Кендалла, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок. За критический уровень значимости «р» при проверке гипотез был принят 0,05.

Результаты и обсуждение.

По выделенным группам исследования обследованные пациенты отличались по возрасту: лица группы 1 (наличие суицидального поведения в анамнезе) были моложе относительно лиц группы 2: средний возраст по группам соответственно $29,3 \pm 2,1$ и $38,1 \pm 8,4$ года. Это может быть связано с тем, что наличие суицидального поведения является значимым фактором для более раннего осознания и пациентами и их родственниками наличия факта заболевания алкогольной зависимостью и обращения в связи с этим за специализированной наркологической помощью.

В обеих группах исследования достоверно преобладали мужчины (соответственно 87,5% и 73,8%), что связано с тем, что и алкогольная

зависимость и ПРЛ у мужчин наблюдаются чаще, чем у женщин [7, 14].

Наследственность всех пациентов без достоверной разницы по группам была отягощена по алкоголизму родителей (чаще отцов) и других близких родственников (по группам соответственно 16,6% и 14,2%). При этом различий по данному показателю от предыдущих исследований [14] не выявлено. Одновременно выявлена достаточно высокая напряжённость наследственной отягощённости по суицидальному поведению (16,6%) и нанесению разного рода телесных самоповреждений (37,5%) среди обследованных группы 1. Среди лиц группы 2 в факты нанесения телесных повреждений выявлены в единичных случаях выявлены (7,1%). Данный факт может свидетельствовать о том, что в формировании и суицидального поведения и нанесения телесных самоповреждений большое значение имеет феномен «научения», когда дети в нуклеарной семье обучаются определённым формам реагирования на субъективно сложные ситуации.

Возраст первых проб алкоголя (соответственно $12,3 \pm 3,1$ и $13,5 \pm 2,2$ лет) и возраст появления первых признаков алкогольной зависимости (соответственно $18,3 \pm 5,1$ и $21,6 \pm 1,4$ года) по группам достоверно не отличались, но наблюдались в более раннем возрасте по сравнению с неосложнённым расстройством личности алкогольной зависимостью [15].

Сопоставление практически всех клинико-динамических показателей алкогольной зависимости у лиц из двух выделенных групп исследования выявило достоверные отличия (табл. 1).

Продолжительность всех стадий формирования алкогольной зависимости была достоверно короче у лиц из группы 1: донозологический этап злоупотребления алкоголем соответственно $6,1 \pm 2,1$ и $8,4 \pm 1,5$ лет; продолжительность 1 стадии алкогольной зависимости соответственно $2,9 \pm 2,6$ и $4,5 \pm 3,2$ лет; формирование синдрома отмены алкоголя соответственно $4,2 \pm 2,2$ и $5,6 \pm 3,2$ лет.

Уже на донозологическом этапе формирования алкогольной зависимости у всех обследованных наблюдались изменённые формы алкогольного опьянения, но у лиц группы 1 они наблюдались достоверно чаще (соответственно по группам 45,8% и 19,0%). Чаще всего наблюдались дисфорическая (соответственно 54,5%; 37,5%), истерическая (соответственно 27,3%; 25,0%) и эксплозивная (соответственно 18,2%; 37,5%) формы изменённого алкогольного опьянения.

Таблица 1 / Table 1

Клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости
Clinical and dynamic characteristics of alcohol addiction

Показатель Indicator	Пациенты с суицидальным поведением в анамнезе – группа 1 Patients with a history of suicidal behavior – group 1, n=24	Пациенты без суицидального поведения в анамнезе – группа 2 Patients without a history of suicidal behavior – group 2, n=42	Р
Гендерный состав / Gender: – мужчины / male – женщины / female	87,5%; n=21 12,5%; n=3	73,8%; n=31 26,2%; n=11	p=0,3194 (χ^2 с поправкой Йейтса, df=1)
Отягощенная наследственность: Family history: – алкоголизмом / alcoholism	16,6%; n=4	14,2%; n=6	p=0,5291 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
– суицидальным поведением – suicidal behaviour	16,6%; n=4	–	p=0,0147 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
– самоповреждениями – self-harms	37,5%; n=9	7,1%; n=3	p=0,0034 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)
Возраст первых проб (число полных лет) Age of first experiences (number of full years)	12,3±3,1	13,5±2,2	p=0,3766 (t= -0,3157, df=64)
Продолжительность донозологического этапа (годы) Duration of the prenosological stage (years)	6,1±2,1	8,4±1,5	p=0,1881 (t= -0,8912, df=64)
Возраст формирования синдрома зависимости (число полных лет) / Age of addiction formation (number of full years)	18,3±5,1	21,6±1,4	p=0,2674 (t= -0,6240, df=64)
Продолжительность I стадии алкогольной зависимости (годы) Duration of stage 1 of alcohol dependence (years)	2,9±2,6	4,5±3,2	p=0,3496 (t= -0,3881, df=64)
Период формирования синдрома отмены алкоголя (годы) Duration of alcohol withdrawal syndrome formation (years)	4,2±2,2	5,6±3,2	p=0,3598 (t= -0,3605, df=64)
Измененные формы алкогольного опьянения / Altered types of alcohol intoxication: – дисфорическая / dysphoric – истерическая / hysterical – эксплозивная / explosive	45,8%; n=11 54,5%; n=6 27,3%; n=3 18,2%; n=2	19,0%; n=8 37,5%; n=3 25,0%; n=2 37,5%; n=3	p=0,622 ($\chi^2=0,950$, df=2)
Уровень толерантности к алкоголю (мл): The level of tolerance to alcohol (ml): – низкая / low – средняя / medium – высокая / high	8,3%; n=2 25,0%; n=6 66,7%; n=16	14,3%; n=6 16,7%; n=7 69,0%; n=29	p=0,608 ($\chi^2=0,998$, df=2)
Тяжесть синдрома отмены алкоголя Alcohol withdrawal syndrome – легкая / light – средняя / medium – тяжелая / heavy	12,5%; n=3 16,7%; n=4 70,8%; n=17	26,2%; n=11 23,8%; n=10 50,0%; n=21	p=0,239 ($\chi^2=2,868$, df=2)
Форма употребления алкоголя: Type of alcohol consumption: – постоянная / constant – псевдозапой / pseudo- binges – запои / binges	25,0%; n=6 50,0%; n=12 25,0%; n=6	61,9%; n=26 28,6%; n=12 9,5%; n=4	p=0,014 ($\chi^2=8,633$, df=2)
Психозы в анамнезе History of psychosis	8,3%; n=2	–	p=0,1287 (односторонний точный критерий Фишера, df=1)

Таблица 2 / Table 2

Социальное функционирование обследованных лиц
Social functioning of the examined persons

Показатель Indicator	Пациенты с суицидальным поведением в анамнезе – группа 1 Patients with a history of suicidal behavior-group 1 n=24	Пациенты без суицидального поведения в анамнезе – группа 2 Patients without a history of suicidal behavior-group 2 n=42	P
Социально адаптированные Socially adapted	50,0%; n=12	69,1%; n=29	p=0,306 ($\chi^2=2,368$, df=2)
Диссоциальные Dissocial	37,5%; n=9	23,8%; n=10	
Асоциальные Asocial	12,5%; n=3	7,1%; n=3	

Толерантность к алкоголю у большинства обследованных обеих групп исследования была высокой (66,7% и 69,0%) и достигала 750-1000 мл 40 градусного алкоголя в сутки.

Синдром отмены алкоголя отличался различной структурой, но у лиц группы 1 он достоверно чаще был тяжёлой степени выраженности (по группам соответственно 70,8% и 50,0%).

Психозы в анамнезе обследованных пациентов были единичными и отмечены только у пациентов группы 1 (n=2; 8,3%).

Уровень социального функционирования у обследованных лиц был относительно высоким. У половины обследованных (50,0% и 69,1%) обеих групп социальное функционирование расценивалось как удовлетворительное: они имели достаточный образовательный уровень и постоянную работу, были заняты в квалифицированных видах труда, проживали в семье, где поддерживали относительно ровные взаимоотношения. Относительно благоприятный социальный статус более половины обследованных лиц может быть объяснён спецификой медицинской организации, где проводился набор клинического материала. В то же время сравнительный анализ пациентов двух групп исследования по данному показателю выявил между ними достоверные отличия. У обследованных группы 1 уровень социального функционирования был достоверно ниже (табл. 2). Только 16,6% из них были социально адаптированы. Большинство лиц группы 1 были отнесены либо к лицам диссоциальным (37,5% – не имели постоянной работы, отличались невысоким образовательным уровнем, своим поведением создавали дисфункциональную семейную

обстановку, что часто приводило к разводам), либо к асоциальным (отличались конфликтно-агрессивным поведением, повторно привлекались к административной ответственности за совершение различных правонарушений, в единичных случаях – имели условные судимости по уголовным делам).

Заключение.

Сравнительный анализ клинико - динамических характеристик алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ, которые имели, либо не имели в анамнезе указание на суицидальное поведение (группа 1 и группа 2 исследования), показал, что у лиц с суицидальным поведением в анамнезе алкогольная зависимость развивалась более прогрессивно. Об этом свидетельствуют более короткие сроки формирования последовательных этапов болезни, высокий уровень толерантности к алкоголю, появление уже на донологическом этапе изменённых форм алкогольного опьянения, развитие синдрома отмены алкоголя тяжёлой степени. Более тяжёлые социальные последствия алкогольной зависимости у лиц с суицидальным анамнезом (дисфункциональная семейная ситуация и социально-трудовой статус) также позволяют говорить о более прогрессивном развитии алкогольной зависимости у данного контингента пациентов.

Установленная корреляция суицидального анамнеза с прогрессивными формами алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ позволяет ставить вопрос о диагностической значимости суицидального поведения в анамнезе как маркера прогрессивного развития алкогольной зависимости у лиц с ПРЛ.

Литература / Reference:

1. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 600 с. [National manual of suicide-studying / Under the editorship of B. S. Polozhy. Moscow: LLC

"publishing house" Medical information Agency", 2019. 600 p.] (In Russ)

2. Разводовский Ю.Е., Кандрычын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси. *Девiantология*. 2018; 2 (2): 25-30. [Razvodovskiy 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)

3. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. 207 с. ISBN 978-5-299-00760-2 [Shustov D. I. Autoaggression and suicide in alcohol dependence: clinic and psychotherapy. St. Petersburg: Spetslit, 2016. 207 P. ISBN 978-5-299-00760-2] (In Russ)
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th. Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 645, 663–6. ISBN 9780890425558.
5. Gunderson J.G. Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2011; 364 (21): 2037-2042. doi: 10.1056/NEJMcp1007358
6. Gunderson J.G. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide / J.G. Gunderson, Paul S. Links. 2nd. American Psychiatric Publishing, Inc, 2008. P. 9. ISBN 978-1-585623358.
7. Sometimes I Act Crazy. Living With Borderline Personality Disorder. Wiley & Sons, 2004. 206 p.
8. Paris J. Treatment of Borderline Personality Disorder. A Guide to Evidence-Based Practice. The Guilford Press, 2008. P. 21–22.
9. Manning, Shari. Loving Someone with Borderline Personality Disorder. The Guilford Press, 2011. ISBN 978-1-59385-607-6. 18 p.
10. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 111 (1): 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
11. FB.ru: <https://fb.ru/article/382369/vidyi-suitsidalnogo-povedeniya-opisanie-prichiny-i-profilaktika>
12. Oumaya, M; Friedman, S; Pham, A; Abou Abdallah, T; Guelfi, JD; Rouillon, F. Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature. *L'Encephale*. 2008; 34 (5): 452-458. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007.
13. Urnes, O. [Self-harm and personality disorders]. (неопр.) *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. — 2009. 30 April, 129 (9): 872-876. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140
14. Кирпиченко АА. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2008. [Kirpichenko A.A. Alcohol dependence in women with different forms of social functioning: abstract. Diss. ... Doct. med. sciences'. Moscow, 2008.] (In Russ)
15. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 856 с. ISBN 978-5-9986-0059-3 [Alcoholism: A guide for doctors / edited By N. N. Ivanets, M. A. Vinnikova. Moscow: LLC "Publishing house" Medical information Agency", 2011. 856 PP. ISBN 978-5-9986-0059-3] (In Russ)

SUICIDAL BEHAVIOR AS A MARKER OF PROGRESSION OF ALCOHOL ADDICTION IN PERSONS WITH A PERSONALITY DISORDER

T.V. Klimenko, A.A. Kozlov, B.S. Polozhy, S.A. Igumnov, A.L. Igonin, A.D. Shustov

National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia; nscn@serbsky.ru

The aim of the study was to identify a relationship between a history of suicidal behavior and the clinical and social characteristics of alcohol addiction in individuals with borderline personality disorder (BPD). Material and Methods: 66 persons with BPD (52 men, 14 women) who were addicted to alcohol and were treated at the NSC Narcology Clinic, a branch of NIICPN under the name of V.P. Serbsky. The diagnosis of alcohol addiction and BPD was carried out using the ICD-10 criteria by clinical, psychopathological, clinical, anamnestic and psychometric methods. All examined patients were divided into two groups: with a history of suicidal behavior (group 1 – n=24) and without anamnestic data on suicidal behavior (group 2 – n=42). The comparison was carried out according to the main socio-demographic parameters and the clinical and dynamic characteristics of alcohol addiction. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. Results: It was established that patients with a history of suicidal behavior (group 1) were younger – 29.3±2.1 years old, had highly progreduated characteristics of alcohol addiction. This is evidenced by the shorter periods of the formation of successive stages of the disease (stage 1 duration: group 1 – 2.9 ± 2.6; group 2 – 4.5±3.2 years), the appearance of altered forms of intoxication already at the prenosological stage (group 1 – 45.8%; group 2 - 19.0%), the development of severe alcohol withdrawal syndrome (group 1 – 70.8%; group 2 – 50.0%). Persons with suicidal behavior (group 1) were also characterized by burdened family alcohol (16.6%) and a suicidal history (16.6%). More unfavorable social consequences of alcohol addiction in people with a suicidal history (dysfunctional family situation and social and labor status) also suggest a more progressive development of alcohol addiction in this group of patients. Conclusions: The established correlation of suicidal history with progressive forms of alcohol addiction raises the question of the diagnostic significance of suicidal history in history as a marker of progressive development of alcohol addiction in the patient with BPD.

Keywords: suicidal behavior, parasuicide, alcohol dependence, borderline personality disorder

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 05.08.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.11.2019.

Для цитирования: Клименко Т.В., Козлов А.А., Положий Б.С., Игумнов С.А., Игонин А.Л., Шустов А.Д. Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 87-92. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92

For citation: Klimenko T.V., Kozlov A.A., Polozhy B.S., Igumnov S.A., Igonin A.L., Shustov A.D. Suicidal behavior as a marker of progression of alcohol addiction in persons with a personality disorder. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 87-92. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92

СУИЦИДОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, В.А. Розанов, А.А. Севастьянов

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, 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, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Россия, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

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 – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский 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

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Севастьянов Алексей Александрович – кандидат технических наук (SPIN-код: 7459-8877; Researcher ID: L-3574-2018; ORCID iD: 0000-0003-3926-1059). Место работы: ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 28-36-60. Электронный адрес: contact@ogtcentre.ru

Обсуждаются вопросы актуальности повышения качества профессиональных знаний по суицидологии в медицинской среде. Авторы отмечают, что темы суицида обычно ассоциируются с психиатрической помощью и рассматриваются, в подавляющем большинстве случаев, при прохождении студентами соответствующего цикла, нередко с явно недостаточным вниманием к проблеме. В программы постдипломного образования вопросы суицидальной превенции в неоправданно малом объёме включены по специальностям «психиатрия», «наркология» и «психотерапия». Знания врачей других «непсихиатрических» специальностей обычно не превышает студенческий уровень, что ограничивает их участие в профилактической работе, и практически ставит в тупик при столкновении с суицидальными действиями их пациентов. Между тем, известно, что перед совершением попытки многие суициденты обращаются к интернистам по поводу различных заболеваний, но не получают помощи. В последующем лишь не более 5% из них продолжают лечение у суицидолога (психиатра) по выписке даже при наличии кризисного отделения в структуре больниц. Треть совершают не менее тяжелую попытку в течение года, что предсказуемо при неразрешимых (накапливающихся) психосоциальных и, возможно, медицинских последствиях суицидального поведения (СП). В этих условиях понятна необходимость целевого обучения врачей первичного звена (семейных врачей). Не менее значима работа и с персоналом психиатрических ЛПУ (от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок), который часто мало сведущ в вопросах СП, и нередко стигматизирует пациентов и их родственников, что значительно ограничивает реабилитационный потенциал и эффективность коррекционной работы. В заключении авторы указывают на ряд важных практических задач в системе образования: 1. Необходимость системного изучения и преподавания суицидологии в медицинских ВУЗах с отказом от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода, и перевод её в категорию междисциплинарных научно-практических проблем. 2. Включение вопросов суицидологии в программы последипломной подготовки, в том числе с учётом профиля обучающихся врачей, и с акцентом на выработку практических навыков по диагностике суицидального поведения и тактике ведения данной категории пациентов. 3. Создание учебников, методических пособий по превенции суицида. Подобный подход в целом может служить основой формирования межведомственных программ суицидальной превенции.

Ключевые слова: суицидология, суицид, обучение суицидологии, превенция суицида

*Мы все учились понемногу
чему-нибудь и как-нибудь.
А.С. Пушкин*

Около 800000 землян ежегодно гибнут от самоубийств, что соответствует усреднённому уровню самоубийств (УС), составившем 10,5 (здесь и далее на 100000 населения) в 2016 г. (13,7 и 7,5 мужчин и женщин соответственно) [1].

Самоубийства – неизменно серьёзная проблема стран с высоким уровнем дохода, но почти 80% суицидов приходится на наиболее густонаселённые страны с низким и средним уровнем дохода, несущих большую часть глобального бремени самоубийств [1]. На каждую жертву самоубийства приходится более 20 попыток. Попытки самоубийства служат важнейшим прогностическим фактором самоубийства. Если же принять во внимание влияние на окружение суицидента, то в конечном итоге от суицидального поведения страдают миллионы [2, 3, 4, 5].

Программы предотвращения самоубийств основаны на фактических (доказательных) данных [1].

Суицидология как и психиатрия, пока не наука¹, представляет собой синтетический свод малосистематизированных и проверенных знаний и компетенций на стыке различных дисциплин [6]. Вместе с тем организация и функция континуума суицидологических служб опирается на универсальный биопсихосоциальный подход (согласно природе СП), междисциплинарное (бригадное) и межведомственное взаимодействие. Насущной проблемой развития служб (государственной и местных профилактических программ предупреждения СП в перспективе) наряду со сводом типовых проблем [7] является недостаток обученных целевым образом кадров на фоне хронического дефицита медицинских и социальных ресурсов.

Одним из тревожных сигналов организационной несогласованности служит разнородность несистематизированных и неунифицированных статистических сведений о суицидах на региональном и, как следствие, Федеральном уровнях. Суммарные поло-возрастные данные об уровнях суицидов недостаточны для организа-

ции целевой профилактической работы с отдельными группами риска СП. «Серой зоной» статистического учёта остаются парасуициды. Нельзя, однако, не отметить инициатив отдельных регионов РФ, заслуживающих тиражирования и адаптации в других субъектах страны, такие как межведомственное взаимодействие в Ставропольском и Краснодарском краях, «суицидологический регистр» Тюменской области [8].

Увы, статистические данные беспристрастно высвечивают всеобщие проблемы суицидологической помощи. Меньшая часть суицидентов, совершивших суицидальные попытки, попадает в поле зрения психиатров, правоохранительных органов, пенитенциарной системы, социальных служб [1, 8]. При этом часть из них перед совершением попытки обращались к интернистам, а наиболее тяжелые (по медицинским последствиям) суицидальные попытки (парасуициды) фиксируются в многопрофильных больницах, в реанимационных, травматологических и др. отделениях [5, 9].

Показательно: не более 5% суицидентов продолжают лечение у суицидолога (психиатра) по выписке даже при наличии кризисного отделения в структуре больниц, при этом треть совершают не менее тяжелую попытку в течение года, что предсказуемо при неразрешимых (накапливающихся) психосоциальных и, возможно, медицинских последствиях СП, дистрессах, вследствие снижения барьера страха смерти / боли [10]. Та же доля проходит психиатрический фильтр, будучи направлена (частью недобровольно) в психиатрические больницы, что отнюдь не означает продолжения лечения по выписке.

Относительно малую (около 5-10%), но показательную клиническую группу риска составляют зарегистрированные психически больные [9], активное наблюдение за которыми не гарантирует адекватность лечения, особенно в амбулаторных условиях [11], при том, что пик СП душевнобольных приходится на ремиссионный период.

Примечательно, что большинство самоотравлений как психиатрических пациентов, так и не наблюдаемых психиатром (психотерапевтом) лиц, связано с использованием психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, особенно классических, ТЦА, седативных нейролептиков), что косвенно указывает на паттерны лечения депрессивных па-

¹Суицидология не отличается систематическим (упорядоченным) набором знаний, убедительными экспериментальной и теоретической базами, математическим аппаратом; доказательства клиничко-экономической и социальной эффективности рекомендаций ограничены.

циентов с преобладанием нерациональной полипрагмазии [12]. При этом, персонал психиатрических ЛПУ (от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок) мало сведущ в вопросах СП и заражён мифами «общего населения», иной раз вне связи со стажем и наличием столкновений с эпизодами СП подопечных в ходе профессиональной деятельности [13, 14].

Настораживает оправдательная позиция персонала к СП и суицидентам, что косвенно указывает на степень выгорания профессионалов, обычно неосознанного, например, проявляющегося в отстранённой реакции на очередной инцидент «импульсивного» (то есть не предсказуемого?) СП подопечного. В то же время, осторожный оптимизм вызывает настрой опрошенного персонала (80%) на обучение и приобретение новых знаний, даже при удовлетворённости уровнем знаний о риске СП, их причинах в настоящем.

Отдельной клинической группой риска СП служат соматически больные, особенно с хроническим болевым синдромом и ограничениями повседневного функционирования [15]. Памятуя о трети больных клинической потенциально суицидогенной депрессией (не менее опасна и субсиндромальная у почти 1/2), среди пациентов территориальных поликлиник [16], обычно не выявляемой в повседневной практике, и адекватно не леченной, понятна необходимость целевого обучения врачей первичного звена (семейных врачей). Показательна обратная связь потребления антидепрессантов и уровня суицидов на региональном уровне [17]. Впервые на эту связь указал Вольфганг Рутц [18] в ходе своего Готландского исследования, которое целиком основывалось на обучении, повышении квалификации врачей общей практики в вопросах выявления и лечения депрессии. Как подтверждение, и в наших условиях одним из немногих доказательно эффективных элементов типовой программы профилактики суицидов служит обучение врачей-интернистов выявлению и лечению депрессий и СП [19].

Медицинские профессионалы могут быть не готовы или не подготовлены выявлять и контролировать СП на фоне психических, сомато-неврологических расстройств. Качество помощи может быть неадекватным и непоследовательным. Обучение профессионалов, адаптированное к местному контексту (набору спе-

цифических факторов риска СП, резервов и препятствий программ), может повысить мотивацию суицидентов и их близких и эффективность лечебно-профилактических мероприятий [20]

Большая (до 80%) часть душевнобольных в развитых странах мира лечится у семейных врачей, что дестигматизирует («дедемонизирует») и делает более доступным психиатрическое лечение. Вряд ли в ближайшем будущем реально привлечь отечественных терапевтов к такой деятельности (время приёма среднестатистического пациента 11 минут), но внедрение скринингов депрессии и СП необходимо (подходящий инструмент – шкала Бека) с последующим обращением «проблемных пациентов» не в ПНД, но в соседний (возрождённый) кабинет психотерапевта (социально - психологической помощи). Особыми навыками должны обладать детские и подростковые врачи, и не только психиатры (при явной нехватке таковых в регионах), помня, что большинство потенциально суицидоопасных психических и соматических болезней – родом из детства, и имея в виду растущую распространённость предкризисных и кризисных состояний учащихся во всем мире [18, 21]. В руководствах для врачей общей практики необходимо прописать границы ответственности, условия помощи, взаимодействие с психиатром-консультантом. Так, отечественному интернисту (...помечтаем) по силам и по функциональным обязанностям выявить группу риска СП (без психиатрического диагноза), контролировать безопасность (нежелательные действия как суицидогенный фактор) и эффективность поддерживающей терапии психотропными препаратами (но не их первичное назначение), а также мониторировать риск СП. Риск межлекарственных взаимодействий (влияющий на субъективную переносимость и приверженность терапии), а также потенциал намеренной и случайной передозировки при даже рациональной полипрагмазии предстоит обсудить с клиническим фармакологом. Пока же каждый десятый депрессивный пациент (риск СП не обсуждён) из вышеуказанной репрезентативной отечественной выборки [16], обратился к психиатру ПНД и получил 6-недельный (пробный?) курс антидепрессантов.

Парадигмальным суицидоопасным соматическим недугом служит разнородная обширная группа злокачественных новообразований [15].

Рак – единственный пример телесной болезни, непосредственно связанной с СП при контроле социо-демографических и клинических факторов. Региональный суицидологический и онко-регистры [22] и резонансные (порой полускандальные) сообщения СМИ привлекают внимание к масштабам проблемы СП онкобольных и без «теневых» латентных суицидов (отказ от лечения, «случайные» передозировки). Депрессивные и/или тревожные расстройства – облигатные, частично (?) коморбидные проявления процесса. Спектр СП от суицидальных мыслей до попыток и суицида подлежит мониторингованию как интегральный элемент хорошей клинической практики. Универсальным антисуицидальным фактором служит рациональная, с оптимизированным соотношением риск («бремя лечения») / польза (от излечения до паллиативной помощи) терапия в рамках широкого биопсихосоциального подхода, подразумевающего бригадный подход. Онкопсихологи включены в штат онкодиспансеров; непременно психологическая поддержка больного и его окружения. Конгрессы по онкопсихологии (также пример плодотворного взаимодействия на стыке областей знания), журналы «Суицидология», «Паллиативная помощь и реабилитация» [22] (Главный редактор Г.А. Новиков), «Pallium: паллиативная и хосписная служба» [23] (Главный редактор Д.В. Невзорова) демонстрируют важность смычки профессионалов разных специальностей.

В большинстве регионов даже при наличии необходимого, по Приказу № 148¹, набора звеньев суицидологической помощи, бригадный подход лишь декларирован (но прописан фактически Приказом при определении штатного расписания учреждений), связь с организациями и ведомствами вне матрицы психиатрических служб лишь подразумевается. Суицидологическая служба в России создана и развивается как профессиональная при малом участии обученных (где и кем?) добровольцев, «вахтёров» как костяка зарубежных профилактических программ. При этом доля обученных «Суицидологии» специалистов недостаточна при внешнем разнообразии нестандартизированных курсов (обычно 72-часовых), проводимых местными силами, или с привлечением психиатрических НИИ. Примером 72-часового кур-

са «пропедевтики суицидологии», объединяющего психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе, служит проводимый отделением клинической и профилактической суицидологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского на своих базах или в регионах как творческое продолжение опыта научно-педагогической деятельности Федерального научно - методического центра РФ под руководством А.Г. Амбрумовой.

Показательно, тематика учебных циклов по суицидологии (144 часа) прописана в приложении Приказа. Обучение, консультации специалистов психиатрических и общесоматических ЛПУ вменено Приказом сотрудникам суицидологических учреждений как внедиспансерного психиатрического звена. Вместе с тем, субспециальность «суицидология» отсутствует закономерно, ибо соответствующими навыками распознавания СП должен обладать каждый, причём не только медик. Обучение специальным методам (как краткосрочной КБТ кризисных состояний) доступно клиническому психологу и/или психотерапевту; любой психиатр-практик должен знать об опасности бесконтрольного выписывания трициклических антидепрессантов суициденту. Систематизированный свод данных о суицидологии даёт современное (2019) Национальное руководство (под ред. Б.С. Положего). Однако большинство методических рекомендаций (Федерального центра РФ) устарели. Так, были бы востребованы направленные на выявление и ведение групп высокого риска СП с сочетанными клинико-социальными проблемами, обычно «проваливающимся» меж ячей традиционной жёсткой матрицы психиатрической помощи и пока мало развитых и востребованных суицидологических служб. Речь идёт о таких группах, как подростки, представители ЛГБТ сообществ, малых народов Севера и Дальнего Востока, молодые инвалиды, безработные, заключённые. Важно обучение междисциплинарному и межведомственному взаимодействию с учётом региональных особенностей (подготовки кадров, развитости сети общемедицинской и психиатрической, суицидологической помощи). Не разработаны методически подходы выявления и стимуляции антисуицидальных факторов (жизнестойкости) с непременно привлечением уникального опыта преодолевших суици-

¹Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 6 мая 1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

дальный кризис и их близких. В учебных программах и методических рекомендациях следует обратить внимание на бремя обширного круга «выживших» (не только членов семьи, но и, к примеру, лечащих врачей) как группы повышенного риска с логичной привязкой к мероприятиям поственции. Пока СП обходит стороной Федеральное руководство по психиатрии и клинические рекомендации по лечению распространённых психических расстройств, равно как и весь процесс преподавания психиатрии в медицинских ВУЗах, и процесс постдипломного образования и, не удивительно, процесс обучения иным медицинским профессиям. В этой системе образования недостаточно рассмотреть факторы риска СП как биопсихосоциального феномена и защитные факторы с акцентом на медико-социальные ресурсы. Намного важнее уделить внимание методам выявления кризисных состояний, подчеркнуть многообразное бремя СП и ресурсосберегающий потенциал программ профилактики (указав их интегральные составляющие). Отдельно следует подчеркнуть, что риск СП не может быть полностью исключён, но всё же, может быть существенно снижен, при этом важно подготовить коллег к возможным психотравмам в связи с СП подопечных (возможно, близких).

Созданному более года назад в рамках НМИЦПН, и как его филиал «Федеральный центр профилактики и лечения суицидов и рискованного поведения подростков» (руководитель Б.С. Положий) вменена и научно - методическая (образовательная) деятельность.

Мало задействован такой ресурс обучения / консультирования специалистов, как интернет, особо и первостепенно – для отдалённых районов со сверхвысокими показателями СП. В НМИЦПН разработаны тесты и «кейсы» (случаи «заболевания») по психиатрии и суицидологии, в частности, в рамках последипломного образования (аккредитации) специалистов. Примером обучения суицидологии непсихиатров может быть модуль (72 часа) для онкологов, апробированный на вебинарах в МНИОИ им. П.А. Герцена (г. Москва). Вопросы суицидологии так же включены в циклы тематического усовершенствования по психоонкологии (72 часа), проводимые кафедрой онкологии Тюменского ГМУ (г. Тюмень).

Подводя итог обсуждению отмеченных проблем, с которыми сталкивается суицидология в системе медицинского образования, мы

попытались сформулировать некоторые обобщающие позиции, которые помогут оптимизации обучения в этой междисциплинарной области знаний.

Темы суицида обычно ассоциируются с психиатрической помощью и рассматриваются, в подавляющем большинстве случаев, при прохождении студентами соответствующего цикла, нередко с явно недостаточным вниманием к проблеме. В программы послдипломного образования вопросы суицидальной превенции включены по специальностям «психиатрия», «наркология» и «психотерапия». Знания врачей других «непсихиатрических» специальностей обычно не превышает студенческий уровень, что ограничивает их участие в профилактической работе и практически ставит в тупик при столкновении с суицидальными действиями их пациентов.

Проблема включает самые различные аспекты. Выделим лишь некоторые из них.

1. *Диагностика и выявление суицидального поведения* во многих случаях возможны, и должны проводиться ещё на «допсихиатрическом» этапе, и предпочтительно в период, так называемых внутренних форм – антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, замыслов, намерений [19], что при соответствующей коррекционной терапии значительно снижает суицидальный риск [24]. Суицидальное поведение наблюдается при самых различных соматических, неврологических, хирургических и других заболеваниях, нередко ассоциируясь с высокой частотой при отдельных нозологиях [15]. Ретроспективная оценка суицидальных действий свидетельствует о том, что четверо из пяти пациентов до совершения суицида обращаются за медицинской помощью в общую лечебную сеть, обычно предъявляя соматические жалобы, и от внимания врача первичного звена во многом зависит их дальнейшая судьба [25]. Простой вывод: расширение знаний врачей непсихиатрических специальностей в области суицидологии может способствовать повышению выявляемости суицидального поведения, и как следствие – снижению уровня самоубийств. Отечественный опыт практического внедрения подобных программ на уровне врачей первичного позволяет значительно снизить суицидальную смертность в регионе [26, 27]. Можно предположить, что учёт этих результатов при разработке и реализации территориальных программ, конечно с вниманием к эт-

ническим, социально-экономическим и другим особенностям региона, так же позволит изменить ситуацию к лучшему.

2. *Отказ от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода в суицидологии.* Это позволит изменить взгляд на проблему, отказавшись от переноса ответственности за её решение исключительно на специалистов в области психического здоровья, и одновременно укажет новые пути развития суицидальной превенции.

3. *Стигматизация* пациентов и их родственников, после совершения покушения или летального суицида – одна из самых частых проблем в нашем обществе [28]. И, как правило, проявляется не только в общественном сознании, публикациях СМИ и социальных сетях [29], но и реальными эмоциональными и поведенческими реакциями со стороны средних медицинских работников и врачей самых различных специальностей [13, 14], что значительно ограничивает реабилитационный потенциал и эффективность коррекционной работы. Более того, негативная реакция со стороны врача и среднего медперсонала, может усилить эмоциональные нарушения и явления *самостигматизации* пациента, повысив суицидальный риск, в отдельных случаях потенцируя его на повторную суицидальную попытку, как правило, с выбором более brutальных способов – вторичная профилактика [10].

Негативное отношение может проявиться не только в недостатке внимания и эмпатии, но и в снижении качества профессиональной помощи в период госпитализации, нередко в отказе от привлечения к участию в ведении больного специалистов в области психического здоровья и преимущественной ориентации помощи на контроле соматических симптомов самоповреждения. Последний аспект так же может быть следствием часто недостаточной подготовки врачей в области медицинской психологии и биоэтики.

4. *Психологические последствия для врача* после совершения больным суицидальных действий, так же носят преимущественно негативный характер, и могут быть ассоциированы помимо самой трагедии, с «поризанием» («стигматизацией») со стороны пациентов, профессионального сообщества, различного рода клиническими разборами, следственными действиями и другими факторами. Всё это отражается на эмоциональном состоянии врача,

и, нередко, последующей профессиональной деятельности, в отдельных случаях приводя к суициду [30, 31, 32].

5. *Суицид – как отражение качества помощи,* может быть отнесён к категории объективных признаков и рассматриваться в таком виде при добровольной смерти пациентов. Примерами могут быть оказание помощи больным при самых различных заболеваниях – злокачественных новообразованиях, пациентам с хронической болью, лицам перенесшим ампутацию, с последствиями инсульта, инфаркта и др. Перечень заболеваний включает и соответствующие профили специалистов, нуждающихся в подготовке. Среди категорий оценки в этом случае могут быть: «некачественное оказание помощи», «неоказание помощи», «доведение до самоубийства», что может подразумевать, в том числе и уголовную ответственность [33].

Отмеченные пять пунктов, конечно, не исчерпывают всех актуальных тем суицидологии, однако указывают на ряд важных практических задач в системе образования:

1. Необходимость системного изучения и преподавания суицидологии в медицинских ВУЗах с предпочтительным отказом от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода и перевод её в категорию междисциплинарных научно-практических проблем.

2. Учитывая высокую значимость вследствие высокой распространённости суицидального поведения в популяции и необходимость системных изменений в стране (или в отдельных федеральных округах, мегаполисах) по формированию национальной системы суицидальной превенции, считаем вполне обоснованным введение соответствующей дисциплины в систему базового медицинского образования (в объеме не менее 36 часов).

3. На переходный период (до включения в базовое образование) возможны рекомендации по обязательному включению суицидологии в перечень элективных курсов и дисциплин для студентов пятого-шестого курсов медицинских ВУЗов. Среди дополнительных вариантов образовательных проектов: тематические семинары, публичные лекции, например, к Всемирному дню суицидальной превенции (10 сентября), ко дню психического здоровья (10 октября), более широкое освещение вопросов суицидологии, и посвященных данной теме научных

мероприятий в периодической печати и интернет-изданиях и др. [34].

4. Для специалистов в области психического здоровья – психиатры, наркологи, психотерапевты, клинические психологи – вполне обосновано включение в программы ординатуры раздела «Суицидология» в объёме не менее 72 часов, а на этапе постдипломного профессионального образования – требование обязательного прохождения краткосрочных тематических циклов повышения квалификации.

5. Для врачей общего профиля, учитывая значительную роль соматогенных агентов (боль, соматические, неврологические и др. заболевания) среди факторов суицидального риска, а так же большие (часто нереализованные) возможности врачей непсихиатрического профиля в диагностике и превенции суицидального поведения, необходимо включение в программы последипломной подготовки вопросов по клинической суицидологии, в том числе с учётом профиля обучающихся врачей, и с акцентом на выработку практических навыков по диагностике суицидального поведения и тактике ведения данной категории пациентов. В качестве перспективных форм преподавания данного направления могут выступать краткосрочные циклы системы непрерывного медицинского образования – НМО (18-36 часов), а так же Школы и тематические семинары [35].

Мы считаем, что такое новшество в нашей системе медицинского образования будет не

только очередным шагом в повышении уровня подготовки врачей, но и станет важным сигналом для всего медицинского сообщества. Среди врачей общей практики, среди специалистов-реаниматологов (особенно токсикологического направления, которые сталкиваются с большим числом пациентов, поступивших по поводу самоотравлений), среди практически всех врачебных специальностей существует большой интерес к проблеме суицидов, особенно всего того, что касается суицидов среди подростков и молодежи. В самой студенческой медицинской среде проблемы стресса, нарушений психического здоровья и суицидальных переживаний отнюдь не являются редкими. Поэтому курс суицидологии с акцентом на междисциплинарные аспекты является ещё и своеобразным профилактическим и психотерапевтическим курсом. Он поможет преодолеть мифологические воззрения, которые присущи практически всем (и врачи в этом отношении не являются исключением), будет способствовать дестигматизации проблемы суицида и формированию гуманистического отношения к ней во врачебной среде. Разумеется, внедрение такого курса повлечёт за собой создание учебников, методических пособий по превенции, а сам процесс согласования и утверждения программ на уровне профильных ведомств может стать шагом на пути формирования межведомственных программ суицидальной превенции.

Литература:

1. WHO Global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2018. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 8 November 2018).
2. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56-76. [Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56-76.] In Russ
3. Pitman A., Osborn D., King M., Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 86–94.
4. Cerel J, Brown MM, Maple M, et al. How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life-Threat Behav*. 2018.
5. 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. [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) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29
6. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидо-

- логии: Сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. С. 7-25. [Ambrumova A. G. Suicidal behavior as an object of complex study / Complex research in suicidology: Collection of scientific works. Moscow: Ed. Mosk. Research Institute of psychiatry MH USSR, 1986. Pp. 7-25.] (In Russ)
7. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. С.А. In Russ Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 3-17. [Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function. *Suicidology*. 2014; 5 (3): 3-17.] (In Russ)
8. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация. *Академический журнал Западной Сибири*. 2011; 6: 13-16. [Zotov P.B. Experience of systemic suicidal accounting: primary documentation. *Academic journal of Western Siberia*. 2011; 6: 13-16.] (In Russ)
9. 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. [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

10. 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. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. Attitude to death after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients. *Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia*. 2015; 11 (1): 8-20.] (In Russ)
11. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 23-29. [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)
12. Приленский А.Б. Средства преднамеренного отравления лиц, госпитализированных в отделение токсикологии. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 50-51. [Prilensky A.B. Means of deliberate poisoning of persons hospitalized in the Department of toxicology. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 50-51.] (In Russ)
13. Руженкова В.В. Стигматизация суицидентов медицинскими сестрами психиатрической больницы. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 23-24. [Ruzenkova V.V. Stigma of suicides by nurses of a psychiatric hospital. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 23-24.] (In Russ)
14. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 14. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 14.] (In Russ)
15. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients*. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3-24.] (In Russ)
16. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 9 (4): 5-9. [Krasnov V.N. Scientific and practical program "Detection and treatment of depression in the primary medical network". *Social and clinical psychiatry*. 1999; 9 (4): 5-9.] (In Russ)
17. 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. [Lyubov E.B., Vaskova L.B., Tyapkina M.V. Suicide rates and antidepressant utilization in Russia and its regions. *Suicidology*. 2017; 8 (2): 49-54.] (In Russ)
18. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*. 1999; 14. P. 27-33.
19. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
20. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization, 2018.
21. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 28 (1): 62-73. [Rozanov V.A. Mental health of children and adolescents - an attempt to objectively assess the dynamics over the past decade, taking into account different approaches. *Social and clinical psychiatry*. 2018; 28 (1): 62-73.] (In Russ)
22. Зотов П.Б. Суициды онкологических больных: половозрастные характеристики контингента. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2018; 4: 39-41. [Zotov P.B. Suicides of cancer patients: age and sex characteristics of the contingent. *Palliative medicine and rehabilitation*. 2018; 4: 39-41.] (In Russ)
23. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Невзорова Д.В. Суицидальное поведение при онкологических заболеваниях. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2019; 1: 30-35. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Nevzorova D.V. Suicidal behavior in cancer. *Pallium: palliative and hospice care*. 2019; 1: 30-35.] (In Russ)
24. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Подручный Д.В., Мартынова Т.Ф. Суицидальное поведение в личном и профессиональном опыте врачей-интернистов (результаты анкетирования участников проекта "Профилактика суицидов путем улучшения диагностики депрессии в первичном здравоохранении"). *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2010; 2: 6-21. [Lasy E.V., Minkevich K.M., Podruchny D.V., Martynova T.F. Suicidal behavior in the personal and professional experience of internists (the results of the survey of participants of the project "suicide Prevention by improving the diagnosis of depression in primary health care"). *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2010; 2: 6-21.] (In Russ)
25. Pan Y.J., Lee M.B., Chiang H.C., Liao S.C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31 (2): 181-184. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.010
26. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 11-12. [Kornetov N.A. Multi-aspect model of suicide prevention. *Tyumen medical journal*. 2013; 15 (1): 11-12.] (In Russ)
27. Седнев А.А., Шаповалов Д.Л., Теслинов И.В., Теслинов В.А. Система превенции суицидов в учреждениях первичного звена здравоохранения. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2012; 15 (2): 71-78. [Sednev A. A., Shapovalov D. L., Teslinov I. V., Teslinov V. A. suicide prevention System in primary health care institutions. *Applied information aspects of medicine*. 2012; 15 (2): 71-78.] (In Russ)
28. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3-92): 25-41. [Borisonik E. V., Lyubov E. B. Clinical and psychological consequences of suicide for the victim's family. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24 (3-92): 25-41.] (In Russ)
29. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3 (3): 20-29. [Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3 (3): 20-29.] (In Russ)
30. Hem E. *Suicide among doctors*. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2015 Feb 24; 135 (4): 305. doi: 10.4045/tidsskr.15.0176.
31. Wang Y., Liu L, Xu H. Alarm bells ring: *suicide among Chinese physicians: a strobe compliant study*. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Aug; 96 (32): e7790. doi: 10.1097/MD.0000000000007790.
32. Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R.S., Kellogg A.R. Burnout, Drop Out, *Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine*, Part I. *West J Emerg Med*. 2019 May; 20 (3): 485-494. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970.
33. Хачидогов Р.А. К вопросу о необходимости расширения перечня способов поведения до самоубийства в уголовном законе. *Пробелы в российском законодательстве*. 2019; 2: 134-136. [Haidarov R. A. To the question about the need to expand the list of methods of suicide in the criminal law. *Gaps in Russian legislation*. 2019; 2: 134-136.] (In Russ)
34. Любов Е.Б., Положий Б.С. Научно-практические вопросы суицидологии на национальных форумах. *Девиантология*. 2018; 3 (2): 44-47. [Lyubov E.B., Polozhy B.S. Scientific and practical issues of suicide at national forums. *Deviantology*. 2018; 3 (2): 44-47.] (In Russ)
35. Зотов П.Б., Хохлов М.С., Приленский А.Б. Школа превентивной суицидологии и девиантологии в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (1): 64-66. [Zotov P.B., Khokhlov M.S., Prilensky A.B. The School of preventive suicidology and deviantology in Tyumen (West Siberia). *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (1): 64-66.] (In Russ)

SUICIDOLOGY IN PREPARATION OF A MEDICAL PROFESSIONAL: INTERDISCIPLINARY APPROACH

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov², V.A. Rozanov³, A.A. Sevastianov⁴

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

³Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

⁴Tyumen industrial University, Tyumen, Russia; contact@ogtcentre.ru

Abstract:

The relevance of improving the quality of professional knowledge on suicidology in the medical environment is discussed. The authors note that the idea of suicide is usually associated with psychiatric care and in a wide range of cases raises when students go through a certain cycle, often with clearly insufficient attention to the problem. In graduate education programs, issues of suicidal prevention in an unjustifiably small volume are included in the specialties of "psychiatry", "narcology" and "psychotherapy". The knowledge of doctors of other "non-psychiatric" specialties usually does not exceed the college level, which limits their participation in preventive work, and leads to confusion when facing suicidal actions of their patients. Meanwhile, it is known that before their first attempt, many suiciders turn to interns about various diseases, but do not receive help. Subsequently, only no more than 5% of them continue treatment with a suicidologist (psychiatrist) upon discharge even if there is a crisis department in the structure of hospitals. One third commits another attempt within a year, which is predictable with insoluble (accumulating) psychosocial and, possibly, medical consequences of suicidal behavior (SB). In these conditions, the need for targeted training of primary care doctors (family doctors) is understandable. No less significant is the work with the staff of psychiatric hospitals (from psychiatrists, clinical psychologists to nurses and other personnel), who often have little knowledge of SB issues and often stigmatize patients and their relatives, which significantly limits the rehabilitation potential and the effectiveness of correctional work. In conclusion, the authors point out a number of important practical tasks in the education system: 1. The need for a systematic study and teaching of suicidology in medical universities with a rejection of the traditional dominance of a purely psychiatric approach, and its translation into the category of interdisciplinary scientific and practical problems. 2. The inclusion of suicidology in postgraduate programs, including taking into account the profile of trained doctors, and with an emphasis on developing practical skills in diagnosing suicidal behavior and management tactics for this category of patients. 3. The creation of textbooks, teaching aids on the prevention of suicide. Such an approach as a whole can serve as the basis for the formation of interdepartmental programs of suicidal prevention.

Keywords: suicide, suicide, suicide training, suicide prevention

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

Е.Б. Любов: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

В.А. Розанов: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;

А.А. Севастьянов: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: developing the research design, article writing; article editing;

E.B. Lyubov: article writing; article editing;

V.A. Rozanov: article writing; article editing;

A.A. Sevastianov: article writing; article editing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.06.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.10.2019.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Розанов В.А., Севастьянов А.А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 93-101. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Rozanov V.A., Sevastianov A.A. Suicidology in preparation of a medical professional: interdisciplinary approach. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 93-101. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-93-101

РИТУАЛЬНЫЕ САМОУБИЙСТВА СТАРООБРЯДЦЕВ В РОССИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НАРОДНОЙ РЕЛИГИОЗНОСТИ

И.В. Лысак

ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация:

Лысак Ирина Витальевна – доктор философских наук, профессор (SPIN-код: 6229-1852; ORCID iD: 0000-0001-9226-1264; Web of Science Researcher ID: C-1558-2017). Место работы и должность: заведующая кафедрой философии ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет». Адрес: Россия, 344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, 105/42. Телефон: +7 (863) 437-16-15, электронная почта: ivlysak@sfedu.ru

Одной из проблем, с которой сталкивается любой исследователь, занимающийся изучением массовых самоожжений старообрядцев, является сложность объяснения того, как в их умах совмещались представление о том, что они исповедуют истинное, не искажённое реформами Никона православие, и готовность лишиться себя жизни во имя веры, совершив тем самым смертный грех. Целью исследования является анализ старообрядческого суицида в рамках концепции народной религиозности, позволяющей объяснить приоритет обрядовой практики над догматической составляющей. Материал и методы: Ритуальные самоубийства старообрядцев рассматриваются с позиции социокультурного подхода, на основе принципов историзма и детерминизма, применяются конкретно-исторический и историко-генетический методы исследования. Работа основана на материалах опубликованных судебно-следственных дел о старообрядческих самоожжениях, а также сочинениях самих старообрядцев. Результаты: Автор приходит к выводу, что противоречие между распространённой суицидальной практикой среди старообрядцев и отношением к суициду в христианстве снимается, если рассмотреть, что представляло собой народное православие XVII–XIX вв. Народная религиозность основана не на следовании религиозным догматам, а на обобщённом восприятии религиозного опыта своего социального окружения, она далека от канонических практик, ей присуще эмоциональное отношение к религии. Массовая неграмотность населения, в том числе и многих священнослужителей, неразвитость догматики в православии, сохранение архаических представлений об очищающей и спасающей силе огня привели к тому, что суицид стал рассматриваться старообрядцами как путь к достижению личного спасения и обретения жизни вечной. Хотя старообрядческие священнослужители пытались обосновать суицид догматически, ссылаясь на сюжеты из Библии, содержащие упоминания об огне, а также самоубийства, известные из истории раннего христианства, позволявшие, приняв смерть, не отступить от истинной, с их точки зрения, веры, эти объяснения адресовались, в первую очередь, последователям реформы Никона. Для самих старообрядцев самоожжение становится, прежде всего, ритуалом, которому должен следовать истинно верующий. О значимости ритуальной составляющей для староверов свидетельствуют тщательная подготовка к самоожжению: строительство специальных, предназначенных только для этой цели, сооружений, изготовление особых «смертных рубах», использование восьмиконечного креста как символа истинного христианства, стремление приурочить суицид к значимым религиозным праздникам, почитание мест самоожжения.

Ключевые слова: ритуальный суицид, самоожжение, старообрядцы, церковный раскол, народная религиозность, обрядовере

Проблема старообрядческих самоубийств в течение нескольких веков привлекает внимание исследователей, однако и в настоящее время не выработана единая точка зрения на причины распространения данного явления. Традиционно старообрядческие самоубийства рассматривались как проявления религиозного фанатизма, либо как результат преследования властями, не оставившего староверам иной, кроме суицида, возможности сохранить преданность своей вере. Однако практически без внимания исследователей долгое время оставался вопрос

о том, почему именно среди старообрядцев самоожжения приобрели такой массовый характер, несмотря на то, что христианство, поборниками которого они себя объявляли, осуждает самоубийства и рассматривает их как грех.

Учёных, анализирующих самоубийства старообрядцев, можно условно разделить на три основных группы. К первой следует отнести тех, кто рассматривает суицид, совершаемый старообрядцами, как религиозный и социальный протест, объясняет его социально -

политическими факторами: гонениями на старообрядцев со стороны государства и церкви, а также действиями старообрядческих проповедников, которые склоняли неповинных жертв к суициду, а сами оставались в живых [1–7]. Во вторую группу можно включить сторонников догматического объяснения суицида, связывавших его с особенностями представлений старообрядцев о загробной жизни человека, с учением о все очищающей, спасающей силе огня [8–14]. Исследователи, входящие в третью группу, рассматривают самоубийства старообрядцев, прежде всего, как разновидность обрядовой практики [15–19]. Представляется, однако, что ни один из указанных подходов не следует абсолютизировать. Старообрядческий суицид – явление, прошедшее определённую трансформацию в течение времени, и понять его можно только рассмотрев в единстве вероучения и обрядности в рамках концепции народной религиозности, основывающейся на архаических пластах мировоззрения и синкретичной по своей сущности.

Целью исследования является анализ ритуальных самоубийств старообрядцев с позиции концепции народной религиозности, позволяющей объяснить приоритет обрядности над догматической составляющей.

Материалы и методы.

Ритуальные самоубийства старообрядцев рассматриваются в работе с позиции социокультурного подхода, позволяющего наряду с институциональными сторонами старообрядчества рассмотреть его внеинституциональные стороны в культурном контексте; принципа историзма, способствующего анализу старообрядческого суицида в его развитии; принципа детерминизма, помогающего выявить его причинную обусловленность. Основными методами, применяемыми в работе, являются конкретно-исторический, нарративный метод, заключающийся в описании фактов старообрядческого суицида, с последующим их анализом, а также историко-генетический, позволяющий, с одной стороны, выявить причины ритуального суицида старообрядцев, с другой стороны, охарактеризовать его особенности и конкретные проявления. При написании статьи использованы опубликованные материалы судебно-следственных дел, касающихся старообрядческих самоубийств, публицистические сочи-

нения старообрядческих писателей, а также духовные стихи [20–24].

Результаты и обсуждение.

Ритуальные самоубийства старообрядцев, практиковавшиеся с XVII по XIX вв., представляют собой сложное явление, претерпевшее ряд изменений с течением времени. Аутодеструктивные идеи получили распространение в старообрядчестве уже в первые десятилетия его существования. Первоначально среди раскольников было распространено «запашивание» – отказ принимать пищу, приводящий к смерти верующего, затем перешли к самоотплеванию, однако впоследствии получили распространение «гари» – массовые самосожжения. Наряду с ними существовали и иные формы самоистребления: самозаклания, самопогребения, самоудушения дымом в пещере, самоподрыв при помощи порохового заряда и поочередное отрубание голов всем собравшимся [1, 25], однако они носили одиночный характер, тогда как самосожжения приобрели массовое распространение среди последователей старой веры. Большинство исследователей полагают, что истоки старообрядческих «гарей» восходят к самосожжению в вязниковских лесах Владимирского уезда последователей старца Капитона Колесникова [11, 19]. Именно после этого события число самосожжений возрастает.

Старообрядческий суицид был достаточно распространён вплоть до конца XIX в. Причём если самоубийства XVII – первой половины XVIII вв. ещё можно объяснить преследованиями со стороны властей, то в 1762 году Сенатом был издан указ «О прекращении исследований о самосжигателях». Согласно этому указу, если старообрядцы подтвердят, что причиной их решений о самосожжении стали «причиняемые им по одному их расколу притеснения и забирая под караул, то их уверить, что производимыя об них следствия уже уничтожить повелено, которые и действительно ныне оставить, и содержащихся под караулом тотчас в дома отпустить да и вновь никого не заирать...» [26]. Преследование старообрядцев возобновилось только при Николае I. В 1831 году в Москве был создан Секретный совещательный комитет, который должен был направлять «разномыслящих» к сближению с церковью и «не давать способов распространяться вредным учениям [27]. Однако, несмот-

ря на отсутствие преследований, в период с 1762 по 1825 годы было совершено не менее 23 массовых самосожжений [19], что не позволяет рассматривать их только как протест против действий властей.

В пользу того, что самосожжения старообрядцев не связаны с их преследованием властями, говорит и тот факт, что массовые самоубийства происходили в тех губерниях, где старообрядцы не подвергались преследованиям. Часто суициды совершались верующими не в ситуации отчаяния, не под влиянием нужды или преследований со стороны властей, а являлись следствием целенаправленной подготовки к важнейшему, с их точки зрения, обряду. Так, по данным из одного из дел о старообрядческих суицидах, обнаруженному И.А. Черняковой, в лесу близ деревни Насоновской Андомского погоста, совершили массовый суицид жители 15 дворов, которые были обеспечены «всем необходимым для жизни крестьянской семьи», неподалеку от деревни находилось пристанище, в котором раскольники могли укрыться и в случае необходимости выдержать продолжительную осаду. Там имелись запасы, позволяющие жить «в течение длительного времени без контактов с внешним миром» [28]. Однако они предпочли массовый суицид, а не уединенную жизнь вдали от властей и никонианских священнослужителей. Хотя доподлинно их мотивы неизвестны, можно с определённой степенью сказать, что этот суицид нельзя объяснить преследованием старообрядцев со стороны властей.

Анализируя причины самосожжений старообрядцев и их эволюцию, Е.Р. Романова предлагает выделить четыре типа самоубийств [19]. Первый из них практиковался сразу после раскола и был связан с ожиданием старообрядцами конца света. Самосожжение рассматривалось ими как единственный способ спасения от Антихриста. Второй тип самоубийств возник тогда, когда старообрядчество стало самостоятельным, оформившимся движением. К самоожжению старообрядцы прибегали как к мере защиты от преследователей, рассматривая его как подвиг мученичества. Третий тип самоубийств возник с середины XVIII века в условиях, когда власти смягчают политику по отношению к старообрядцам, однако те сами начинают провоцировать конфликты с властями, рассматривая самоубийство как самоцель и единственный надёжный путь к спасению. И,

наконец, четвертый тип самоубийств, характерный для XIX века, связан с укоренением данной практики в старообрядческой культуре. Решение о суициде принималось старообрядцами в силу традиции. К самоубийствам начали прибегать для решения конфликтов, возникавших между крестьянами и местной властью. Однако, несмотря на имевшиеся различия, можно выделить то, что объединяет старообрядческий суицид в разные исторические периоды, – это его распространённость в крестьянской среде и ярко выраженная ритуальная составляющая. Хотя традиционное христианство осуждает суицид, в старообрядчестве он получил распространение, став, в XVII–XIX вв. фактически частью обрядности. Попытки найти догматическое объяснение суициду старообрядцев в отрыве от его ритуальной составляющей свидетельствуют о непонимании специфики народной религиозности с присущим ей приоритетом обряда над догматом. Именно рассмотрение старообрядческого суицида в контексте синкретизма архаического мышления, сохранившегося в крестьянской среде России XVII в. и даже в более поздние периоды, позволяет понять данное явление и объяснить его распространение.

В любой развитой религиозной системе наряду с официальной теологией можно выделить так называемую «народную религиозность» или «народную веру». Народная религиозность представляет собой «статическую веру» в терминологии А. Бергсона [29], которая защищает традиционное общество от новшеств и интеллектуальных исканий современников. Концепция народной религиозности находится в стадии становления, однако общеизвестно, что верования, бытующие в народной, прежде всего крестьянской среде, отличаются от канонических практик, признаваемых и распространяемых официальной церковью. Народная религиозность включает в себя те практики, которые не кодифицированы, а связаны с народными обычаями, включены в повседневную жизнь. Особенностью народной религиозности является отсутствие в ней чётких, точных формулировок и некое обобщенное восприятие религиозного опыта своего социального окружения. Для народной религиозности характерно доминирование эмоционального восприятия религии. По мнению Ю. Арнаутовой, народная религиозность бытует в пространстве устной культуры, за которой стоит мифологический

(архаический) тип мышления [30]. Анализируя народную религиозность, польский учёный Е. Бартминьский отмечал, что она включает в себя элементы древних культурных традиций, восходящих к славянскому и даже индоевропейскому наследию [31]. Таким образом, народная религиозность синкретична. Под синкретизмом в данном случае понимаются «специфические модификации, происходящие в устоявшихся религиозных системах и культовых практиках, вызванных влиянием гетерогенных религиозных традиций, как правило, находящихся на разных уровнях разработанности дискурса» [32]. Одним из проявлений синкретизма архаического мышления является игнорирование причинно-следственных связей между явлениями и вера в эффективность ритуала.

Как известно, традиционное крестьянское мировоззрение архаично и крайне медленно подвергается трансформации. Долгое время в русской деревне христианство сочеталось с языческими верованиями. Как писал Е.В. Аничков, «христианизация деревни – дело не XI и XII вв., а XV и XVI, даже XVII вв.» [33]. Вплоть до XVIII в. значительная часть русского народа продолжала придерживаться языческих обрядов, сочетавшихся с христианством [34]. В народном сознании XVII в. христианство рассматривалось «не как религия, претендующая на духовную монополию, оно принималось сообразно не с христианской, а с языческой традицией, согласно которой “новое не вытесняет старого, а наслаивается на него, добавляется к старому”» [35]. Реформы патриарха Никона, вызванные стремлением церковных иерархов к приведению обрядности в соответствие каноническому вероучению, стали для крестьянского населения, с присущим его мировоззрению сложным сплавом христианской традиции и архаических представлений об устройстве мира, крайне болезненным изменением вековых традиций.

Следует также учитывать, что в период становления старообрядчества, большинство населения, особенно сельского, были неграмотны, они знакомились с основами вероучения на основе устного рассказа священника, зачастую тоже не очень образованного и сведущего в тонкостях доктрины. Кроме того, среди самих вероучителей в XVII и даже в XVIII в. было немало неграмотных. Христиан-

ское вероучение воспринималось старообрядцами весьма условно, на него наслаивались положения, изначально весьма далёкие от христианской религии. Народ воспринимал его в контексте анимистической, магической, мифологической картины мира, присущей традиционному обществу [36]. Таким образом, старообрядчество представляет собой неинституционализированную форму религии, своего рода народную религию, в которой христианские представления сочетались с дохристианскими, архаическими воззрениями.

Одной из особенностей народной религиозности является обрядовое, подмена догмата и обряда. Исторически на Руси была неразвита богословская наука, и обряд всегда имел первостепенное значение, церковная проповедь часто замещалась чётким следованием ритуалу, на основании которого и отличали верующего от неверующего. Немецкий путешественник Адам Олеарий, побывавший в России в 30-х гг. XVII века, отмечал, что в московских церквях не слышно библейских текстов, нет проповедей, «большинство, в особенности – простолюдине, немного могли бы объяснить и ответить о догматах своей веры» [37]. Верующие рассматривали обряд не просто как особый способ поклонения высшим силам, а как «целый образ жизни» [38]. Ритуал для старообрядцев – это не визуализация веры, он и есть сама вера, сама религия. В.П. Рябушинский, сам являющийся выходцем из семьи староверов, в своей книге «Старообрядчество и русской религиозное чувство» объясняет приверженность староверов обрядам следующим образом: «В религиозной жизни человека дух и интеллектуальная часть души находят себе выражение в догмате, а дух и сторона души, образующая область чувства, создают то, что называется религиозным чувством. <...> Через догмат и религиозное чувство в материальную оболочку обряда входят элементы духа и обеих сторон души, как рассудочной, так и области чувства – поэтому в обряде соединяются свойства всех трёх ликов человеческого естества» [39]. Именно поэтому нарушение ритуала рассматривалось противниками реформы Никона как отступление от истинной веры.

В условиях раскола происходит отделение богословски образованной части общества от неграмотной и незнакомого с христианской догматикой его части. Именно представители

этой, второй части, пополняют ряды старообрядцев. Неудивительно, что в этих условиях усиливается значение ещё дохристианских воззрений, бытовавших в народной среде. Распространение самосожжений у старообрядцев восходит ещё к праславянским представлениям о роли огня в жизни человека. А.С. Ахиезер полагал, что самосожжения есть одно из проявлений «манихейского сознания», присущего старообрядцам, которые считали, что предание себя огню «есть очищение от скверны» [40]. Согласно славянской мифологии, огонь очищал душу покойника от грехов. У славян существовал обычай сожжения мёртвых, также подтверждающий, что огонь есть очистительная стихия [41]. Причём с умершими часто сжигали не только их вещи, но и животных, и людей, что связано с идеей бессмертия души. Как писал И.И. Срезневский, огонь воспринимался древними славянами как первородная стихия, сила которой участвовала в сотворении мира [41]. Самосожжение таким образом связано с традиционными дохристианскими представлениями об «огненной смерти», базирующимися на «очищающей и воскресающей силе пламени». М.Б. Плеханова, изучавшая фольклорные памятники, указывает, что тема огня и перехода через огненную реку широко распространена в духовных стихах, на основе анализа которых можно прийти к выводу о том, что за самосожжением стоит образ самовольно творимого Страшного Суда [42]. Например, в стихе «Милостивая жена» мать бросает в раскаленную печь собственного младенца ради спасения Христа [43]. Таким образом, старообрядцы как искренне верующие люди, совершая суицид, руководствовались стремлением достичь личного спасения. Они полагали, что, предав себя очищающей силе огня, смогут обрести жизнь вечную.

Наряду с архаическими представлениями о роли огня в жизни человека, распространившихся среди старообрядцев, на формирование убеждений об очищающей силе огня оказали влияние и исторические события, обросшие многочисленными слухами. Как указывает Е.В. Романова, представление о том, что огненная смерть есть способ защиты вероучения, зародились в России в начале XVII века во время Смуты [19]. Так в «Записках» гетмана Станислава Жолкевского говорится о том, что после взятия поляками Смоленска в 1611 г. «взорвана была половина огромной церкви

(при которой имел свое пребывание архиепископ) с собравшимися в ней людьми, которых неизвестно даже куда девались разбросанные остатки и как бы с дымом улетели. Когда огонь распространился, многие из москвитян, подобно как и в Москве, добровольно бросились в пламя за православную, говорили они, веру» [44]. На основе этого текста Е.В. Романова приходит к выводу, что задолго до раскола самосожжение уже рассматривалось как способ сохранения чистоты православия. Старообрядцы просто возвели его в ранг обряда, следование которому стало свидетельством истинной веры.

Поскольку сам ритуал, в том числе и ритуал самосожжения, имел для старообрядцев первостепенное значение, изначально его догматическому оправданию противники реформ Никона не уделяли внимания. Однако уже в конце 70-х – начале 80-х гг. XVII века появляются первые попытки обоснования «гарей», что осложнилось в целом негативным отношением к суициду в рамках христианства. Оправдывая суициды, старообрядческие проповедники обращались к истории раннего христианства, ссылались на мученика Лукиана, святую мученицу Соломонию, святую мученицу Манефу и других первохристиан [19]. В качестве примеров самоубийств во имя веры они приводили девицу Пелагию из жития Лукиана, пресвитера Антиохийского, которая «егда веры ради Христовы на мучение бысть искана», выбросилась из окна; Марчиана, который, не желая впасть в плотский грех с собственной женой, «сам принес хвастия и огонь вжег, и вниде во пламень» [45]. Для догматического оправдания суицида использовались те сюжеты из Библии, в которых есть упоминания об огне. Среди них эпизоды Евангелия от Матфея и от Луки, повествующие о проповедях Иоанна Крестителя: «Я крещу вас в воде в покаяние, но Идущий за мною сильнее меня; я не достоин понести обувь его; он будет крестить вас духом Святым и огнем» (Мф 3:11). Именно поэтому впоследствии за самосожжением закрепилось определение второго, «огненного крещения».

Для обоснования возможности суицида для христианина старообрядческие проповедники ссылались также на духовного лидера раскола – протопопа Аввакума. Доказательством того, что Аввакум не рассматривал самоубийство как грех, считалось его намерение предать себя

смерти, отказавшись от еды: «Я, плюнув на землю, говорил: “Я, реку, плюю на ево (царя – И.Л.) кормлю; не едше умру, а не предам благоверия”. И потом повели меня в темницу, и не ел дней з десяток, да братья велели» [46]. Использовался также пример канонизации самоубийцы из жития конца XVI века, в котором повествуется о причисленном к лику святых жителя русского севера Кирилле Вельском, который, будучи оскорблённый боярином, утопился в реке» [47]. Однако догматическое обоснование суицида – это скорее попытка объяснить его той части верующих, которые последовали реформам Никона, то есть своим идеологическим противникам. Сами же старообрядцы по большей части не нуждались в догматическом обосновании суицида. Обрядовая сторона была для них первична. Со временем суицид для старообрядцев становится таким же значимым ритуалом, как и иные обрядовые действия.

О значимости именно ритуальной составляющей для самих старообрядцев свидетельствует тщательно продуманная подготовка к совершению самосожжения, в частности, строительство специальных сооружений, в которых будет совершаться обряд – «згорелых домов». Такие дома строились старообрядцами в глухих, удаленных местах по определённому образцу. В XVII в. они представляли собой просторные помещения с несколькими комнатами, имеющими небольшие окна, через которые нельзя спастись от огня [48]. Строительство таких сооружений, как правило, велось тайно. О целенаправленной подготовке к самосожжению свидетельствовало наличие в таких домах легковоспламеняющихся материалов: бересты, соломы, смолы, пороха. Д.И. Сапожников, опираясь на материалы следственного дела о самосожжении 1738 г. в деревне Шадринной, пишет, что постройки для самосожжений, включавшие четыре больших и шесть малых изб, были окружены частоколом, имели узкие входы, в которые едва может войти один человек. Сверху в них «вбиты запуски, к дверям и запускам для запора слези, запуски сделаны из толстого лесу, в середине во всех избах и сенах, и наверху и внизу, с полу набросаны кудель, веники, солома, смоль». Чтобы одновременно зажечь все строения, в желобах вокруг них насыпан порох [49]. Описание интерьера «згорелого дома» редко встречается в источни-

ках. Н. Загоскин, описывая тюменское самосожжение 1753 г., отмечал, что в интерьере «згорелого дома» было много икон, перед которыми горели свечи. Старообрядцы совершали молитвы со свечами в руках и причащались из белого деревянного сосуда, имевшего форму большого стакана [50]. Со временем старообрядцы уделяют всё больше внимание выбору места для строительства «згорелого дома». Например, накануне самого крупного самосожжения в истории старообрядчества, произошедшего в 1756 г. около деревни Мальцевой, были приглашены специальные «старцы», которые указали место горения и благословили строительство там девяти изб «из которых две, поставленные тесно одна к другой без внутренней между ними перегородки, представляли что-то вроде молельной. Под избами, в подвальных помещениях, были сложены смолье и солома» [51]. Строительство «згорелых домов» свидетельствует, что суицид был для старообрядцев осознанным и продуманным поступком, а не спонтанным актом отчаяния, само сооружение подобных зданий, как и все последующие действия сопровождалось чётким ритуалом, крайне значимым для старообрядцев.

Самосожжению всегда предшествовала коллективная молитва. Староверы, как описывает А.С. Пругавин, шили для всех участников обряда «смертные рубахи» из белого холста [52]. Как пишет Г.В. Есипов, перед совершением самосожжения старообрядцы одевали белые рубахи и бумажные венцы, с нанесённым на них красными чернилами восьмиконечным крестом [2]. Восьмиконечный крест трактовался старообрядцами как иконно русский древний крест, который когда-то был изображен на стягах Дмитрия Донского, как крест Владимира Святого и княгини Ольги – первой христианки [53]. Ещё один фактор, свидетельствующий о значимости обрядовой стороны для лиц, совершивших самосожжение, это их стремление приурочить суицид к религиозным праздникам, например, к Пасхе. Праздник связывался в народном сознании с реинкарнацией, с переходом в новое качество. Так, усть-цилемские старообрядцы полагали, что в день Святой Пасхи «Господь призывает к себе только самых преданных вере» [54], и потому, умереть в такой день – высшее счастье. Таким образом, в сознании староверов придавалось особое значе-

ние обрядовой стороне суицида, которая соединялась с догматом, а зачастую и подменяла собой догмат.

В конце XIX – начале XX в., уже после прекращения массовых самосожжений староверов, обрядность трансформируется. Теперь сами места, в которых когда-то был совершён ритуальный суицид, становятся культовыми. Формируются обрядовые практики поклонения местам массовых самосожжений [52, 55]. Так, в газете «Олонецкие губернские ведомости» 1878 года упоминается целый ряд мест самосожжения старообрядцев, которые впоследствии стали местами поклонения и являлись таковыми во второй половине XIX в. Причём нередко эти места почитались не только староверами, но и православными [56]. Интересно, что в отдельных регионах почитание мест самосожжений сохранилось вплоть до настоящего времени. Как указывает Т.И. Дронова, в селе Усть-Цильма в Республике Коми и в начале XXI века самосжигателей «чтут как местных святых: их имена первыми зачитываются на вселенских поминальных службах <...> В 1990-х гг. была возведена часовня на месте сгоревшего скита, а в 2005 г. рядом установлен трехметровый восьмиконечный резной крест. Ежегодно на Троицу и на Иванов день к поклонному месту съезжаются староверы района и правят службы по усопшим скитникам» [57]. Таким образом, обрядоверие вплоть до сегодняшнего времени присуще народной религиозности, которая отличается от официальной теологии.

Выводы.

Несмотря на то, что ортодоксальное христианство осуждает суицид, считая его одним

из тяжких грехов, в старообрядчестве ритуальные самосожжения приобрели статус значимого и одобряемого верующими религиозного обряда, понять специфику которого возможно в рамках концепции народной религиозности, с присущими ей синкретизмом, синтезом христианства с архаическими верованиями.

Одним из атрибутов народной религиозности является обрядоверие – подмена догмата обрядом. Распространённость обрядоверия среди староверов обусловлена слабым развитием догматики в православии, а также неграмотностью многих старообрядцев, что исключало саму возможность их знакомства с каноническими текстами. Суицид рассматривался староверами как акт следования специфически понимаемому религиозному долгу, совершившие его старообрядцы, вероятно, руководствовались стремлением достичь личного спасения и жизни вечной.

В уединённых поселениях подготовка к суициду могла стать такого рода ритуальной практикой под влиянием деятельности старообрядческих проповедников, распространяемых слухов, а также бытовавших в народной среде дохристианских представлений, в частности веры в спасающую, очистительную силу огня. О ритуальном характере самоубийств свидетельствует тщательная подготовка к их совершению: строительство специальных «згорелых домов», изготовление обрядовой одежды, стремление приурочить суицид к религиозным праздникам, почитание мест самосожжения.

Литература / References:

1. Добровровский И.М. О самосжигательстве раскольников. *Православный собеседник, издаваемый при Казанской духовной академии*. Казань: Типография губернского правления, 1861; 1: 424–443. [Dobrotvorskiy I.M. About the self-immolation of schismatics. *Orthodox interlocutor published at the Kazan Theological Academy*. Kazan: Printing house of the provincial government, 1861; 1: 424–443] (In Russ)
2. Есипов Г. Самосжигатели *Отечественные записки*. 1863; 2 (CXLVI): 605–627. [Esipov G. Self-immolators. *Domestic notes*. 1863; 2 (CXLVI): 605–627.] (In Russ)
3. Лилеев М.И. Из истории раскола на Ветке и в Стародубье XVII–XVIII вв. Вып. 1. Киев: Типография Г.Т. Корчак-Новицкого, 1895; 608. [Lileev M.I. From the history of the schism on the Branch and in Starodubye of the XVII–XVIII centuries. Is. 1. Kiev: Printing house of G.T. Korczak-Novitskiy, 1895; 608.] (In Russ)
4. Грекулов Е.Ф. Православная инквизиция в России. М.: Наука, 1964; 171. [Grekulov E.F. The Orthodox Inquisition in Russia. M.: Science, 1964; 171.] (In Russ)
5. Карцев В.Г. Религиозный раскол как форма социального протеста в истории России. Калинин: Изд-во КГУ, 1971; 160. [Kartsev V.G. Religious schism as a form of social protest in the history of Russia. Kalinin: Publishing house KGU, 1971; 160.] (In Russ)
6. Покровский Н.Н. Антифеодальный протест урало-сибирских крестьян старообрядцев в XVIII в. Новосибирск: Наука, 1974; 394. [Pokrovskiy N.N. Antifeudal protest of the Ural-Siberian peasants of the Old Believers in the XVIII century. Novosibirsk: Science, 1974; 394.] (In Russ)
7. Юхименко Е.М. Каргопольские «гари» 1683–1684 гг. *Старообрядчество в России (XVII–XVIII вв.)*. М.: Археографический центр, 1994. С. 74–83. [Yukhimenko E.M. Kargopol “burning” 1683–1684. Old Believers in Russia (XVII–XVIII centuries). M.: Archaeographic Center, 1994. pp. 74–83.] (In Russ)

8. Нильский И. Несколько слов о самосожигательстве раскольников. *Христианское чтение, издаваемое при Санкт-Петербургской духовной академии*. 1864. Т. 1. С. 378–382. [Nil'skiy I. A few words about the self-immolation of dissenters. *Christian reading published at the St. Petersburg Theological Academy*. 1864. Vol. 1. pp. 378–382.] (In Russ)
9. Павлов А.А. Самосожигатели и самоутопленники в Сибири. 1782–1783 гг. *Русская старина*. 1879; 10: 336–340. [Pavlov A.A. Self-immolators and self-drowned in Siberia. 1782–1783. *Russian antiquity*. 1879; 10: 336–340.] (In Russ)
10. Смирнов П.С. Происхождение самоистребления в русском расколе. *Христианское чтение*. 1895. Ч. 1. С. 618–634. Ч. 2. С. 170–195. [Smirnov P.S. The origin of self-destruction in the Russian schism. *Christian reading*. 1895. P. 1. pp. 618–634. P. 2. pp. 170–195.] (In Russ)
11. Смирнов П.С. Внутренние вопросы в расколе в XVII веке: Исследование о начальной истории раскола по вновь открытым памятникам, изданным и рукописным. СПб.: Печатня С.П. Яковлева, 1898; 504. [Smirnov P.S. Internal issues in the schism in the XVII century: A study on the beginning of the history of schism in newly discovered published and manuscript monuments. SPb.: Printing house of S.P. Yakovlev, 1898; 504.] (In Russ)
12. Смирнов П.С. Споры и разделения в русском расколе в первой четверти XVIII века. СПб.: Типография М. Меркушева, 1909. С. 352–363. [Smirnov P.S. Disputes and divisions in the Russian schism in the first quarter of the XVIII century. SPb.: Printing house of M. Merkushev, 1909. pp. 352–363.] (In Russ)
13. Федоров Г. Заживо погребенные. Исторический очерк из жизни раскольников. Херсон, 1906; 38. [Fedorov G. Buried alive. A historical sketch of the life of schismatics. Kherson, 1906; 38.] (In Russ)
14. Шульгин В.С. «Капитоновщина» и ее место в расколе XVII в. *История СССР*. 1969; 4: 130–139. [Shul'gin V.S. "Kapitonovschina" and its place in the split of the XVII century. *History of the USSR*. 1969; 4: 130–139.] (In Russ)
15. Зеньковский С.А. Русское старообрядчество: духовные движения XVII в. М.: Церковь, 1995; 527. [Zen'kovskiy S.A. Russian Old Believers: spiritual movements of the XVII century. M.: Tserkov', 1995; 527.] (In Russ)
16. Маняхина М.Р. Отражение реформы Никона в деятельности Тобольской епархии и духовной жизни Сибири в XVII – первой половине XVIII вв. *Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена*. 2003; 3(5): 253–263. [Manyakhina M.R. Reflection of Nikon's reform in the activities of the Tobolsk diocese and the spiritual life of Siberia in the XVII – first half of the XVIII centuries. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 2003; 3(5): 253–263.] (In Russ)
17. Пулькин М.В. Огненная прелюдия Империи (старообрядческая дискуссия о самосожжении в конце XVII в.). *Человек между Царством и Империей*. М.: Наука, 2003. pp. 318–327. [Pulkin M.V. Empire's Prelude of Fire (Old Believer discussion of self-immolation at the end of the XVII century). *Man between the Kingdom and the Empire*. M.: Science, 2003. pp. 318–327.] (In Russ)
18. Пулькин М.В. Самосожжения старообрядцев в XVIII веке. По материалам Европейского Севера России. *Одиссей. Человек в истории*. 2003; 15: 105–120. [Pulkin M.V. Self-immolation of the Old Believers in the XVIII century. According to the data from the European North of Russia. *Odysseus. Man in History*. 2003; 15: 105–120.] (In Russ)
19. Романова Е.В. Массовые самосожжения старообрядцев в России в XVII–XIX веках. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012; 288. [Romanova E.V. Mass self-immolation of the Old Believers in Russia in the XVII–XIX centuries. SPb.: Publishing House of the European University in St. Petersburg, 2012; 288.] (In Russ)
20. Барсков Я.Л. Памятники первых лет русского старообрядчества. СПб.: Типография М.А. Александрова, 1912; 442. [Barskov Ya.L. Monuments of the first years of the Russian Old Believers. SPb.: Printing house of M.A. Aleksandrov, 1912; 442.] (In Russ)
21. Источники по культуре и классовой борьбе феодального периода: Памятники старообрядческой письменности. Сост. Н.Ю. Бубнов. СПб.: ПХГИ, 1998; 384. [Sources on the culture and class struggle of the feudal period: Monuments of Old Believers. Ed. by N.Yu. Bubnov. SPb.: RKhGI, 1998; 384.] (In Russ)
22. Покровский Н.Н. Обзор сведений судебно-следственных источников о политических взглядах сибирских крестьян конца XVII – середины XIX в. *Источники по культуре и классовой борьбе феодального периода*: Сб. Отв. ред. Е.К. Ромодановская. Новосибирск: Наука, 1982. С. 48–79. [Pokrovskiy N.N. A review of the information of forensic investigative sources on the political views of Siberian peasants of the late XVII – mid XIX century. *Sources on the culture and class struggle of the feudal period*: Collection of works. Ed. by E.K. Romodanovskaya. Novosibirsk: Science, 1982. pp. 48–79.] (In Russ)
23. Старообрядчество в России (XVII–XVIII вв.): Сб. науч. тр. Отв. ред. и сост. Е.М. Юхименко. М.: Археогр. Центр, 1994; 237. [Old Believers in Russia (XVII–XVIII centuries): Collection of scientific papers. Ed. by E.M. Yukhimenko. M.: Archaeographic Center, 1994; 237.] (In Russ)
24. Старообрядчество в России (XVII–XX вв.): Сб. науч. тр. Вып. 4. Отв. ред. и сост. Е.М. Юхименко. М.: Языки славянских культур, 2010; 752. [Old Believers in Russia (XVII–XX centuries): Collection of scientific paper. Is. 4. Ed. by E.M. Yukhimenko. M.: Languages of Slavic cultures, 2010; 752.] (In Russ)
25. Сикорский И.А. Эпидемическая вольная смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тирасполя): Психологическое исследование. Киев, 1987; 99. [Sikor'skiy I.A. Epidemic free deaths and homicides in Ternovsky farms (near Tiraspol): A psychological study. Kiev, 1987; 99.] (In Russ)
26. Полное Собрание Законов Российской Империи: Собрание первое: С 1649 по 12 декабря 1825 года. СПб.: Тип. 2-го Отд-ния Собств. Е.И.В. Канцелярии, 1830: В 48 т. Т. XV: С 1758 по 28 июня 1762: От № 10778 до 11581. 1830. № 11434. [The Complete Collection of Laws of the Russian Empire: First Collection: From 1649 to December 12, 1825. SPb.: Printing house of the 2nd Branch of His Imperial Majesty's Chancellery, 1830: in 48 vols. Vol. XV.: From 1758 to June 28, 1762: From № 10778 to 11581. 1830. № 11434.] (In Russ)
27. Собрание постановлений по части раскола. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1875; 776. [Collection of decisions on the schism. SPb.: Printing house of the Ministry of the Interior, 1875; 776.] (In Russ)
28. Черныкова И.А. Карелия на переломе эпох: Очерки социальной и аграрной истории XVII в. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998; 296. [Chernyakova I.A. Karelia at the Turn of the Ages: Essays on the Social and Agricultural History of the XVII century. Petrozavodsk: Publishing House of Petrozavodsk State University, 1998; 296.] (In Russ)
29. Бергсон А. Два источника морали и религии. М.: Канон, 1994; 384. [Bergson A. Two sources of morality and religion. M.: Canon, 1994; 384.] (In Russ)
30. Арнаутова Ю.Е. Колдуны и святые: Антропология болезни в средние века. СПб.: Алетейя, 2004; 398. [Arnautova Yu.E. Sorcerers and Saints: Anthropology of the Disease in the Middle Ages. SPb.: Aletejya, 2004; 398.] (In Russ)
31. Барминский Е. Христианство и народная культура: Богоматерь в польской народной традиции. *Язык культуры: семантика и грамматика. К 80-летию со дня рождения академика Никиты Ильича Толстого (1923–1996)*. Отв. ред. С.М. Толстая. М.: Индрик, 2004. С. 107–130. [Bartmin'skiy E. Christianity and Popular Culture: Our Lady of the Polish Folk Tradition. *Language of culture: semantics and grammar. To the 80th anniversary of academician Nikita Ilyich Tolstoy (1923–1996)*. Ed. by S.M. Tolstaya. M.: Indrik, 2004. pp. 107–130.] (In Russ)

32. Волкова А.Н. Мифологические элементы и проявления синкретизма в народной религии. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина*. 2009; 1 (3): 121–129. [Volkova A.N. Mythological elements and manifestations of syncretism in folk religion. *Vestnik of Pushkin Leningrad State University*. 2009; 1 (3): 121–129.] (In Russ)
33. Аничков Е.В. Язычество и Древняя Русь. СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1914; 425. [Anichkov E.V. Paganism and Ancient Russia. SPb.: Printing house of M.M. Stasyulevich, 1914; 425.] (In Russ)
34. Пьяных Е.П. Религия и церковь в истории России. *Вестник Уральского государственного университета путей сообщения*. 2012; 2: 95–107. [P'yanykh E.P. Religion and the church in the history of Russia. *Vestnik of Ural State University of Railway Transport*. 2012; 2: 95–107.] (In Russ)
35. Власов В.Г. Христианизация русских крестьян. *Советская этнография*. 1988; 3: 3–15. [Vlasov V.G. Christianization of Russian peasants. *Soviet ethnography*. 1988; 3: 3–15.] (In Russ)
36. Гуревич А.Я. Средневековый мир: Культура безмолвствующего большинства. М.: Искусство, 1990; 396. [Gurevich A.Ya. Medieval World: The Culture of the Silent Majority. M.: Art, 1990; 396.] (In Russ)
37. Олеарий А. Описание путешествия в Московию. Смоленск: Русич, 2003. 480 с. [Oleariy A. Description of travel to Muscovy. Smolensk: Rusich, 2003. 480 p.] (In Russ)
38. Button R.W. The Theology of Ritual and the Russian Old Rite: «The Art of Christian Living». MA thesis. Exeter: University of Exeter, 2015; 143.
39. Рябушинский В.П. Старообрядчество и русской религиозное чувство. М.: Иерусалим: Мосты, 1994; 240. [Ryabushinskiy V.P. Old Believers and Russian religious feeling. M.: Jerusalem: Bridges, 1994; 240.] (In Russ)
40. Ахиезер А.С. Россия: критика исторического опыта. От прошлого к будущему: В 3 т. Т. 1. Новосибирск: Сибирский хронограф, 1997; 804. [Akhiezer A.S. Russia: criticism of historical experience. From past to future: in 3 vols. Vol. 1. Novosibirsk: Siberian chronograph, 1997; 804.] (In Russ)
41. Срезневский И.И. Святые места и образы языческого богослужения древних славян по свидетельствам современным и преданиям. Харьков: Б/и, 1846; 110. [Sreznevskiy I.I. Sanctuaries and images of the pagan worship of the ancient Slavs according to modern evidence and traditions. Kharkov, 1846; 110.] (In Russ)
42. Плеханова М.Б. О некоторых чертах народной эсхатологии в России XVII – начала XVIII веков. *Проблемы типологии русской литературы. Труды по русской и славянской филологии. Литературоведение. Ученые записки Тартуского университета*. 1985; 645: 54–70. [Plyukhanova M.B. About some features of folk eschatology in Russia of the XVII – early XVIII centuries. *Problems of typology of Russian literature. Proceedings of Russian and Slavic philology. Literary criticism. Scientific notes of the University of Tartu*. 1985; 645: 54–70.] (In Russ)
43. Бахтина В.А. Комментарии к основному корпусу текстов. *Неизданные материалы экспедиции Б.М. и Ю.М. Соколовых: 1926–1928: По следам Рыбникова и Гильфердинга*. Отв. ред. В.М. Гацак. М.: Наука, 2007. С. 399–544. [Bakhtina V.A. Comments on the main body of texts. *Unpublished materials of the expedition B.M. and Yu.M. Sokolovs: 1926–1928: In the wake of Rybnikov and Hilferding*. Ed. by V.M. Gatsak. M.: Science, 2007. pp. 399–544.] (In Russ)
44. Рукопись Жолкевского. *Записки Станислава Немоевского (1606–1608). Рукопись Жолкевского*. Сост. А.И. Цепков. Рязань: Александрия, 2007. С. 335–446. [The manuscript of Zholkevsky. *Notes by Stanislav Nemoevsky (1606–1608). The manuscript of Zholkevsky*. Ed. by A.I. Tsepkov. Ryazan: Alexandria, 2007. pp. 335–446.] (In Russ)
45. Сборник старообрядческий. Российская национальная библиотека. Отдел рукописей. Q. XVII. Л. 242–242 об. [Old Believers Collection. Russian National Library. Manuscript department. Q. XVII. S. 242–242 turnover.] (In Russ)
46. Пустозерский сборник: Автографы сочинений Аввакума и Елифания. Л.: Наука, 1975; 263. [Pustozersky collection: Auto-graphs of Habakkuk and Epiphanius. L.: Science, 1975; 263.] (In Russ)
47. Дмитриев Л.А. Жанр севернорусских житий. Труды Отдела древнерусской литературы. Отв. ред. А.М. Панченко. Т. 27: История жанров в русской литературе X–XVII вв. Л.: Наука, 1972. С. 181–202. [Dmitriev L.A. The genre of northern Russian lives. *Proceedings of the Department of Old Russian Literature*. Ed. by A.M. Panchenko. Vol. 27: History of genres in Russian literature of the X–XVII centuries. L.: Science, 1972. pp. 181–202.] (In Russ)
48. Пулькин М.В. Старообрядческие постройки для самоубийств (XVII–XVIII вв.). *Суицидология*. 2014; 5(3): 65–72. [Pulkin M.V. Old Believers built for self-immolations (XVII–XVIII centuries). *Suicidology*. 2014; 5(3): 65–72.] (In Russ)
49. Сапожников Д.И. Самоубийство в русском расколе (со второй половины XVII в. до конца XVIII): Исторический очерк по архивным документам. М.: Б/и, 1891; 173. [Sapozhnikov D.I. Self-immolation in the Russian schism (from the second half of the XVII century to the end of the XVIII century): Historical outline of archival documents. M., 1891; 173.] (In Russ)
50. Загоскин Н. Самоубийцы. Очерк из истории русского раскола. *Литературный сборник «Волжского вестника»*. 1883; 1(1): 165–204. [Zagoskin N. Self-Immolators. Essay from the history of the Russian schism. *Literary collection "Volzhsky Vestnik"*. 1883; 1(1): 165–204.] (In Russ)
51. Беликов Д.Н. Старинный раскол в пределах Томского края. Томск: Паровая типография Н.И. Орловой, 1905; 69. [Belikov D.N. Ancient schism within the Tomsk region. Tomsk: Steam printing house of N.I. Orlova, 1905; 69.] (In Russ)
52. Пругавин А.С. Самоубийство: Проявления аскетизма и фанатизма в расколе. *Русская мысль: Журнал научный, литературный и политический*. 1885; 1: 77–111. [Prugavin A.S. Self-destruction: Manifestations of asceticism and fanaticism in a schism. *Russian thought: scientific, literary and political Journal*. 1885; 1: 77–111.] (In Russ)
53. Майнов В.Н. Живые покойники. *Исторический вестник*. 1881; 6: 747–772. [Maynov V.N. Living dead. *Historical Bulletin*. 1881; 6: 747–772.] (In Russ)
54. Дронова Т.И. Русские староверы-беспоповцы Усть-Цильмы: Конфессиональные традиции в обрядах жизненного цикла (конец XIX – XX вв.). Сыктывкар, 2002; 276. [Dronova T.I. Russian Old Believers of Ust-Tsilma, Bessopopists: Confessional Traditions in the Rites of the Life Cycle (end of XIX – XX centuries)]. Syktyvkar, 2002; 276.] (In Russ)
55. Пулькин М.В. Почитание мест самоубийства старообрядцев на Европейском Севере России (XIX – начало XX вв.) *Мировоззрение и культура севернорусского населения*: Сб. ст. Отв. ред. И.В. Власова. М.: Наука, 2006. С. 215–223. [Pulkin M.V. Honoring the places of self-immolation of Old Believers in the European North of Russia (XIX – early XX centuries). *Worldview and culture of the North Russian population*: Collection of works. Ed. by I.V. Vlasova. M.: Nauka, 2006. pp. 215–223.] (In Russ)
56. Самоубийства староверов. *Олонетские губернские ведомости*. 1878; 57: 698–700. [Self-immolation of the Old Believers. *Olonets Provincial Gazette* 1878; 57: 698–700.] (In Russ)
57. Дронова Т.И. Легенды и предания о местночтимых святых и почитаемых местах Пижемского края: По материалам исследований нижепечерских староверов-беспоповцев *Рябининские чтения. Материалы науч. конф. по изучению народной культуры Русского Севера*. Отв. ред. Т.Г. Иванова. Петрозаводск: Музей-заповедник «Кижь», 2007. URL: <http://kizhi.karelia.ru/library/ryabinin-2007/334.html>. [Legends and stories about locally revered saints and venerable places of the Pizhema region: Based on materials from studies of the below-cave Old Believers-Bespopovites. *Ryabinin readings. Materials scientific. conf. to study the folk culture of the Russian North*. Ed. by T.G. Ivanova. Petrozavodsk: Museum-Reserve "Kizhi", 2007. URL: <http://kizhi.karelia.ru/library/ryabinin-2007/334.html>] (In Russ)

RITUAL SUICIDE AMONG OLD BELIEVERS IN RUSSIA AS A DISPLAY OF POPULAR RELIGIOUSNESS

I.V. Lysak

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia; ivlysak@sfedu.ru

Abstract:

Any researcher studying the phenomenon of mass self-immolation practiced by Old Believers will unavoidably face the following issue: if they considered themselves the followers of true Orthodox Christianity undistorted by Nikon's reforms, why would they take their own lives, thus committing a mortal sin? The purpose of this study is to analyze the practice of suicide among Old Believers as an aspect of "popular religiousness", which explains why the rite was considered more important than doctrine. Our research is based on a sociocultural approach with the use of historicistic and deterministic principles, as well as concrete historical and historical genetic methods. The article uses materials from investigations and legal cases following episodes of self-immolation by Old Believers, and the writings of Old Believers themselves. We conclude that the contradiction between the practice of suicide widespread within the Old Believers community and the Christian attitude towards suicide dissolves if we consider the nature of popular Orthodoxy in the 17–19th centuries. Popular religiousness is based not on religious precepts, but on the generalized perception of the religious experience of the social environment. Far from canonical practice, it features an emotional attitude towards religion. Widespread illiteracy (among the clergy as well), underdeveloped dogmas in Orthodox Christianity, and archaic ideas of the purifying and saving power of fire all made Old Believers see suicide as a path to personal salvation and eternal life. Old Believer clergy tried to substantiate suicide with dogmatic arguments by referring to Biblical stories mentioning fire and suicides committed by early Christians in order to avoid drifting away from their perception of true faith, but the main audience of their explanations were Nikon's followers. For Old Believers, self-immolation was a rite to be followed by true holders of faith. Such acts were carefully prepared, which is a testament to their ritualistic nature. Old Believers would construct special buildings for the sole purpose of self-immolation, sew what they called "death shirts", and use the octagonal cross as a symbol of true Christianity. These suicides also often coincided with the most important religious holidays, while the sites of self-immolation were considered sacred.

Keywords: ritual suicide, self-immolation, Old Believers, church schism, popular religiousness, ritualism

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 21.10.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 18.11.2019.

Для цитирования: Лысак И.В. Ритуальные самоубийства старообрядцев в России как проявление народной религиозности. *Суицидология*. 2019; 10 (3): 102-111. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-102-111

For citation: Lysak I.V. Ritual suicide among old believers in Russia as a display of popular religiousness. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 102-111. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-102-111

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
3. Методы превенции и коррекции.
4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.
5. Историческая суицидология.

Правила при направлении работ в редакцию:

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 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: название статьи, полные ФИО, звание, учёная степень, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, 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. Объём 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, вклад каждого автора (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся 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.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графах таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод всей статьи на английском языке.

Для каждого автора необходимо указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) 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 при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics и описаны в тексте.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. 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 журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до»;

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название работы: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. 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».