

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, член-корр. РАНН,
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)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, 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)
Jurki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, M.D. (Финляндия)

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

<i>В.А. Розанов</i> Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – ещё один вероятный биологический фактор суицида	3
<i>Т. Кюе Яунг, Б. Ревич, Л. Соининен</i> Суициды в Приполярных районах	20
<i>Е.Б. Любов, Ю.А. Сумароков, Э.Р. Конопленко</i> Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России	23
<i>В.Э. Пашковский, В.К. Шамрей, А.Г. Софронов, К.В. Днов, Н.Н. Рутковская</i> Суицидальное поведение и религиозность	30
<i>Ю.Е. Разводовский, В.Ю. Смирнов, П.Б. Зотов</i> Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий	41
<i>А.В. Меринов, Е.А. Шитов, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова, Н.Л. Меринов, А.И. Юрченко</i> Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клиничко-суицидологическая и психологические характеристики	49
<i>Е.А. Николаев</i> Кризис и суицид: клиничко-психологический анализ аутоагрессивного поведения	54
<i>В.М. Кушнарёв, Г.И. Семикин, Е.Б. Любов, В.М. Гилод, А.С. Миронов, Ю.М. Пиканина, В.Е. Цурпун</i> Кабинет социально-психологической помощи в ВУЗе	61
Информация для авторов	68

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, corresp. RAMS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)

Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
(Izhevsk, Russia)

N.A. Kornetov, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)

J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

A.V. Merinov, Ph. D.
(Ryazan, Russia)

N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)

G. Pilyagina, Ph. D., prof.
(Kiev, Ukraine)

B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)

Y.E. Razvodovsky, M.D.
(Grodno, Belarus)

K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
(Ekaterinburg, Russia)

V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(Odessa, Ukraine)

V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
(Belgorod, Russia)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niko Seppälä, M.D. (Finland)

Журнал «Суицидология»
включен в Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)

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

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

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

Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07

E-mail: sibir@sibtel.ru

Заказ № 137. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 28.09.2015 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

Contents

<i>V.A. Rozanov</i>	
Stress-induced epigenetic phenomena – one more biological mechanism of suicide	3
<i>T. Kue Young, B. Revich, L. Soininen</i>	
Suicide in Circumpolar regions	20
<i>E.B. Lyubov, Y.A. Sumarokov, E.R. Konoplenko</i>	
Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North	23
<i>V.E. Pashkovskiy, V.K. Shamrei, A.G. Sofronov, K.V. Dnov, N.S. Rutkovskaya</i>	
Suicidal behavior and religiousness	30
<i>Y.E. Razvodovsky, V.Y. Smirnov, P.B. Zotov</i>	
Forecasting of suicides rate using time series analysis	41
<i>A.V. Merinov, E.A. Shitov, A.V. Lukashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova, M.D. Filippova, N.L. Merinov, A.I. Yurchenko</i>	
Spouses of men with alcohol dependence who have a history of suicidal attempt: their advanced clinical suicidological and psychological characteristics	49
<i>E.L. Nikolaev</i>	
Crisis and suicide: clinical and psychological analysis of autoaggressive behavior	54
<i>V.M. Kushnarev, G.I. Semikin, E.B. Lyubov, V.M. Gilod, A.S. Mironov, Y.M. Pikanina</i>	
Psychosocial care in university	61

Интернет-ресурсы:

www.elibrary.ru,
www.psychiatr.ru
www.medpsy.ru
www.cyberleninka.ru <http://cyberleninka.ru/journal/n/suitsidologiya>

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.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ – ЕЩЁ ОДИН ВЕРОЯТНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР СУИЦИДА

В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова,
Институт инновационного и последипломного образования, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Эпигенетические феномены (метилирование ДНК, посттранскрипционные модификации гистонов и эффекты микро-РНК) в последнее время активно обсуждаются как своеобразные промежуточные механизмы, с помощью которых стрессовые факторы внешней среды взаимодействуют с геномом. Стресс, особенно на ранних этапах развития, с помощью этих механизмов моделирует системы стресс-реагирования и стресс-уязвимости организма, что в отдаленной перспективе может приводить к нарушениям психического здоровья и психическим расстройствам. С точки зрения эпигенетики роль окружающей среды более существенна, чем роль унаследованных генов, особенно когда речь идет о поведенческих проявлениях. В последнее время появились данные об эпигенетических модификациях в организме лиц, погибших в результате самоубийств. Речь идет, в частности, о таком важном нейротрофине как BDNF, участвующем в механизмах клеточного созревания мозга, и о компонентах гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. Эти данные могут послужить основой для новых концептуальных подходов к пониманию суицидального поведения, особенно с учетом глобального нарастания психо-социального стресса, сопровождающего быстрые изменения в социальной среде.

Ключевые слова: Эпигенетика, стресс, психо-социальный стресс, самоубийство.

Биологические механизмы суицидального поведения – отдельная большая тема, к сожалению слабо представленная в русскоязычном сегменте суицидологии. Она включает в себя обсуждение биологической подоплеки личностных черт и особенностей темперамента, предрасполагающих к суициду (агрессивность, импульсивность, нейротизм), сопутствующего самоубийству когнитивного стиля (ригидность и туннельность мышления, неспособность видеть варианты и разрешать проблемы), биологических факторов, определяющих поведение в состоянии стресса и механизмов стресс-уязвимости. Связанные с этими процессами нарушения или особенности функционирования нейрональных, синаптических и нейрогуморальных процессов обусловлены генетическими факторами, о чем свидетельствует психогенетическая наследуемость суицидального поведения и наличие ассоциированных с суицидальностью генных полиморфизмов [1-4]. Важнейшее значение при этом имеет взаимодействие унаследованных генов и неблагоприятных факторов среды (стресса) в определенные периоды развития. Жизненный момент, на который приходится негативное воздействие,

имеет большое значение, причем наиболее важны ранние периоды развития [5-7]. В последнее время все большее значение придается еще одному биологическому механизму – эпигенетическим явлениям, которые фиксируют ранние неблагоприятные влияния, создавая эффект «инкубированной травмы».

В настоящем обзоре мы поставили перед собой цель представить возможную роль эпигенетики в формировании суицидальности, обобщив накопленные данные в этой области. Вторая задача состояла в формулировании некоторых новых гипотез суицидального поведения, базирующихся на представлениях об эпигенетических явлениях и феноменах, но с учетом изменившегося характера стресса, присущего современному человечеству.

Эпигенетика и ее определения

Интерес к эпигенетическим феноменам и молекулярным механизмам их реализации резко усилился после того, как появился большой массив данных о роли эпигенетических процессов в таких базовых явлениях как развитие, старение, здоровье, болезни, ожирение, метаболические расстройства, диабет, рак, эффекты

экологических загрязнителей и малых доз радиации, психические и поведенческие расстройства [8-10]. Термин «эпигенетический», т.е. буквально «поверх генетики, поверх наследственности», известен давно, он использовался неоднократно в различных контекстах, в том числе и в психологии (эпигенетическая концепция развития личности Эриксона). Этот термин восходит к понятию «эпигенез», которое означает наличие определенного плана развития, т.е. формирования неких сложных форм на основе исходной простой модели. Представления об эпигенезе, возникшее еще в античности, противостоят концепции преформизма, согласно которой развитие происходит вследствие роста (разворачивания) уже имеющихся в зародыше форм.

Эпигенетические феномены оставались недооцененными в плане их значения для адаптации организма и вида к условиям среды. Вся классическая генетика многие годы приучала нас к тому, что свойства организма, вся сумма его фенотипов (морфологических, метаболических и поведенческих) жестко детерминирована его генетической основой – уникальным набором генов, полученных в процессе наследования от предков. Как крайнее проявление такого мышления может служить знаменитая фраза отца ДНК Дж. Уотсона «Мы – это наши гены». Второй ключевой момент «геноцентрического мышления» заключается в том, что генный материал консервативен и изменения в нем (мутации) носят случайный и ненаправленный характер. Консервативность генетического материала всегда рассматривалась как залог сохранения устойчивости вида, а случайность мутаций вкупе с экологическими изменениями служила объяснению возможности видообразования. Эти две теоретические позиции, прочно вошедшие в обиход, хорошо сочетаются с обширным массивом данных в области медицинской генетики и теоретическими представлениями, известными как синтетическая теория эволюции (СТЭ).

Эпигенетика «переносит центр тяжести» с генов на окружающую среду и объясняет такие биологические явления, как пластичность развития и образование множества фенотипов на основе одного генотипа. Термин «эпигенетика» был использован английским эмбриологом Конрадом Уоддингтоном для описания вариабельности формирования структур организма в эмбриогенезе. С этого момента эпигенетиче-

ские механизмы оказались «прочно привязанными» к раннему эмбриональному и в целом к внутриутробному развитию. Действительно, тотипотентная зигота в процессе деления дает различные варианты клеток, что в широком плане трактуется как дифференцировка. Этот процесс в конечном итоге приводит к образованию в новом организме примерно 270-ти типов клеток, отличающихся морфологическими характеристиками и типом метаболизма. Отличия между ними обусловлены различными наборами транскрибируемых генов – явлениями, в основе которого лежат эпигенетические механизмы, устанавливающие уровень активности генов на весь оставшийся период существования данного клеточного клона. Этот механизм предусматривает также и то, что в половом процессе при формировании гамет эпигенетический статус генома должен быть «стерт», и далее с «чистого листа» вновь сформироваться после оплодотворения, иначе наступит т.н. «эпигенетический коллапс». Уоддингтон разрабатывал представления, согласно которым процесс эмбрионального развития, который протекает в соответствии с определенной генетической программой, напоминает «шарик, который может покатиться по различным дорожкам» создавая большое многообразие вариантов развития на основе исходного генотипа. Ключевым элементом эпигенетической концепции Уоддингтона было представление о том, что различные продукты генов (белки, гормоны и т.д.) являются теми сигналами, которые заставляют гены менять свою активность. В соответствии с этими представлениями Уоддингтон определял эпигенетику как «ветвь биологии, изучающую причинные взаимодействия между генами и их продуктами, образующими фенотип» [11].

Принципиально новым в современном понимании эпигенетических явлений является признание нескольких важных закономерностей, ранее не столь очевидных. Во-первых, управление активностью генома не ограничивается внутриутробным развитием. Гены получают сигналы из внешней среды в течение всей жизни (хотя ранние периоды и являются более «чувствительными» в плане эпигенетических перестроек). Во-вторых, многие адаптивные изменения, как морфологические, так и функциональные и поведенческие, возникают на основе исходного генома как варианты пластического развития, причем этот процесс направ-

ляется средой. Это особенно касается мозга, который подвержен исключительной пластичности при накоплении опыта. В-третьих, изменения активности генов, возникшие под влиянием некоторых средовых сигналов, приобретают устойчивый долговременный характер, т.е. раз возникнув, остаются относительно неизменными в течение длительного времени, часто на всю оставшуюся жизнь (в силу этого кратковременные обратимые адаптивные изменения, также связанные и активацией или торможением генной экспрессии, под понятие эпигенетических сдвигов не попадают). Есть еще важные моменты: возникшие изменения активности генов наследуются митотически и в ряде случаев мейотически, т.е. передаются всем поколениям делящихся соматических клеток, и могут затрагивать клетки зародышевой линии. Иными словами, не все эпигенетические метки «стираются», что создает возможности для их трансгенерационной передачи, т.е. наследования некоторых признаков, сформировавшихся в процессе жизни как адаптивные свойства. Это наследование не такое «жесткое», как в случае истинных мутаций, оно может проследиваться в двух-трех поколениях, особенно при «поддержке» со стороны среды, причем в этом могут быть задействованы как поведенческие, так и генетические механизмы.

Вся эта система взглядов получила название «мягкой наследственности», а вся сумма эпигенетических трансформаций (импринтов) понимается сегодня как эпигеном. В конечном итоге среда оказывается важнее, чем гены, по крайней мере, в течение жизни конкретного организма, а возможно, и вида в целом. Хотя последовательность азотистых оснований в ДНК не подвергается изменениям, результат считывания генетической программы меняется очень существенно. Эпигеном при этом становится своеобразным интерфейсом между консервативным геномом и средой [12, 13].

Молекулярные механизмы эпигенетических явлений

В последние годы эпигенетика получила более узкое и специфическое определение, отражающее характер молекулярных процессов, которые лежат в ее основе. Так, один из источников определяет «эпигенетический признак как устойчивый наследуемый фенотип, являющийся результатом изменений хромати-

на, не затрагивающих последовательность азотистых оснований в ДНК» [14]. Согласно другому определению «эпигенетика – это область исследований, касающаяся устойчивых изменений в ДНК и в гистоновых белках хроматина, которые приводят к изменениям экспрессии генов» [15]. Эпигеном подразумевает наличие механизмов, направленных на длительное программирование генной экспрессии. Это управление осуществляется с помощью биохимических реакций, контролируемых вполне конкретными ферментами. На сегодняшний день известны три таких механизма. Это метилирование ДНК, ковалентные модификации ядерных белков (гистонов), входящих в состав хроматина, и эффекты микро-РНК. Основной и наиболее изученный процесс – метилирование молекул ДНК по цитозину, в результате чего в ДНК накапливается 5-метилцитозин. Наличие «минорного основания» метилцитозина в ДНК давно известно в значительной мере благодаря работам группы Б.Ф. Ванюшина. В течение многих лет эта исследовательская группа последовательно доказывала значение метилирования ДНК в управлении геномом, впервые установив роль данного феномена в старении, формировании памяти и клеточной дифференцировке [16-19]. Однако научным сообществом эти данные по достоинству довольно долго оценены не были, сдвиг наметился недавно.

Важно отметить, что присоединение метильной группы происходит к цитозину в тех местах, где последний предшествует гуанину. Эти последовательности (СрG-пары) располагаются в геноме «островками»; ими особенно богаты промоторные, т.е. очень важные для регуляции активности гена участки. В функциональном плане метилирование промоторных участков генов сопровождается «замолканием» генов (торможением их экспрессии) в силу того, что в результате метилирования СрG-пар меняется связывание с ДНК различных транскрипционных факторов. Многие такие факторы являются гормон-рецепторными комплексами. Тем самым устанавливается связь между гормональными регуляторами, задействованными в реализации различных реакций организма на внешние изменения, и эпигеномом, способным тонко реагировать на изменения и требования среды. Еще одним механизмом является непосредственное влияние гормонов на процессы метилирования-деметилирования ДНК.

Вторым ключевым механизмом эпигенетической регуляции является ковалентная модификация ядерных белков-гистонов. В ядрах клеток обнаружены различные их модификации: метилирование, фосфорилирование, рибозилирование, убиквитинирование, ацетилирование и др. Посттранскрипционные модификации гистонов происходят по аминокислотным остаткам лизина, аргинина и треонина и осуществляются широким набором соответствующих ферментов, также регулируемых гормонами. В данном случае механизм изменения активности генов связан с модификацией упаковки ДНК в нуклеосомах, т.е. степени ее прилегания к белковым субъединицам. Чем более гистоновые мономеры насыщены остатками фосфорной или уксусной кислоты, рибозы или небольшого консервативного белка убиквитина, тем менее компактизирована ДНК и более вероятна транскрипция определенных участков генома.

По аналогии с мутациями, но стремясь подчеркнуть отличие от них, метильные метки на ДНК и модификации гистонов получили название *эпимутаций*. В отличие от мутаций эпимутации контекст-зависимы, обусловлены сигналами из внешней среды, особенно представляющими опасность и угрозу (но могут вызываться и позитивными тренирующими сигналами) и служат целям адаптации к этим сигналам. Это достигается за счет их участия в регуляции экспрессии генов. Сравнительная характеристика мутаций и эпимутаций представлена в таблице 1.

Таблица 1

Некоторые отличительные особенности мутаций и эпимутаций

Мутации	Эпимутации
Возникают случайно	Возникают не случайно, под влиянием сигналов среды
Появляются как в кодирующих, так и в некодирующих участках генома	В основном возникают в промоторных регуляторных участках генов
Достаточно редко явление	Постоянное явление
Усиливаются при экологических (физико-химических) воздействиях	Усиливаются при самых разнообразных, в т.ч. социальных явлениях, стрессовых ситуациях

Еще одним механизмом тонкой подстройки генома под вызовы среды служат некоди-

рующие микроРНК. Они участвуют в регуляции активности генов, непосредственно инактивируя участки генома через посттранскрипционные механизмы, тормозя трансляцию или активируя РНКазы.

Эпигенетические механизмы, воспринимая сигналы среды, создают внутренние каскады регуляции активности генома, способные к самовоспроизведению, усилению и передаче в поколениях. В то же время, многообразие перечисленных механизмов регуляции активности генов, их взаимодействие и порой взаимное противодействие, наличие обратимых процессов может быть причиной «снятия» эпигенетических меток, в результате чего генная активность может меняться на противоположную. В наши задачи не входит обсуждение этих механизмов, они описываются в специальных источниках, например в обзорах [15, 20]. Мы хотели бы подчеркнуть, что следует отличать эпигенетические явления от долгосрочных физиологических адаптаций, обусловленных различными регуляторными процессами с положительной обратной связью, поэтому об эпигенетических феноменах можно говорить лишь тогда, когда выявлены три указанных типа молекулярных явлений (возможно, есть и другие механизмы, но пока что хорошо изучены только три). Наблюдаемый во многих случаях измененный паттерн экспрессии генома, в том числе закрепившийся на длительный период времени, может быть признан эпигенетическим явлением лишь при наличии соответствующих изменений в метилировании ДНК, модификациях гистонов или микроРНК.

Онтогенетическое программирование и болезни цивилизации

Эпигенетические модификации связаны со значимыми для выживания сигналами. Такими сигналами может быть недостаточная обеспеченность пищевыми ресурсами или пребывание в хищническом, враждебном окружении, угроза существованию индивида, отсутствие социальной поддержки. Состояния, которые при этом возникают, характеризуются как стресс. В организме в ответ на угрожающие сигналы среды усиливается активность системы реагирования на стрессовые воздействия. Эта система основана на механизмах нейроэндокринной регуляции и включает в себя центральные отделы (кора мозга, лимбическая система, гиппокамп, миндаля, гипоталамус,

гипофиз), структуры автономной (вегетативной) нервной системы и периферические структуры (надпочечники, иммунная система, различные органы и ткани). Важнейшим химическим регулятором при этом является гормон надпочечников кортизол, хотя в этом процессе участвуют множество других факторов – катехоламины, АКТГ, кортикотропин-релизинг-гормон (КРГ), окситоцин-вазопрессин [21, 22].

Эффекты стресса на разных стадиях жизненного пути неоднозначны. Если организм испытывает стрессовые воздействия на самых ранних этапах развития (например, пренатально), то с помощью эпигенетических сигналов механизмы управления его геномом программируются таким образом, чтобы соответствовать опасностям в течение всей последующей жизни. На каком-то этапе это может иметь адаптивное значение, но в отдаленной перспективе обычно сопровождается нарушениями обмена веществ. Ранние воздействия при этом оказывают программирующее влияние на систему стресс-реагирования и через нее – на различные системы организма, вызывая изменения, которые проявляют себя через значительные промежутки времени в виде тех или иных патологий.

Большинство заболеваний современного человека (болезни цивилизации – сердечно-сосудистая и кардиоваскулярная патология, диабет, метаболические нарушения, злокачественные новообразования, некоторые психические расстройства) характеризуются относительно поздним началом, возникая после 45-55 лет или позже. В то же время программа их возникновения, как свидетельствуют современные данные, формируется на самых ранних этапах развития – пренатально, вскоре после рождения и далее в узловых «переходных» периодах развития ребенка (периодах адренархе и пубертата). Это явление получило название «*онтогенетического программирования*» – организм как-бы готовится прожить свою жизнь в соответствии с тем уровнем питания и стресса, которые он испытывал в утробе матери и на ранних этапах после появления на свет, а также в какой-то степени и позже. Каждый предшествующий период развития создает предпосылки для определенных свойств и качеств более позднего периода [23].

Особенно сильно влияет внутриутробное обеспечение питательными веществами. Недостаточное питание плода проявляется при рож-

дении как несоответствующая гестационному возрасту низкая масса тела. Низкий вес при рождении (нужно учитывать длительность вынашивания и параметры тела родителей) приводит к повышенному риску заболеваний, связанных с пищевым поведением – диабета 2-го типа, метаболического синдрома, гиперлипидемии. С этими состояниями ассоциирована гипертензия, кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология, возникающая через десятки лет после рождения. Причинами снижения массы новорожденного могут быть неполноценное питание плода или стресс, испытываемый матерью. В обоих случаях плод испытывает влияние повышенных концентраций кортизола (несмотря на имеющиеся плацентарные барьеры и ферментативные механизмы, защищающие плод). В то же время, стресс и питание могут быть взаимосвязанными. Психопатология матери (например, депрессия), слишком ранняя беременность (незрелость материнской психики) или иные влияния, обуславливающие нарушения пищевого поведения матери, могут служить причиной пренатального стресса у плода. В современном обществе отмечается нарастающая тенденция к повышению распространенности и тяжести анорексии среди женщин. Давление социума в виде рекламы и повсеместно продвигаемых нефизиологических нормативов женской красоты при несоответствии указанным нормативам выступает в качестве ярко выраженного индивидуального стрессора со всеми вытекающими из этого последствиями. Сочетающееся с этим поведение матерей, стремящихся сохранить формы тела во время беременности, может иметь последствия в виде нарушений пищевого поведения их потомства, которое может проявиться не сразу, а по достижении периода полового созревания [24]. На данном примере можно видеть взаимосвязь базовых физиологических потребностей (питание), социальных факторов (нормативы красоты) и биологических механизмов (стресс).

В последнее время накапливаются данные о нарастающем деметилировании генома человека по мере старения. Возможно, это механизм, ускоряющий старение [8]. На существующую генетическую программу «накладываются» эпигенетические метки, появление которых связано со стрессовыми жизненными событиями, неблагоприятными обстоятельствами, в том числе психосоциальными факторами.

Хорошо известно, что неблагоприятные периоды в истории стран и народов сопровождаются ранней смертностью, высокой заболеваемостью, высоким уровнем самоубийств и проявлений агрессии. Жизнь, прожитая в состоянии хронического стресса, сопровождается обычно ранним старением и ранней смертностью. С биологической точки зрения это вполне обоснованно – у появившегося на свет в стрессовом окружении индивида закладывается стратегия короткого жизненного ресурса (нет смысла доживать до старости, полной эпигенетически обусловленных болезней, целесообразнее завершить жизненный путь вскоре после репродуктивного периода). Это касается соматических заболеваний, но еще в большей степени – психических расстройств, нарушений психического здоровья и самоубийства.

Психиатрическая и поведенческая эпигенетика раннего стресса

Современная эпигенетика имеет большое значение для нейробиологии поведения, психологии и психиатрии, а также суицидологии. Большой массив экспериментальных данных (грызуны, приматы) и клинических наблюдений (человек) однозначно говорит о том, что стрессовые неблагоприятные события, произошедшие в период внутриутробного развития, сразу после рождения и в раннем детстве, могут иметь весьма отдаленные поведенческие и нейробиологические последствия. Эти последствия связаны с тем, что под влиянием ранних стрессовых воздействий у плода (новорожденного) на всю жизнь устанавливается нейробиологический паттерн повышенной реактивности к стрессу или стресс-уязвимости. У взрослых крыс, перенесших стресс в пренатальном периоде, обнаруживается пониженная плотность рецепторов к минералокортикоидам и глюкокортикоидам в гиппокампе, что может иметь значение для всей последующей регуляции активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (ГГАС) [25]. Стрессовые воздействия в период беременности у крыс приводят к тому, что новорожденные крысята по мере взросления демонстрируют либо постоянно повышенную активность ГГАС, либо нарушения ее регуляции по механизму обратной связи [26-28]. Эти эффекты обусловлены торможением экспрессии гена рецептора к кортизолу (РК) в структурах гиппокампа – главной структурной мишени кортизола в моз-

ге [29]. Стресс во время беременности формирует у потомства нарушения динамики еще одного важного нейрого르몬а – окситоцина, что приводит к ограничениям в социальном взаимодействии у взрослых животных [30]. Пренатальный стресс так же активизирует экспрессию гена, отвечающего за синтез кортикотропин-релизинг-гормона (КРГ) в амигдале. Последнее может иметь критически важное значение, поскольку эта структура участвует в механизмах активации ГГАС и на поведенческом уровне отвечает за эмоциональные реакции страха, депрессии, агрессии и иные реакции, связанные с социальным доминированием или подчинением [26]. Эти нарушения и повреждения, как показывают исследования, связаны с эпигенетическими явлениями.

Так, у взрослых животных, перенесших стресс пренатально, наблюдается более выраженное метилирование промотора гена РК в гиппокампе и снижение метилирования промотора гена КРГ в гипоталамусе и амигдале, с соответствующими изменениями транскрипции генов, что с физиологической точки зрения означает гиперактивность ГГАС. Интересно, что это имело место только у самцов, которые отличаются более высокой агрессивностью и выраженным реагированием на стресс, но не у самок [31]. Таким образом, некоторые половые различия также могут быть обусловлены эпигенетикой. Близкие данные получены на людях – депрессия матери во время беременности оказывает влияние на уровень метилирования промотора гена рецептора к кортизолу в клетках умбиликальной крови, что сочетается с повышенной секрецией кортизола в слюну при стрессе, т.е. гиперреактивностью ГГАС у новорожденных. У матерей с депрессией во 2-м триместре беременности и у их потомства в крови при рождении наблюдалось снижение метилирования промотора гена транспортера серотонина [32, 33]. Таким образом, депрессия матери программирует работу систем стресс-реагирования и медиаторных систем, имеющих отношение к патогенезу депрессии, в организме их детей. Данные исследований на приматах и на людях свидетельствуют, что такое метилирование имеет системный характер, затрагивая как клетки крови, так и клетки мозга. Метилирование, выявляемое при рождении в крови, проявляется в течение всей жизни в гиппокампе и затрагивает гены, отвечающие за работу иммунной системы [34, 35]. Таким об-

разом, стресс *in utero* и депрессия у матери – причина целого ряда структурных и функциональных нарушений мозга, потенциально ведущих к психическим расстройствам, и эпигенетические метки играют в этих нарушениях важную роль.

После рождения вся жизнь новорожденного (будь это детеныш крысы или макаки, или новорожденный ребенок) зависит от матери. Мать выступает и в качестве источника питания, и в качестве основной защиты от врагов и напастей, и как источник тепла и успокоения (социальной поддержки). Целый ряд интересных исследований на грызунах позволил выявить, как контакт с матерью и материнская забота отражаются на состоянии важнейших центральных нейрогуморальных механизмов организма детенышей при участии эпигенетических механизмов. Крысы, как и многие другие млекопитающие, периодически облизывают потомство, для них это важный социальный механизм. В ряде исследований было показано, что новорожденные крысята, получавшие интенсивный материнский груминг в первые недели после рождения, по мере взросления отличаются более сбалансированной реакцией на стресс, большим числом рецепторов к кортизолу в гиппокампе, и менее выраженной экспрессией гена *CRF*, ответственного за продукцию КРГ в гипоталамической зоне мозга. Животные, не получавшие материнской заботы (иначе говоря, развивавшиеся в условиях пренебрежения к их нуждам в тепле и поддержке), проявляли противоположные качества – гиперреактивность ГГАО при стрессе. Перенос крысят от матерей, не проявляющих заботы о потомстве, матерям с выраженными материнскими качествами (перекрестное воспитание) приводило к реверсии фенотипа, т.е. восстанавливало устойчивость ГГАО у крысят, что свидетельствует в пользу эпигенетического механизма данного эффекта [36, 37].

В серии экспериментов было показано, что в гиппокампах крысят ген, кодирующий глюкокортикоидный рецептор, выявляет различия в профиле метилирования ДНК в промоторной части в зависимости от материнского стиля. Была обнаружена также разница в степени ацетилирования гистонов в составе хроматина клеток мозга крысят, получавших разную материнскую заботу. Эти различия возникали на ранних стадиях постнатального развития и сохранялись в течение всей жизни животных,

демонстрируя как эпигенетическое программирование в начале развития формирует траекторию всего жизненного цикла [37]. Таким образом, опыт жизненных событий (по сути – социальных интеракций) изменяет профиль метилирования генов, связанных с реализацией биологического механизма реагирования на стресс.

В других экспериментах искусственное длительное отнятие крысят от матери (сепарация) приводило к тому, что у животных, перенесших данное воздействие, в дальнейшем во взрослом состоянии наблюдалась значительно более выраженная реактивность ГГАО в ответ на стандартный стресс, отмечалось снижение рецепторного связывания кортизола в гиппокампе, гипоталамусе и фронтальной коре, увеличение концентрации мРНК, кодирующей КРГ и повышение концентрации самого КРГ [38, 39]. Этот экспериментальный подход, во многом напоминающий раннюю детскую психотравму в понимании большинства психологов, был использован многими авторами. Было выявлено, что недостаточная материнская забота или болевой стресс в раннем постнатальном периоде формируют определенный порог болевой чувствительности, что связано как с реакцией ГГАО, так и с модуляцией дофаминергических мезолимбических структур [40, 41]. Таким образом, недостаточная степень контактов новорожденного ребенка с матерью, ощущение потери важнейшего элемента социальной поддержки, страх одиночества или страх погибнуть во враждебном окружении, будучи проявлением раннего стресса, является причиной множества уязвимостей, повышающих риск различных патологий, психических расстройств и проблем психического здоровья.

Исследования на данном направлении оказались исключительно важными для объяснения ряда наблюдений, сделанных в последние годы на основе лонгитюдных исследований, в которых было показано, что гены предрасположенности к некоторым психическим расстройствам (депрессии, ПТСР, антисоциальному расстройству, тревоге, суицидальности) и средовые факторы стрессового характера взаимодействуют друг с другом, причем имеет значение время, период взаимодействия. Так, на примере гена транспортера серотонина *5-HTTLPR* и гена *FKBP5*, имеющего отношение к модуляции взаимодействия кортизола с его рецептором, показано, что депрессия, суици-

дальные проявления и симптомы ПТСР возникают у взрослых носителей определенных полиморфизмов на фоне стрессового жизненного окружения лишь в том случае, если в детстве они были жертвами физического или сексуального насилия [42, 43]. Принципиально важным выводом из этих (и многих аналогичных) работ является то, что негативные события и несчастья, перенесенные в детстве, формируют «инкубированную травму», которая начинает проявлять себя через значительные промежутки времени, когда человек сталкивается с естественными стрессовыми ситуациями, присущими жизни как таковой (потери, разрывы отношений, конфликты и т.д.). Иными словами, носительство генов уязвимости повышает риск нарушений психического здоровья лишь незначительно, но риск усиливается многократно при условии неблагоприятного протекания раннего периода становления личности, когда чувство безопасности и благополучия формируется через самые простые тактильные воздействия. Социальное окружение на ранних стадиях развития играет важную роль, эпигенетические метки, возникающие при неблагоприятных событиях раннего детства, надолго определяют глобальные стратегии будущего реагирования на стресс. Наиболее изученным на сегодня остается такой механизм, как метилирование гена рецептора к кортизолу, от момента выявления этого эффекта на крысах в 2004 г. опубликовано более 40 работ, так или иначе подтверждающих этот эффект на животных и на людях [44].

Эпигенетические стресс-индуцированные события выявляются не только при раннем воздействии неблагоприятных стрессовых событий, они наблюдаются и в зрелом организме. Подтверждением этого стали обнаруженные эпигенетические трансформации, в частности метилирование генов, отвечающих за синтез важных нейрональных белков реелина и нейротрофического фактора мозгового происхождения (BDNF) при фиксации эмоции страха и при других моделях запоминания [45]. Как крайне негативные и пугающие (посттравматическое стрессовое расстройство), так и позитивные (аддикции) эмоции и соответствующая память на связанные с ними события основаны на эпигенетических механизмах [46].

У взрослых мышей на модели депрессии, вызванной социальным стрессом (модель «социального поражения») выявлено снижение

продукции двух транскриптов BDNF в гиппокампе и значительное усиление метилирования гистонов в участках, соответствующих промоторам указанных транскриптов. Хронический стресс приводит к снижению продукции BDNF, который участвует во многих клеточных процессах в нервной ткани, особенно связанных с долговременной памятью, путем активизации метилирования гистонов и изменения степени компактизации хроматина. Интересно, что назначение антидепрессанта имипрамина устраняло эффект торможения продукции BDNF, но непрямым путем – посредством повышения уровня ацетилирования гистонов вблизи указанных промоторов, тем самым осуществляя противоположную по эффекту модификацию хроматина. Этот эффект гиперацетилирования сопровождался селективным снижением уровня гистон-деацетилазы, которая призвана отрывать ацетильные остатки от свободных «хвостов» гистоновых белков [47, 48]. Эти данные заставляют по-новому посмотреть на механизмы действия известных антидепрессантов.

Все перечисленные работы, и многие другие, обсуждение которых здесь невозможно ввиду недостатка места в публикации, позволяют уверенно утверждать, что эпигенетические механизмы играют важную роль в стресс-индуцированных нарушениях поведения и психики [49]. Фактически речь идет о психиатрической и поведенческой эпигенетике как о самостоятельном разделе исследований. Стресс как ситуация, требующая немедленного или постоянного адаптивного напряжения, особенно если она приходится на определенные чувствительные периоды развития, становится, при участии эпигенетических механизмов, ведущим фактором, провоцирующим многие расстройства психики, включая депрессию, ПТСР, аддикции, личностные и тревожные расстройства, так или иначе связанные с суицидальностью [22, 25, 49-51].

Эпигенетика суицидальности

Интерес к эпигенетике психических и поведенческих расстройств логически ведет к изучению эпигенетики суицидального поведения. Исследования в этой области находятся на стадии накопления информации, которая пока что носит по большей части технический характер. Так, систематический обзор данной проблемы, опубликованный в 2012 г. приводит

анализ 12 работ, посвященных эпигенетическим находкам при самоубийстве [52]. Приведенные исследования касаются нескольких основных направлений – изучения эпигенетических маркеров гена BDNF и его рецептора, генов метаболизма полиаминов, ряда генов-маркеров глиальных клеток, генов обмена, рецепторов и транспортера серотонина, ГАМК, а также рецептора кортизола и его модуляторов. Исследования такого рода используют аутопсийный материал – образцы мозга людей, покончивших с собой, что сопряжено с этическими ограничениями и методическими сложностями (как можно более короткое время от момента смерти до момента взятия материала, контроль pH аутопсийного материала, небольшое число образцов). Авторы указанного обзора увязывают эпигенетические метки при суициде с находками при таких расстройствах как депрессия и патологическая тревога и подчеркивают преобладающий интерес к генам метаболизма полиаминов, серотонина и глюкокортикоидов. Логической схемы, которая бы объединила различные факторы суицида (личностные, социальные, связанные со стрессом) и эпигенетические находки, в данной работе нет, обсуждаются в основном методические проблемы [52].

В другом обзоре по данной проблеме авторы выстраивают определенную логическую схему: травматические события раннего детства – эпигенетические маркеры – модификация работы ГГАО – самоубийство [53]. Данная схема базируется на результатах работ, целью которых было доказать эпигенетический характер инкубированной травмы и ее роль в последующем самоубийстве. В одной из таких работ подвергали анализу на метилирование ДНК пробы ткани мозга, взятые из гиппокампов людей, покончивших с собой, и лиц, погибших от других причин (контрольная группа). Жертв суицида группировали с учетом выраженности перенесенного в детстве тяжелого стресса. С целью выявления детской психотравмы использовали метод психологической аутопсии (опрос родственников и информантов), полученные данные подтверждали анализом медицинской и иной доступной документации. Оказалось, что экспрессия РК в ткани гиппокампов суицидентов, имевших историю детской травмы, была специфически снижена по сравнению как с покончившими с собой и не имевшими травмы, так и умершими

от иных причин. Этот факт сочетался с гиперметилированием промоторных участков специфического связывания белкового фактора роста нервов NGFI-A, который является транскрипционным фактором, усиливающим транскрипцию гена, кодирующего кортизоловый рецептор [54, 55]. Эта работа является наиболее цитируемой в области эпигенетики суицида.

За последнее время данные в этой области обогатились новыми исследованиями, в основном углубляющими, подтверждающими и уточняющими полученные ранее результаты. Так, в работе [56] исследовали метилирование CpG участков ДНК вентральной префронтальной коры мозга 25 жертв суицида с подтвержденной историей тяжелой депрессии в сравнении с 28 контролями, умершими от иных причин и не имевших диагноза депрессии. Возраст субъектов был в пределах от 16 до 89 лет. Показано, что метилирование в мозге усиливается с возрастом (это противоречит общепринятой точке зрения о снижении метилирования по мере старения), при этом в мозге лиц, покончивших с собой, степень метилирования была примерно в 8 раз выше при сохранении возрастной динамики [56]. Авторы приходят к выводу, что метилирование вносит определенный вклад в повышение риска самоубийства при аффективных расстройствах, особенно в процессе клеточного старения, связанного с оксидативным стрессом и нейрон-глиальными нарушениями. В другой близкой по методологии работе подтверждено гиперметилирование отдельных участков ДНК ткани префронтальной коры, авторы также связывают этот эффект с патофизиологией самоубийства, учитывая роль лобных долей в принятии решений и планировании будущего [57]. Тесная связь между эпигенетическими модификациями при депрессии и суицидальном поведении детально анализируется в обзоре [58], авторы особое внимание обращают на гиперметилирование генов BDNF и рецептора к этому и к другим нейротрофинам и приходят к выводу, что эпигенетические события выступают платформой для взаимодействия генов и среды (стресса) в процессе формирования аффективных расстройств и суицидальности [58]. Находят свое подтверждение данные о многочисленных эпигенетических маркерах в глиальных структурах при депрессии [59] и эпигенетической природе нарушений обмена полиаминов в мозге

при депрессии и риске суицида [60]. Интересные данные получены относительно эпигенетической регуляции метаболизма полиненасыщенных жирных кислот при суицидальных попытках на фоне депрессии. Высшие жирные кислоты и холестерол, точнее их недостаток в организме, несомненно, связаны с суицидальными наклонностями [61], а новейшие данные указывают на связь гиперметилирования гена, отвечающего за синтез элонгазы, удлиняющей жирнокислотные цепи, с суицидальными попытками [62].

В рамках модели, отражающей ведущую роль глюкокортикоидного рецептора и модуляторов его активности, получены новые данные относительно эпигенетического маркирования гена кинетохор-ассоциированного протеина SKA2, участвующего в регуляции связывания кортизола с его рецептором при его взаимодействии с ядерными структурами нервных клеток префронтальной коры. Этот белок (шаперон), вовлеченный также в процесс расхождения хромосом при митозе, снижен в префронтальной коре погибших от самоубийства, что связывают с нарушением контроля над уровнем кортизола при стрессе, его уровень снижается при депрессии и суицидальности не только в мозге, но в крови [63]. Это дало основание авторам заявить о тесте на суицидальность, с 90%-ной вероятностью предсказывающему риск [64].

Таким образом, эпигенетические метки, главным образом, метилирование ДНК систематически выявляются в связи с суицидальным поведением. Только за последние 3 года опубликовано несколько обзоров, в которых данное направление исследований названо одним из наиболее перспективных, как в плане дальнейшего изучения биологических механизмов суицидальности, так и в плане разработки тестов для оценки повышенного риска и появления перспективных мишеней для патогенетически обоснованной коррекции [65-67].

К интегральной эпигенетической гипотезе суицида

Накапливающийся материал по эпигенетике суицида пока не обобщен в должной мере. Наша попытка построить гипотезу о центральной роли эпигенетических феноменов в суицидальности в значительной степени опирается на то обстоятельство, что эпигенетика – важнейшая основа современной теории эволюции,

согласно которой изменения в окружающей среде провоцируют устойчивые и важные для адаптации изменения активности генов, которые могут наследоваться. В этом смысле мы наблюдаем полную противоположность дарвиновской идее и синтетической теории эволюции, согласно которой первичны случайные изменения в генах, за чем следует выживание в изменившихся условиях среды (эволюция идет от генов к экосистемам). Эпигенетическая теория эволюции утверждает, что все происходит как раз противоположным образом, изменения начинаются, когда популяция попадает в непривычные условия существования. Новые внешние факторы через эпигенетические феномены и изменения активности генов приводят к появлению новых необычных фенотипов, т.е. первичны изменения в условиях среды, за чем следуют неслучайные изменения в активности генов [68]. Эти изменения и вызванные ими фенотипы, что самое главное, могут передаваться следующим поколениям.

Здесь очень важно прояснить вопрос о наследовании эпигенетических маркеров. По сути это не наследование в том смысле, которое мы привыкли представлять себе как менделевскую вертикальную передачу генов, а трансгенерационная передача фенотипа. Такое наследование может быть связано со стрессовым механизмом (как в случае с матерью и плодом или младенцем, когда эпигенетические сигналы затрагивают систему реагирования на стресс или другие системы мозга), и в этом случае дальнейшая передача фенотипа более вероятна при продолжающемся или усиливающимся стрессе. Возможна также передача признака в связи с появлением метки непосредственно на ДНК половых клеток (геномный импринтинг). Такие эффекты описаны как родительские, они связаны с торможением отдельных генов со стороны одного из родителей, из-за чего усиливается влияние другой стороны. Наконец, возможно и закрепление признака и его проявление в нескольких поколениях, т.е. передача через мейоз (описано в 4-х поколениях на примере некоторых экологических загрязнителей при их влиянии на беременных крыс и на примере раннего курения на людях, в данном случае по отцовской линии). Вся эта система наследования ввиду существенных отличий от классической получила наименование «мягкой наследственности» [69]. Мягкая наследственность в современном по-

нимании практически возвращает нас к ламаркизму.

Мы исходим из того, что основной движущей силой эпигенетических феноменов является стресс, ведущими причинами которого являются угрозы базовым потребностям – в безопасности, пищевом обеспечении, социальной поддержке [24]. Эти страхи и возникающие вслед за ними стрессы в современном обществе подвергаются трансформации, их возникновение возможно не только в связи с детско-материнскими взаимоотношениями, а может быть обусловлено более широкими социальными явлениями. Социальная среда, с ее постоянно растущим неравенством, пропагандой потребления, глобальным ослаблением социальной поддержки (одиночеством) в силу демографических проблем и иных проблем, информационной перегрузкой, недостатком физической активности, урбанизацией и модернизацией существования, по сути, означает хроническое воздействие психо-социального стресса [70]. Эпигенетические стресс - индуцированные феномены при этом становятся ведущим фактором нарушений психического здоровья, прежде всего депрессии и тревоги, но также и личностных расстройств, зависимостей и суицидальности [71-74].

Роль социальных факторов отражает недавняя публикация [75], в которой применен оригинальный подход, позволивший выявить эпигенетические корреляты такого достаточно обобщенного показателя как социо - экономический статус человека. Авторы отталкивались от того факта, что неблагоприятные условия раннего периода развития, связанные в том числе с экономическими проблемами семей, сопровождаются сниженными показателями здоровья в зрелом возрасте и более ранней смертностью. Был проведен полногеномный анализ метилирования у 45-летних представителей диаметрально отличающихся социальных классов, причем сравнивались те, кто в настоящий момент принадлежит к группам разного достатка, и те, кто принадлежал к таковым изначально, с момента рождения. Анализу подверглись около 20000 генов и 400 микро-РНК. Различия в степени метилирования промоторов были обнаружены более чем в 6000 генов, причем больше всего различий (1252 гена) было между теми, кто с детства рос в разных условиях, по сравнению с 545 различающимися промоторными участками среди

тех, кто в детстве принадлежал к одинаковым классам, но в последующем занял различающиеся позиции в социальной иерархии [75]. Эти результаты подкрепляются и другими аналогичными исследованиями [76].

Данные о связи социального и экономического статуса и маркирования генома сформировали новое направление – социальную геномику [77]. Основной обсуждаемый вопрос в пределах этого очень интересного направления – это то, как в современном урбанизированном обществе ежедневные нагрузки и социальные ситуации влияют на экспрессию генома. Такие факторы, как урбанизация, низкий социо-экономический статус, социальная изоляция и нестабильность оказались ассоциированными с дифференциальной экспрессией сотен генов в лейкоцитах, среди которых усиленно транскрибируются гены воспаления (что может иметь отношение к развитию депрессии), в то время как гены антивирусной защиты преимущественно молчат [77].

В контексте нашего изложения наибольший интерес представляет то, что авторы данной концепции убеждены, что это – результат трансформации угроз, а именно постепенное изживание реальных угроз (травма, нападение, агрессия) и их замещение современными субъективно воспринимаемыми социальными угрозами (неравенство, городское перенаселение, нестабильность, перегрузки, информационное давление, страх перед будущим, одиночество и т.д.) [77]. Таким образом, приходит понимание того, что ощущение стресса, субъективное ожидание неприятностей, тревога и депрессия – это также стресс, эти психические процессы являются столь же действующими в плане биологических эффектов факторами, как и неблагоприятное событие или травма. Именно так можно трактовать генетические последствия таких явлений, как низкий социо-экономический фактор, неравенство, несправедливость или нестабильность. На этих взглядах базируются многие работы, касающиеся как проблем психического здоровья, так и сердечно-сосудистой патологии [70, 78]. Метилирование промотора гена BDNF тесно ассоциировано с суицидальными мыслями, а не с числом реальных негативных событий жизни [79]. Выраженность депрессии у школьников в большей степени связана с субъективным ощущением стресса, чем с реальным стрессом в виде неприятностей, физического насилия или потерь [80].

Современные подходы к пониманию роли стресса в жизни человека – это интегративные, всеохватывающие подходы [81, 82]. Стресс формирует систему реагирования на стресс, которая определяет уязвимость к новому стрессу [81]. Опыт ранних событий и самосознание (когнитивистская оценка способности справиться с угрозами) инкорпорируются в биологические системы в виде эпигенетических меток [82]. Бесконечное число прямых и обратных связей между социумом, индивидуумом, опытом, памятью и биологическими системами создают сложную картину взаимодействий. Ведущую роль при этом играет усиливающееся давление среды в виде психосоциального стресса.

Самоубийство как многофакторное явление, включающее экзистенциальные, психологические, поведенческие, когнитивные, социальные и биологические причины, возможно, в наибольшей степени отражает роль этих взаи-

модействий. Рост самоубийств, особенно среди подростков, и особенно среди представителей аутохтонных народов [83], в наибольшей степени испытывающих напряжение от вестернизации и модернизации, во многом может быть обусловлен этими взаимодействиями. Человечество живет в необычайно измененных условиях, и переход произошел исключительно быстро, в силу чего, возможно, и наблюдаются негативные тенденции роста подростковых самоубийств. Эпигенетические явления как звено между меняющимся миром и адаптивными биологическими системами, несомненно, участвует в этом неблагоприятном развитии событий, об этом однозначно говорят эпигенетические находки при суицидальности. Играют ли они некую центральную роль, или выполняют функцию одного из механизмов, пока неясно. Тем не менее, становится очевидным, что эпигенетика – действительно важный биологический фактор суицидальности.

Литература:

1. Traskman-Bendz L., Mann J.J. Biological aspects of suicidal behavior. In: Suicide and attempted suicide / Ed. Keith Hawton and Keeth van Heeringen, Chichester, NY, etc.: Wiley, 2000. – P. 65-77.
2. Розанов В.А. Нейробиологические основы суицидального поведения // Вестн. Биол. Психиатрии. (Электр. Бюлл. РОБП и УОБП). – 2004. – № 6. – С. 20-30.
3. Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J., Rujesku J. Neurobiology and the genetics of suicide. In: Oxford textbook of suicidology and suicide prevention / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman, NY: Oxford University Press, 2009. – P. 165-182.
4. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. – 2013. – Том 4 (10), № 1. – С. 3-14.
5. Roy A., Sarchiapone M. Interaction of the hereditary and environmental factors in the psychiatric disorders associated with suicidal behavior. In: Oxford textbook of suicidology and suicide prevention / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman, NY: Oxford University Press, 2009. – P.183-187.
6. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide // Molecular Psychiatry. – 2006. – Vol. 11. – P. 336-351.
7. Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития // Украинский медицинский журнал. – 2010. – № 1 (75). – С. 92-97.
8. Вайсерман А.М., Войтенко В.П., Мехова Л.В. Эпигенетическая эпидемиология возраст-зависимых заболеваний // Онтогенез. – 2011. – Том 42, № 1. – С. 1-21.
9. Vaiserman A. Early-Life epigenetic programming of human disease and aging. In: Epigenetics in human disease / Ed. Trygve O. Tollefsbol. – Amsterdam, Boston, etc.: Elsevier, 2012. – P. 545-567.

Транслитерация:

- Traskman-Bendz L., Mann J.J. Biological aspects of suicidal behavior. In: Suicide and attempted suicide / Ed. Keith Hawton and Keeth van Heeringen, Chichester, NY, etc.: Wiley, 2000. – P. 65-77.
- Rozanov V.A. Nejbriologicheskie osnovy suicidal'nogo povedeniya // Vestn. Biol. Psihatrii. (EHlektr. Byull. ROBP i UOBP). – 2004. – № 6. – S. 20-30. (In Russ)
- Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J., Rujesku J. Neurobiology and the genetics of suicide. In: Oxford textbook of suicidology and suicide prevention / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman, NY: Oxford University Press, 2009. – P. 165-182.
- Rozanov V.A. Geny i suicidal'noe povedenie // Suicidology. – 2013. – Том 4 (10), № 1. – С. 3-14. (In Russ)
- Roy A., Sarchiapone M. Interaction of the hereditary and environmental factors in the psychiatric disorders associated with suicidal behavior. In: Oxford textbook of suicidology and suicide prevention / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman, NY: Oxford University Press, 2009. – P.183-187.
- Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide // Molecular Psychiatry. – 2006. – Vol. 11. – P. 336-351.
- Rozanov V.A. O mekhanizmah formirovaniya suicidal'nogo povedeniya i vozmozhnostyah ego predikcii na rannih ehtapah razvitiya // Ukrainiskij medicinskij zhurnal. – 2010. – № 1 (75). – S. 92-97. (In Russ)
- Vajserman A.M., Vojtenko V.P., Mekhova L.V. EHpigeticheseskaya ehpidemiologiya vozrast-zavisimyh zabolevanij // Ontogenez. – 2011. – Том 42, № 1. – S. 1-21. (In Russ)
- Vaiserman A. Early-Life epigenetic programming of human disease and aging. In: Epigenetics in human disease / Ed. Trygve O. Tollefsbol. – Amsterdam, Boston, etc.: Elsevier, 2012. – P. 545-567.

10. Sasaki A., de Vega W.C., McGowan P.O. Biological embedding in mental health: an epigenomic perspective // *Biochemistry and cellular biology*. – 2013. – Vol. 9, № 1. – P. 14-21.
11. Хлебович В.В. Новое окно в эпигенетику // *Природа*. – 2006. – № 7. – С. 22.
12. Strohman R. C. Toward an epigenetic biology & medicine. [Online]. Network. [1996, May 15]. <http://www.gracepointwellness.org/site/article/273-perspectives-vol-1-no-2-towards-an-epigenetic-biology-and-medicine>
13. Labonte B., Turecky G. Epigenetics: a link between environment and genome // *Sante mentale au Quebec*. – 2012. – Vol. 37, № 2. – P. 31-44.
14. Berger S.L., Kouzaridies T., Shiekhattar R., Shilatifard A. An operational definition of epigenetics // *Genes and Development*. – 2009. – Vol. 23. – P.781-783.
15. Tammen S., Friso S., Choi S.-W. Epigenetics – the link between nature and nurture // *Molecular aspects of medicine*. – 2013. – Vol. 34. – P. 753-764.
16. Ванюшин Б.Ф. Метилирование ДНК в клетках различных организмов // *Успехи современной биологии*. – 1974. – Том 77, № 2. – С. 68–90.
17. Ванюшин Б.Ф., Тушмалова Н.А., Гуськова Л.В. Метилирование ДНК мозга как показатель участия генома в механизмах индивидуально приобретенной памяти // *Доклады академии наук СССР*. – 1974. – Том 219. – С.742–744.
18. Ванюшин Б.Ф., Романенко Е.Б. Изменение метилирования ДНК крыс в онтогенезе и под влиянием гидрокортизона // *Биохимия*. – 1979. – Том 44. – С. 78–85.
19. Ванюшин Б.Ф. Метилирование ДНК и эпигенетика // *Генетика* – 2006. – Том 42, № 9. – С. 1186–1199.
20. Dupont C., Armant D.R., Brenner C.A. Epigenetics: definition, mechanisms and clinical perspective // *Seminars in reproductive medicine*. – 2009. – Vol. 27, № 5. –P. 351–357.
21. Charmandari E, Tsigos C., Chrousos G.P. Endocrinology of the stress response. – *Annual review of physiology*. – 2005. – Vol. 67. – P. 259-284.
22. Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2013. – Том 23 (Вып. 1). – С. 79-88.
23. Hochberg Z., Feil R., Constancia M. et al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming // *Endocrine Reviews*. – 2010. – Vol. 32, № 2. – P. 159-224.
24. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology*. – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.
25. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R. et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition // *Nature reviews neuroscience*. – 2009. – Vol. 10, № 6. – P. 434-445.
26. Welberg L.A.M., Seckl J.R., Holmes M.C. Prenatal glucocorticoid programming of brain corticosteroid receptors and corticotropin-releasing hormone: Possible implication for behavior // *Neuroscience*. – 2001. – Vol.104, № 1. – P. 71-79.
- Sasaki A., de Vega W.C., McGowan P.O. Biological embedding in mental health: an epigenomic perspective // *Biochemistry and cellular biology*. – 2013. – Vol. 9, № 1. – P. 14-21. (In Russ)
- Hlebovich V.V. Novoe okno v ehpienetiku // *Priroda*. – 2006. – № 7. – S. 22. (In Russ)
- Strohman R. C. Toward an epigenetic biology & medicine. [Online]. Network. [1996, May 15]. <http://www.gracepointwellness.org/site/article/273-perspectives-vol-1-no-2-towards-an-epigenetic-biology-and-medicine>
- Labonte B., Turecky G. Epigenetics: a link between environment and genome // *Sante mentale au Quebec*. – 2012. – Vol. 37, № 2. – P. 31-44.
- Berger S.L., Kouzaridies T., Shiekhattar R., Shilatifard A. An operational definition of epigenetics // *Genes and Development*. – 2009. – Vol. 23. – P.781-783.
- Tammen S., Friso S., Choi S.-W. Epigenetics – the link between nature and nurture // *Molecular aspects of medicine*. – 2013. – Vol. 34. – P. 753-764.
- Vanyushin B.F. Metilirovanie DNK v kletkah razlichnyh organizmov // *Uspekhi sovremennoj biologii*. – 1974. – Том 77, № 2. – S. 68–90. (In Russ)
- Vanyushin B.F., Tushmalova N.A., Gus'kova L.V. Metilirovanie DNK mozga kak pokazatel' uchastiya genoma v me-hanizmah individual'no priobretennoj pamyati // *Doklady akademii nauk SSSR*. – 1974. – Том 219. – S.742–744. (In Russ)
- Vanyushin B.F., Romanenko E.B. Izmenenie metilirovaniya DNK krys v ontogeneze i pod vliyaniem gidrokortizona // *Biohimiya*. – 1979. – Том 44. – S. 78–85. (In Russ)
- Vanyushin B.F. Metilirovanie DNK i ehpienetika // *Genetika* – 2006. – Том 42, № 9. – S. 1186–1199. (In Russ)
- Dupont C., Armant D.R., Brenner C.A. Epigenetics: definition, mechanisms and clinical perspective // *Seminars in reproductive medicine*. – 2009. – Vol. 27, № 5. –P. 351–357.
- Charmandari E, Tsigos C., Chrousos G.P. Endocrinology of the stress response. – *Annual review of physiology*. – 2005. – Vol. 67. – P. 259-284.
- Rozanov V.A. Stress i psihicheskoe zdorov'e (nejrobiologicheskie aspekty) // *Social'naya i klinicheskaya psihi-atriya*. – 2013. – Том 23 (Vyp. 1). – S. 79-88. (In Russ)
- Hochberg Z., Feil R., Constancia M. et al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming // *Endocrine Reviews*. – 2010. – Vol. 32, № 2. – P. 159-224.
- Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology*. – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.
- Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R. et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition // *Nature reviews neuroscience*. – 2009. – Vol. 10, № 6. – P. 434-445.
- Welberg L.A.M., Seckl J.R., Holmes M.C. Prenatal glucocorticoid programming of brain corticosteroid receptors and corticotropin-releasing hormone: Possible implication for behavior // *Neuroscience*. – 2001. – Vol.104, № 1. – P. 71-79.

27. Koenig J.I., Elmer G.I., Shepard P.D. et al. Prenatal exposure to a repeated variable stress paradigm elicits behavioral and neuroendocrinological changes in the adult offspring: Potential relevance to schizophrenia // Behavioral brain research. – 2005. – Vol. 156, № 2. – P. 251-261.
28. Weinstock M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring // Brain, behavior and immunity. – 2005. – Vol. 19, № 4. – P. 296-308.
29. Levitt N.S. Dexamethasone in the last week of pregnancy attenuates hippocampal glucocorticoid receptor gene expression and elevates blood pressure in the adult offspring of the rat // Neuroendocrinology. – 1996. – Vol. 64. – P. 412-418.
30. Lee P.R., Brady D.L., Shapiro R.A., Dorsa D.M., Koenig J.I. Prenatal stress generates deficits in rat social behavior: Reversal by oxytocin // Brain Research. – 2007. – Vol. 1156. – P. 152–167.
31. Mueller B.R., Bale T.L. Sex-specific programming of offspring emotionality after stress early in pregnancy // The journal of neuroscience. – 2008. – Vol. 28. – P. 9055-9065.
32. Oberlander T., Weinberg J., Papsdorf M. et al. Prenatal exposure to maternal depression and methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in newborns // Epigenetics. – 2008. – Vol. 3. – P. 97–106.
33. Devlin A.M., Brain U., Austin J. et al. Prenatal exposure to maternal depressed mood and the MTHFR C677T variant affect SLC6A4 methylation in infants at birth // PLoS ONE. – 2010. – Vol. 5, № 8.
34. Provencal N., Suderman M.J., Gullemin C. et al. The signature of maternal rearing in the methylome in rhesus macaque prefrontal cortex and T-cells // Journal of neurosciences. – 2012. – Vol. 32. – P. 15626-15642.
35. Nemoda Z., Massart R., Suderman M. et al. Maternal depression is associated with DNA methylation changes in cord blood T lymphocytes and adult hippocampi // Translational Psychiatry. – 2015. – April 07; 5:e545.
36. Liu D., Diorio J., Tannenbaum B. et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress // Science. – 1997. – Vol. 277 (5332). – P. 1659-1662.
37. Weaver I.C.G., Cervoni N., Champagne F. A. et al. Epigenetic programming by maternal behavior // Nature Neuroscience. – 2004. – Vol. 7. – P. 847-854.
38. Plotsky P.M., Meaney M.J. Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress induced release in adult rats // Molecular Brain Research. – 1993. – Vol. 18. – P. 195–200.
39. Liu D., Caldji C., Sharma S. et al. The effects of early life events on in vivo release of norepinephrine in the paraventricular nucleus of the hypothalamus and hypothalamic-pituitary-adrenal responses during stress // Journal of neuroendocrinology. – 2000. – Vol. 12. – P. 5–12.
40. Walker C.D., Xu Z., Rochford J. et al. Naturally occurring variations in maternal care modulate the effects of repeated neonatal pain on behavioral sensitivity to thermal pain in the adult offspring // Pain. – 2008. – Vol. 140, № 1. – P.167–176.
- Koenig J.I., Elmer G.I., Shepard P.D. et al. Prenatal exposure to a repeated variable stress paradigm elicits behavioral and neuroendocrinological changes in the adult offspring: Potential relevance to schizophrenia // Behavioral brain research. – 2005. – Vol. 156, № 2. – P. 251-261.
- Weinstock M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring // Brain, behavior and immunity. – 2005. – Vol. 19, № 4. – P. 296-308.
- Levitt N.S. Dexamethasone in the last week of pregnancy attenuates hippocampal glucocorticoid receptor gene expression and elevates blood pressure in the adult offspring of the rat // Neuroendocrinology. – 1996. – Vol. 64. – P. 412-418.
- Lee P.R., Brady D.L., Shapiro R.A., Dorsa D.M., Koenig J.I. Prenatal stress generates deficits in rat social behavior: Reversal by oxytocin // Brain Research. – 2007. – Vol. 1156. – P. 152–167.
- Mueller B.R., Bale T.L. Sex-specific programming of offspring emotionality after stress early in pregnancy // The journal of neuroscience. – 2008. – Vol. 28. – P. 9055-9065.
- Oberlander T., Weinberg J., Papsdorf M. et al. Prenatal exposure to maternal depression and methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in newborns // Epigenetics. – 2008. – Vol. 3. – P. 97–106.
- Devlin A.M., Brain U., Austin J. et al. Prenatal exposure to maternal depressed mood and the MTHFR C677T variant affect SLC6A4 methylation in infants at birth // PLoS ONE. – 2010. – Vol. 5, № 8.
- Provencal N., Suderman M.J., Gullemin C. et al. The signature of maternal rearing in the methylome in rhesus macaque prefrontal cortex and T-cells // Journal of neurosciences. – 2012. – Vol. 32. – P. 15626-15642.
- Nemoda Z., Massart R., Suderman M. et al. Maternal depression is associated with DNA methylation changes in cord blood T lymphocytes and adult hippocampi // Translational Psychiatry. – 2015. – April 07; 5:e545.
- Liu D., Diorio J., Tannenbaum B. et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress // Science. – 1997. – Vol. 277 (5332). – P. 1659-1662.
- Weaver I.C.G., Cervoni N., Champagne F. A. et al. Epigenetic programming by maternal behavior // Nature Neuroscience. – 2004. – Vol. 7. – P. 847-854.
- Plotsky P.M., Meaney M.J. Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress induced release in adult rats // Molecular Brain Research. – 1993. – Vol. 18. – P. 195–200.
- Liu D., Caldji C., Sharma S. et al. The effects of early life events on in vivo release of norepinephrine in the paraventricular nucleus of the hypothalamus and hypothalamic-pituitary-adrenal responses during stress // Journal of neuroendocrinology. – 2000. – Vol. 12. – P. 5–12.
- Walker C.D., Xu Z., Rochford J. et al. Naturally occurring variations in maternal care modulate the effects of repeated neonatal pain on behavioral sensitivity to thermal pain in the adult offspring // Pain. – 2008. – Vol. 140, № 1. – P.167–176.

41. Walker C.D. Maternal touch and feed as critical regulators of behavioral and stress responses in the offspring // *Developmental Psychobiology*. – 2010. – Vol. 52, № 7. – P. 638–650.
42. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // *Science*. – 2003. – Vol. 301. – P. 386-389.
43. Binder E.B., Bradley R.G., Wei L. et al. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults // *Journal of American Medical Association*. – 2008. – Vol. 299. – P. 1291-1305.
44. Turecky G., Meaney M.J. Effects of the social environment on glucocorticoid receptor gene methylation: a systematic review // *Biological psychiatry*. – 2014. – Dec 13. pii: S0006-3223(14)00967-6. doi:10.1016/j.biopsych.2014.11.022. [Epub ahead of print].
45. Miller C.A., Sweatt J.D. Covalent modification of DNA regulates memory formation // *Neuron*. – 2007. – Vol. 53. – P. 857-869.
46. Pizzimenti C.L., Lattai K.M. Epigenetics and memory: causes, consequences and treatments for post-traumatic stress disorder and addiction // *Genes, Brain and Behavior*. – 2015. – Vol. 14, № 1. – P. 73-84.
47. Buwalda B., Kole M.H.P., Veenema A.H. et al. Long-term effects of social stress on brain and behavior: a focus on hippocampal functioning // *Neuroscience and biobehavioral review*. – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 83–97.
48. Tsankova N.M., Berton O., Renthal W. et al. Sustained hippocampal chromatin regulation in a mouse model of depression and antidepressant action // *Nature neuroscience*. – 2006. – Vol. 9, № 4. – P. 519-525.
49. Provenkal N., Binder E. The neurobiological effects of stress as contributors to psychiatric disorders: focus on epigenetics // *Current opinion in neurobiology*. – 2015. – Vol. 30. – P. 31-37.
50. Heim K., Binder E.B. Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics // *Experimental neurology*. – 2012. – Vol. 233, № 1. – P. 102-111.
51. Lorea-Conde I., Molero P. Implication of epigenetic mechanisms in the development and treatment of personality disorders // *Actas Espanolas de psiquiatria*. – 2015. – Vol. 43, № 2. – P. 42-50.
52. El-Sayed A.M., Haloosim M.R., Galea S., Koenen K. Epigenetic modifications associated with suicide and common mood and anxiety disorders: a review of the literature // *Biology of mood and anxiety disorders*. – 2012. – Vol. 2:10 doi:10.1186/2045-5380-2-10.
53. Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity // *Archives of suicide research*. – 2011. – Vol. 14, № 4. – P. 291-310.
54. McGowan P.O., Sasaki A., Huang T. et al. Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain // *PLoS One*. – 2008. – Vol. 3, № 5, e2085.
- Walker C.D. Maternal touch and feed as critical regulators of behavioral and stress responses in the offspring // *Developmental Psychobiology*. – 2010. – Vol. 52, № 7. – P. 638–650.
- Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // *Science*. – 2003. – Vol. 301. – P. 386-389.
- Binder E.B., Bradley R.G., Wei L. et al. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults // *Journal of American Medical Association*. – 2008. – Vol. 299. – P. 1291-1305.
- Turecky G., Meaney M.J. Effects of the social environment on glucocorticoid receptor gene methylation: a systematic review // *Biological psychiatry*. – 2014. – Dec 13. pii: S0006-3223(14)00967-6. doi:10.1016/j.biopsych.2014.11.022. [Epub ahead of print].
- Miller C.A., Sweatt J.D. Covalent modification of DNA regulates memory formation // *Neuron*. – 2007. – Vol. 53. – P. 857-869.
- Pizzimenti C.L., Lattai K.M. Epigenetics and memory: causes, consequences and treatments for post-traumatic stress disorder and addiction // *Genes, Brain and Behavior*. – 2015. – Vol. 14, № 1. – P. 73-84.
- Buwalda B., Kole M.H.P., Veenema A.H. et al. Long-term effects of social stress on brain and behavior: a focus on hippocampal functioning // *Neuroscience and biobehavioral review*. – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 83–97.
- Tsankova N.M., Berton O., Renthal W. et al. Sustained hippocampal chromatin regulation in a mouse model of depression and antidepressant action // *Nature neuroscience*. – 2006. – Vol. 9, № 4. – P. 519-525.
- Provenkal N., Binder E. The neurobiological effects of stress as contributors to psychiatric disorders: focus on epigenetics // *Current opinion in neurobiology*. – 2015. – Vol. 30. – P. 31-37.
- Heim K., Binder E.B. Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics // *Experimental neurology*. – 2012. – Vol. 233, № 1. – P. 102-111.
- Lorea-Conde I., Molero P. Implication of epigenetic mechanisms in the development and treatment of personality disorders // *Actas Espanolas de psiquiatria*. – 2015. – Vol. 43, № 2. – P. 42-50.
- El-Sayed A.M., Haloosim M.R., Galea S., Koenen K. Epigenetic modifications associated with suicide and common mood and anxiety disorders: a review of the literature // *Biology of mood and anxiety disorders*. – 2012. – Vol. 2:10 doi:10.1186/2045-5380-2-10.
- Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity // *Archives of suicide research*. – 2011. – Vol. 14, № 4. – P. 291-310.
- McGowan P.O., Sasaki A., Huang T. et al. Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain // *PLoS One*. – 2008. – Vol. 3, № 5, e2085.

55. McGowan, P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C. et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse // *Nature neuroscience*. – 2009. – Vol. 12, № 3. – P. 342–348.
56. Haghghi F., Xin Y., Chanrion B. et al. Increased DNA methylation in the suicide brain // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 430-438.
57. Schneider E., El Hajj N., Müller F. et al. Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers // *Cytogenetic and genome research*. – 2015. – Jul. 4. [Epub ahead of print]
58. Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions // *Psychiatry Res*. – 2015. – Vol. 228, № 3. – P. 235-242.
59. Nagy C., Suderman M., Yang J. et al. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide // *Molecular Psychiatry*. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 320-328.
60. Gross J.A., Fiori L.M., Labonté B. et al. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide // *Journal of psychiatric research*. – 2013. – Vol. 47, № 4. – P. 513-519.
61. Розанов В.А., Мидько А.А. Системный липидный обмен и суицидальное поведение // *Нейронауки*. – 2006. – Том 4, № 6. – С. 3-13.
62. Haghghi F., Galfalvy H., Chen S. et al. DNA methylation perturbations in genes involved in polyunsaturated Fatty Acid biosynthesis associated with depression and suicide risk // *Frontiers in neurology*. – 2015. – Vol. 28, № 6. – P. 92.
63. Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variations at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder // *Translational psychiatry*. – 2015. – Vol. 5, e627.
64. Le-Niculescu A.B., Levey D., Le-Niculescu H. et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality // *Molecular psychiatry*. – 2013. – Vol. 164. – P. 118-122.
65. Nagy C., Turecki G. Sensitive periods in epigenetics: bringing us closer to complex behavioral phenotypes // *Epigenomics*. – 2012. – Vol. 4, № 4. – P. 445-457.
66. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American journal of preventive medicine*. – 2014. – Vol. 47 (3 Suppl 2). – S. 144-151.
67. Bani-Fatemi A., Howe A.S., De Luca V. Epigenetic studies of suicidal behavior // *Neurocase*. – 2015. – Vol. 21, № 2. – P. 134-143.
68. Гродницкий Д. Л. Эпигенетическая теория эволюции как возможная основа нового эволюционного синтеза // *Журнал общей биологии*. – 2001. – Том 62, № 2. – С. 99-109.
69. Richards E. Inherited epigenetic variations – revisiting soft inheritance // *Nature reviews Genetics*. – 2006. – Vol. 7. – P. 395-401.
70. McEwen B. Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proceedings of National Academy of Sciences*. – 2012. – Vol. 109, suppl. 2. – P. 17180-17185.
71. Crews D. Epigenetics, brain, behavior and environment // *Hormones*. – 2010. – Vol. 9, № 1. – P.41-50.
- McGowan, P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C. et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse // *Nature neuroscience*. – 2009. – Vol. 12, № 3. – P. 342–348.
- Haghghi F., Xin Y., Chanrion B. et al. Increased DNA methylation in the suicide brain // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 430-438.
- Schneider E., El Hajj N., Müller F. et al. Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers // *Cytogenetic and genome research*. – 2015. – Jul. 4. [Epub ahead of print]
- Lockwood L.E., Su S., Youssef N.A. The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions // *Psychiatry Res*. – 2015. – Vol. 228, № 3. – P. 235-242.
- Nagy C., Suderman M., Yang J. et al. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide // *Molecular Psychiatry*. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 320-328.
- Gross J.A., Fiori L.M., Labonté B. et al. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide // *Journal of psychiatric research*. – 2013. – Vol. 47, № 4. – P. 513-519.
- Rozanov V.A., Mid'ko A.A. Sistemnyj lipidnyj obmen i suicidal'noe povedenie // *Nejronauki*. – 2006. – Том 4, № 6. – С. 3-13. (In Russ)
- Haghghi F., Galfalvy H., Chen S. et al. DNA methylation perturbations in genes involved in polyunsaturated Fatty Acid biosynthesis associated with depression and suicide risk // *Frontiers in neurology*. – 2015. – Vol. 28, № 6. – P. 92.
- Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variations at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder // *Translational psychiatry*. – 2015. – Vol. 5, e627.
- Le-Niculescu A.B., Levey D., Le-Niculescu H. et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality // *Molecular psychiatry*. – 2013. – Vol. 164. – P. 118-122.
- Nagy C., Turecki G. Sensitive periods in epigenetics: bringing us closer to complex behavioral phenotypes // *Epigenomics*. – 2012. – Vol. 4, № 4. – P. 445-457.
- Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American journal of preventive medicine*. – 2014. – Vol. 47 (3 Suppl 2). – S. 144-151.
- Bani-Fatemi A., Howe A.S., De Luca V. Epigenetic studies of suicidal behavior // *Neurocase*. – 2015. – Vol. 21, № 2. – P. 134-143.
- Grodnickij D. L. Эпигенетическая теория эволюции как возможная основа нового эволюционного синтеза // *ZHurnal obshej biologii*. – 2001. – Том 62, № 2. – С. 99-109. (In Russ)
- Richards E. Inherited epigenetic variations – revisiting soft inheritance // *Nature reviews Genetics*. – 2006. – Vol. 7. – P. 395-401.
- McEwen B. Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proceedings of National Academy of Sciences*. – 2012. – Vol. 109, suppl. 2. – P. 17180-17185.
- Crews D. Epigenetics, brain, behavior and environment // *Hormones*. – 2010. – Vol. 9, № 1. – P.41-50.

72. McGowan P.O., Szyf M. The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes // *Neurobiology of Disease*. – 2010. – Vol. 39, № 1. – P. 66-72.
73. Hing B., Gardner C., Potash J.B. Effects of negative stressors on DNA methylation in the brain: implications for mood and anxiety disorders // *American journal of medical genetics. B Neuropsychiatric Genetics*. – 2014. – Vol. 165B (7). – P. 541-554.
74. Kaminsky Z., Petronis A., Wang S.C et al. Epigenetics of personality traits: an illustrative study of identical twins discordant for risk-taking behavior // *Twin research and human genetics*. – 2008. – Vol. 11, № 1. – P. 1-11.
75. Borghol N., Suderman M., McArdle W. et al. Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation // *International journal of epidemiology*. – 2012. – Vol. 41, № 1. – P. 62-74.
76. McGuinness D., McGlynn L.M., Johnson P.C. Socio-economic status is associated with epigenetic differences in the pSoBid cohort // *International journal of epidemiology*. – 2012. – Vol. 41, № 1. – P. 151-160.
77. Cole S. W. Human social genomics // *PLOS Genetics*. – 2014. – Vol.10, № 8. – e1004601.
78. Saban K.L., Mathews H.L., DeVon H.A. et al. Epigenetics and social context: implications for disparity in cardiovascular disease // *Aging and disease*. – 2014. – Vol. 5, № 5. – P. 346-355.
79. Kang H.J., Kim J.M., Lee J.Y. et al. BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients // *Journal of affective disorders*. – 2013. – Vol. 151, № 2. – P. 679-685.
80. Rakhimkulova A.V., Rozanov V.A. Perceived stress, anxiety, depression and risky behavior in adolescents. In: 22nd Multidisciplinary ISBS International Neuroscience and Biological Psychiatry “Stress and Behavior” Conference (St.-Petersburg, Russia, May 16-19, 2015. – P. 31-32.
81. Hunter R.G., McEwen B.S. Stress and anxiety across the lifespan: structural plasticity and epigenetic regulation // *Epigenomics*. – 2013. – Vol. 5, № 2. – P. 177-194.
82. Getz L., Kirkengen A.L., Ulvestad E. The human biology – saturated with experience // *Tidsskr nor laegeforen*. – 2011. – Vol. 8, № 131 (7). – P. 83-87.
83. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит, и в чем причина? // *Суицидология*. – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 16-31.
- McGowan P.O., Szyf M. The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes // *Neurobiology of Disease*. – 2010. – Vol. 39, № 1. – P. 66-72.
- Hing B., Gardner C., Potash J.B. Effects of negative stressors on DNA methylation in the brain: implications for mood and anxiety disorders // *American journal of medical genetics. B Neuropsychiatric Genetics*. – 2014. – Vol. 165B (7). – P. 541-554.
- Kaminsky Z., Petronis A., Wang S.C et al. Epigenetics of personality traits: an illustrative study of identical twins discordant for risk-taking behavior // *Twin research and human genetics*. – 2008. – Vol. 11, № 1. – P. 1-11.
- Borghol N., Suderman M., McArdle W. et al. Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation // *International journal of epidemiology*. – 2012. – Vol. 41, № 1. – P. 62-74.
- McGuinness D., McGlynn L.M., Johnson P.C. Socio-economic status is associated with epigenetic differences in the pSoBid cohort // *International journal of epidemiology*. – 2012. – Vol. 41, № 1. – P. 151-160.
- Cole S. W. Human social genomics // *PLOS Genetics*. – 2014. – Vol.10, № 8. – e1004601.
- Saban K.L., Mathews H.L., DeVon H.A. et al. Epigenetics and social context: implications for disparity in cardiovascular disease // *Aging and disease*. – 2014. – Vol. 5, № 5. – P. 346-355.
- Kang H.J., Kim J.M., Lee J.Y. et al. BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients // *Journal of affective disorders*. – 2013. – Vol. 151, № 2. – P. 679-685.
- Rakhimkulova A.V., Rozanov V.A. Perceived stress, anxiety, depression and risky behavior in adolescents. In: 22nd Multidisciplinary ISBS International Neuroscience and Biological Psychiatry “Stress and Behavior” Conference (St.-Petersburg, Russia, May 16-19, 2015. – P. 31-32.
- Hunter R.G., McEwen B.S. Stress and anxiety across the lifespan: structural plasticity and epigenetic regulation // *Epigenomics*. – 2013. – Vol. 5, № 2. – P. 177-194.
- Getz L., Kirkengen A.L., Ulvestad E. The human biology – saturated with experience // *Tidsskr nor laegeforen*. – 2011. – Vol. 8, № 131 (7). – P. 83-87.
- Rozanov V.A. Samoubijstva sredi detej i podrostkov – chto proiskhodit, i v chem pricina? // *Suicidology*. – 2014. – Tom 5, № 4 (17). – S. 16-31. (In Russ)

STRESS-INDUCED EPIGENETIC PHENOMENA – ONE MORE BIOLOGICAL MECHANISM OF SUICIDE

V.A. Rozanov

Odessa National Mechnikov University, Odessa, Ukraine

Epigenetic phenomena (DNA methylation, histone post-transcriptional modifications and effects of microRNA) are widely discussed recently as an important intermediary mechanism between stressful life events and genetic background of the organism. Stress, especially in the early life, but also later in life, can trigger these events promoting enhanced stress-reactivity and other

alterations that further can lead to mental health problems and mental disorders. From the point of view of epigenetics, environment seems to be more important factor that genes, especially when behavior is involved. There is a growing evidence today that epigenetic changes in several brain systems, including BDNF, as well as in hypothalamic-pituitary-adrenal axis are also found in suicide victims. This evidence may become the basis for developing conceptual schemes of the role of stress and epigenetics in suicide, especially taking into consideration the role of psycho-social stress and rapid changes in the social environment.

Keywords: Epigenetics, stress, psycho-social stress, suicide.

СУИЦИДЫ В ПРИПОЛЯРНЫХ РАЙОНАХ¹

Т. Кюе Young¹, Б. Ревич², Л. Соининен³

¹Факультет общественного здоровья, Университет Альберты, Эдмонтон, Канада

²Лаборатория прогнозирования качества окружающей среды и здоровья населения, Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, г. Москва, Россия

³Отдел общественного здоровья, Институт Ельта (Hjelt), Университет Хельсинки, Финляндия

Контактная информация:

Т. Кюе Young – профессор, декан факультета общественного здоровья Университета Альберта, г. Эдмонтон, Канада. e-mail: kue.young@ualberta.ca

Статья сообщает о масштабах и динамике суицидального поведения в Приполярных районах. Выделены группы-мишени первоочередных профилактических вмешательств – молодежь коренного населения.

Ключевые слова: Арктика, суициды, молодежь, профилактика.

Суицидальное поведение (СП) коренных народов Приполярья – актуальная проблема общественного здравоохранения последних десятилетий, о чем свидетельствует ряд исследований [1, 2, 3] и мероприятий как конференция «Надежда и жизнестойкость» (Нуук, Гренландия, 2009 г.) по профилактике СП прежде всего молодежи [4]. Министры здравоохранения стран Арктического совета, объединяющего Данию, Исландию, Канаду, Норвегию, РФ, США, Финляндию, Швецию, подписали Декларацию, обязывающую «улучшить психическое здоровье, профилактику злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и самоубийств при обмене передовым опытом» [5]. Международные программы развивают научно доказательную базу лечебно - профилактических подходов при расширении ответственности органов самоуправления коренных жителей. В статье указаны масштабы и динамика суицидов коренных жителей Приполярья при сравнении стандартизованных по возрасту уровней самоубийств (УС) в районах с различной возрастной структурой населения и уязвимостью к болезням. В малонаселенных районах суициды как относительно редкое событие ведут к резким колебаниям ежегодных УС. При усреднении данных за 10 лет нестабильность УС не столь значима.

Региональные различия.

На рисунке 1 показаны УС (2000-2009 гг.) в странах-членах Арктического совета и их северных районах (для которых детализиро-

ванные данные доступны) без этнической дифференциации и учета местных особенностей. Тройку лидеров составили Чукотский АО, Гренландия и канадский Нунавут, то есть районы с значительной долей коренного населения: 30, 90 и 85% соответственно. Северные страны и их северные районы заняли нижнюю часть ранжира без Финляндии и ее двух регионов. УС в РФ достиг пика во второй половине 1990-х гг., времени социально-экономических потрясений начала постсоветской эры, но УС на Чукотке неизменно высок, особо у женщин (рис. 2).

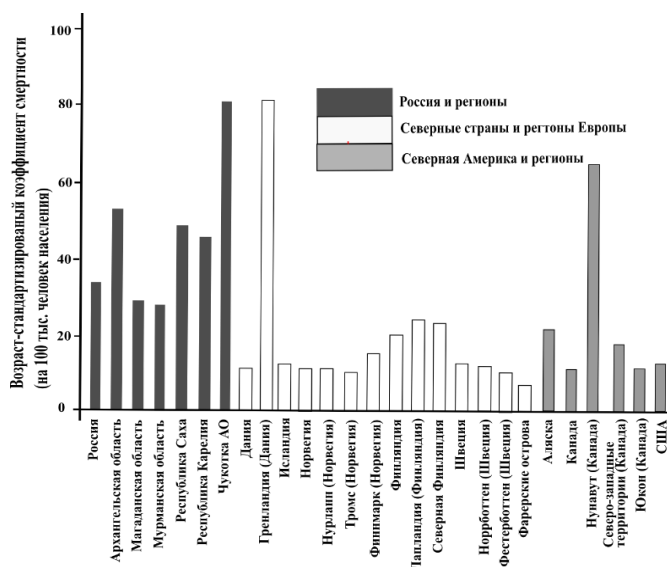


Рис. 1. УС в 8 странах Арктики и их северных районах в 2000-2009 гг.

Kue Young T., Revich B., Soinen L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview // Int. J. Circumpolar Health. – 2015. – № 74. 27349 <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v74.27349>. Статья опубликована с согласия соавторов. Перевод Е.Б. Любова.

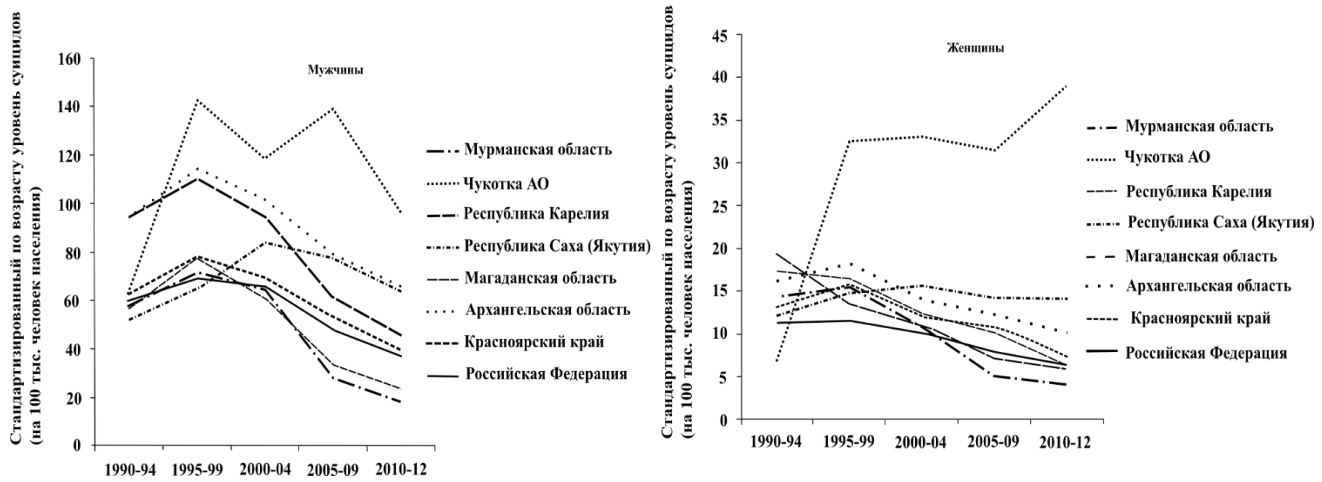


Рис. 2. Динамика УС в России и отдельных северных районах в 1990-2012 гг.

Коренное население. Среди инуитов (эскимосов. *Прим. перев.*) увеличение УС прежде всего уроженцев Аляски, затем Гренландии, канадских Нунавика и Баффиновой Земли [4], «эпидемия» СП коренных народов нарастает в том же порядке. Так, УС уроженцев Аляски в 2,4 раза выше, чем приезжих. Существенны региональные различия с наибольшим УС среди инуиатов (один из эскимосских народов. *Прим. перев.*), но вчетверо меньшим (и минимальным) в вотчине индейцев Северо-Западного побережья [6]. Сверхвысок УС мужчин и женщин во всех 4-х районах расселения канадских инуитов [7]. За 15 лет пик УС середины 1999-2003 гг. сменился спадом по настоящее время в районах преимущественного заселения инуитами без этнической дифференциации с опорой на «геозональный метод», использующий географические и демографические критерии [8]. Единственное исследование коренных жителей российской Арктики указывает на большой УС ненцев Ненецкого АО [9]. В Якутии этнические якуты и славяне (русских >95%. *Прим. перев.*) составляют 45,5 и 42% населения, но на них в 2011-2013 гг. пришлось 62 и 32% суицидов соответственно. Этнически специфические УС, однако, не известны в РФ [10], не отмечены в базах данных медицинских и социальных служб Северной Европы. Так, информация о суицидах саамов (лапландцев. *Прим. перев.*) получена с привлечением лингвистических, генеалогических и социальных критериев. Когорты саамов изучены в Норвегии [11] в 1970-1998 гг., Швеции [12] в 1961-2000 гг. и Финляндии [13] в 1979-2005 гг. УС мужчин-саамов (но не женщин) в финской (в 2,5 раза в 1997-2005 гг.) и

шведской (на 17%) когортах выше, чем у несаамов при различиях возрастного состава двух выборок, но сходных прочих показателях здоровья [14]. Коренное население Арктики для суицида выбирает огнестрельное оружие, столь доступное охотникам, и самоповешение (чаще женщины) [11, 15, 17].

Поло-возрастное распределение. УС выше у мужчин коренного и «пришлого» населения Арктики [16], как и повсеместно. Поло-возрастные особенности суицидов ненцев РФ и других народов Арктики сходны [9]. Пики УС саамов [11] приходятся на 15-24 лет, как и среди других коренных народов Арктики, и в 45-54 лет, что типичнее для некоренного населения.

Суицидальные попытки и мысли. Попытки суицидов и, тем более, мысли о суициде отмечены много чаще, чем суициды [15, 18, 19]. Суицидальные попытки ведут или не приводят к обращению за медицинской и / или социальной помощью, и их частоту трудно оценить. Различия малы меж явным СП и иными видами саморазрушительного поведения (опасные для жизни поступки или злоупотребление ПАВ), в основе которых – скрытое желание смерти. При изучении условий жизни коренных народов Арктики [20] показана распространенность суицидальных мыслей за последний год и в течение жизни. В 2007-2008 гг. [21] у 48 и 29% взрослых канадских инуитов выявлены мысли о суициде и попытки суицида, у 14 и 5% – в отдельные периоды жизни и за последний год соответственно, чаще у молодых и женщин. На Северо-Западных территориях Канады тенденция не столь выражена: 14 и 5% опрошенных вынашивали суицидаль-

ные мысли, 8 и 1% совершили попытки суицида за жизнь и последний год соответственно [22]. Среди помышляющих о суициде и совершивших попытку в арктических выборках преобладают женщины, как и в мире в целом.

Профилактика СП. Разнообразные программы обращены к группам-мишеням, совершивших суицидальные попытки, скринингу и лечению депрессии, снижению употребления ПАВ, законодательным мерам ограничения доступа к таким средствам суицида, как огнестрельному оружию. На конференции «Надежда и жизнестойкость» обсуждены местные инициативы на Аляске, в Канаде, Гренландии и Норвегии [4] и сделана попытка оценить их долговременный эффект. Молодые избегают медицинские учреждения, и психиатрические службы должны стать более доступными и привлекательными для них. Усилия необходимо направить на все население, особо на выявление жизнестойкости и защитных факторов не только с вниманием к группам риска СП. Политическое самоопределение часто полагается панацеей улучшения здоровья, но наибольший в мире УС молодежи – в Гренландии и канадском Нунавуте. Взрослые полагают «скуку» основной причиной суицида, и программы прививают навыки трудоустройства, активного полезного отдыха, укрепляя традиции культуры. Молодые объясняют СП «стрессом» и нуждаются в тесном общении, понимании в семье и контроле потребления спиртного. Предстоит разработать, внедрить подходящие особым нуждам молодым профилактические программы.

Литература:

- Allen J., Hopper K., Wexler L et al. Mapping resilience pathways of indigenous youth in five circumpolar communities // *Transcult. psychiatry*. – 2014. – Vol. 51. – P. 601-631.
- Lehti V., Niemela S., Hoven C. et al. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review // *Soc. Sci. Med.* – 2009. – Vol. 69. – P. 1194-1203.
- MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C., Ross N.A. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous circumpolar youth // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2013. – Vol. 72, № 21775 - <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21775>.
- Larsen C.V.L., Pedersen C.P., Berthelsen S.W., Chew C. eds. Hope and resilience: suicide prevention in the Arctic, Nov. 7-8, 2009 Conference Report. Available from: http://www.paarisa.gl/media/18092/seminarreport_hope.
- Arctic Council Secretariat. Arctic health declaration, Nuuk, Greenland, 16 Feb, 2011 [cited 2014 Dec 29]. Available from: www.arctic-council.org/index.php/en/document-archive/category/196-5-human-development
- Alaska Native Tribal Health Consortium. Alaska native injury atlas: an update, March 2014. Available from: http://www.anthctoday.org/epicenter/publications/injury_atlas/index.html
- Statistics Canada. Mortality, by selected causes of death (ICD-10) and sex, five-year average, Canada and Inuit regions, every 5 years. CANSIM Table 102-0704 <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil>
- Peters P.A., Oliver L.N., Carriere G.M. Geozones: an area-based method for analysis of health outcomes. *Health Rep.* – 2012. – № 23 <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012001/article/11633-eng.pdf>
- Sumarokov Y.A., Brenn T., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2014. – Vol. 73. – 24308. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch>
- Яковлева М.В., Колбина Е.Я. Особенности суицидального поведения в Республике Саха (Якутия) / Актуальные вопросы суицидологии: Мат. межрегиональной научно-практической конференции. Иркутск, 22 мая 2014 г. Ред. О.П. Ворсина. – Иркутск, 2014. – С. 138-141.
Транслитерация:
Yakovleva M.V., Kolbina E.YA. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya v Respublike Saha (Yakutiya) / Aktual'nye voprosy suicidologii: Mat. mezhregional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii. Irkutsk, 22 maya 2014 g. Red. O.P. Vorsina. – Irkutsk, 2014. – S. 138-141.
- Silviken A., Haldorsen T., Kvernmo S. Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970-1998 // *Psychiatr. Epidemiol.* – 2006. – Vol. 21. – P. 707-713.
- Hassler S., Johansson R., Sjölander P., Grönberg H., Damber L. Causes of death in the Sami population of Sweden, 1961-2000 // *Int. J. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 34. – P. 623-629.
- Soininen L., Pukkala E. Mortality of the Sami in northern Finland 1979-2005 // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2008. – Vol. 67. – P. 43-55.
- Sjölander P. What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? // *Glob. health action*. – 2011. – Vol. 4. [10.3402/gha.v4i0.8457](http://dx.doi.org/10.3402/gha.v4i0.8457).

15. Bjerregaard P., Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland. The association of childhood conditions, language and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland // Soc. Sci Med. – 2002. – Vol. 54. – P. 33-48.
16. Nunavut Bureau of Statistics. Nunavut suicides by region, sex, age group and ethnicity, 1999 to 2012 <http://stats.gov.nu.ca/en/Population%20deaths>
17. Bjerregaard P., Lynge I. Suicide: a challenge in modern Greenland // Arch. suicide Res. – 2006. – Vol. 10. – P. 209-220.
18. Kirmayer L.J., Malus M., Boothroyd L.J. Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors // Acta Pyschiatr. Scand. – 1996. – Vol. 94. – P. 8-17.
19. Wexler L., Hill R., Bertone-Johnson E., Fenaughty A. Correlates of Alaska native fatal and nonfatal suicidal behaviours, 1990-2001 // Suicide life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38. – P. 310-320.
20. Eliassen B.M., Melhus M., Kruse J. et al. Design and methods in a survey of living conditions in the Arctic – the SLiCA study // Int. J. circumpolar health. – 2012. – Vol. 71. – № 22447.
21. Saudny H., Leggee D., Egeland G. Design and methods of the Adult Inuit Health Survey 2007-2008 // Int. J. circumpolar health. – 2012. – Vol. 71. – 19752, <http://dx.doi.org/10.3402/ijch>
22. Dene Nation. First nations regional health survey report 2008-2010. Yellowknife: Dene Nation, 2012.

SUICIDE IN CIRCUMPOLAR REGIONS

T. Kue Young¹, B. Revich², L. Soininen³

¹ School of Public Health, University of Alberta, Edmonton, AB, Canada

² Institute for Forecasting, Russian Academy of Science, Moscow, Russia

³ Department of Public Health, Hjelt Institute, University of Helsinki, Helsinki, Finland

The paper focuses on the extent and magnitude of the problem of suicidal behaviours and thoughts from a circumpolar perspective – the variation across Arctic States and their northern regions, the excess risk among some indigenous groups and their demographic characteristics. Much remains to be learned about the design and implementation of youth-focused intervention programmes, especially in a circumpolar comparative framework.

Keywords: Arctic regions; suicide; youth.

УДК: 616.89-008.44

Комментарий:

**ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА РОССИИ**

Е.Б. Любов, Ю.А. Сумароков, Э.Р. Конопленько

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Архангельск, Россия
ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», г. Архангельск, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Сумароков Юрий Александрович – докторант-исследователь Арктического Университета Норвегии (г. Тромсе). Место работы и должность: начальник Управления международного сотрудничества ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» (Архангельск) МЗ РФ Адрес: 163001, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51. Телефон: (8182) 285-759, e-mail: sioury@mail.ru

Конопленько Эльвира Расимовна – главный внештатный специалист-психиатр Архангельской области. Место работы и должность: заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Адрес: 163530, Архангельская область, Приморский район, п. Талаги. Телефон: (8182) 669-655, e-mail: elvir2@yandex.ru

На основании литературных данных и опыта многоуровневых профилактических мероприятий на региональном уровне показаны актуальность и содержание гибких multidisciplinary и межведомственных культурально ориентированных программ предупреждения суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера.

Ключевые слова: коренные народы Севера, суицидальное поведение, факторы риска, защитные факторы, местные программы профилактики.

Статья Т. Кве Young и соавторов привлекает внимание к общим и особенным проблемам коренных жителей Севера в странах с различным уровнем социально-экономического развития и подходами к междисциплинарной и межведомственной проблеме (показателем многонациональный состав соавторов, специалистов различного профиля). На основании эпидемиологического динамического анализа (содержание работы шире названия) затронут и организационный аспект. Меньше внимания, за недостатком данных и в связи с популяционным аспектом, уделено клинико-социальным и психологическим проблемам коренных малочисленных народов Севера (КМНС) и Российской Федерации – в частности.

Россия – край северный (2/3 площади с > 10 млн. жителей). Крайний Север – Арктика (ныне в сердцеvine геополитического противостояния) и Субарктика от Кольского полуострова до Берингова пролива. Распоряжением Правительства РФ от 17 апреля 2006 г. № 536-р утвержден Перечень 40 коренных малочисленных (< 50000 человек) народностей Севера, Сибири и Дальнего Востока с «реликтовой» культурой [1]. В Арктической зоне РФ соседствуют почти 1/2 этих своеобразных этнических групп. Манси, нанайцы, ненцы, ханты, чукчи, эвены (10-40 тыс. человек) и «исчезающие» (<1000 человек) алеуты, нганасане, негидальцы, ороки, орочи, энцы населяют берега Северного и Тихого океанов, от северо-западных (ненцы, саамы) до северо-восточных (чукчи, алеуты) границ РФ. У сборной группы КМНС общие географическая судьба переселенцев [5] и историческая травма ассимиляции с потерей культурально значимых занятий и этнической идентичности [2]. Политика в отношении КМНС на перепутье: консервация традиционного образа жизни («откупившись льготами», устроить «этнопарк» – благопристойную резервацию) или растворение в доминирующей «промышленной» культуре новых переселенцев. Ряд положений Декларации ООН [3] отражен в ФЗ «О гарантиях прав коренных малочисленных народов РФ», «О территориях традиционного природопользования коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ», «Об общих принципах организации общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ» согласно ст. 69 Конституции РФ. Создана Ассоциация коренных малых народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ. Закрепление

за КМНС особого правового положения позволяет успешнее освоить особый путь развития при сохранении ценностей традиционного образа жизни. У общин ряд льгот в налогообложении как некоммерческих организаций, субсидии на поддержку северного оленеводства, согласно местным целевым программам социально-экономического развития КМНС. Увы, начало XXI века ознаменовано «правовой стагнацией», когда «правильные» законы не работают и / или не обеспечены ресурсами, что консервирует низкие индексы человеческого потенциала и качества жизни КМНС.

Десятилетиями образ жизни общин Арктики испытывают на прочность драматические социально-экономические перемены, обострившие неравенство (и внутриобщинное) бытовых условий, занятости (традиционная – оказалась нерентабельной) и доходов, доступности образования и медицинской помощи (население Арктической зоны РФ разрежено – 1 чел. на 1 км²; отдаленные поселения привязаны обычно к единственной дороге), конфликт поколений. Нарушен гумилевский гомеостаз: равновесие этносов с природой. Изменения среды при неразвитой инфраструктуре пагубно влияют на образ жизни, средства к существованию, культуру, физическое и психическое здоровье и благополучие [2]. Насажение новых форм хозяйствования искажает естественную линию этногенеза, повышая риск социально-стрессовых психических расстройств. Слом стереотипа жизни и систем координат ценностей ведет к психосоциальной дезадаптации лиц с низкой стрессоустойчивостью как фактору риска психосоматических, психических расстройств (прежде всего – депрессии) и тесно связанного с ними суицидального поведения (СП) [4, 5]. В этой связи опасно разрушение «чувства принадлежности» («sense of belonging») как буфера против депрессии, зависимости от ПАВ, СП [6, 7].

При сходном с общероссийским типом воспроизводства (снижение рождаемости и смертности) у КМНС России доля умерших младше 60 лет у КМНС 70 против 30% в среднем по РФ; > 3/4 представителей КМНС младше 45 лет (в РФ < 1/2). Например, средняя ожидаемая продолжительность жизни КМНС в НАО на 9 лет меньше, чем у некоренного населения [8]. В Приполярье более половины населения младше 24 лет [2]. Показателем социально-психологического и соматического неблагополучия населения служит региональный

уровень суицидов (УС). УС (2013 г.) в Архангельской области (34,6), Ненецком (51,3) и Чукотском АО (53,3) превышают в 1,5-2,5 раза усредненные показатели в РФ и соответствующих Федеральных округах (ФО) и на два порядка минимальный – в стране. Отмечен общемировой и российский тренд снижения УС в регионах. Так, в 2008 и 2013 гг. УС в Ненецком и Чукотском АО составили 103,3 и 51,3, 82,2 и 53,3 соответственно. УС мужчин в указанных регионах ≥ 30 : до 95 (Ненецкий АО). В Чукотском АО УС женщин 80-85 лет достигает 787,4 (усредненный женщин – 36,2) при 0 (!) у мужчин. Вместе с тем УС наибольшие повсеместно в группе мужчин > 70 лет (76-368 в Ненецком АО), за счет высокого риска СП в относительно малочисленной группе и низкого возраста дожития. Максимальные УС лиц трудоспособного возраста (23,6-374,4 в Чукотском АО – в возрасте 20-24 лет). Наибольшие УС среди лиц трудоспособного возраста < 30 лет лишь в Чукотском и Ямало-Ненецком АО, Магаданской области. Общий УС и УС мужчин в Ямало-Ненецком АО меньше, чем в Уральском ФО и в среднем по РФ. Однако УС женщин лишь в Мурманской области ниже общероссийского и в Северо-Западном ФО. При эпидемиологически нечастом феномене суицида мала представленность КМНС в указанных субъектах РФ. Вепсы в Карелии составляют лишь 0,5%, ненцы в Ненецком и Ямало-Ненецком АО – 18 и 9% (в 1959 – 22%) соответственно, коми – 9%; саамы Мурманской области – 0,2%. В Красноярском крае из восьми КМНС наиболее представлены долганы, эвенки, ненцы (суммарно 0,5%), в Республике Саха (Якутия) эвенков и эвенов $< 4\%$. В Магаданской области ительмены, коряки, чуванцы чукчи, эвены, юкагиры суммарно составляют 3%. В Чукотском АО «титულных» чукчей 25% (56% в 1939 г.), но чуванцев, эвенов не более 5%.

Итак, КМНС живут в регионах с неблагоприятной суицидологической ситуацией, и экстраполяция зарубежных данных, единичных отечественных, упомянутых в статье Т. Кюе Young и соавторами, и этно-культуральных исследований в других районах РФ, можно полагать, что КМНС находятся в зоне особого риска СП. Особенности структуры смертности КМНС – усиленное отражение общероссийской [4]. Несчастные случаи, отравления и травмы – основные причины смерти мужчин трудоспособного возраста. Среди них и случаи

латентного суицида. СП как биопсихосоциальный феномен КМНС связан с показателями социально-экономического благополучия региона и уровнем жизни населения; этническим составом населения и доступностью эффективной медицинской и специализированной (психиатрической, суицидологической) помощи [9, 10]. Суицидологические (антикризисные) службы указанных регионов мало развиты и, коли есть, то обычно лишь в областных столицах [9]. Сложность дифференцированного учета СП, в том числе и в малых этнических группах – проблема всех стран-членов ВОЗ [11], но данные об УС КМНС за рубежом более детализированы, как показано Т. Кюе Young и соавторами. Так, «эпидемический» УС инуитов в 1999-2003 гг. 15-кратно выше, чем в Канаде в целом при определенных усилиях в деле профилактики СП. УС мужчин-коренных жителей Аляски 15-24 лет в 14 раз выше УС США, у инупиатов Северо-Запада Аляски суициды – ведущая причина смерти в 15-18 лет [2]. В связи с высокой долей молодых суицидентов – социально-экономическое бремя психических расстройств и СП особо велико [12].

В региональной программе профилактики СП важно выделить не только констелляцию факторов риска СП для определения целевой группы первоочередного внимания, но выявлять и развивать защитные факторы. Жизнестойкость как черта личности и набор установок («включенность», «вызов», «контроль») и навыков (сотрудничества, доверия и творческого начала) [13, 14] превращает кризис бытия в возможности личностного роста и самореализации («мужество быть»), побуждает к здоровому образу мыслей и поведению, лидерству с пониманием своей значимости и ценности в противовес беспомощности (выученной как при получении гарантированного пособия), пассивности, деморализации; помогает искать поддержки и помощи, чтобы успешно справиться с дистрессом. Личностный потенциал [14, 15, 16] служит показателем эффективной саморегуляции ресурсами психического и духовного здоровья, обеспечивает стрессоустойчивость при адекватной самооценке, привлечении по необходимости социальной и неформальной поддержки для решения насущных задач. Выделены более 40 частично взаимоперекрывающихся и взаимосвязанных защитных (антисуицидальных) факторов на уровнях общества (общины), семьи и личности [2].

Община как оазис жизни среди северных далей – кладезь традиционных познаний и деятельности, источник поддержки, чувства сопричастности, общения на родном языке. Приверженность культуре способствует социализации, снижая риск депрессии и тревоги. В этой связи и церковь важна для взаимовыручки. К сожалению, традиционные способы деятельности (оленоводство, рыболовство) мало привлекательны молодежи, неконкурентоспособны, но выполняют те же утилитарные функции защиты.

Семья (род), означающая доверительные непрерывные отношения и взаимную поддержку поколений, утрачивает роль социального регулятора под натиском «городской» (промышленной) культуры. Ранее старики (эскимосы) уходили в тундру и замерзали, но сегодня их пенсии – подспорье молодым безработным членам семьи, как и детские пособия. «Суицидальное послание» близких торит путь СП как приемлемого решения жизненных проблем. Воспитание семьей и общиной связей с землей предков, причастности к культуре, языку, развитие особых навыков и умений способствует выбору правильных решений типовых жизненных коллизий и здоровой жизни, создает ощущение личной безопасности и сплоченности.

Личность: успехи в учебе и традиционно важной деятельности повышают самоуверенность и самооценку, чувство самости, принадлежности к роду, благополучие молодых, стремление быть полезным семье и общине [2]. Уровень жизни КМНС в отдаленных поселках (65%), ведущих кочевой образ жизни, ниже среднероссийского, уровень безработицы в 1,5-2 раза превышает средний по РФ. Выражены центростремительные процессы: молодые стремятся в города, где более возможностей, но нужны новые навыки, а низкий образовательный ценз (у ½ – начальное и неполное среднее образование, уровень неграмотности в 10 раз выше, чем у некоренного населения) [17] и «отрыв от корней» затрудняют приспособление. Молодые вяло (апатично) реагируют на потерю (эрозию) культуры, понимая ее как набор умений и знаний от предков [2]. Они отличаются от сверстников некоренного населения худшим физическим и психическим здоровьем. Генетическая уязвимость ускоряет зависимость от ПАВ, коварных адаптогенов. Личностные характеристики (самоуверенность, целеустремленность) способствуют жизненным успехам, в свою очередь, усиливающих самооценку, самодейственность, неформаль-

ные (семья, приятели) и социальные связи как защитные факторы от психических расстройств и СП. Далеко от дома культуральная идентичность, принадлежность к группе не менее важны для благополучия молодых (характерно создание «микрообщины», например, в студенческом общежитии). Напротив, повышенная ранимость, импульсивность, личностная незрелость указывают типовые черты predisпозиции СП [10, 18]. Среди мотивов СП преобладают обида, тоска, грусть. Исследования самоубийств ненцев в середине XIX века [8] указывают на обычай добровольной смерти из мести, страха наказания. «Богу приятна, и после подобной смерти в загробной жизни самоед будет счастливее. Молодая девица, если по принуждению родных выходит замуж за старика, то непременно до замужества себя задавит, надеясь, что после подобной смерти получит такого жениха, о каком мечтала» [19]. Опыт горя, гнева, хронической фрустрации и беспокойства снижает ресурсы совладания с последующими жизненными проблемами, а не закаляет. При этом отреагирование и стратегии совладания с дистрессом КМНС различны. Так, у канадских инуитов эмоции часто подавляются (как проявление «душевной слабости»), агрессия или противоборство не обычны для самовыражения. Напротив, инуипаты Аляски не скрывают глубокие чувства [2].

Опасен духовный вакуум (безверие не синоним атеизма) как и фасадное усвоение начал христианства. Синкретическое мировоззрение отражено в «лояльном» отношении к добровольному уходу из жизни. Духовные ценности коренного и некоренного населения существенно отличаются (табл. 1).

Взаимосвязанные пересекающиеся и взаимопотенцирующие экологические, биологические, социальные, этно-демографические, культуральные, экономические, факторы создают контекст и условия благополучия или формирования СП КМНС. Большая часть людей успешно справляется с трудностями самостоятельно и / или привлекая доступные ресурсы, ищут руководство и советы, черпают силы в общих ценностях и традициях.

Культурально ориентированные гибко структурированные целевые программы охраны психического здоровья, благополучия и профилактики СП в частности учитывают и развивают защитные факторы, стратегии жизнестойкости и совладания группы-мишени как молодых [21, 22] с привлечением неформальной поддержки.

Культурные ценности у коренных и некоренных народов Севера [по 20]

Коренные народы	Некоренные народы
– Гармония с природой	– Доминирование над природой
– Дух и тело едины	– Дух и тело отделены
– Чувства очень важны	– Чувства должны быть рационализированы
– Обучение у старших	– Обучение у профессионалов
– Вожди служат народу	– Народ служит вождям
– «Быть» значит больше, чем «иметь»	– «Иметь» значит больше, чем «быть»

Общие (обучение, любовь и похвала, чувство сплоченности) и особенные (иерархия семьи, общины, традиции труда и отдыха) для КМНС факторы.

Ряд примеров успешного воплощения указанных подходов. УС саамов (финно - угорский народ) Норвегии снизился до общенационального благодаря 30-летним усилиям политической самостоятельности, возрождения культуры и языка, включая развитие школ, развитой сети медицинской помощи, создание парламента и университета, повышение социально-экономического благосостояния. Мультимедийная программа коренной молодежи Аляски включила аудио и видео рассказы на CD-ROM с приложением брошюры с короткими личными историями. Использование социальных сетей, как фейсбука для поддержки благополучия и общения вдали от дома.

В Архангельской области с 2010 г. реализуется международный российско-норвежский проект по профилактике самоубийств, включивший 4 «пилотных» района (Вельский, Виноградовский, Пинежский и Шенкурский) с относительно высокими УС. Врачи общей практики, медицинские психологи, психиатры обучены раннему выявлению депрессии, риска суицидального поведения, злоупотребления ПАВ часто как средства самолечения. В своем районе они обучили медперсонал по принципу «равный обучает равного». Проведены выездные семинары для врачей общей практики в Вельском и Приморском районах. Привлечены и специалисты первичного звена соседних Шенкурского, Устьянского районов. Организованы лекции по диагностике и лечению депрессий для психиатров, неврологов, врачей общей практики с привлечением специалистов Москвы и Санкт-Петербурга. В Ненецком АО проведены выездные семинары с психологами и педагогами по вопросам профилактики суицидов и зависимостей. Реализуется долгосрочная целевая программа «Комплексные ме-

ры по профилактике потребления психоактивных веществ и совершенствованию оказания наркологической помощи населения Ненецкого автономного округа на 2012-2016 годы». На профилактику алкогольной зависимости и депрессии у КМНС нацелена программа «Общинное здравоохранение» под патронатом посольства Франции. Однако усилия государственных и негосударственных организаций и объединений пока недостаточны. Предстоит поиск путей эффективного взаимодействия с общинами КМНС и создание эффективной программы профилактики СП.

Целью скрининга как неперменной части типовой программы профилактики СП на социальной и медиа-платформе становится выявление predispositionных суицидогенных факторов, локусов личностной уязвимости к ним, защитных (антисуицидальных) факторов, включающих резервы совладания с дистрессом, признаков социально-психологической дезадаптации и клинических групп риска СП для последующей целевой антикризисной работы. Перспективны развитие линий «Телефона доверия» с бесплатным доступом по мобильной связи, онлайн консультирование, «полевая работа» бригад специалистов с привлечением местных медиков, уважаемых в общине лиц (старейшин) как посредников и экспертов, живых примеров преодоления трудностей в лице обученных добровольцев. Нужны программы для остающихся обычно вне внимания пожилых и близких суицидентов (третичная профилактика СП). По Э. Дюркгейму, риск СП возрастает и при резких переменах к лучшему (без учета широкого культурального контекста). При планировании программ важно учитывать потребности и изменчивые (эластичные) нужды взрослых и молодежи, что отмечают и Т. Кве Young и соавторы. Взрослые полагают, что нужны работа и образование при сохранении привычного уклада; молодым важно «просто выговориться», обсудить повсе-

дневные дела и ближайшие планы, в связи с чем так ценны неформальная поддержка и наставники, ресурсы самой общины и семьи. Для динамической оценки результатов программы следует привлечь самих «потребителей». При этом нельзя ожидать существенных изменений в СП без интеграции антикризисных мероприятий в более широкие программы социально-экономического и культурного возрождения региона. Даже привлекательная программа охватит лишь малую часть потенциальных суицидентов, в связи с чем так важна первичная профилактика СП, широкая психобразовательная программа для КМНС, обучение врачей общей практики, социальных работников, преподавателей основам выявления риска СП и депрессии [23].

По Монтеню, «природа назначила нам один путь появления на свет, но указала тысячи способов ухода из жизни». КМНС выбирали [19] и выбирают (как почти повсеместно) требующее подготовки и решимости «удавление». Петля предупредит освобождение вселившегося «демона» [19]. Видимо, это замечание косвенно указывает и на психические рас-

стройства ряда суицидентов. Доступность огнестрельного оружия охотника повышает риск СП в его семье. Однако особенности методов СП КМНС не изучены, что нужно при организации профилактических мероприятий. Условия жизни КМНС делают реалистичный подход [24] подходящим для изучения культуральных норм, потребностей, жизненных ценностей, ролевых моделей поведения и принятия решений, путей поиска помощи, развития и реализации жизнестойкости, выбора стратегий совладания, защитных факторов семьи и общины, способствующих стрессоустойчивости. Перспективен качественный анализ (создание фокус-групп, полуструктурированные опросы, рассказы от первого лица).

Проблемы здоровья КМНС следует рассматривать в целостной географической (средовой), социо-культуральной, духовной, экономической и политической перспективах [2, 10, 25]. Индивидуальное здоровье, профилактика принципиально обратимой суицидальной смертности определяют судьбу и благополучие семьи и общины.

Литература:

1. Гумилев Л.Н., Окладников А.П. Феномен культуры малых народов Севера // Декоративное искусство. – 1982. – № 8. – С. 23-28.
2. MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C., Ross N.A. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72. – № 10.
3. Декларация ООН о правах коренных народов. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/indigenous_rights.shtml
4. Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Том 18. – Вып. 1. – С. 81-88.
5. Wexler L., Joule L., Garoutte J. et al. “Being responsible, respectful, trying to keep the tradition alive:” cultural resilience and growing up in an Alaska Native community // Transcult. Psychiatry. – 2013. doi: 10.1177/1363461513495085.
6. Hatcher S., Stubbersfield O. Sense of belonging and suicide: a systematic review // Can. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 58. – P. 432–436.
7. Hill D.L. Relationship between sense of belonging as connectedness and suicide in American Indians. Arch. Psychiatr. Nurs. – 2009. – Vol. 23. –P. 65-74.
8. Российский статистический ежегодник, 2014. <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0581/biblio04.php>
9. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 3-17.

Транслитерация:

- Gumilev L.N., Okladnikov A.P. Fenomen kul'tury malyh narodov Severa // Dekora-tivnoe iskusstvo. – 1982. – № 8. – S. 23-28. (In Russ)
- MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C., Ross N.A. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72. – № 10.
- Deklaraciya OON o pravah korennyh narodov. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declaration/s/indigenous_rights.shtml (In Russ)
- Vojcekh V.F. Dinamika suicidov v regionah Rossii. // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2008. – Tom 18. – Vyp. 1. – S. 81-88. (In Russ)
- Wexler L., Joule L., Garoutte J. et al. “Being responsible, respectful, trying to keep the tradition alive:” cultural resilience and growing up in an Alaska Native community // Transcult. Psychiatry. – 2013. doi: 10.1177/1363461513495085.
- Hatcher S., Stubbersfield O. Sense of belonging and suicide: a systematic review // Can. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 58. – P. 432–436.
- Hill D.L. Relationship between sense of belonging as connectedness and suicide in American Indians. Arch. Psychiatr. Nurs. – 2009. – Vol. 23. –P. 65-74.
- Rossijskij statisticheskij ezhegodnik, 2014. <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0581/biblio04.php>
- Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Cuprun V.E., Chubina S.A. Territorial'nye suicidologicheskie sluzhby Rossii: struktura i funkciya // Suicidology. – 2014. – Tom 5, № 3 (16). – S. 3-17. (In Russ)

10. Положий Б.С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 11-17.
11. Предупреждение суицидов: глобальный императив. – Женева: ВОЗ, 2014. – 102 с.
12. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 3. – С. 3-10.
13. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. К вопросу значения понятия жизнестойкости в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20. – Вып. 3. – С. 81-85.
14. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and mental health // J. Personal. Assessment. – 1994. – Vol. 63. – P. 265-274.
15. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации: ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / Ред. Б.С. Братусь, Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2002. – Вып. 1. – С. 56-65.
16. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Том 22, № 1. – С. 16-24.
17. Росстат – Федеральная служба государственной статистики. Всероссийская перепись населения - 2010 г. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm2010 г.
18. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. – М.: МНИИП, 1980. – 30 с.
19. Зеленин Д.К. Избранные труды. Статьи по духовной культуре, 1934-1954. – М., "Индрик", 2004. – С. 111-144.
20. Mulvad G. Challenges for Health and Well-being in the Arctic: Local Capacity Building Strengthens the Arctic Collaboration, ICCH16, Oulu, Finland, 12.08.2015. Available at: URL: <http://icch16 oulu.fi/site/files/Abstracts/PLE4P1.pdf>
21. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
22. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11) – С. 35-44.
23. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11-12.
24. Pawson R., Greenhalgh T., Harvey G., Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions // J. Health Serv. Res. Policy. – 2005. – Vol. 10. – P. 21-34.
- Polozhij B.S. Reformirovanie sistemy suicidologicheskoy pomoshchi – neobhodimoe uslovie sovershenstvovaniya ohrany obshchestvennogo psicheskogo zdorov'ya // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2011. – № 6. – S. 11-17. (In Russ)
- Preduprezhdenie suicidov: global'nyj imperativ. – ZHeneva: VOZ, 2014. – 102 s. (In Russ)
- Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. EHkonomicheskoe bremya suicidov v Rossijskoy Federacii // Suicidology. – 2012. – Tom 3, № 3. – S. 3-10. (In Russ)
- Gurovich I.YA., Storozhakova YA.A. K voprosu znacheniya ponyatiya zhiznestroykosti v psi-hiatrii // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2010. – Tom 20. – Vyp. 3. – S. 81-85. (In Russ)
- Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and mental health // J. Personal. Assessment. – 1994. – Vol. 63. – P. 265-274.
- Leont'ev D.A. Lichnostnoe v lichnosti: lichnostnyj potencial kak osnova samodeter-minacii: uchenye zapiski kafedry obshchej psihologii MGU im. M.V. Lomonosova / Red. B.S. Bratus', D.A. Leont'ev. – M.: Smysl, 2002. – Vyp. 1. – S. 56-65. (In Russ)
- Maklakov A.G. Lichnostnyj adaptacionnyj potencial: ego mobilizaciya i prognozi-rova- nie v ehkstremaal'nyh usloviyah // Psihologicheskij zhurnal. – 2001. – Tom 22, № 1. – S. 16-24. (In Russ)
- Rosstat – Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Vserossijskaya perepis' naseleniya - 2010 g. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm2010 g. (In Russ)
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: metod. re-komendacii. – M.: MNIIP, 1980. – 30 s. (In Russ)
- Zelenin D.K. Izbrannye trudy. Stat'i po duhovnoj kul'ture, 1934-1954. – M., "In-drik", 2004. – S. 111-144. (In Russ)
- Mulvad G. Challenges for Health and Well-being in the Arctic: Local Capacity Building Strengthens the Arctic Collaboration, ICCH16, Oulu, Finland, 12.08.2015. Available at: URL: <http://icch16 oulu.fi/site/files/Abstracts/PLE4P1.pdf>
- Borisov I.V., Lyubov E.B. Diagnostika i ehkzisten-cial'naya psihoterapiya suicidal'-nogo povedeniya. [EHlektronnyj resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlek-tron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (In Russ)
- Borisov I.V., Gladysheva A.G., Lyubov E.B. Ontologicheskij vzglyad: suicidal'noe po-vedenie i fenomen zhiznestroykosti // Suicidology. – 2013. – Tom 4, № 2 (11) – S. 35-44. (In Russ)
- Kornetov N.A. Mul'tiaspekttnaya model' profilaktiki suicidov // Tyumen medical journal. – 2013. – Tom 15, № 1. – S. 11-12. (In Russ)
- Pawson R., Greenhalgh T., Harvey G., Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions // J. Health Serv. Res. Policy. – 2005. – Vol. 10. – P. 21-34.

25. Allen J., Hopper K., Wexler L. et al. Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities // *Transcult Psychiatry*. – 2014. – Vol.51.–P.601–631. doi: 10.1177/1363461513497232.

Allen J., Hopper K., Wexler L. et al. Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities // *Transcult Psychiatry*. – 2014. – Vol. 51. – P. 601–631. doi: 10.1177/1363461513497232.

RESILIENCE AND SUICIDE BEHAVIOUR RISK FACTORS IN INDIGENOUS PEOPLES OF THE RUSSIAN NORTH

E.B. Lyubov¹, Y.A. Sumarokov², E.R. Konoplenko³

¹Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia ²Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

³Arkhangelsk Regional Clinical Mental Hospital, Russia

The article shows the reserves of multilevel prevention programs for indigenous people in the Arctic as the target group of risk of suicidal behavior.

Keywords: Indigenous peoples of the North, suicidal behavior, risk factors, protective factors, regional prevention programs.

УДК: 616.89-008.441.44.217.5

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕЛИГИОЗНОСТЬ

В.Э. Пашковский, В.К. Шамрей, А.Г. Софронов, К.В. Днов, Н.Н. Рутковская

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия
СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кашенко», Россия

Контактная информация:

Пашковский Владимир Эдуардович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ. Адрес: 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. Телефон: (812) 303-51-20, e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Шамрей Владислав Казимирович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ. Адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17. Телефон: (812) 329-71-89, e-mail: shamreyv.k@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ. Главный врач СПб ГКУЗ "Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова". Главный психиатр и нарколог Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга. Адрес: 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. Телефон: (812) 303-51-20, e-mail: alex-softronov@yandex.ru

Днов Константин Викторович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: докторант при кафедре психиатрии ФГБ ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны РФ. Адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17. Телефон: (812) 329-71-89, e-mail: konstantindnov@yandex.ru

Рутковская Наталья Сергеевна – врач-психиатр. Место работы: СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кашенко». Адрес: 188357, Ленинградская область, Гатчинский район, с. Никольское. Телефон: (813) 715-61-44, e-mail: rutkovskayanatalja@yandex.ru

В статье рассматривается проблема зависимости суицидального поведения от уровня религиозности. На основе анализа религиозных текстов различных конфессий, работ, посвященных изучению суицидального поведения лиц с различной религиозной принадлежностью, делается вывод о большем значении религиозности как антисуицидальном факторе в традиционных авраамических религиях (Ислам, Христианство, Иудаизм) по сравнению с религиями Востока, особенно при условии вовлеченности прихожан в жизнь церковной общины.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, религия.

Современная суицидология рассматривает религиозную веру как защитный фактор против суицидального поведения [1, 2, 3]. Вместе

с тем, отношение к самоубийству в разных религиозных учениях имеет свои особенности. Хотя ни одна из традиционных мировых религий

гий прямо не поощряет самоубийства, их позиции не имеют абсолютного совпадения. Иудаизм, христианство, ислам, основанные на идее человека, как образа Божия, имеют более выраженную антисуицидальную позицию, чем восточные религии с концепциями о переселении душ или о возрождении [4]. Это подтверждается соответствующими показателями. К примеру, приблизительно одинаковыми значениями глобального религиозного индекса в баллах, согласно опросу Gallup [5], равным в Российской Федерации – 55, в Финляндии – 53, в Республике Корея – 52 соответствуют значительно различающиеся в этих странах показатели самоубийств на 100000 населения – 19,5; 14,8; 28,9 [6]. Хотя различия показателей суицидального поведения объясняется взаимодействием социальных, экономических, биологических факторов, без учета религиозного фактора невозможно в полной мере оценивать риски суицида.

Отношение к самоубийству в традиционных мировых религиях

В авраамических религиях (иудаизме, христианстве и исламе) самоубийство считается греховным. В Библии описано 7 случаев самоубийств:

1. царь Авимелех, приказал оруженосцу умертвить себя после того, как во время осады города Тевец одна женщина бросила ему на голову обломок жернова. Будучи гордым, Авимелех не мог смириться с возможной смертью от женской руки (Суд 9:50-57);

2) Ветхозаветный Судья – герой Самсон, прославившийся своими подвигами в борьбе с филистимлянами, обрушил на себя и на них дом, под обломками которого был погребен сам и враги его (Суд 16:25-30);

3) Царь Саул покончил жизнь самоубийством под давлением поражения и из-за боязни мук и издевательств своего врага (1 Цар31:1-4);

4) Оруженосец царя Саула покончил собой из солидарности с господином (1 Цар 31:5);

5) Советник Ахитофел, предав царя Давида, стал служить и давать советы сыну его Авессалому. Советы же Ахитофела, которые он давал, в то время считались, как если бы кто спрашивал наставления у Бога. Когда Авессалом пренебрег одним из советов Ахитофела, последний вернулся в родной дом и покончил жизнь самоубийством через повешение (2 Цар 17:23);

6) Узурпировавший власть Замврий процарствовал 7 дней. Когда народ поднял восстание и Замврий увидел, что город взят, он вошел во внутреннюю комнату царского дома и «зажег за собою царский дом огнем и погиб» (3 Цар 16:15-20);

7) Иуда Искариот, сын Симона предал Иисуса за 30 серебряников, а потом повесился (Мф 27:3-5) [7].

Хотя Ветхий Завет напрямую не содержит никаких запретов лишать себя жизни, в представленных примерах уже обозначены некоторые причины суицида: самопожертвование, гордость, угрызения совести, страх перед грядущими мучениями.

В христианском обществе самоубийство было формально запрещено с самого возникновения христианства. Еще в 452 г. Арльский собор заявил, что самоубийство – преступление, и, что оно есть не что иное, как результат дьявольской злобы. Но только в следующем веке, в 563 г., на Пражском соборе это запрещение получило карательную санкцию. Там было постановлено, что самоубийцам не будет оказываться «честь поминовения во время святой службы, и, что пение псалмов не должно сопровождать их тело до могилы» [8].

В православной традиции грех самоубийства складывается как из самого факта убийства (себя в данном случае), так и грехов неверия и маловерия, малодушия, грехов отчаяния и уныния, через которые самоубийца отказывается нести свой жизненный крест, усомнившись в спасительном Промысле Божиим о каждом человеке. По церковным канонам, самоубийц и даже подозреваемых в самоубийстве нельзя отпевать в храме, поминать в церковной молитве за Литургией и на панихидах [9].

В Европе вследствие реформации XVI в., разделившей христианство на множество течений, основные постулаты, запрещающие самоубийство, оставались незабываемыми. К ним относятся следующие положения: 1) самоубийство – это разновидность убийства; 2) человек, кончающий жизнь самоубийством, отвергает над собою власть Бога и берет на себя роль судьи и господина своей жизни; 3) самоубийство является бунтом против Творца; 4) самоубийство есть продукт «хождения на поводу» у Сатаны; 5) Иисус пришёл не забрать, а дать нам жизнь; 6) наша жизнь принадлежит Богу.

Запрещение самоубийства в исламе не менее жестко, чем в иудео-христианских источниках. По словам В.С. Соловьева [10] "Ислам – это последовательное и искреннее византийство, освобожденное от всех внутренних противоречий. Он представляет собой открытую и полную реакцию восточного духа против христианства, систему, в которой догма тесно связана с законами жизни, в которой индивидуальное верование находится в совершенном согласии с политическим и общественным строем". Отсюда преступность суицида заключается в отказе от подчинения воле Аллаха, от своего долга, от судьбы. В Коране приводятся слова Аллаха: "О вы, которые уверовали! Не пожирайте имуществ ваших между собой попусту, если это только не торговля по взаимному согласию между вами. И не убивайте самих себя. Поистине, Аллах к вам милосерд! А кто делает это по вражде и несправедливости, того Мы сожжем в огне. Это для Аллаха легко!" (Кор, 4:29,30).

В хадисах, то есть посткоранских преданиях о словах и деяниях Пророка содержатся угрозы самого строгого наказания за лишение себя жизни. В одном из них пророк Мухаммед говорит: «Убивший себя железом будет до скончания века таскать на себе в аду орудие преступления. Отравившийся будет вечно пить свою отраву. Спрыгнувший с высоты будет вновь и вновь падать в самую бездну преисподней». Таким образом, самоубийство противоречит самому духу ислама, где высшей добродетелью считается полное подчинение воле Аллаха [11].

В отличие от иудео-христианской традиции и традиции ислама религиозная традиция стран северо-восточной (Китай, Корея, Монголия, Япония), юго-восточной (Вьетнам, Лаос) и южной (Индия) Азии отличается многообразием религиозной мысли. Буддизм и синтоизм, а также духовно-заряженные системы верований конфуцианства и даосизма – только немногие из религиозных течений, которые делают духовность на востоке уникальной.

Целью существования в буддизме считается достижение нирваны – некой принципиально отличной от эмпирической формы внеличного бытия. Прийти к ней можно совершая череду перевоплощений (колесо сансары). Суицид, прерывая этот цикл, не освобождает человека от страданий, а только усугубляет их, отделяя возможность благоприятной религиозной перспективы [12, 13].

Вместе с тем, в буддизме не существует единого мнения, является ли суицид оправданным, если в его основе существовал альтруистический мотив. Веря, что суицидальным актом они совершают благое дело, буддийские монахи в 60-е годы подвергли себя самосожжению в знак протеста против американской оккупации Вьетнама [14]. В то же время, по словам нобелевского лауреата Кавабата Ясунари [15], «Как бы ни был чужд этот мир, самоубийство не ведет к просветлению. Как бы ни был благороден самоубийца, он далек от мудреца».

В китайском обществе традиционно сохраняется страх перед душами самоубийц, которые, вселяясь в людей, могут вызывать сумасшествие. В конфуцианской традиции считается, что человек не имеет права портить свое тело, включая волосы и кожу, поскольку оно принадлежит его роду, и он им как бы временно пользуется, однако и резкому осуждению самоубийцы не подлежат [16].

В Индии, согласно древнейшим ведическим гимнам, жертвуя собой, человек открывает себе дорогу в вечность на небо, где обитает древний Садхья. Упанишады, напротив, осуждают суицид: «Те, кто взял свою жизнь, после смерти попадают в землю, где не бывает солнца, где все покрыто вечной мглой». Наиболее известным видом ритуальных самоубийств, распространенных в Индии, можно считать сати – самосожжение вдовы брамина вместе с телом мужа. Даже в наши дни ежегодно полиция регистрирует десятки тысяч погребальных костров с женщинами. Причем в протоколах самосожжение вдовы одновременно с телом мужа записывают как обычную «саха-марана» («смерть вдвоем») [17].

Синтоизм – традиционная религия в Японии, основанная на анимистических верованиях древних японцев, не только не запрещала, но и прямо поощряла социально регламентированное самоубийство в варианте харакири, или сэппуку [18].

«Религиозные» самоубийства в дореволюционной России

Существенную роль в общественной жизни России суицидальное поведение, обусловленное религиозными убеждениями, стало играть в период XVII – XVIII веков, когда голос радикальных противников никоновских реформ зазвучал в унисон с эсхатологическими

настроениями, которые существовали в российском обществе в конце XVII века [19]. По приблизительной статистике, только до 1690 г. в самосожжениях по религиозным мотивам покончило с собой больше 20000 человек» [20]. Ведущую роль в самосожжениях играли старообрядческие наставники (старцы), которые обладали многочисленными познаниями, включавшими как технологию строительства необходимой для самосожжения постройки («згорелого дома»), так и военными навыками, необходимыми для организации ее обороны. Но особенно важным элементом их познаний были навыки психологической обработки собравшихся «к згорению» крестьян. Они включали создание атмосферы крайнего пессимизма, ограничения в пище, исполнение многочисленных обрядов. Появление отрядов, призванных пресечь самосожжение, отождествлялось с вторжением враждебной силы (мира Антихриста) и практически всегда ускоряло трагический финал. Все это, в конечном счете, привело к продолжительной эпидемии массовых самосожжений, а также распространению других видов ритуального суицида. [20].

Как показывают самые ранние сведения о «гарях», первые самосожжения происходили в разного рода хозяйственных постройках, наспех приспособленных для новой неожиданной цели [21]. Однако к концу 17 века под «гарями» старообрядцы стали специально перестраивать свои дома: «в избах де иных дорских, в которых живут они, росколники, окна забиты чюрками, а толк де оставлено по одному полному окну и соломою все вокруг обволочены» [22]. Как известно, «ограничение произвольных движений чрезвычайно важно для внушаемости» [23]. В том числе и поэтому позже «изба была так устроена, чтоб никому из нее нельзя было выкинуться» [24]. Данное явление не могло остаться вне поля зрения психиатров. И.А. Сикорский категорически отрицал взаимосвязь между старообрядческими «вольными смертями» и правительственными гонениями на приверженцев «древлего благочестия»: «Политическая жизнь, – писал он, – социальные бедствия, преследования правительств скорее вызывают появление мятежей, активного сопротивления, в самоистреблениях мы имеем дело с психологическим явлением глубоко пассивного типа. Этой своей стороной самоистребление ближе всего подходит к явлениям патологическим» [25]. По мнению В.М.

Бехтерева, «убеждения раскольников создают почву для самоистребительных стремлений», но основой для воплощения идеи самосожжения в действительности стала всесторонняя (как географическая, так и психологическая) изоляция от внешнего мира: «при этих-то условиях самоистребительная проповедь и находит себе благодарную почву» [23]. При этом важно помнить, что в тот исторический период технические возможности для объективной оценки психического состояния и выраженности аффективных нарушений были значительно более ограничены, чем в настоящее время [26]. В любом случае, массовые самоубийства староверов следует рассматривать не как спонтанный акт отчаяния, а как вполне сознательный и продуманный поступок. Поскольку для тех, кто искренне уверовал в спасительность самосожжений, «згорелый дом» становился воображаемыми воротами в Царствие Небесное [21].

Самоубийство в нетрадиционных религиозных течениях и деструктивных сектах нашего времени

В последние десятилетия наиболее экстремистским религиозным течением показал себя ваххабизм. Корни ваххабизма восходят к поборническим идеям проповедника из Неджда Мухаммада Абдель Ваххаба (1703-1787 гг.), который решил «очистить» ислам от нововведений, опираясь на идеи сирийского богослова Ибн Таймийя (1263-1328 гг.), жившего в Аравии. Он представляет собой достаточно новое направление сектантского ислама, который по форме и содержанию резко отличается от подлинного ортодоксального. Эти различия проявляются по отношению к смерти шахида. В Исламе этот термин применяется как в отношении свидетеля на суде, так и в отношении верующих, принявших мученическую смерть на войне против врагов, сражаясь во имя Аллаха, защищая свою веру, родину, честь, семью. Причем не имеет значения, были ли они убиты врагом, или смерть наступила в результате несчастного случая, или их нашли убитыми после боя и неизвестна причина их смерти. Смерть за Веру наступает только в том случае, когда мусульманин находится в состоянии защиты, борьбы против сил, пытающихся насильственным путем уничтожить Ислам [27].

Если в Исламе самоубийство считается страшным, непростительным грехом, то сала-

фиты называют убийц – смертников мучениками, которые сразу попадают в рай, убив женщин, детей и стариков. Поэтому те, кто намеревается совершить акт «шахида», могут до своей смерти как угодно грешить, получать физическое удовольствие, предаваясь порокам, вплоть до пьянства, употребления наркотиков и посещения мест, где оказываются интимные услуги. Поскольку они присвоили себе право объявлять людей вероотступниками, отвергать традиционную власть, санкционировать самоубийство и не соблюдать правила войны, легко понять, почему именно ваххабиты-такфириты-салафиты составляют костяк международного террористического подполья [28].

В основе подготовки смертников лежат изнурительные тренинги, в ходе которых происходит трансформация личности, человек становится другим. «Как правило, боевики набирают в группу смертников знакомых между собой людей. Они постоянно вместе, общаются, поддерживают друг друга. И когда приходит нужный момент, не могут «дать слабины». Один из арабских террористов-самоубийц, оставшийся в живых, рассказывал: в ходе психологической обработки имитируется похоронная процедура, чтобы человек увидел, с какими почестями он будет похоронен. Потом самоубийцы записывают на видео свою речь, где говорят, почему они это сделали, пишут прощальные письма. Непосредственно перед самой акцией совершается обряд очищения. Все это настраивает человека на теракт-самоубийство и психологически отрицает путь к отступлению. Другими словами, подготовка смертника – сложный процесс изменения сознания, конечным результатом которого является приведение его в такое состояние, когда он воспринимает окружающий мир как нечто враждебное, заслуживающее не только презрения, но и уничтожения» [29]. Психология суицидального терроризма до конца еще не изучена и требует применения междисциплинарного подхода, включающего антропологические, экономические, исторические и политические факторы [9, 30, 31, 32, 33].

Опасность деструктивных религиозных сект заключается в том, что только в них практикуются массовые убийства и самоубийства. Например,

– секта Христофора (Зырянова Х.И.) – 1931-1935 гг. – убийства и самоубийства путем утопления в реке, болоте и сожжения на

костре около 60 adeptов секты в Кировском крае;

– *Культ Джима Джонса "Народный храм"* – 18.11.1978 г. – массовое самоубийство и убийство 911 человек в Джонстауне в Гайане;

– *Культ Дэвида Кореша "Ветвь Давидова"* – 04.1993 г. – массовое самосожжение adeptов в г. Вако (шт. Техас, США);

– *Орден Храма Солнца* – 1993-1994 гг. – 2 ритуальных самоубийства и 3 ритуальных убийства, в том числе убийство маленького ребенка, объявленного воплощением Антихриста; 04-05.10.1994 г. – массовое убийство и самоубийство 48 adeptов в 2 швейцарских деревнях Гранж-сюр-Сальван и Шейри и еще 5 – в пригороде Монреаля (Канада); 22.12.1995 г. – самосожжение 16 adeptов, в т.ч. 1 девочки и 2 мальчиков от 2 до 6 лет во Французских Альпах; 23-24.03.1997 г. – ритуальное самосожжение в Сен-Казимире, в сотне километров от Квебека (Канада) еще пятерых adeptов: троих французов, одного канадца и одного швейцарца [34].

В отдельных случаях у adeptов религиозных сект возникают психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. Нет оснований предполагать, что пребывание в секте является пусковым механизмом для формирования религиозно-архаического бредового комплекса, однако, несомненно, оно играет роль патопластического фактора. Среди обследованных нами больных с религиозно-мистическими переживаниями [35] 8,7% были adeptами религиозных сект, 6,3% посещали учебные заведения и группы с использованием воздействий оккультного толка, 4,0% – нерелигиозные объединения с использованием воздействий оккультного толка, 1,7% были пациентами лечебных учреждений с использованием воздействий оккультного толка (кармическая медицина, астральная медицина и пр.), 14,7% посещали кабинеты магов, экстрасенсов, колдунов, массовые оздоровительные сеансы оккультного толка. Суицидальные попытки совершали 12,6% обследованных, но только у adeptов деструктивных сект осуществлялось суицидальное поведение с целью слиться с божеством, с «космосом». Суицидальные акты происходили на высоте мистической экзальтации. Больные отмечали утрату чувства времени и пространства, переживание неземной радости и любви к богу. Возникла напряженная

потребность слиться с божеством, уничтожив собственную телесную оболочку. Например, больная в состоянии религиозного экстаза, стремясь присоединиться к Богу и сменить земное телесное состояние на духовное, совершила «обряд очищения» – вскрыла себе вены. Критики к совершенному не испытывала, сожалела, что не осуществила задуманное.

Взаимосвязь религии и суицида в странах мира

Сопоставление уровня самоубийств и религиозности в странах мира наталкивается на известные трудности, что иллюстрирует таблица 1, составленная по материалам ВОЗ [6] и опроса Gallup [5].

Для сопоставления выбрано 19 стран с самым высоким уровнем религиозности. Отмечается высокий индекс религиозности и низкий показатель самоубийств в первых трех странах из этого списка (Гана, Нигерия, Армения) и обратное соотношение в последних двух странах (Индия, Польша). Однако статистическое сопоставление, хотя и выявило отрицательную корреляционную связь индекса религиозности

и показателя самоубийств ($r = -0,40$), коэффициент корреляции r оказался статистически незначимым ($p=0,087$), что больше принятого в доказательной медицине уровня значимости ($p<0,05$). Это можно объяснить различным отношением соответствующей религии к самоубийству, различиями в религиозном составе населения, экономическими и другими факторами.

В Российской Федерации количество самоубийств, достигнув своего пика на уровне около 40 на 100000 в середине-конце 90-х годов, с тех пор неуклонно падает: по данным ВОЗ [6], в 2013-2014 гг. в России на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийства. По индексу религиозности, равном 55 [5], Россия занимает 38 место из 56 стран. Официальная статистика религиозного состава населения в России отсутствует. По данным репрезентативного опроса, в котором приняло участие 56900 респондентов [36], 41% считают себя православными, 25% – верующими без конфессиональной принадлежности, 13% – атеистами, 4,7% – мусульманами и по 0,5% – буддистами, католиками, иудаистами.

Таблица 1

Соотношение между уровнем самоубийств и индексом религиозности

Страна	Религии		Уровень суицида (на 100000 населения)	Индекс религиозности (в баллах)
	*	%		
Гана	христианство	41,0	3,1	96
Нигерия	ислам	50,4	3,5	93
Армения	христианство	94,7	2,9	92
Фиджи	христианство	52,0	7,3	92
Македония	христианство	64,8	5,2	90
Румыния	христианство	98,8	10,5	89
Ирак	ислам: шииты	65,0	1,7	88
	сунниты	35,0		
Кения	христианство	83,0	16,2	88
Перу	христианство (католицизм)	81,3	3,2	86
Бразилия	христианство (католицизм)	64,6	5,8	85
Грузия	христианство (православное)	83,9	3,2	84
Пакистан	ислам: сунниты	91,0	9,3	84
	шииты	5,0		
Афганистан	ислам: сунниты	80,0	5,7	83
	шииты	19,0		
Молдова	христианство (православие)	93,3	13,7	83
Колумбия	христианство (католицизм)	90,0	5,4	83
Камерун	аборигенные культуры	40,0	7,0	82
	христианство	40,0		
Малайзия	ислам	61,3	3,0	81
Индия	индуизм	80,4	21,1	81
Польша	христианство (католицизм)	87,0	16,6	81

Примечание: * – в столбце указаны религии, к которым согласно переписи или опросов причисляет себя большинство населения.

В исследовании, проведенном в 90-х гг. прошлого века К. Каарияйнен и Д.Е. Фурманом [37] отмечалось, что важной чертой современной русской религиозности является громадное распространение разных нехристианских религиозных и парарелигиозных идей, вера в которые более распространена, чем вера в основные элементы христианского вероучения. По их данным, в 1999 г. в Бога верили 61% опрошенных, в загробную жизнь 24%, в существование дьявола – 31%, в ад – 26%, в рай – 31%, в воскресение мертвых – 10%, в переселение душ – 21%, в астрологию – 42%, в магию – 45%, в колдовство – 47%.

Исследование, проведенное Ю.Ю. Синелиной в ИСПИ РАН [38], показало, что к 2012 г. «в России сформировалось ядро – около 10 % населения – верующих и религиозных граждан с относительно высокими показателями религиозного поведения и участия в религиозной жизни.

Это ядро окружает «периферия» (25-30%) – люди, у которых показатели религиозного поведения несколько ниже, но их жизнь, тем не менее, связана с религиозными общинами и приходами, они верят в бессмертие души и считают религию важной частью своей жизни. Эти две группы можно определить как «церковный народ». Остальных респондентов, назвавших себя православными, можно отнести к культурным православным. Для них религия – способ культурной самоидентификации, а не основа мировоззрения.

Показатели, характеризующие уровень религиозного сознания, остаются невысокими, иными словами, значительная часть респондентов, считающих себя верующими, на самом деле плохо представляют себе то, во что верят, и вера мало влияет на их жизненные цели и установки.

Интересно, что и в исследовании 2011 г., и в опросе 2012 г. никто из респондентов не выбрал вариант ответа: «Верю не в Бога, а в другие сверхъестественные силы» (2011 г.) и «Верю в судьбу, высший разум, высшую энергию, целителей» (2012 г.). Можно предположить, что доля граждан, верящих в различные сверхъестественные силы, снижается.

Эти данные согласуются с результатами исследования Г.А. Прокопович, изучавшей лиц с суицидальными попытками отравления [39]. Среди них, по ее данным, православных было 71,6%, католиков – 0,9%, мусульман – 4,9% и неверующих – 22,5%. Православные верующие

давали следующие объяснения своим суицидальным действиям: «Верую, но когда совершал отравление, о Боге не думал», «Теперь понимаю, что наделал, значит плохо верую», «Богу было угодно, чтобы остался жив».

Обсуждение. Итак, эмпирические исследования указывают на обратную взаимосвязь между религиозностью и суицидальным поведением, предполагая, что религиозность является защитным фактором. Вместе с тем, на пути подтверждения этой закономерности с точки зрения доказательной медицины существует много трудностей. Так, и суицидальное поведение, и религиозность представляют собой многофакторные феномены: первый включает суицидальные мысли, суицидальные приготовления, суицидальные попытки, – суицидальные намерения, собственно акт суицида [40], второй – религиозный опыт, религиозную веру, культ, знание религии, влияние религиозных мотивов на поведение индивида [41].

При исследовании суицидального поведения существенным ограничением являются неполнота данных при изучении истинных суицидов методом психологической аутопсии. Значительно в меньшей степени, чем термин «суицид» разработано понятие «суицидальная попытка». По мнению С.В. Ваулина [42] существующие дефиниции не позволяют разграничивать демонстративно-шантажные суицидальные попытки от случаев истинного намерения уйти из жизни, так как суициденты зачастую испытывают двойственный характер по отношению к фатальному исходу.

При исследовании религиозности личности психометрический подход [43] позволяет количественно измерить её параметры, но сама процедура тестирования является весьма трудоемкой как для экспериментатора, так и для испытуемых. Также имеют место трудности, связанные с набором достаточного объема выборки [44, 45]. Различные подходы сказываются и на результатах исследования. Одни авторы основным защитным фактором считают принадлежность к определенной религиозной конфессии [46], другие подчеркивают роль субъективной религиозности [47].

Результаты работ, посвященных изучению роли религиозных конфессий в профилактике суицида неоднозначны. Так, несмотря на отрицательное отношение к суицидальному поведению в иудаизме и исламе, у израильских арабов количество завершенных самоубийств было ниже, а количество суицидальных попы-

ток выше, чем у евреев [48]. R.E. Lawrence с соавт. [49] обнаружили, что религиозная принадлежность не обязательно защищает от суицидальных мыслей, но защищает от попыток самоубийства. Принадлежность же к конфессии зависит от количества членов, вовлеченных в религиозную общину, так как религиозные меньшинства могут чувствовать себя социально изолированными. Данные о суицидальном поведении католиков и протестантов также противоречивы. По данным A. Spoerri [50], в Швейцарии, защитный эффект религиозной принадлежности, кажется, сильнее у католиков, чем у протестантов, а по данным M.J. Kelleher [51], в некоторых обществах католики имеют более высокий уровень распространения самоубийств – несмотря на то, что, доктринально, католицизм более серьезен в осуждении самоубийства, чем в большинстве протестантских церквей. Наконец, D. O'Reilly и M. Rosato [52] отметили, что в обществах, где уровень самоубийств высок и приходится преимущественно на молодой возраст, риски одинаковы для верующих и неверующих, а католики (которые традиционно характеризуются более высоким уровнем посещаемости церкви) не демонстрируют более низкий риск самоубийства.

Противоположная ситуация в Китае, где значимость религиозного фактора в предотвращении суицида низка. Как отмечает J. Zhang с соавт. [53], в китайских религиях нет единого Бога для поклонения, и отсутствует система социальной поддержки и превенции. В отличие от всех основных религий на Западе, китайские религии часто связаны с суевериями. Для некоторых китайцев религия и суеверия неразличимы и смерть является решением всех проблем и путем к началу новой жизни.

Наиболее распространенной объяснительной теорией взаимосвязи религии и суицидального поведения является теория Э. Дюркгейма [8], согласно которой «благодетельное влияние религии нельзя приписывать специ-

альной природе религиозных идей; если она сохраняет человека от самоуничтожения, то это происходит не потому, что она внушает путем аргументов *sui generis* уважение к человеческой личности, но в силу того, что она является обществом; сущность этого общества состоит в известных общих верованиях и обычаях, признаваемых всеми верующими, освященных традицией и потому обязательных. Чем больше существует таких коллективных состояний сознания, чем они сильнее, тем крепче связана религиозная община, тем больше в ней содержится предохраняющих начал».

Подтверждает эти взгляды крупное проспективное исследование E.M. Kleiman и R.T. Liu [54]. Исследование включало всего одну, но бесспорную переменную – частоту посещения богослужений. Данные о конкретной религиозной принадлежности, опыте, убеждениях или других признаках религиозного поведения авторами не исследовались. Несмотря на эти ограничения, авторы установили, что частое посещение богослужения (25 посещений в год) является долгосрочным защитным фактором против самоубийства. Объясняя свои результаты, они полагают, что частое посещение религиозных служб может быть показателем последовательного воздействия других верующих, которые предоставляют социальную поддержку. Оно также может быть показателем того, насколько верующий придерживается принципов своей религии, в том числе интернализации анти-суицидальных убеждений. Кроме того, посещаемость религиозной службы, а не просто религиозная вера, воспитывает и подкрепляет чувство принадлежности к общине.

Таким образом, приведенные данные показывают, что изучение религиозного фактора играет важную роль в понимании суицидального поведения и обуславливают необходимость применения качественной методологии для разработки эффективных стратегий его профилактики.

Литература:

1. Hilton S.C., Fellingham G.W., Lyon J.L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah // *American journal of epidemiology*. – 2002. – Vol. 155, № 5. – P. 413–419.
2. Koenig H.G., Zaben F.A., Khalifa D.A. Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East // *Asian. J. Psychiatr.* – 2012. – Vol. 5, № 2. – P. 180-182.

Транслитерация:

- Hilton S.C., Fellingham G.W., Lyon J.L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah // *American journal of epidemiology*. – 2002. – Vol. 155, № 5. – P. 413–419.
- Koenig H.G., Zaben F.A., Khalifa D.A. Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East // *Asian. J. Psychiatr.* – 2012. – Vol. 5, № 2. – P. 180-182.

3. Nisbet P.A., Duberstein P.R., Conwell Y., Seidnitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older // *Journal of nervous and mental disease*. – 2000. – Vol. 188, № 8. – P. 543-546.
4. Stompe T., Ritter K. Religion and suicide – part 1: the attitudes of religions towards suicide // *Neuropsychiatr.* – 2011. – Vol. 25, № 3. – P. 118-126.
5. Global index of religiosity and atheism [Internet]. Win-Gallup International; 2012; [25]. Available. [Электронный ресурс] – URL: <http://www.wingia.com/web/files/news/14/file/14.pdf> (дата обращения 09.08.2015)
6. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. [Эл ресурс] URL: apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf. (дата обращения 09.08.2015).
7. Случаи самоубийств, описанные в Библии. Библейское учение о самоубийстве. [Эл. ресурс] – URL: <http://www.cogmtl.net/Articles/070a.htm> (дата обращения 09.08.2015)
8. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социол. этюдъ. Пер. съ франц. – СПб.: 1912. – 541 с.
9. Степаненко М. Самоубийство: отношение Православной Церкви, его духовные причины, участь самоубийц после их страшной смерти // *Уфимские епархиальные ведомости*. – 2006. – № 2-3. – С. 8-9.
10. Соловьев В.С. Магомет, его жизнь и религиозное учение. – СПб.: тип. т-ва «Обществ. польза», 1896. – 80 с.
11. Сунан Абу Дауд. Сборник Хадисов / Пер. с араб. Дамир Шаймурзин. – 2-е издание. – М.: «Имам», 2007. – 888 с.
12. Ермакова Т.В., Островская Е.П. Классический буддизм. – СПб.: Азбука-классика. Петербургское Востоковедение, 2004. – 256 с.
13. Eliade M. The Encyclopedia of Religion (vol 14). – New York: Macmillan. – P. 129.
14. Долина М.А., Миллер О.М. Отношение к суициду в христианских и буддистских источниках. [Электронный ресурс] – URL: <http://www.rae.ru/forum2011/pdf/2042.pdf> (дата обращения 09.08.2015)
15. Кавабата Я. Избранные произведения. Пер. с яп. – М.: Панорама. 1993. – 448 с.
16. Суицид народов мира. Этнические и национальные особенности самоубийств [Электронный ресурс] – URL: <http://www.travel-journal.ru/cultural-anthropology/10/59/>(дата обращения 09.08.2015)
17. Лысак И.В. Деструктивная деятельность человека: философско-антропологический анализ. – Saarbrücken (Germany): LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 272 с.
18. Corcoran J.J. Selflessness or sinfulness? How the peoples of the East and West differ in their views on suicide: University of Marquette; [cited 2015]. Available: [Электронный ресурс] – URL: <http://academic.mu.edu/meissnerd/corcoran.html>. (дата обращения 09.08.2015)
- Nisbet P.A., Duberstein P.R., Conwell Y., Seidnitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older // *Journal of nervous and mental disease*. – 2000. – Vol. 188, № 8. – P. 543-546.
- Stompe T., Ritter K. Religion and suicide – part 1: the attitudes of religions towards suicide // *Neuropsychiatr.* – 2011. – Vol. 25, № 3. – P. 118-126.
- Global index of religiosity and atheism [Internet]. Win-Gallup International; 2012; [25]. Available. [Elektronnyj resurs] – URL: <http://www.wingia.com/web/files/news/14/file/14.pdf> (data obrashcheniya 09.08.2015)
- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. [Elektronnyj resurs] URL: apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf. (data obrashcheniya 09.08.2015).
- Sluchai samoubijstv, opisannye v Biblii. Biblejskoe uchenie o samoubijstve. [Elektronnyj resurs] – URL: <http://www.cogmtl.net/Articles/070a.htm> (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- Dyurkgejm EH. Samoubijstvo. Sociol. ehtyud". Per. s" franc. – SPb.: 1912. – 541 s. (In Russ)
- Stepanenko M. Samoubijstvo: otnoshenie Pravoslavnoj Cerkvi, ego duhovnye prichiny, uchas't' samoubijc posle ih strashnoj smerti // *Ufimskie eparhial'nye vedomosti*. – 2006. – № 2-3. – S. 8-9. (In Russ)
- Solov'ev V.S. Magomet, ego zhizn' i religioznoe uchenie. – SPb.: tip. t-va «Obshchestv. pol'za», 1896. – 80 s. (In Russ)
- Sunan Abu Daud. Sbornik Hadisov / Per. s arab. Damir SHajmurzin. – 2-e izdanie. – M.: «Imam», 2007. – 888 s. (In Russ)
- Ermakova T.V., Ostrovskaya E.P. Klassicheskij budizm. – SPb.: Azbuka-klassika. Peterburgskoe Vostokovedenie, 2004. – 256 s. (In Russ)
- Eliade M. The Encyclopedia of Religion (vol 14). – New York: Macmillan. – P. 129.
- Dolina M.A., Miller O.M. Otnoshenie k suicidu v hristianskih i buddistskih istochnikah. [Elektronnyj resurs] – URL: <http://www.rae.ru/forum2011/pdf/2042.pdf> (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- Kavabata YA. Izbrannye proizvedeniya. Per. s yap. – M.: Panorama. 1993. – 448 s. (In Russ)
- Suicid narodov mira. Ehtnicheskie i nacional'nye osobennosti samoubijstv [Elektronnyj resurs] – URL: <http://www.travel-journal.ru/cultural-anthropology/10/59/> (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- Lysak I.V. Destruktivnaya deyatel'nost' cheloveka: filosofsko-antropologicheskij analiz. – Saarbrücken (Germany): LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 272 s. (In Russ)
- Corcoran J.J. Selflessness or sinfulness? How the peoples of the East and West differ in their views on suicide: University of Marquette; [cited 2015]. Available: [Elektronnyj resurs] – URL: <http://academic.mu.edu/meissnerd/corcoran.html>. (data obrashcheniya 09.08.2015)

19. Пулькин М.В. Историческая суицидология: по материалам старообрядческих самосожжений // Культурно-историческая психология – 2012. – № 2. – С. 96-102.
20. Карташев А.В. Очерки по истории Русской Церкви. – Минск: ООО «Харвест», 2007. В 2 томах, т. 2. – 592 с.
21. Пулькин М.В. Старообрядческие постройки для самосожжений (XVII – XVIII вв.) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 65-72.
22. Юхименко Е.М. Каргопольские «гари» 1683-1684 гг. (К проблеме самосожжений в русском старообрядчестве) // Старообрядчество в России (XVII – XVIII вв.). – М.: Церковь, 1994. – С. 120-138.
23. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. – СПб., 1908. – 176 с.
24. Сапожников Д.И. Самосожжение в русском расколе (со второй половины XVII в. до конца XVIII в.). Исторический очерк по архивным документам. – М., 1891. – 126 с.
25. Сикорский И.А. Эпидемическая вольная смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тораполя). Психологическое исследование. Киев, 1897. – 99 с.
26. Баурова Н.Н., Ушакова Т.М., Свечников Д.В. и др. Объективная диагностика эффективных нарушений у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Том 9, № 2. – С. 79-82.
27. Али-заде А. Исламский энциклопедический словарь. – М.: Ансар, 2007. – 396 с.
28. Ефимов В. Что такое Ваххабизм, кто такие ваххабиты? [Электронный ресурс] – URL: http://www.iran.ru/news/analytics/92303/Chto_takoe_Vahhabizm_kto_takie_vahhabity (дата обращения 09.08.2015)
29. Яременко В.А. Шахиды, терроризм и самоубийство в исламе. Интервью в журнале «Планета людей». [Электронный ресурс] – URL: <http://middleeast.org.ua/islamworld/7.htm> (дата обращения 09.08.2015)
30. Black A. Jr. Jonestown – two faces of suicide: a Durkheimian analysis // Suicide life threat Behav. – 1990. – Vol. 20, № 4. – P. 285-306.
31. Moore R. The stigmatized deaths in Jonestown: finding a locus for grief // Death Stud. – 2011. – Vol. 35, № 1. – P. 42-58.
32. Post J.M., Ali F., Henderson S.W. et al. The psychology of suicide terrorism. // Psychiatry. – 2009. – Spring; № 72 (1). – P. 13-31.
33. Townsend E. Suicide terrorists: are they suicidal? // Suicide life threat Behav. – 2007. – Vol. 37, № 1. – P. 35-49.
34. Хвьяля-Олинтер О.И. Криминальная направленность и опасность некоторых деструктивных религиозных организаций / Новые религиозные организации России деструктивного и оккультного характера Справочник. Изд-е 2-е, переработ, и дополн. – Белгород: Миссионерский Отдел Московского Патриархата РПЦ, 1997. – 459 с.
- Pul'kin M.V. Istoricheskaya suicidologiya: po materialam staroobryadcheskih samosozhzhzenij // Kul'turno-istoricheskaya psihologiya – 2012. – № 2. – S. 96-102. (In Russ)
- Kartashev A.V. Ocherki po istorii Russkoj Cerkvi. – Minsk: OOO «Harvest», 2007. V 2 tomah, t. 2. – 592 s. (In Russ)
- Pul'kin M.V. Staroobryadcheskie postrojki dlya samosozhzhzenij (XVII – XVIII vv.) // Suicidology. – 2014. – Tom 5, № 3 (16). – S. 65-72. (In Russ)
- YUhimenko E.M. Kargopol'skie «gari» 1683-1684 gg. (K probleme samosozhzhzenij v russkom staroobryadchestve) // Staroobryadchestvo v Rossii (XVII – XVIII vv.). – M.: Cerkov', 1994. – S. 120-138. (In Russ)
- Bekhterev V.M. Vnushenie i ego rol' v obshchestvennoj zhizni. – SPb., 1908. – 176 s. (In Russ)
- Sapozhnikov D.I. Samosozhzhzenie v russkom raskole (so vtoroj poloviny XVII v. do konca XVIII v.). Istoricheskij ocherk po arhivnym dokumentam. – M., 1891. – 126 s. (In Russ)
- Sikorskij I.A. EHpidemicheskiya vol'nyya smerti i smertoubijstva v Ternovskih hutorah (bliz Torapolya). Psihologicheskoe issledovanie. Kiev, 1897. – 99 s. (In Russ)
- Baurova N.N., Ushakova T.M., Svechnikov D.V. i dr. Ob"ektivnaya diagnostika ehffektivnyh narushenij u pacientov s pogranichnymi psihicheskimi rasstrojstvami // Vestnik nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I. Pirogova. – 2014. – Tom 9, № 2. – S. 79-82. (In Russ)
- Ali-zade A. Islamskij ehnciklopedicheskij slovar'. – M.: Ansar, 2007. – 396 s. (In Russ)
- Efimov V. Chto takoe Vahkhabizm, kto takie vahkhability? [EHlektronnyj resurs] – URL: http://www.iran.ru/news/analytics/92303/Chto_takoe_Vahhabizm_kto_takie_vahhabity (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- YAremento V.A. SHahidy, terrorizm i samoubijstvo v islame. Interv'yu v zhurnale «Planeta lyudej». [EHlektronnyj resurs] – URL: <http://middleeast.org.ua/islamworld/7.htm> (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- Black A. Jr. Jonestown – two faces of suicide: a Durkheimian analysis // Suicide life threat Behav. – 1990. – Vol. 20, № 4. – P. 285-306.
- Moore R. The stigmatized deaths in Jonestown: finding a locus for grief // Death Stud. – 2011. – Vol. 35, № 1. – P. 42-58.
- Post J.M., Ali F., Henderson S.W. et al. The psychology of suicide terrorism. // Psychiatry. – 2009. – Spring; № 72 (1). – P. 13-31.
- Townsend E. Suicide terrorists: are they suicidal? // Suicide life threat Behav. – 2007. – Vol. 37, № 1. – P. 35-49.
- Hvylya-Olinter O.I. Kriminal'naya napravlennost' i opasnost' nekotoryh destruktivnyh religioznyh organizacij / Novye religioznye organizacii Rossii destruktivnogo i okkul'tnogo haraktera Spravochnik. Izd-e 2-e, pererabot, i dopoln. – Belgorod: Missionerskij Otdel Moskovskogo Patriarhata RPC, 1997. – 459 s. (In Russ)

35. Пашковский В.Э. Особенности бредового поведения у больных с религиозно-архаическим бредовым комплексом // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 3. – С. 43-49.
36. Религиозный состав населения России [Электронный ресурс] – URL: <http://megabook.ru/article/религиозный%20состав%20населения%20России> (дата обращения 09.08.2015)
37. Каарияйнен К., Фурман Д.Е. Религиозность в России в 90-е годы / Старые церкви, новые верующие: религия в массовом сознании постсоветской России. Под ред. проф. К. Каарияйнена и проф. Фурмана Д.Е. – СПб.: Летний Сад, 2000. – С. 7-48.
38. Синелина Ю.Ю. Религиозность в современной России // Отечественные записки. 2013. № 1 (52). URL: <http://www.strana-oz.ru/2013/1/религиозность-в-современной-россии> (дата обращения: 09.08.2015).
39. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронov А.Г. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки отравления (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) // Психическое здоровье. – 2013. – № 3. – С. 32-38.
40. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. – М.: 1980. – 48 с.
41. Glock C.Y. On the study of religious commitment // Religious education. – 1962. – № 57. – P. 98-110.
42. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Дисс. ... д-ра мед. наук. – М.: 2012. – 310 с.
43. Hill C., Hood R.W. Measures of religiosity. Religious Education Press. –Alabama: 1999. – 385 p.
44. Зенько Ю.М. Психология и религия. – СПб.: Алетейя, 2002. – 384 с.
45. Чумакова Д.М. Методики диагностики религиозности личности / Современная психодиагностика в изменяющейся России: сборник тезисов Всероссийской научной конференции. – Челябинск: Изд-во ЮурГУ, 2008. – С. 107-108.
46. Gearing R.E., Lizardi D. Religion and suicide // J. Relig. Health. – 2009. – Vol. 48, № 3. – P. 332-341.
47. Sisask M., Varnik A., Kolves K. et.al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study // Arch. suicide Res. – 2010. – Vol. 14, № 1. – P. 44-55.
48. Gal G., Goldberger N., Kabaha A. et.al. Suicidal behavior among Muslim Arabs in Israel // Soc. psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2012. – Vol. 47, № 1. – P. 11-17.
49. Lawrence R.E., Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review // Arch. Suicide Res. – 2015. – Jul, 20.
50. Spoerri A., Zwahlen M., Bopp M. et.al. Swiss national cohort study. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National cohort study // Int. J. Epidemiol. – 2010. – Vol. 39, № 6. – P. 1486-1494.
- Pashkovskij V.EH. Osobennosti bredovogo povedeniya u bol'nyh s religiozno-arhaicheskim bredovym kompleksom // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2009. – № 3. – S. 43-49. (In Russ)
- Religioznyj sostav naseleniya Rossii [EHlektronnyj resurs] – URL: <http://megabook.ru/article/religioznyj%20sostav%20naseleniya%20Rossii> (data obrashcheniya 09.08.2015) (In Russ)
- Kaariajnen K., Furman D.E. Religioznost' v Rossii v 90-e gody / Starye cerkvi, novye veruyushchie: religiya v massovom soznanii postsovetskoj Rossii. Pod red. prof. K. Kaariajнена i prof. Furmana D.E. – SPb.: Letnij Sad, 2000. – S. 7-48. (In Russ)
- Sineline YU.YU. Religioznost' v sovremennoj Rossii // Otechestvennye zapiski. 2013. № 1 (52). URL: <http://www.strana-oz.ru/2013/1/religioznost-v-современной-россии> (data obrashcheniya: 09.08.2015). (In Russ)
- Prokopovich G.A., Pashkovskij V.EH., Sofronov A.G. Social'no-demograficheskie i klinicheskie harakteristiki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki otravleniya (po dannym mnogoprofil'nogo stacionara skoroy pomoshchi) // Psihicheskoe zdorov'e. – 2013. – № 3. – S. 32-38. (In Russ)
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: metodicheskie rekomendacii. – M.: 1980. – 48 s. (In Russ)
- Glock C.Y. On the study of religious commitment // Religious education. – 1962. – № 57. – P. 98-110.
- Vaulin S.V. Suicidal'nye popytki i nezavershennyye suicidy (gospital'naya diagnostika, optimizaciya terapii, profilaktika): Diss. ... d-ra med. nauk. – M.: 2012. – 310 s. (In Russ)
- Hill C., Hood R.W. Measures of religiosity. Religious Education Press. –Alabama: 1999. – 385 p. (In Russ)
- Zen'ko YU.M. Psihologiya i religiya. – SPb.: Aletejya, 2002. – 384 s. (In Russ)
- Chumakova D.M. Metodiki diagnostiki religioznosti lichnosti / Sovremennaya psihodiagnostika v izmenyayushchejsya Rossii: sbornik tezisov Vserossijskoj nauchnoj konferencii. – Chelyabinsk: Izd-vo YUurGU, 2008. – S. 107-108. (In Russ)
- Gearing R.E., Lizardi D. Religion and suicide // J. Relig. Health. – 2009. – Vol. 48, № 3. – P. 332-341. (In Russ)
- Sisask M., Varnik A., Kolves K. et.al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study // Arch. suicide Res. – 2010. – Vol. 14, № 1. – P. 44-55.
- Gal G., Goldberger N., Kabaha A. et.al. Suicidal behavior among Muslim Arabs in Israel // Soc. psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2012. – Vol. 47, № 1. – P. 11-17.
- Lawrence R.E., Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review // Arch. Suicide Res. – 2015. – Jul, 20.
- Spoerri A., Zwahlen M., Bopp M. et.al. Swiss national cohort study. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National cohort study // Int. J. Epidemiol. – 2010. – Vol. 39, № 6. – P. 1486-1494.

51. Kelleher M.J., Chambers D., Corcoran P. et al. Religious sanctions and rates of suicide worldwide // *Crisis*. – 1998. – Vol.19, № 2. – P. 78-86.
52. O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people // *Br. J. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 206, № 6. – P. 466-570.
53. Zhang J., Wieczorek W., Conwell Y. et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study // *Psychol. Med.* – 2010. – Vol. 40, № 4. – P. 581-589.
54. Kleiman E.M., Liu R.T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor // *Br. J. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204. – P. 262-266.
- Kelleher M.J., Chambers D., Corcoran P. et al. Religious sanctions and rates of suicide worldwide // *Crisis*. – 1998. – Vol.19, № 2. – P. 78-86.
- O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people // *Br. J. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 206, № 6. – P. 466-570.
- Zhang J., Wieczorek W., Conwell Y. et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study // *Psychol. Med.* – 2010. – Vol. 40, № 4. – P. 581-589.
- Kleiman E.M., Liu R.T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor // *Br. J. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204. – P. 262-266.

SUICIDAL BEHAVIOR AND RELIGIOUSNESS

V.E. Pashkovskiy¹, V.K. Shamrei², A.G. Sofronov¹, K.V. Dnov², N.S. Rutkovskaya³

¹North-Western State Medical University named after I.I Mechnikov, Sankt Petersburg, Russia

²S.M. Kirov Military Medical Academy, Sankt Petersburg, Russia

³P.P. Kashchenko City Psychiatric Hospital № 1, Sankt Petersburg, Russia

This article observes the problem of the dependence between suicidal behavior and religiousness. Conclusion is based on analyzing of the different religions texts, researches of suicides made by the people of different confessions. Authors suppose that the religion as Judaism, Christianity, Islam, have the most important role in the reduction suicidal risk in opposition to the East Religion. Necessary condition is the active practice of this religions.

Keywords: suicide, suicidal behavior, religion.

УДК: 616.89–008.441.44

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ СУИЦИДОВ С ПОМОЩЬЮ АНАЛИЗА ВРЕМЕННЫХ СЕРИЙ

Ю.Е. Разводовский, В.Ю. Смирнов, П.Б. Зотов

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
 ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, e-mail: razvodovsky@tut.by

Смирнов Виталий Юрьевич – кандидат биологических наук, доцент. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, д. 80. Телефон: 80151 43-26-61

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий ОПП и РБ ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город». Адрес: Россия, 625041, г. Тюмень, ул. Барнаульская, д. 32. Телефон: (3452) 270-552

В работе изучена возможность прогнозирования уровня суицидов в России на основании анализа временных рядов, охватывающих период с 1956 по 2005 гг. Результаты настоящего исследования свидетельствуют в пользу гипотезы, согласно которой изменения в уровне доступности алкоголя были ключевой детерминантой резких колебаний уровня суицидов в России на протяжении последних десятилетий. Наиболее четким эффектом мероприятий по ограничению доступности алкоголя на уровень суицидов был в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг., а также после принятия антиалкогольных законов в 2005 г. Настоящее исследование наглядно продемонстрировало ограничения, с которыми сталкиваются исследователи, пытаясь прогнозировать динамику уровня суицидов путем экстраполяции закономерностей поведения тренда. Принятие антиалкогольных законов в 2005 г. явилось интервенцией, существенно скорректировавшей динамику уровня суици-

дов, которая стала существенно отличаться от тренда, предсказанного на основании предшествовавшей динамики временного ряда. Учитывая невозможность предсказания различного рода социальных интервенций, построение надежного прогноза динамики уровня суицидов представляется задачей крайне проблематичной.

Ключевые слова: временные серии, прогноз, суицид, Россия.

В настоящее время в мире ежегодно приблизительно 1 миллион человек заканчивают свою жизнь самоубийством, причем, согласно прогнозу ВОЗ, эта цифра достигнет 1,53 миллиона к 2020 году [1]. Несмотря на то, что в большинстве стран имеются национальные стратегии профилактики суицидального поведения, в большинстве из них отсутствуют четкие целевые ориентиры по снижению уровня суицидов [1]. В значительной степени это обусловлено мультифакториальностью феномена самоубийства и, соответственно, сложностью прогнозирования его уровня. Уровень суицидов определяется сложным взаимодействием целого комплекса факторов: социокультуральных, экономических, биологических, и даже климатических [2, 3]. Поэтому при анализе динамики уровня суицидов эти факторы должны учитываться как независимые переменные. В особенности данное обстоятельство затрудняет долгосрочный прогноз, поскольку в этом случае должны быть предсказаны все независимые переменные, что практически невозможно [4].

Таким образом, становится очевидным, что простая экстраполяция линейного тренда временного ряда не может использоваться в качестве долгосрочного прогноза уровня суицидов. В тоже время, учитывая сложность применения мультифакториальной модели, а также практическую ценность прогноза уровня суицидов в контексте разработки профилактических стратегий, продолжаются поиски методов надежного долгосрочного прогноза уровня самоубийств. Одним из перспективных методов прогнозирования уровня смертности является анализ временных рядов, который в настоящее время часто используется с целью экстраполятивного прогнозирования [5, 6]. В этой связи, целью настоящей работы было изучение возможности прогнозирования уровня суицидов в России на основании анализа временных рядов.

Материал и методы.

Основным статистическим материалом для прогнозирования является временной ряд. В настоящее время существует множество методик прогнозирования: статистические методы, методы на основе машинного обучения и пре-

цедентов, методы на базе фильтрации и математическое моделирование [5]. В зависимости от сроков прогнозирования и доступной статистики целесообразно использовать те или иные подходы. Большинство методов прогнозирования уровня смертности являются экстраполятивными и основаны на использовании выявленных закономерностей поведения временного ряда [6].

Прогноз может быть вычислен на основе предыдущих значений, например, путем простого усреднения. Такой способ прогнозирования предполагает, что ежегодно процесс носит неизменный характер и наблюдения в течение каждого нового года – следующая реализация одного и того же случайного процесса. Если в динамике присутствует отчетливый тренд, учесть его можно с помощью поточечных линейных оценок. Тогда наблюдения, соответствующие одному и тому же промежутку времени, не усредняются, а аппроксимируются прямой линией [5].

Задача регрессии заключается в нахождении оценок неизвестных параметров и формировании функциональной зависимости между исследуемыми параметрами и их факторами. Среди регрессионных моделей выделяют 2 группы: неадаптивные модели, для оценки параметров которых используются все имеющиеся данные, и адаптивные модели, значения параметров которых рассчитываются на основе скользящего окна наблюдений. Вид регрессионной зависимости для неадаптивной модели выбирается исходя из свойств анализируемого временного ряда [6].

В авторегрессионных моделях измерения временного ряда часто представляются в виде $y_t = \mu + \phi_1 y_{t-1} + \phi_2 y_{t-2} + \dots + \phi_p y_{t-p} + \varepsilon_t - \theta_1 \varepsilon_{t-1} - \theta_2 \varepsilon_{t-2} - \dots - \theta_q \varepsilon_{t-q}$.

Здесь μ – “уровень” случайного процесса, ϕ_j и θ_j – неизвестные параметры, а ε_j – случайные импульсы невязок модели (распределенные нормально с нулевым математическим ожиданием и постоянной дисперсией). Приведенное выражение называют смешанной моделью авторегрессии – скользящего среднего (АРСС) порядка (p, q) . АРСС описывают только стационарные временные ряды.

В редких случаях возможно применять АРСС для краткосрочного прогнозирования, но чаще требуется преобразование анализируемого временного ряда. Общепринятым для этих целей является взятие разности $y_t - y_{t-1}$. Такая модель представляет процесс авторегрессии – проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС) порядка (p, d, q) .

Наконец, при исследовании сезонных процессов с периодом T измерения временного ряда связывают не только с последними наблюдениями, но и с наблюдениями, выполненными T моментов времени назад. Для этого модель дополняют соответствующими множителями [6].

Идентификация определения порядка $(p, d, q)(P, D, Q)T$ – сезонной (мультипликативной) модели АРПСС на практике бывает достаточно сложна и неоднозначна. Автоматические процедуры идентификации моделей, обычно связанные с анализом автокорреляций при различных лагах, упрощают применение АРПСС, но не всегда позволяют достичь оптимальных результатов.

Часто возникает потребность учета воздействия внешнего события на последовательность наблюдений (и, соответственно, прогноз). В общем случае нужно оценивать воздействия одного или нескольких дискретных событий на значения ряда.

Различают следующие три типа воздействий:

- 1) устойчивое скачкообразное;
- 2) устойчивое постепенное;
- 3) скачкообразное временное.

При скачкообразном устойчивом воздействии общее среднее ряда просто сдвигается после интервенции. Постоянное устойчивое воздействие приводит к постепенному устойчивому увеличению или уменьшению значений ряда после интервенции. Скачкообразное временное воздействие приводит к тому, что в течение интервенции в ряде наблюдается резкий отрицательный или положительный скачок значений, который постепенно уменьшается и не приводит к устойчивому изменению среднего ряда. Такой учет внешних воздействий реализуется в методе прерванных временных рядов АРПСС [5].

АРПСС подходит как для краткосрочного, так и для долгосрочного прогнозирования. При необходимости расширенные модели АРПСС позволяют учитывать влияние внешних факто-

ров. Многие временные ряды не могут строго удовлетворить требованию стационарности, что влечет за собой неточности при применении АРСС. Кроме того, для оценки параметров АРПСС необходимо достаточно большое количество наблюдений [6].

В настоящей работе был использован метод АРПСС с целью прогнозирования динамики уровня суицидов в России на основании анализа закономерностей поведения временного ряда с 1956 по 2005 гг. Стандартизированные коэффициенты суицидов представлены согласно данным Госкомстата Российской Федерации в расчете на 1000000 населения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета "STATISTICA" в модуле "Анализ временных рядов".

Результаты и обсуждение.

Визуальный анализ графических данных свидетельствует о схожести трендов уровня суицидов среди мужчин и женщин в рассматриваемый период (рис. 1, 2).

Данный показатель демонстрировал тенденцию линейного роста в 60-х годах прошлого века, несколько снизился в период с 1971 по 1973 гг., снова продолжил рост в последующие несколько лет, затем стабилизировался, начиная с 1976 г. В середине 80-х годов прошлого века отмечалось резкое снижение уровня суицидов, которое сменилось резким ростом в начале 90-х гг. Достигнув своего пика в 1994 году данный показатель стал снижаться вплоть до 1998 г., после чего начался новый подъем уровня суицидов. Начиная с 1999 г. у женщин и с 2001 г. у мужчин уровень суицидов снижался вплоть до конца рассматриваемого периода. Следует обратить внимание на гендерные различия в динамике уровня суицидов в рассматриваемый период, которые заключаются в более выраженной амплитуде колебаний данного показателя у мужчин.

Причины резких колебаний уровня суицидов в России явились предметом бурных дискуссий, которые продолжаются и в настоящее время. Большинство экспертов единодушны во мнении, что периоды резкого снижения уровня суицидов на фоне тенденции линейного роста уровня этого показателя были обусловлены государственными мероприятиями по ограничению доступности алкоголя [7-16]. Данная точка зрения подтверждается результатами научных исследований, которые говорят о существовании тесной связи между алкоголем и

суицидом на популяционном и индивидуальном уровне [10-15].

В своем анализе временных серий с использованием данных за период с 1965 по 1999 гг. А.В. Nemtsov [11] показал, что повышение общего уровня потребления алкоголя в России на 1 литр сопровождается ростом уровня самоубийств на 11,4% (на 13,1% среди мужчин и на 6,6% среди женщин). В более позднем анализе временных серий повышение общего уровня

потребления алкоголя в России ассоциируется с ростом уровня суицидов на 7,2% (на 8% среди мужчин и на 4,3% среди женщин) [15]. В анализе временных серий с использованием техники АРПСС W.A. Pridemore и M.B. Chamlin [13] показали наличие тесной связи между индикаторами злоупотребления алкоголем (алкогольная смертность) и уровнем суицидов в России в период с 1956 по 2002 годы.

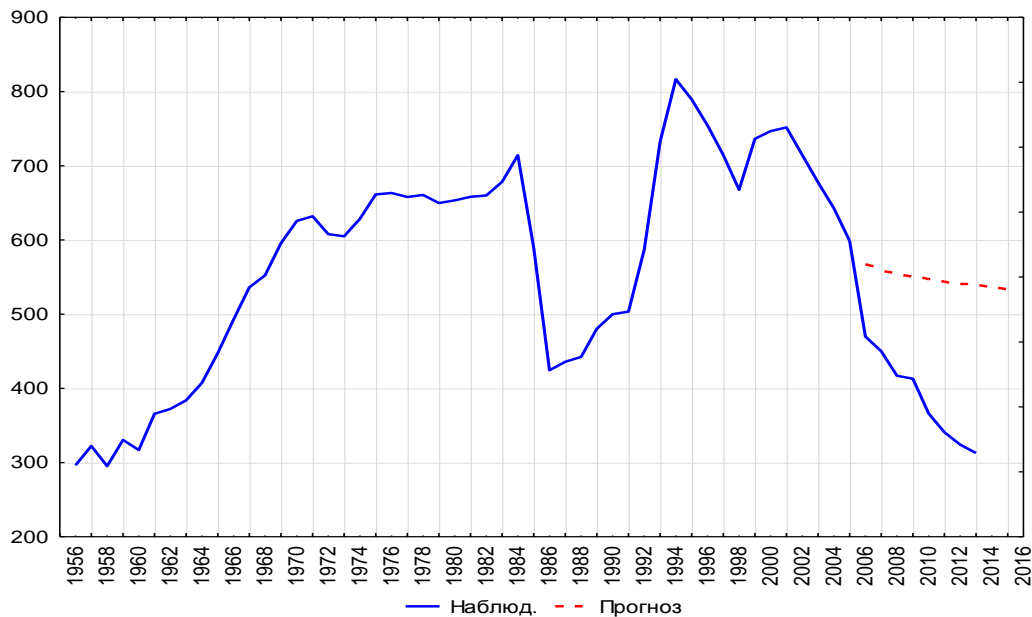


Рис. 1. Динамика уровня суицидов среди мужчин в России в период с 1956 по 2013 гг. и ее прогноз на период с 2005 по 2015 гг.

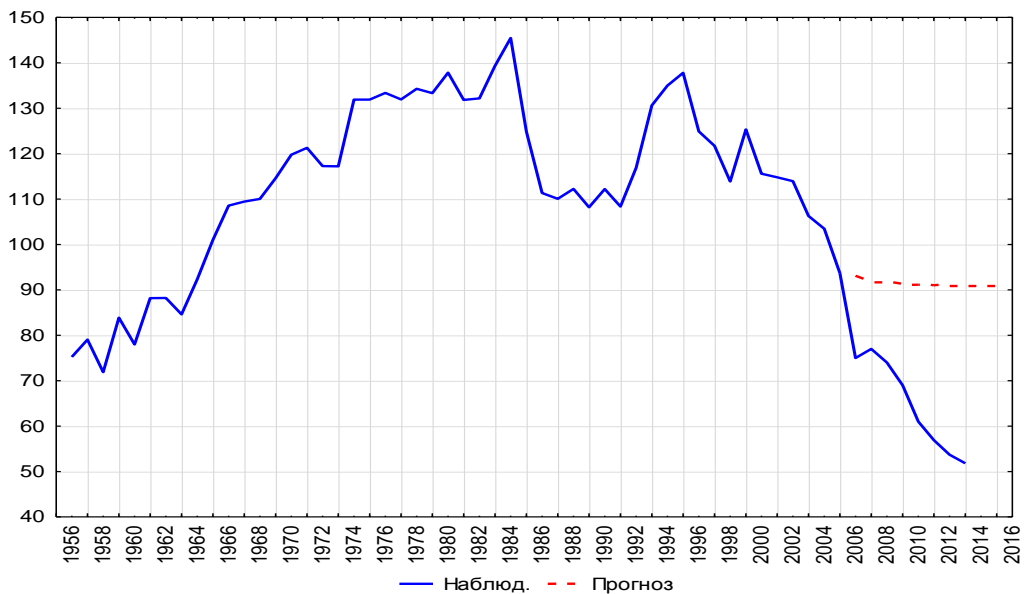


Рис. 2. Динамика уровня суицидов среди женщин в России в период с 1956 по 2013 гг. и ее прогноз на период с 2005 по 2015 гг.

В более свежем анализе временных серий А. Stickley с соавторами [16] сделал вывод, что фестивальность потребления алкоголя тесно ассоциируется с риском самоубийства в России, причем эта связь четко прослеживается как в течение последних десятилетий, так и в более глубокой исторической ретроспективе.

Резкий рост уровня суицидов, отмечавшийся в 60-е годы прошлого века, является отражением роста уровня алкогольных проблем в бывшем Советском Союзе. Бытует мнение, что Советское руководство, вместо того, чтобы предпринимать меры по снижению остроты алкогольной проблемы в обществе, пыталось ее скрыть, засекретив алкогольную статистику. На самом деле, это не совсем соответствует действительности, поскольку руководство страны осознавало масштабы проблемы и угрозу, которую она представляет для государства. Поэтому некоторое снижение уровня суицидов в 1971-1973 годах ассоциируется с выходом в 1972 году постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 361 «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» [17]. С целью уменьшения потребления крепких спиртных напитков было сокращено производство водки и повышено производство безалкогольных напитков. Кроме того, было уменьшено число магазинов по продаже алкогольных напитков, запрещена торговля ими в мелкой розничной торговой сети, в столовых и буфетах, продовольственных магазинах. Запрещена продажа алкогольных напитков крепостью более 30 градусов в торговых точках, расположенных вблизи промышленных предприятий истроек, учебных заведений, вокзалов. Также были повышены цены на водку до 3 рублей 62 копеек; прекращено производство водки крепостью 50 и 56°, время торговли алкогольными напитками крепостью 30° и выше было ограничено промежутком с 11 до 19 часов [17]. Однако, судя по продолжившейся тенденции роста уровня суицидов в последующие несколько лет, эти меры не оказали существенного влияния на алкогольную ситуацию в стране.

Особого внимания заслуживает стабилизация уровня суицидов, начавшаяся в 1976 году. В какой-то степени эта стабилизация может быть связана с созданием наркологической службы и реанимационной помощи (постановления приняты в декабре 1976 года) [18]. Антиалкогольная кампания 1985-1988 гг. стала

наиболее известным естественным экспериментом в области алкогольной политики в бывшем Советском Союзе. Неоднозначные результаты этого социального эксперимента подробно обсуждались в целом ряде публикаций [7, 9, 11]. Главным итогом этой кампании стало резкое снижение уровня всех видов связанной с алкоголем смертности, в том числе и уровня суицидов [18]. Резкое снижение уровня суицидов, синхронное со снижением уровня потребления алкоголя, отмечавшееся в этот период, стало одним из самых убедительных доказательств ключевой роли алкоголя в резких колебаниях уровня суицидов, отмечавшееся в России на протяжении последних десятилетий [11].

В первой половине 90-х годов резкий рост уровня суицидов, по всей видимости, был обусловлен сочетанным влиянием алкогольного фактора и фактора психосоциального дистресса, которые взаимно усиливали друг друга по принципу порочного круга [19]. Социально-экономический кризис явился причиной аномии и психосоциального дистресса, что в свою очередь могло привести к резкому росту уровня потребления алкоголя. Повышение спроса сочеталось с увеличением доступности алкоголя вследствие отмены государственной алкогольной монополии в 1992 году, а также снижения стоимости алкоголя относительно основных продуктов питания [18].

Рост уровня суицидов среди российских мужчин в период с 1998 по 2001 годы, очевидно, был спровоцирован банковским кризисом 1998 года, повлекшим за собой экономический кризис и рост социальной напряженности. Негативный эффект психосоциального дистресса в этот период был усилен повышением доступности алкоголя вследствие снижения его относительной стоимости по сравнению с основными продуктами питания [18]. Кстати, российские женщины отреагировали менее выраженным ростом уровня суицидов в этот период, что может косвенно свидетельствовать в пользу гипотезы Э. Дюркгейма, согласно которой женщины в меньшей степени подвержены негативному влиянию различных социальных потрясений [3].

В 2005 г., осознавая центральную роль алкоголя в высоком уровне смертности, президент В. Путин подписал законы №102-ФЗ и №209-ФЗ, регулирующие производство и продажу алкогольной продукции [20]. Первый

закон предусматривал введение с 1 января 2006 г. новых федеральных марок для всех видов алкогольных напитков, произведенных в России, и акцизных марок для импортных напитков. Согласно второму закону с 1 июля 2006 г. резко увеличивался уставной капитал для производителей и продавцов алкогольной продукции. Основной целью этой меры было устранение с алкогольного рынка мелких и средних участников, деятельность которых трудно контролировать. Кроме того, второй закон предусматривал использование новых денатурирующих добавок, которые не имели цвета и были более токсичны, чем прежние. Принятие этих законов привело к значительному изменению алкогольной ситуации в стране. Недостаточная координация в процессе реализации антиалкогольных мероприятий привела к кризису пустых прилавков, что, в свою очередь, спровоцировало рост уровня потребления нелегального алкоголя и его суррогатов [20].

Однако, несмотря на рост потребления нелегального алкоголя, он не смог компенсировать снижение уровня легальной продажи, что привело к резкому снижению уровня потребления алкоголя в первой половине 2006 года. Во второй половине этого года отмечалось дополнительное снижение уровня потребления алкоголя вследствие ухода с алкогольного рынка многих мелких и средних предпринимателей из-за невозможности повысить свой уставной капитал. Неопределенность на алкогольном рынке отмечалась и в 2007 г., что обусловило дальнейшее снижение уровня потребления алкоголя [20].

Положительное влияние снижения уровня потребления алкоголя проявилось в значительном снижении уровня алкогольной заболеваемости и смертности, в том числе и уровня суицидов [20]. Однако в настоящее время остается не до конца решенным вопрос относительно того, можно ли этот позитивный эффект полностью отнести на счет реализации новых антиалкогольных законов, либо снижение уровня связанных с алкоголем показателей является продолжением тренда, который начался до начала реализации антиалкогольных законов. В своей недавней работе W.A. Pridemore с соавторами [21], используя технику прерванного анализа временных серий ежемесячных данных с января 2000 года по декабрь 2010 года, оценили эффект данного естественного эксперимента на уровень самоубийств. Оказалось, что принятие новых мер, регулирующих алко-

гольный рынок, привело к снижению уровня суицидов среди мужчин на 9%, что эквивалентно 4000 сохраненных жизней ежегодно. Примечательно то, что согласно результатам данного исследования реализация антиалкогольных законодательств не отразилась на динамике уровня суицидов женщин, несмотря на то, что тренды половых коэффициентов уровня самоубийств на протяжении последнего десятилетия были схожими. Простой анализ динамики уровня суицидов на протяжении последнего десятилетия подтверждает вывод, сделанный Pridemore с соавторами, поскольку снижение уровня суицидов в 2006 г. по сравнению с предыдущим годом (-21,9% среди мужчин и -19,9% среди женщин) существенно превышало средний темп снижения данного показателя в годы, предшествовавшие принятию антиалкогольных законов (-5,% среди мужчин и -4,7% среди женщин). Следует также отметить, что в последующие годы темпы снижения уровня суицидов замедлились.

Более веские аргументы в поддержку точки зрения W.A. Pridemore и соавторов получены с помощью экстраполяции трендов на основе результатов анализа временных рядов, охватывающих период с 1956 по 2005 гг. Анализ графиков автокорреляционной и частной автокорреляционной функции показал постепенное убывание значений коэффициентов автокорреляции и наличие только одного значимого коэффициента частной автокорреляции на первом лаге как для мужчин, так и для женщин. Из этого следует выбор модели АРПСС с одним параметром авторегрессии после взятия разностей 1-го порядка: АРПСС(1,1,0) [5].

Анализ графиков остатков показывает наличие выбросов в 1985, 1992-93 и 1999 гг., обусловленных интервенциями, которые обсуждались выше (рис. 3, 4).

В этой ситуации целесообразным является использование метода АРПСС с интервенциями. Поскольку временной ряд ограничен 2005 г., учесть интервенцию 1999 г. невозможно в силу ограничения процедуры вычисления (количество наблюдений после последней интервенции не может быть менее 10). Поэтому нами выбрана модель с двумя интервенциями. Графические данные (рис. 1, 2) говорят о том, что реальные темпы снижения уровня самоубийств после 2005 г., как среди мужчин, так и среди женщин, значительно превосходили прогнозные темпы снижения, полученные с помощью экстраполяции временных рядов.

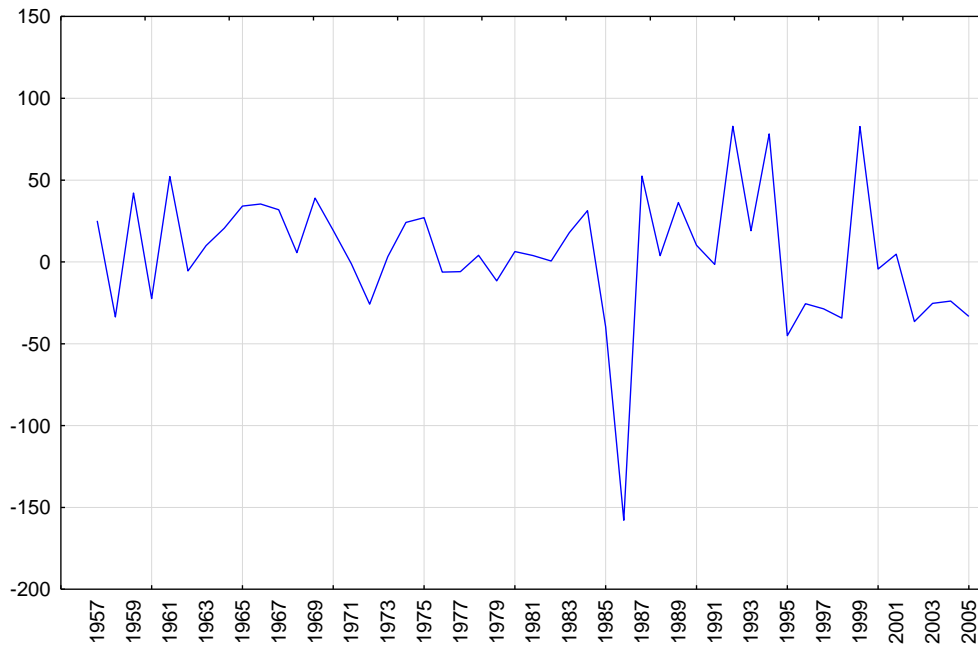


Рис. 3. Анализ остатков временного ряда уровня суицидов среди мужчин.

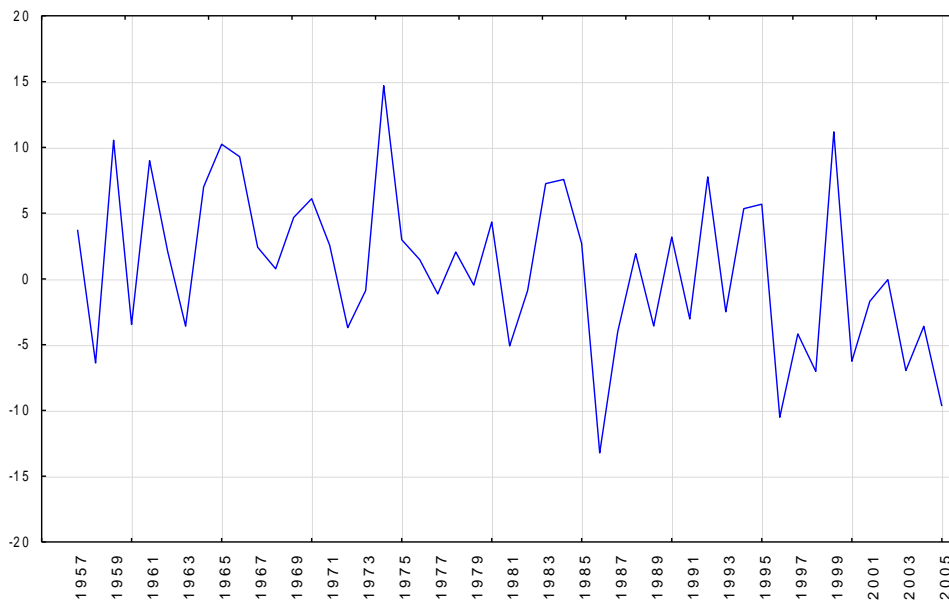


Рис. 4. Анализ остатков временного ряда уровня суицидов среди женщин.

Эти данные являются прямым свидетельством в пользу высказанной ранее точки зрения, согласно которой резкое снижение уровня самоубийств после 2005 года является прямым следствием принятия и реализации двух новых антиалкогольных законов, а не простым продолжением тенденции к снижению уровня данного показателя, которая предшествовала принятию антиалкогольных инициатив.

Выводы.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют в пользу гипоте-

зы, согласно которой изменения в уровне доступности алкоголя были ключевой детерминантой резких колебаний уровня суицидов в России на протяжении последних десятилетий. Наиболее четким эффект мероприятий по ограничению доступности алкоголя на уровень суицидов был в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг., а также в 2006-2007 гг., после принятия законодательств, которые привели к реальному снижению уровня потребления алкоголя. Настоящее исследование наглядно продемонстрировало ограничения, с

которыми сталкиваются исследователи, пыта-
ясь прогнозировать динамику уровня суицидов
путем экстраполяции закономерностей поведе-
ния тренда. Принятие антиалкогольных зако-
нов в 2006 г. явилось интервенцией, суще-
ственно скорректировавшей динамику уровня
суицидов, которая стала значительно отличать-

Литература:

1. WHO. Suicide Prevention in Europe: The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. – Copenhagen, 2002.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепрпетровск: Пороги. 2006. – 470 с.
3. Durkheim E. Suicide. – New York: The Free Press. 1966.
4. Yu S.C., Jinsoo L. Is forecasting future suicide rates possible? // Engineering Management Research. – 2012. – Vol. 1, № 1. – P. 77–91.
5. Кондратьев М. А. Методы прогнозирования и модели распространения заболеваний // Компьютерные исследования и моделирование. – 2013. – Том 5, № 5. – С. 863–882.
6. Booth H. Tickle L. Mortality modeling and forecasting: a review of methods ADSRI Working Paper No. 3 2008.
7. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48–52.
8. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2006. – № 4. – С. 55–56.
9. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: эпидемиологический анализ – LAP LAMBERT Academic Publishing. – Saabruken, 2012. – 81 с.
10. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1405–1420.
11. Nemtsov A.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and alcohol dependence. – 2003. – Vol. 71, № 2. – P. 161–168.
12. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Social forces. – 2006. Vol. 85, № 1. – P. 413–430.
13. Pridemore W.A., Chamlin M.B. A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002 // Addiction. – 2006. – Vol. 101, № 12. – P. 1719–1729.
14. Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis // Addiction. – 2013. – Vol. 108. – P. 1933–1941.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – № 2. – P. 67–74.

ся от тренда, предсказанного на основании предшествовавшей динамики временного ряда. Учитывая невозможность предсказания различного рода социальных интервенций, построение надежного прогноза динамики уровня суицидов представляется задачей крайне проблематичной.

Транслитерация:

WHO. Suicide Prevention in Europe: The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. – Copenhagen, 2002.

Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija. – Dnepropetrovsk: Porogi. 2006. – 470 s. (In Russ)

Durkheim E. Suicide. – New York: The Free Press. 1966.

Yu S.C., Jinsoo L. Is forecasting future suicide rates possible? // Engineering Management Research. – 2012. – Vol. 1, № 1. – P. 77–91.

Kondrat'ev M. A. Metody prognozirovanija i modeli rasprostranenija zabojevanij // Komp'juternye issledovanija i modelirovanie. – 2013. – Tom 5, № 5. – S. 863–882. (In Russ)

Booth H. Tickle L. Mortality modeling and forecasting: a review of methods ADSRI Working Paper No. 3 2008.

Razvodovskij Ju.E. Alkogol' i suicidy: populjacionnyj uroven' vzajmosvjazi // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im S.S. Korsakova. – 2004. – № 2. – С. 48–52. (In Russ)

Razvodovskij Ju.E. Alkogol' i suicidy v Belarusi // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im S.S. Korsakova. – 2006. – № 4. – S. 55–56. (In Russ)

Razvodovskij Ju.E. Alkogol' i suicidy v Belarusi: jepidemiologicheskij analiz – LAP LAMBERT Academic Publishing. – Saabruken, 2012. – 81 s. (In Russ)

Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1405–1420.

Nemtsov A.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and alcohol dependence. – 2003. – Vol. 71, № 2. – P. 161–168.

Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Social forces. – 2006. Vol. 85, № 1. – P. 413–430.

Pridemore W.A., Chamlin M.B. A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002 // Addiction. – 2006. – Vol. 101, № 12. – P. 1719–1729.

Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis // Addiction. – 2013. – Vol. 108. – P. 1933–1941.

Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – № 2. – P. 67–74.

16. Stickley A., Jukkala T., Norstrom T. Alcohol and suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time? // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2011. – Vol. 72, № 2. – P. 341–347.
17. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм, медико-социальные аспекты. – М.: М, 1990. – 527 с.
18. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
19. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28–40.
20. Немцов А.В., Шельгин К.В. Антиалкогольные законы 2005 г. и снижение потребления алкоголя в России // Вopr. наркологии. – 2015. – №1. – С.83-92.
21. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American journal public health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – Vol. 2021–2026.
- Stickley A., Jukkala T., Norstrom T. Alcohol and suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time? // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2011. – Vol. 72, № 2. – P. 341–347.
- Lisicin Ju.P., Sidorov P.I. Alkogolizm, mediko-social'nye aspekty. – М.: М, 1990. – 527 s. (In Russ)
- Nemcov A.V. Alkogol'naja istorija Rossii: novejšij period. – М.: Knizhnyj dom «LIBROKOM», 2009. – 320 s. (In Russ)
- Rozanov V.A. Samoubijstva, psiho-social'nyj stress i potreblenie alkogolja v stranah byvshego SSSR // Suicidologija. – 2012. – № 4. – S. 28–40. (In Russ)
- Nemcov A.V., Shelygin K.V. Antialkogol'nye zakony 2005 g. i snizhenie potreblenija alkogolja v Rossii // Voprosy narkologii. – 2015. – №1. – S.83-92. (In Russ)
- Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American journal public health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – Vol. 2021–2026.

FORECASTING OF SUICIDES RATE USING TIME SERIES ANALYSIS

Y.E. Razvodovsky, V.Y. Smirnov, P.B. Zotov

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
 Medical center "Medical city", Tyumen, Russia

This article tests the possibility of forecasting of suicides rate in Russia using the analysis of time series from 1956 to 2005. The results from present study support the hypothesis that a change in the affordability of alcohol was the key determinant of dramatic fluctuations in the suicides rate in Russia during the last decades. Most visible effect of measures on restriction of alcohol's availability was during antialcohol campaign 1985-1988 and following the adoption of new antialcohol initiatives in 2005. This study highlighted the limitations associated with forecasting of suicides using extrapolation of time series. Adoption of new antialcohol initiatives in 2005 appeared as an intervention which effected the trends in suicide mortality. This suggests that different kinds of social interventions hamper reliable forecasting of suicide rate.

Keywords: time series, forecasting, suicide, Russia.

УДК: 616.89 – 008.441.44

СУПРУГИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ИМЕЮЩИЕ В АНАМНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ: ИХ РАСШИРЕННАЯ КЛИНИКО-СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

*А.В. Меринов, Е.А. Шитов, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина,
 М.А. Байкова, М.Д. Филиппова, Н.Л. Меринов, А.И. Юрченко*

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»
 Минздрава России, г. Рязань, Россия
 ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, Россия
 ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов, Россия

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Шитов Евгений Александрович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: evgendoktor@yandex.ru

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lukashuk-alex62@yandex.ru

Сомкина Ольга Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: Olyasomkina@gmail.com

Байкова Мария Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: baqkovamari@gmail.com

Филиппова Мария Дмитриевна – интерн кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: mari_marii_9@mail.ru

Меринов Николай Львович – заведующий амбулаторным отделением ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д. 55. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: nikmerinov@gmail.com

Юрченко Андрей Иванович – заведующий шестым отделением ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». Адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27. E-mail: and_yur@mail.ru

Работа посвящена влиянию прошлой суицидальной активности женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, на их прочий спектр аутоагрессивных паттернов, экспериментально-психологические и созависимые показатели. Обнаружено, что присутствие в прошлом парасуицидальных тенденций резко увеличивает вероятность обнаружения у них иных форм несуйцидальных аутодеструктивных актов. Данная категория респонденток имеет специфические личностно-созависимые и экспериментально-психологические особенности, знание которых имеет принципиальное значение как для обогащения теоретических знаний в отношении изучаемого вопроса, так и готовит почву для реализации практических мероприятий по снижению их аутодеструктивного потенциала.

Ключевые слова: жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, аутоагрессия, суицидальное поведение.

Браки мужчин, злоупотребляющих алкоголем, являются объектом пристального научного внимания на протяжении последних нескольких десятков лет [1, 2, 3, 4]. Термин «созависимость» перестал являться экзотическим и широко применяется в наркологии и психотерапии. Несмотря на разные теоретические подходы и методологию исследований, тем не менее, можно констатировать, что проживание в браке с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью (МСАЗ), подразумевает у женщины изначальное присутствие или приобретение в браке определённых личностно-психологических и клинических характеристик [3, 5, 6]. Одной из таковых особенностей жён МСАЗ является их повышенная аутоагрессивность, которая, в частности, проявляется в частоте выявления у них суицидальных тенденций в мыслях и поведении [2]. Действительно, на этапе осуществления данного исследования в общем массиве обследованных нами жён МСАЗ, парасуицидальная активность обнаружена у почти четверти респонденток, что значительно превышает общепопуляционные показатели. Существует мнение, что в основе этого феномена лежит не только «экзогенное»

влияние супруга, но и в определённой степени он детерминируется внутренней психологической организацией женщин этой группы [2, 7]. Изучая аутоагрессивность жён МСАЗ, мы задались вопросом, является ли суицидальное поведение у жён МСАЗ единственным отличием между подгруппами парасуицидальных и «несуйцидальных» женщин из подобных браков? Или отнесение к парасуицидальному кластеру подразумевает наличие и других, значимых для суицидологии и наркологии особенностей.

Таким образом, целью исследования являлась оценка влияния суицидальной активности жён МСАЗ на общий спектр их аутоагрессивности, созависимые и экспериментально-психологические характеристики респонденток. Исходя из поставленной цели, главной задачей исследования был поиск значимых отличий между группами женщин, имеющих и не имеющих парасуицидальную активность в анамнезе.

Материал и методы.

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено обследование 72 женщин, имеющих суицидальную активность в

анамнезе (суицидальные попытки или суицидальные мысли, не реализовавшиеся в суицид в самый последний момент), состоящих в браке с МСАЗ (Парасуицидальные жены МСАЗ – ПЖМСАЗ), и 178 женщин, не имеющих суицидальной активности, находящихся замужем за МСАЗ (Непарасуицидальные жены МСАЗ – НеПЖМСАЗ). Возраст в первой группе составил – 41,1±3,7 года во второй – 40,1±5,2 года. Срок семейной жизни – 16,4±4,6 и 17,1±5,2 года соответственно. Обследованные группы были сопоставимы по социально - демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [4], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, в последние два года, в добрачный и брачный периоды. Для оценки личностно - психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: тест преобладаю-

щих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, опросник Ч. Спилбергера STAXI, а также тест Mini-Mult.

Для решения поставленной задачи было произведено фронтальное сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах (суицидологических, личностно-созависимых и экспериментально-психологических).

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона. Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение.

Значимые отличия в профиле несуицидальных аутоагрессивных паттернов, а так же их основных предикторов между изучаемыми группами женщин приведены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика аутоагрессивной сферы женщин, имеющих и не имеющих парасуицидальную активность в анамнезе, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, в %

Признак	ПЖМСАЗ, %	Не ПЖМСАЗ, %
Несчастные случаи в анамнезе	27,78*	10,11
Подверженность насилию в добрачный период	# 16,67*	4,49
Подверженность насилию в последние два года	27,78*	4,49
Подверженность насилию в период брака	44,44*	12,36
ЧМТ в анамнезе	36,11*	7,87
Злоупотребление алкоголем в период брака	22,22*	2,25
«Пробы» наркотических средств в период брака	13,89*	6,74
Обморожения в добрачный период	# 19,44*	4,49
Ожоговая патология в период брака	30,56*	7,87
Ожоговая патология в добрачный период	# 22,22*	4,49
Наблюдение у психиатра в анамнезе	11,11*	2,25
Навязчивый стыд в добрачный период	# 33,33*	15,73
Моменты острого одиночества	61,11*	39,33
Депрессивные эпизоды в добрачный период	30,56*	12,36
Депрессивные эпизоды в период брака	69,44*	44,94
Периоды безысходности в период брака	72,22*	49,44
Склонность к неоправданному риску	44,44*	16,85
«Комплекс» неполноценности	61,11*	23,60
Уверенность в долгой последующей жизни	33,33*	11,24
Агрессивность в последние два года	52,78*	30,34
Агрессивность в период брака	58,33*	26,97
Физическая агрессия со стороны мужа	50,0*	16,85

Примечание: # – признаки, присутствующие в добрачный период;

* – различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

Показатели классической суицидальной активности отсутствуют в представленной таблице, поскольку они являются факторами группообразования.

Первое, что обращает на себя внимание, это широкий спектр несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, характеризующий женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, который касается рискованно-виктимных модусов поведения, а так же наличия злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами в период брака. Отметим, что насилие в рассматриваемой подгруппе (физическое) в период брака возникло в 88,9% случаев в результате агрессивных действий со стороны мужа. Любопытно, что многие жены не связали факт физической агрессии со стороны мужа и факт наличия физического насилия вообще. То есть, ряд женщин только при прямом вопросе: «Бьёт ли Вас муж», ответили «Да», но раньше на вопрос «Становились ли Вы за время семейной жизни жертвой насилия» отвечали отрицательно. То есть 50,0% женщин подтвердили физическую агрессию со стороны мужа, но на второй вопрос утвердительно ответили только 44,44% обследованных. Этот факт, вероятно, связан с наличием у женщин процесса вытеснения и отрицания, либо с рационализацией фактов агрессии мужа.

Полученные данные позволяют утверждать, что аутоагрессивные показатели жен МСАЗ в целом в значительной степени формируются за счет аналогичных показателей именно группы жён, имеющей в анамнезе суици-

дальную активность. Аналогичную закономерность обнаруживается и в отношении предикторов аутоагрессивного поведения. В исследуемой группе отмечены достоверно высокие показатели таких общепризнанных предикторов саморазрушающего поведения, как: склонность к затяжным депрессивным реакциям, периоды острого одиночества, навязчивое переживание стыда, моменты безысходности, неуверенность в долгой последующей жизни. У парасуйцидальных жён МСАЗ обнаруживается достоверная связь аутоагрессивного и гетероагрессивного поведения.

При анализе соотношения суицидальных попыток у супругов в браках МСАЗ, были получены неожиданные результаты. Традиционно считается, что в общепопуляционных масштабах женщины чаще совершают суицидальные попытки и реже завершённые суициды, чем мужчины, у которых на то же количество попыток приходится значительно большее количество фатальных результатов [8, 9]. Соотношение женских и мужских парасуйцидов приблизительно составляет 3-4:1 [9]. В исследованных нами семьях это соотношение было иное: до брака – 1:3,5; в период семейной жизни – 1:1,6; за все время – 1:2, что, вероятно, является специфичным для парасуйцидов именно в семьях МСАЗ.

Следующая часть работы касалась характеристики личностно-психологических особенностей рассматриваемых женских групп. Отличия между группами женщин приведены в табл. 2.

Таблица 2

Характеристика личностно-психологических показателей и анамнестических данных женщин, имеющих и не имеющих парасуйцидальную активность в анамнезе, состоящих в браке с МСАЗ

Признак	ПЖМСАЗ	Не ПЖМСАЗ
Склонность во всех неудачах обвинять себя	66,67%*	21,35%
Способность легко делиться проблемами с окружающими	16,67%*	35,96%
Использование защитного психологического механизма «Замещение»	5,3±2,1*	3,8±1,7
Использование защитного психологического механизма «Регрессия»	7,1±2,4*	5,1±1,9
Шкала STAXI AX/IN – гнева «на себя»	16,8±4,1*	12,4±3,1
Шкала Mini-Mult Hs (1)	9,9±2,4*	7,2±1,9
Шкала Mini-Mult Pa (6)	5,5±2,2*	4,1±1,7
Наличие алкогольной зависимости у отца	72,22%*	46,07%
Наличие алкогольной зависимости у матери	22,22%*	4,49%

Примечание: * – различия между группами статистически значимы (p<0,05).

Женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, состоящих в браке с МСАЗ, значимо характеризует наличие личностно-психологического комплекса, подразумевающего выраженную созависимую позицию супруги: сочетание склонности обвинять во всех неприятностях себя и неспособность открыто обсуждать возникающие проблемы с окружающими, даже близкими родственниками.

Спектр преобладающих психологических защит у жён, имеющих суицидальную активность в анамнезе, полностью соответствует таковому у МСАЗ [2], имеющих суицидальную активность, что, вероятно, является маркером алкогольной и созависимой суицидальности.

По данным теста STAXI, женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, достоверно отличает склонность направлять реакцию гнева «на себя». Это согласуется со склонностью женщин из данной группы вместо прямого выражения гнева и недовольства отреагировать злобу «на себя», чаще всего за неспособность контролировать ситуацию с мужем.

Сочетание шкал теста Mini-Mult Hs (1), Pa (6), показатели которых достоверно выше у женщин, имеющих суицидальную активность в анамнезе, характеризует респонденток как людей принимающих всё на веру, медленно приспособляющихся, плохо переносящих смену обстановки и легко теряющих равновесие в социальных конфликтах. Они имеют тенденцию активно насаждать свои взгляды, собственные малейшие удаchi всегда переоценивают, вся жизнь у них проходит по принципу: есть либо белое, либо чёрное.

Литература:

1. Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма // Вестник клинической психологии. – 2005. – Том 3, № 1. – С. 51-56.
2. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дисс. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 277 с.
3. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невроп. и психиатр. – 1994. – Том 94. – Вып. 1. – С. 51-54.
4. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 53-61.

В заключении отметим встретившуюся отягощённость анамнеза женщин, имеющих суицидальную активность, алкогольной зависимостью родителей. Эта касается достоверно более частого присутствия алкогольной зависимости как по отцовской линии, так и по материнской. Как видно из представленной таблицы, эти отличия весьма существенны и позволяют говорить о крайне высокой значимости наличия родительской алкогольной зависимости для формирования суицидального поведения жён в браках МСАЗ.

Выводы:

1. Факт присутствия парасуицидальной активности у жён МСАЗ подразумевает гораздо более широкий спектр отличий от несуйцидальных женщин, нежели само суицидальное поведение, что говорит об их клинической специфичности и обособленности.

2. Полученные данные позволяют утверждать, что наличие суицидальной активности у жён МСАЗ зачастую подразумевает так же и достоверно более частое присутствие у них несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения и наоборот.

3. Обнаруживаемый личностно - психологический профиль у суицидальных жён МСАЗ весьма специфичен, что создаёт «почву» для реализации аутоагрессивных импульсов.

4. Выявление суицидальных паттернов у будущих жён МСАЗ в добрачный период является вероятным признаком сохранения их и в брачной жизни с МСАЗ.

5. Полученные данные целесообразно использовать при построении лечебного процесса в рамках супружеской терапии алкогольной зависимости и коррекции созависимого состояния.

Транслитерация:

- Egorov A.YU. O tipologii supruzheskogo alkogolizma // Vestnik klinicheskoy psihologii. – 2005. – Tom 3, № 1. – S. 51-56. (In Russ)
- Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'yu i chlenov ih semej: diss. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 277 s. (In Russ)
- Moskalenko V.D., Gun'ko A.A. Zheny bol'nyh alkogolizmom: opyt izucheniya psihopatologii // Zhurn. nevrop. i psihiatr. – 1994. – Tom 94. – Vyp. 1. – S. 51-54. (In Russ)
- SHajdukova L.K. Supruzheskij alkogolizm // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2005. – № 5. – S. 53-61. (In Russ)

5. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма. – Полтава: АСМИ, 2003. – 144 с.
 6. Hurcom C., Copello A. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades // Substance use & misuse. – 2000. – Vol. 35, № 4. – P. 473-502
 7. Berne E. What do you say after you say hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
 8. Aldridge D. Suicide. The tragedy of hopelessness. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. – 311 p.
 9. Grollman E.A. Suicide prevention, intervention, postvention. – 2nd ed. – N.Y.: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.
- Litvinenko V.I. Paradoksy alkogolizma. – Poltava: ASMI, 2003. – 144 s. (In Russ)
- Hurcom C., Copello A. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades // Substance use & misuse. – 2000. – Vol. 35, № 4. – P. 473-502
- Berne E. What do you say after you say hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
- Aldridge D. Suicide. The tragedy of hopelessness. – London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. – 311 p.
- Grollman E.A. Suicide prevention, intervention, postvention. – 2nd ed. – N.Y.: Beacon Hill Press, 1988. – 151 p.

SPOUSES OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE WHO HAVE A HISTORY OF SUICIDAL ATTEMPT: THEIR ADVANCED CLINICAL SUICIDOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS

A.V. Merinov, E.A. Shitov, A.V. Lukashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova, M.D. Filippova, N.L. Merinov, A.I. Yurchenko

Ryazan State Medical University, Russia
Odintsovo drug dispensary, Russia
Tambov Psychiatric Hospital, Russia

The work is devoted to the influence of past suicidal activity among women married to men suffering from alcohol addiction, their other range of autoaggressive patterns, experimental psychological and codependent indicators. Discovered that the presence in the past parasuicidal trends sharply increases the probability of finding them other forms Neuilly self-destructive acts. This category of respondents has a specific personality-dependent and experimentally-psychological characteristics, knowledge of which is essential both for the enrichment of theoretical knowledge concerning the studied issue and sets the stage for the implementation of practical measures to reduce their self-destructive potential.

Keywords: wives of men suffering from alcohol addiction, aggression, suicidal behavior.

УДК: 159.9:616.89-008.441.44

КРИЗИС И СУИЦИД: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.А. Николаев

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

Контактная информация:

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15. Телефон: (8352) 45-20-31, e-mail: pzdorovie@bk.ru

Клинически и психологически обследованы 235 человек (средний возраст 35,86±13,05 года, 60,0% женщин), находившихся в состоянии эволюционного или ситуационного кризиса, и имевших выраженные суицидальные тенденции. Использовались опросники SCL-90, ISTA, MMPI, Методика оценки психического здоровья, социокультурная анкета. Установлено, что содержательная специфика аутоагрессивных проявлений личности при кризисе определена психологическими характеристиками его структурных компонентов – событийного, фрустрационного и дефицитарного. Выявлено, что частыми предпосылками аутоагрессии является дисгармоничная семейная среда формирования личности с системой формального исполнения социальных ролей, эмоциональной депривацией, внутрисемейной агрессией, злоупотреблением алкоголем. Ключевой проблемой такой личности является несформированность границ идентичности с нарушением самовосприятия и интерперсональных отношений. Риск суицида в ситуации кризиса возрастает в силу ригидности личности, тревожно-депрессивного эмоционального фона, обеднённости системы социальной поддержки.

Ключевые слова: кризис, аутоагрессивное поведение, суицид, событийный контекст аутоагрессии, фрустрационный контекст аутоагрессии, дефицитарный контекст аутоагрессии, риск суицида.

Ситуация экономического кризиса, переживаемая в настоящее время многими странами, тесно взаимосвязана с уровнем самоубийств. Подтверждением чему являются данные, полученные в Греции, согласно которым отмечен отчетливый рост числа самоубийств среди лиц трудоспособного возраста, сопровождающий меры жесткой экономии в стране [1]. С другой стороны, ситуация экономической стабильности не может защитить личность от внутреннего кризиса и тесно связанных с ним аутоагрессивных тенденций. Так, даже в одной из наиболее экономически благополучных стран, как Швейцария, суицид является ведущей причиной смерти заключенных в тюрьмах [2]. По данным австрийских ученых, пациенты с онкопатологией, в сравнении с остальным населением, также имеют высокий риск самоубийств, связанный с диагнозом, тяжестью заболевания и анатомическим расположением опухоли [3]. В свою очередь, уровень самоубийств может быть взаимосвязан не только с потреблением алкоголя [4], но и такими неконтролируемыми человеческой деятельностью факторами, как солнечная активность [5].

Принимаемая за основу клинико-психологического анализа в данной работе концепция кризиса определяет его как переходящее для личности состояние дезорганизации психической деятельности, характеризующее неспособностью преодоления препятствий путем использования привычных подходов разрешения проблем и потенциальной возможностью позитивных или негативных последствий [6]. Неспособность личности найти эффективный выход из кризисной ситуации является одним из условий развития стойких дезадаптивных состояний [7, 8] и причиной обращения за помощью к психотерапевту и психологу [9, 10], может часто сопровождаться аутоагрессивным поведением суицидального характера как неадекватной попыткой разрешения накопившихся проблем [11, 12, 13, 14, 15, 16]. В данной работе мы обращаемся к двум проявлениям кризиса личности – эволюционному и ситуационному. Эволюционный кризис обусловлен прохождением человека через естественную череду возрастных этапов развития, связанных с разрушением привычной социальной ситуации развития и необходимостью развития в новой незнакомой ситуации. Ситуационный кризис относится к случаям экстре-

мальных обстоятельств и индивидуально значимым жизненным событиям, не связанным с этапами возрастного развития и оцениваемых личностью, как негативные и угрожающие её благополучию.

Цель исследования: проведение клинико-психологического анализа содержательной специфики аутоагрессивных проявлений личности при кризисе с учетом его событийного, фрустрационного и дефицитарного контекстов.

Материал и методы.

В качестве материала данного исследования выступили 235 человек обоего пола, обратившихся в Психотерапевтический центр в г. Чебоксары в связи с ситуацией отчетливого эволюционного или ситуационного кризиса, и имевших выраженные суицидальные тенденции.

Наличие у обследованных суицидальных тенденций устанавливалось по следующим критериям:

- 1) осознанному допущению ими возможности совершения самоубийства;
- 2) наличию в анамнезе зарегистрированных суицидальных попыток или парасуицидальных действий;
- 3) согласию с утверждениями о наличии отчетливых мыслей о смерти и умирании при заполнении опросника SCL-90.

Для клинико-психологического анализа в работе использовались методики: Опросник SCL-90 [17, 18]; Я-структурный тест Аммона (ISTA) [19]; Методика оценки психического здоровья (МОПЗ) [20]; адаптированная версия опросника MMPI [21]; социокультурная анкета [22].

Опросник SCL-90 нацелен на определение степени выраженности психопатологических проявлений, которые соответствуют шкалам: соматизации, обсессивно-компульсивных нарушений, межличностной сенситивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций и психотических нарушений. Имеются обобщающие индексы и дополнительные шкалы. Методика ISTA представляет собой психодиагностический инструмент для исследования личностных функций исследуемого, который включает утверждения, посвященные темам самочувствия, настроения, специфике эмоциональных переживаний и поведения личности. Содержание методики основано на психодинамической концепции о структуре и развитии

центральных Я-функций в их конструктивном, деструктивном и дефицитарном проявлениях. Опросник МОПЗ, созданный на основе ISTA, помогает интегрально оценивать базисные показатели психического здоровья личности через выраженность конструктивно - адаптационных ресурсов личности, психопатологической симптоматики, психической активности, а также их соотношений. Используемая в исследовании социокультурная анкета [22] включает социодемографический, этнокультурный, духовно-ценностный разделы, разделы состояния семейной сферы и отношения к здоровью и болезни.

Для установления достоверности различий изучаемых социодемографических, социокультурных и клинико-психологических характеристик обследованных проводилось их сравнение с аналогичными показателями 308 испытуемых контрольной группы. Все участники контрольной группы на момент исследования не имели жалоб на состояние здоровья, активно не высказывали идей суицидального характера, и не относились к категории лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Результаты и их обсуждение.

Событийный контекст. К важнейшим структурным компонентам психологического кризиса относят значимые события, фрустрированную потребность и дефицит необходимой для решения проблемы информации [13, 14]. В данном случае изучение событийного контекста аутоагрессивного поведения проводилось с позиции выделения отличительных для обследованных социокультурных и клинико - психологических параметров.

Средний возраст обследованных составил $35,86 \pm 13,05$ года, среди них преобладали женщины (60,0%), примерно одинаково представлены уроженцы города и села (52% и 48% соответственно). Аутоагрессивная направленность поведения была больше представлена среди чувашей (65,2%), но также встречалась у русских (28,9%) и представителей других этносов (5,9%). Обследованных отличало вхождение в первую тройку сфер занятости представителей бизнеса, финансов и экономики (10,4%). Неудивительно, что в каждом пятом случае (20,8%) сферой возникновения кризиса являлась работа и трудовая деятельность. Это дало возможность оценивать негативный вклад условий сельской жизни и факторов профессионального риска в смысловое оформление кризисной ситуации.

Среди многообразия личностных значений жизненных событий можно выделить те негативные ситуации и сферы, которые являлись у обследованных потенциально суицидогенными. Прежде всего, это касалось негативного самопринятия личности с позиции этнической принадлежности [23]. Так, при аутоагрессивном поведении определялась тенденция, при которой каждый десятый обследованный (9,6%) считал свой этнос неполноценным. Причем это явление чаще встречалось у чувашей (76,9%), чем у русских (15,4%). Вне зависимости от этнической принадлежности такие обследованные происходили из моноэтнических семей.

Три четверти случаев (75,9%) аутоагрессивных тенденций были связаны с конфликтными внутрисемейными отношениями, чаще – с супружеской стороной (32,3%). Данный аспект в 28,9% случаев отражал выраженное доминирование женщины в семье, что воспринималось мужчинами крайне болезненно. В то же время для каждого третьего пациента (32,4%) являлось актуальной ситуация существования направленной на него внутрисемейной агрессии, которая могла носить характер физического или психологического насилия. Примерно у половины больных (47,1%) определялись факты внутрисемейной агрессии в прошлом, которые остались в памяти в виде конкретных страхов, невысказанных обид и разочарований по отношению к близким людям.

Отношения с родителями у каждого третьего обследованного носили незрелый, открыто конфронтационный характер (32,3%) и отражали их инфантильный протест против привычных требований беспрекословного подчинения (30,3%) или реакцию на ситуацию эмоционального отвержения со стороны родителей (23,5%). Данные обстоятельства в подавляющем большинстве случаев семей (71,6%) могли быть связаны с фактом злоупотребления алкоголем одним из родителей, что однозначно относит такие семьи к категории глубоко дисгармоничных.

Только у 14,5% обследованных определялся объективный соматогенный характер возникновения кризиса. Однако, оценивая свое здоровье, каждый четвертый обследованный с суицидальными тенденциями (25,3%) воспринимал себя как тяжело или неизлечимо больного, являя еще одну содержательную сферу формирования аутоагрессивного поведения.

Фрустрационный контекст. Состояние фрустрации нарушает возможности личности

по удовлетворению значимых потребностей, вступая с ними в конфликт. Первоначально возникнув в одной из описанных выше содержательных сфер, конфликт генерализуется и распространяется, захватывая все новые стороны психической деятельности, яркой иллюстрацией чему являлась психодинамическая структура личности обследованных с суцидальными тенденциями и аутоагрессивным поведением (табл. 1).

Характерной особенностью психодинамической структуры личности обследованных являлось доминирование деструктивно-дефицитарного выражения Я-функций, что указывало на дезорганизацию отношений с собственной личностью, с другими людьми и окружающим миром (табл. 2). В основе такого реагирования могла лежать серия ранних кон-

фликтов, закрепленных в стереотипах поведения и межличностных отношений [20, 24].

Так, в структуре личности обследованных можно было выделить состояние фрустрации центральной функции агрессии, которая вела к блокаде деятельного, активного взаимодействия с окружающим миром и открытого проявления чувств и эмоций, проистекающей из-за раннего невнимания матери ребенка к его потребностям в получении нового жизненного опыта, достигающего до степени эмоциональной депривации.

В основе фрустрации функции страха при аутоагрессивном поведении лежит невозможность ощущения чувства безопасности из-за отсутствия возможностей для совместного переживания тревоги вместе с близкими людьми.

Таблица 1

Показатели шкал ISTA (M±σ)

Наименование шкалы	Обследованные с аутоагрессией	Контрольная группа
Агрессия конструктивная	8,44±2,65	8,48±2,85
Агрессия деструктивная	6,28±2,64*	5,39±2,92
Агрессия дефицитарная	6,04±2,96*	3,89±2,30
Тревога-страх конструктивная	7,16±2,25	7,24±2,31
Тревога-страх деструктивная	4,72±3,27*	2,61±2,71
Тревога-страх дефицитарная	5,16±2,37*	3,46±2,31
Внешнее Я-отграничение конструктивное	6,40±2,74*	8,06±2,15
Внешнее Я-отграничение деструктивное	5,20±2,75*	3,46±2,31
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	5,96±2,59*	4,54±2,50
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	7,96±2,68*	8,96±2,40
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	5,32±2,01*	3,61±2,36
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	6,80±2,65*	5,17±2,62
Нарциссизм конструктивный	7,28±2,42*	8,65±2,40
Нарциссизм деструктивный	4,84±2,62*	3,37±2,52
Нарциссизм дефицитарный	3,96±3,17*	2,85±2,62
Сексуальность конструктивная	8,75±3,23	8,37±2,92
Сексуальность деструктивная	5,00±2,30	4,48±2,39
Сексуальность дефицитарная	3,88±2,82**	2,26±2,09

Примечание: * $p < 0,001$, ** $p < 0,0001$ – различия достоверно значимы.

Таблица 2

Показатели шкал МОПЗ (M±σ)

Наименование шкалы	Обследованные с аутоагрессией	Контрольная группа
Шкала конструктивности	46,35±11,82*	50,25±11,09
Шкала деструктивности	32,43±10,18*	22,43±9,80
Шкала дефицитарности	32,17±13,38*	22,50±10,27

Примечание: * $p < 0,001$ – различия достоверно значимы.

В некоторых случаях могла наблюдаться полная непереносимость переживаний, связанных с психическим отторжением опасности.

Фрустрация функции внешнего отграничения формируется в условиях деструктивной среды с установками на развитие личности в строго заданных и заранее предписанных границах, что формирует жесткое эмоциональное дистанцирование, которое при дефицитарном выражении может принимать формы размытости и сверхпроницаемости границ.

Невозможность полноценного развития личностной идентичности отражает фрустрация функции внутреннего отграничения. Деструктивное выражение данной функции ограничивает личность сугубо рациональным постижением действительности, обедняя постижение телесного и духовного опыта.

Деструктивный нарциссизм искажает возможности личности реалистично и последовательно воспринимать себя, фрустрируя потребность в чутком и заботливом отношении к развитию. Дефицитарная сущность нарциссизма наполняет личность формальными отношениями, лишенными человеческой теплоты и вовлеченности, ориентированными на конвенциональные нормы.

Деформация развития функции сексуальности проявляется фрустрацией потребности в партнерских и гармоничных отношениях, заменяя их на манипулятивную физиологическую деятельность, часто несущую травмирующий для личности характер. Другой крайностью оказывается неспособность личности адекватно интегрировать сексуальную активность в систему межличностных отношений, оставляя её на уровне восприятия как чисто механистическое взаимодействие.

Максимальная амплитуда и разброс между показателями шкал обследованных и здоровых свидетельствовали о том, что центральной проблемой такой личности являлось становление Я-границ. Гибкие и подвижные границы внешнего и внутреннего отграничения, являясь центральным пунктом развития психической интеграции, формируют в норме бесконфликтную, относительно свободную от давления внутренних потребностей и требований внешней реальности личность. Аутоагрессивная направленность поведения личности отражает недостаточное развитие этих функций, что препятствует нейтрализации агрессивной инстинктивной энергии.

Дефицитарный контекст. Именно дефицит информации, необходимой для разрешения проблемы, создает представление о неразрешимости конфликта и безвыходности ситуации. Данный дефицит может носить объективный характер и быть обусловлен особой сложностью, неожиданностью и новизной проблемы, что исключает использование прошлого опыта. Он также может быть субъективным, связанным с особенностями психической деятельности личности [14].

Выделение клинико-психологических особенностей личности, способствующих проявлениям описанного дефицитарного восприятия при аутоагрессивном поведении, произведено с помощью усредненного профиля личности ММРІ основной группы исследования (рис. 1). Превышая пределы нормативного коридора, профиль характеризует состояние выраженного дистресса и личностной дисгармонии.

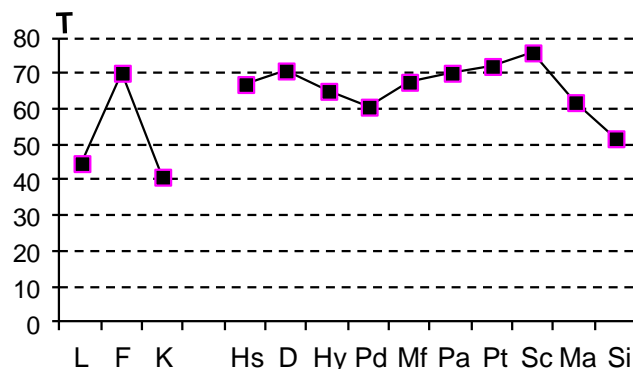


Рис. 1. Усредненный профиль ММРІ обследованных с аутоагрессией.

Депрессивные тенденции, определяемые пиком на второй, умеренным повышением на первой, вторым подъемом на седьмой и восьмой шкалах и снижением на девятой, значительно ограничивают продуктивность личности по оценке проблемной ситуации, восприятию новой и актуализации имеющейся в памяти информации. Такая личность не только имеет пониженное настроение, но и склонность к обостренному переживанию неудач, к повышенному чувству вины, неуверенности. Дисгармоничное сочетание представляет собой повышение на второй и шестой шкалах, которое отражает одновременно с существованием депрессивных тенденций проявления аффективной ригидности. Данные тенденции свидетельствуют о следовании личности жестким

стереотипам поведения, длительной фиксации на негативных переживаниях, что также препятствует усвоению личностью нового опыта и извлечению уроков из старых ошибок, усиливая информационный дефицит.

Сочетание повышения профиля на шестой и восьмой шкалах обеспечивает признаки аутизации, отчужденности с чертами личностной ригидности и определенной долей экстернатальности в локусе контроля, особенно в области межличностных отношений. Однако повышение на седьмой шкале несколько смягчает клиническую картину за счет высокого уровня тревожности и болезненных переживаний. Контакты такой личности довольно обширны, но плохо организованы и своеобразны, лишены адекватной эмоциональной окраски и не служат реальным источником социальной поддержки при кризисной ситуации.

Заключение.

Содержательная специфика аутоагрессивных проявлений личности при кризисе может

быть определена психологическими характеристиками его основных структурных компонентов – событийного, фрустрационного и дефицитарного. Аутоагрессия является одной из наиболее частых форм реагирования на кризис личности, сформировавшейся в условиях дисгармоничной семейной среды. В недрах такой семьи, придерживающейся системы формального исполнения социальных ролей, становятся частой реальностью: эмоциональная депривация, внутрисемейная агрессия, злоупотребление алкоголем. Основной проблемой такой личности становится несформированность границ идентичности, что нарушает собственное самовосприятие и осложняет продуктивные интерперсональные отношения. Ригидность, как личностная черта, тревожно-депрессивный эмоциональный фон, обедненность системы естественной социальной поддержки снижают адаптационные возможности и увеличивают риск суицида.

Литература:

1. Rachiotis G., Stuckler D., McKee M., Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012) // *BMJ Open*. – 2014. – Mar 25. – № 5 (3). – e007295.
2. Gauthier S., Reisch T., Bartsch C. Swiss prison suicides between 2000 and 2010 // *Crisis*. – 2015. – Feb 23. – P. 1-7.
3. Vyssoki B., Gleiss A., Rockett IR., Hackl M., Leitner B., Sonneck G., Kapusta ND. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? // *J. Affect. Disord.* – 2015. – Apr 1. – № 175. – P. 287-291.
4. Сапожников С.П., Карышев П.Б., Кичигин В.А., Голенков А.В., Малов И.П. Связь потребления алкоголя с самоубийствами и днями недели у городских жителей Чувашии // *Наркология*. – 2012. – Том 11, № 8 (128). – С. 87-91.
5. Сапожников С.П., Карышев П.Б., Голенков А.В., Толмачев А.С. Макроритмы самоубийств и солнечная активность // *Здравоохранение Чувашии*. – 2006. – № 4. – С. 32-37.
6. Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. – Basel, 2001. – P. 166-174.
7. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. – 2012. – № 8. – С. 93–104.

Транслитерация:

Rachiotis G., Stuckler D., McKee M., Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012) // *BMJ Open*. – 2014. – Mar 25. – № 5 (3). – e007295.

Gauthier S., Reisch T., Bartsch C. Swiss prison suicides between 2000 and 2010 // *Crisis*. – 2015. – Feb 23. – P.1-7.

Vyssoki B., Gleiss A., Rockett IR., Hackl M., Leitner B., Sonneck G., Kapusta ND. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? // *J. Affect. Disord.* – 2015. – Apr 1. – № 175. – P. 287-291.

Sapozhnikov S.P., Karyshev P.B., Kichigin V.A., Golenkov A.V., Malov I.P. Svjaz' potreblenija alkoholja s samoubijstvami i dnjami nedeli u gorodskih zhitelej Chuvashii // *Narkologija*. – 2012. – Том 11, № 8 (128). – S. 87-91. (In Russ)

Sapozhnikov S.P., Karyshev P.B., Golenkov A.V., Tolmachev A.S. Mak-roritmy samoubijstv i solnechnaja aktivnost' // *Zdravoohranenie Chuvashii*. – 2006. – № 4. – S. 32-37. (In Russ)

Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. – Basel, 2001. – P. 166-174.

Lazareva E.Ju., Nikolaev E.L. Sistema mnogourovnevoj adaptacii lichnosti pri bolezni // *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii*. – 2012. – № 8. – S. 93–104. (In Russ)

8. Николаев Е.Л. Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2007. – №3. – С. 8-49.
9. Козлов А.Б. Суицидологическая служба в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2005. – № 1. – С. 68-81.
10. Погодин И.А. Психотерапия суицидоопасного кризиса: психологическая модель восстановления переживания // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 52-62.
11. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
12. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб., 2004. – 480 с.
13. Линдемманн Э. Клиника острого горя // А. Адлер и др. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. – М., 1996. – С. 225-233.
14. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная терапия. – М., 2005. – 376 с.
15. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
16. Юрьева Л.Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала // Суицидология. – 2014. – Т. 5. – № 4. – С. 32-36.
17. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб, 2001. – 272 с.
18. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report // Psychopharmacol. Bull. – 1973. – № 1. – P. 13-27.
19. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пос. для психол. и врачей / Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская. – СПб., 1998. – 70 с.
20. Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: Метод. реком. / Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Б. В. Иовлев, С. П. Жук. – СПб., 2000. – 23 с.
21. Березин Ф.В., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М., 1994. – 175 с.
22. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. – 384 с.
23. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 6. – С. 87-126.
24. Абрамова Н.М. Результаты исследования личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 27-37.
- Nikolaev E.L. Sovremennyye napravleniya issledovaniya pogranych psicheskikh rasstrojstv // Vestnik psichiatrii i psihologii Chuvashii. – 2007. – №3. – S. 8-49. (In Russ)
- Kozlov A.B. Suicidologicheskaja sluzhba v Chuvashskoj Respublike // Vestnik psichiatrii i psihologii Chuvashii. – 2005. – № 1. – S. 68-81. (In Russ)
- Pogodin I.A. Psihoterapija suicidopasnogo krizisa: psihologicheskaja model' vosstanovlenija perezhivaniya // Vestnik psichiatrii i psihologii Chuvashii. – 2013. – № 9. – S. 52-62. (In Russ)
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)
- Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb., 2004. – 480 s. (In Russ)
- Lindemann J.E. Klinika ostrogo gorja // A. Adler i dr. Transformacija i sublimacija seksual'noj jenerгии. Psihoanaliticheskie ocherki. – M., 1996. – S. 225-233. (In Russ)
- Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja terapija. – M., 2005. – 376 s. (In Russ)
- Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 472 s. (In Russ)
- Jur'eva L.N. Suicid v psichiatricheskoj bol'nice: strategii profilaktiki psicheskoy dezadaptacii u medicinskogo personala // Suicidologija. – 2014. – T. 5. – № 4. – S. 32-36. (In Russ)
- Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. – SPb, 2001. – 272 s. (In Russ)
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report // Psychopharmacol. Bull. – 1973. – № 1. – P. 13-27.
- Ja-strukturnyj test Ammona. Oprosnik dlja ocenki central'nyh lich-nostnyh funkcij na strukturnom urovne: Pos. dlja psihol. i vrachej / Ju. Ja. Tupicyn, V. V. Bocharov, T. V. Alhazova, E. V. Brodskaja. – SPb., 1998. – 70 s. (In Russ)
- Issledovanie i ocenka nervno-psicheskogo zdorov'ja naselenija: Metod. rekom. / Ju. Ja. Tupicyn, V. V. Bocharov, B. V. Iovlev, S. P. Zhuk. – SPb., 2000. – 23 s. (In Russ)
- Berezin F.V., Miroshnikov M.P., Sokolova E.D. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti (struktura, osnovy interpretacii, nekotorye oblasti primenenija). – M., 1994. – 175 s. (In Russ)
- Nikolaev E.L. Pogranychnye rasstrojstva kak fenomen psihologii i kul'tury. – Cheboksary: Izd-vo Chuvash. un-ta, 2006. – 384 s. (In Russ)
- Nikolaev E.L., Suslova E.S. Diskurs i psicheskoe zdorov'e lichnosti: so-vremennyye vzgljady // Vestnik psichiatrii i psihologii Chuvashii. – 2010. – № 6. – S. 87-126. (In Russ)
- Abramova N.M. Rezul'taty issledovaniya lichnosti suicidentov s pomoshh'ju Ja-strukturnogo testa Ammona (ISTA) // Vestnik psichiatrii i psihologii Chuvashii. – 2006. – № 2. – S. 27-37. (In Russ)

CRISIS AND SUICIDE: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

E.L. Nikolaev

The Ulianov Chuvash State University, Russia

Two hundred and thirty five individuals (average age 35.86±13.05 years, 60.0% women) in the state of evolution or situation crisis who expressed suicidal ideations were examined clinically and psychologically. Such instruments as SCL-90, ISTA, MMPI, questionnaire for assessing mental health and sociocultural questionnaire were used. It was found that a specific content of auto-aggressive manifestations of personality in crisis is determined by psychological characteristics of its structural components – situational component, frustration component and deficit one. It was revealed that individual's self-aggression is often determined by preceding disharmonious family environment of personality formation with formal system of social roles, emotional deprivation, intra-family aggression, alcohol abuse. The key problem of such person is immaturity of identity boundaries with disturbances in systems of self-perception and interpersonal relations. Suicide risk is increased in crisis situation for such individuals due to rigidity of personality, depressive and anxiety emotional background, impaired social support.

Keywords: crisis, auto-aggressive behavior, suicide, auto-aggression situational context, auto-aggression frustration context, auto-aggression deficit context, suicide risk.

УДК: 616.89–008.44

КАБИНЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВУЗЕ

В.М. Кушнарёв, Г.И. Семикин, Е.Б. Любов, В.М. Гилод, А.С. Миронов, Ю.М. Пиканина, В.Е. Цупрун

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» им. В.П. Сербского МЗ РФ, г. Москва, Россия
 ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана», г. Москва
 ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Кушнарёв Валентин Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: Kushnarev27@mail.ru

Семикин Геннадий Иванович – профессор, доктор медицинских наук. Место работы и должность: директор Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркоманий в молодежной среде» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: 105005, Москва, 2-я Бауманская ул., д. 5, стр. 1. Телефон: (916) 390-01-87, e-mail: semikin@bmstu.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Гилод Вадим Моисеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заведующий кризисным отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ. Адрес: 129327, г. Москва, ул. Ленская, д. 15. Телефон: (495) 471-21-63, e-mail: vadimgilod2003@yandex.ru

Миронов Алексей Сергеевич – психолог Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркоманий в молодежной среде» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: 105005, Москва, 2-я Бауманская ул., д. 5, стр. 1. Телефон: (499) 261-61-63

Пиканина Юлия Маровна – психолог Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркоманий в молодежной среде» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: 105005, Москва, 2-я Бауманская ул., д. 5, стр. 1. Телефон: (499) 263-67-68

Цупрун Виталий Евсеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: sycid@mail.ru

Проанализирована работа кабинета социально-психологической помощи (КСПП) для студентов в лечебно-профилактическом аспекте, обсуждены перспективы развития КСПП при учебных заведениях как необходимого структурно-функционального звена региональной суицидологической службы

Ключевые слова: студенты, социально-психологическая дезадаптация, суицидальное поведение, профилактика, лечение.

Становление «Я» сопряжено с нарушениями незрелых механизмов психической адаптации [1, 2, 3, 4, 5] вследствие психосоциального дистресса, употребления психоактивных веществ (ПАВ) (зачастую средства самолечения) и суицидального поведения (СП) как проявлений девиантного поведения студентов [6]. Учащаяся молодежь – традиционная группа-мишень антикризисных программ [7, 8, 9, 10], включающих раннюю диагностику, профилактику и лечение психических расстройств. Сочетанные клиничко-социальные проблемы студентов успешно решаются в рамках структурно-функциональных единицы типового континуума суицидологической службы – кабинетах социально-психологической помощи (КСПП) ВУЗов, открытых еще в 80-е гг. прошлого века [10]. Сохранен КСПП и при Московском государственном техническом университете

(МГТУ) им. Н.Э. Баумана. Междисциплинарное и межведомственное взаимодействие как необходимое условие результативной суицидологической службы представлено многолетним (более 20 лет) сотрудничеством Московского НИИ психиатрии и МГТУ им. Н.Э. Баумана. В последнем разработана научно-практическая программа «Выявление и коррекция дезадаптационных проявлений у студентов» при активном участии кафедры валеологии (ныне – Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркоманий в молодежной среде». Директор – проф. Г.И. Семикин) [11]. Работа КСПП вписана в русло «Комплексной программы здоровьесберегающих технологий и профилактики наркомании в воспитательно-образовательной среде» МГТУ.

Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики студентов (n=165)

Социально-демографические характеристики	n	%
Юноши	100	60,6
Девушки	65	39,4
Возраст (полных лет):		
18-19	132	80,0
20-23	33	20,0
Курс обучения:		
1, 2	140	84,8
3, 4	25	15,2
Место жительства:		
общежитие	137	83,0
дом	28	17,0
Семейное положение: холост или не замужем	165	100,0
Диагноз (МКБ-10)		
Расстройство приспособительных реакций (кратковременная депрессивная реакция, с преобладанием нарушений других эмоций, с преобладанием нарушения поведения, смешанное расстройство)	92	55,8
Депрессивные расстройства	48	29,1
Иные диагнозы (включая биполярное расстройство, шизофрению)	25	15,2
Сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) (F 1x.2)	4	2,4
Сопутствующей сомато-неврологические расстройства (требующие постоянного лечения)	11	6,7
Суицидальное поведение (СП)		
Мысли /замыслы	72	43,6
Суицидальные попытки в анамнезе	9	5,5
Агрессивное поведение:		
вербальное	36	21,8
невербальное	8	4,8

Однако концепцией городской кризисной (суицидологической) помощи (2012 г.) КСПП в ВУЗах не упомянут, как и Приказом МЗ РФ № 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», что затрудняет его работу и развитие. Функциональные обязанности и штат КСПП в ВУЗе не прописаны в современных условиях. Так, в ВУЗе работает лишь сотрудник МНИИП (Кушнарев В.М.) по совместительству.

Цель исследования: изучить работу и результативность работы КСПП МГТУ им. Н.Э. Баумана в рамках многоуровневой программы профилактики СП студентов и их перспективы.

Материал и методы.

По оригинальной медико-статистической карте невыборочно изучены данные 165 студентов, курируемых одним из соавторов (Кушнарев В.М.) в 2011-2013 гг. (табл. 1).

Результаты и их обсуждение.

Как следует из табл. 1, усредненный «портрет» пациента КСПП таков: иногородний обитатель общежития, студент 1-2 курса с диагнозом «Расстройство адаптации».

У более 60% отмечена предрасположенность СП в виде акцентированных черт характера (тревожность, чувствительность) на фоне микросоциального конфликта (обычные конфликты с преподавателями, друзьями, любимыми), бытовых и материальных тягот (витающая угроза выселения из общежития при отчислении, более половины студентов подрабатывает в вечернее и ночное время). Психосоциальная дезадаптация чаще представлена астенической (утомляемость, цефалгия, раздражительность) и стертой тревожно-депрессивной симп-

томатикой (ангедония, сниженное настроение, беспредметная тревога, нарушения ритма сна-бодрствования), приводящие к академической неуспешности при удвоенном прилежании, конфликтности. Типичны жалобы на рассеянность, «пустую голову», раздражительность, неизбывную усталость и нарушения сна без чувства отдыха. Выявлен ряд субпсихотических состояний (n=4; 2,4%) в рамках первого эпизода шизофрении с наблюдением менее 1 года.

Формальными поводами обращения в КСПП стали межличностные конфликты (n=74; 44,8%) и «фасадное» снижение успеваемости (n=91; 55,2%). Причем вторые обычно провоцировали первые во взаимоотношениях с обычно не склонными вникать в душевные проблемы подопечных преподавателями, замыкая порочный круг психического неблагополучия.

Ранее студенты к психиатру (психотерапевту) не обращались. Большинство студентов (n=139; 84,2%) направлено психологами лаборатории психологической поддержки учебно-методического центра, остальные – кураторами групп.

Показательны длительность нелеченого психоза – от 3 мес. до 4 лет, а при аффективных расстройствах длительность нелеченой болезни: 1-5 лет. Активно суицидальные (агрессивные) тенденции пациенты не проявляли. О СП в настоящем и прошлом их приятели и кураторы не знали. Вместе с тем при прицельном распросе СП (внутренние формы) отмечено у более, чем 40% обратившихся, причем замыслы – у 1/3 лиц с суицидальным поведением.

Таблица 2

Содержание и результаты помощи в КСПП

Виды помощи	n	%
Амбулаторное лечение (кризисная психотерапия, назначение антидепрессантов)	125	75,8
Направление и лечение в кризисном отделении (КО) ГКБ № 20	36	21,8
Направление и лечение в психиатрическую больницу (ПБ) («суицидологические койки»)	4	2,4
Катамнестическое наблюдение (до 2-х лет)		
Возвращение к учебе	123	74,5
Академический отпуск	17	10,3
- с возвращением к учебе	14	8,5
Отчисление «по собственному желанию»	11	6,7

Каждый 20-й сообщил о суицидальной попытке (самопорезы, самоотравления) в прошлом (более чем за 6 месяцев до визита) на фоне клишированных состояний (обычно вариантов реакций нарушения адаптации).

Содержание и результаты помощи в КСПП суммированы в табл. 2.

Задачей КСПП была перестройка ценностных ориентаций, изменение отношения к дезадаптивному (агрессивному, аутоагрессивному) поведению и к окружающим с повышением стрессоустойчивости и усиление защитных (антисуицидальных) резервов личности. Важен эмпатический контакт со студентом в доверительной обстановке, от которого зависит успех кризисной психотерапии (КП), аутогенной тренировки (АТ), групповых ролевых тренингов (с привлечением выписанных из КО), по возможности семейной психотерапии. Фармакотерапия (антидепрессанты) назначена лишь 1/2 лиц с депрессивными нарушениями в связи с малокорректируемым противодействием лекарственному подходу молодежи (опасение «стать зомби»). При субпсихотических состояниях – начало лечения в психиатрической больнице с контролем лекарственного комплаенса по выписке.

Необходимым условием преемственности и результата помощи стали совместные консультации с кураторами групп, преподавателями, разработка индивидуальных программ обучения, иногда перевод на другой факультет (более соответствующего интересам и / или возможностям студента). Большинство пациентов продолжило обучение и / или вернулись из академического отпуска после кликопсихологического заключения при продолжении динамического наблюдения, психотерапевтической поддержки и фармакотерапии (1/3 пациентов).

Заключение.

Юность – возраст начала ряда соматоневрологических и психических расстройств. Кризис возраста вытекает из жизненного пути – слома стереотипов жизни и учебы (интенсивные умственные нагрузки, экзаменационный стресс), материально-бытовой неустроенности, неопределенности трудовой перспективы с чувством одиночества, оторванности от дома. Первичная профилактика суицидального поведения (на предрасположенной фазе) студентов включает раннюю диагностику и лечение психических расстройств (прежде всего депрес-

сии), психогигиенические и информационно-образовательные мероприятия [12, 13].

Почти у каждого 10-го пациента КСПП выявлены сопутствующие соматические заболевания. При этом расстройства адаптации студентов нередко сопряжены с психосоматическими расстройствами [2, 3]. Относительно мала доля употребляющих ПАВ – возможное следствие активной профилактической программы ВУЗа.

Целевой группой риска психических расстройств (в первую очередь депрессии) и СП стали студенты первых курсов под многообразным гнетом житейских и академических проблем.

КСПП, «старое-новое» звено внедиспансерной психиатрической (суицидологической) службы, обеспечивает медико - психологическое сопровождение образовательного процесса [9] на основе принципов кризисной помощи: непрерывности, конфиденциальности, полипрофессионального (бригадного) подхода к диагностике и коррекции психических расстройств [4]. КСПП следует развивать как структурно-функциональную единицу студенческой поликлиники. Кабинет должен стать координирующим медико-психологическим центром междисциплинарного и межведомственного взаимодействия психиатра, психологов лаборатории поддержки ВУЗа («фильтр» предварительной психиатрической диагностики), деканата, кураторов учебных групп. Показательно «нулевое» самостоятельное обращение студентов и направление в КСПП на клиническом этапе процесса. Привлекательность КСПП возрастет при привлечении неформальных ресурсов помощи – обученных добровольцев из среды самих студентов, особенно с опытом успешного преодоления кризисного состояния. Информация о КСПП должна быть помещена на стендах общежития, в многотиражке и на сайте ВУЗа, страницу которого следует посвятить антисуицидальной тематике, включая он-лайн консультирование [14] и тестирование, для которого пригодна разработанная в отделе суицидологии МНИИП шкала [15]. Важны разъяснительные (психообразовательные) беседы со студентами и преподавательским составом, обучение выявлению, прежде всего, депрессии и риска СП персонала студенческой поликлиники.

В МГТУ разработана научно-практическая программа выявления дезадаптационных рас-

стройств студентов с применением скрининг-анкеты психологического состояния. При необходимости использование полуструктурированного клинического интервью, клинической шкалы самоотчёта SCL-90-R, оценочных шкал тревоги и депрессии Hamilton, опросника социального функционирования Sheehan.

Необходимо продолжить ставшие традиционными скрининги СП студентов [2, 3] и избирательные – в группах-мишенях высокого риска СП как студентов в системе инклюзивного образования (физические инвалиды) для раннего выявления социально - психологической дезадаптации как общей предпосылки СП [1], активно привлекать (в рамках вторичной профилактики) студентов с СП в анамнезе.

Частота СП студентов, выявляемая скринингами, ниже, чем при обращении в КСПП, что подчеркивает повышение доступности антикризисной помощи. Время учения – «обеща-

ние на рассвете». Раннее выявление психических расстройств и сопряженного с ними СП, как показал опыт КСПП, важно и в экономической перспективе (сохранение статуса студента). Перспективно внедрение в работу КСПП модулей развития жизнестойкости (стрессоустойчивости) [16], согласно модели СП «стресс-диатез» [17], позволяющего усилить антисуицидальный барьер и косвенно снижающий риск психосоматических и психических расстройств. Опыт лечебно-профилактической работы со студентами в кризисных состояниях следует обобщить, по примеру не потерявших актуальность методических рекомендаций МНИИП [18, 19], применительно к новым клинико-эпидемиологическим данным и реалиям структуры и функции современной специализированной помощи.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии: Труды МНИИП. – 1978. – Том 82. – С. 6-28.
2. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19. – Вып. 2. – С. 17-25.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф. и соавт. Предэкзамнационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Том 17. – Вып. 2. – С. 38-42.
4. Корнетов А.Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Том 9. – Вып. 2. – С. 75-90.
5. Шифнер Н.А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика): Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 2011. – 25 с.
6. Семикин Г.И., Войцех В.Ф., Мысина Г.А. Виды отклоняющегося поведения в молодежной среде. – М.: Изд. МГТУ им. Н.Э. Баумана. – 32 с.
7. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Организационные основы медико-психологической помощи студентам ВУЗов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 14- 17.

Транслитерация:

Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye problemy suicidologii: Trudy MNIIP. – 1978. – Tom 82. – S. 6-28. (In Russ)

Vojceh V.F., Gal'cev E.V. Narushenie adaptacii i suicidal'noe povedenie u molodezhi // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2009. – Tom 19. – Vyp. 2. – S. 17-25. (In Russ)

Garanjan N.G., Holmogorova A.B., Vojceh V.F. i soavt. Predjekzamenacionnyj stress i jemocional'naja dezadaptacija u studentov mladshih kursov // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2007. – Tom 17. – Vyp. 2. – S. 38-42. (In Russ)

Kornetov A.N. Suicidal'noe povedenie v podrostkovojunosheskom voz-raste // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 1999. – Tom 9. – Vyp. 2. – S. 75-90. (In Russ)

Shifner N.A. Rasstrojstva adaptacii u studentov (ih klinika i dinami-ka): Avtoref. diss.... kand. med. nauk. – M., 2011. – 25 s. (In Russ)

Semikin G.I., Vojceh V.F., Mysina G.A. Vidy otklonjajushhegosja povede-nija v molodezhnoj srede. – M.: Izd. MGTU im. N.Je. Baumana. – 32 s. (In Russ)

Bohan N.A., Voevodin I.V. Organizacionnye osnovy mediko-psihologicheskoy pomoshhi studentam VUZov // Sibirskij vestnik psihat-rii i narkologii. – 2015. – № 1 (86). – S. 14- 17. (In Russ)

8. Иванец Н.Н., Панченко Е.А., Кинкулькина М.А. Профилактика суицидального поведения среди студентов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – № 3. – С. 17 - 18.
9. Кулыгина М.А., Семиглазова М.В. Методические рекомендации для врачей первичного звена здравоохранения, работающих в условиях студенческой поликлиники / Сб. инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / Под ред. В.Н. Краснова. МЕДПРАКТИКА. – М.: М, 2012. – Часть 2. – С. 182-190.
10. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
11. Любов Е.Б., Семикин Г.И. Кризисные состояния учащейся молодежи: диагностика, лечение, профилактика (опыт межпрофессионального и межведомственного подходов) / Мат. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб: Айсинг. – 2011. – С. 433.
12. Хритинин Д. Ф., Паршин А.Н. Самохин Д.В. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 71-75.
13. Стельмах И.А. Опыт организации работы кабинета социально-психологической помощи при кризисных состояниях в условиях психоневрологического диспансера // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 13, № 1. – С. 29-30.
14. Робинсон Д., Херрман Х. Профилактика суицидального поведения молодежи Австралии // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 3-9.
15. Харитонов С.В., Чубина С.А., Рызова С.В. и соавт. Результаты клинических испытаний опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска» // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2 (15). – С. 20-25.
16. Борисов И.В., Любов Е.Б. Опыт разработки шкалы риска суицидального поведения учащейся молодежи / Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение. – Томск, 2011. – С. 234–237.
- Ivanec N.N., Panchenko E.A., Kinkul'kina M.A. Profilaktika suicidal'nogo povedenija sredi studentov // Psihijatrija i psihofarmakoterapija. – 2014. – № 3. – S. 17 -18. (In Russ)
- Kulygina M.A., Semiglazova M.V. Metodicheskie rekomendacii dlja vra-chej pervichnogo zvena zdavoohranenija, rabotajushhij v uslovijah studencheskoj polikliniki / Sb. instruktivno-metodicheskijh materialov dlja vrachej pervichnogo zvena zdavoohranenija po okazaniu pomoshhi pacientam s nepsihoticheskimi psihicheskimi rasstrojstvami (na osnove poliprofessional'nogo vzaimodejstvija razlichnyh specialistov) / Pod red. V.N. Krasnova. MEDPRAKTIKA. – M.: M, 2012. – Chast' 2. – S. 182-190. (In Russ)
- Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). (In Russ)
- Ljubov E.B., Semikin G.I. Krizisnye sostojanija uchashhejsja molodezhi: dia-gnostika, lechenie, profilaktika (opyt mezhprofessional'nogo i mezhvedomstvennogo podhodov) / Mat. Vserossijskoj konferencii «Povyshenie jeffektivnosti lechebno-reabilitacionnoj pomoshhi psihicheski bol'nym». SPb: Ajsing. – 2011. – S. 433. (In Russ)
- Hritinin D. F., Parshin A.N. Samohin D.V. Vedushhie faktory formirovanija i osnovnye puti profilaktiki suicidal'nogo povedenija studentov // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2015. – № 2 (87). – S. 71-75. (In Russ)
- Stel'mah I.A. Opyt organizacii raboty kabineta social'no-psihologicheskoi pomoshhi pri krizisnyh sostojanijah v uslovijah psihonevrologicheskogo dispansera // Tyumen medical journal. – 2013. – Tom 13, № 1. – S. 29-30. (In Russ)
- Robinson D., Herrman H. Profilaktika suicidal'nogo povedenija mo-lodezhi Avstralii // Suicidology. – 2014. – Tom 5, № 4 (17). – S. 3-9. (In Russ)
- Haritonov S.V., Chubina S.A., Ryzova S.V. i soavt. Rezul'taty klini-cheskih ispytaniij oprosnika «Shkaly dinamicheskogo kontrolja suicidal'nogo riska» // Suicidology. – 2014. – Tom 5, № 2 (15). – S. 20-25. (In Russ)
- Borisov I.V., Ljubov E.B. Opyt razrabotki shkaly riska suicidal'nogo povedenija uchashhejsja molodezhi / Stress, depressivnye rasstrojstva i suicidal'noe povedenie. – Tomsk, 2011. – S. 234–237. (In Russ)

17. Mann J.J., Waternaux C., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181-189.
18. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодёжи. Методические рекомендации / Кибрик Н.Д., Кушнарёв В.М. Под научн. рук. А.Г. Амбрумовой. – М., 1988. – 21 с.
19. Социально-психологическая дезадаптация у учащейся молодежи. Пособие для врачей / Войцех В.Ф., Гальцев Е.В., Закондырина В.А. – М., 2008. – 14 с.
- Mann J.J., Waternaux C., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 181-189.
- Profilaktika dezadaptacii i suicidal'nogo povedeniya u obuchajushhejsja molodjozhi. Metodicheskie rekomendacii / Kibrik N.D., Kushnarjov V.M. Pod nauchn. ruk. A.G. Ambrumovoj. – M., 1988. – 21 s. (In Russ)
- Social'no-psihologicheskaja dezadaptacija u uchashhejsja molodezhi. Posobie dlja vrachej / Vojceh V.F., Gal'cev E.V., Zakondyrina V.A. – M., 2008. – 14 s. (In Russ)

PSYCHOSOCIAL CARE IN UNIVERSITY

V.M. Kushnarev, G.I. Semikin, E.B. Lyubov, V.M. Gilod, A.S. Mironov, Y.M. Pikanina

Moscow Institute of Psychiatry, Russia

The paper studied the effectiveness of an University psychosocial care and discussed prospects for the development of anticrisis facilities for target risk groups of suicidal behavior (i.e., students).

Keywords: students, social and psychological maladjustment, suicidal behavior, prevention, treatment.

Keywords: suicide, family burden, coping strategies, tertiary prevention.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru