Суицидология

№ 4 (33)
Том 9 2018

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

Н.Б. Семёнова
Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: социальные факторы риска .. 3

О.Я. Симак
Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы) 17

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов
Суициды и смертность от повреждений с неопределёнными намерениями 29

М.А. Байкова, А.В. Меринов, О.В. Казаева
Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции суицидологии на примере мужской когорты 35

В.В. Руженкова
Суицидальное поведение в структуре защитных способов преодоления миграционного и учебного стресса иностранными студентами 47

А.Р. Асадуллин, Э.А. Ахметова, А.И. Насифуллин, У.Г. Бадретдинов, Б.Л. Урицкий
Клиническо-генетические особенности суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов 61

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский
Кризисное мышление подростков с различными механизмами формирования суицидального поведения 74

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Т.Г. Пономарёва, Е.Г. Скрябин, А.В. Брагин, О.В. Ананьева
Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II 85

С.В. Пронин, М.Г. Чухрова
Трансдиагностические биомаркеры в оценке суицидальной предиспозиции у наркотических аддиктов 109

И.С. Гвоздева, Л.Г. Шапиро, А.Л. Южанинова
Специальные психологические знания при расследовании побуждения несовершеннолетних к совершению самоубийства с использованием сети «Интернет» 118

Информация для авторов 138

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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

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

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

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

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

ISSN 2224-1264

Contents

N.B. Semenova
Suicide behavior in Siberia native children and adolescents: social risk factors 3

O.Ya. Simak
The problem of suicide in schizophrenia: the family of the patient is in focus (literature review) 17

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov
Suicides and undetermined intent deaths: a trend analysis 29

M.A. Baykova, A.V. Merinov, O.V. Kazaeva
Heterogeneity of the adult children of alcoholics from a position of suicidology on the example of a men's cogort 35

V.V. Ruzhenkova
Suicidal behavior in the structure of protective methods of overcoming migration and educational stress by foreign students 47

A.R. Asadullin, E.A. Ahmetova, A.I. Nasifullin, U.G. Badretdinov, B.L. Uritskiy
Clinical and genetic features of suicidal behavior of patients depending on synthetic katinons 61

D.Y. Kolomytsev, Y.V. Drozdovskiy
Crisis thinking of adolescents with different mechanisms for the formation of suicidal behavior 74

P.B. Zotov, E.B. Lyubov, T.G. Ponomareva, E.G. Skryabin, A.V. Bragin, O.V. Ananeva
Somatic pathology among suicide risk factors. Report II 85

S.V. Pronin, M.G. Chuhrova
Transdiagnostic biomarkers in the evaluation of suicidal predisposition in drug addicts 109

I.S. Gvozdeva, L.G. Shapiro, A.L.Yuzhaninova
Special psychological knowledge in the investigation of the minority awards to successful by successing with the internet network 118

Information 138

Сайт журнала: https://**suicidology.ru**/ или https://**суицидология.рф**/
Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru, www.psychiatr.ru
http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology https://readera.ru/suicidology
http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
Заказ № 279. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.12.2018 г. Цена свободная

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03

УДК 616.89–008.441.44 : 316.35 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-3-16

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

Н.Б. Семёнова

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

Контактная информация:

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

Показатели смертности от самоубийств среди детей и подростков коренных народов Сибири во много раз превышают средние значения по Российской Федерации (РФ). Это требует тщательного анализа данного социального явления и объяснения его причин. Цель исследования: оценить распространённость и выраженность социальных факторов риска, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков коренных популяций Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, агинских бурят и тувинцев. Объект и методы исследования. Методом анонимного анкетирования обследован 781 подросток разных этнических групп: якуты (181), эвены и эвенки (63), алтайцы (103), буряты (228), тувинцы (206). Якуты, эвены и эвенки проживают в северных районах Сибири, алтайцы, буряты и тувинцы – в южных. Средний возраст составил 16,5 лет. Изучены три группы факторов: I. Семейные факторы риска (материально–бытовые проблемы семьи; проблемы внутрисемейных отношений; наличие конфликтов в семье; алкоголизация родителей). II. Риски, связанные с системой взаимоотношений (проблемы в отношениях с родителями; учителями; со сверстниками; с противоположным полом). III. Риски девиантности (употребление алкоголя и/или психоактивных веществ (ПАВ); наличие друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ; наличие друзей с криминальными наклонностями). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA for Window Version X. Результаты. Семейные риски выявлены у 7,8–29,8% подростков; риски, связанные с системой взаимоотношений, у 9,6–43,1%; риски девиантности у 7,8–69,8%. Сочетание негативного влияния двух или трёх факторов выявлено у 7,0–29,6% подростков. Распространённость социальных факторов риска чаще встречается у подростков, проживающих в северных районах Сибирского региона – якутов, эвенов, эвенков ($p<0,01$). У подростков тувинской национальности материально–бытовые проблемы и алкоголизация родителей встречаются также часто, как и у подростков, проживающих на севере. У тувинцев чаще, чем у других этнических групп, выявляются сочетания двух или трёх неблагоприятных социальных факторов. Выводы. У 20,4% якутов, у 19,1% эвенов и эвенков, у 13,5% алтайцев, у 7% агинских бурят и 29,6% тувинцев выявлены сочетания двух или трёх неблагоприятных социальных факторов. Эти подростки относятся к группе риска по формированию деструктивного, в том числе, суицидального поведения, и нуждаются в профилактических вмешательствах.

Ключевые слова: подростки, самоубийство, коренные народы Сибири, факторы риска

Проблема суицида среди детей и подростков коренных популяций Сибири стоит довольно остро и не теряет своей актуальности, несмотря на снижение количества самоубийств в целом по России. Начиная с 2004 г. в Российской Федерации произошло уменьшение уровня детско–подростковых самоубийств более чем в 3 раза. Однако в национальных субъектах, по-прежнему, регистрируются высокие значения суицида, в несколько раз превышающие общероссийские показатели [1, 2].

Анализ исторических документов свидетельствует о том, что добровольный уход из жизни никогда не являлся способом решения проблем у коренных народов Сибири, а сам факт самоубийства осуждался анимистическим религиозным мировоззрением [3]. И в настоящее время, несмотря на высокие показатели суицида среди коренных народов, большинство молодых людей всё же не демонстрируют суицидальных тенденций. О том, что самоубийства можно предотвращать подчеркивается экспертами ВОЗ в докладе о превенции суицида на глобальном уровне [4]. Для этого должны быть разработаны национальные стратегии предотвращения самоубийств, основан-

ные на научных знаниях о факторах риска и защитных факторах и на доказательной базе.

Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири были раскрыты в наших предыдущих статьях. Они заключаются в смене традиционного образа жизни и последовавшей за ней смене религиозного мировоззрения, утрате ценностей патриархальной семьи, трудностях самореализации и социально–экономических проблемах [5–7]. У детей и подростков причины суицидального поведения являются следствием общих социальных процессов, происходящих на данном этапе социально–исторического развития общества. В то же время, в отличие от взрослых, причины самоубийств у молодого поколения более конкретны, многие из них связаны с аффилиацией и отсутствием чувства защищённости в близком социальном окружении.

Данной статьей мы открываем цикл научных публикаций, посвящённых факторам риска суицидального поведения у детей и подростков коренных народов Сибири – якутов, эвенов и эвенков, алтайцев, бурят, тувинцев. В представленном материале будут раскрыты социальные факторы риска.

Известно, что одной из главных причин суицида в подростковом возрасте является семейное неблагополучие, около 50% подростковых самоубийств объясняются семейными факторами [8]. Семейное окружение у подростков, совершивших суицидальную попытку или завершённый суицид, часто характеризуется внутрисемейными конфликтами, низким уровнем родительского тепла и заботы, дефицитом эмоциональных контактов, пренебрежительным отношением к ребёнку и его потребностям [9]. Нередко в семьях подростков, совершивших суицид, присутствуют домашнее насилие и алкоголизация родителей [10]. Негативное влияние факторов социальной среды, пережитое в детском возрасте, может явиться причиной суицидального поведения во взрослом состоянии [11, 12].

Причины суицидального поведения у детей и подростков коренных народов аналогичны выше перечисленным. Учёными из Канады показано, что инуиты (эскимосы), совершившие суицид, чаще, чем представители контрольной группы, имели опыт физического и сексуального насилия в детском возрасте [13]. Неблагоприятные детские переживания у коренных американцев – эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, физическое и эмоциональное пренебрежение – связаны с многочисленными рисками нарушений поведения, в том числе, суицидальными тенденциями [14].

Исследования последних лет, проведённые в Сибирском регионе, обозначили высокую роль семейных факторов в формировании суицидального поведения у подростков, проживающих в Сибири [15–20]. Анализ суицида у детей и подростков в Иркутской области показал, что молодые люди, совершившие суицид или суицидальную попытку, имели деструктивные формы семейного взаимодействия (51,8 и 65,2%) или патологические типы семейного воспитания (89,2 и 93,5%) [15]. Около 60% молодых людей, совершивших завершенный суицид, проживали в малообеспеченных многодетных семьях, в половине семей родители злоупотребляли алкоголем, в каждой второй семье присутствовали моральное и физическое насилие над детьми. Анализ содержания психотравмирующих ситуаций показал, что в половине случаев к суицидальным попыткам приводили семейные конфликты [17]. Ретроспективный анализ случаев детско - подросткового парасуицида, проведённый в Забайкальском крае, выявил семейное неблагополучие у 73% подростков, в том числе, авторитарный стиль воспитания или эмоциональную депривацию [19]. В исследованиях по изучению причин самоубийств у детей и подростков в Якутии выявлено, что более 60% семей, в которых воспитывались молодые люди, относились к разряду социально неблагополучных. Около 40% детей и подростков воспитывались в неполных семьях, около 20% суицидентов являлись социальными сиротами и воспитывались опекунами или приёмными родителями. В большинстве семей отмечалось насилие над детьми и хроническая алкоголизация родителей. Остальные семьи, в которых были зарегистрированы случаи завершенного суицида, относились к разряду благополучных. Однако мнимое семейное благополучие было лишь внешним фасадом, за которым скрывались эмоциональное отвержение ребёнка, холодность во взаимоотношениях, повышенные моральные требования к ребёнку, двойные стандарты родительского поведения [20].

Ранее нами было показано, что в национальных субъектах Российской Федерации регистрируется значительное количество неблагополучных семей [21, 22]. Это подтвер-

ждается данными государственной статистики. Так, в Республике Саха (Якутия) в 2014 году зарегистрировано 3332 семьи, находящихся в трудной жизненной ситуации, и 1423 семьи, находящихся в социально опасном положении; в них воспитываются 6403 и 3066 детей соответственно. В 2014 году в отношении детей было совершено 974 преступления, из них тяжких – 62, особо тяжких – 68, преступлений против половой неприкосновенности – 165. Наибольший рост числа преступлений регистрируется в поселках, где проживает коренное население [23]. В Республике Тыва в 2016 году зарегистрировано 1462 семьи, находящихся в социально опасном положении, в которых воспитываются 3762 детей. В отношении детей было совершено 743 преступления, из них 51 преступление против половой неприкосновенности [24]. В Республике Алтай в 2016 году зарегистрировано 42 семьи, находящихся в социально опасном положении, в них воспитываются 107 детей [25]. Рост преступности в отношении несовершеннолетних зарегистрирован в Агинском Бурятском округе: в 2015 году совершено 160 преступлений в отношении детей и подростков, что на 17% больше, по сравнению с 2014 годом [26].

В подростковом возрасте, помимо близкого семейного окружения, большое значение приобретают другие социальные факторы, в том числе, внешнее окружение подростка и система межличностных связей. Взаимоотношения со сверстниками и романтические отношения с лицами противоположного пола становятся важными для молодого человека в период личностного становления. В то же время, взрослеющий человек стремится завоевать уважение со стороны значимых взрослых – родителей и педагогов. Если возникают проблемы во взаимоотношениях, появляется чувство одиночества, «непонятости», социальная изоляция, – все это оказывает неблагоприятное влияние на неустойчивую самооценку и может стать пусковым механизмом суицидального поведения. Провоцирующими факторами у 34% подростков, проживающих в Забайкальском крае, явились конфликт с учителем и несчастная любовь [18, 19]. Выявлено, что проблемы в сфере межличностных взаимоотношений, особенно со сверстниками и педагогами, являются наиболее значимыми социальными факторами, ассоциированными с риском суицидального поведения у детей и подростков [18]. Анализ «кристаллизирующих» факторов самоубийств у подростков Якутии, показал, что «последней каплей», подтолкнувшей молодого человека к суициду, в большинстве случаев явились семейные ссоры и конфликты (34,1%), однако у 26,6% подростков суицид был спровоцирован разрывом отношений с лицами противоположного пола или конфликтом со сверстниками [20].

Ещё одна сторона социального функционирования у молодежи связана с вовлечением в разные подростковые группировки, которые могут оказывать деструктивное влияние. В многочисленных исследованиях, проведённых на популяции американских индейцев, показана роль рискованного и агрессивного поведения в появлении суицидальных наклонностей у подростков. Суицидальный риск резко увеличивается при склонности молодых людей к алкоголизации или употреблению психоактивных веществ [27–29]. К подобным выводам пришли исследователи, изучавшие детско–подростковый суицид и в Сибирском регионе. Показано, что 55% молодых людей, совершивших суицидальную попытку в Забайкальском крае, употребляли алкоголь, у 40% отмечались эпизоды бродяжничества [19]. При анализе суицидального поведения у детей и подростков в Иркутской области выявлено, что различные проявления девиантного поведения имелись у 31,9% подростков, погибших от суицида, и 28,3% подростков, совершивших покушение. В состоянии алкогольного опьянения находились 27,1% человек, закончивших жизнь самоубийством, и 30,4% человек, совершивших суицидальную попытку. Употребление ПАВ зафиксировано у 30,4% детей и подростков, совершивших завершённый суицид [15].

Таким образом, на сегодняшний день считается доказанным, что к социальным факторам, ассоциированным с риском суицидального поведения у подростков, относятся семейное неблагополучие, нарушения межличностных взаимоотношений и девиантное поведение. Риск суицидального поведения будет выше в неблагоприятной социальной среде, и будет зависеть от кумулятивного влияния негативных воздействий.

Целью настоящего исследования явилась оценка распространённости и выраженности социальных факторов риска, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков коренных популяций Сибири.

Задачи исследования:

1. Оценить социальное окружение, систему межличностных взаимоотношений и признаки девиантного поведения у подростков разных этнических групп.

2. Изучить распространенность социальных рисков, связанных с семейным неблагополучием, проблемами межличностных взаимоотношений и девиантным поведением.

3. Выявить частоту комбинаций социальных факторов риска у подростков разных популяций.

Объект исследования: подростки шести этнических групп – якуты, эвены, эвенки, алтайцы, агинские буряты и тувинцы – представители коренных популяций Сибири.

Предмет исследования: социальные факторы, ассоциированные с риском суицидального поведения у подростков коренных популяций Сибири.

Материал исследования: социально–гигиенические анкеты для подростков.

Методы исследования: метод анонимного анкетирования, социально–гигиенический метод, метод статистического анализа.

Дизайн исследования:

Мы изучали три группы социальных факторов, ассоциированных с риском суицидального поведения у подростков: I. Группа семейных факторов риска. II. Группа рисков, связанных с системой взаимоотношений. III. Группа рисков, связанных с девиантностью. Каждая группа включала в себя 4 составляющих:

I. Группа семейных факторов риска: 1) материально–бытовые проблемы семьи; 2) проблемы внутрисемейных отношений; 3) наличие конфликтов в семье; 4) алкоголизация родителей.

II. Группа рисков, связанных с системой взаимоотношений: 1) проблемы в отношениях с родителями; 2) проблемы в отношениях с учителями; 3) проблемы в отношениях со сверстниками; 4) проблемы в отношениях с лицами противоположного пола.

III. Группа рисков, связанных с девиантностью: 1) употребление алкоголя; 2) употребление психоактивных веществ (ПАВ); 3) наличие друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ; 4) наличие друзей с криминальными наклонностями.

В экспедиционных условиях обследованы подростки, проживающие в четырёх национальных субъектах Российской Федерации. Три этнические группы (якуты, эвены и эвенки) живут на северных территориях Сибири – в Республике Саха (Якутия). Другие три этнические группы (алтайцы, агинские буряты и тувинцы) живут на южных территориях Сибири, приравненных к районам Крайнего Севера, – в национальных республиках Алтай, Тыва и Агинском Бурятском округе. Обследованием охвачено 30 населённых пунктов: в Республике Саха–Якутия – пос. Депутатский, сёла Казачье, Усть–Куйга, Усть–Янск, Сайылык; Абага, Петропавловск, Эжанцы, Кюпцы, Дабан, Тяня, Кыллах, Токко; в Республике Алтай – пос. Улаган, Кош–Агач, Майма, сёла Акташ, Чибит, Бельтир, Мухор–Тархата, г. Горноалтайск; в Агинском Бурятском округе – пос. Агинское, Орловский, Новоорловский, Могойтуй; в Республике Тыва – пос. Чаа–Холь, Хандагайты, Тээли, Хемчиг, Торгалык, г. Кызыл.

Обследование подростков проводилось в общеобразовательных школах. Методом сплошной выборки обследованы учащиеся 10–11 классов, из них: якутов 181 (83 мальчика, 98 девочек), эвенов и эвенков – 63 (19 мальчиков, 44 девочки), алтайцев – 103 (40 мальчиков, 63 девочки), бурят – 228 (98 мальчиков, 130 девочек), тувинцев – 206 (79 мальчиков, 127 девочек). Всего обследовано 781 человек, из них 319 мальчиков и 462 девочки, средний возраст составил 16,5 лет. Критерии включения в исследование определялись принадлежностью к одной из вышеперечисленных национальностей.

При проведении исследования использовалась специально разработанная социально–гигиеническая анкета, которая включала в себя утверждения, относящиеся к трём группам социальных факторов (12 утверждений) и 4 дополнительных утверждения уточняющего характера. Каждому утверждению соответствовало три ответа («верно», «не отрицаю, что это так» и «не верно»), которые подросток должен был отметить как наиболее подходящий. Утверждения кодировались как «0», «1» или «2». К анкете предъявлялись следующие требования: краткость и лаконичность формулировок, соответствие формулировок понятийному аппарату детей и подростков коренных этносов, отсутствие двусмысленности интерпретаций.

Обработка данных осуществлялась в три этапа.

Таблица 1

Социальный статус у подростков разных этнических групп (%)

Социальные факторы	1. Якуты (n=181)	2. Эвены, эвенки (n=63)	3. Алтайцы (n=103)	4. Агинские буряты (n=228)	5. Тувинцы (n=206)
I. Семейное окружение					
Материально–бытовые условия:					
Хорошие	72,9	77, 8	91,3	91,2	77,2
Удовлетворительные	26,5	22,2	8,7	8,8	19,9
Плохие	0,5	0	0	0	2,9
Внутрисемейные отношения:					
Хорошие, теплые, дружеские	70,2	74,6	78,6	81,2	84,9
Удовлетворительные	27,1	22,2	21,4	17,9	12,1
Плохие	2,7	3,2	0	0,9	2,9
Конфликты в семье:					
Отсутствуют	22,6	22,2	30,1	27,2	24,7
Редкие, реже 1 раза/месяц	55,8	68,2	54,4	58,8	58,3
Чаще 1 раза/месяц	15,5	6,4	13,6	11,8	11,7
Каждую неделю	6,1	3,2	1,9	2,2	5,3
Алкоголизация близких родственников:					
В семье таких нет	74,6	76,2	85,4	90,3	78,6
Не отрицаю, что есть такие	17,7	12,7	11,7	8,7	17,5
В семье есть алкоголики	7,7	11,1	2,9	0,9	3,9
II. Система отношений					
Отношения с родителями:					
Хорошие, дружеские	64,6	68,3	82,5	83,8	86,4
Удовлетворительные	27,1	20,6	17,5	14,0	11,7
Отсутствует взаимопонимание:	8,3	11,1	0	2,2	1,9
Отношения с учителями					
Хорошие, доверительные	56,9	58,7	71,8	62,3	76,7
Удовлетворительные	39,2	33,3	28,2	35,1	22,8
Плохие	3,9	7,9	0	2,6	0,5
Отношения со сверстниками:					
Хорошие, дружеские	80,7	73,0	86,4	83,3	79,6
Удовлетворительные	17,7	25,4	13,6	14,9	18,4
Плохие	1,6	1,6	0	1,7	1,9
Отношения с противоположным полом:					
Проблем не имею	84,5	84,1	87,4	90,3	78,6
Не отрицаю, что имею проблемы	13,3	11,1	11,7	9,2	16,0
Имеются проблемы	2,2	4,8	0,9	0,4	5,3
III. Девиантность					
Отношение к алкоголю:					
Негативное	74,0	63,5	92,2	80,3	82,5
Не отрицаю, что употребляю алкоголь	25,4	30,1	7,8	17,5	15,0
Употребляю алкоголь	0,6	6,5	0	2,2	2,4
Отношение к ПАВ:					
Негативное	98,3	100	100	99,6	94,2
Не отрицаю, что употребляю ПАВ	0,6	0	0	0,4	4,4
Употребляю ПАВ	1,1	0	0	0	1,4
Друзья, употребляющие алкоголь или ПАВ:					
Нет таких друзей	38,1	30,2	57,3	56,6	66,0
Не отрицаю, что имею таких друзей	44,2	55,5	40,8	38,6	24,7
Есть такие друзья	17,7	14,3	1,9	4,8	9,2
Друзья с криминальными наклонностями:					
Нет таких друзей	70,2	73,0	92,2	85,1	74,3
Не отрицаю, что имею таких друзей	24,9	22,2	7,8	12,7	18,9
Есть такие друзья	4,9	4,8	0	2,2	6,8

На первом этапе проводилась оценка социального статуса подростков, включая семейное окружение, систему межличностных взаимоотношений и признаки девиантности. На втором этапе мы оценивали количество социальных рисков, вызванных семейными проблемами, проблемами взаимоотношений и девиантностью (от 0 – полное отсутствие риска, до 4 – максимальное количество рисков). На третьем этапе проводилась оценка комбинаций социальных факторов риска по всем трём блокам (от 0 – полное отсутствие социальных факторов риска, до 3 – максимальное сочетание социальных факторов риска) и их частота.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window, Version X. Для анализа вида распределения количественных данных мы применяли критерий Шапиро–Уилка. Статистический анализ бинарных признаков проводился с подсчётом относительной частоты (%). Статистический анализ количественных признаков проводился с подсчётом среднего арифметического значения (M) и стандартной ошибки среднего значения (m). Сравнение двух несвязанных групп проводилось с использованием t–критерия для равенства средних. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью χ^2. Для исследования силы взаимосвязи показателей вычислялся коэффициент парной корреляции Спирмена (r). Величина уровня значимости различий принималась при p=0,05, то есть при ошибке 5%.

Результаты и обсуждение.

Анализ социального статуса у подростков разных этнических групп показал, что большинство подростков расценивают близкое семейное окружение как благополучное. От 77,2 до 91,3% человек считают, что в их семьях хорошие материально–бытовые условия, 70,2–84,9% человек высказались о том, что у них в семье «хорошие, теплые и дружеские» отношения, у 74,6–90,3% человек родители ведут трезвый образ жизни. В таких семьях отмечается благоприятный психологический климат, отсутствуют конфликты, присутствует взаимопонимание между членами семьи (табл. 1).

В то же время, около 30% подростков воспитываются в неблагополучных семьях, в которых материально–бытовые условия часто не удовлетворяют нужды и потребности молодого поколения, а родители злоупотребляют алкоголем. Материально–бытовые условия семьи назвали плохими или удовлетворительными 27% якутов и 22,2% эвенов и эвенков, 8,7% алтайцев, 8,8% агинских бурят и 22,8 тувинцев. Внутрисемейные отношения считают плохими или удовлетворительными 29,8% якутов, 25,4% эвенов и эвенков, 21,4% алтайцев, 18,8% бурят и 15% тувинцев. Алкоголизация родителей отмечается в семьях у 25,4% якутских подростков, 23,8% эвенских и эвенкийских, у 14,6% алтайских, у 9,7% бурятских и 21,4% тувинских подростков. В таких семьях присутствует неблагоприятный психологический климат, а между членами семьи отмечаются напряжённые отношения, конфликты. Причинами внутрисемейных конфликтов, по мнению подростков, чаще являются детско–родительские отношения: у 56,8% якутов, 61,8% эвенов и эвенков, 56,9% алтайцев, 59% агинских бурят. Алкоголизацию родителей как причину конфликта отмечают 16,1% якутских, 20% эвенских и эвенкийских 12,3% алтайских, 12,0% бурятских и 24,7% тувинских подростков.

Анализ системы взаимоотношений показал, что большинство подростков не имеют проблем в общении. От 64,6 до 86,4% молодых людей считают, что у них «хорошие и дружеские» отношения с родителями. От 56,9 до 76,7% подростков считают, что у них «хорошие и доверительные» отношения с учителями. Отношения со сверстниками считают «хорошими и дружескими» от 73 до 86,4% человек. Не имеют проблем в отношениях с представителями противоположного пола от 84,1 до 90,3% подростков. Независимо от этнической принадлежности и места проживания, подростки имеют лучшие отношения со сверстниками, и худшие – с педагогами. Ряд молодых людей испытывают трудности в общении, в том числе, с родителями – 13,6–35,4%; со сверстниками – 13,6–27%; с лицами противоположного пола – 9,7–21,4%; с учителями – 23,3–43,1%.

Корреляционный анализ выявил, что неблагополучное семейное окружение, алкоголизация родителей и конфликты в семье связаны с нарушением всей системы межличностных взаимоотношений у подростков. В первую очередь, это касается отношений с родителями ($p<0,01$), но также – со сверстниками, учителями и представителями противоположного пола (табл. 2).

Таблица 2

Корреляции семейных факторов риска с системой отношений и девиантностью

Этнические группы и факторы	Материально–бытовые условия	Отношения в семье	Наличие конфликтов в семье	Алкоголизация родителей
Якуты				
отношения с родителями	0,23 **	0,47 **	0,32 **	0,17 *
отношения с педагогами	0,23 **	0,02	0,19 *	0,01
отношения со сверстниками	0,16 *	0,13	0,06	0,09
отношения с противоположным полом	0,19 *	0,15 *	0,28 **	0,09
друзья, злоупотребляющие алкоголем	0,06	0,05	0,18 *	0,15 *
криминальные друзья	0,08	0,10	0,11	0,09
отношение к алкоголю	0,14	0,12	0,31 **	0,13
отношение к ПАВ	0,02	–0,08	0,06	0,16
Эвены, эвенки				
отношения с родителями	0,41 **	0,54 **	0,39 **	0,29 *
отношения с педагогами	0,11	0,28 *	0,17	0,05
отношения со сверстниками	0,29 *	0,32 *	0,14	0,18
отношения с противоположным полом	0,01	0,04	0,17	0,08
друзья, злоупотребляющие алкоголем	0,78	0,11	0,32 **	0,2
криминальные друзья	0,17	0,06	0,06	0,06
отношение к алкоголю	0,17	0,13	0,17	0,08
отношение к ПАВ	0,0	0,0	0,0	0,0
Алтайцы				
отношения с родителями	0,19	0,20 *	0,29 **	0,01
отношения с педагогами	0,02	0,14	0,06	0,01
отношения со сверстниками	0,04	0,20 *	0,09	0,12
отношения с противоположным полом	0,19	0,23 *	0,24 *	0,34 **
друзья, злоупотребляющие алкоголем	0,17	0,11	0,08	0,12
криминальные друзья	0,24 *	0,16	0,13	0,04
отношение к алкоголю	0,19	0,22 *	0,24 *	0,34 **
отношение к ПАВ	0,0	0,0	0,0	0,0
Буряты				
отношения с родителями	0,12	0,58 **	0,32 **	0,05
отношения с педагогами	0,11	0,01	0,04	0,04
отношения со сверстниками	0,16 *	0,18 **	0,17 **	0,21 **
отношения с противоположным полом	0,16 *	0,15 *	0,17 **	0,19 **
друзья, злоупотребляющие алкоголем	0,01	0,05	0,18 **	0,13
криминальные друзья	0,08	0,42	0,05	0,11
отношение к алкоголю	0,05	0,06	0,14	0,03
отношение к ПАВ	–0,02	–0,03	–0,09	–0,02
Тувинцы				
отношения с родителями	0,29 **	0,48 **	0,26	0,13
отношения с педагогами	0,32 **	0,18 **	0,03	0,03
отношения со сверстниками	0,14 *	0,19 **	0,03	0,01
отношения с противоположным полом	0,05	0,05	0,03	0,16 *
друзья, злоупотребляющие алкоголем	0,06	0,28 **	0,15 *	0,23 **
криминальные друзья	0,01	0,17 *	0,07	0,08
отношение к алкоголю	0,04	0,09	0,13	0,19 **
отношение к ПАВ	0,00	0,05	0,04	0,13

Примечание: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

При оценке девиантности отмечается, что большинство молодых людей негативно относятся к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), о чём заявили от 98,3 до 100% человек. Об отрицательном отношении к алкоголю высказались от 63,5 до 92,2% подростков. Не имеют друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ, от 30,2 до 66% подростков. Не имеют друзей с криминальными наклонностями от 70,2 до 92,2% опрошенных.

В то же время, у части молодых людей обнаруживаются те или иные проявления девиа-

нтного поведения. О том, что они употребляют алкоголь или не отрицают этого факта, заявили 26% якутов, 36,6% эвенов и эвенков, 7,8% алтайцев, 19,7% бурят и 17,4% тувинцев. О том, что они имеют друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ, высказались прямо 14,3% эвенов и эвенков и 17,7% якутов, еще 55,5% эвенов и эвенков и 44,2% якутов не отрицают данного факта. Таких друзей имеют в своем окружении 42,7% алтайцев, 43,4% агинских бурят и 34% тувинцев. Друзей с криминальными наклонностями имеют 29,8% якутов, 27% эвенов и эвенков, 7,8% алтайцев, 14,9% агинских бурят и 25,7% тувинцев.

Корреляционный анализ показал, что склонность к употреблению алкоголя у подростков разных этнических групп связана с разными семейными рисками: у якутов – с наличием конфликтных отношений в семье ($r=0,31$; $p<0,01$), а у алтайцев и тувинцев – с алкоголизацией родителей ($r=0,34$; $p<0,01$ и $r=0,19$; $p<0,01$, соответственно).

Таким образом, анализ социального статуса у подростков коренных популяций Сибири показал, что большинство молодых людей имеют благополучное семейное окружение, не имеют проблем в общении с родителями, учителями, сверстниками и лицами противоположного пола, отрицательно относятся к алкоголю и ПАВ, не имеют в своем окружении друзей с криминальными наклонностями.

Вместе с тем, часть подростков имеют те или иные риски, ассоциированные с суицидальным поведением (табл. 3).

Так, семейные факторы риска, связанные с материально–бытовыми проблемами семьи, отмечаются у 8,7–27,1%; связанные с проблемами внутрисемейных отношений у 15,0–29,8%; с наличием конфликтов в семье у 9,6–21,6%; с алкоголизацией родителей у 9,6–25,5% подростков. Риски системы взаимоотношений, связанные с проблемами в отношениях с родителями, выявлены у 13,6–35,4% молодых людей; с проблемами в отношениях с учителями у 23,3–43,1%; с проблемами в отношениях со сверстниками у 13,6–27,0; с проблемами в отношениях с лицами противоположного пола у 9,6–21,3% подростков.

Таблица 3

Частота социальных рисков, ассоциированных с суицидальным поведением (%)

Социальные факторы риска и их составляющие	1. Якуты (n=181)	2. Эвены, эвенки (n=63)	3. Алтайцы (n=103)	4. Агинские буряты (n=228)	5. Тувинцы (n=206)
I. Семейные факторы риска					
1) материально–бытовые проблемы семьи	27,1	22,2	8,7	8,8	22,8
2) проблемы внутрисемейных отношений	29,8	25,4	21,4	18,8	15,0
3) наличие конфликтов в семье	21,6	9,6	15,5	14,0	17,0
4) алкоголизация родителей	25,5	23,8	14,6	9,6	21,4
*p * 1) 1–3<0,001; 1–4<0,001; 2–3<0,001; 2–4<0,001; 3–5=0,003; 4–5<0,001* *3) 1–2=0,03; 1–4<0,001;* *4) 1–3=0,03; 1–4<0,001; 2–4=0,003; 4–5<0,001*					
II. Риски системы взаимоотношений					
1) проблемы в отношениях с родителями	35,4	31,7	17,5	16,2	13,6
2) проблемы в отношениях с учителями	43,1	41,2	28,2	37,7	23,3
3) проблемы в отношениях со сверстниками	19,3	27	13,6	16,6	20,3
3) проблемы в отношениях с противоположным полом	15,5	15,9	12,6	9,6	21,3
*p * 1) 1–3=0,001; 1–4<0,001; 1–5<0,001; 2–3=0,03; 2–4=0,006; 2–5=0,001* *2) 1–3=0,01; 1–5<0,001; 2–5<0,001;* *3) 2–3=0,03;* *4) 4–5<0,001*					
III. Риски девиантности					
1) употребление алкоголя	26	36,6	7,8	19,7	17,4
2) употребление ПАВ	1,7	0	0	0,4	5,8
3) наличие друзей, употребляющих алкоголь / ПАВ	61,9	69,8	42,7	43,4	33,9
4) наличие друзей, криминальными наклонностями	29,8	27	7,8	14,9	25,7
*p * 1) 1–3<0,001; 2–3<0,001; 2–4=0,002; 3–4=0,01;* *3) 1–3=0,002; 1–4<0,001; 1–5<0,001; 2–3<0,001; 2–4<0,001; 2–5<0,001;* *4) 1–3<0,001; 1–4<0,001; 2–3<0,001; 2–4=0,03; 3–5<0,001; 4–5=0,005*					

Примечание: * Статистическая значимость различий определялась при помощи χ^2

Риски девиантности, связанные с употреблением алкоголя, выявлены у 7,8–36,6%; с употреблением ПАВ у 0–5,8%; с наличием друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ у 33,9–69,8%; с наличием друзей, имеющих криминальные наклонности, у 7,8–29,8% подростков.

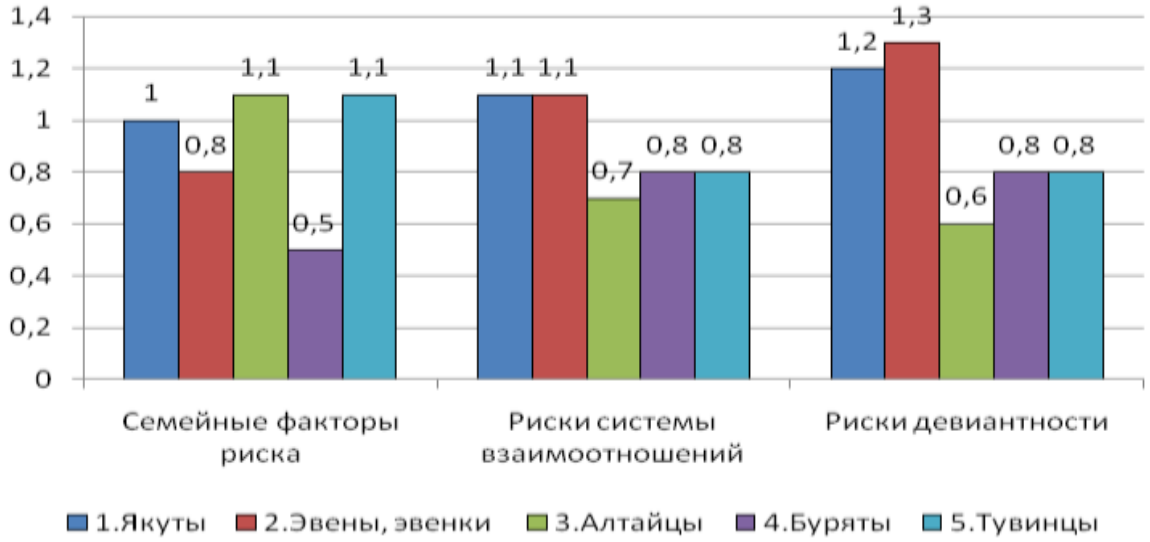
Сравнительный анализ факторов риска показал, что наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в северных районах Сибири. В семьях у подростков якутской, эвенской и эвенкийской национальностей материально–бытовые проблемы встречаются в 2,5 раза чаще, чем в семьях алтайцев и агинских бурят ($p<0,001$). Алкоголизация у родителей подростков этих же этнических популяций встречается в 1,5–2,5 раза чаще, чем у родителей алтайских и бурятских подростков ($p<0,05$). В семьях юношей и девушек тувинской национальности материально–бытовые проблемы и алкоголизация родителей отмечаются также часто, как и у подростков, проживающих на севере, и чаще, чем у алтайцев и агинских бурят ($p<0,001$).

Проблемы в отношениях с родителями у подростков, проживающих в северных районах, выявляются в 2–2,5 чаще, по сравнению с алтайцами, агинскими бурятами и тувинцами ($p<0,05$). Проблемы в отношениях с лицами противоположного пола чаще отмечаются у тувинцев, особенно, в сравнении с агинскими бурятами ($p<0,001$).

Риски девиантности у лиц, проживающих в северных районах Сибири, в несколько раз превышают показатели у подростков, проживающих в южных районах. Так, у якутов, эвенов и эвенков частота употребления алкоголя от 1,5 до 4,5 раз выше, чем у алтайцев, бурят и тувинцев ($p<0,001$), а друзья, употребляющие алкоголь или ПАВ, встречаются в 1,5–2 раза чаще. Наличие друзей с криминальными наклонностями с одинаковой частотой встречаются у якутов, эвенков, эвенов и тувинцев, что в 1,8 раз чаще, чем у агинских бурят, и 3,5 раз чаще, чем у алтайцев ($p<0,05$).

Для оценки выраженности социальных факторов риска мы сравнили среднее значение четырех составляющих ($M\pm m$) в каждой из трёх групп (рис. 1). Сравнительный анализ у подростков, проживающих на разных территориях, показал, что средние значения семейных факторов риска минимально выражены у агинских бурят ($0,5\pm0,06$; $p<0,001$), и максимально у алтайцев ($1,1\pm0,09$) и тувинцев ($1,1\pm0,06$).

Средние значения рисков, связанных с системой отношений и девиантностью, показывают территориальные различия с бо̀льшей выраженностью их в северных районах. Среднее значение рисков, связанных с проблемами взаимоотношений выше у якутов ($1,1\pm0,08$; $p=0,001$), эвенов и эвенков ($1,1\pm0,12$; $p<0,05$) и ниже у алтайцев ($0,7\pm0,09$), у агинских бурят ($0,8\pm0,06$) и у тувинцев ($0,8\pm0,07$).



Примечание: t–критерий для равенства средних
Для семейных рисков: 1–4<0,001; 1–5<0,001; 2–4=0,04; 2–5<0,001; 3–4<0,001; 4–5<0,001
Для рисков взаимоотношений: 1–3=0,001; 1–4=0,001; 1–5=0,001; 2–3=0,009; 2–4=0,02; 2–5=0,01
Для рисков девиантности: 1–3<0,001; 1–4<0,001; 1–5=0,001; 2–3<0,001; 2–4<0,001; 2–5=0,001; 3–5=0,01

Рис. 1. Среднее значение количества рисков у подростков разных этнических групп (M).

Среднее значение рисков девиантного поведения выше у якутов (1,2±0,07; p≤0,001), эвенов и эвенков (1,3±0,12; p≤0,001) и ниже у алтайцев (0,6±0,07), у агинских бурят (0,8±0,06) и у тувинцев (0,8±0,07).

Известно, что суицидальное поведение определяется совокупностью факторов, влияние которых, как правило, взаимосвязано и кумулятивно увеличивает риск суицида. Помимо социальных факторов, в формировании суицидального поведения у подростков участвуют и другие, в том числе, индивидуально–психологические особенности, наличие и выраженность дополнительных стрессов, стиль поведения в ситуации фрустрации, когнитивный компонент, этнокультурные факторы риска. На популяции американских индейцев доказано, что при наличии четырёх и более неблагоприятных факторов значительно повышается риск самоубийства, при этом каждый дополнительный фактор увеличивает шанс попытки суицида на 37% [14]. Понятно, что влияние социальных факторов риска также производит кумулятивный эффект. Поэтому мы оценили частоту комбинаций негативных социальных влияний (рис. 2).

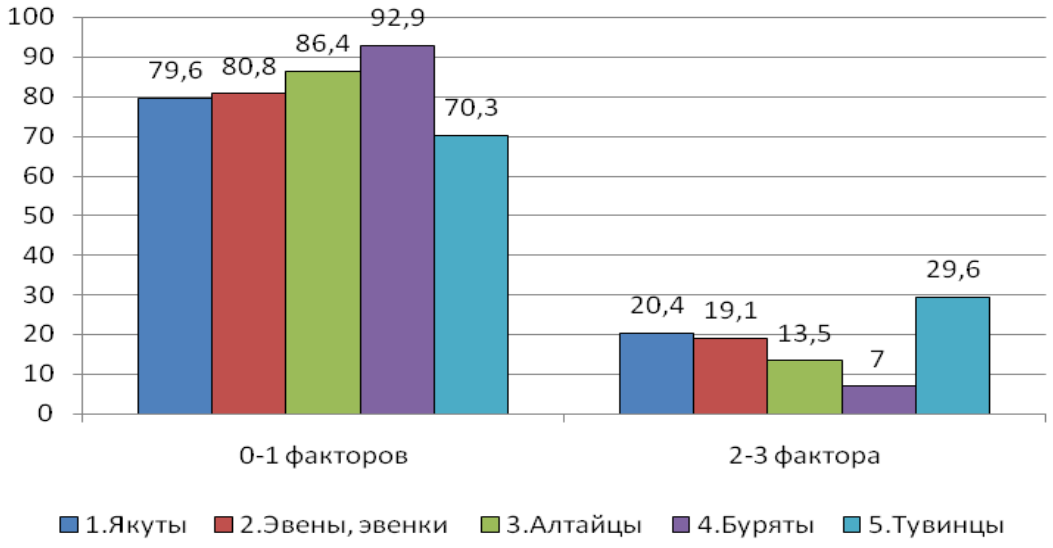
Анализ частоты сочетаний социальных факторов риска показал, что от 70,3 до 92,9% подростков либо не имеют негативных социальных влияний (0 факторов), либо у них регистрируется всего один негативный социальный фактор. Наиболее благоприятная социальная ситуация отмечается у подростков агинских бурят, подавляющее большинство из которых имеют благополучное социальное окружение. Наши данные согласуются с результатами других исследований, в которых было показано, что у подростков агинских бурят, совершивших суицид или суицидальную попытку, реже, чем у подростков славянских национальностей, обнаруживались неблагополучное микросоциальное окружение и алкоголизация [18].

Сочетания двух или трех социальных факторов выявлены у 29,6% тувинцев, у 20,4% якутов, у 19,1% эвенов и эвенков, у 13,5% алтайцев и у 7% агинских бурят. Эти подростки относятся в группу риска по формированию деструктивного, в том числе, суицидального поведения, одна из главных причин которого связана с социальным неблагополучием.

Заключение.

Целью настоящего исследования явилась оценка распространенности и выраженности социальных факторов риска, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков коренных популяций Сибири. Были изучены три группы факторов: семейные факторы; риски, связанные с системой взаимоотношений; риски девиантности.

На первом этапе оценивался социальный статус подростков, включая близкое семейное окружение, систему межличностных взаимоотношений и признаки девиантного поведения.



Примечание: Статистическая значимость различий (χ^2):
1–4<0,001; 1–5=0,04; 2–4=0,004; 3–5=0,002; 4–5<0,001

Рис. 2. Частота сочетанных факторов риска у подростков разных этнических групп (%).

На втором этапе были выявлены риски, связанные с семейным неблагополучием, проблемами межличностных взаимоотношений и девиантным поведением. На третьем этапе была изучена частота рисков и их комбинаций.

Анализ социального статуса у подростков коренных популяций Сибири показал, что большинство молодых людей имеют благополучное семейное окружение, не имеют проблем в общении, отрицательно относятся к алкоголю и ПАВ, не имеют в своем окружении друзей с криминальными наклонностями.

В то же время, у ряда подростков выявлены те или иные риски, связанные с неблагоприятными социальными факторами. Семейные риски имеют от 7,8 до 29,8% молодых людей. В том числе, материально–бытовые проблемы в семье отмечаются у 8,7–27,1% подростков; проблемы внутрисемейных отношений у 15,0–29,8%; внутрисемейные конфликты у 9,6–21,6% подростков; у 9,6–25,5% молодых людей родители злоупотребляют алкоголем.

Риски, связанные с системой взаимоотношений, имеют от 9,6 до 43,1% подростков. В том числе, проблемы в отношениях с родителями отмечаются у 13,6–35,4% молодых людей; проблемы в отношениях с учителями у 23,3–43,1%; проблемы в отношениях со сверстниками у 13,6–27,0; проблемы с противоположным полом у 9,6–21,3% подростков. Независимо от этнической принадлежности и места проживания, подростки имеют лучшие отношения со сверстниками, и худшие – с педагогами.

Риски девиантности имеют от 7,8 до 69,8% подростков. В том числе, употребляют алкоголь от 7,8 до 36,6% человек; от 33,9 до 69,8% подростков имеют в своем окружении друзей, употребляющих алкоголь или ПАВ; от 7,8 до 29,8% подростков имеют друзей с криминальными наклонностями.

Корреляционный анализ выявил зависимость семейных факторов риска с нарушением всей системы межличностных взаимоотношений. В первую очередь, это касается отношений с родителями ($p<0,01$), но также, отношений со сверстниками, учителями и представителями противоположного пола ($p<0,05$). Выявлено, что склонность к употреблению алкоголя у подростков разных этнических групп связана с разными семейными рисками: у якутов – с наличием конфликтных отношений в семье ($r=0,31$; $p<0,01$), а у алтайцев и тувинцев – с алкоголизацией родителей ($r=0,34$; $p<0,01$ и $r=0,19$; $p<0,01$, соответственно). Этот факт требует дальнейшего изучения и объяснения.

Сравнительный анализ факторов риска в зависимости от территории проживания показал, что наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в северных районах Сибири. В семьях у подростков якутской, эвенской и эвенкийской национальностей материально–бытовые проблемы встречаются в 2,5 раза, а алкоголизация у родителей в 1,5–2,5 раза чаще, чем в семьях у алтайских и бурятских подростков ($p<0,05$). У подростков, проживающих в северных районах, в 2–2,5 чаще выявляются проблемы в отношениях с родителями, по сравнению с алтайцами, бурятами и тувинцами ($p<0,05$). Якуты, эвены и эвенки употребляют алкоголь в 1,5–4,5 раза чаще, чем алтайцы, буряты и тувинцы ($p<0,001$). Друзья, употребляющие алкоголь или ПАВ, у подростков, проживающих на северных территориях, встречаются в 1,5–2 раза чаще, чем у подростков, живущих в южных районах Сибири. В семьях подростков тувинской национальности материально–бытовые проблемы и алкоголизация родителей отмечаются также часто, как и у подростков, проживающих на севере.

Известно, что влияние социальных факторов риска производит кумулятивный эффект, поэтому мы оценили частоту комбинаций среди всех трёх групп социальных факторов. Анализ частоты комбинированных факторов риска показал, что от 70,3 до 92,9% подростков либо не имеют негативных социальных влияний (0 факторов), либо у них регистрируется всего один негативный фактор. Самая благоприятная социальная ситуация отмечается у агинских бурят, подавляющее большинство из которых имеют благополучное социальное окружение.

Сочетания двух или трёх неблагоприятных факторов выявлены у 20,4% якутов, у 19,1% эвенов и эвенков, у 13,5% алтайцев, у 7% агинских бурят и 29,6% тувинцев. При том, что отдельные социальные риски чаще представлены у подростков, проживающих в северных территориях Сибири, их сочетания чаще встречаются у тувинских подростков (29,6%), что мы объясняем общим социально - экономическим неблагополучием в Республике Тыва, по сравнению с другими национальными субъектами [7].

Подростки, имеющие по два или три негативных фактора социального влияния, отно-

сятся к группе риска по формированию деструктивного, в том числе, суицидального поведения, и представляют собой контингент для целевого вмешательства социальных педагогов и психологов.

Выводы:

1. Социальные факторы риска, ассоциированные с суицидальным поведением, у подростков коренных популяций Сибири являются идентичными, но по частоте и выраженности имеют территориальные различия, с бо̀льшей распространённостью их в северных районах. Неблагополучное семейное окружение, проблемы взаимоотношений и проявления девиантного поведения у якутов, эвенов и эвенков встречаются в 1,5–2,5 раза чаще, по сравнению с алтайцами и бурятами ($p<0,05$). В семьях подростков тувинской национальности материально–бытовые проблемы и алкоголизация родителей встречаются также часто, как и у подростков, проживающих на севере.

2. При проведении корреляционного анализа выявлено, что склонность к употреблению алкоголя у подростков разных этнических групп связана с разными семейными рисками: у якутов – с наличием конфликтных отношений в семье ($p<0,01$), у алтайцев и тувинцев – с алкоголизацией родителей ($p<0,01$).

3. У 20,4% якутов, у 19,1% эвенов и эвенков, у 13,5% алтайцев, у 7% агинских бурят и 29,6% тувинцев выявлены сочетания двух или трёх неблагоприятных социальных факторов. Эти подростки относятся к группе риска по формированию деструктивного, в том числе, суицидального поведения, и представляют собой контингент для целевого вмешательства социальных педагогов и психологов.

Благодарности

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

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

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

Литература:

1. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: БЭСТ–принт, 2011. 131 с.
2. Федеральная служба государственной статистики: http://www.gks.ru
3. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: религиозно–мировоззренческие аспекты отношения к смерти. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 36-43.
4. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 102 с.
5. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: смена традиционного образа жизни. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 31–42.
6. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: утрата ценностей патриархальной семьи. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 3-15.
7. Семенова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: социально–экономические факторы

References:

1. Smertnost' rossijskih podrostkov ot samoubijstv [The mortality of Russian teenagers from suicide]. M.: BJeST–print, 2011. 131 s. (In Russ)
2. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Federal state statistics service]: http://www.gks.ru (In Russ)
3. Semenova N.B. Causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: religious and world outlook aspects of attitude to death. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 36-43. (In Russ)
4. Predotvrashhenie samoubijstv: global'nyj imperativ. Zheneva [Suicide prevention: a global imperative]: Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija, 2014. 102 s. (In Russ)
5. Semenova N.B. The causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: transition from traditional lifestyle. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 31–42. (In Russ)
6. Semenova N.B. Reasons of suicidal behavior in native peoples of Siberia (Russia): the loss of the values of patriarchal family. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 3-15. (In Russ)
7. Semenova N.B. Causes of suicidal behavior in indigenous peoples of Siberia: socio-economic risk factors. *Suicidology*.

риска. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 30–41.
8. Portzky G., Audenaert K., van Heeringen K. *Suicide among adolescents*. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality–related risk factors. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40 (11): 922–30.
9. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540.
10. Sitnik–Warchulska K., Izydorczyk B. Family patterns and suicidal and violent behavior among adolescent girls–genogram analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 20 (15-10). doi: 10.3390/ijerph15102067.
11. Gould M., Fisher P., Parides M., et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996; 53 (12): 1155–62.
12. Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (8): 741–9.
13. Chachamovich E., Kirmayer L.J., Haggarty J.M., et al. *Suicide* among Inuit: results from a large, epidemiologically representative follow–back study in Nunavut. *Can. J. Psychiatry*. 2015; 60 (6): 268–75.
14. Brockie T.N., Dana–Sacco G., Wallen G.R., et al. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly–Drug Use and Suicide Attempt in Reservation–Based Native American Adolescents and Young Adults. *Am. J. Community Psychol*. 2015; 55 (3–4): 411–21.
15. Ворсина О.П. Клинико–социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Иркутской области: дисс. … док. мед. наук. Томск, 2012. 359 с.
16. Ворсина О.П., Дианова С.В., Белькова Т.Ю. Особенности суицидального поведения детей и подростков в Иркутске. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 68 (5): 20–4.
17. Ворсина О.П. Социально–демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершенные суициды. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 92 (3): 51–4.
18. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дисс. … канд. мед. наук. Москва, 2013. 23 с.
19. Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметова В.В. Социально–психологические особенности незавершенных суицидов у детей и подростков. *Суицидология*. 2011; 2 (2): 27–8.
20. Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершенных суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 72 (3): 42–5.
21. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Медико–социальный статус подростков Республики Тыва. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007; 3: 17–20.
22. Семенова Н.Б. Социальный статус подростков Якутии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015; 4: 14–9.
23. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Республике Саха (Якутия): 2014. http://old.sakha.gov.ru/node/280674
24. Государственный доклад о положении семей с детьми в Республике Тыва за 2016 год. http://gov.tuva.ru/content/1418/

2018; 9 (3): 30–41. (In Russ)
8. Portzky G., Audenaert K., van Heeringen K. *Suicide among adolescents*. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality–related risk factors. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40 (11): 922–30.
9. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540.
10. Sitnik–Warchulska K., Izydorczyk B. Family patterns and suicidal and violent behavior among adolescent girls–genogram analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 20 (15-10). doi: 10.3390/ijerph15102067.
11. Gould M., Fisher P., Parides M., et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996; 53 (12): 1155–62.
12. Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (8): 741–9.
13. Chachamovich E., Kirmayer L.J., Haggarty J.M., et al. *Suicide* among Inuit: results from a large, epidemiologically representative follow–back study in Nunavut. *Can. J. Psychiatry*. 2015; 60 (6): 268–75.
14. Brockie T.N., Dana–Sacco G., Wallen G.R., et al. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly–Drug Use and Suicide Attempt in Reservation–Based Native American Adolescents and Young Adults. *Am. J. Community Psychol*. 2015; 55 (3–4): 411–21.
15. Vorsina O.P. Kliniko–social'nye i jetnokul'tural'nye osobennosti suicidal'nogo povedenija naselenija Irkutskoj oblasti [Clinical, social and ethno-cultural features of suicidal behavior of the population of the Irkutsk region]: diss. … dok. med. nauk. Tomsk, 2012. 359 s. (In Russ)
16. Vorsina O.P., Dianova S.V., Bel'kova T.Ju. Osobennosti suicidal'nogo povedenija detej i podrostkov v Irkutske [Features of suicidal behavior of children and adolescents in Irkutsk]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian journal of psychiatry and narcology*]. 2011; 68 (5): 20–4. (In Russ)
17. Vorsina O.P. Social'no–demograficheskie i klinicheskie harakteristiki detej i podrostkov, sovershivshih zavershennye suicidy [Socio-demographic and clinical characteristics of children and adolescents who have committed completed suicide]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian journal of psychiatry and narcology]*. 2016; 92 (3): 51–4. (In Russ)
18. Ishimbaeva A.N. Suicidal'noe povedenie u detej i podrostkov Zabajkal'skogo kraja [Suicidal behavior in children and adolescents of the Trans-Baikal territory]: avtoref. diss. … kand. med. nauk. Moskva, 2013. 23 s. (In Russ)
19. Zlova T.P., Ishimbaeva A.N., Ahmetova V.V. Socially-psychological features of incomplete suicides at children and teenagers (Transbaikalian edge, Chita). *Suicidology*. 2011; 2 (2): 27–8. (In Russ)
20. Semenova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh suicidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija) [Analysis of completed suicides among children and adolescents of the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian journal of psychiatry and narcology]*. 2012; 72 (3): 42–5. (In Russ)
21. Semenova N.B., Manchuk V.T. Mediko–social'nyj status podrostkov Respubliki Tyva [Medical and social status of adolescents of the Republic of Tuva]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and medical history]*. 2007; 3: 17–20. (In Russ)
22. Semenova N.B. Social'nyj status podrostkov Jakutii [Social status of adolescents in Yakutia]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and medical history]*. 2015; 4: 14–9. (In Russ)
23. Gosudarstvennyj doklad o polozhenii detej i semej, imejushhih detej, v Respublike Saha (Jakutija): 2014 [State report on the situation of children and families with children in the Republic of Sakha (Yakutia): 2014]. http://old.sakha.gov.ru/node/280674 (In Russ)
24. Gosudarstvennyj doklad o polozhenii semej s det'mi v Respublike Tyva za 2016 god [State report on the situation of families

25. https://www.bankfax.ru/news/104658
26. http://www.aginsk–pravda.ru/news/siloviki_okruga_podveli_itogi_raboty/2016–01–26–4265
27. Cwik M., Barlow A., Tingey L, et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted *suicide. Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (2): 172–89.
28. Ballard E.D., Musci R.J., Tingey L., et al. Latent class analysis of substance use and aggressive behavior in reservation–based American Indian *youth* who attempted suicide. *Am. Indian Alsk. Native Ment. Health.* 2015; 22 (1): 77–94.
29. Harford T.C., Chen C.M., Grant B.F. Other – and self–directed forms of violence and their relationship with number of substance use disorder criteria among youth ages 12–17: results from the national survey on drug use and health. *J. Stud. Alcohol Drugs.* 2016; 77 (2): 277–86.

with children in the Republic of Tuva for 2016]. http://gov.tuva.ru/content/1418/ (In Russ)

25. https://www.bankfax.ru/news/104658
26. http://www.aginsk–pravda.ru/news/siloviki_okruga_podveli_itogi_raboty/2016–01–26–4265
27. Cwik M., Barlow A., Tingey L, et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted *suicide. Arch. Suicide Res.* 2015; 19 (2): 172–89.
28. Ballard E.D., Musci R.J., Tingey L., et al. Latent class analysis of substance use and aggressive behavior in reservation–based American Indian *youth* who attempted suicide. *Am. Indian Alsk. Native Ment. Health.* 2015; 22 (1): 77–94.
29. Harford T.C., Chen C.M., Grant B.F. Other – and self–directed forms of violence and their relationship with number of substance use disorder criteria among youth ages 12–17: results from the national survey on drug use and health. *J. Stud. Alcohol Drugs.* 2016; 77 (2): 277–86.

SUICIDE BEHAVIOR IN SIBERIA NATIVE CHILDREN AND ADOLESCENTS: SOCIAL RISK FACTORS

N.B. Semenova

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

Abstract:

Suicide mortal cases related to Siberia native children and adolescents are many times more frequent as compared to average indices in Russian Federation. This requires thorough analysis for this social phenomenon and its reasons. Aim of the Research. To estimate the prevalence and pronouncement of social risk factors, which are associated with suicide behavior in adolescents of Siberia native populations – the Yakuts, the Evens, the Evenks, the Altayans, the Aginsk Buryats and the Tyvins. Subjects and Methods of the Study. We examined 781 adolescents of different ethnic groups by anonymous questionnaire: the Yakuts (181), the Evens and Evenks (63), the Altayans (103), the Buryats (228), the Tyvins (206). The Yakuts, the Evens and the Evenks inhabit northern regions and the Altayans, the Buryats and the Tyvins inhabit southern regions of Siberia. Average age of the adolescents was 16.5 years. We have studied three groups of risk factors: I. Family risk factors (family problems in regard to housing conditions; intra-family problems; conflicts in the family; drinking parents); II. Risks related to the system of relationships (problems in the relationships with parents, teachers, peers, the opposite sex); III. Deviant activity risks (alcohol and/or psychoactive preparations (PAP) consumption; alcoholic and/or PAP friends; criminal friends). Statistical processing of the data had been worked out with Statistica for Window Version X program. Results. Family risks were found in 7.8–29.8% adolescents; risks related to relationships in 9.6–43.1%; deviant activity risks in 7.8–69.8%. Combination of negative influence of two or three factors had been revealed in 7.0–29.6% adolescents. The prevalence of social risk factors is more frequent in adolescents, inhabiting northern regions of Siberia – the Yakuts, the Evens, the Evenks *($p<0.01$).* In Tyvin adolescents housing problems and parental alcoholism are as frequent as in the adolescents, living in the North. Conclusions. In 20.4% Yakuts, in 19.1% Evens and Evenks, in 13.5% Altayans, in 7% Aginsk Buryats and in 29.6% Tyvins we have found the combinations of two or three unfavorable social factors. Those adolescents require special preventive measures.

Keywords: adolescents, suicide, native peoples of Siberia, indigenous, aborigines, risk factors, North

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

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: социальные факторы риска. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 3-16. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-3-16

For citation: Semenova N.B. Suicide behavior in Siberia native children and adolescents: social risk factors. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 3-16. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-3-16

УДК: 616.89-008.441.44:616.895.8 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-17-28

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ СЕМЬЯ БОЛЬНОГО (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О.Я. Симак

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация:

Симак Ольга Яковлевна (SPIN-код: 7554-9259; Researcher ID: W-9069-2018; ORSID iD: 0000-0002-7918-0926). Место работы и должность: младший научный сотрудник, аспирант кафедры психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Телефон: (909) 419-81-24, электронный адрес: amey88@mail.ru

В статье приведены современные данные о суицидальном риске при шизофрении с точки зрения теории биопсихосоциального подхода. Материалы были получены путём поиска в электронных базах данных: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Результаты: 44,3% пациентов с шизофренией имели хотя бы одну попытку самоубийства в течение жизни; до 4,9% погибают от суицида, при этом большая часть фатальных случаев приходится на первые годы болезни. Известно, что генетические факторы объясняют 43% суицидального поведения, остальные 57% – факторами окружающей среды. По данным 2005 г. достоверными факторами риска самоубийства при шизофрении являлись: депрессивные расстройства в анамнезе (Отношение шансов (ОШ)=3,03; 95% Доверительный интервал (ДИ) 2,06-4,46), попытки суицида в анамнезе (ОШ=4,09; 95% ДИ 2,79-6,01), злоупотребление наркотиками (ОШ=3,21; 95% ДИ 1,99-5,17), возбуждение или двигательное беспокойство (ОШ=2,61; 95% ДИ 1,54-4,41), страха психического распада (ОШ=12,1; 95% ДИ 1,89-81,3), плохое соблюдение режима лечения (ОШ=3,75; 95% ДИ 2,20-6,37) и недавние потери (ОШ=4,03; 95% ДИ 1,37-11,8). Интерес исследователей настоящего десятилетия посвящён влиянию осознания болезни, стигматизации, самостигматизации и качества жизни у пациентов с шизофренией на риск самоубийства. Регрессионный анализ показал, что осознание болезни при шизофрении объясняет 47,4% распределения депрессии и 32,2% распределения суицидальных мыслей. Опыт дискриминации у лиц с шизофренией и аффективными расстройствами привел 38% пациентов к суицидальным идеям, а 20% сообщили, что это способствовало совершению ими попытки самоубийства. Приведены исследования о семье пациента с шизофренией: 44,7% больных имеют собственные семьи, до 27% пациентов на момент самоубийства состояли в браке. Семья пациента с шизофренией рассмотрена в антисуицидальном и просуицидальном аспектах. Близкие родственники имели значительно больше сведений о признаках самоубийства суицидента, чем специалисты здравоохранения: 90,5% против 44,6%. Клеймо позора / стигма более остро воспринимается родственниками и друзьями тех, кто умер в результате самоубийства, чем тех, кто погиб от других причин внезапной естественной смерти (95% ДИ=2,13-2,90; p=<0,001) или внезапной неестественной смерти (95% ДИ=1,25-2,13; p= 0,001).
В целях предотвращения самоубийств при шизофрении необходимо обеспечивать социальную, психологическую и психотерапевтическую поддержку уязвимым лицам – пациентам, страдающим шизофренией, их семье и ближайшему окружению. Также необходимо участвовать в обеспечении лекарственной помощи пациентам и бороться со стигматизацией диагноза «шизофрения».

Ключевые слова: суицид, шизофрения, семья, биопсихосоциальный подход, факторы риска

Мировая статистика говорит о том, что ежегодно около 800 тысяч человек заканчивают жизнь самоубийством, и на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку [1, 2]. В России по данным Федеральной службы государственной статистики коэффициент смертности от самоубийств на 100 тыс. населения трудоспособного возраста в 2018 г. составит 16,3 [3]. На момент совершения самоубийства около 98% лиц страдали психическими расстройствами [4]. Лидирующее место среди суицидентов занимают лица, страдающие аффективными расстройствами – 20,8%, на втором месте стоит шизофрения – 19,9%.

Шизофрения в связи с достаточной распространённостью в популяции, и как заболевание с высоким суицидальным риском является объектом пристального внимания специалистов в области психического здоровья, в том числе и суицидологии.

Целью нашего исследования был обзор данных литературы о проблеме суицида при шизофрении.

Материал и методы: с целью получения современных данных по исследуемой проблеме нами были использованы доступные электронные базы данных: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Запрос осуществлялся по ключевым словам: шизофрения, суицид, самоубийство.

Результаты и обсуждение:

В Дании самоубийство является наиболее распространённой причиной смерти у пациентов с шизофренией и составляет 31,8% [5]. В течение жизни 44,3% пациентов с шизофренией имели хотя бы одну попытку самоубийства [6]. Среди больных шизофренией, совершивших убийство и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа, фантазии о самоубийстве возникали у 75% пациентов, из них 62,5% пытались их реализовать. Основными механизмами аутоагресии у данной выборки пациентов являлись демонстративно - шантажные, аффективно обусловленные и бредовые механизмы [7].

Однако при более широком рассмотрении проблемы группой исследователей B.A. Palmer и соавт. [8], было проанализировано 61 исследование больных шизофренией на разных стадиях заболевания и выявлено, что около 4,9% больных шизофренией совершают самоубийство в течение жизни, при этом бо̀льшая часть фатальных случаев приходится на первые годы болезни. Распространённость суицида среди лиц пожилого возраста, страдающих шизофрений, которые находились под наблюдением с начала болезни, составила 5,6%.

Наивысший риск самоубийства среди пациентов с шизофренией приходится на молодое трудоспособное население. Так, в исследовании финской популяции пациентов с шизофренией в возрасте от 15 до 69 лет наибольший риск смерти от суицида при шизофрении был обнаружен среди лиц 15-29 лет [9]. В исследовании китайской популяции средний возраст на момент смерти от самоубийства у пациентов с шизофренией составил 31,3 года [10]. Жертвы самоубийств с шизофренией имеют более короткую продолжительность болезни и более высокий уровень образования по сравнению с теми, кто умер от других причин [11] и более низкий уровень образования, чем пациенты с суицидальными идеями или без суицидальной настроенности [12].

Джордж Энгель в 1980-х годах XX века подверг критике биомедицинскую модель болезни и её ограниченное представление о болезни как биологически укоренившейся [13]. С этого времени в англоязычной медицинской литературе появились исследования, рассматривавшие болезнь с точки зрения биопсихосоциального подхода. Здоровье и болезнь в рамках данной теории рассматриваются в контексте сложной иерархии «натуральных систем», где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней [13].

Наиболее актуальными для исследователей остаются попытки поиска биологической основы как шизофрении, так и суицидального поведения.

Биологические факторы суицида при шизофрении.

Согласно публикуемым данным генетические факторы объясняют 43% суицидального поведения, остальные 57% – факторами окружающей среды [14]. Большинство исследователей придерживается мнения, что чаще самоубийство совершают мужчины [15, 16], однако данные последних 5 лет говорят о том, что факторы риска самоубийства и попытки суицида связаны и с женским полом [17, 18].

У пациентов с шизофренией, совершивших суицидальную попытку, было обнаружено гипометилирование лейкоцитов – CpG участок cg19647197 в гене CCDC53 [19]. Количественный риск факторов суицидального поведения определяется интронными полиморфизмами (A218C или A779C) гена триптофановой гидроксилазы (TPH)1 [20], и геном TPH rs1800532 [21]; насильственные и повторные попытки самоубийства были связаны с полиморфизмом введения / делеции гена транспортера серотонина (5-HTTLPR) [20, 22], и, в частности, локуса SLC6A4 [21], а ген моноаминооксидазы-А (MAOA) имеет связь с насильственными методами самоубийства при наличии других факторов риска [20].

Следующим уровнем анализа суицидальности при шизофрении является морфологический. Повышенная уязвимость к суицидальной попытке отмечалась у лиц с низкой взаимосвязью между медиальной префронтальной корой (МПФК) и корой задней поясной извилины [23]. Суицидальное поведение в анамнезе было связано с относительно более высокой активацией дополнительной моторной области (ДМО) левого полушария, пре-ДМО, премо-

торной коры и дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) [24].

Изменения проводящих путей головного мозга у пациентов с шизофренией и суицидальным поведением были оценены с помощью показателя фракционной анизотропии (ФА). ФА характеризует пространственную ориентацию волокон, отражая степень однонаправленности (целостности) трактов белого вещества [25]. У лиц с суицидальными попытками были выявлены высокие значения ФА в левом лучистом венце, верхнем продольном пучке, задней части лимба и ретролентикулярной части внутренней капсулы, внешней капсуле, островке, задней таламической лучистости, ножках мозга, сагиттальном слое и белом веществе височной области. Установлена значительная положительная корреляция суицидального поведения и значений ФА правого лучистого венца, правого верхнего продольного пучка, тела мозолистого тела и левого лучистого венца. Эти данные свидетельствуют о том, что фронто-темпоро-лимбические цепи могут быть связаны главным образом с суицидальным поведением у людей с шизофренией или шизофреническим расстройством [26].

Использование магнитно-резонансной томографии широко используется для выявления морфологических коррелятов психических расстройств [27, 28]. При шизофрении у лиц, совершивших суицидальную попытку, было выражено истончение коры в правой дорсолатеральной префронтальной коре (ДЛПФК), в правой верхней и средней височной коре, височном полюсе (поле 38) и островковой коре [29]. Другими авторами приводятся данные об увеличении объёма белого вещества в нижней фронтальной области лобно - височно - лимбических структур у пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе [30].

Группой исследователей из США [31] было установлено, что при шизофрении низкий суицидальный риск сочетается с достоверным уменьшением левой краевой извилины, таламуса и правого островка по сравнению с лицами без суицидальных попыток. У лиц с высоким суицидальным риском обнаружено достоверное уменьшение объёмов левой языковой извилины и правого клина. У лиц с суицидальной попыткой (СП) в анамнезе по сравнению с лицами без СП меньше объём серого вещества коры верхней и нижней височной области с обеих сторон, левой верхней теменной области, таламуса, краевой извилины, правого островка, верхней фронтальной, ростральной части средней лобной извилины. Отделы мозга, в которых наблюдались различия, являются частью нейронных сетей, которые опосредуют торможение, импульсивность и эмоции, висцеральное, визуальное и слуховое восприятие. Также была установлена связь увеличения объёма правой миндалины с попытками суицида и аутоагрессией при шизофрении [32]. Суицидальные идеи чаще встречались у больных шизофренией с более высоким свободным тироксином [33].

Психопатологические аспекты суицидального поведения при шизофрении.

Самоубийство может произойти в любой момент течения шизофрении. Периодами повышенного риска являются: ранняя фаза заболевания, активная фаза болезни, период рецидива или депрессивный эпизод [34]. Интересен тот факт, что негативная и дефицитарная симптоматика при шизофрении могут быть связана с низким риском суицида [11].

Систематический обзор, выполненный K. Hawton и соавт. [35], продемонстрировал 7 достоверных факторов риска самоубийства при шизофрении: депрессивные расстройства в анамнезе (Отношение шансов (ОШ) =3,03; 95%; Доверительный интервал (ДИ) 2,06-4,46), попытки суицида в анамнезе (ОШ=4,09; 95%; ДИ 2,79-6,01), злоупотребление наркотиками (ОШ=3,21; 95%; ДИ 1,99-5,17), возбуждение или двигательное беспокойство (ОШ=2,61; 95%; ДИ 1,54-4,41), страха психического распада (ОШ =12,1; 95%; ДИ 1,89-81,3), плохое соблюдение режима лечения (ОШ=3,75; 95%; ДИ 2,20-6,37) и недавние потери (ОШ=4,03; 95%; ДИ 1,37-11,8).

Исследования последующих лет подтвердили собранные авторами данные. Суицидальные идеи при шизофрении чаще выявлялись у лиц, уже совершавших суицидальные попытки в прошлом [36, 37]. Депрессивные симптомы [12, 17, 18, 37, 38], и, в частности, ангедония [11], тревожные [17] и психотические симптомы [36, 38], коррелируют с высоким суицидальным риском. «Галлюцинация-бред» – наиболее распространённый мотив и единственный фактор, значительно связанный с серьёзностью метода попытки самоубийства [39]. Однако при наличии только галлюцинаций суицидальный риск снижается (ОШ =0,50; 95%; ДИ 0,35-0,71) [35].

При оценке состояния больного шизофренией с помощью PANSS важными в отношении суицида являются следующие показатели: расторможенность, уход, беспокойство и чувство вины, искажение реальности и дезорганизация [12].

Сравнивая пациентов с шизофренией между собой [40], можно понять, что лица с высокой импульсивностью имеют более высокие показатели суицидальных мыслей в настоящем и прошлом, и демонстрируют тенденцию к бо̀льшему количеству суицидальных попыток в течение жизни, чем пациенты с низкой импульсивностью. Однако сравнивая пациентов с шизофренией и пациентов с другими психическими расстройствами [17], можно отметить, что самоубийства у лиц с шизофренией характеризуются более низкими показателями импульсивности. При этом самоубийства при шизофрении не отличаются по уровню насилия от самоубийств при других психических расстройствах.

Сочетание шизофрении и злоупотребления / зависимости от психоактивных веществ достоверно связано с попытки самоубийства [18]. Риск повторных суицидальных попыток выше при курении и употреблении алкоголя [41].

Психологические аспекты суицидального поведения при шизофрении.

Опираясь на концепцию суицидального поведения, разработанную А.Г. Амбрумовой (1978), у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Дезадаптация личности не тождественна понятию болезни и может проявляться на двух уровнях: патологическом (нозологические единицы, состояния, реакции и фазы) и непатологическом (недостаточность социализации и нравственного воспитания, резкая смена условий существования и жизненных стереотипов, разрыв высоко значимых отношений и т.д.).

Важным в механизме возникновения и реализации суицидальных мыслей является понятие ранней психотравмы и её «консервации» до момента возникновения дезадаптации личности [43]. Fuller-Tompson E. и соавт. [18] было выявлено, что для пациентов с шизофренией история физического насилия в детстве была связана с попытками самоубийства в будущем. Однако по данным других исследователей никакой связи между суицидальностью, детской травмой и нарушениями сна среди пациентов с шизофренией не обнаруживается [37].

Существует также понятие «семейной» передачи суицидального поведения в виде поведенческого эндофенотипа суицидента, что включает в себя импульсивно-агрессивные черты личности [43, 44], невротизм и тревожные черты, предположительно играющих роль в генезе суицидального поведения [44]. Немаловажным для суицидального поведения индивида представляется научение и имитация суицидального поведения близкими родственниками [14].

В исследовании J. Modestin и соавт. [45], авторы приводят два клинических типа шизофренического суицида. Суицид I типа характеризуется ранним началом болезни наряду с ранними трудностями психосоциальной адаптации. Суицид II типа характеризуется более поздним началом болезни, когда пациенты часто демонстрируют высокую преморбидную функциональную способность, однако из-за серьёзности своего заболевания они испытывают ярко выраженную психосоциальную и профессиональную деградацию. Пациенты обоих типов способны к критической и реалистичной самооценке своих ограниченных жизненных перспектив. Пациенты I типа осознают свою несостоятельность по сравнению с достижениями сверстников, в то время как пациенты II типа не способны оправдать высоких ожиданий и чувствуют себя неадекватными по отношению к собственным целям [46]. В обоих случаях суицид, по-видимому, является результатом реалистичной оценки всей жизненной ситуации пациента, включая возможность недееспособности при этом заболевании и негативные психосоциальные последствия.

Лица молодого возраста с инициальными симптомами психотического расстройства или ранним вмешательством медицинских служб могут называть себя "психически больными". Самоклеймирование, социальная неприемлемость данного «ярлыка» для пациента, стыд психического заболевания и восприятие общественной стигмы независимо связаны с усилением дистресса от стигматизации (стигма-стресс) пациента. Бо̀льший стигма-стресс, в свою очередь, предсказывает снижение общего благополучия независимо от возраста, пола, симптомов и сопутствующей психиатрической патологии [47]. Таким образом, в результате

самоклеймирования пациент испытывает низкое субъективное психологическое качество жизни, что повышает риск суицида при шизофрении [36, 38].

В дальнейшем E. Patelaros и соавт. [48], показали, что осознание болезни при шизофрении объясняет 47,4% случаев депрессии и 32,2% случаев суицидальных мыслей. Более глубокое понимание шизофрении связано не только с самостигматизацией, но и с низкой самооценкой, снижением надежд пациента, снижением качества жизни и повышением суицидальности [49]. Связь между инсайтом и депрессией была более сильной среди пациентов с более низким социально-экономическим статусом, тяжелыми заболеваниями и плохим взаимодействием с медицинской помощью [50]. С другой стороны, отсутствие понимания болезни также является причиной деморализации, депрессии и риска суицида при шизофрении [51].

При сравнении случаев фатального суицида у лиц с шизофренией отмечались более высокие показатели безнадёжности [17] и беспросветности [34], чем у лиц без психических расстройств. Появление суицидальных мыслей при шизофрении стимулировала не только стигматизация, но и восприятие когнитивной дисфункции [52].

Социальные аспекты суицида при шизофрении.

Стигматизация, особенно по отношению к психическим расстройствам и самоубийствам, приводит к тому, что многие люди не обращаются за необходимой помощью [1]. Опыт дискриминации у лиц с шизофренией и аффективными расстройствами привел 38% пациентов к суицидальным чувствам, а 20% сообщили, что это способствовало совершению ими попытки самоубийства. Ожидание негативного развития событий, лечения, а также ощущение отсутствия поддерживающих социальных сетей были причинами безнадёжности и суицидальности [53].

В начале 90-х годов XX века около 30% лиц с суицидальным поведением или суицидом обращались за медико-психологической помощью в течение месяца до попытки самоубийства, и их суицидальные переживания не были распознаны [42]. Суициденты имели бо̀льшее число госпитализаций, чем лица с суицидальными идеями и без суицидальной настроенности [12]. По сведениям A.L. Pitman и соавт. [54], люди, потерявшие жизнь в результате самоубийства, реже получали неофициальную поддержку и чаще ощущали задержки с получением какой-либо поддержки, чем люди, потерявшие жизнь в результате других причин внезапной смерти.

На ранних стадиях шизофрении острое переживание дискриминации вследствие болезни воспринимается как стресс, превышающий ресурсы, необходимые для преодоления трудностей, что ведёт к негативной самооценке и снижению восприятия поддерживающих сетей / социальной структуры [53], неудовлетворённости социальными отношениями [38] и повышению риска суицида. В дальнейшем, с нарастанием негативной симптоматики происходит объективное оскудение социальных связей. Низкая социальная поддержка [17] и социальная изоляция у суицидентов с шизофренией выше, чем у суицидентов без психических расстройств, или чем у пациентов, умерших от других причин [11]. Однако, как указывается в отдельных исследованиях [18], и нахождение пациента с шизофренией в обществе может способствовать повышению риска попытки самоубийства.

Микросоциум и шизофрения: фактор риска или профилактики суицида?

Согласно данным различных авторов [10, 55, 56] от 2,6% до 44,7% пациентов с шизофренией имеют собственные семьи. Трудности в семейных отношениях и восприятие стигматизации из-за болезни – возможные факторы, способствующие суициду больных шизофренией [15]. Предоставление надлежащей информации для членов семьи пациента с целью уменьшения враждебности к пациенту способствует предотвращению самоубийств при шизофрении [15].

Специальное исследование осознания риска самоубийства провела группа B. Draper и соавт. [57]. Авторы провели психологическую аутопсию событий за месяц до совершения суицида и сравнили сведения, полученные от ближайших родственников и специалистов здравоохранения. Было выявлено, что близкие родственники имели значительно больше сведений о признаках самоубийства суицидента, чем специалисты здравоохранения (90,5% против 44,6%). Связь между близкими родственниками и специалистами здравоохранения чаще всего была инициирована семьей (29,4% против 5,9%). В ходе исследования были выяв-

лены пробелы в связи между специалистами здравоохранения и близкими родственниками суицидента, и подчеркивалась необходимость укрепления связей между этими двумя группами.

Шизофрения и микросоциум: фактор риска или профилактики суицида?

В клинической практике часто приходится сталкиваться с бременем шизофрении, которое несут партнеры больных и лица, ухаживающие за больными [58, 59, 60, 61]. В частности, диагноз «шизофрения» у близкого человека становится «ярлыком» не только для пациента, но и для родных. В сообществе к членам семьи пациентов с шизофренией относятся с предубеждением, поскольку они общаются со своими больными родственниками, меньше времени уделяют социальной активности, и у них ограничены возможности по трудоустройству.

По итогам обследования лиц, ухаживающих за пациентами с физическими и психическими отклонениями, 32,9% вероятно находились в депрессии, 37,6% вероятно имели психическое расстройство, а у 18,8% были выявлены суицидальные идеи (СИ). Уровень СИ был выше у лиц, впервые оказавшихся в роли опекунов, не имевших поддержки со стороны третьих лиц, ухаживающих за пациентами молодого возраста, либо за пациентами с неизлечимыми заболеваниями, а также для лиц, страдающих депрессией на момент ухода за пациентом [62].

Необходимо отметить тот факт, что члены семьи суицидента могут быть выбраны в качестве объекта наказания, манипулирования либо альтруистического освобождения [63].

Самоубийство часто становится неожиданностью как для родственников жертвы самоубийства, так и для тех, кто контактировал с этим лицом, даже в случае явного деструктивного поведения жертвы. Чувство беспокойства, вызываемое суицидентами у тех, с кем они контактируют, исчезает или отсутствует непосредственно перед самоубийством. Ringel E. [64] описал это состояние с помощью фразы «зловещая тишина». Это происходит потому, что после принятия окончательного решения о самоубийстве человек перестает посылать эмоциональные сообщения окружающим. Автор пишет, что «когда человек ненавидит только себя, тогда чья-то любовь и забота ему уже не мешают». Также отмечается, что непосредственно перед самоубийством невозможно эмпатически понять суицидента [15].

Факт суицида становится содержанием психологического кризиса – острого эмоционального состояния, характеризующегося психическим напряжением, тревогой, нарушением познавательной и поведенческой активности – для ближайшего окружения суицидента [65, 66].

По данным A.L. Pitman и соавт. [67], клеймо позора / стигма более остро воспринимается родственниками и друзьями тех, кто умер в результате самоубийства, чем тех, кто погиб от других причин внезапной естественной смерти или внезапной неестественной смерти. Через 6 месяцев у лиц, продолжающих переживать утрату после суицида близкого человека, часто фиксировались реакции психологической защиты по типу отказа, соматические реакции, стигматизация, чувства ответственности и стыда при переживании горя [68]. Воспринимаемая стигматизация негативно ассоциировалась с обращением за неформальной помощью или помощью психотерапевта. Чувство позора является фактором риска приёма психотропных препаратов [69].

Группой исследователей M. Fenger-Grøn и соавт. [70], были изучены 207435 взрослых датчан, которые испытали серьёзную потерю в 1996-2013 годах. Через 6 месяцев после утраты были оценены показатели самоубийств, преднамеренных самоповреждений или госпитализаций в психиатрический стационар. Были получены данные о том, что раннее терапевтическое вмешательство в виде бесед с психологом связано с уменьшением долгосрочного риска серьезных психических состояний у тяжело скорбящих людей (разница рисков (РР), -17,1; 95% Доверительный интервал (ДИ), от -30,7 до -3,5 на 1000 человек). Явной пользы или вреда от лечения антидепрессантами после утраты установлено не было, поскольку статистическая точность данных параметров была низкой (РР -8,6; 95% ДИ, от -62,6 до 45,4 на 1000 человек). Таким образом, члены семьи и другие лица, пережившие самоубийство близкого человека, нуждаются в поддержке и поощрении выражения скорби и своих чувств по поводу жертвы самоубийства [15].

Reynders A. и соавт. [69] в своём исследовании выявили, что в местности с низким уровнем самоубийств люди более позитивно

относятся к обращению за профессиональной или неформальной помощью, реже занимаются самостигматизацией и испытывают стыд из-за факта обращения за помощью. По данным W. Feigelman и соавт. [71], лица, склонные открыто обсуждать причину смерти близкого в результате суицида, переносят меньше страданий в связи с горем утраты и оценивают свое психическое здоровье лучше, чем те, кто стыдился и смущался обсуждать суицид. Регрессионный анализ показал, что тенденция открыто обсуждать смерть – единственный фактор, взаимосвязанный с вариациями проявлений и переживаний печали.

Заключение.

Рассматривая проблему предотвращения смертности от суицидов, учёными предпринимались попытки выявления групп факторов риска самоубийств, и основное внимание уделялось биомедицинской модели развития данного состояния, то есть поиска биологических факторов самоубийства. Однако преобладающими факторами для развития суицидального поведения остаются «факторы окружающей среды» [14]. Отечественными исследователями С.В. Бородиным и А.С. Михлиным [72], была предложена классификация мотивов и поводов суицидальных поступков. На первом месте в данной классификации стоят личностно-семейные конфликты, в том числе: несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих; ревность, супружеская измена, развод; потеря значимого другого, болезнь и смерть близких; препятствия к удовлетворению актуальной потребности; неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других; одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция; неудачная любовь; недостаток внимания, заботы со стороны окружающих; половая несостоятельность.

Попытки применения доказательной медицины к данному положению не привели к однозначному мнению о влиянии собственной семьи на суицидальный риск пациента с шизофренией. Согласно систематическому обзору K. Hawton и соавт. [35], те, кто состоял в браке или сожительстве подвергались несколько меньшему суицидальному риску, хотя этот вывод, основанный на 15 исследованиях, не был статистически значимым. В тоже время факты отсутствия собственной семьи либо развода не влияли на суицидальный риск.

С точки зрения коллектива отечественных исследователей [73], наличие семьи и социальной поддержки, беспокойство о будущем детей, сформированность морально-этических норм и стремление к выживанию являлись основными факторами антисуицидального барьера среди больных шизофренией. Лица с психическими расстройствами, проживающие в семье, получают больше пристального внимания родственников, и в случае аутоагрессивного поведения у них больше шансов на своевременное оказание помощи и спасение жизни. Независимо от возраста пациент с суицидальной попыткой всегда должен быть мотивирован на вовлечение семьи в лечение. Терапевтическая интервенция в семьях лиц с шизофренией, направленная на снижение стигмы, связанной с психическими расстройствами и самоубийством, может способствовать снижению смертности от самоубийств [15].

С другой стороны, высокая эмоциональная экспрессивность в семье, постепенное исчезновение эмпатии у супругов, самостигматизация пациента и стигматизация его супруга ведут к повышению риска суицида как пациента, так и его партнёра. Большинство суицидальных пациентов имеют проблемы с отношениями, работой, школой и не имеют функционирующих социальных сетей, что требует психосоциального лечения и поддержки [74]. Раннее выявление внутренних и внешних форм суицидального поведения – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи суицидентам и их ближайшему окружению [75].

Большое значение имеют психотерапевтические мероприятия, направленные на адаптацию микросоциальной среды к пациенту, страдающему эндогенным расстройством. Это связано с тем, что такой член семьи действительно привносит в жизнь своего окружения высокое эмоциональное напряжение, связанное как с реальной опасностью, так и с крайне трудным общением и совместным проживанием. Окружение такого пациента действительно нуждается в психотерапевтической помощи, что повышает его адаптивные возможности и улучшает общую жизненную ситуацию [28].

Выводы:

1. Пациенты с шизофренией занимают второе место (19,9%) в мировой статистике

завершённых суицидов среди лиц с психическими расстройствами.

2. Раннее выявление внутренних и внешних форм суицидального поведения – важнейшее условие обеспечения необходимой помощи суицидентам и их ближайшему окружению.

3. В целях предотвращения самоубийств при шизофрении необходимо обеспечивать социальную, психологическую и психотерапевтическую поддержку уязвимым лицам – пациентам, страдающим шизофренией, их семье и ближайшему окружению, участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией диагноза «шизофрения».

4. Психологическая терапия, направленная на улучшение навыков преодоления трудностей у пациентов и меры по борьбе со стигматизацией среди населения, направленные на сокращение случаев дискриминации, могут обеспечить определённую защиту от самоубийств среди лиц с психическими расстройствами.

Литература:

1. Предотвращение суицидов. Глобальный императив. Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. URL: http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide
3. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm
4. Bertolete J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002; 1 (3): 181-185.
5. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2013; 128: 370-375. *doi:* 10.1111/acps.12077
6. Sağlam A. D., Civil A. F., Özkorumak K. E. et al. Current clinical variables in schizophrenia cases with suicide attempt history. *Türk psikiyatri dergisi.* 2017; 28 (3): 163-171. (In Turkish)
7. Солдаткин В.А., Бобков А.С., Анциборов А.В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 26-27.
8. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (3): 247-253. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247
9. Rantanen H., Koivisto A.M., Salokangas R.K. et al. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44 (2): 135-42. doi: 10.1007/s00127-008-0414-1
10. Cheng K., Leung C., Lo W. et al. Suicide Among Chinese Schizophrenics in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (2): 243-246. doi:10.1192/bjp.154.2.243
11. Loas G., Azi A., Noisette C. et al. Fourteen-year prospective follow-up study of positive and negative symptoms in chronic schizophrenic patients dying from suicide compared to other causes of death. *Psychopathology.* 2009; 42 (3): 185-189. doi: 10.1159/000209331
12. Jovanović N., Podlesek A., Medved V. et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis.* 2013; 1; 34 (6): 374-381. doi: 10.1027/0227-5910/a000211
13. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологического здоровья. *Философия и социальные науки: научный журнал*. 2008; 4: 60-65.
14. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics part C Seminars in Medical Genetics*. 2005; 133C (1): 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
15. Pompili M., Amador X.F., Girardi P. et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry.* 2007; 6 (10). doi:10.1186/1744-859X-6-10
16. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (3): 76-78.

References:

1. Predotvrashhenie suicidov. Global'nyj imperativ [Suicide prevention. The global imperative]. Vsemirnaja Organizacija Zdravoohranenija *[WHO]*, 2014. 97 s. (In Russ)
2. URL: http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide
3. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm
4. Bertolete J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002; 1 (3): 181-185.
5. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2013; 128: 370-375. *doi:* 10.1111/acps.12077
6. Sağlam A. D., Civil A. F., Özkorumak K. E. et al. Current clinical variables in schizophrenia cases with suicide attempt history. *Türk psikiyatri dergisi.* 2017; 28 (3): 163-171. (In Turkish)
7. Soldatkin V.A., Bobkov A.S., Antsiborov A.V. O roli fantazij o smerti u bol'nykh shizofreniej s gomitsidnym povedeniem [On the role of fantasies of death in patients with schizophrenia with homicidal behavior]. *Tyumenskij meditsinskij zhurnal [Tyumen Medical Journal]*. 2013; 15 (1): 26-27. (In Russ)
8. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (3): 247-253. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247
9. Rantanen H., Koivisto A.M., Salokangas R.K. et al. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44 (2): 135-42. doi: 10.1007/s00127-008-0414-1
10. Cheng K., Leung C., Lo W. et al. Suicide Among Chinese Schizophrenics in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154 (2): 243-246. doi:10.1192/bjp.154.2.243
11. Loas G., Azi A., Noisette C. et al. Fourteen-year prospective follow-up study of positive and negative symptoms in chronic schizophrenic patients dying from suicide compared to other causes of death. *Psychopathology.* 2009; 42 (3): 185-189. doi: 10.1159/000209331
12. Jovanović N., Podlesek A., Medved V. et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis.* 2013; 1; 34 (6): 374-381. doi: 10.1027/0227-5910/a000211
13. Frolova Yu.G. Biopsikhosotsial'naya model' kak kontseptual'naya osnova psikhologicheskogo zdorov'ya [Biopsychosocial model as a conceptual basis of psychological health] *Filosofiya i sotsial'nye nauki: nauchnyj zhurnal [Philosophy and social Sciences: scientific journal]*. 2008; 4: 60-65. (In Russ)
14. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics part C Seminars in Medical Genetics*. 2005; 133C (1): 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
15. Pompili M., Amador X.F., Girardi P. et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry.* 2007; 6 (10). doi:10.1186/1744-859X-6-10
16. Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotov E.P., Bykova A.A., ILonchakova.V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia.* 2018; 14 (3): 76-78.

17. Lyu J., Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia research*. 2014; 155 (1-3): 59-65. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.018
18. Fuller-Thomson E., Hollister B. Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia research and treatment*. 2016. doi: 10.1155/2016/3165243
19. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z. et al. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research.* 2018; 104: 192-197. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.07.011
20. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11: 336–351. doi:10.1038/sj.mp.4001803
21. Clayden R.C., Zaruk A., Meyre D. et al. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2012; 2 (10). doi:10.1038/tp.2012.96
22. de Medeiros A.V., Bezerra D.G., de Andrade T.G. et al. Genetic polymorphisms might predict suicide attempts in mental disorder patients: a systematic review and meta-analysis. *CNS & neurological disorders drug targets*. 2015; 14 (7): 820-827. doi:10.2174/1871527314666150713104619
23. Zhang H., Wei X., Tao H. et al. Opposite effective connectivity in the posterior cingulate and medial prefrontal cortex between first-episode schizophrenic patients with suicide risk and healthy controls. *Public Library of Science one.* 2013; 21;8 (5). doi: 10.1371/journal.pone.0063477. Print 2013
24. Minzenberg M.J., Lesh T., Niendam T. et al. Frontal motor cortex activity during reactive control is associated with past suicidal behavior in recent-onset schizophrenia. *Crisis*. 2015; 36 (5): 363-370. doi: 10.1027/0227-5910/a000335
25. Левашкина И.М., Серебрякова С.В., Ефимцев А.Ю. Диффузионно-тензорная МРТ – современный метод оценки микроструктурных изменений вещества головного мозга (обзор литературы). *Вестник Санкт-Петербургского университета.* 2016; 11 (4): 39-54.
26. Lee S.J., Kim B., Oh D. et al. White matter alterations associated with suicide in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Psychiatry research. Neuroimaging*. 2016; 248: 23-29. doi: 10.1016/j.pscychresns.2016.01.011
27. Солдаткин В.А., Бухановский А.О., Калмыков А.Е. Нейровизуализационная характеристика головного мозга больных, страдающих игровой зависимостью. *Российский психиатрический журнал*. 2011; 1: 15-22.
28. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа в 2 т. Том II: Учебник / Под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Профпресс, 2018. 668 с.
29. Besteher B., Wagner G., Koch K. et al. Pronounced prefronto-temporal cortical thinning in schizophrenia: Neuroanatomical correlate of suicidal behavior? *Schizophrenia Research.* 2016; 176 (2-3): 151-157. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.010
30. Rüsch N., Spoletini I., Wilke M. et al. Inferior frontal white matter volume and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2008; 164 (3): 206-214. doi: 10.1016/j.pscychresns.2007.12.011
31. Giakoumatos C.I., Tandon N., Shah J. et al. Are structural brain abnormalities associated with suicidal behavior in patients with psychotic disorders? *Journal of psychiatric research.* 2013; 47 (10): 1389-1395. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.011
32. Spoletini I., Piras F., Fagioli S. et al. Suicidal attempts and increased right amygdala volume in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2011; 125 (1): 30-40. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.023
33. Jose J., Nandeesha H., Kattimani S. et al. Association between prolactin and thyroid hormones with severity of psychopathology and suicide risk in drug free male schizophrenia. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2015; 444: 78-

17. Lyu J., Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia research*. 2014; 155 (1-3): 59-65. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.018
18. Fuller-Thomson E., Hollister B. Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophrenia research and treatment*. 2016. doi: 10.1155/2016/3165243
19. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z. et al. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research.* 2018; 104: 192-197. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.07.011
20. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11: 336–351. doi:10.1038/sj.mp.4001803
21. Clayden R.C., Zaruk A., Meyre D. et al. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2012; 2 (10). doi:10.1038/tp.2012.96
22. de Medeiros A.V., Bezerra D.G., de Andrade T.G. et al. Genetic polymorphisms might predict suicide attempts in mental disorder patients: a systematic review and meta-analysis. *CNS & neurological disorders drug targets*. 2015; 14 (7): 820-827. doi: 10.2174/1871527314666150713104619
23. Zhang H., Wei X., Tao H. et al. Opposite effective connectivity in the posterior cingulate and medial prefrontal cortex between first-episode schizophrenic patients with suicide risk and healthy controls. *Public Library of Science one.* 2013; 21;8 (5). doi: 10.1371/journal.pone.0063477. Print 2013
24. Minzenberg M.J., Lesh T., Niendam T. et al. Frontal motor cortex activity during reactive control is associated with past suicidal behavior in recent-onset schizophrenia. *Crisis*. 2015; 36 (5): 363-370. doi: 10.1027/0227-5910/a000335

25. Levashkina I.M., Serebryakova S.V., Efimtsev A.YU. Diffuzionno-tenzornaya MRT – sovremennyj metod otsenki mikrostrukturnykh izmenenij veshhestva golovnogo mozga (obzor literatury) [Diffusion tensor MRI is a modern method for assessing microstructural changes in the brain substance (literature review)]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta [Bulletin of St. Petersburg University]*. 2016; 11 (4): 39-54. (In Russ)

26. Lee S.J., Kim B., Oh D. et al. White matter alterations associated with suicide in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Psychiatry research. Neuroimaging*. 2016; 248: 23-29. doi: 10.1016/j.pscychresns.2016.01.011

27. Soldatkin V.A., Bukhanovskij A.O., Kalmykov A.E. Nejrovizualizatsionnaya kharakteristika golovnogo mozga bol'nykh, stradayushhikh igrovoj zavisimost'yu [Neuroimaging characteristics of the brain of patients suffering from gambling addiction.]. *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry]*. 2011; 1: 15-22. (In Russ)
28. Psikhiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola v 2 t. Tom II: Uchebnik / Pod red. V.A. Soldatkina [Psychiatry. Rostov Scientific and Pedagogical School in 2 parts. Volume II: Textbook / Ed. V.A. Soldatkin]. Rostov n/D: Profpress, 2018. 668s. (In Russ)

29. Besteher B., Wagner G., Koch K. et al. Pronounced prefronto-temporal cortical thinning in schizophrenia: Neuroanatomical correlate of suicidal behavior? *Schizophrenia Research.* 2016; 176 (2-3): 151-157. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.010
30. Rüsch N., Spoletini I., Wilke M. et al. Inferior frontal white matter volume and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2008; 164 (3): 206-214. doi: 10.1016/j.pscychresns.2007.12.011
31. Giakoumatos C.I., Tandon N., Shah J. et al. Are structural brain abnormalities associated with suicidal behavior in patients with psychotic disorders? *Journal of psychiatric research.* 2013; 47 (10): 1389-1395. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.011
32. Spoletini I., Piras F., Fagioli S. et al. Suicidal attempts and increased right amygdala volume in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2011; 125 (1): 30-40. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.023
33. Jose J., Nandeesha H., Kattimani S. et al. Association between prolactin and thyroid hormones with severity of psychopathology and suicide risk in drug free male schizophrenia. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2015; 444: 78-

80. doi: 10.1016/j.cca.2015.02.003
34. Besnier N., Gavaudan G., Navez A., et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale.* 2009; 35 (2): 176-181. doi: 10.1016/j.encep.2008.02.009 (In French)
35. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (1): 9-20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
36. Yan F., Xiang Y.T., Hou Y.Z. et al. Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (3): 447-454. doi: 10.1007/s00127-012-0555-0
37. Kilicaslan E.E., Esen A.T., Kasal M.I. et al. Childhood trauma, depression, and sleep quality and their association with psychotic symptoms and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research.* 2017; 258: 557-564. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.081
38. Kao Y.C., Liu Y.P., Cheng T.H. et al. Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2012; 47 (4): 523-532. doi: 10.1007/s00127-011-0361-0
39. Ishii T., Hashimoto E., Ukai W. et al. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in Northern Japan. *Public Library of Science one.* 2014; 9 (5) doi: 10.1371/journal.pone.0096272
40. Iancu I., Bodner E., Roitman S. et al. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology.* 2010; 43 (4): 223-229. doi: 10.1159/000313520
41. Goktekin M.C., Atescelik M., Gurger M. et al. Demographical characteristics of patients attempting suicide and factors having impact on recurrent suicide attempts. *Current Medicine Research and Practice*. 2018; 8 (5): 165-169. https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2018.09.004
42. Попов В.Ю., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017. 366 с.
43. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry and neuroscience.* 2005; 30 (6): 398-408.
44. Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics.* 2005; 133 C (1): 34-42. doi: 10.1002/ajmg.c.30044
45. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160 (3): 398-401. doi:10.1192/bjp.160.3.398
46. Drake R.E., Gates C., Cotton P.G. et al. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *The Journal of nervous and mental disease.* 1984; 172: 613-618.
47. Rüsch N., Corrigan P.W., Heekeren K. et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association.* 2014; 65 (4): 483-489. doi: 10.1176/appi.ps.201300169
48. Patelaros E., Zournatzis E., Kontstantakopoulos G. Relationship of insight with depression and suicidal ideation in psychotic disorders. *Psychiatriki.* 2015; 25 (4): 265-72. (In Greek)
49. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M. et al. Insight in schizophrenia – a double-edged sword? *Neuro endocrinology letters*. 2017; 38 (7): 457-464.
50. Belvederi M. M., Amore M., Calcagno P. et al. The "Insight paradox" in schizophrenia: magnitude, moderators and mediators of the association between insight and depression. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42 (5): 1225-1233. doi: 10.1093/schbul/sbw040
51. Ouzir M., Azorin J.M., Adida M. et al. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences.* 2012; 66 (3): 167-179. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325. x
52. Stip E., Caron J., Tousignant M. et al. Suicidal ideation and schizophrenia: contribution of appraisal, stigmatization, and cognition. *Canadian journal of psychiatry*. 2017; 62 (10): 726-734. doi: 10.1177/0706743717715207
53. Farrelly S., Jeffery D., Rüsch N. et al. The link between mental

80. doi: 10.1016/j.cca.2015.02.003
34. Besnier N., Gavaudan G., Navez A., et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale.* 2009; 35 (2): 176-181. doi: 10.1016/j.encep.2008.02.009 (In French)
35. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (1): 9-20. doi:10.1192/bjp.187.1.9
36. Yan F., Xiang Y.T., Hou Y.Z. et al. Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (3): 447-454. doi: 10.1007/s00127-012-0555-0
37. Kilicaslan E.E., Esen A.T., Kasal M.I. et al. Childhood trauma, depression, and sleep quality and their association with psychotic symptoms and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry research.* 2017; 258: 557-564. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.081
38. Kao Y.C., Liu Y.P., Cheng T.H. et al. Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2012; 47 (4): 523-532. doi: 10.1007/s00127-011-0361-0
39. Ishii T., Hashimoto E., Ukai W. et al. Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in Northern Japan. *Public Library of Science one.* 2014; 9 (5) doi: 10.1371/journal.pone.0096272
40. Iancu I., Bodner E., Roitman S. et al. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology.* 2010; 43 (4): 223-229. doi: 10.1159/000313520
41. Goktekin M.C., Atescelik M., Gurger M. et al. Demographical characteristics of patients attempting suicide and factors having impact on recurrent suicide attempts. *Current Medicine Research and Practice*. 2018; 8 (5): 165-169. https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2018.09.004
42. Попов В.Ю., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб: СпецЛит, 2017. 366 с.
43. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry and neuroscience.* 2005; 30 (6): 398-408.
44. Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics.* 2005; 133 C (1): 34-42. doi: 10.1002/ajmg.c.30044
45. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 160 (3): 398-401. doi:10.1192/bjp.160.3.398
46. Drake R.E., Gates C., Cotton P.G. et al. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *The Journal of nervous and mental disease.* 1984; 172: 613-618.
47. Rüsch N., Corrigan P.W., Heekeren K. et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association.* 2014; 65 (4): 483-489. doi: 10.1176/appi.ps.201300169
48. Patelaros E., Zournatzis E., Kontstantakopoulos G. Relationship of insight with depression and suicidal ideation in psychotic disorders. *Psychiatriki.* 2015; 25 (4): 265-72. (In Greek)
49. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M. et al. Insight in schizophrenia – a double-edged sword? *Neuro endocrinology letters*. 2017; 38 (7): 457-464.
50. Belvederi M. M., Amore M., Calcagno P. et al. The "Insight paradox" in schizophrenia: magnitude, moderators and mediators of the association between insight and depression. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42 (5): 1225-1233. doi: 10.1093/schbul/sbw040
51. Ouzir M., Azorin J.M., Adida M. et al. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences.* 2012; 66 (3): 167-179. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325. x
52. Stip E., Caron J., Tousignant M. et al. Suicidal ideation and schizophrenia: contribution of appraisal, stigmatization, and cognition. *Canadian journal of psychiatry*. 2017; 62 (10): 726-734. doi: 10.1177/0706743717715207
53. Farrelly S., Jeffery D., Rüsch N. et al. The link between mental

health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychological medicine.* 2015; 45 (10): 2013-2022. doi: 10.1017/S0033291714003158
54. Pitman A.L., Rantell K., Moran P. et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open.* 2017; 7 (5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014487
55. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В. и соавт. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2006; 4: 10-14.
56. Rafrafi R., Zaghdoudi L., Mahbouli M. et al. Social outcome of schizophrenics in Tunisia: a transversal study of 60 patients. *Encephale.* 2009; 35 (3): 234-240. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.001 (In French)
57. Draper B., Krysinska K., Snowdon J. et al. Awareness of suicide risk and communication between health care professionals and next of kin of suicides in the month before suicide. *Suicide and life-threating behavior.* 2018; 48 (4): 449-458. doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12365
58. Mory C., Jungbauer J., Bischkopf J. et al. Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.* 2002: 70(2): 71-77. (In German)
59. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics.* 2008; 26 (2): 149-62.
60. Корман Т.А., Бочаров В.В., Масловский С.Ю. Бремя, которое несут члены семей больных шизофренией («семейное бремя»). *Журнал неврологии и психиатрии.* 2012; 12: 80-85.
61. Krupchanka D., Kruk N., Sartorius N. et al. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2017; 52(4): 493-501. doi: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1
62. Huang Y.-C., Hsu S.-T., Hung C.-F. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 81: 22-27. doi: https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.11.003
63. Зотов П.Б. Психотерапия при суицидальном поведении: теоретические и клинические предпосылки. *Суицидология.* 2017; 8 (3): 53-61.
64. Ringel E. The Presuicidal Syndrome. Suicide Life. *Threat Behav.* 1976; 6: 131-149.
65. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: «Когито-центр», 2018. 336 с.
66. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (3): 72-74.
67. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*. 2016; 87: 22–29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
68. *Kõlves* K., *Zhao Q., Ross V.* et al. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders.* 2019; 243 (15): 96-102. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.018
69. Reynders A., Kerkhof A.J.F.M., Molenberghs G. et al. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (2): 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
70. Fenger-Grøn M., Kjaersgaard M.I.S., Parner E.T. et al. Early treatment with talk therapy or antidepressants in severely bereaved people and risk of suicidal behavior and psychiatric illness: an instrumental variable analysis. *Clinical Epidemiology*. 2018; 10:1013-1026. doi: 10.2147/CLEP.S157996

health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychological medicine.* 2015; 45 (10): 2013-2022. doi: 10.1017/S0033291714003158
54. Pitman A.L., Rantell K., Moran P. et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open.* 2017; 7 (5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014487
55. Gavrilova E.K., Shevchenko V.A., Zagiev V.V. i soavt. Kliniko-sotsial'nye kharakteristiki bol'nykh shizofreniej i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra i zadachi po ikh psikhosotsial'noj terapii i reabilitatsii [Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders and tasks for their psychosocial therapy and rehabilitation]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry].* 2006; 4: 10-14. (In Russ)
56. Rafrafi R., Zaghdoudi L., Mahbouli M. et al. Social outcome of schizophrenics in Tunisia: a transversal study of 60 patients. *Encephale.* 2009; 35 (3): 234-240. doi: 10.1016/j.encep.2008.05.001 (In French)
57. Draper B., Krysinska K., Snowdon J. et al. Awareness of suicide risk and communication between health care professionals and next of kin of suicides in the month before suicide. *Suicide and life-threating behavior.* 2018; 48 (4): 449-458. doi: https://doi.org/10.1111/sltb.12365
58. Mory C., Jungbauer J., Bischkopf J. et al. Financial burden on spouses of patients suffering from schizophrenia, depression or anxiety disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.* 2002: 70(2): 71-77. (In German)
59. Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics.* 2008; 26 (2): 149-62.
60. Korman T.A., Bocharov V.V., Maslovskij S.Yu. Bremya, kotoroe nesut chleny semej bol'nykh shizofreniej («semejnoe bremya») [The burden borne by family members of schizophrenic patients (“family burden”)]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii [Journal of neurology and psychiatry].* 2012; 12: 80-85. (In Russ)
61. Krupchanka D., Kruk N., Sartorius N. et al. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2017; 52(4): 493-501. doi: https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1
62. Huang Y.-C., Hsu S.-T., Hung C.-F. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: relation to suicidal ideation. *Comprehensive Psychiatry*. 2018; 81: 22-27. doi: https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.11.003
63. Zotov P.B. Psichotherapy of suicidal behavior: theoretical and clinical premises. *Suicidology.* 2017; 8 (3): 53-61. (In Russ)
64. Ringel E. The Presuicidal Syndrome. Suicide Life. *Threat Behav.* 1976; 6: 131-149.
65. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suicidology and crisis psychotherapy]. M.: «Kogito-tsentr», 2018. 336 s. (In Russ)
66. Obraztsova A.S. About support group for the people enduring a suicide of close: experience of creation, complexity and advantage. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74.
67. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*. 2016; 87: 22–29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
68. *Kõlves* K., *Zhao Q., Ross V.* et al. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders.* 2019; 243 (15): 96-102. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.018
69. Reynders A., Kerkhof A.J.F.M., Molenberghs G. et al. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014; 49 (2): 231-239. doi: 10.1007/s00127-013-0745-4
70. Fenger-Grøn M., Kjaersgaard M.I.S., Parner E.T. et al. Early treatment with talk therapy or antidepressants in severely bereaved people and risk of suicidal behavior and psychiatric illness: an instrumental variable analysis. *Clinical Epidemiology*. 2018; 10:1013-1026. doi: 10.2147/CLEP.S157996

71. Feigelman W., Cerel J., Sanford R. Disclosure in traumatic deaths as correlates of differential mental health outcomes. *Death Studies*. 2018; 42: 456-462. doi: 10.1080/07481187.2017.1372533
72. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств. *Актуальные проблемы суицидологии.* М., 1978: 28-43.
73. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (1): 10-13.
74. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 27 (2): 129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
75. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносов Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидального поведения. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 104-110.

71. Feigelman W., Cerel J., Sanford R. Disclosure in traumatic deaths as correlates of differential mental health outcomes. *Death Studies*. 2018; 42: 456-462. doi: 10.1080/07481187.2017.1372533
72. Borodin S.V., Mikhlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv [The motives and causes of suicide]. *Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicide]*. M., 1978: 28-43. (In Russ)
73. Kasimova L.N., Vtyurina M.V., Svyatogor M.V. Otsenka faktorov suitsidal'nogo riska u bol'nykh shizofreniej [Assessment of suicidal risk factors in patients with schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]*. 2014; 24 (1): 10-13. (In Russ)
74. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 27 (2): 129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
75. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneider V.E., Beznosov E.V., Sevastianov A.A. Registration and account of suicidal behavior. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 104-110. (In Russ)

THE PROBLEM OF SUICIDE IN SCHIZOPHRENIA: THE FAMILY OF THE PATIENT IS IN FOCUS (LITERATURE REVIEW)

O.Ya. Simak

The Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; amey88@mail.ru

Abstract:

The article contains current data on suicidal risk in schizophrenia using the theory of biopsychosocial approach. Methods: Studies were obtained by searching in electronic databases: Pub Med, Scopus, Wiley Online Library, e-LIBRARY. Results. During the lifetime, 44.3% of patients with schizophrenia had at least one suicide attempt. About 4.9% of patients with schizophrenia commit suicide during their lifetime, most of the fatal cases occur in the first years of the disease. Genetic factors account for 43% of suicidal behavior, the remaining 57% are environmental factors. According to 2005 data, the suicide risk factors among patient diagnosed with schizophrenia included: previous depressive disorders (Odds ratio (OR)=3.03, 95% Confidence Interval (CI) 2.06-4.46), previous suicide attempts (OR=4.09; 95%; CI 2.79–6.01), drug misuse (OR=3.21; 95%; CI 1.99–5.17), agitation or motor restlessness (OR=2.61; 95%; CI 1.54-4.41), fear of mental disintegration (OR=12.1; 95%; CI 1.89-81.3), poor adherence to treatment (OR=3.75; 95%; CI 2.20-6.37) and recent loss (OR=4.03; 95%; CI 1.37-11.8). In the last 10 years, there has been growing interest in research regarding awareness of the disease, stigmatization, quality of life of patients with schizophrenia and the risk of suicide. The regression analysis showed that insight of the disease in schizophrenia explains 47.4% of the variance of depression and 32.2% of the variance of suicidal ideation. The experience of discrimination in people with schizophrenia and affective disorders led 38% of patients to suicidal feelings, and 20% reported that this contributed to their suicide attempts. Studies show: up to 44.7% of patients had their own families, up to 27% of patients were married at the time of suicide. The family itself could be viewed both as a pro-suicide risk, and as an anti-suicidal factor. The next-of-kin had much more information about the signs of suicide than the health care professionals: 90.5% versus 44.6%. People bereaved by suicide (n=614) had higher stigma scores than people bereaved by sudden natural death (n=2106; adjusted coefficient =2.52; 95%; CI=2.13-2.90; p=<0.001) and people bereaved by sudden unnatural death (n=712; adjusted coefficient =1.69; 95%; CI=1.25-2.13; p=<0.001). Conclusions. In order to reduce the risk of suicide in patients with schizophrenia, it is important to provide patients, their families and friends with psychological and psychotherapeutic support. Reduction of stigmatization and continuity of care are important factors in prevention of suicide in schizophrenia.

Keywords: suicide, schizophrenia, family, biopsychosocial approach, risk factors

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Симак О.Я. Проблема суицида при шизофрении: в фокусе внимания семья больного (обзор литературы). *Суицидология.* 2018; 9 (4): 17-28. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-17-28

For citation: Simak O.Ya. The problem of suicide in schizophrenia: the family of the patient is in focus (literature review). *Suicidology*. 2018; 9 (4): 17-28. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-17-28

УДК: 616.89–008 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-29-34

СУИЦИДЫ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ С НЕОПРЕДЕЛЁННЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕНДОВ

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов

УО «Гродненский государственный медицинский университет» МЗ Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь, г. Гродно
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

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

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

Во многих странах мира суициды недоучитываются, что снижает качество официальной статистики. В настоящей работе в сравнительном аспекте изучена динамика уровня суицидов и уровня смертности от повреждений с неопределёнными намерениями (ПНН) в России в период с 1956 по 2005 гг. В рассматриваемый период уровень суицидов среди мужчин вырос в 2 раза (с 296,3 до 598,8 на 1 млн. населения), уровень смертности от ПНН вырос в 5,5 раза (с 107,5 до 587,9 на 1 млн. населения), а соотношение этих показателей выросло в 3,3 раза (с 0,3 до 0,98). В этот же период уровень суицидов среди женщин вырос на 24,6% (с 75,2 до 93,7 на 1 млн. населения), уровень смертности от ПНН вырос в 5,9 раза (с 19,2 до 113,6 на 1 млн. населения), а соотношение этих показателей выросло в 4,5 раза (с 0,3 до 1,34). Согласно результатам корреляционного анализа между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от ПНН среди мужчин существовала статистически значимая положительная связь (r=0,33;p=0,05) в советский период, которая исчезла в постсоветский период (r=0,28;p=0,33). Связь между изучаемыми показателями среди женщин отсутствовала как в советский (r=0,21;p=0,22), так и в постсоветский (r=0,26;p=0,38) периоды. Результаты настоящего исследования косвенно подтверждают предположение о том, что диагностическая рубрика ПНН маскирует суициды. Поскольку соотношение уровня смертности от ПНН к уровню суицидов существенно выше среди женщин, чем среди мужчин, можно предположить, что проблема недоучета суицидов среди женщин стоит значительно острее. Повышение качества официальной статистики самоубийств является одним из необходимых условий реализации адекватной политики профилактики суицидального поведения.

Ключевые слова: суициды, повреждения с неопределенными намерениями, тренды, Россия, 1956- 2005.

Уровень суицидов является показателем психологического состояния населения и часто используется в качестве индикатора психосоциального дистресса [1]. Для разработки стратегии профилактики суицидов и оценки её эффективности необходимо обладать надёжными статистическими данными. Однако общепризнанным фактом является то, что суициды недоучитываются [2-8]. При этом мнения относительно масштабов данного явления расходятся. Анализ исследований, посвященных надёжности статистики суицидов показал, что в 16 работах из 31 был обнаружен недостаточный учёт самоубийств более чем на 10%, а в 12 работах недоучёт превышал 30% [9]. По разным оценкам надёжность сертификации суицидов варьирует в разных странах от 55 до 99% [10]. В некоторых странах масштабы недоучёта суицидов столь велики, что ставят под сомнение надёжность официальной статистики [11]. Вследствие различий социокультуральных норм и вариаций в практике сертификации смертности, сравнения между странами по уровню суицидов могут быть затруднены.

Существует целый ряд причин неполного учёта суицида: неточность в процедуре регистрации смертности от внешних причин, дефицит ресурсов для проведения аутопсий и недостаток квалифицированных специалистов, социо-культуральные факторы (стигматизация суицидов), семейная диссимуляция, политические мотивы (давление со стороны админи-

страции), изменения в практике кодирования причин смерти в связи с переходом на новую версию МКБ [13, 14].

Для того, чтобы смерть была зафиксирована как самоубийство, необходимы два условия:

1) смерть должна быть обусловлена неестественной причиной;

2) смерть должна наступить в результате совершения человеком обдуманного действия с намерением прервать свою жизнь.

При отсутствии у эксперта уверенности в выполнении второго условия, суицид может быть зарегистрирован как несчастный случай.

Как уже отмечалось, уровень аутопсий оказывает влияние на валидность статистики самоубийств. Кросс-секционный и лонгитудиальный анализ данных из 35 стран Европы и Азии за период с 1979 по 2007 гг. показал, что различия в уровне аутопсий ассоциируется с различиями в уровне суицидов на 0,49 на 100 тыс. населения [9]. Было также показано, что снижение уровня аутопсий на 1% приводит к снижению уровня суицидов на 0,42 на 100 тыс. населения.

Социокультуральный аспект проблемы недоучёта суицидов заключается в том, что эксперт под влиянием родственников может манипулировать данными и скрыть суицид под другим диагнозом. В некоторых странах в силу религиозных традиций диагноз «самоубийство» устанавливается крайне редко [13].

Потенциальный эффект изменения системы кодирования хорошо иллюстрируется на примере Латвии, где в начале 1990-х гг. число смертей в результате повреждений с неопределёнными намерениями, значительно выросло, однако после введения в практику МКБ-10 в 1996 г. резко снизилось [14]. В США и Финляндии введение МКБ-8 привело к снижению числа случаев суицидов на 5-6% за счёт отнесения их в другие диагностические рубрики [10].

Суициды могут маскироваться под такими диагностическими рубриками как: несчастные случаи (V01-V59), неалкогольные отравления (X40-X44, X46-X49), плохо определённая и неизвестная причина смерти (R96), другие внезапные смерти (R98). Однако наиболее значительным потенциальным резервуаром латентных самоубийств является рубрика «повреждения с неопределёнными намерениями» (Y10-Y34).

Славянские республики бывшего Советского Союза Россия, Украина и Беларусь имеют самый высокий уровень смертности в результате повреждений с неопределёнными намерениями (ПНН) [5, 6, 7]. Резкий рост числа смертей в результате повреждений с неопределёнными намерениями отмечался в странах бывшего Советского Союза после его распада [15, 16]. По мнению Н.С. Гавриловой с соавт. растущий уровень смертей в результате «повреждений с неопределёнными намерениями» свидетельствует о снижении качества статистики суицидов [8]. Согласно оценкам этих авторов, реальное число суицидов в России среди мужчин на 20%, а среди женщин на 33% выше официальных данных.

По мнению W.A. Pridemore, в России рубрика «повреждения с неопределёнными намерениями» может использоваться с целью квалификации случаев насильственной смерти в случае недостатка средств для проведения аутопсии, либо расследования причин смерти [17]. Однако недостаток ресурсов вряд ли может быть достаточным объяснением. В Эстонии, например, аутопсии проводятся в 98% случаев насильственной смерти, однако уровень смертности от ПНН в этой стране также вырос [18].

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от ПНН в России.

Материалы и методы.

В сравнительном аспекте изучена динамика уровня суицидов и уровня смертности от ПНН в России в период с 1956 по 2005 гг. Анализ динамики изучаемых показателей проводился дифференцированно в советский (1956-1991 гг.) и постсоветский периоды (1992-2005 гг.). Использованы стандартизированные половые коэффициенты смертности от самоубийств и смертности от ПНН (в расчёте на 1000000 населения).

Источник данных – база данных ВОЗ (WHO Mortality Database).

Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”.

Результаты исследования.

В период с 1956 по 2005 гг. уровень суицидов среди мужчин вырос в 2 раза (с 296,3 до 598,8 на 1 млн. населения), уровень смертности от ПНН вырос в 5,5 раза (с 107,5 до 587,9 на 1 млн. населения), а соотношение этих показателей выросло в 3,3 раза (с 0,3 до 0,98).

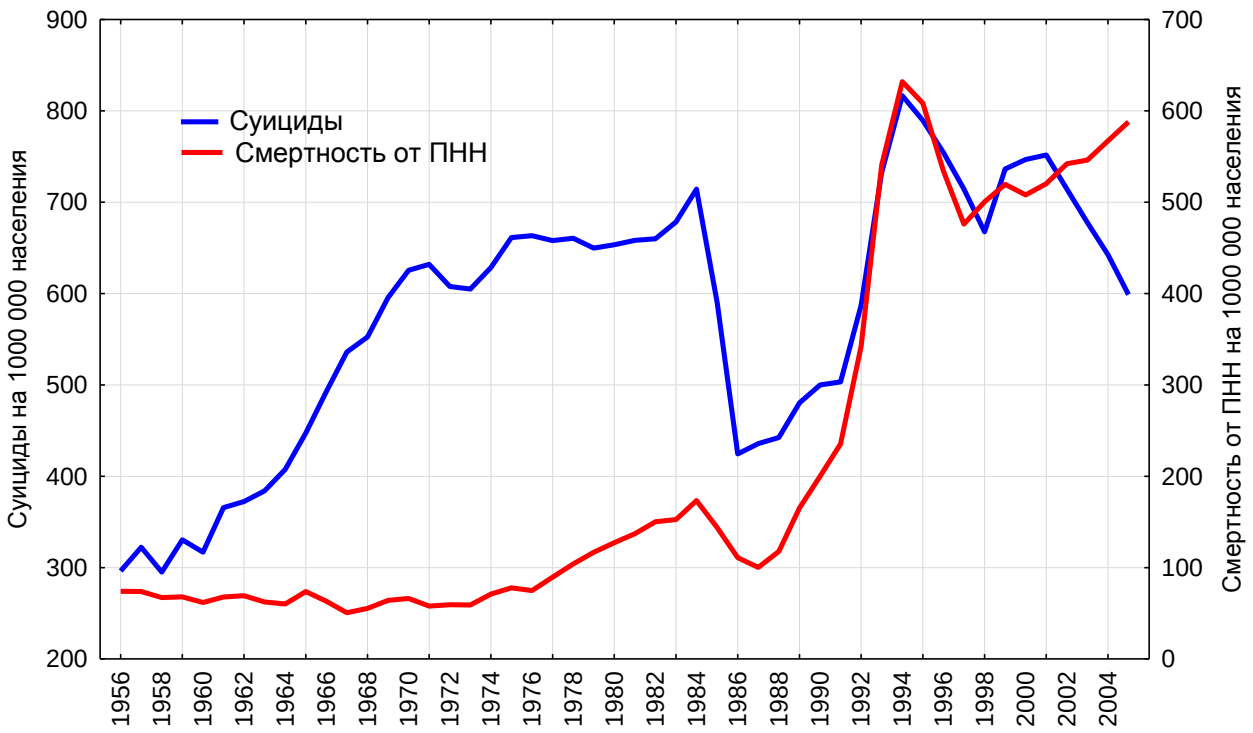


Рис. 1. Динамика уровня суицидов и смертности от ПНН среди мужчин в России в период с 1956 по 2005 гг.

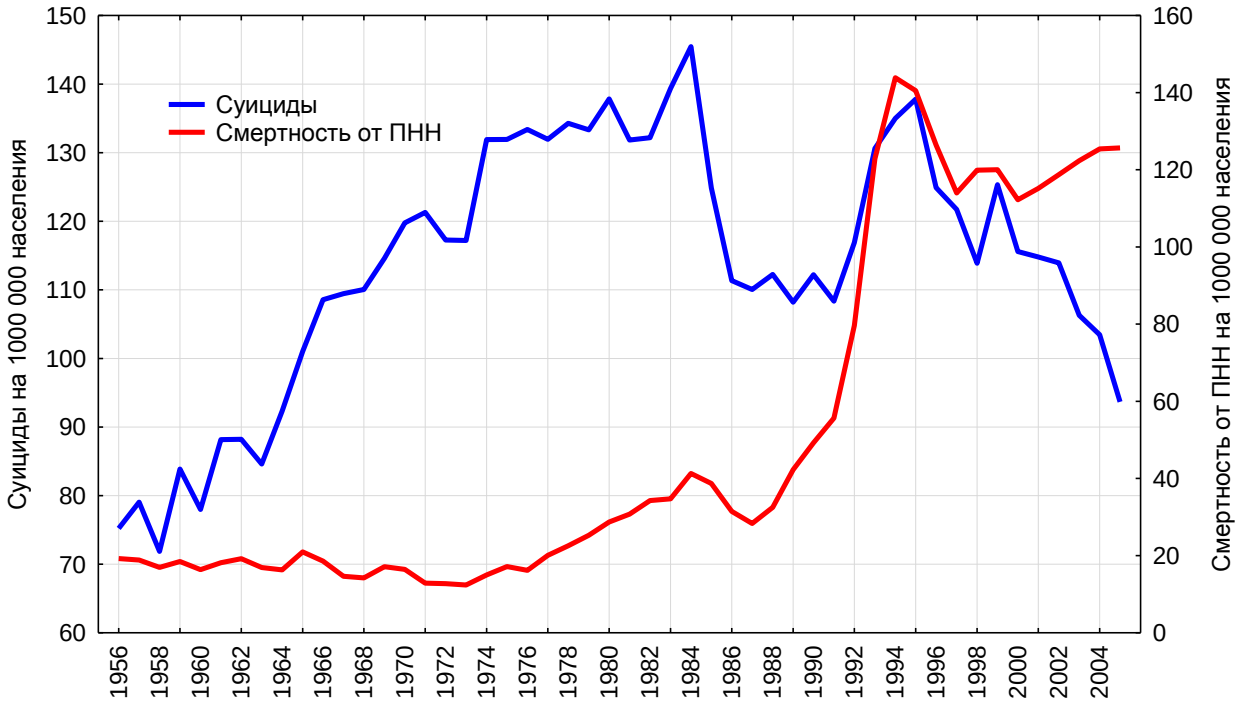


Рис. 2. Динамика уровня суицидов и смертности от ПНН среди женщин в России в период с 1956 по 2005 гг.

В этот же период уровень суицидов среди женщин вырос на 24,6% (с 75,2 до 93,7 на 1 млн. населения), уровень смертности от ПНН вырос в 5,9 раза (с 19,2 до 113,6 на 1 млн. населения), а соотношение этих показателей выросло в 4,5 раза (с 0,3 до 1,34). В среднем за весь рассматриваемый период показатель, характеризующий соотношение уровня смертности от ПНН к уровню суицидов среди мужчин составил 0,35 (минимум – 0,09 (1971 г.), максимум – 0,98 (2005 г.), а среди женщин 0,44 (минимум – 0,11 (1971 г.), максимум – 1,34 (2005 г.).

Динамика уровня суицидов и уровня смертности от ПНН представлена отдельно для мужчин (рисунок 1) и женщин (рисунок 2).

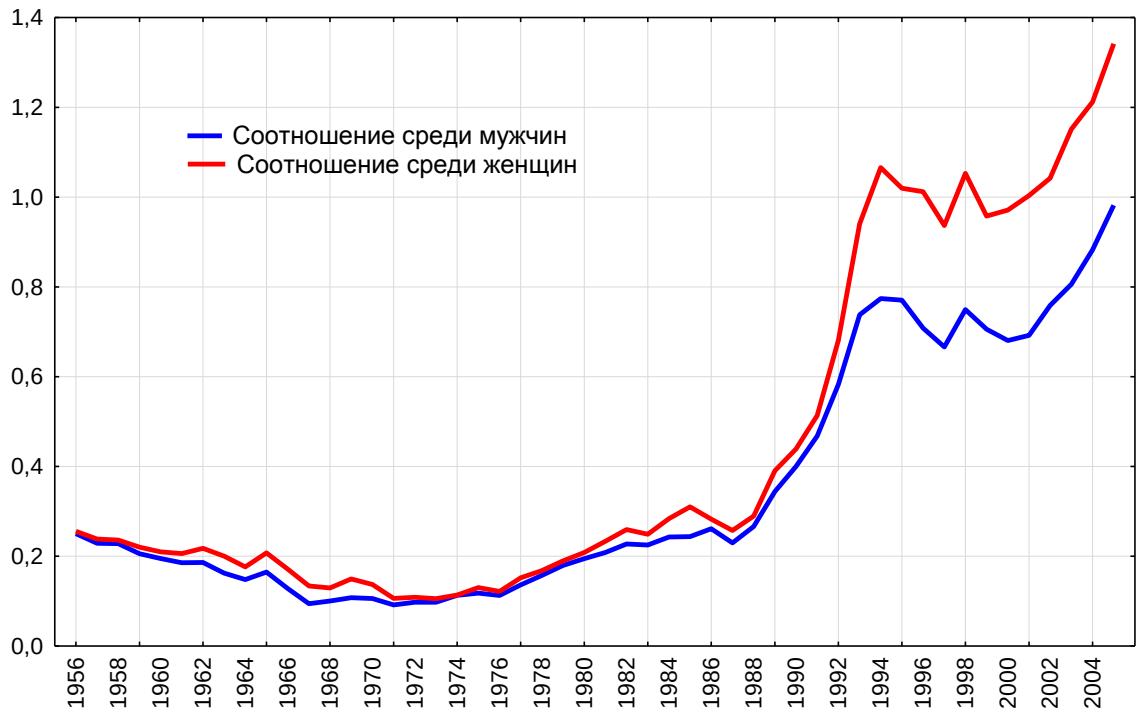


Рис. 3. Динамика соотношения уровня смертности от ПНН к уровню суицидов среди мужчин и женщин.

Можно видеть, что уровень суицидов среди мужчин и женщин был подвержен резким колебаниям: значительно вырос в период с 1956 по 1984 гг.; резко снизился в середине 1980-х гг.; резко вырос в первой половине 1990-х гг.; начал снижаться в середине 1990-х гг.; несколько вырос в период с 1998 по 2001 гг., после чего продолжил снижение.

Динамика уровня смертности от ПНН, как среди мужчин, так и среди женщин, была достаточно схожа с динамикой уровня суицидов. Различия в динамике этих показателей имели место в период с 1956 по 1973 гг., когда уровень суицидов рос на фоне тенденции к снижению уровня смертности от ПНН, а также в период с 2001 по 2005 гг., когда наблюдалась обратная ситуация: рост уровня смертности от ПНН на фоне снижения уровня суицидов.

Динамика соотношения уровня смертности от ПНН к уровню суицидов среди мужчин и женщин была схожей (рисунок 3).

В 1960-е и 1970-е гг. этот показатель соответствовал среднеевропейскому уровню. Соотношение уровня смертности от ПНН к уровню суицидов несколько снизилось в середине 1980-х гг. за счёт более резкого снижения уровня суицидов. Во второй половине 1980-х гг. начался его рост, который ускорился в период с 1991 по 1994 гг. Во второй половине 1990-х гг. данный показатель стабилизировался, а затем, начиная с 2001 года, снова стал расти.

Гендерные различия в динамике соотношения уровня смертности от ПНН и уровня суицидов заключаются в том, что темпы его прироста в первой половине 1990-х гг. среди женщин были значительно выше, чем среди мужчин. Так, в период с 1991 по 1994 гг. этот показатель среди мужчин вырос на 60%, а среди женщин на 120%.

Согласно результатам корреляционного анализа между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от ПНН среди мужчин существовала статистически значимая положительная связь ($r=0,33$; $p=0,05$) в советский период, которая исчезла в постсоветский период ($r=0,28$; $p=0,33$). Связь между изучаемыми показателями среди женщин отсутствовала как в советский ($r=0,21$; $p=0,22$), так и в постсоветский ($r=0,26$;$p=0,38$) периоды.

Обсуждение.

Результаты официальной статистики свидетельствуют о том, что на протяжении последних десятилетий в России темпы прироста числа смертей от ПНН значительно опережали темпы прироста числа с самоубийств, что привело к резкому росту соотношения этих показателей. Как уже отмечалось в предыдущих исследованиях, резкий рост числа смертей от ПНН в России мог произойти за счёт включе-

ния в данную диагностическую рубрику суицидов [7]. Следует, однако, обратить внимание на то обстоятельство, что рост соотношения уровня смертности от ПНН и уровня суицидов в первой половине 1990-х гг. произошёл за счёт более быстрых темпов прироста уровня смертности от ПНН. Совершенно иная ситуация имела место в начале 2000-х гг., когда это соотношение росло на фоне снижения уровня суицидов и роста уровня смертности от ПНН. Можно предположить, что причины роста соотношения уровня смертности от ПНН и уровня суицидов в эти периоды были разными. Ранее было высказано предположение, что резкий рост числа смертей от ПНН после распада Советского Союза был связан со снижением строгости требований к диагностике причин насильственной смерти [19]. Возможной причиной роста числа смертей от ПНН в начале нынешнего века является использование административного ресурса с целью «улучшения» социальной статистики. Исчезновение статистически значимой связи между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от ПНН среди мужчин в постсоветский период является косвенным свидетельством ухудшения качества официальной статистики суицидов.

Выводы:

Результаты настоящего исследования косвенно подтверждают предположение о том, что диагностическая рубрика ПНН маскирует суициды. Поскольку соотношение уровня смертности от ПНН к уровню суицидов существенно выше среди женщин, чем среди мужчин, можно предположить, что проблема недоучета суицидов среди женщин стоит значительно острее. Представленные данные не позволяют судить о масштабах недоучёта уровня суицидов, однако ставят под сомнение надёжность официальной статистики. Сам по себе факт использования уровня смертности в качестве индикатора или целевого показателя создаёт мотив для манипуляции данными. В бывших советских республиках уже стало традицией переводить социально значимые показатели в латентную форму, что позволяет улучшить официальную статистику, не прилагая усилий для реального улучшения ситуации. Повышение качества официальной статистики самоубийств является одним из необходимых условий реализации адекватной политики профилактики суицидального поведения.

Литература:

1. Разводовский Ю.Е. Суицид как индикатор психосоциального дистресса: опыт глобального экономического кризиса 2008 года. *Суицидология*. 2017; 8 (2): 54–59.
2. Давидовский С.В.. Старцев А.И., Березовская Н.А., Мартынова Е.В., Разводовский Ю.Е. Отражение суицидальной активности в статистической отчетности. *Тюменский медицинский журнал.* 2017; 19 (3): 3-7.
3. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции. *Суицидология.* 2010; 1 (1): 8-9.
4. Кондричин С.В., Разводовский Ю.Е. Качество региональной статистики самоубийств в Беларуси. *Суицидология.* 2016; 7 (3): 58–62.
5. Андреев Е.М. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России. *Демографическое обозрение.* [Сетевое издание.] 2016; 2 (3): URL: https://demreview.hse.ru/data/2016/09/19/1123158017
6. Васин С.А. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах. *Демографическое обозрение*. [Сетевое издание.] 2015; 1 (2): URL: https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391
7. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний.* 2004; 2: 11-19.
8. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul Res Policy Rev* 2008; 27: 551–574.

References:

1. Razvodovsky Y.E. Suicide as an indicator of psychosocial distress: the outcomes of the 2008 global economic crisis. *Suicidology*. 2017; 8(2):54–59. (In Russ).
2. Davidovsky S.V., Startsev A.I., Berezovskaya N.A., Martynova E.V., Razvodovsky Y.E. Reflection of the suicidal activity in the official statistic. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (3): 3-7. (In Russ).
3. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Umansky S.M. Results register is an important organizational element of the system of suicide prevention. *Suicidology*. 2010; 1 (1): 8-9. (In Russ).
4. Kondrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. The quality of regional statistic of suicides in Belarus. *Suicidology*. 2016; 7 (3): 58–62. (In Russ).
5. Andreev E.M. Ploho opredelennyie i tochno ne ustanovlennyie prichinyi smerti v Rossii [Poorly defined and not exactly established causes of death in Russia.]. *Demograficheskoe obozrenie [Demographic review]*. 2016; 2 (3): https://demreview.hse.ru/data/2016/09/19/1123158017 (In Russ)
6. Vasin S.A. Smertnost ot povrezhdeniy s neopredelennyimi namereniyami v Rossii i v drugih stranah [Mortality from injuries with undetermined intentions in Russia and other countries]. *Demograficheskoe obozrenie [Demographic review]*. 2015; 1 (2): URL: https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391 (In Russ)
7. Semenova V.G., Gavrilova N.S., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. Kachestvo mediko-statisticheskih dannyh kak problema sovremennogo rossijskogo zdravoohraneniya [Quality of medical and statistical data as a problem of modern Russian health care]. *Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabolevanij [Public health and disease prevention]*. 2004; 2: 11-19. (In Russ)
8. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul Res Policy Rev*. 2008; 27: 551–574.

9. Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (10): 1050-1057.
10. O'Carroll P.W. A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. *Suicide Life Threat Behav*. 1989; 19: 1–16.
11. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (9): 1-11.
12. Gjertsen F., Johansson L.A. Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011; 64 (10): 1102-1108.
13. Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology online*. 2011; 2: 48-61.
14. Speechley M., Stavraky K.M. The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Can J Public Health*. 1991; 82: 38–42.
15. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Audenhove C.V., van der Feltz-Cornelis C.M., Hegerl U. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury prevention*. 2012; 18 (5): 321-325.
16. Ohberg A., Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98: 214–218.
17. Pridemore W.A. Measuring homicide in Russia: a comparison of estimates from the crime and vital statistics reporting systems. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 1343–1354.
18. Varnik P., Sisask M., Varnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010; 38 (4): 395–403.
19. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98 (394): 34-41.

9. Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (10): 1050-1057.
10. O'Carroll P.W. A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. *Suicide Life Threat Behav*. 1989; 19: 1–16.
11. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (9): 1-11.
12. Gjertsen F., Johansson L.A. Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011; 64 (10): 1102-1108.
13. Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology online*. 2011; 2: 48-61.
14. Speechley M., Stavraky K.M. The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Can J Public Health*. 1991; 82: 38–42.
15. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Audenhove C.V., van der Feltz-Cornelis C.M., Hegerl U. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury prevention*. 2012; 18 (5): 321-325.
16. Ohberg A., Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98: 214–218.
17. Pridemore W.A. Measuring homicide in Russia: a comparison of estimates from the crime and vital statistics reporting systems. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 1343–1354.
18. Varnik P., Sisask M., Varnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010; 38 (4): 395–403.
19. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98 (394): 34-41.

SUICIDES AND UNDETERMINED INTENT DEATHS: A TREND ANALYSIS

Y.E. Razvodovsky[1], P.B. Zotov[2]

[1]Grodno State Medical University, Grodno, Republik of Belarus; razvodovsky@tut.by
[2]Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

There is general agreement that suicides are likely to be undercounted. In many countries the degree of undercounting of suicides is so great that it threatens the validity of research based on official statistics. In this article the trends in suicides and deaths classified as undetermined intent (DUI) were analyzed from 1956 to 2005 using time series analysis to evaluate the relationship between time series. Between 1956 and 2005 the male suicide rate increased two times (from 296,3 to 598,8 per 1 miln. of population), the rate of DUI increased 5.5 times (from 107,5 to 587,9 per 1 miln. of population), the ratio of suicide rate and DUI rate increased 3.3 times (from 0,3 to 0,98). During the same period the female suicide rate increased by 24,6% (from 75,2 to 93,7 per 1 miln. of population), the rate of DUI increased 5.9 times (from 19,2 to 113,6 per 1 miln. of population), the ratio of suicide rate and DUI rate increased 4.5 times (from 0,3 to 1,34). The results of the analysis indicate the presence of a statistically significant association between these variable for male in soviet period (r=0,33; p=0,05). This positive relationship has disappeared in the postsoviet period (r=0,28; p=0,33). The relationship between the suicides and deaths classified as undetermined intent for women was negative in soviet (r=0,21; p=0,22) and postsoviet periods (r=0,28;p=0,33). The present study raises the possibility that many deaths classified as undetermined intent (especially in women) in Russia are actually suicides. The improvement of official statistics of suicides is a crucial issue for the comprehensive strategy of prevention.

Keywords: suicides, undetermined intent deaths, trends, Russia, 1956- 2005

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от повреждений с неопределёнными намерениями: сравнительный анализ трендов. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 29-34. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-29-34

For citation: Razvodovsky Y.E., Zotov P.B. Suicides and undetermined intent deaths: a trend analysis. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 29-34. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-29-34

УДК 616.89-008.441.44-058.8 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-35-46

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ФЕНОМЕНА «ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ» С ПОЗИЦИИ СУИЦИДОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ МУЖСКОЙ КОГОРТЫ

М.А. Байкова, А.В. Меринов, О.В. Казаева

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

Контактная информация:

Байкова Мария Александровна – очный аспирант кафедры психиатрии (SPIN-код: 8162-8750: ORCID iD: 0000-0002-7009-0705; Researcher ID: T-7129-2017). Место работы и должность: ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: baqkovamari@gmail.com

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

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

Целью исследования было изучение феномена гетерогенности «взрослых детей алкоголиков» (ВДА) в зависимости от пола парентальных фигур, страдающих алкогольной зависимостью, в популяции молодых людей (юношей). Материалы и методы: для реализации поставленной цели обследовано 229 студентов мужского пола: 105 из них имели родителя, страдающего алкогольной зависимостью (юноши – родитель, страдает алкогольной зависимостью – ЮРАЗ), 124 – выступили в качестве контрольной группы. Результаты. При фронтальном исследовании респонденты группы ЮРАЗ обнаружили выраженное неблагополучие в отношении суицидологических и наркологических показателей по сравнению с контрольной группой, что было ожидаемо. В дальнейшем общая группа ЮРАЗ была разделена нами на две подгруппы: юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью (ЮОАЗ), и юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью (ЮМАЗ), после чего так же было проведено сравнение данных подгрупп с группой контроля. Результаты: респонденты группы ЮОАЗ в 14,9% случаев имели суицидальную попытку, в 36,5% – суицидальные мысли в анамнезе. Соответствующие показатели в группе контроля составили 1,6% и 15,3% соответственно. Юноши группы ЮОАЗ в 51,3% случаев склонны к переживанию чувства одиночества, в 32,4% – чувства безысходности, в 35,1% – склонны винить в своих неудачах других людей. ЮОАЗ чаще подвергались физическому или сексуальному насилию, попадали в несчастные случаи, были склонны к самоповреждающему поведению. Респонденты группы ЮМАЗ так же менее благополучны в отношении аутоагрессивного поведения, чем респонденты группы контроля: 22,6% имеют родственника, покончившего свою жизнь самоубийством, 22,6% сами совершали попытку суицида. ЮМАЗ так же, как и респонденты группы ЮОАЗ склонны к переживанию спектра гипотимических чувств: 45,2% часто испытывают чувство стыда, 61,3% – моменты остро переживаемого одиночества. 74,2% респондентов исследуемой группы отметили, что легко способны нарушить общепринятые нормы морали. 25,8% ЮМАЗ подвергались физическому насилию со стороны родителей, 35,5% наносили себе самопорезы (братание), 51,6% склонны к неоправданному риску, 29% принимали наркотические препараты хотя бы раз в своей жизни. Выводы: респондентов мужской группы ВДА отличает повышенная суицидальность, аутоагрессивность в отношении как классических, так и неклассических паттернов антивитального поведения. При этом, несмотря, на кажущуюся гомогенность респонденты ЮМАЗ и ЮОАЗ демонстрируют отличия в проявлениях как классической, так и неклассической аутоагрессивности, что, безусловно, может быть связано с полом родительской фигуры.

Ключевые слова: взрослые дети алкоголиков (ВДА), алкогольная зависимость, суицидология, аутоагрессия, превенция в суицидологии, факторы риска суицидального поведения

«Взрослые дети алкоголиков» (ВДА) до сих пор занимают нишу больше теоретического уровня, в то время как в практической психиатрии и наркологии относительно недавно прижилось понятие «созависимость» [1-3]. К сожалению, не все врачи, работающие с аддиктами, знают о существовании такого феномена, как «созависимость», а тем более учитывают его в своей работе [3-5]. С понятием ВДА, которые стало рассматриваться и изучаться не так давно, и в основном, в зарубежной литературе, на данном этапе развития отечественной науки и практического здравоохранения, дела обстоят ещё сложнее [1, 4, 6-11].

Как правило, основное понятие о детях, выросших в семьях, где хотя бы один из родителей страдает от алкогольной зависимости, это обязательное наличие наркологической патологии, общее неблагополучие, социальные проблемы, повышенная суицидальность [4-6, 9, 11-13]. Данную группу не делят в зависимости от пола, рассматривают как гомогенную. Тем не менее, зарубежные исследования постулируют известную гетерогенность ВДА не только в отношении уровня социального функционирования, но и в отношении других характеристик [7-13]. Однако все эти исследования носят лишь постулирующий характер, не выявляя причинно-следственных факторов, влияющих на подобное расщепление. В нашей же стране все проводимые в отношении ВДА исследования, имели характер констатирующих относительно низкий уровень социального функционирования и массу проблем наркологического и суицидологического спектра [1-6, 14, 15].

Большинство авторов усматривает корень проблем ВДА в их созависимости [1-5, 14, 15], однако в таком случае возникает вопрос: те ВДА, которые показывают высокий уровень социальной адаптации [1, 6, 10-12], почему они не столкнулись с тем спектром проблем, который упоминался выше?

В данном контексте определённым интересом начинает обладать теория трансгенерационной трансляции антивитальных импульсов, направленная от родителя к потомству [14-16]. Вполне возможна здесь и теория «сценарности», при которой ребёнок начинает повторять образ жизни своего родителя.

Целью нашего исследования было обнаружение гетерогенности ВДА в отношении их суицидологических характеристик в зависимости от пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 229 студентов мужского пола старших курсов ВУЗа. Из них – 105 человек (юноши, имеющие родителя, страдающего алкогольной зависимостью – ЮРАЗ) имели хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью. В качестве контрольной группы были отобраны 124 юноши, не имеющие в семье родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

Верификация диагноза родителей производилась, либо при личном контакте с родителями респондента, либо посредством дистанционного интервью с использованием различных программ (Skype, WhatsApp, Viber). Все интервьюированные нами родители находились на второй стадии алкогольной зависимости.

С учётом известной гетерогенности ВДА [3] мы разделили исследуемую группу респондентов по признаку различия парентальной фигуры, страдающей алкогольной зависимостью, на следующие группы.

ЮМАЗ – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью (n=31, средний возраст в группе составил 21,42±0,40 года).

ЮОАЗ – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью (n=74, средний возраст в группе составил 21,46±0,22 года).

В группе контроля средний возраст респондентов составил 21,52±0,16. Все обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [17]. Для оценки показателей личностно-психологического характера были использованы тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI), а также опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI. Для наглядной демонстрации суицидального статуса использовался интегративный показатель КПСН (коэффициент просуицидальной напряженности) [17].

Таблица 1

Сравнение основных классических суицидологических паттернов поведения в группах ЮРАЗ и контроля

Признак	ЮРАЗ n=105		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Близкий родственник совершил суицид	17	16,2	9	7,3	4,51	0,0338
Суицидальная попытка в анамнезе	21	20	6	4,8	12,57	0,0004
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	22	20,9	8	6,5	10,50	0,0012
Суицидальные мысли в анамнезе	36	34,3	19	15,3	11,20	0,0008
Общение с суицидентом в течение последних 2-х лет	10	9,5	2	1,6	7,17	0,0074
	M ± m		M ± m		t	P
КПСН	0,66±0,05		0,35±0,03		-4,9805	0,000001
КПСН за последние 2 года	0,24±0,02		0,16±0,02		-3,1261	0,002002

Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе следующих компьютерных программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0. Применение статистических методов определения достоверности различий между изучаемыми группами также определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков применялся t-критерий Стьюдента. В иных случаях применялись методы непараметрической статистики (использовались метод χ^2, а также χ^2 с поправкой Йетса). Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p<0,05$. Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде M±m (среднее значение группы по исследуемому признаку и ошибка среднего).

Результаты и их обсуждение.

Как и в предыдущей работе [18], изначальный дизайн исследования представлял собой сравнение группы контроля и группы юношей, у которых родители страдают алкогольной зависимостью. При сравнении мы получили следующие результаты в отношении основных классических показателей аутоагрессии.

При анализе суицидологических паттернов поведения на себя обращает внимание бо̀льшая аутоагрессивность экспериментальной группы. Это подтверждается интегральным показателем КПСН и КПСН за последние 2 года.

В отношении предикторов аутоагрессии и неклассических суицидальных паттернов поведения ситуация была аналогичной. Респонденты группы ЮРАЗ, в отличие от группы контроля статистически достоверно склонны к переживанию таких чувств как чувство стыда (ЮРАЗ – 30%; контроль – 15%), одиночества (ЮРАЗ – 54%; контроль – 25%), вины (ЮРАЗ – 27%; контроль – 15%). Юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью, чаще, нежели респонденты группы контроля подвергались физическому и/или сексуальному насилию (13% и 3% соответственно), наносили себе ритуальные самопорезы – братание и т.п. (28% и 10% соответственно), принимали наркотические препараты и/или ПАВ (30% и 17% соответственно). Так же, в 54% случаев респонденты ЮРАЗ оценили себя, как склонных к чрезмерной агрессии, в то время как в группе контроля данный показатель составил 26%.

Полученные нами данные, как и в предшествующей нашей работе, закономерно укладывались в описанные в литературе характеристики ВДА [1-4, 6-10, 14-16]. Однако мы предположили, что в группе юношей, родители которых страдают алкогольной зависимостью, есть определённое расщепление ядра суицидологических показателей в зависимости от того, кто из родителей страдает алкогольной зависимостью. Исходя из данного предположения, мы провели ряд сравнений, представленный ниже.

Перейдем к анализу данных таблицы 2, в которой представлено сравнение основных суицидологических характеристик в группах ЮОАЗ и контроля.

Таблица 2

Сравнение основных суицидологических характеристик в группах юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮОАЗ n=74		Контроль n=124		χ2	P
	n	%	n	%		
Попытка суицида в анамнезе	11	14,9	2	1,6	13,27	0,0003
Суицидальные мысли в течение последних 2-х лет	17	22,9	8	6,5	11,47	0,0007
Суицидальные мысли в анамнезе	27	36,5	19	15,3	11,64	0,0006
	M ± m		M ± m		t	P
КПСН	0,65±0,06		0,35±0,03		-4,50915	0,000011
КПСН за последние 2 года	0,24±0,02		0,16±0,02		-2,89535	0,004217

Данные таблицы 2 убедительно показывают повышенную суицидальность респондентов группы ЮОАЗ: 36% респондентов испытывали когда-либо суицидальные мысли, 22,9% – в течение последних двух лет, 14,9% имели попытку суицида в анамнезе. Данные показатели в зависимости от признака превышают таковое в группе контроля в 2,4–7,5 раз. Так же обращает на себя более высокий КПСН в экспериментальной группе, который, как бы подводя условную черту, указывает на аутоагрессивную неблагополучность группы.

При этом, возвращаясь к предыдущей исследовательской работе, группа девушек, отцы которых страдают алкогольной зависимостью, в сравнении с группой контроля не выявляли статистически значимых отличий в отношении основных классических суицидологических паттернов поведения [18]. Подобное «разночтение» может указывать на роль, которую играет отцовская фигура в формировании жизненного стиля поведения. Её интернализация в дальнейшем может определять поведение индивида, если рассмотреть алкогольную зависимость с точки зрения пролонгированного суицида.

Перейдём к рассмотрению основных предикторов аутоагрессивного поведения среди групп юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью и контроля.

Таблица 3

Сравнение основных предикторов аутоагрессивного поведения среди респондентов группы юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью, и контроля

Признак	ЮОАЗ n=74		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Обращался за помощью к психиатру	6	8,1	1	0,8	7,24	0,0469
Испытываю желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет	15	20,3	--	--	27,20	0,00001
Испытываю желание обратиться к психиатру	12	16,2	--	--	21,41	0,00001
Чувство одиночества в течение последних 2-х лет	27	36,5	26	20,9	5,69	0,0170
Чувство одиночества	38	51,3	31	25	14,17	0,0002
Чувство безысходности	24	32,4	24	19,4	4,32	0,0378
Наличие долгожителей в роду	44	59,5	95	76,6	6,52	0,0107
Комплекс неполноценности в анамнезе	26	35,1	26	20,9	4,80	0,0284
Ощущение, что время умирать ещё не пришло	37	50	80	64,5	4,04	0,0445
Способность к нарушению норм морали	46	62,2	28	22,6	31,02	0,00001
Склонность винить других	26	35,1	26	20,9	4,80	0,0284

Таблица 4

Сравнение неклассических аутоагрессивных паттернов поведения в группах юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью, и контроля

Признак	ЮОАЗ n=74		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Сложные операции в анамнезе	16	21,6	13	10,5	4,60	0,0320
Несчастный случай в течение последних 2-х лет	17	22,9	12	9,7	6,55	0,0105
Склонность к перееданию и/или голоданию	27	36,5	25	20,2	6,38	0,0116
Подверженность физическому и/или сексуальному насилию	10	13,5	4	3,2	7,46	0,0063
Братание в течение последних 2–х лет	9	12,2	4	3,2	6,03	0,0140
Братание в течение жизни	18	24,3	12	9,6	7,73	0,0054
Выраженная гетероагрессивность в течение последних 2 лет	32	43,2	36	29	4,15	0,0416
Выраженная гетероагрессивность в течение жизни	39	52,7	32	25,8	14,58	0,0001

Согласно данным таблицы 3, респонденты группы ЮОАЗ в течение последних 2-х лет, а также в течение жизни испытывают желание обратиться к психиатру, в то время как среди респондентов группы контроля такового желания не возникает. 8,1% из числа ЮОАЗ уже обращались за помощью к психиатру. Данный паттерн поведения, возможно, демонстрирует частичное или полное осознавание внутренних конфликтов и психологических проблем, накопившихся в жизни с родителем, имеющим проблемы с алкоголем.

Юноши исследуемой группы склонны к длительному переживанию комплекса гипотимных чувств: одиночества, безысходности. Они в бо̀льшей степени, чем респонденты группы контроля переживают комплекс неполноценности (35,1% и 20,9% соответственно), так же среди ЮОАЗ присутствует ощущение скоротечности и конечности жизни, что с одной стороны способствует углублению гипотимного эмоционального спектра, с другой – позволяет жить «здесь и сейчас», не откладывая жизнь на потом. Однако это можно расценить и в негативном ключе, ведь проживание жизни «моментом» в среде молодежи, как правило, сопровождается лозунгом «бери от жизни все», что подразумевает под собой отсутствие запретов, рискованное и виктимное поведение, способность к нарушению общепринятых норм социальной морали, легкомысленное поведение. Данный вид аутоагрессивного поведения, социально одобряемый, кажущийся менее опасным, традиционно описывается в литературе, как несуицидальная или неклассическая [16, 17, 19].

Рассмотрим основные паттерны несуицидальной аутоагрессии в группах юношей, отцы которых страдают алкогольной зависимостью и контроля.

Таблица 5

Сравнение наркологических характеристик групп юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮОАЗ n = 74		Контроль n=124		χ2	P
	n	%	n	%		
Злоупотребление алкоголем в течение последних 2-х лет (субъективная оценка)	15	20,3	10	8	6,26	0,0124
Злоупотребление алкоголем (субъективная оценка)	22	29,7	21	16,9	4,46	0,0347
Стал курить больше	24	32,4	23	18,5	4,93	0,0263
Выпивает 100-200 гр несколько раз в год	7	9,5	34	27,4	9,10	0,0026
Выпивает 100 гр несколько раз в мес.	11	14,8	34	27,4	4,16	0,0414

Таблица 6

Сравнение личностно-психологических характеристик в группах юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮОАЗ n=74 M±m	Контроль n=124 M±m	t	P
Шкала Mini-Mult Sch	5,64±0,37	4,53±0,29	-2,33249	0,020711
Защитный механизм психики «Отрицание»	4,97±0,32	6,12±0,25	2,76990	0,006164
Защитный механизм психики «Реактивное образование»	2,03±0,20	2,80±0,18	2,79937	0,005649
AX/IN (Аутоагрессивность)	15,34±0,50	13,61±0,36	-2,80532	0,005547

При анализе данных таблицы 4 показано, что респонденты группы ЮОАЗ в бо̀льшей степени реализуют свой аутоагрессивный потенциал посредством неклассического антивитального поведения, нежели респонденты группы контроля. При этом основные направления, в которых реализуется аутодеструктивное ядро представлены виктимным, самоповреждающим направлениями.

Перейдём к сравнению основных наркологических характеристик в экспериментальной группе и группе контроля.

При анализе основных наркологических характеристик в группе ЮОАЗ обращает на себя внимание противоречие между субъективной оценкой себя, как злоупотребляющего алкоголем, и ответами на вопросы о частоте и количестве выпиваемых спиртных напитков. ЮОАЗ считают себя злоупотребляющими алкоголем в течение последних 2-х лет (20,3%) и 29,7% респондентов субъективно оценивают себя таковыми на протяжении жизни. При этом лишь 9,5% указывает, что выпивают 100–200 гр. несколько раз в год, 14,8% – 100 гр. несколько раз в месяц. Подобные противоречивые ответы могут указывать на излишнюю самокритичность, попытку скрыть реальное количество употребляемого спиртного от исследователя, боясь осуждения или стигмы «алкоголика» или «ВДА», а также на снижение критичности к количеству выпитого спиртного. При этом в группе контроля по аналогичным показателям количества и частоты выпиваемых спиртных напитков 27,4% респондентов ответили положительно.

Перейдём к рассмотрению основных личностно-психологических характеристик в исследовательской и контрольной группах.

Данные таблицы 6 демонстрируют нам, что респонденты группы ЮОАЗ имеют бо̀льший бал по шкале шизоидности в тесте Mini-Mult, чем юноши группы контроля. Это обуславливает их некоторую отчуждённость от общества, трудность в формировании межличностных контактов, склонность замыкаться в себе, погружаться в мир собственных фантазий. Респондентов исследуемой группы отличает бо̀льшая аутоагрессивность, чем респондентов контрольной группы. Они предпочитают отыгрывать свою злобу не во вне, а перенаправлять её на себя, таким образом, стараясь не разрушить внешний объект, на который агрессия была направлена изначально.

Респонденты группы контроля отличаются от респондентов ЮОАЗ бо̀льшей склонностью использовать в своей психической жизни такие механизмы психологических защит, как «Отрицание», «Реактивное образование». Данная комбинация позволяет нейтрализовать негативные и агрессивные эмоции, подавить неприемлемое отношение к кому бы то ни было, и инвертировать общий пул негатива в позитивные проявления, либо просто не замечать неприемлемых, агрессивных и опасных ситуаций.

Перейдём к рассмотрению второй экспериментальной группы – ЮМАЗ. Ниже, в таблице 7 представлено сравнение основных классических суицидологических характеристик в группах ЮМАЗ и контроля.

При анализе данных таблицы 7 мы видим, что в группе ЮМАЗ показатели основных классических аутоагрессивных паттернов поведения превышают таковое в группе контроля в 3-11 раз. Примечательно, что в случае группы ЮМАЗ происходит как бы повторение «семейной» установки на деструктивное саморазрушение. Среди респондентов этой группы достоверно чаще, чем в группе контроля, происходили контакты с суицидентами.

Таблица 7

Сравнение основных суицидологических характеристик в группах юношей, мать которых страдает алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮМАЗ n = 31		Контроль n = 124		χ2	P
	n	%	n	%		
Родственник покончил жизнь самоубийством	7	22,6	9	7,3	4,74	0,0294
Попытка суицида в анамнезе	7	22,6	2	1,6	16,29	0,0001
Общение с суицидентом в течение последних 2-х лет	5	16,1	2	1,6	8,99	0,0027
	M ± m		M ± m		t	P
КПСН	0,69±0,10		0,35±0,03		-3,90770	0,000140
КПСН за последние 2 года	0,23±0,03		0,16±0,02		-2,07562	0,039603

При этом, возвращаясь к данным таблицы 2, респонденты группы ЮОАЗ статистически не отличались по этим показателям от группы контроля. Данные о более выраженной аутодеструкции подтверждаются показателями КПСН и КПСН за последние 2 года.

Перейдём к анализу основных статистически значимых отличий предикторов аутоагрессии в исследуемой группе и группе контроля.

Представленные в таблице 8 данные убедительно демонстрируют более высокую представленность в аутоагрессивном модусе ЮМАЗ предикторов самодеструкции и сниженное количество протективных факторов. ЮМАЗ склонны к переживанию просуицидальных гипотимных эмоций, таких как чувство одиночества, стыда и вины.

Таблица 8

Сравнение представленности предикторов аутоагрессивного поведения седи групп юношей, мать которых страдают алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮМАЗ n=31		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Обращался за помощью к психиатру в течение последних 2-х лет	3	9,7	1	0,8	7,76	0,0053
Чувство стыда	14	45,2	19	15,3	13,18	0,0003
Чувство одиночества	19	61,3	28	22,6	17,59	0,00001
Долгопереживаемое чувство стыда и вины	12	38,7	16	12,9	11,16	0,0008
Били родители	8	25,8	12	9,6	5,74	0,0166
Наличие долгожителей в роду	17	54,8	95	76,6	5,87	0,0154
Стыд своего тела в течение последних 2-х лет	14	45,2	33	26,6	4,04	0,0445
Стыд своего тела	18	58	45	36,3	4,87	0,0273
Убежденность в наличии физического недостатка	10	32,3	20	16,1	4,13	0,0421
Комплекс неполноценности	15	48,4	24	19,4	11,10	0,0009
Вера в Бога	14	45,2	99	79,8	15,10	0,0001
Убежденность, что грешники попадают в ад	11	35,5	71	57,3	4,72	0,0298
Способность к нарушению общепринятых норм морали	23	74,2	28	22,6	29,92	0,00001
Желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет	5	16,1	--	--	20,67	0,00001
Желание обратиться к психиатру	3	9,7	--	--	12,24	0,0005

Таблица 9

Сравнение неклассических аутоагрессивных паттернов поведения в группах юношей, мать которых страдают алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮМАЗ n = 31		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Братание в течение последних 2-х лет	8	25,8	4	3,2	17,70	0,0001
Братание в течение жизни	11	35,5	12	9,6	13,07	0,0003
Склонность к неоправданному риску в течение последних 2-х лет	13	41,9	22	17,7	8,30	0,0040
Склонность к неоправданному риску	16	51,6	35	28,2	6,14	0,0132
Обморожение в анамнезе	6	19,4	7	5,6	6,07	0,0357
Выраженная гетероагрессивность	18	58	32	25,8	11,81	0,0006

Респонденты исследуемой группы убеждены в наличии у себя физического недостатка, стыдятся своего тела и испытывают комплекс неполноценности. При этом 74,2% респондентов ЮМАЗ сообщили, что способны легко нарушить общепринятые нормы морали. 16,1% юношей исследуемой группы испытывают желание обратиться к психиатру в течение последних 2-х лет, 9,7% – обращались за помощью к специалисту в течение последних 2-х лет. Отметим, что обращение к психиатру в нашей стране до сих пор является фактором, способствующим социальной стигматизации. Поэтому сам факт обращения уже говорит о том, что проблема человека вышла на осознаваемый уровень и дошла до определённой «критической точки». Полученные данные указывают на склонность ЮМАЗ, как и других ВДА, к формированию продепрессивного и просуицидального фона, способствующего реализации внутренних аутодеструктивных импульсов.

Рассмотрим основные паттерны неклассического аутоагрессивного поведения в группах ЮМАЗ и контроля. Основные неклассические паттерны поведения среди респондентов ЮМАЗ представлены в основном самоповреждающим вектором. При этом больше половины респондентов исследуемой группы оценивают себя гетероагрессивными; 19,4% – имеют обморожение в анамнезе. В отличие от респондентов ЮОАЗ, среди респондентов ЮМАЗ неклассическая суицидальность не представлена виктимным вектором.

Перейдем к рассмотрению основных наркологических характеристик в группах респондентов ЮМАЗ и контроля.

При анализе основных наркологических характеристик, мы видим, что респонденты группы ЮМАЗ больше склонны к формированию наркоманических пристрастий. При этом, как и в группе ЮОАЗ настораживает низкий процент ответов на вопросы, связанные с алкогольной зависимостью. Это, скорее всего, связано с попыткой диссимулировать или скрыть от исследователя истинное положение вещей.

Таблица 10

Сравнение наркологических характеристик групп юношей, мать которых страдает алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮМАЗ n = 31		Контроль n=124		χ^2	P
	n	%	n	%		
Принимал наркотики в течение последних 2-х лет	9	29	15	12,1	5,44	0,0197
Выпивает 100-200 гр. несколько раз в год	--	--	34	27,4	9,35	0,0022
Ощущение того, что следует сократить употребление спиртных напитков	3	9,7	36	29	4,93	0,0263
Чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков	3	9,7	36	29	3,96	0,0466

Таблица 11

Сравнение личностно-психологических характеристик в группах юношей, мать которых страдают алкогольной зависимостью и контроля

Признак	ЮМАЗ n=31 M±m	Контроль n=124 M±m	t	P
Шкала Mini-Mult Sch	6,13±0,49	4,53±0,29	-2,54826	0,011839
Защитный механизм психики «Реактивное образование»	1,58±0,19	2,80±0,18	2,79937	0,005649
AX/IN (Аутоагрессивность)	16,65±0,71	13,61±0,36	-3,71708	0,000285
TRATE-ANGER/T (Агрессивность как черта темперамента)	5,90±0,30	4,88±0,15	-3,09869	0,002327

Перейдём к оценке основных личностно-психологических характеристик рассматриваемых групп.

Рассмотрение основных личностно - психологических характеристик, обращает на себя внимание, что респонденты группы ЮМАЗ, как и ЮОАЗ имеют бо̀льшие баллы по шкале шизоидности теста Mini-Mult. При этом их агрессивность представляет собой черту темперамента, однако в большинстве своём агрессивные импульсы направляются «на себя», а не во вне.

Таким образом, наше исследование убедительно показывает, что юноши ВДА неоднородны, как в отношении социального функционирования, так и в отношении суицидологических, личностно-психологических характеристик. Что, по нашему предположению, зависит от трансгенерационной трансляции антивитальных импульсов от родителей потомству, в которой, в свою очередь, играет роль пол родителя и та гендерно-ролевая позиция, которая отводится ему социумом в воспитании потомства.

Для демонстрации приведём сведения, полученные от одного из респондентов, отец которого страдает алкогольной зависимостью. Анамнестические сведения не являются исключительными и представляют собой достаточно типичный пример среди респондентов данной группы.

Респондент А., 22-х лет, студент старшего курса ВУЗа. Дал письменное согласие на участие в исследовании.

Родился в полной семье, воспитывался биологическими родителями. На момент интервью проживает отдельно от них, так как проходит учёбу в другом городе. Жилье снимает вместе с сокурсником на деньги родителей. «Подрабатывает». Отец страдает алкогольной зависимостью (диагноз был верифицирован посредством интервью по сети WhatsApp). Отец на момент интервью находился на 2 стадии алкогольной зависимости. Тип употребления алкоголя – псевдозапойный. Отец респондента работает в МВД, имеет звание майора. Неоднократно лечился (без особого успеха). Мать работает акушеркой в родильном доме.

Анамнестические сведения: раннее развитие без особенностей, у невролога и психиатра в детстве не наблюдался. Энурез отрицает. В школу пошёл с 7-ми лет, учился на «хорошо» и «удовлетворительно». Закончил 11 классов общеобразовательной школы, классы не дублировал. После поступил в университет в другой области. Учится средне. Об алкогольной зависимости отца говорит открыто, утверждает, что «свыкся». Не афиширует это, но говорит, что близкие друзья, приятели – в курсе. Со слов респондента, поступил в университет в другой город, в том числе для того, чтобы съехать от родителей.

Суицидологический и наркологический анамнез: со слов А., не испытывает проблем с алкоголем, хотя отмечает, что периодически чувствует необходимость сократить количество выпиваемых спиртных напитков. Каждую неделю, с пятницы по воскресенье употребляет алкоголь, как правило, в компаниях или с соседом по снимаемому жилью. Предпочитает пиво, иногда употребляет крепкие спиртные напитки. Может легко выпить до 3-х литров пива, считает это количество небольшим. Утверждает, что многие его друзья могут выпить гораздо больше и более крепких напит-

ков. Встречается с девушкой, которая так же не находит, что А. испытывает проблемы с алкоголем. В последнее время пытается бросить курить, так как за 6 месяцев до интервью начал курить больше: стал выкуривать 1,5 пачки сигарет в день. Со слов респондента, несколько раз пробовал курить марихуану, но «не пошло».

К психиатру, психотерапевту никогда не обращался, хотя периодически, со слов респондента, его посещает подобное желание. Чаще, когда приезжает к родителям. Основным запросом для психотерапии хотел бы обозначить «контроль гнева».

Со слов респондента, с отцом у него сложились сложные отношения. Говорит о нём, испытывая злобу, обвиняет его во многих своих неудачах, в том, что у матери стало повышаться давление, и теперь она вынуждена принимать таблетки, считает, что если бы отец умер, то и ему, и матери жилось бы лучше. Описывает отца, как домашнего «тирана», говорит, как в детстве заставлял его отжиматься, ходить на руках, если у А. это не получалось, бил его, наказывал. Впервые суицидальные мысли появились в возрасте 12-ти лет, когда вернулся домой с прогулки, побитый дворовыми мальчишками. Плакал, пытался пожаловаться отцу, но тот отругал его за то, что сын плакал, не умел дать сдачи, после чего высек и поставил в угол. На следующей неделе отец отвёл сына в секцию бокса. Со слов респондента, с тех пор периодически посещают мысли о нежелании жить, способах, как это можно сделать. При этом тут же говорит, что никогда не покончит с собой, так как так поступают только «слабаки и эгоисты». Субъективно оценивает себя депрессивным, хотя признаков депрессии клинически не обнаруживает. Спокоен, упорядочен. Во время интервью несколько раз шутил, что ему «поставят диагноз», «поставят на учёт у нарколога». Социально активен: совмещает работу, учёбу. Имеет постоянную девушку, с которой вместе на протяжении 7-ми месяцев. Так же периодически параллельно встречается с другими девушками, считает такое поведение нормальным для мужчины. Посещает спортивный зал, каждую неделю встречается с друзьями. Со слов А., финансовых проблем не испытывает ■

Выводы:

1. Юноши ВДА отличаются бо̀льшей аутоагрессивностью, чем юноши, не имеющие родителей, страдающих алкогольной зависимостью. Они более склонны к классическим суицидальным реакциям, чем девушки ВДА [18].

2. Юноши ВДА по-разному реализуют свой антивитальный потенциал, что зависит от пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

3. Юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью, склонны реализовывать свою аутоагрессивность бо̀льшим числом направлений, нежели респонденты, мать которых страдает алкогольной зависимостью. Среди юношей, отец которых страдает алкогольной зависимостью, сформирован виктимно-рискованный модус поведения, в отличие от юношей, мать которых страдает алкогольной зависимостью.

4. Среди респондентов обоих исследуемых групп отмечается склонность к сокрытию своих истинных «взаимоотношений» с алкоголем, что может быть обусловлено осознанной попыткой умолчать о реально употребляемом количестве спиртного, либо с неосознаванием возникших проблем.

5. Полученные данные расширяют и уточняют наше теоретическое представление о суицидологических и наркологических особенностях изучаемой группы юношей, что, безусловно, следует учитывать в практической работе с рассматриваемым контингентом.

Литература:

1. Калиниченко О.Ю., Малыгин В.А. Аддиктивное поведение: определение, модели, факторы риска. *Вестник новых медицинских технологий.* 2005; 12 (3-4): 36-38.

2. Кожина Е.Ю. Влияние семьи как один из факторов становления личности подростка. Профилактика аддиктивного поведения. *Известия Воронежского государственного педагогического университета.* 2016; 3 (272): 194-199.

References:

1. Kalinichenko O.YU., Malygin V.A. Addiktivnoe povedenie: opredelenie, modeli, faktory riska [Addictive bihavior: definition, models, risk factors]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij [Journal of new medical technologies]*. 2005; 12 (3-4): 36-38. (In Russ)

2. Kozhina E.YU. Vliyanie semi kak odin iz faktorov stanovleniya lichnosti podrostka. Profilaktika addiktivnogo povedeniya [The family influence on adolescent development. Prevention of addictive behaviours]. *Izvestiya Voronezhskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Journal «Izvestia VSPU»]*.

3. Башманов В.В., Калиниченко О.Ю. Феномен созависимости медико-психо-социальный аспект. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2015; 9 (1): 5-3.
4. Руженков В.А., Лукьянцева И.С., Руженкова В.В. Аддиктивное поведение студенческой молодежи: систематика, распространенность, клиника и профилактика. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.* 2015; 30 (10): 13-25.
5. Молоткова С.В. Опыт изучения созависимых родственников в семье с химическим аддиктом. *Вестник Калужского университета.* 2015; 3 (28): 114-118.
6. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2015; 25 (1): 98-104.
7. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on offspring self-esteem. *Alcohol. Alcohol.* 2008; 43 (4): 481–491. doi: 10.1093/alcalc/agn034
8. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 117 (1): 63–78. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.63
9. Drapkin M.L., Eddie D., Buffington A.J., etc. Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning. *Alcohol and Alcoholism.* 2015; 50 (4): 463–469. doi: 10.1093/alcalc/agv023
10. Gąsior K. Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics. *Alcohol. Drug Addict.* 2014; 27 (4): 289–304. doi: 10.1016/S0867-4361(14)70021-5
11. Schuckit M.A. et al. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2018; 42 (9): 1704–1714. doi: 10.1111/acer.13810
12. Lee M.R., Chassin L., Villalta I.K. Maturing out of alcohol involvement: Transitions in latent drinking statuses from late adolescence to adulthood. *Dev. Psychopathol.* 2013; 25 (4): 1137–1153. doi: 10.1017/S0954579413000424
13. Park S., Schepp K.G. A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics. *Nurs. Forum.* 2018; 1–10. doi: 10.1111/nuf.12255
14. Лукашук А.В., Меринов А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* 2017; 25 (1): 86-91.
15. Лукашук А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей. *Академический журнал Западной Сибири.* 2016; 12 (3): 90-92.
16. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. *Наркология*. 2017; 16 (2): 99-100.
17. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. … д-ра мед. наук. Москва, 2012: 273.

2016; 3 (272): 194-199. (In Russ)
3. Bashmanov V.V., Kalinichenko O.YU. Fenomen sozavisimosti mediko-psiho-socialnyj aspect [The control of personal-characteristic behaviors of underage children with deviations in the prevention of juvenile deliquency]. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij. Elektronnoe izdanie [Journal of new medical technologies, eEdition]*. 2015; 9 (1): 5-3. (In Russ)
4. Ruzhenkov V.A., Lukyanceva I.S., Ruzhenkova V.V. Addiktivnoe povedenie studencheskoj molodezhi: sistematika, rasprostranennost, klinika i profilaktika [Addictive behavior of students: classification, prevalence, clinical symptoms and prevention]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Medicina. Farmaciya [Belgorod State University Scientific Bulletin. Medicine. Pharmacy]*. 2015; 30 (10): 13-25. (In Russ)
5. Molotkova S.V. Opyt izucheniya sozavisimyh rodstvennikov v seme s himicheskim addiktom [The experience of studying code-pendent relatives in the family with chemical addiction]. *Vestnik Kaluzhskogo universiteta [Journal Bulletin of Kaluga University]*. 2015; 3 (28): 114-118. (In Russ)
6. Kibitov A.O. Semejnaya otyagoshchennost po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie harakteristiki [Familial vulnerability for addictions: biological, genetic and clinical characteristics]. *Socialnaya i klinicheskaya psihiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. 2015; 25 (1): 98-104. (In Russ)
7. Rangarajan S. Mediators and moderators of parental alcoholism effects on off-spring self-esteem. *Alcohol. Alcohol.* 2008; 43 (4): 481–491. doi: 10.1093/alcalc/agn034
8. Bauer D., Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. *J. Abnorm. Psychol.* 2010; 117 (1): 63–78. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.63
9. Drapkin M.L., Eddie D., Buffington A.J., etc. Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning. *Alcohol and Alcoholism.* 2015; 50 (4): 463–469. doi: 10.1093/alcalc/agv023
10. Gąsior K. Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics. *Alcohol. Drug Addict.* 2014; 27 (4): 289–304. doi: 10.1016/S0867-4361(14)70021-5
11. Schuckit M.A. et al. A 22-Year Follow-Up (Range 16 to 23) of Original Subjects with Baseline Alcohol Use Disorders from the Collaborative Study on Genetics of Alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2018; 42 (9): 1704–1714. doi: 10.1111/acer.13810
12. Lee M.R., Chassin L., Villalta I.K. Maturing out of alcohol involvement: Transitions in latent drinking statuses from late adolescence to adulthood. *Dev. Psychopathol.* 2013; 25 (4): 1137–1153. doi: 10.1017/S0954579413000424
13. Park S., Schepp K.G. A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics. *Nurs. Forum.* 2018: 1–10. doi: 10.1111/nuf.12255
14. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Roditelskaya autoagressiya: svyaz s suicidalnoj aktivnostyu ih potomstva [Parental autoagression: the link with suicidal activity of their posterity]. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2017; 25 (1): 86-91. (In Russ)
15. Lukashuk A.V. The role of family functioning in the genesis of suicidal activity among children. *Academic Journal of West Siberia.* 2016; 12 (3): 90-92. (In Russ)
16. SHustov D.I., Tuchina O.D. Psihoterapiya alkogolnoj zavisimosti: rukovodstvo dlya vrachej [Psychotherapy of alcohol addiction: a guide for doctors]. *Narkologiya [Narkology]*. 2017; 16 (2): 99-100. (In Russ)
17. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidalnogo riska u bolnyh alkogolnoj zavisimostyu i chlenov ih semej: avtoref. dis. … d-ra med. nauk [Autoaggressive behavior and the assessment of suicidal risk in patients with alcohol dependence and their family members: abstract. thesis. ... Dr. med sciences.]. Moskva, 2012. S. 273. (In Russ)

18. Байкова М.А., Меринов А.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции аутоагрессивности: влияние парентальной аддиктивной фигуры. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 53-63.
19. Яшечкина Н.Н. Связь наличия алкогольной зависимости у родителей с аддиктивными расстройствами потомства. *Научный форум. Сибирь.* 2017; 3 (1): 77-79.

18. Baykova M.A., Merinov A.V. Heterogeneity of the phenomenon "Adult Children of Alcoholics" from the position of autoagression: the impact of the parental addictive figure. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 53-63. (In Russ)
19. Yashechkina N.N. The relationship of alcohol dependence in parents with addictive disorders of the offspring. *Scientific forum. Siberia.* 2017; 3 (1): 77-79. (In Russ)

HETEROGENEITY OF THE ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS FROM A POSITION OF SUICIDOLOGY ON THE EXAMPLE OF A MEN'S COGORT

M.A. Baykova, A.V. Merinov, O.V. Kazaeva

Ryazan State Medical University named acad. I.P. Pavlov, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com

Abstract:

The aim of the study was to study the phenomenon of heterogeneity of "Adult Children of Alcoholics" (ACOAs) depending on the gender of parenteral individuals suffering from alcohol abuse in the population of young people (males).

Materials and methods: To implement the goal, we examined 229 male students: 105 of them had an alcohol abusing parent (boys – parent with alcohol abuse – BPA), 124 were seen as a control group. During the frontal study, the respondents of the BPA group found a marked disadvantage in relation to suicidal and narcological indicators compared with the control group, which was expected. Later, the general group of BPA was divided by us into two subgroups: boys with an alcoholic father (BFA), and boys with an alcoholic mother (BMA), after which the data of the subgroups were compared with the control group.

Results: in 14,9% of cases, respondents from the BFA group had a suicide attempt, in 36,5% cases a history of suicidal ideation was reported. The corresponding figures in the control group were 1,6% and 15,3%, respectively. Young men of the BFA group in 51,3% of cases were prone to experiencing feelings of loneliness, in 32,4% reported feelings of hopelessness, in 35,1% of cases they tend to blame other people for their failures. BFA was more often subjected to physical or sexual abuse, got into accidents, was prone to self-damaging behavior. The respondents of the BMA group were also subject to auto-aggressive behavior compared to the respondents of the control group: 22,6% had a relative who committed suicide, 22,6% tried to commit suicide themselves. BMA as well as the respondents of the BFA group are prone to experiencing a spectrum of hypothymic feelings: 45,2% often experience a feeling of shame, 61,3% experienced moments of acute loneliness. 74,2% of the respondents in the study group noted that they are easily able to violate generally accepted moral standards. 25,8% of BMA were physically abused by their parents, 35,5% were self-cutting (fraternization), 51,6% were prone to undue risk, 29% were taking drugs at least once in their lifetime.

Conclusions: the respondents of the male group of ACOAs are distinguished by increased suicidality and auto-aggressiveness with respect to both classical and non-classical patterns of anti-vital behavior. At the same time, despite the apparent homogeneity, the respondents from BMA and BFA demonstrate differences in the manifestations of both classical and non-classical auto-aggression, which can certainly be related to the gender of the parental figure.

Keywords: adult children of alcoholics (ACOAs), alcohol abuse, suicidology, auto-aggression, preventiveness in suicidology, risk factors for suicidal behavior

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Байкова М.А., Меринов А.В., Казаева О.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции суицидологии на примере мужской когорты. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 35-46. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-35-46

For citation: Baykova M.A., Merinov A.V., Kazaeva O.V. Heterogeneity of the adult children of alcoholics from a position of suicidology on the example of a men's cogort. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 35-46. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-35-46

УДК 616.891: 613.865: 613-867 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-47-60

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ЗАЩИТНЫХ СПОСОБОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ МИГРАЦИОННОГО И УЧЕБНОГО СТРЕССА ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ

В.В. Руженкова

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

Контактная информация:

Руженкова Виктория Викторовна – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 8424-7632; ORCiD: 0000-0002-1740-4904; Researcher ID: E-9468-2018; SCOPUS Author ID: 56362612200). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: г. Белгород, ул. Победы, 82. Телефон: (980) 323-65-06, электронный адрес: ruzhenkova@bsu.edu.ru

Студенты-медики, приезжающие на обучение в другую страну, испытывают определённые трудности в адаптации к нормам и ценностям принимающей культуры, а также значительный учебный стресс, сопровождающийся тревогой и депрессией. Целью исследования была разработка рекомендаций по преодолению учебного стресса студентами-медиками, приехавшими из других стран, на основе изучения его распространенности, феноменологических проявлений и обусловливающих факторов. Материал и методы. Медико-социологическим и психометрическим методами обследована сплошная выборка, состоящая из 166 студентов 1-3 курсов, прибывших из стран Ближнего Востока и Индии, не владеющих русским языком и обучающихся на языке посреднике (английском) в медицинском институте. Для обработки базы данных использовались непараметрические статистические методы. Результаты. Установлено, что студенты-иностранцы в первые месяцы адаптации переживают выраженное стрессовое напряжение, в 44% случаев сопровождающееся внутренними формами суицидального поведения. При этом, степень выраженности суицидальных мыслей по 10-балльной шкале составила 5-9 баллов у 29,7% студентов первого, 27,3% – второго и 14% – третьего курса. Основными проявлениями стресса у студентов являются наплывы посторонних мыслей, подавленность, раздражительность, тревога, а также вегетативные симптомы (учащенное сердцебиение, затруднённое дыхание, головные боли, проблемы с желудочно-кишечным трактом), которые входят в структуру депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов, являющихся психопатологической основой для возникновения суицидального поведения. Суицидальные мысли чаще встречались среди студентов, испытывающих средние и серьёзные трудности во время учёбы (U=630,0; Z=-2,16; p=0,031). Вероятность развития депрессии у студентов 1 курса в 2,6 раза выше (OR=2,6; 95% CI=1,2-5,7), чем у второго, и выявляется у 31% и – 17,8% студентов соответственно (χ^2=6,3; df=1; p=0,013). Тревога различной степени выраженности наблюдалась у 50% студентов первого, и 35% второго и третьего курсов. Для преодоления стресса студенты употребляют настои трав и нерецептурные седативные препараты. При этом молодые люди, у которых возникали мысли о нежелании жить в период адаптации, чаще, чем студенты без суицидальных мыслей, принимали настои трав (p=0,002) и нерецептурные седативные препараты (p=0,016) для преодоления стрессового напряжения. С 1 по 3 курс отмечается рост числа иностранных студентов, употребляющих алкоголь и прибегающих к табакокурению. Заключение. Полученные данные указывают на необходимость обучения студентов конструктивным приёмам преодоления стресса, грамотному планированию времени, методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, что будет способствовать преодолению миграционного и учебного стресса, улучшит адаптационные возможности.

Ключевые слова: учебный стресс, миграционный стресс, студенты медики, суицидальное поведение, аутоагрессивное поведение

Студенты, выезжающие на обучение в другие страны и временно в них пребывающие, испытывают ряд эмоциональных трудностей в условиях начальной адаптации к нормам и ценностям принимающей культуры [1]. В условиях меняющихся бытовых условий и новых требований к учебной адаптации [2], наиболее стрессогенными для иностранных студентов оказываются большой объём учебного материала [3], климат и языковый барьер [4]. Немаловажное значение имеют также социальные проблемы, различные стили обучения, академические требования, расизм, тоска по родине, отсутствие уверенности в себе и

финансовые сложности [5]. При этом степень интеграции иностранных студентов в новой культурной среде зависит от национальных, религиозных и климато-географических различий, а также индивидуальных особенностей [6].

Проблемы адаптации в иноязычной среде особенно касаются студентов медиков, так как учебная нагрузка у них в среднем в 2 раза выше, чем у учащихся других ВУЗов [7], а деятельность студента-медика в целом относится к числу напряжённых в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья [8, 9].

У студентов медиков регистрируется высокий уровень учебного стресса, приводящий к возникновению суицидального поведения (суицидальных мыслей и попыток) – от 32,5% [10] до 83% [11]. Более того [12], у поступающих в медицинские институты изначально наблюдаются высокая частота стресса, тревоги и депрессии. В целом, студентов с суицидальными наклонностями отличают мнительность, тревожность, исполнительность, аккуратность, высокая выраженность неуверенности в себе, сочетающиеся с эмоциональным «тоскливым» напряжением, требующим разрядки [13]. Учитывая тот факт, что у лиц молодого возраста жизненный опыт и знания обладают минимальным защитным потенциалом и ограничивают возможность выработки стратегий преодоления [14], студенты с затруднениями в адаптации нуждаются в психологической поддержке. Большая подверженность развитию тревоги и депрессии, эмоционального и когнитивного выгорания, снижению уровня ментального здоровья обычно характерна для студенток [15, 16, 17]. Кроме того, в период с 1 по 6-й год обучения сокращается на 40,4% доля учащихся с удовлетворительной адаптацией [18]. Эмоциональное напряжение и стресс обусловливают употребление студентами психоактивных веществ – наркотиков, алкоголя, курение табака [19, 20].

Большое значение для профилактики учебного стресса играют имеющие в учебном заведении системы поддержки студентов [21]. Так, студенты-медики обращают внимание на то, что их учат распознавать и облегчать страдания пациентов, и считают это «неотъемлемой функцией врача», но образование не готовит их к реагированию на их личные страдания [22]. Часто выбираемые студентами для совладания со стрессом пассивные копинг-стратегии увеличивают риск несуицидального аутоагрессивного поведения и самоповреждений [23]. В то же время актуализация адаптационного потенциала и копинг-ресурсов каждого студента может способствовать повышению их адаптации и минимизации эмоционального выгорания [24].

По мнению самих студентов наиболее полезными являются социальная поддержка со стороны сверстников и преподавателей, консультационные услуги, дискуссии в малых группах, а также обмен опытом, различные внеклассные и внеучебные мероприятия, дающие возможность «выпустить пар», снять эмоциональное напряжение, расслабиться [25, 26].

Это диктует необходимость разработки рекомендаций по преодолению учебного стресса студентами-медиками, приехавшими из других стран, на основе изучения его распространенности, феноменологических проявлений и обусловливающих факторов, что и явилось целью настоящего исследования.

Материал и методы.

Обследована сплошная выборка, состоящая из 166 студентов 1-3 курсов, прибывших из стран Ближнего Востока и Индии, не владеющих русским языком и обучающихся на языке посреднике (английском) в медицинском институте. Возраст студентов на период обследования от 17 до 29 лет (средний – 20,8±1,8), 137 человек мужского и 29 женского пола.

Распределение обследованных студентов по курсам и полу представлено в таблице 1.

Основные методы обследования:

1.*Медико-социологический* (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, содержащей социально-демографическую информацию, вопросы, касающиеся адаптации к новым условиям проживания, отношения к выбранной специальности, условий обучения и проживания).

Таблица 1

Распределение студентов по курсам и полу

Пол	1 курс		2 курс		3 курс		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Женский	16	19,0	6	13,3	7	18,9	29	17,5
Мужской	68	81,0	39	86,7	30	81,1	137	82,5
Итого:	84	100,0	45	100,0	37	100,0	166	100,0

2. Психометрический:

– тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых [27]. Тест представляет собою набор шкал самооценки (от 0 до 10 баллов) субъективного восприятия степени воздействия группы учебных стрессовых факторов, выраженности симптомов учебного стресса, способов преодоления его преодоления и вариантов психосоматического реагирования перед экзаменами;

– опросник «GAD-7» [28];

– опросник DASS-21 – The Depression Anxiety Stress Scale [29] – для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса.

3. *Статистический.* Применялись методы описательной непараметрической статистики, медиана, интерквартильный размах. При сравнении двух групп по бинарному признаку применялся критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность; при сравнении двух независимых групп использовался U-тест Манна-Уитни; кроме того, проводился корреляционный (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) и факторный анализ (методом главных компонент с varimax вращением фактора).

Результаты и обсуждение.

Объективизация точки зрения студентов на степень сложности адаптации в первые месяцы после приезда на учёбу в Россию (табл. 2) показала, что с течением времени и по мере привыкания к новому месту временного проживания, климатогеографическим и социальным особенностям территории, субъективное восприятия перенесённой фрустрации снижается: снижение у второго (U=1132,5; p=0,017) и третьего курса (U=906,0; p=0,0002) по сравнению с первым.

Между вторым и третьим курсами различия статистически не значимы (U=603,0; p=0,196). Этим объясняется динамикой медианного значения выраженности трудности адаптации от 50 баллов с точки зрения первокурсников, до 30 – по оценке студентов 3 курса.

Медианное значение этого показателя (по 100 балльной шкале) составило 50 баллов, что свидетельствует о значительных трудностях в адаптации. При этом 31 (36,9%) первокурсников оценили тяжесть адаптации в 50-70 баллов, а 17 (20,2%) – в 80-100 баллов. Другими словами, более половины студентов (57,1%) первого курса испытывают серьёзные затруднения в адаптации в первые месяцы обучения в иноязычной стране. Гендерные различия не выявлены (U=489,0; p=0,655).

Таблица 2

Степень трудности адаптации в первые месяцы

1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		3 курс (n=37)	
Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}
50,0	30-70	40,0	20-50	30,0	20-40

Среди факторов, обусловливающих наибольшие трудности для адаптации (табл. 3) был языковый барьер – для 75,6-75,7% студентов 2 и 3 курса и 64,3% – первого (различия статистически не значимы). На втором месте – непривычная пища, иные, отличные от привычных, климатические условия. Отсутствие информации на английском и незнакомая территория города существенного значения не имели, так как за каждой группой иностранных студентов был закреплён куратор из числа преподавателей, который оказывал им существенную помощь в решении бытовых вопросов.

Тем не менее, для 19,0% первокурсников (χ^2=5,854; df=1; p=0,016) важную роль играло субъективное восприятие негативного отношения окружающих. Это было связано с тем, что одним из основных способов преодоления стресса у этих студентов были пропуски занятий и необходимость последующей их отработки для получения зачёта. Последнее и интерпретировалось как предвзятое отношение.

Таблица 3

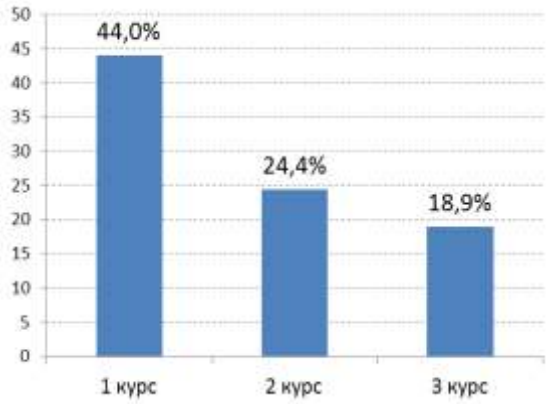
Факторы, создающие наибольшие трудности для адаптации

Фактор	1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		3 курс (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Языковой барьер	54	64,3	34	75,6	28	75,7
Непривычная еда	27	32,1	12	26,6	11	29,7
Перемена климата	21	25,0	11	24,4	7	18,9
Отсутствие информации на английском	11	13,1	10	22,2	5	13,5
Незнакомая территория города	7	8,3	4	8,9	1	2,7
Негативное отношение окружающих	16	19,0	1	2,2	2	5,4

Примечание: достоверных различий между группами не выявлено.

Миграционный и учебный стресс в первые месяцы пребывания на территории другой страны обусловливал возникновение эмоциональной подавленности и суицидальных мыслей (рис. 1). Характерно, что у первокурсников в первые месяцы обучения суицидальные мысли возникали у 37 (44%) человек. В то же время по ретроспективной оценке студентами 2 и 3 курса – эта цифра была статистически значимо (χ^2=10,51; df=1; p=0,002) ниже и составила соответственно 11 (24,4%) и 7 (18,9%). Это обусловлено успешным приспособлением к новым условиям жизни и снижением актуальности прежних проблем в адаптации. Вероятность такой ретроспективной оценки довольно высокая (OR=3,9; 95% CI=1,6-9,5).

Полученные данные сопоставимы с ранее проведёнными исследованиями, и занимают промежуточное положение. Так, Д.Ф. Хритинин с соавт. [13] указывает, что 40,7% студентов-медиков имели суицидальные мысли в настоящем или в прошлом, в то время как западные исследователи [11] приводят несколько иные цифры, говоря, что 66% студентов признавали, что при стрессе у них есть мысли о самоубийстве, 17% – заявляли, что у них стресс редко сопровождается суицидальными мыслями, и лишь 17% студентов отрицали наличие мыслей о нежелании жить. В работе Л.Н. Васильевой и С.С. Щепетковой [30] приводятся данные о более высоком риске суицидального поведения среди первокурсников по сравнению со студентами старших курсов, косвенно подтверждающие данные, полученные в нашем исследовании.



Примечание: 2 и 3 курсы – при ретроспективной оценке.

Рис. 1. Доля студентов 1-3 курсов, которые отмечали суицидальные мысли в первые месяцы адаптации.

Распределение иностранных студентов, имевших суицидальные мысли, по полу представлено в таблице 4.

Таблица 4

Гендерное распределение

Пол	1 курс (n=37)		2 курс (n=11)		3 курс (n=7)	
	n	%	n	%	n	%
Женский	8	21,6	1	9,1	1	14,3
Мужской	29	78,4	10	90,9	6	85,7

Необходимо отметить, что суицидальные мысли одинаково часто встречались среди первокурсников обоих полов, и были характерны для 8 (50,0%) первокурсниц и 29 (42,6%) первокурсников. При ретроспективной оценке мысли, связанные с нежеланием жить, отметила 1 студентка второго и 1 – третьего курса, 10 (25,6%) второкурсников и 6 (20,0%) третьекурсников.

Отсутствие статистически достоверных гендерных различий в частоте суицидальных мыслей свидетельствует о синергизме и взаимном усилении учебного и миграционного стресса, а также говорит о бо̀льшей гибкости психики лиц женского пола, готовых меняться, адаптируясь к принимающей культуре, её ценностям и порядкам, и некоторой ригидности лиц мужского пола, пытающихся сохранить привычный образ жизни в новых условиях.

Степень выраженности суицидальных мыслей по 10 балльной шкале (табл. 5) составила: 5-9 баллов почти у трети первокурсников и второкурсников с внутренними формами суицидального поведения (29,7% и 27,3% соответственно) и у 14% третьекурсников. Статистически достоверных различий между курсами выявлено не было.

Таблица 5

Степень выраженности суицидальных мыслей по 10 балльной шкале

Степень выраженности суицидальных мыслей	1 курс (n=37)		2 курс (n=11)		3 курс (n=7)	
	n	%	n	%	n	%
1-4 балла	26	70,3	8	72,7	6	85,7
5-9 баллов	11	29,7	3	27,3	1	14,3

Такая высокая значимость суицидальных мыслей у студентов-иностранцев требует тщательного внимания со стороны кураторов групп в аспекте предоставления необходимой помощи в адаптации, в том числе, и психоло-

гической. За трёхлетний период исследования был один завершённый суицид. Одна попытка падения с высоты была предотвращена.

В первом случае, студентка А. (23 лет), приехала учиться в Россию по настоянию родителей, против своего желания. В преморбиде замкнутость, малообщительность, тревожность. Тяжело переживала отрыв от привычной среды, ежедневно, по несколько раз в день звонила родителям. Испытывала трудности при обучении, часто пропускала занятия. В течение первого года обучения постепенно нарастали симптомы астении (раздражительность, гиперакузия), был эпизод нарушения пищевого поведения – похудела на 7 кг. Обследование у терапевта выявило анемию. В течение месяца принимала препараты, назначенные терапевтом. От обращения в психологическую службу университета отказалась. Летние каникулы провела дома. После возвращения замкнулась, почти не общалась с одногруппниками и соседками по комнате. Начала пропускать занятия, не справлялась с учебной нагрузкой. Была допущена к сдаче зимней сессии, но сдала её неуспешно. Обострились конфликты с родителями, обнаруживала симптомы тревоги и депрессии. От вновь предложенного обращения в психологическую службу университета, консультации психотерапевта, психиатра отказалась. Во время периода повторной сдачи экзаменов выпрыгнула из окна 9 этажа, скончалась в реанимации.

Во втором случае, студент Б. (24 лет), также приехавший в Россию по настоянию родителей, не хотел учиться медицине. В преморбиде демонстративный, коммуникабельный, эгоистичный. Встречался с девушкой из Индии, с которой познакомился, приехав в Россию. Обучаясь на втором курсе, пропустил более трети занятий в первом и половины – во втором семестре, обосновывая тем, что «не интересно». Имел задолженность в зимнюю сессию, из-за которой конфликтовал с родителями. Весной мать пациента тяжело заболела, несколько недель находилась в состоянии комы. В месяц, предшествующий экзаменационной сессии, на фоне ссоры с девушкой (она упрекнула его в пропуске занятий, плохой учёбе), залез на подоконник, угрожал выпрыгнуть из окна. Сосед по комнате позвал на помощь. При помощи живших рядом, студента Б. оттащили от окна, вызвали куратора. Попросил проконсультироваться у психиатра, жаловался на «сильную усталость, чувство беспомощности». Во время беседы признался, что «не знает, что на него нашло, не хотел на самом деле покончить с собой, но из-за конфликтов с девушкой и родителями не знает, что делать». Сообщил, что в деканате готовят документы на отчисление, так как до сих пор не сдал зимнюю сессию, а возвращаться в Индию не хочет – подвёл родителей. Была диагностирована тревожно-депрессивная реакция расстройства адаптации, предложена психофармакотерапия.

Таблица 6

Сравнительный анализ выраженности симптомов адаптационного стресса в первые месяцы у студентов 1 курса с суицидальными мыслями и без них (критерий Манна-Уитни)

Симптомы учебного стресса	Суицидальные мысли		Без суицидальных мыслей		P
	Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}	
Ощущение беспомощности	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	*
Наплывы посторонних мыслей	3,0	0,0-5,0	1,0	0,0-4,0	0,002
Плохая концентрация внимания	4,0	2,0-5,0	3,0	1,0-5,0	*
Раздражительность, обидчивость	2,0	0,0-4,0	1,0	0,0-4,0	0,003
Плохое настроение, депрессия	3,0	1,0-5,0	2,0	1,0-5,0	0,029
Страх, тревога	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-5,0	0,004
Потеря уверенности, снижение самооценки	2,0	0,0-4,0	1,0	0,0-2,0	0,002
Спешка, ощущение нехватки времени	4,0	1,5-7,0	4,0	0,0-6,0	*
Плохой сон	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	*
Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-0,0	0,012
Затрудненное дыхание	0,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	0,001
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	0,0	0,0-2,5	0,0	0,0-1,0	0,012
Напряжение или дрожание мышц	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	0,003
Головные боли	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-5,0	0,035
Низкая работоспособность, утомляемость	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	0,019

Примечание: *Различия статистически не значимы

Назначенные препараты студент Б. принимать отказался. После нескольких сеансов психотерапии и стабилизации настроения, смирился с необходимостью поездки в Индию. На учёбу после не вернулся.

При сравнении симптомов адаптационного стресса (табл. 6), установлено, что студенты с внутренними формами суицидального поведения обнаруживали более высокий уровень стресса, чем студенты без суицидальных мыслей. У них чаще выявлялись наплывы посторонних мыслей, подавленность, раздражительность, тревога, а также вегетативные симптомы – учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, головные боли, проблемы с желудочно-кишечным трактом. Аналогичные симптомы возникали у студентов и в результате учебного стресса.

Верификация субъективной оценки сложности обучения (табл. 7) показала, что на первом курсе немногим более 40% студентов испытывали средней степени выраженности затруднения в освоении учебного материала со снижением этой цифры на 2 и 3 курсах соответственно до 28,9% и 21,6% (χ^2=4,13; df=1; p=0,042).

Серьёзные трудности в учёбе испытывали незначительное число студентов. Нужно отметить, что суицидальные мысли чаще встречались среди студентов, испытывающих средние и серьезные трудности во время учёбы (U=630,0; Z=-2,16; p=0,031). При этом корреляционных зависимостей между степенью выраженности суицидальных мыслей и уровнем трудности обучения выявлено не было.

Также студенты, у которых в первые месяцы имели место мысли о бессмысленности жизни и нежелании жить, были менее уверены в правильности выбора профессии (U=504,5; Z=-3,056; p=0,002), и профессия врача потеряла для них привлекательность (U=610,0; Z=-2,168; p=0,03).

Сравнительная характеристика степени значимости учебных стрессовых факторов (табл. 8) показала, что для студентов первого курса наиболее значимыми были: отсутствие учебников, большая учебная нагрузка, нерегулярное питание, жизнь вдали от родителей, трудности в организации режима дня и проблемы при совместном проживании в общежитии с другими студентами. Степень значимости указанных стрессовых факторов у студентов первого курса была статистически значимо выше, чем у второго.

По мере адаптации, на втором и третьем курсах эти проблемы становились менее значимыми. Кроме того, у первокурсников, по сравнению со студентами 3 курса, существенное стрессогенное влияние имели страх перед будущим (неопределенность) и проблемы в личной жизни (разрыв контактов с друзьями).

Между вторым и третьим курсами статистически значимые различия выявлены по параметрам: нерациональное расписание занятий (p=0,001) и большое количество занятий в день (p=0,045), имеющих более важное значение для студентов 2 курса.

У студентов *с суицидальными мыслями* отмечались более значимые учебные факторы, вызывающие стресс:

– проблемы проживания в общежитии (p=0,015), связанные с изменением привычной обстановки, возникающими проблемами и необходимостью их самостоятельного решения, отсутствием места для уединения, высокой плотностью населения в общежитии;

– конфликты с одногруппниками (p=0,025), возникающие из-за разницы в мировоззрении, недостатка учебников, нежелания некоторых студентов учиться;

– разочарование в профессии врача (p=0,013), связанное с несовпадением представлений об обучении на первых курсах медицинского факультета и реальности;

– проблемы в личной жизни (p=0,002), связанные с отрывом от привычного окружения, ссорами и конфликтами из-за невозможности встречи с близким человеком в связи с географической отдалённостью.

Таблица 7

Субъективная оценка степени тяжести обучения

Степень тяжести обучения	1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		3 курс (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Легко	5	6,0	5	11,1	7	18,9
Незначительные трудности	36	42,9	24	53,3	20	54,1
Средние затруднения	36	42,9	13	28,9	8	21,6
Серьезные трудности	7	8,3	3	6,7	2	5,4

Таблица 8

Значимость учебных стрессовых факторов – в баллах: от 1 до 10 (критерий Манна-Уитни)

Учебные стрессовые факторы	1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		1-2к p=	3 курс (n=37)		1-3 к p
	Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}		Me	Q_{25-75}	
Строгие преподаватели	5,0	2,0-7,0	5,0	3,0-7,0	*	5,0	3,0-6,0	*
Большая учебная нагрузка	6,0	4,0-8,0	5,0	4,0-6,0	0,015	4,0	3,0-6,0	0,003
Отсутствие учебников	7,0	4,0-9,0	4,0	2,0-6,0	0,0003	5,0	2,0-8,0	*
Непонятные, скучные учебники	4,5	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	*	3,0	2,0-5,0	0,015
Жизнь вдали от родителей	5,0	3,0-8,0	5,0	2,0-6,0	0,046	3,0	2,0-5,0	*
Нехватка денег	3,0	1,0-5,0	3,0	1,0-6,0	*	3,0	1,0-5,0	*
Трудности организации режима дня	5,0	3,0-7,0	4,0	2,0-5,0	0,006	3,0	1,0-5,0	0,0003
Нерегулярное питание	6,0	3,0-9,0	4,0	2,0-6,0	0,003	4,0	2,0-6,0	0,003
Проблемы проживания в общежитии	4,0	0,0-6,0	1,0	0,0-4,0	0,011	1,0	0,0-4,0	0,04
Конфликты в группе	2,0	0,0-4,0	1,0	0,0-3,0	*	2,0	0,0-3,0	*
Много времени готовиться к занятиям	5,0	3,0-7,0	2,0	1,0-4,0	0,0001	1,5	0,0-3,0	0,0000
Нежелание учиться	1,0	0,0-4,0	2,0	0,0-3,0	*	1,0	0,0-3,0	*
Разочарование в будущей профессии	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	*	0,0	0,0-4,0	*
Стеснительность, застенчивость	2,0	0,0-5,0	2,0	1,0-4,0	*	2,0	0,0-5,0	*
Страх перед будущим	4,0	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	*	2,0	0,0-5,0	0,013
Проблемы в личной жизни	3,0	1,0-5,0	1,0	0,0-5,0	*	1,0	0,0-3,0	0,009
Нерациональное расписание занятий	5,0	2,0-6,0	4,0	1,0-5,0	*	1,0	0,0-3,0	0,0000
Много занятий в день	5,0	2,0-7,0	3,0	2,0-5,0	0,02	2,0	0,0-4,0	0,0000
Отработка пропущенных занятий	4,0	1,0-6,0	3,0	1,0-6,0	*	4,0	1,0-7,0	*

Примечание: *Различия статистически не значимы

Факторный анализ (с varimax вращением фактора) выявил 6 значимых факторов (табл. 9) учебного стресса для студентов первого курса (68,8% дисперсии). Установлено, что наиболее значимым стрессовым фактором был напряженный график учёбы и определённая растерянность, своего рода разочарование в профессии в силу непонимания на первых порах взаимосвязи между общеобразовательными дисциплинами и врачебной профессией. Наряду с этим большое значение имели трудности в освоении учебного материала, сложности в планировании режима дня. Отдельно следует сказать о тоске по дому и проблемах в адаптации к совместному проживанию в общежитии в одной комнате с другими студентами.

Таблица 9

Наиболее значимые факторы учебного стресса для иностранных студентов 1 курса

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
Напряженный график учёбы	Строгие преподаватели (0,875)	27,7
	Большая нагрузка (0,866)	
	Много готовить (0,723)	
Разочарование	Разочарование в профессии (0,869)	12,5
Трудности в усвоении учебного материала	Непонятные учебники (0,761)	8,9
Трудности планирования режима труда и отдыха	Нерациональное расписание (0,844)	7,6
	Трудности режима дня (0,762)	
Тоска по дому	Жизнь вдали от родителей (0,821)	6,3
Бытовой стресс	Проблемы совместного проживания в общежитии	5,8

Таблица 10

Структура и выраженность (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса (критерий Манна-Уитни)

Симптомы учебного стресса	1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		1-2 курс p=	3 курс (n=37)		1-3 курс p
	Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}		Me	Q_{25-75}	
Ощущение беспомощности	3,0	1,0-5,0	2,0	0,0-4,0	*	1,0	0,0-3,0	0,0016
Наплывы посторонних мыслей	3,0	1,0-5,0	2,0	1,0-4,0	*	1,0	0,0-3,0	0,0062
Плохая концентрация внимания	4,0	1,0-5,0	3,0	1,0-5,0	*	1,0	0,0-2,0	0,0001
Раздражительность, обидчивость	3,0	0,0-4,5	2,0	0,0-4,0	*	1,0	0,0-3,0	0,0338
Плохое настроение, депрессия	3,0	1,0-5,0	2,0	1,0-4,0	*	1,0	0,0-2,0	0,0033
Страх, тревога	3,0	1,0-5,0	1,0	0,0-3,0	0,0008	1,0	0,0-2,0	0,0013
Потеря уверенности, снижение самооценки	2,0	0,0-5,0	1,0	0,0-3,0	*	1,0	0,0-2,0	0,0180
Спешка, ощущение нехватки времени	4,0	2,0-7,0	3,0	1,0-5,0	0,022	1,0	0,0-4,0	0,0002
Плохой сон	4,0	1,0-6,0	3,0	0,0-6,0	*	2,0	0,0-4,0	0,0025
Проблемы в общении с преподавателями	2,0	0,0-5,0	2,0	0,0-4,0	*	3,0	1,0-5,0	*
Учащенное сердцебиение, боли в сердце	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Затрудненное дыхание	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	0,0	0,0-3,0	0,0	0,0-1,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Напряжение или дрожание мышц	1,0	0,0-3,0	0,0	0,0-2,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Головные боли	3,0	1,0-6,0	2,0	0,0-3,0	*	1,0	0,0-2,0	0,002
Низкая работоспособность, утомляемость	3,0	1,0-6,0	1,0	0,0-3,0	0,004	0,0	0,0-2,0	0,0000

Примечание: *Различия статистически не значимы

Сравнительный анализ степени выраженности симптомов учебного стресса (табл. 10) показал, что для студентов первого курса, по сравнению со вторым, наиболее выраженными были спешка, ощущение нехватки времени, страх и тревога, а также низкая работоспособность. Значимыми симптомами для 1 и 2 курсов были плохой сон и расстройства внимания.

Необходимо отметить, что перечисленные симптомы тесно взаимосвязаны и входят в структуру депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов, являющихся психопатологической основой суицидального поведения [31, 32, 33]. Целесообразно их раннее выявление и коррекция, которые возможны при реализации в рамках «дисциплин по выбору» программы стресс-менеджмента, направленной на обучение студентов конструктивным приёмам преодоления стресса (способы разрешения конфликтов, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методы релаксации и др.), грамотному планированию времени, методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, информирование о здоровом образе жизни с учётом биоритмов, режима дня и особенностей питания.

Таблица 11

Наиболее значимые факторы симптомов учебного стресса для иностранных студентов 1 курса

Наименование фактора	Составляющие фактора	% дисперсии
Астеническая субдепрессия	Ощущение беспомощности (0,799)	42,3
	Наплывы посторонних мыслей (0,829)	
	Плохая концентрация внимания (0,736)	
	Плохое настроение, депрессия (0,717)	
	Страх, тревога (0,775)	
	Потеря уверенности, снижение самооценки (0,733)	
	Спешка, ощущение нехватки времени (0,821)	
Психосоматические симптомы	Учащенное сердцебиение, боли в сердце (0,861)	15,8
	Затрудненное дыхание (0,795)	
	Проблемы с желудочно-кишечным трактом (0,832)	
	Головные боли (0,728)	

Таблица 12

Результаты теста GAD-7

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс	
	n	%	n	%	n	%
0 – None	37	44,0	31	69,0	22	59,5
1 – Mild	34	40,5	11	24,0	10	27,0
2 – Moderate	12	14,3	3	7,0	5	13,5
3 – Severe	1	1,2	0	0,0	0	0,0

Большинство психологических (ощущение беспомощности, наплывы посторонних мыслей, плохая концентрация внимания, раздражительность, обидчивость, плохое настроение, потеря уверенности, снижение самооценки, головные боли и низкая работоспособность) симптомов стресса были одинаково значимыми для студентов 1 и 2 курсов. Их значимость для третьекурсников статистически значимо снизилась.

При сравнении степени выраженности симптомов учебного стресса между студентами 2 и 3 курсов статистически значимые (p=0,004) различия выявлены по параметру расстройство внимания (более выраженное у второкурсников).

Сравнительный анализ значимости факторов показал, что для студентов 1 курса с суицидальными мыслями были более актуальны, чем для студентов без суицидальных мыслей, возникающие в ответ на факторы учебного стресса, страх и тревога (p=0,04), и их вегетативные проявления – учащенное сердцебиение и боли в сердце (p=0,006), затруднённое дыхание (p=0,004), проблемы с пищеварением (p=0,0005), головные боли (p=0,013).

Факторный анализ выявил 2 значимых фактора (табл. 11), отражающих симптомы учебного стресса у студентов 1 курса (58,1% дисперсии).

Обследование при помощи теста GAD-7 показало (таблица 12), что наибольшее число симптомов ГТР регистрировалось у студентов 1 курса – более чем половины (56%) со снижением (χ^2=6,29; df=1; p=0,013) на втором (31%) и незначительным повышением на третьем (40,5%). Повышение уровня тревоги на третьем курсе обусловлено началом обучения на клинических кафедрах, требующего общения и обследования пациентов при недостаточном знании русского языка (и недостатке пациентов, владеющих английским языком). Более того (OR=2,8; 95%; CI=1,2-6,5), обучение на 1 курсе сопряжено с риском возникновения генерализованной тревоги более чем в 2,5 раза, чем на втором курсе.

Таблица 13

Результаты теста DASS-21

Степень выраженности	1 курс		2 курс		3 курс	
	n	%	n	%	n	%
Депрессия						
Норма	58	69,0	37	82,2	33	89,2
Легко	10	11,9	3	6,7	2	5,4
Умеренная	14	16,7	5	11,1	1	2,7
Выраженная	2	2,4	0	0,0	1	2,7
Тревога						
Норма	42	50,0	29	64,4	24	64,9
Легко	15	17,9	8	17,8	4	10,8
Умеренная	10	11,9	5	11,1	5	13,5
Выраженная	6	7,1	2	4,4	2	5,4
Тяжелая	10	11,9	1	2,2	2	5,4
Стресс						
Норма	59	70,2	38	84,4	33	89,2
Легко	9	10,7	3	6,7	1	2,7
Умеренная	14	16,7	4	8,9	2	5,4
Выраженная	2	2,4	0	0,0	1	2,7

Таблица 14

Приёмы устранения (в баллах: от 1 до 10) симптомов учебного стресса (критерий Манна-Уитни)

Способы преодоления учебного стресса	1 курс		2 курс		1-2 курс	3 курс		1-3 курс
	Me	Q_{25-75}	Me	Q_{25-75}	p=	Me	Q_{25-75}	p
Употребление алкоголя	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-1,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Табакокурение	0,0	0,0-1,0	0,0	0,0-0,0	*	0,0	0,0-1,0	*
Употребляют наркотики	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	*	0,0	0,0-0,0	*
Употребляю больше еды	3,0	0,0-5,0	2,0	0,0-5,0	*	1,0	0,0-4,0	0,028
Смотрят телевизор	2,0	0,0-4,0	3,0	1,0-6,0	0,005	2,0	0,0-4,0	*
Пропуски занятий	1,0	0,0-3,0	1,0	0,0-3,0	*	1,0	0,0-2,0	*
Больше сплю	3,0	0,0-6,0	3,0	2,0-6,0	*	2,0	1,0-4,0	*
Общение с друзьями	4,0	2,0-6,0	5,0	3,0-6,0	*	5,0	2,0-6,0	*
Поддержка родителей	5,0	3,0-8,0	6,0	4,0-9,0	*	7,0	4,0-9,0	*
Прогулки на воздухе	5,0	3,0-8,0	6,0	4,0-8,0	*	6,0	5,0-8,0	0,049
Занимались спортом	3,0	0,0-5,0	5,0	3,0-8,0	0,0002	5,0	3,0-7,0	0,002
Посещаю бассейн	2,0	0,0-6,0	5,0	3,0-9,0	0,002	3,0	1,0-9,0	0,046
Компьютерные игры	1,5	0,0-5,0	3,0	0,0-5,0	*	3,0	1,0-5,0	*
Интернет	4,0	2,0-6,0	5,0	3,0-6,0	*	5,0	3,0-6,0	*
Читают художественную литературу	3,0	0,0-5,0	3,0	1,0-5,0	*	2,0	1,0-4,0	*
Лекарственные настойки	0,0	0,0-2,0	1,0	0,0-3,0	*	0,0	0,0-2,0	*
Принимают лекарства	0,5	0,0-4,0	1,0	0,0-2,0	*	0,0	0,0-3,0	*

Примечание: *Различия статистически не значимы

Анализ степень выраженности депрессии, тревоги и стресса (тест DASS-21) показал (табл. 13), что у студентов 1 курса депрессия была у 31%, у второго – 17,8% (χ^2=6,3; df=1; p=0,013) и у третьего – 10,8%. Вероятность развития депрессии (OR=2,6; 95% CI=1,2-5,7) у студентов 1 курса более чем в 2,5 раза выше, чем у второго.

Тревога различной степени выраженности наблюдалась у 50% студентов первого, 35,6% – второго и 35,1% третьего курсов (различия статистически не значимы).

Наибольшее число – 29,8% молодых людей, испытывающих стресс, было среди студентов первого курса со снижением на втором – до 15,6% и на третьем – до 10,8% (по сравнению с первым: χ^2=4,08; df=1; p=0,044). Отношение шансов (OR=3,5; 95% CI=1,0-13,0) свидетельствует, что обучение на первом курсе медицинского ВУЗа является фактором риска, более чем в 3 раза повышающее возможность возникновения стрессового напряжения.

Полученные данные совпадают с ранее проведёнными исследованиями [34, 35, 36] и подтверждают тот факт, что выраженность тревоги, депрессии и стрессового напряжения среди студентов-медиков максимальна на первом курсе и постепенно снижается к третьему, что свидетельствует об адаптации к учебному процессу и клинической работе.

Сравнительный анализ приёмов преодоления стресса студентами 1-3 курсов представлен в таблице 14.

Можно отметить, что студенты 2 курса достоверно чаще, чем первокурсники, для преодоления учебного стресса занимались спортом и смотрели телевизор, преимущественно на родном или английском языках. При этом преобладал просмотр фантастических и детективных сериалов, а также различных развлекательных программ, что мало способствовало адаптации к новой среде. Для студентов первого курса было более характерно переедание как способ преодоления учебного стресса, а третьекурсники чаще занимались спортом. Статистически значимых различий между 2 и 3 курсами не выявлено, что может отражать переходный этап адаптации.

Значительная часть – 19% студентов первого курса (табл. 15), для преодоления стресса употребляли алкогольные напитки, а со степенью значимости этого способа в 3-6 баллов – 9 (10,7%) человек. Среди студентов 2 курса со степенью значимости 3-5 баллов было 3 (6,7%) человека. Студенты 3 курса употребляли алкоголь статистически значимо чаще (χ^2=6,54; df=1; p=0,011), чем первого – соответственно 43,2% и 19%. Кроме того, нередко отмечалось употребление наркотиков и табакокурение.

Таблица 15

Химические аддикции, как способ преодоления стресса

Вещество	1 курс (n=84)		2 курс (n=45)		3 курс (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Табак	25	29,8	9	20,1	13	35,1
Алкоголь	16	19,0	14	31,1	16	43,2
Наркотики	11	13,1	8	17,8	2	5,4
Лекарственные настойки и нерецептурные седативные препараты	52	63,4	28	62,2	20	54,1

Кроме того, более половины студентов на всех курсах принимали седативные лекарственные настойки и нерецептурные седативные препараты. Такой высокий удельный вес применения химических веществ для преодоления стресса является фактором риска формирования аддиктивного поведения и зависимостей. При этом студенты, у которых возникали мысли о нежелании жить в период адаптации, чаще, чем лица без суицидальных мыслей, принимали настои трав (p=0,002) и нерецептурные седативные препараты (p=0,016) для преодоления стрессового напряжения. Кроме того, значительная часть молодых людей в силу стресса употребляли больше пищи. Так со степенью значимости этого способа в 6-10 баллов на 1 курсе было 21,5% студентов, на втором – 20,0%, на третьем – 10,8%.

Установлено, что у студентов 1 курса, употребляющих алкоголь и наркотики, в период адаптации были более выражены страх и беспокойство, чем у непринимающих (U=397; p=0,0033). Они чаще намеренно пропускали занятия (U=412,5; p=0,006), поэтому имели задолженности с необходимостью отработки пропусков (U=435; p=0,014). Последнее вызывало у них бо̀льший стресс, чем у непринимающих алкоголь и наркотики. Они больше спали в выходные дни (U=471; p=0,029), больше гуляли и позже возвращались домой (U=1245,5; p=0,0009). Кроме того, они чаще (U=311,5; p=0,038), чем неупотребляющие алкоголь и наркотики, испытывали негативное влияние на взаимодействие с другими людьми из-за религии.

С целью профилактики суицидального поведения иностранных студентов, формирующегося в связи с социально-психологической дезадаптацией, связанной с высоким уровнем тревожности в первые месяцы адаптации, за каждой группой закреплен куратор из числа преподавателей. В задачи куратора входит знакомство студентов с особенностями культуры страны пребывания, правилами внутреннего трудового распорядка учебного заведения, знакомство с основными правилами общежития, помощь в решении бытовых вопросов и ряд других.

Заключение.

Таким образом, в результате исследования установлено, что студенты-иностранцы, приезжающие в Россию для обучения медицине, в периоде адаптации переживают стрессовое напряжение, в значимом числе случаев (до 44%) приводящее к возникновению внутренних форм суицидального поведения. В то же время при ретроспективой оценке (через год-два) студентами эта цифра значительно снижается, что обусловлено успешным приспособлением большинства обучающихся к новым условиям жизни и снижением актуальности прежних проблем в адаптации. У студентов с внутренними формами суицидального поведения обнаруживается более высокий уровень стресса, астенический и тревожно - субдепрессиный синдромы, чем у студентов без суицидальных мыслей. Также, студенты, у которых в первые месяцы учёбы били мысли о бессмысленности жизни и нежелании жить, были менее уверены в правильности выбора профессии врача, которая потеряла для них привлекательность.

Для студентов с суицидальным поведением особенно значимыми были проблемы совместного проживания в общежитии, конфликты с одногруппниками, разочарование в профессии врача и проблемы в личной жизни.

Для преодоления стресса студенты 2 и 3 курсов чаще выбирали занятие спортом, чем первокурсники, а те, для кого были характерны суицидальные переживания, чаще выбирали пассивные способы – употребление настоев трав и нерецептурных седативных препаратов. С 1 по 3 курс наблюдается рост числа иностранных студентов, употребляющих алкоголь и прибегающих к табакокурению.

Профилактика состояний социально-психологической дезадаптации, аддиктивного и суицидального поведения, требует разработки программы стресс-менеджмента. Такая программа должна являться частью учебного процесса, реализовываться в рамках «дисциплин по выбору», иметь теоретический и практический (тренинговый) блоки и решать следующие задачи:

1. Обучение студентов грамотному планированию времени, знакомство с основными требованиями к учебному процессу. Уделяется внимание методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, развитие навыков самопрезентации и осведомленности в этапах построения карьеры.

2. Информирование студентов о миграционном и учебном стрессе; обучение приёмам разрешения конфликтов, преодоления стрессового напряжения и способам адаптации в микросоциальном окружении, преодоления ауто- и гетероагрессивных тенденций, методам релаксации и др. Особое внимание должно уделяться студентам, склонным к депрессивным реакциям и формированию внутренних форм суицидального поведения.

3. Информирование о здоровом образе жизни с учётом биоритмов, режима дня и особенностей питания, конструктивных методах борьбы со стрессом.

Реализация такой программы будет способствовать преодолению миграционного и учебного стресса, улучшит адаптационные возможности.

Литература:

1. Mori S. Addressing the Mental Health Concerns of International Students. *Journal of Counseling and Development*. 2000; 78 (2): 137-44.
2. Rice G.H., Dellwo J.P. Perfectionism and Self-Development: Implications for College Adjustment. *Journal of Counseling and Development*. 2002; 80 (2): 188-196.
3. Булгакова Я.В., Семилетова В.А., Натарова А.А. Мотивационные особенности российских и иностранных студентов при адаптации к учебному процессу. *Организационные и методические основы учебно-воспитательной работы в медицинском ВУЗе*. 2010; 2: 186-7.
4. Кошелева Е.Ю., Амартей Дж.А. Влияние факторов стресса на адаптацию к академическому процессу в российском вузе иностранных и российских студентов. *Альманах современной науки и образования*. 2015; 4: 95-8.
5. Wang C.C., Andre K., Greenwood K.M. Chinese students studying at Australian universities with specific reference to nursing students: a narrative literature review. *Nurse Educ. Today*. 2015; 35 (4): 609-619.
6. Камара Ишака. Иностранные студенты в российском вузе: социокультурные особенности адаптации и профессиональной социализации: Автореф. дис. … канд. социол. наук. Краснодар, 2014. 27 с.
7. Миронов С.В. Состояние здоровья российских и иностранных студентов медицинского ВУЗа и пути улучшения их медицинского обслуживания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 25 с.
8. Radcliffe C., Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med. Educ.* 2003; 37 (1): 32-38.
9. Vaez M. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants: PhD Thesis. Stockholm, 2004. 62 p.
10. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 4: 52-54.

Reference:

1. Mori S. Addressing the Mental Health Concerns of International Students. *Journal of Counseling and Development*. 2000; 78 (2): 137-44.
2. Rice G.H., Dellwo J.P. Perfectionism and Self-Development: Implications for College Adjustment. *Journal of Counseling and Development*. 2002; 80 (2): 188-196.
3. Bulgakova YA.V., Semiletova V.A., Natarova A.A. Motivatsionnye osobennosti rossijskikh i inostrannykh studentov pri adaptatsii k uchebnomu protsessu [Motivational features of Russian and foreign students in adapting to the educational process]. *Organizatsionnye i metodicheskie osnovy uchebno-vospitatel'noj raboty v meditsinskom VUZe [Organizational and methodical bases of educational work in medical University]*. 2010; 2: 186-7. (In Russ)
4. Kosheleva E. YU., Amartej Dzh. A. Vliyanie faktorov stressa na adaptatsiyu k akademicheskomu protsessu v rossijskom vuze inostrannykh i rossijskikh studentov [Influence of stress factors on adaptation to the academic process in the Russian University of foreign and Russian students]. *Al'manakh sovremennoj nauki i obrazovaniya [Almanac of modern science and education]*. 2015; 4: 95-8. (In Russ)
5. Wang C.C., Andre K., Greenwood K.M. Chinese students studying at Australian universities with specific reference to nursing students: a narrative literature review. *Nurse Educ. Today*. 2015; 35 (4): 609-619.
6. Kamara Ishaka. Inostrannye studenty v rossijskom vuze: sotsiokul'turnye osobennosti adaptatsii i professional'noj sotsializatsii [Foreign students in the Russian University: sociocultural features of adaptation and professional socialization]: avtoref. dis. … kand. sotsiol. nauk. Krasnodar, 2014. 27 s. (In Russ)
7. Mironov S.V. Sostojanie zdorov,ja rossijskih i inostrannyh studentov medicinskogo vuza i puti uluchshenija ih medicinskogo obsluzhivanija [State of health of Russian and foreign medical students and ways to improve their medical care]: avtoref. dis. … kand. med. nauk. M., 2014. 25 s. (In Russ)
8. Radcliffe C., Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med. Educ.* 2003; 37 (1): 32-38.
9. Vaez M. Health and quality of life during years at university, studies on their development and determinants: PhD. Thesis. Stockholm, 2004. 62 p.
10. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V. Nekotorye aspekty suicidal,nogo povedenija uchawejsja molodezhi i vozmozhnye puti preduprezhdenija [Some aspects of suicidal behavior of students and possible ways of prevention]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian journal of psychiatry and narcology]*. 2011; 4: 52-4. (In Russ)

11. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski Ł., Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2016; 13 (2): Art. 212. URL: http://www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212/htm
12. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6 (2): 128-133.
13. Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А., Есин А.В., Самохин Д.В., Щукина Е.П. Условия формирования суицидального поведения у студентов медицинского ВУЗа. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 49-54.
14. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения: возрастной аспект. *Академический журнал Западной Сибири.* 2013; 9 (3): 52-54.
15. Abdulghani H.M., Al Kanhal A.A., Mahmoud E.S., Ponnamperuma G.G., Alfaris E.A. Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *J. Health Popul. Nutr.* 2011; 29 (5): 516-522.
16. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., Almudhaibery F.S., Alyahya A.Z Perceived stress and associated factors among medical students. *J. Family Community Med.* 2016; 23 (3): 166-171.
17. Burger P.H.M., Scholz M. Gender as an underestimated factor in mental health of medical students. *Ann. Anat.* 2018; 218: 1-6.
18. Setko N.P., Bulycheva E.V., Beilina E.B. Hygienic estimation of functional reserves and adaptive capabilities of students. *Gig. Sanit.* 2017; 96 (2): 166-170.
19. Al-Kaabba A.F., Saeed A.A., Abdalla A.M., Hassan H.A., Mustafa A.A. Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *J. Family Community Med.* 2011; 18 (1): 8-12.
20. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. *J. Biomed. Educ.* 2015; 2015: Art. 149509. URL: https://www.hindawi.com/journals/jbe/2015/149509/.
21. Silva V., Costa P., Pereira I., Faria R., Salgueira A.P., Costa M.J., Sousa N., Cerqueira J.J., Morgado P. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med. Educ*. 2017; 17 (1): 184.
22. Egnew T.R., Lewis P.R., Schaad D.C., Karuppiah S., Mitchell S. Medical student perceptions of medical school education about suffering: a multicenter pilot study. *Fam. Med.* 2014; 46 (1): 39-44.
23. Chen L., Zhao R.L., Chen H. Association between coping styles and non-suicidal self-injury among undergraduate students in Wuhan. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2017; 38 (12): 1607-1610.
24. Dunn L.B., Iglewicz A., Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad. Psychiatry*. 2008; 32 (1): 44-53.
25. Chang E., Eddins-Folensbee F., Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad. Psychiatry.* 2012; 36 (3): 177-182.
26. Egnew T.R., Lewis P.R., Meyers K.R., Phillips W.R. The suffering medical students attribute to their undergraduate medical education. *Fam. Med.* 2018; 50 (4): 296-299.
27. Щербатых Ю.В. Психология стресса. М.: Эксмо, 2006. 304 с.
28. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Intern. Med*. 2006; 166 (10): 1092-1097.
29. Lovibond P.F, Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 335–342.
30. Васильева Л.Н., Щепеткова С.С. О суицидальном риске у студентов-медиков. *Историческая и социально - образовательная мысль.* 2015; 7 (3): 179-183.
31. Nasrallah H. A., Smeltzer D. J. Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia. Newtown, Pa: Handbooks in Health Care Co., 2002. 248 p.

11. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski Ł., Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2016; 13 (2): Art. 212. URL: http://www.mdpi.com/1660-4601/13/2/212/htm.
12. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6 (2): 128-33.
13. Chritinin D.F., Sumarokova M.A., Esin A.V., Samokhin D.V., Shchukina E.P. Conditions of suicidal behavior formation among medical college students. *Suicidology*. 2016; 7 (2): 49-54. (In Russ)
14. Zotov P.B. Psychotherapy of suicidal behavior in different age groups. *Academic Journal of West Siberia.* 2013; 9 (3): 52-54. (In Russ)
15. Abdulghani H.M., Al Kanhal A.A., Mahmoud E.S., Ponnamperuma G.G., Alfaris E.A. Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *J. Health Popul. Nutr.* 2011; 29 (5): 516-522.
16. Saeed A.A., Bahnassy A.A., Al-Hamdan N.A., Almudhaibery F.S., Alyahya A.Z Perceived stress and associated factors among medical students. *J. Family Community Med.* 2016; 23 (3): 166-171.
17. Burger P.H.M., Scholz M. Gender as an underestimated factor in mental health of medical students. *Ann. Anat.* 2018; 218: 1-6.
18. Setko N.P., Bulycheva E.V., Beilina E.B. Hygienic estimation of functional reserves and adaptive capabilities of students. *Gig. Sanit.* 2017; 96 (2): 166-170.
19. Al-Kaabba A.F., Saeed A.A., Abdalla A.M., Hassan H.A., Mustafa A.A. Prevalence and associated factors of cigarette smoking among medical students at King Fahad Medical City in Riyadh of Saudi Arabia. *J. Family Community Med.* 2011; 18 (1): 8-12.
20. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among Medical Students and Its Association with Substance Use and Academic Performance. *J. Biomed. Educ.* 2015; 2015: Art. 149509. URL: https://www.hindawi.com/journals/jbe/2015/149509/.
21. Silva V., Costa P., Pereira I., Faria R., Salgueira A.P., Costa M.J., Sousa N., Cerqueira J.J., Morgado P. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med. Educ.* 2017; 17 (1): 184.
22. Egnew T.R., Lewis P.R., Schaad D.C., Karuppiah S., Mitchell S. Medical student perceptions of medical school education about suffering: a multicenter pilot study. *Fam. Med.* 2014; 46 (1): 39-44.
23. Chen L., Zhao R.L., Chen H. Association between coping styles and non-suicidal self-injury among undergraduate students in Wuhan. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2017; 38 (12): 1607-1610.
24. Dunn L.B., Iglewicz A., Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad. Psychiatry.* 2008; 32 (1): 44-53.
25. Chang E., Eddins-Folensbee F., Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad. Psychiatry.* 2012; 36 (3): 177-182.
26. Egnew T.R., Lewis P.R., Meyers K.R., Phillips W.R. The suffering medical students attribute to their undergraduate medical education. *Fam. Med.* 2018; 50 (4): 296-299.
27. Shcherbatykh Yu.V. Psychology of stress [Psychology of stress]. M.: Eksmo, 2006. 304 p. (In Russ)
28. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Intern. Med*. 2006; 166 (10): 1092-1097.
29. Lovibond P.F, Lovibond S.H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 335–342.
30. Vasil`eva L.N., Shchepetkova S.S. About suicidal risks of medical students [About suicidal risk in medical students]. *Historical and social educational ideas [Historical and socio-educational thought]*. 2015; 7 (3). 179-183. (In Russ)
31. Nasrallah, H. A., Smeltzer D. J. Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia. Newtown, Pa: Handbooks in Health Care Co., 2002. 248 p.

32. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Влияние коморбидности аффективных и личностных расстройств на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода и суицидальное поведение. *Суицидология.* 2014; 5 (3): 47-52.
33. Labouliere C.D., Kleinman M., Gould S. When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2015: 12 (4): 3741-3755.
34. Bazmi Inam S.N. Anxiety and Depression among Students of a Medical College in Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences, Qassim University*. 2007; 1 (2): 295-300.
35. Jadoon N.A., Yaqoob R., Raza A., Shehzad M.A., Choudhry Z.S. Anxiety and depression among medical students: A cross-sectional study. *J. Pak. Med. Assoc*. 2010; 60: 699-702.
36. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc*. 2015; 65 (7): 753-755.

32. Yakovleva AL, Simutkin G.G. The influence of comorbidity of affective and personality disorders on the main clinical characteristics of the current depressive episode and suicidal behavior. *Suicidology.* 2014; 5 (3): 47-52. (In Russ)
33. Labouliere C.D., Kleinman M., Gould S. When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2015: 12 (4): 3741-3755.
34. Bazmi Inam S.N. Anxiety and Depression among Students of a Medical College in Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences, Qassim University*. 2007; 1 (2): 295-300.
35. Jadoon N.A., Yaqoob R., Raza A., Shehzad M.A., Choudhry Z.S.. Anxiety and depression among medical students: A cross-sectional study. *J. Pak. Med. Assoc*. 2010; 60: 699-702.
36. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc*. 2015; 65 (7): 753-755.

SUICIDAL BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF PROTECTIVE METHODS OF OVERCOMING MIGRATION AND EDUCATIONAL STRESS BY FOREIGN STUDENTS

V.V. Ruzhenkova

Belgorod National Research University, Belgorod, Russia; ruzhenkova@bsu.edu.ru

Abstract:

Medical students who come to study in another country experience certain difficulties in adapting to the norms and values of the host culture, as well as significant academic stress, accompanied by anxiety and depression. This study aimed to develop recommendations for overcoming the educational stress by medical students who came from other countries on the basis of studying its prevalence, phenomenological manifestations and determining factors. Material and methods. A solid sample consisting of 166 students from 1 to 3 courses was examined using the medico-sociological and psychometric methods. All students arrived from the countries of the Middle East and India, do not speak Russian and was trained in the intermediate language (English) at the medical institute. Nonparametric statistical methods were used to process the results. Results. It is found that foreign students in the first months of adaptation experienced stress, which was accompanied by internal forms of suicidal behavior in 44% of cases. At the same time, the severity of suicidal thoughts on a 10 point scale was 5-9 points in 29.7% of first-year students, 27.3% in sophomores and 14% in third-year students. The main symptoms of stress are the influx of extraneous thoughts, depression, irritability, anxiety, as well as vegetative symptoms (rapid heartbeat, shortness of breath, headaches, and problems with the gastrointestinal tract) that are part of the depressive and anxiety-depressive syndromes which are the psychopathological basis for the occurrence of suicidal behavior. It should be noted that suicidal thoughts were more frequent among students experiencing medium and serious difficulties during their studies (U=630.0; Z = -2.16; p=0.031). The probability of depression in first-year students is 2.6 times higher (OR=2.6; 95%; CI=1.2-5.7) than in the second and is found in 31% and 17.8% of students, respectively (χ^2=6.3; df=1; p=0.013). Anxiety of varying severity was observed in 50% of 1st-year students and 35% of the second and third. To overcome the stress, students use infusions of herbs and non-prescription sedative drugs. At the same time, students who had suicidal thoughts in the period of adaptation, more often than students without suicidal thoughts, took infusions of herbs (p=0.002) and non-prescription sedatives (p=0.016) to overcome the stress. From 1 to 3 courses there is an increase in the number of foreign students who use alcohol and who resort to tobacco smoking. The conclusion. This requires training students in constructive ways to overcome stress, proper time planning, methods of optimal work with educational literature, which will help to overcome migration and educational stress, and will improve adaptive opportunities.

Keywords: educational stress, migration stress, medical students, suicidal behavior, autoaggressive behavior

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Руженкова В.В. Суицидальное поведение в структуре защитных способов преодоления миграционного и учебного стресса иностранными студентами. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 47-60. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-46-60

For citation: Ruzhenkova V.V. Suicidal behavior in the structure of protective methods of overcoming migration and educational stress by foreign students. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 47-60. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-47-60

УДК 616.89-008.441.13 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-61-73

КЛИНИЧЕСКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

А.Р. Асадуллин, Э.А. Ахметова, А.И. Насифуллин, У.Г. Бадретдинов, Б.Л. Урицкий

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Асадуллин Азат Раилевич – психиатр-нарколог, доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3740-7843; ORCID iD: 0000-0001-7148-4485; Researcher ID: A-7168-2018). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3; старший научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Электронный адрес: droar@yandex.ru

Ахметова Эльвина Аслямовна – психиатр-нарколог, кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5905-3220; ORCID iD: 0000-0003-4053-6232; Researcher ID: A-7166-2018). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3; младший научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева 3. Электронный адрес: aea1202@yandex.ru

Насифуллин Азат Ильгизович (ORCID iD: 0000-0002-9790-9389; Researcher ID: Y-8110-2018). Место учёбы: студент 5 курса ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Электронный адрес: nasifullin.azat@gmail.com

Бадретдинов Урал Гумерович – психиатр (SPIN-код: 1854-0206; ORCID iD: 0000-0002-2227-3996; Researcher ID: R -4608-2018). Место работы и должность: аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Электронный адрес: gbadretdinov@yandex.ru

Урицкий Борис Леонидович – психиатр-нарколог, кандидат медицинских наук, доцент (ORCID iD: 0000-0002-8680-8080; Researcher ID: Y-8496-2018). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Электронный адрес: boleur@mail.ru

В статье представлены данные обзора литературы и материал собственных исследований авторов, раскрывающий феномен суицидального поведения у зависимых от синтетических катинонов (СК) – нового поколения «дизайнерских» синтетических наркотических средств. Описаны основные сходства и различия патогенетических нейробиологических механизмов формирования аддиктивного и суицидального поведения. Цель статьи: анализ ассоциации суицидального поведения и тревоги, и выявление их распространённости среди зависимых от синтетических катинонов. Материал и методы: Обследовано 349 человек, в том числе 182 мужчины (23,7±0,8 лет) с сформированной зависимостью от стимуляторов (F15.2) и 167 здоровых лиц (22,8±0,6 года). Клинико-психопатологическим методом оценивалось суицидальное поведение, тревога в различные стадии интоксикации синтетическими катионами. Дополнительно проводилось генетическое исследование. Была выделена ДНК (фенолхлороформный метод) и проведён анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных локусов rs6313 гена *HTR2A* и rs6296 гена *HTR1B*, определена ассоциация результатов генотипирования с отдельными формами суицидально поведения. Результаты: определено значительное превышение уровня суицидального поведения у зависимых от СК по сравнению со здоровыми лицами (p=0,0063). Так, внешние формы суицидального поведения были выявлены у 40,7% (n=75) лиц, зависимых от СК, среди здоровых – лишь в 6,6% (n=11). Внутренние формы суицидального поведения присутствовали у 61,0% (n=111) пациентов и 15,6% (n=26) мужчин контрольной группы. Было показано, что наличие тревоги в состоянии интоксикации и длительной абстиненции зависимых от СК повышает риск суицида: выявлена статистически значимая ассоциация между наличием тревоги, выявленной при клиническом интервьюировании, в структуре синдрома отмены СК и суицидальными попытками (p=0,028919; χ^2=4,77257); наличие тревоги в период длительной абстиненции (P=0,002378; χ^2=9,23274). Проведённый анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных локусов rs6313 гена *HTR2A* и rs6296 гена *HTR1B* не выявил статистически значимых различий между больными и здоровыми индивидами. Анализ данных выявил наличие статистически значимой ассоциации частот полиморфных локусов генотипа rs6313**C/*C* гена *HTR2A* с внутренней формой суицидального поведения (χ^2=9,146; p=0,01) у зависимых от синтетических катинонов. Выводы: 1. Определено значительное превышение уровня суицидального поведения у зависимых от СК по сравнению со здоровыми лицами. 2. Тревога в состоянии интоксикации и длительной абстиненции зависимых от СК ассоциируу-

ется с повышением суицидальной активности. 3. Маркером повышенного риска формирования суицидальных мыслей у зависимых от синтетических катинонов является генотип rs 6313**C/*C* гена *HTR2A*.

Ключевые слова: синтетические катиноны, тревога, суицидальное поведение, наркомания, серотонинергическая система, *HTR2A*(rs6313), *HTR1B*(rs6296)

Самоубийство наносит большой урон общественному здравоохранению, в связи с чем, снижение смертности, связанной с суицидом, является «глобальной целью» системы охраны здоровья во всём мире [1]. Распространённость попыток самоубийства в течение всей жизни составляет около 3,6% для популяции в целом, а ежегодные общие потери от добровольного ухода из жизни по расчётам ВОЗ могут достигать одного миллиона человек [1, 2]. Однако самоубийство является серьёзной проблемой не только для населения в целом, но и для людей, страдающих от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, среди которых попытки суицида наблюдаются значительно чаще [3]. Другой важной медицинской и социальной проблемой является выход на рынок, так называемых «дизайнерских наркотиков», которые внесли свою лепту в рост показателей, характеризующих суицидальное поведение.

Факторы риска формирования суицидального поведения.

Депрессия и тревога вносят значительный вклад в суицидальное поведение на протяжении всей жизни. Исследования показывают, что межличностные конфликты, импульсивная агрессия, антиобщественное поведение, а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами являются более характерными для суицидального поведения подростков и молодых людей [3, 4]. Самый высокий риск развития суицида предполагается при сочетании расстройства настроения с другими состояниями, которые либо увеличивают дистресс (паническое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство), либо уменьшают самоконтроль (антиобщественное поведение, злоупотребление психоактивными веществами). Развитие высокоимпульсивно-агрессивного поведения и признаков повышенной тревожности может коррелировать с когнитивными нарушениями, и быть вызванными не полностью развитыми префронтальными кортикальными системами подростков и молодых людей. Потребление психоактивных веществ (ПАВ) также ассоциировано с нарушением развития данных областей мозга [5].

ПАВ и суицидальное поведение.

Следует отметить, что проблемы психического здоровья являются наиболее распространённым и наиболее изученным фактором риска, связанным с суицидальными идеями, попытками самоубийства и завершенным самоубийством. Около 90% всех самоубийц соответствовали диагностическим критериям одного или нескольких психических расстройств [6]. Люди, злоупотребляющие алкоголем и/или наркотиками или зависимые от них, совершают попытки самоубийства почти в шесть раз чаще, чем люди, не злоупотребляющие этими веществами [7].

Известно, что распространённость попыток самоубийства на протяжении всей жизни для людей, страдающих от героиновой зависимости, составляет около 30% [8]. Самоубийство является одной из известных причин смертности среди лиц, злоупотребляющих опиатами, поскольку попытка самоубийства среди людей, зависимых от опиатов, встречается почти в 13,5 раз чаще, чем среди населения в целом [9]. Республика Башкортостан (РБ) относится к регионам с высокой суицидальной активностью. На фоне тенденции к снижению общей летальности в РБ от суицидов, отмечается повышение уровня от смертности среди лиц от 12 до 30 лет [10].

В исследовании K.A. O'Neil-Rodriguez и соавт. [11], 58% молодых людей с диагнозом тревожное расстройство сообщали о суицидальных мыслях. Некоторые исследования выявили связь между тревожностью и самоубийством независимо от депрессии [12]. Суицидальное поведение у лиц, употребляющих синтетические катиноны (СК), признано второй по частоте причиной смертности средилиц, потребляющих и зависимых от СК [13].

Синтетические катиноны – искусственно синтезированные соединения, копирующие эффект «классических» алкалоидов катинона (cathinone), и катина (cathine), которые изначально содержатся в вечнозеленом кустарнике Catha Edulis [14], но имеющие иную молекулярную структуру [15]. Кат – цветущий вечнозелёный медленно растущий кустарник, произрастающий в диком виде, преимущественно, в западной части Африки и на юго-западе Аравийского полуострова. Был впервые описан шведским ботаником Питером Форскалем во время экспедиции в Египет и Йемен в 1761-

1763 гг. [16]. На протяжении веков, в этих регионах была сформирована традиция многочасового жевания свежих листьев ката, особенно во время тяжелой монотонной работы, скорее всего с целью стимуляции активности [16]. Однако историками описывается употребление листьев ката в рекреационных и религиозных целях [17]. Впервые изомер норэфедрина (норпсевдоэфедрин) («cathine») был выделен из растения ката Wolfes (1930). Позднее, G.A. Alles с соавт. (1961), описал, что катин обладает выраженным стимулирующим действием. Учитывая высокий интерес к психоактивным веществам в то время, кат и катин были предметом крупной статьи в New York Times. Однако вскоре было показано, что «катин» сохраняется только в свежих листьях или экстракте и его эффект резко снижается при их хранении, а сам катин разрушается [16]. В то же время, было отмечено, что даже на фоне длительного хранения экстракт листьев ката вызывал эффекты одурманивания, что позволило предположить наличие других ПАВ, помимо катина [16]. Синтез одного из первых синтетических аналогов катинона - мефедрона был описан Saemde Burnaga Sanchez в 1929 г., как стимулятора для центральной нервной системы (ЦНС) [18]. Только в 1979 г. под эгидой ООН была проведена серия исследований, завершившихся окончательной идентификацией «более сорока алкалоидных компонентов в листьях ката» (UN Document, 1979). Рабочая группа ООН выделила (-) α-аминопропиофенон из листьев ката в 1975 г. и назвала его веществом «катинон» [16]. Далее были синтезированы ещё несколько подобных соединений, однако, о злоупотреблениях синтетическими катинонами не сообщалось до начала 2000-х годов. С 2009 г. начинается постепенная идентификация и запрет соединений, объединённых под общим термином синтетические катиноны [16]. Весьма примечательно, что многие агенты, называемые в настоящее время синтетическими катинонами, были первоначально исследованы как аноректические агенты или центральные стимуляторы (запатентованные, прежде всего, фармацевтической промышленностью) в 1960-е годы или ранее [15]. Kalix P. (1992) был первым, кто назвал катинон «естественным амфетамином» и предположил общность их механизмов действия на моноаминном уровне. Тем не менее, по мнению авторитетных исследователей, правовое регулирование синтетических катинонов практически невозможно, ввиду достижений современной химии, которое удешевило и упростило процесс синтеза.

Механизм действия СК происходит путём взаимодействия с транспортерами моноаминов, среди которых ведущую роль занимают специфический транспортер дофамина (DAT), транспортер норадреналина (NET) и транспортера серотонина (SERT) в результате которых происходит повышение концентрации этих биогенных аминов в синаптической щели [15, 16]. К основным психоактивным эффектам синтетических катинонов, можно отнести следующие: усиление произвольного внимания, возникновение чувства эмпатии, эйфорию, стремление к общению, ускорение темпа речи, усиление чувственного восприятия, сенсорную гиперакузию, снижение аппетита, различного рода инсомнические нарушения, повышение либидо, усиление моторной активности, повышение выносливости и повышенная суицидальная готовность. Согласно клиническим опросам потребителей синтетических катинонов, в состоянии одурманивания возникают ряд «побочных» симптомов, как со стороны психической сферы, так и стороны соматического состояния. Однако для формирования зависимости, необходимо нарушение не только транспортной, но и, прежде всего, рецепторной функции данных нейротрансмиттеров, прежде всего дофамина и серотонина. Для наркомании, обусловленной употреблением СК характерно достаточно быстрое развитие и формирование зависимости – в течение 1,5-3 месяцев от первого употребления. Стержневыми проявлениями абстинентного синдрома являются расстройства аффективного спектра, чаще всего тревожная депрессия, стойкие инсомнические нарушения, флэшбеки, снижение аппетита, неусидчивость, транзиторные эпизоды простейших слуховых галлюцинаций [15, 19]. Наиболее характерные симптомы приёма катинонов – гипертермия, ажитация, страх и нарушения сна – длятся от 16 до 96 часов, обычно их связывают с краткосрочным нарушением функции DAT и SERT, а явления абстиненции и постабстинентной астении связывают с долгосрочной нейротоксичностью дофамина (DA) и серотонина (5-HT) [15]. Несмотря на индуцированную СК кратковременную потерю функции DAT и SERT, стойкие нарушения были зарегистрированы только в системе 5-HT. Через семь дней после начала введения высоких

доз СК (мефедрона) линиям инбредных мышей было отмечено снижение активности SERT в гиппокампе и содержания 5-HT на 60% и 45% соответственно [16]. Как было отмечено, инициация суицидального поведения – одного из самых грозных осложнений потребления СК. При этом, лишение жизни через повешение – самый частый метод самоубийства среди потребителей данного вида наркотических средств. Далее, по степени распространённости, способом суицида идет использование огнестрельного оружия. На третьем месте – самопорезы вен в локтевых сгибах и преднамеренное падение с высоты (дома, мосты) [15].

Области мозга, связанные с аутоагрессией и аддикцией.

Результаты лабораторных исследований на животных и клинических исследований на людях, в том числе современных нейровизуализационных и молекулярно биологических, показали, что лимбическая система, а особенно, миндалевидное тело, связано с обработкой эмоционально значимых событий, включая аутоагрессию. Как известно, лимбическая система состоит из нескольких компонентов, осуществляют, в том числе, поведенческий контроль. Исследования показали, что миндалевидное тело опосредует агрессию, страх, защитные реакции, эмоциональное обучение и мотивацию [20, 21]. Миндалевидное тело и гипоталамус участвуют в эмоциях гнева и страха [22]. Следует отметить, что с эмоциями, в дополнение к подкорковым областям, также связаны и ряд корковых областей мозга: дорсолатеральная префронтальная кора и орбитофронтальная зона. Считается, что они участвуют в модуляции эмоций, интегрируя полученные данные из миндалины и других медиальных височных областей и сенсорных входов [23]. Ряд исследований показывают, что в данных участках формируется обработка целенаправленного поведения, и повреждение или дисфункция в любой из этих областей частично или полностью, может приводить к проблемам с контролированием эмоций и последующими трудностями с подавлением экзо-, или аутоагрессивного поведения [24, 25]. Так, J. Grafman с соавт. [26], исследуя агрессивность у ветеранов вьетнамской войны, перенесших проникающие травмы головы во время службы, показали, что у пациентов с поражением лобной вентромедиальной области, показатели шкалы агрессии / насилия постоянно демонстрировали значительно более высокие значения, чем у пациентов с поражениями в других областях мозга. Kois L.E. с соавт. [27], исследуя импульсивность и агрессию комбатантов Иракского конфликта, пришли к выводу, что повреждения лобной доли в результате черепно-мозговой травмы, были связаны с импульсивным и суицидальным поведением. Исследование пациентов с болезнью Альцгеймера, имеющих проблемы с поведенческой расторможенностью и без, показали структурные нарушения в дорсолатеральной префронтальной коре и орбитофронтальной зоне, в группе пациентов с аутоагрессивным поведением [28]. Вышеописанные области мозга и нейромедиаторы участвуют в системе вознаграждения и формировании наркотической зависимости. Koob G.F. [29] описал основные дисфункции, задействованные в формировании зависимости от наркотических веществ, в различных лимбических областях, базолатеральной миндалине и гиппокампе, чьи глутаматергические проекции восходят к миндалине через медиальную префронтальную кору. Современное исследования J. Marusich с соавт. [30], проведённое на линии беспородных крыс - альбиносов Sprague-Dawley показало влияние синтетических катинонов (α-PVP и 4MMC) на снижение серотонина в миндалевидном теле, гиппокампе, амигдале и префронтальной коре. Интересно, что указанные СК не влияли на уровень дофамина, несмотря на его функциональное воздействие на дофаминергическую систему.

Роль серотонинергической системы в формировании суицидального поведения.

Как было отмечено ранее медиальная префронтальная кора играет важную роль в исполнительной функции, оказывая нисходящее управление на подкорковые области. Кроме того, была описана функциональная модель, раскрывающая важное модулирующее значение серотонинергической системы при формировании аддикций, путём взаимодействия с дофаминовой системой [15, 31]. С момента активного изучения нейробиологических механизмов было предположено, что суицидальное поведение опосредуется, в основном, особенностями серотонинергической системы. Принято считать, что наиболее последовательная нейробиологическая аномалия в генезе суицидального поведения – это предположенная в 1957 году, B.B. Brodie и P.A. Shore концепция нарушения активности 5-HT системы [32].

Нарушения в количестве (плотности) 5-HT нейронов, транспорта серотонина, блокада 5-HT рецепторов и уровни серотонина в вышеописанных областях мозга определённо связаны с суицидальным поведением [13]. Исследования последних десятилетий, подтвердили причастность серотонинергической системы к аутогрессивному поведению и формированию зависимости. Так G.L. Brown и соавт. [33], изучив взрослых новобранцев ВМС США, обнаружили, что исследуемые с попыткой самоубийства в анамнезе имели более высокий уровень агрессии и более низкий уровень 5- гидроксииндолуксусной кислоты (5-ГИУК), являющимся метаболитом серотонина, по сравнению с кандидатами без суицидального поведения. Одно из ранних исследований M. Asberg с соавт. (1987), показало, что у тех, кто совершил самоубийство, была обнаружена меньшая посмертная концентрации 5-HT и его метаболита 5-ГИУК, по сравнению с умершими по иным причинам. Bani-Fatemi A.B. и соавт. [34] было обнаружено, что низкий уровень серотонина (5-HT) ЦНС ассоциирован с суицидальным поведением. Подобные исследования подтвердили, что суицидальность, импульсивность и депрессия имеют общую генетическую основу и биологический субстрат дисфункции 5-HT. Кроме того, доказано, что серотонин – трансмиттер, непосредственно связанный с проявлениями тревоги и развитием навязчивых мыслей [35]. Исследования P. Zhukovsky с соавт. [36] указывают на то, что центральные и периферические моноаминергические механизмы лежат в основе контроля аутоагрессивного поведения, и зависят от функциональной активности МАО-А, что в свою очередь приводит к выраженному увеличению содержания 5-HT в орбитофронтальной коре и дорсальных ядрах шва, а также к увеличению содержания 5-HT и DA в базолатеральной миндалине и дорсомедиальном стриатуме. Действие искусственно синтезированных катинонов заключается в ингибирующем действии в отношении серотонина. С нарушением функции серотининергической системы (5-HT) связывают многие психические и поведенческие нарушения, в частности, тревоги и расстройства настроения [37]. Большое количество исследований показывают, что ключевые патогенетические механизмы формирования аддикции также могут быть связаны с дисрегуляцией серотонинергической системы [38].

При более тонком рассмотрении синдрома зависимости на молекулярно-клеточном уровне можно отметить, что, вследствие постоянно повторяющихся поступлений ПАВ в организм и воздействия на определённые нейрорецепторы головного мозга, происходит функциональная трансформация активности нейрональных структур [36]. Норадренергическая и дофаминергическая системы через соответствующие рецепторы влияют на активность фермента аденилатциклазы, стимулирующей образование циклической аденозин-3,5-монофосфатазы (цАМФ). ЦАМФ регулирует внутриклеточную адаптацию к наркотическим средствам: разовое воздействие наркотических веществ тормозит аденилациклазную активность, снижая тем самым концентрацию цАМФ. В то же время, по «закону обратной связи», клетки компенсируют ингибированный фермент синтезом его дополнительной порции. Соответственно, компенсаторно обусловленное повышение концентрации фермента требует и более высокой концентрации наркотика, для достижения такого же ингибиторного действия, что соответствует состоянию привыкания к наркотику. При систематическом воздействии наркотических средств аденилатциклазная система активируется и повышает уровень цАМФ. Соответственно, его повышение ведёт к нарушению деятельности нейронов, и для нормального функционирования клеткам требуются новые порции веществ, обладающих наркотической активностью. Таким образом, можно объяснить формирование «феномена зависимости» и клинического элемента синдрома изменённой реактивности – роста толерантности к наркотическим средствам [15].

При воздействии СК на организм приматов было отмечено массивное высвобождение серотонина (5-HT) с последующим периодом истощения и нормализации его концентрации [14]. При длительном введении наркотика отмечались стойкие токсические изменения нервной системы с формированием угнетения функции серотонинергической системы [21]. В своих изысканиях G.A. Parrott с соавт. (2016), обнаружили дефицит функций памяти и способности к обучению у наркозависимых от СК, по сравнению с контрольной группой лиц, не употребляющих СК, по результатам как вербальных (немедленное воспроизведение слов из списка, счёт по Креппелину), так и невербальных тестов (узнавание лиц и ассоциатив-

ное образное восприятие). При этом, было отмечено, что характер изменений исключал возможность объяснения их неспецифическими факторами, например, мотивацией испытуемого. Boyer E.W. с соавт. (2016) обнаружили, что у лиц, длительное время употребляющих преимущественно СК (MDMA), отмечаются дисфункция системы 5-HT (при сравнении с группой не употреблявших МДМА). Нарушение обмена серотонина коррелирует с общим количеством потреблённого СК, но не зависит от частоты приёма наркотического средства, что позволило сделать вывод о прямом нарушении обмена серотонина при употреблении СК [15]. Это подтверждается в исследованиях [15], где при помощи однофотонно - эмиссионной компьютерной томографии (SPECT) выявили положительную корреляцию между связыванием постсинаптических 5-HT2A - рецепторов коры головного мозга и нарушением памяти в группе испытуемых, активно потреблявших СК (MDMA). Снижение содержания 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-HIAA – метаболита 5-HT) в спинномозговой жидкости положительно коррелировало со снижением функций памяти у зависимых от СК [15]. В последнее время получил большое распространение в США, Европе и Азии новый класс агонистов серотонина "2C" 5-HT2A, относящийся к СК - диметоксифенил-N - [(2-метоксифенил) метил]этанамин (NBOMe). Вызывая стимуляцию 5-HT2A-рецепторов, он приводит к галлюцинаторным переживаниям подобно диэтиламиду лизергиновой кислоты (LSD) [2]. Таким образом, следует полагать, что основополагающими первопричинами формирования любой зависимости, так и суицидального поведения наркозависимых, являются как личностные особенности, так и определённая индивидуальная реакция нейротрансимиттеров, возникающие в ответ на введение ПАВ.

Система 5-HT включает в себя как минимум 14 типов рецепторов. Определённые подтипы рецепторов (5-HT1A и 5-HT1B) расположены как пре-, так и постсинаптически. Предполагается, что подтипы 5-HT рецепторов, повидимому, оказывают уникальное подавляющее действие на агрессию. Например, люди, с повышенным уровнем агрессии имеют низкую активность 5-HT1A рецептора. Подобное характерно и для совершивших самоубийство [39]. Агонисты 5-HT1B также могут снижать агрессивность [40]. Было обнаружено, что динамические изменения в индексе активности 5-HT2A могут отражать изменения состояния от агрессии до покоя [41]. В эксперименте было показано, что мыши, нокаутированные по 5-HTR1B, проявляют повышенную агрессивность и импульсивность, а полиморфизмы 5-HTR1B связаны с агрессией и наркоманией у людей. Проанализировав механизмы, с помощью которых 5-HTR1B влияет на эти фенотипы, те же исследователи, разработали мышиную модель для пространственной и временнòй регуляции экспрессии 5-HTR1B, и обнаружили, что он способствует развитию нервных структур, лежащих в основе агрессии взрослых [42]. Активация лобной коры, вызванная поисковым поведением, зависит от рецептора 5-HT2A (5-HT2AR) [43]. Рецептор 5-HT1BR, описанный как имеющий решающее значение для всего процесса самоубийства, играет роль в нервной сети, влияя на регуляцию настроения и принятие решений [44]. Исследования N. Antypa и A. Serretti [45], проведённые на большей выборке, показали связь между различными серотонинергическими генами (ген серотонинового транспортера *SLC6A4*; гены серотонинового рецептора: *HTR1A, HTR2A, HTR1B, HTR2C*) и суицидальным поведением. Так же были установлены математически достоверные ассоциации между полиморфизмами генов *HTR2A, HTR1A* и жестоким суицидальным поведением в популяциях европеоидов [46].

Учитывая отсутствие эффективного алгоритма предсказания суицидального поведения в клинической практике, улучшение распознавания и понимания клинических и биологических факторов суицидальных тенденций, может способствовать выявлению лиц с высоким риском и дальнейшей помощи при выборе терапии.

Цель исследования: анализ ассоциации суицидального поведения и тревоги, и выявление их распространенности среди зависимых от синтетических катинонов.

Задачи.

1. Исследовать распространенность суицидального поведения среди зависимых от СК и здоровых лиц.

2. Исследовать структуру суицидального поведения у зависимых от синтетических катинонов и их ассоциацию с тревогой.

3. Провести анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных вариантов

генов серотонинергической системы *HTR2A* (rs6313), *HTR1B* (rs6296) среди потребителей СК и здоровых лиц и определить их ассоциацию с типом суицидального поведения.

Материалы и методы.

В рамках изучения закономерностей развития, течения психических и поведенческих расстройств, а также индивидуальных психологических особенностей у больных, зависимых от СК, на основе клинических интервью было проведено углубленное клиническое имолекулярно - биологическое исследование 349 человек, из которых группу больных составили 182 мужчины (23,7±0,8 лет), проходившие стационарное лечение в 2014–2018 гг. в Республиканском наркологическом диспансере № 1 Минздрава Республики Башкортостан с диагнозом зависимость от стимуляторов (F15.2). Контрольная группа была представлена 167 здоровыми мужчинами (22,8±0,6 года).

При описании суицидального поведения использована отечественная классификация [47], включающая: внутренние (антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы, суицидальные намерения) и внешние формы (суицидальные попытки и завершённый суицид).

Материалом для молекулярно - генетических исследований послужили 349 образцов ДНК, полученные из венозной крови. Кровь набирали в пробирки со стандартным консервантом (1 мл глюгицира) в соотношении 4:1. До выделения ДНК кровь хранили при температуре +4 С не более 2 недель. Для получения ДНК необходимой степени чистоты и достаточного молекулярного веса использовали фенольно-хлороформный метод выделения ДНК из крови, описанный Мэтью (Mathew C.C., 1984). Анализ полиморфных локусов *HTR2A*(rs6313), *HTR1B*(rs6296) проводили с помощью метода ПЦР (полимеразной цепной реакции) синтеза ДНК с использованием амплификатора «Терцик» (ДНК-технология, Россия) и ПДРФ (полиморфизм длин рестрикционных фрагментов) – анализом с последующим электрофорезом в 7% полиакриламидном геле. Результаты ПЦР визуализировали в ультрафиолетовом свете в трансиллюминаторе Vilbert Lourmart TFX-20M.

Соответствия распределения частот генотипов изученных локусов согласно равновесию Харди – Вайнберга оценивались при помощи точного теста Фишера с использованием online программы DeFinetti: http://ihg.gsf.de/cgi-bin/hw/hwa1.pl

Статистический анализ полученных данных осуществляли по программе Statistica ver. 6.1 (Stat. Soft, США, Serialnumber AXXR902E261711FAN4) в соответствии с предлагаемыми системой процедурами.

Результаты исследования.

Исследование показало, что среди исследуемой группы было 40,7% (n=75) пациентов, зависимых от СК, имевших, по крайней мере, одну суицидальную попытку (внешние формы суицидального поведения). Также были проанализированы внутренние формы суицидального поведения, которые были обнаружены у 61,0% (n=111) опрошенных, зависимых от СК. При углублённом исследовании времени актуализации форм суицидального поведения было отмечено, что большинство респондентов заявили об их обострении в период синдрома отмены и абстиненции – 56 (30,9%), что согласуется с данными литературы. Среди здоровых респондентов о суицидальной попытке в прошлом заявили 11 человек (6,6%), а внутренние формы суицидального поведения были диагностированы у 26 (15,6%). Таким образом, показано значительное превышение уровня суицидального поведения у зависимых от СК по сравнению со здоровыми лицами (p=0,0063).

При изучении индивидуальных психологических особенностей больных, зависимых от СК, группа была разделена на две подгруппы, которые в анамнезе имели (n=75) и не имели (n=106) суицидальных попыток. Оценка ассоциации тревожности и суицидальных поступков среди 182 пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика зависимых от СК, имеющих суицидальные попытки в зависимости от наличия и отсутствия тревоги в структуре синдрома отмены

Подгруппа		Тревога в структуре синдрома отмены (Да)	Тревога в структуре синдрома отмены (Нет)	Стат.данные		
				p	χ^2	df
Суицидальные попытки (Да), n=75	n	29	46	0,028919	4,77257	1
	%	38,67	61,33			
Суицидальные попытки (Нет), n=106	n	25	81			
	%	23,58	76,42			

Таблица 2

Характеристика зависимых от СК, имеющих суицидальные попытки в зависимости от наличия и отсутствия тревоги в период длительной абстиненции

Подгруппа		Тревога в длительной абстиненции (Да)	Тревога в длительной абстиненции (Нет)	Статистические данные		
				p	χ^2	df
Суицидальные попытки (Да), n=75	n	64	11	0,002378	9,23274	1
	%	85,33	14,67			
Суицидальные попытки (Нет), n=106	n	69	37			
	%	65,09	34,91			

Анализ полученных данных показал статистически значимую ассоциацию между наличием тревоги, выявленной при клиническом интервьюировании в структуре синдрома отмены СК и суицидальными попытками. Таким образом, можно предположить, что наличие в структуре синдрома отмены тревоги, ассоциировано с суицидальным поведением и является прогностически опасным признаком.

Таблица 3

Частоты встречаемости аллелей и генотипов по изучаемым локусам

Показатель	Здоровые		Зависимые	
	n	%	n	%
HTR2A (rs6313)				
Аллели (n=700)	n=336		n=364	
**G*	107	31,8	123	33,8
**A*	229	68,2	241	66,2
Генотипы	n=168		n=182	
**G/*G*	13	7,7	24	13,2
**A/*G*	81	48,2	75	41,2
**A/*A*	74	44,0	83	45,6
HTR1B (rs6296)				
Аллели (n=700)	n=336		n=364	
**A*	221	65,8	232	63,7
**G*	115	34,2	132	36,3
Генотипы	n=168		n=182	
**A/*A*	67	39,9	66	36,3
**A/*G*	87	51,8	100	54,9
**G/*G*	14	8,3	16	8,8

Примечание: достоверных различий в группах нет.

В структуре анализируемых групп, зависимых от СК, имеющих суицидальные попытки в зависимости от наличия и отсутствия тревоги в период длительной абстиненции так же отмечена достоверная ассоциация тревоги с наличием суицидальных поступков (таблица 2).

С целью установления генетических маркеров повышенного риска формирования зависимости от СК нами было проведено генотипирование полиморфных локусов генов серотонинергической системы – *HTR2A* (rs6313), *HTR1B* (rs6296) систем у обеих групп исследуемых (табл. 3).

Проведённый нами анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных локусов rs6313 гена *HTR2A* и rs6296 гена *HTR1B* не выявил статистически значимых различий между больными и здоровыми индивидами.

Далее нами была проанализирована ассоциация частот генотипов среди пациентов с суицидальным поведением с результатами генотипирования зависимых СК и здоровых лиц (табл. 4).

Анализ данных выявил наличие статистически значимой ассоциации частот полиморфных локусов генотипа rs6313**C/*C* гена *HTR2A* с внутренней формой суицидального поведения (χ^2=9,146; p=0,01) у зависимых от синтетических катинонов.

Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о вкладе генетических факторов в риск формирования суицидального поведения. Все это позволяет повысить предсказания вероятной индивидуальной ответной реакции на ПАВ конкретного индивида, её тяжесть и специфические особенности протекания, а также, показать риск формирования суицидального поведения. Представленные нами данные могут быть полезны в плане выбора терапии зависимости и превенции суицида среди наркозависимых.

Таблица 4

Оценка ассоциации частот генотипов и формы суицидального поведения (СП) среди наркозависимых

Ген	*HTR2A (rs6313)***			*HTR1B* (rs6296)		
Генотип	**T/*T*	**T/*C*	**C/*C*	**C/*C*	**C/*G*	**G/*G*
Внешняя форма СП, %	37	18	11,2	17	19,8	11,1
«+»	45	37	49	23	39	42
« - »	55	63	51	77	61	58
Статистические критерии	P=0,276; χ^2=0,546; df=2	P=0,346; χ^2=0,563; df=2	P=0,462; χ^2=0,569; df=2	P=0,843; χ^2=0,328; df=2	P=0,764; χ^2=0,453; df=2	P=0,578; χ^2=0,672; df=2
Внутренняя форма СП, %	63	82	88,8	83	80,2	88,9
«+»	63	57	76	59	66	72
« - »	36	43	24	41	34	28
Статистические критерии	P=0,345; χ^2=0,678; df=2	P=0,235; χ^2=0,543; df=2	P=0,01; χ^2=9,146; df=2	P=0,567; χ^2=0,875; df=2	P=0,458; χ^2=0,765; df=2	P=0,656; χ^2=0,841; df=2

Заключение.

В результате проведённого исследования мы получили данные, которые показывают, что суицидальные поступки у потребителей СК ассоциированы с тревогой. Это согласуется с мнением других авторов. В частности, R.C. Kessler с соавт. [48], утверждают, что люди с повышенным уровнем тревоги чаще начинают употреблять наркотические средства, в том числе СК. По нашим наблюдениям так же превалирует группа зависимых от СК, имеющих ощущение тревоги без употребления ПАВ, по сравнению с респондентами с отсутствием тревоги при тех же обстоятельствах. В свою очередь, ряд авторов утверждают, что тревога, может возникать после употребления СК и является одним из признаков их злоупотребления, что, также подтверждается в эксперименте на мышах [49, 50].

Гены серотонинергической системы, в последнее время активно рассматриваются как гены-кандидаты зависимости и широко исследуются в работах по изучению генетических основ аддикции, поскольку известно, что дисфункция серотонинергической нейротрансмиссии имеет важное модулирующее значение при формировании аддикций, путём взаимодействия с дофаминовой системой. Рецепторы 5-hydroxytryptamine (серотонина) классифицированы в несколько типов. Отмечена их важная роль в формировании аддикции и психических нарушений. В последнее время, в литературе описаны аномальные патерны 5-*HTR*, которые наблюдались при посмертном анализе ткани человеческого мозга самоубийц и молекулярно-генетических исследованиях. Ген, кодирующий *HTR2A*, расположен на хромосоме 13 (13q14–q21) и содержит *T102C (*rs6313*)* полиморфизм и ген *HTR1B*, локализованный на хромосоме 6q14.1, кодирующий серотониновый рецептор типа *HTR1B* часто описывают как ассоциированные с зависимостью от героина, никотина, психостимуляторов [51] и суицидальным поведением [52].

Проведённый нами анализ распределения частот генотипов и аллелей полиморфных локусов rs6313 гена *HTR2A* и rs6296 гена *HTR1B* не выявил статистически значимых различий между больными и здоровыми индивидами.

Несмотря на то, что генетические исследования семейства генов, кодирующих рецепторы серотонина многочисленны, нами обнаружены единичные и неоднозначные исследования, демонстрирующие ассоциацию искомых генов с риском развития зависимости от кокаина у белых европейцев [53]. Результаты настоящего исследования частично согласуются с данными, показавшими отсутствие ассоциации локуса rs6296 гена *HTR1B* с развитием риском потребления ПАВ у лиц и суицидальным поведением, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперреактивности [54]. В

то же время подобные результаты могли быть получены вследствие относительной малочисленности выборки.

Анализ генотипа rs6313**C/*C* гена *HTR2A* показал статистическую значимость ассоциации частот полиморфных локусов с внутренней формой суицидального поведения. Данные же других авторов достаточно противоречивы. Так, Gizer I.R. с соавт. [55], в своём исследовании показали, что у пациентов данный вариант гена не ассоциирован с суицидальным поведением, но A. Ghasemi с соавт. [56] показали ассоциацию данного варианта гена со стрессовыми ситуациями и суицидом. Таким образом, требуется уточнение природы тревоги для более точных результатов, также необходимо углубить исследование генов, контролирующих активность 5-HT, и их ассоциацию с суицидальным поведением, так как имеются противоречивые данные.

Выводы:

1. Определено значительное превышение уровня суицидального поведения у зависимых от СК по сравнению со здоровыми лицами.

2. Тревога в состоянии интоксикации и длительной абстиненции зависимых от СК ассоциируется с повышением суицидальной активности.

3. Маркером повышенного риска формирования суицидальных мыслей у зависимых от синтетических катинонов является генотип rs 6313**C/*C* гена *HTR2A*.

Литература:

1. Turecki G., Brent D. A. Suicide and suicidal behavior. *The Lancet.* 2016; 387 (10024): 1227-1239.
2. Shahin M., Fouad A.A., Saleh A.A., Magdy A. Suicide risk and personality traits among Egyptian patients with substance use disorders. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2018; 39 (1): 15.
3. Михайловская Н.В. Некоторые социально-психологические характеристики больных наркоманиями, проявляющих суицидальную активность. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 52-53.
4. McGirr A., Renaud J., Bureau A., Seguin M., Lesage A., Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine.* 2008; 38 (3): 407-417.
5. Chang H.B., Munroe S., Gray K., Porta G., Douaihy A., Marsland A., Brent D., Melhem N.M. The role of substance use, smoking, and inflammation in risk for suicidal behavior. *Journal of affective disorders.* 2019; 243: 33-41.
6. Darvishi N., Farhadi M., Haghtalab T., Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one.* 2015; 10 (5): 26-45.
7. Capron D.W., Bujarski S.J., Gratz K.L., Anestis M.D., Fairholme C.P., Tull M.T. Suicide risk among male substance users in residential treatment: Evaluation of the depression–distress amplification model. *Psychiatry research.* 2016; 237: 22-26.
8. Maloney E. et al. Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry research.* 2009; 169 (1): 16-21.
9. Matthieu M., Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programs to prevent suicide in a high risk population. *Mental Health and Substance Use.* 2013; 6 (4): 274-286.
10. Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Асадуллина Г.М., Шарипов А.Р., Тимербулатова М.Ф. Суициды и синтетические катиноны. Клинико-генетический анализ. *Тюменский медицинский журнал.* 2017; 19 (2): 12-15.
11. O'Neil K.A., Puleo C.M., Benjamin C.L., Podell J.L., Kendall P.C Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 3: 305-317.
12. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A.. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of general psychiatry*. 2006; 9: 1017-1024.
13. Karch S.B., Drummer O. Karch's pathology of drug abuse. CRC. Press is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informabusinepress; 2008; Dec: 15.
14. Arunotayanun W., Dalley J.W., Huang X.P., Setola V., Treble R., Iversen L., Roth B.L., Gibbons S. An analysis of the synthetic tryptamines AMT and 5-MeO-DALT: emerging 'novel psychoac-

References:

1. Turecki G., Brent D. A. Suicide and suicidal behavior. *The Lancet.* 2016; 387 (10024): 1227-1239.
2. Shahin M., Fouad A.A., Saleh A.A., Magdy A. Suicide risk and personality traits among Egyptian patients with substance use disorders. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2018; 39 (1): 15.
3. Mikhailovskaya N.V. Some socio-psychological characteristics of drug addicts with suicidal activity. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 52-53. (In Russ)
4. McGirr A., Renaud J., Bureau A., Seguin M., Lesage A., Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine.* 2008; 38 (3): 407-417.
5. Chang H.B., Munroe S., Gray K., Porta G., Douaihy A., Marsland A., Brent D., Melhem N.M. The role of substance use, smoking, and inflammation in risk for suicidal behavior. *Journal of affective disorders.* 2019; 243: 33-41.
6. Darvishi N., Farhadi M., Haghtalab T., Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one.* 2015; 10 (5): 26-45.
7. Capron D.W., Bujarski S.J., Gratz K.L., Anestis M.D., Fairholme C.P., Tull M.T. Suicide risk among male substance users in residential treatment: Evaluation of the depression–distress amplification model. *Psychiatry research.* 2016; 237: 22-26.
8. Maloney E. et al. Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry research.* 2009; 169 (1): 16-21.
9. Matthieu M., Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programs to prevent suicide in a high risk population. *Mental Health and Substance Use.* 2013; 6 (4): 274-286.
10. Asadullin A.R., Achmetova E.A., Yuldashev V.L., Sharipov A.R., Timerbulatova M.F. Suicides and synthetic cationins. Clinical-genetic analysis. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (2): 12-15. (In Russ)
11. O'Neil K.A., Puleo C.M., Benjamin C.L., Podell J.L., Kendall P.C Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 3: 305-317.
12. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A.. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of general psychiatry*. 2006; 9: 1017-1024.
13. Karch S.B., Drummer O. Karch's pathology of drug abuse. CRC. Press is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informabusinepress; 2008; Dec: 15.
14. Arunotayanun W., Dalley J.W., Huang X.P., Setola V., Treble R., Iversen L., Roth B.L., Gibbons S. An analysis of the synthetic tryptamines AMT and 5-MeO-DALT: emerging 'novel psycho-

tive drugs. *Bioorganic & medical chemistry letters*. 2013; 23: 3411-3415.
15. Асадуллин А.Р. Динамика потребления психоактивных веществ в Республике Башкортостан с углубленным клинико-генетическим изучением формирования зависимости от веществ группы синтетических катинонов: Автореф. дис… д-ра. мед.наук. СПб, 2018. 34 с.
16. Valente M.J., De Pinho P.G., de Lourdes Bastos M., Carvalho F., Carvalho M. Khat and synthetic cathinones: a review. *Archives of toxicology*. 2014; 88 (1): 15-45.
17. Craufurd C. Yemen and Assir: El Dorado? *Journal of the Royal Central Asian Society*. 1933; 20 (4): 568-577.
18. Koppe H., Ludwig G., Zeile K. 1-(3', 4'-methylenedioxy-phenyl)-2-pyrrolidino-alkanones-(1) : пат. 3478050 США, 1969.
19. Schoots O., Van Tol H.H.M. The human dopamine D4 receptor repeat sequences modulate expression. *The Pharmacogenomics Journal*. 2003; 3 (6): 343-348.
20. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения. *Психологические исследования: электронный научный журнал.* 2015; 8 (39): 5-5.
21. Fadok J.P., Markovic M., Tovote P., Lüthi A. New perspectives on central amygdala function. *Current opinion in neurobiology.* 2018; 49: 141-147.
22. Civiero L., Greggio E. PAKs in the brain: function and dysfunction. Biochimica et Biophysica Acta (BBA). *Molecular Basis of Disease.* 2018; 1864 (2): 444-453.
23. Lucantonio F., Gardner M.P., Mirenzi A., Newman L.E., Takahashi Y.K., Schoenbaum G. Neural estimates of imagined outcomes in basolateral amygdala depend on orbitofrontal cortex. *Journal of Neuroscience.* 2015; 35 (50): 16521-16530.
24. Rubinow M.J., Mahajan G., May W., Overholser J.C., Jurjus G.J., Dieter L., Herbst N., Steffens D.C., Miguel-Hidalgo J.J., Rajkowska G., Stockmeier, C.A. Basolateral amygdala volume and cell numbers in major depressive disorder: a postmortem stereological study. *Brain Structure and Function.* 2016; 221 (1): 171-184.
25. McEwen B.S., Nasca C., Gray J.D. Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology.* 2016; 41 (1): 3.
26. Grafman J., Schwab K., Warden D., Pridgen A., Brown H.R., Salazar A.M. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology.* 1996; 46 (5): 1231-1251.
27. Kois L.E., Blakey S.M., Gardner B.O., McNally M.R., Johnson J.L., Hamer R.M., Elbogen E.B. Neuropsychological correlates of self-reported impulsivity and informant-reported maladaptive behaviour among veterans with posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury history. *Brain injury.* 2018; 32 (12): 1484-1491.
28. Baba T., Hosokai Y., Nishio Y., Kikuchi A., Hirayama K., Suzuki K., Hasegawa T., Aoki M., Takeda A., Mori,E. Longitudinal study of cognitive and cerebral metabolic changes in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences.* 2017; 372: 288-293.
29. Koob G.F., Nestler E.J. The neurobiology of drug addiction. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 1997; 4: 76-79.
30. Marusich J.A., Gay E.A., Blough B.E. Analysis of neurotransmitter levels in addiction-related brain regions during synthetic cathinone self-administration in male Sprague-Dawleyrats. Psychopharmacology. 2018; 6: 1-12.
31. Mueller C.P., Homberg J.R. The role of serotonin in drug use and addiction. *Behavioural brain research.* 2015; 277: 146-192.
32. Brodie B.B., Shore P.A. A concept for a role of serotonin and norepinephrine as chemical mediators in the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1957; 66 (3): 631-642.
33. Brown G.L. et al. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry research.* 1979; 1 (2): 131-139.
34. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z., Silveira J., Zai C., Kolla N.J., De Luca V. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*.

active drugs. *Bioorganic & medical chemistry letters*. 2013; 23: 3411-3415.
15. Asadullin A.R. Dynamics of consumption of psychoactive substances in the Republic of Bashkortostan with in-depth clinical study of the formation of dependence on substances of the group of synthetic cathinones: Avtoref. dis… d-ra. med.nauk. SPb, 2018. 34 s. (In Russ)
16. Valente M.J., De Pinho P.G., de Lourdes Bastos M., Carvalho F., Carvalho M. Khat and synthetic cathinones: a review. *Archives of toxicology*. 2014; 88 (1): 15-45.
17. Craufurd C. Yemen and Assir: El Dorado? *Journal of the Royal Central Asian Society*. 1933; 20 (4): 568-577.
18. Koppe H., Ludwig G., Zeile K. 1-(3', 4'-methylenedioxy-phenyl)-2-pyrrolidino-alkanones-(1) : пат. 3478050 США, 1969.
19. Schoots O., Van Tol H.H.M. The human dopamine D4 receptor repeat sequences modulate expression. *The Pharmacogenomics Journal*. 2003; 3 (6): 343-348.
20. Padun M.A. Reguljacija jemocij i ee narushenija [The regulation of emotions and its disorders]. *Psiholo-gicheskie issledovanija: jelektronnyj nauchnyj zhurnal [Psychological research: electronic scientific journal]*. 2015; 8 (39): 5-5. (In Russ)
21. Fadok J.P., Markovic M., Tovote P., Lüthi A. New perspectives on central amygdala function. *Current opinion in neurobiology.* 2018; 49: 141-147.
22. Civiero L., Greggio E. PAKs in the brain: function and dysfunction. Biochimica et Biophysica Acta (BBA). *Molecular Basis of Disease.* 2018; 1864 (2): 444-453.
23. Lucantonio F., Gardner M.P., Mirenzi A., Newman L.E., Takahashi Y.K., Schoenbaum G. Neural estimates of imagined outcomes in basolateral amygdala depend on orbitofrontal cortex. *Journal of Neuroscience.* 2015; 35 (50): 16521-16530.
24. Rubinow M.J., Mahajan G., May W., Overholser J.C., Jurjus G.J., Dieter L., Herbst N., Steffens D.C., Miguel-Hidalgo J.J., Rajkowska G., Stockmeier, C.A. Basolateral amygdala volume and cell numbers in major depressive disorder: a postmortem stereological study. *Brain Structure and Function.* 2016; 221 (1): 171-184.
25. McEwen B.S., Nasca C., Gray J.D. Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology.* 2016; 41 (1): 3.
26. Grafman J., Schwab K., Warden D., Pridgen A., Brown H.R., Salazar A.M. Frontal lobe injuries, violence, and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology.* 1996; 46 (5): 1231-1251.
27. Kois L.E., Blakey S.M., Gardner B.O., McNally M.R., Johnson J.L., Hamer R.M., Elbogen E.B. Neuropsychological correlates of self-reported impulsivity and informant-reported maladaptive behaviour among veterans with posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury history. *Brain injury.* 2018; 32 (12): 1484-1491.
28. Baba T., Hosokai Y., Nishio Y., Kikuchi A., Hirayama K., Suzuki K., Hasegawa T., Aoki M., Takeda A., Mori,E. Longitudinal study of cognitive and cerebral metabolic changes in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences.* 2017; 372: 288-293.
29. Koob G.F., Nestler E.J. The neurobiology of drug addiction. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 1997; 4: 76-79.
30. Marusich J.A., Gay E.A., Blough B.E. Analysis of neurotransmitter levels in addiction-related brain regions during synthetic cathinone self-administration in male Sprague-Dawleyrats. Psychopharmacology. 2018; 6: 1-12.
31. Mueller C.P., Homberg J.R. The role of serotonin in drug use and addiction. *Behavioural brain research.* 2015; 277: 146-192.
32. Brodie B.B., Shore P.A. A concept for a role of serotonin and norepinephrine as chemical mediators in the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1957; 66 (3): 631-642.
33. Brown G.L. et al. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry research.* 1979; 1 (2): 131-139.
34. Bani-Fatemi A., Jeremian R., Wang K.Z., Silveira J., Zai C., Kolla N.J., De Luca V. Epigenome-wide association study of suicide attempt in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;

2018; 104: 192–197.
35. Simmler L.D., Rickli A., Hoener M.C., Liechti M.E. Monoamine transporter and receptor interaction profiles of a new series of designer cathinones. *Neuropharmacology*. 2014; 79: 152–160.
36. Zhukovsky P., Alsiö J., Jupp B., Xia J., Guiliano C., Jenner L., Griffiths J., Riley E., Ali S., Roberts A.C., Robbins T.W. Perseveration in a spatial-discrimination serial reversal learning task is differentially affected by MAO-A and MAO-B inhibition and associated with reduced anxiety and peripheral serotonin levels. *Psychopharmacology.* 2017; 234 (9-10): 1557-1571.
37. Lammel S., Lim B.K., Malenka R.C. Reward and aversion in a heterogeneous midbrain dopamine system. *Neuropharmacology.* 2014; 76: 351–359.
38. Croft R.J., Klugman A., Baldeweg T., Gruzelier J.H. Electrophysiological Evidence of Serotonergic Impairment in Long-Term MDMA (“Ecstasy”) Users. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158 (10): 1687–1692.
39. Manchia M., Carpiniello B., Valtorta F., Comai S. Serotonin dysfunction, aggressive behavior, and mental illness: exploring the link using a dimensional approach. *ACS chemical neuroscience.* 2017; 8 (5): 961-972.
40. Brosda J., Müller N., Bert B., Fink H. Modulatory Role of Postsynaptic 5-Hydroxytryptamine Type 1A Receptors in (±)-8-Hydroxy-N, N-dipropyl-2-aminotetralin-Induced Hyperphagia in Mice. *ACS chemical neuroscience.* 2015; 6 (7): 1176-1185.
41. Banlaki Z., Elek Z., Nanasi T., Szekely A., Nemoda Z., Sasvari-Szekely M., Ronai, Z. Polymorphism in the serotonin receptor 2a (HTR2A) gene as possible predisposal factor for aggressive traits. *PLoS one.* 2015; 10 (2): e0117792.
42. Nautiyal K.M. et al. Distinct circuits underlie the effects of 5-HT1B receptors on aggression and impulsivity. *Neuron.* 2015; 86 (3): 813-826.
43. Hervig M.E.S., Jensen N.C.H., Rasmussen N.B., Rydbirk R., Olesen M.V., Hay-Schmidt A., Pakkenberg B., Aznar S. Involvement of serotonin 2A receptor activation in modulating medial prefrontal cortex and amygdala neuronal activation during novelty-exposure. *Behavioural brain research.* 2017; 326: 1-12.
44. Murphy T.M., Ryan M., Foster T., Kelly C., McClelland R., O'Grady J., Corcoran E., Brady J., Reilly M., Jeffers A., Brown K. Risk and protective genetic variants in suicidal behaviour: association with SLC1A2, SLC1A3, 5-HTR1B & NTRK2 polymorphisms. *Behavioral and Brain Functions.* 2011; 7 (1): 22.
45. Antypa N., Serretti A., Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2013; 23: 1125-1142.
46. Wrzosek M., Łukaszkiewicz J., Wrzosek M., Serafin P., Jakubczyk A., Klimkiewicz A., Matsumoto H., Brower K.J., Wojnar M. Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1A and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report. *Psychiatryresearch*. 2011; 190: 149-151.
47. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири.* 2010; 3: 35-37.
48. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (6): 593-602.
49. Daniel J.J., Hughes, R.N. Increased anxiety and impaired spatial memory in young adult rats following adolescent exposure to methylone. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2016; 146: 44-49.
50. Cao J., Hudziak J.J., Li D. Multi-cultural association of the serotonin transporter gene (SLC6A4) with substance use disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38 (9): 1737.
51. White V.M., Hopper J.L., Wearing A.J., Hill D.J. The role of genes in tobacco smoking during adolescence and young adulthood: a multivariate behaviour genetic investigation. *Addiction.* 2003; 98 (8): 1087-1100.
52. Goldstein R.Z., Volkow N.D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry.* 2002; 159 (10): 1642-1652.
53. Kao W.T., Yang M.C., Lung F.W. Association between HTR1B

104: 192–197.
35. Simmler L.D., Rickli A., Hoener M.C., Liechti M.E. Monoamine transporter and receptor interaction profiles of a new series of designer cathinones. *Neuropharmacology*. 2014; 79: 152–160.
36. Zhukovsky P., Alsiö J., Jupp B., Xia J., Guiliano C., Jenner L., Griffiths J., Riley E., Ali S., Roberts A.C., Robbins T.W. Perseveration in a spatial-discrimination serial reversal learning task is differentially affected by MAO-A and MAO-B inhibition and associated with reduced anxiety and peripheral serotonin levels. *Psychopharmacology.* 2017; 234 (9-10): 1557-1571.
37. Lammel S., Lim B.K., Malenka R.C. Reward and aversion in a heterogeneous midbrain dopamine system. *Neuropharmacology.* 2014; 76: 351–359.
38. Croft R.J., Klugman A., Baldeweg T., Gruzelier J.H. Electrophysiological Evidence of Serotonergic Impairment in Long-Term MDMA (“Ecstasy”) Users. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158 (10): 1687–1692.
39. Manchia M., Carpiniello B., Valtorta F., Comai S. Serotonin dysfunction, aggressive behavior, and mental illness: exploring the link using a dimensional approach. *ACS chemical neuroscience.* 2017; 8 (5): 961-972.
40. Brosda J., Müller N., Bert B., Fink H. Modulatory Role of Postsynaptic 5-Hydroxytryptamine Type 1A Receptors in (±)-8-Hydroxy-N, N-dipropyl-2-aminotetralin-Induced Hyperphagia in Mice. *ACS chemical neuroscience.* 2015; 6 (7): 1176-1185.
41. Banlaki Z., Elek Z., Nanasi T., Szekely A., Nemoda Z., Sasvari-Szekely M., Ronai, Z. Polymorphism in the serotonin receptor 2a (HTR2A) gene as possible predisposal factor for aggressive traits. *PLoS one.* 2015; 10 (2): e0117792.
42. Nautiyal K.M. et al. Distinct circuits underlie the effects of 5-HT1B receptors on aggression and impulsivity. *Neuron.* 2015; 86 (3): 813-826.
43. Hervig M.E.S., Jensen N.C.H., Rasmussen N.B., Rydbirk R., Olesen M.V., Hay-Schmidt A., Pakkenberg B., Aznar S. Involvement of serotonin 2A receptor activation in modulating medial prefrontal cortex and amygdala neuronal activation during novelty-exposure. *Behavioural brain research.* 2017; 326: 1-12.
44. Murphy T.M., Ryan M., Foster T., Kelly C., McClelland R., O'Grady J., Corcoran E., Brady J., Reilly M., Jeffers A., Brown K. Risk and protective genetic variants in suicidal behaviour: association with SLC1A2, SLC1A3, 5-HTR1B & NTRK2 polymorphisms. *Behavioral and Brain Functions.* 2011; 7 (1): 22.
45. Antypa N., Serretti A., Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2013; 23: 1125-1142.
46. Wrzosek M., Łukaszkiewicz J., Wrzosek M., Serafin P., Jakubczyk A., Klimkiewicz A., Matsumoto H., Brower K.J., Wojnar M. Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1A and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report. *Psychiatryresearch*. 2011; 190: 149-151.
47. Zotov P.B. issues of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-37. (In Russ)
48. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62 (6): 593-602.
49. Daniel J.J., Hughes, R.N. Increased anxiety and impaired spatial memory in young adult rats following adolescent exposure to methylone. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2016; 146: 44-49.
50. Cao J., Hudziak J.J., Li D. Multi-cultural association of the serotonin transporter gene (SLC6A4) with substance use disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38 (9): 1737.
51. White V.M., Hopper J.L., Wearing A.J., Hill D.J. The role of genes in tobacco smoking during adolescence and young adulthood: a multivariate behaviour genetic investigation. *Addiction.* 2003; 98 (8): 1087-1100.
52. Goldstein R.Z., Volkow N.D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry.* 2002; 159 (10): 1642-1652.
53. Kao W.T., Yang M.C., Lung F.W. Association between HTR1B

alleles and suicidal ideation in individuals with major depressive disorder. *Neuroscience letters.* 2017; 638: 204-210.
54. Herman A.I., Balogh K.N. Polymorphisms of the serotonin transporter and receptor genes: susceptibility to substance abuse. *Substance abuse and rehabilitation.* 2012; 3: 49.
55. Gizer I.R., Ficks C., Waldman I.D. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics.* 2009; 126 (1): 51-90.
56. Ghasemi A., Seifi M., Baybordi F., Danaei N., Rad, B.S. Association between serotonin 2A receptor genetic variations, stressful life events and suicide. *Gene*. 2018; 658: 191-197.

alleles and suicidal ideation in individuals with major depressive disorder. *Neuroscience letters.* 2017; 638: 204-210.
54. Herman A.I., Balogh K.N. Polymorphisms of the serotonin transporter and receptor genes: susceptibility to substance abuse. *Substance abuse and rehabilitation.* 2012; 3: 49.
55. Gizer I.R., Ficks C., Waldman I.D. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics.* 2009; 126 (1): 51-90.
56. Ghasemi A., Seifi M., Baybordi F., Danaei N., Rad, B.S. Association between serotonin 2A receptor genetic variations, stressful life events and suicide. *Gene*. 2018; 658: 191-197.

CLINICAL AND GENETIC FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS DEPENDING ON SYNTHETIC KATINONS

A.R. Asadullin[1,2], E.A.Ahmetova[1,2], A.I. Nasifullin[1], U.G. Badretdinov[1],B.L. Uritskiy[1]

[1]Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; droar@yandex.ru
[2]National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology. V.M. Bekhtereva, St. Petersburg, Russia; aea1202@yandex.ru

Abstract:

The article presents the literature review data and the material of the authors' own research, which reveals the phenomenon of suicidal behavior in people who are dependent on synthetic cathinones (SC) - a new generation of “designer” synthetic drugs. The main similarities and differences of the pathogenetic neurobiological mechanisms of the formation of addictive and suicidal behavior are described. The aim of the article id to analyze the association of suicidal behavior and anxiety, and to identify their prevalence among those addicted to synthetic cathinones. Material and Methods: 349 people were examined, including 182 men (23.7±0.8 y.o.) with a developed addiction to stimulants (F15.2) and 167 healthy individuals (22.8±0.6 y.o.). The clinical and psychopathological method was used to evaluate suicidal behavior and anxiety at various stages of intoxication with synthetic cations. Additionally, a genetic study was conducted. DNA was isolated (phenol-chloroform method) and the frequency distribution of genotypes and alleles of the polymorphic loci rs6313 of the HTR2A gene and rs6296 of the HTR1B gene was analyzed, and the association of the results of genotyping with individual forms of suicidal behavior was determined. Results: a significant excess of the level of suicidal behavior was determined in addicted to on SC compared to healthy individuals (p=0.0063). Thus, the external forms of suicidal behavior were found in 40.7% (n=75) of people addicted to SC, among healthy people - only 6.6% (n=11). Internal forms of suicidal behavior were present in 61.0% (n=111) of patients and 15.6% (n=26) of men in the control group. It was shown that the presence of anxiety in a state of intoxication and prolonged abstinence of the addicted to SC increases the risk of suicide: a statistically significant association was found between the presence of anxiety revealed during clinical interviewing, in the structure of the syndrome of SC and suicidal attempts (p=0.028919; χ^2=4.77257); the presence of anxiety in the period of prolonged abstinence (P=0.002378; χ^2=9.23274). The analysis of the distribution of frequencies of genotypes and alleles of the polymorphic loci rs6313 of the HTR2A gene and rs6296 of the HTR1B gene did not reveal statistically significant differences between patients and healthy individuals. Data analysis revealed the presence of a statistically significant association of the frequencies of the polymorphic loci of the rs6313 * C / * C genotype of the HTR2A gene with the internal form of suicidal behavior (χ^2=9,146; p=0.01) in those dependent on synthetic cathinones. Conclusions: 1. A significant excess of the level of suicidal behavior among those dependent on SC was determined in comparison with healthy individuals. 2. Anxiety in a state of intoxication and prolonged abstinence dependent on SC is associated with an increase in suicidal activity. 3. A marker of an increased risk of suicidal thoughts in addicted to synthetic cathinos is the rs 6313 * C / * C genotype of the HTR2A gene.

Keywords: synthetic cathinones, anxiety, suicidal behavior, drug addiction, serotonergic system, HTR2A (rs6313), HTR1B (rs6296)

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Насифуллин А.И., Бадретдинов У.Г., Урицкий Б.Л. Клинико-генетические особенности суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 61-73. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-61-73

For citation: Asadullin A.R., Ahmetova E.A., Nasifullin A.I., Badretdinov U.G., Uritskiy B.L. Clinical and genetic features of suicidal behavior of patients depending on synthetic katinons. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 61-73. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-61-73

УДК: 616.89-008.441.44-036.1-053.6 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84

КРИЗИСНОЕ МЫШЛЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, Россия

Контактная информация:

Коломыцев Дмитрий Юрьевич – врач-психиатр (SPIN-код: 2454-7852; Researcher ID: Q-7409-2018; ORCID iD: 0000-0002-9330-4438). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (913) 680-94-75; электронный адрес: d.kolomytsev@icloud.com

Дроздовский Юрий Викентьевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (3812) 56-65-07; электронный адрес: jwdrozd@mail.ru

Цель исследования: оценка пограничных психических расстройств и особенностей кризисного мышления, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков. Материал и методы: 122 подростка с различными вариантами суицидального поведения были разделены на 3 группы: с депрессивным эпизодом (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (n=64), с формирующимися личностными расстройствами (n=32). Были изучены мотивы и личностный смысл суицидального поведения, а также когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта. Результаты: Стиль кризисного мышления подростков различался в зависимости от диагноза и степени тяжести суицидального поведения. У подростков с депрессивным эпизодом значимо чаще встречался мотив самонаказания (46,2%), отказа (19,2%); их кризисное мышление характеризовалось наименьшим уровнем «стеничности», «переноса ответственности» и «драматизма». Для подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации были характерны мотивы призыва (43,8%), протеста и мести (26,6%), избежания (14,1%); их кризисное мышление характеризовалось наибольшим уровнем «эмоциональной отстранённости», наименьшим – «когнитивной слабости». У подростков с формирующимися расстройствами личности значимо чаще выявлялся мотив протеста и мести (53,1%); их кризисное мышление характеризовалось наибольшим уровнем «переноса ответственности». В качестве антисуицидального фактора у обследованных подростков выступала «эмоциональная отстранённость», в качестве просуицидальных – «когнитивная слабость», «недостатки» и «решительность». Выводы: 1. Пограничные психические расстройства у подростков проявляются различным стилем кризисного реагирования (депрессивным, стрессовым и аномально-личностным). 2. Отдельные стратегии кризисного мышления могут играть роль про- и антисуицидальных факторов, что важно учитывать при выборе тактики кризисной психотерапии.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, пограничные психические расстройства, психотерапия

В настоящее время признанными считаются полифакторные теории суицидального поведения, которые рассматривают роль в суицидогенезе разнообразных биологических предпосылок, индивидуальных особенностей личности, ситуационно-средовых влияний, психопатологических синдромов [1]. Обозначенные факторы в подростковом возрасте обладают специфичностью, связанной с физиологическими особенностями, иной, чем у взрослых, социальной ролью, незрелостью механизмов личностных защит, дефицитом социальных навыков, особенностями протекания психопатологических расстройств в данном возрасте [2, 3]. Изучение совокупности данных факторов при клинической оценке формирует представление о суицидальном риске, а также определяет мишени для лечебно - реабилитационных мероприятий в каждом отдельном случае [4]. Следует отметить, что возрастной аспект имеет существенное значение в специфике факторов антисуицидального барьера, а, следовательно, и в психотерапии при суицидальном поведении [5].

В рамках определения суицидального риска у подростков ведущим значением обладают такие индивидуально-личностные факторы как переживание безнадёжности, одиночества, внутренней напряженности, на фоне личностных акцентуаций и нарушенного семейного

функционирования [6]. При этом наиболее прогностически неблагоприятным для суицидального риска является сочетание безнадёжности и одиночества [7]. Ощущение бессмысленности существования у подростков коррелирует с депрессией, суицидальными мыслями, рискованным поведением, тревогой и переживанием стресса [8]. Юноши, совершающие самоубийство, имеют более выраженные коммуникативные трудности и избегающий стиль разрешения конфликтов, чем подростки без суицидальных тенденций [9].

Несмотря на невысокую летальность попыток, существенной проблемой подростковой суицидальности, является становление стереотипа кризисного мышления, приобретение опыта переживания кризисного состояния, что является существенным для возникновения суицидального поведения уже во взрослом возрасте. Известно, что суицидальные мысли в прошлом являются более существенным фактором риска летального суицида, чем суицидальные мысли в настоящем [10], а наиболее сильным предиктором завершённого суицида является суицидальная попытка в анамнезе [11]. В дальнейшем опыт неоднократного переживания кризисного состояния, наряду с опытом преодоления страха боли значительно повышает риск совершения летальной попытки [12].

Следует также отметить, что успешная психотерапия в детском и подростковом возрасте способствует снижению суицидального риска в отдалённом будущем. Успешная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) детской тревоги обеспечивает пониженный суицидальный риск и через 7-19 лет после лечения [13].

Среди основных современных методов помощи лицам с суицидальными тенденциями является кризисная терапия, которая в первую очередь опирается на когнитивно - поведенческий подход в коррекции дезадаптивных особенностей кризисного мышления [14-16], то есть фактически психотерапия направлена на *трансформацию* индивидуально-значимых факторов риска суицидального поведения.

Эффективность КПТ связана с возможностью повышения когнитивной дифференцированности и развитие способности вовлекаться в конструктивную деятельность, несмотря на неприятные переживания [17]. Современные подходы в КПТ (терапия «третьей волны», «mindfulness») направлены на выработку у клиента отношения к мыслям и эмоциям как к ментальным событиям, а не объективным фактам [18, 19].

В ходе кризисной терапии в рамках КПТ существенным этапом является работа с дезадаптивными паттернами кризисного мышления, такими как когнитивные искажения, когнитивные схемы, убеждения клиента. В рамках нейролингвистического программирования характерные особенности когнитивной и эмоционально-волевой сферы известны как метапрограммы, которые в своей совокупности образуют многомерный персонологический профиль клиента. Метапрограммы рассматриваются как устойчивые паттерны обработки информации по различным её параметрам и вместе определяют когнитивный стиль, стиль проявления эмоций, стиль выбора, стиль коммуникации и стиль концептуализации [20]. Выявление преобладающих метапрограмм даёт возможность более подробного исследования и изменения когнитивных схем, лежащих в основе дезадаптивного поведения. При этом современные подходы в КПТ предполагают наибольшую роль осознания дезадаптивных паттернов клиентом, что видится даже более перспективным, чем их изменение [21], в частности в рамках терапии повторного суицидального поведения [22].

Согласно представлениям отечественной суицидологической школы суицидальное поведение возникает на основе переживания личностью суицидогенного конфликта [23-25]. При наличии данного конфликта наблюдается развитие суицидального поведения от внутренних (мысли, тенденции) к внешним формам (суицидальная попытка, завершенный суицид). Суицидальное поведение и суицидогенный конфликт переплетаются в категории мотивов и личностного смысла суицидального поведения.

В связи с тем, что суицидальное поведение обладает своей собственной динамикой, в рамках лечебно-реабилитационных мероприятий требуется понимание этапов формирования суицидального поведения, скорости и интенсивности суицидогенного конфликта, то есть учёт всего многообразия проявлений динамики, в том числе и у подростков. Так, представление о том, что суицидальное поведение подростков всегда импульсивно, далеко от реальности. Известно, что у подростков оно может формироваться в течение длительного времени, психотравмирующее событие при этом играет роль «внешнего ключа» [26]. Кризисные

переживания на различных этапах динамики суицидального поведения могут обусловливать различную тактику проведения кризисной психотерапии [27].

Суицидальное поведение подростков в рамках пограничных психических расстройств тесно связано с психопатологическими механизмами возникновения. Многие пограничные психические расстройства повышают риск суицидального поведения: наиболее известна роль депрессивного синдрома, и в первую очередь когнитивной составляющей депрессии [28, 29], расстройств личности (в первую очередь пограничного расстройства личности) [30], острых и хронических психогенных расстройств. Для различных психических расстройств характерен предпочтительный механизм аутодеструктивного поведения [31].

Цель исследования: оценка пограничных психических расстройств и особенностей кризисного мышления, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков.

Материал и методы.

Обследовано 122 подростка, юношей и девушек, от 14 до 17 лет (средний возраст 15,80±1,04 лет) с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением различной тяжести (от суицидальных мыслей до суицидальных попыток). Обследованные подростки обнаружили различные пограничные психические расстройства и были разделены на 3 клинические группы: с депрессивным эпизодом (ДЭ) (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (СНА) (n=64), с формирующимися личностными расстройствами (ФЛР) (n=32). Эти группы были выделены на основании различных предполагаемых механизмов психогенеза суицидального поведения: связанного с депрессивным синдромом, связанного с непереносимыми психотравмирующими обстоятельствами у гармоничной или акцентуированной личности, а также связанного со стойкими личностными аномалиями при формирующихся расстройствах личности и органическом расстройстве личности. Данный подход согласуется с представлениями о механизмах самоповреждающего поведения у подростков («депрессивный», «стрессовый» и «психопатоподобный»), описанных в литературе [31].

Для изучения особенностей различных этапов суицидального поведения в каждой группе обследованных подростков были выделены 3 подгруппы в зависимости от тяжести суицидального поведения. В первую подгруппу вошли подростки с суицидальными мыслями (СМ), во вторую – с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН), в третью – с совершёнными суицидальными и демонстративно-шантажными попытками (СП). Данные подгруппы были выделены на основании, с одной стороны, условной нормальности пассивных суицидальных мыслей в подростковом возрасте, а с другой стороны – непосредственной опасности именно внешних форм суицидального поведения.

В ходе исследования подростки с демонстративно-шантажными попытками не отделялись от подростков с истинными попытками в связи с условным выделением данных разновидностей аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте, а также наличием кризисных переживаний у подростков с демонстративно-шантажными попытками.

Таблица 1

Распределение обследованных подростков с различными вариантами суицидального поведения в зависимости от диагноза психического расстройства

Психические расстройства		Вариант суицидального поведения			Всего
		СМ	СЗН	СП	
Депрессивный эпизод	n %	11 25,6	8 21,6	7 16,7	26 21,3
Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации	n %	27 62,8	19 51,4	18 42,9	64 52,5
Острые реакции на стресс и нарушения адаптации на фоне формирующихся расстройств личности	n %	5 11,6	10 27,0	17 40,5	32 26,2
Итого:	n %	43 100,0	37 100,0	42 100,0	122 100,0

Распределение обследованных подростков с различными вариантами суицидального поведения в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства представлено в таблице 1.

Нами были исследованы различные неблагоприятные клинико-патогенетические факторы, которые включали в себя конституционально-биологические, экзогенно - органические, соматогенные, а также социально-психологические. В соответствии с целью, наибольшее внимание в исследовании было уделено индивидуально-личностным факторам, а именно особенностям кризисного мышления, к которым были отнесены когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта, а также сфера мотивов и личностного смысла суицидального поведения. Среди когнитивных искажений в сфере суицидогенного конфликта выделялись следующие: сверхгенерализация, катастрофизация, выборочность абстрагирования, персонализация, дихотомичность мышления, произвольность умозаключений. Среди преобладающих метапрограмм сферы суицидогенного конфликта определялись следующие: размер чанка (общий план / специфика), тип связей (присоединение / отсоединение), перцептивные категории (полярности / континуум), тип сценарного мышления (с лучшим случаем / с худшим случаем), коммуникативный канал (вербальный / невербальный), эмоциональное совладание (агрессия / пассивность), эмоциональное состояние (ассоциированное / диссоциированное), система отсчёта (внешняя / внутренняя), направление мотивации (приближение / избегание), социальная презентация (искренний и безыскусный / проницательный и искусный), самооценка (обусловленная / безусловная), уверенность в себе (малая / большая).

Когнитивные искажения и метапрограммы выявлялись во время индивидуальных психотерапевтических сессий, при этом для каждого подростка составлялся профиль кризисного мышления. Работа, связанная с коррекцией когнитивных искажений и осознанием подростками метапрограмм в рамках кризисного мышления, являлась существенным этапом в лечебно – реабилитационных мероприятиях, наряду с иными психотерапевтическими и психофармакологическими методами.

Полученные результаты были статистически обработаны с использованием критериев хи-квадрат, Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни, множественного анализа соответствий, факторного анализа.

Результаты и обсуждение:

С целью исследования мотивационных предпосылок суицидального поведения нами был предпринят анализ сферы и содержания суицидогенного конфликта и личностного смысла суицидального поведения. При этом с диагнозом психического расстройства в наибольшей степени оказался связан личностный смысл суицидального поведения.

Таблица 2

Распределение подростков клинических групп в зависимости от варианта личностного смысла суицидального поведения

Личностный смысл		Диагноз			Всего
		ДЭ	СНА	ФРЛ	
Протест, месть	n %	0 0,0	17* 26,6	17** 53,1	40 32,8
Призыв	n %	8 30,8	28 43,8	13 40,6	43 35,2
Избежание	n %	1 3,8	9 14,1	2 6,3	12 9,8
Самонаказание	n %	12** 46,2	8* 12,5	0 0,0	20 16,4
Отказ	n %	5** 19,2	2* 3,1	0 0,0	7 5,7
Всего:	n %	26 100,0	64 100,0	32 100,0	122 100,0

Примечание: $p<0,05$ между * и ** при попарном сравнении согласно критерию χ^2

Как следует из данных, представленных в таблице 2, суицидальное поведение по типу призыва встречалось достаточно часто во всех клинических группах. В целом же, клинические группы обнаруживали различную структуру личностного смысла суицидального поведения.

В группе подростков с депрессивным эпизодом наиболее часто встречающимся вариантом личностного смысла суицидального поведения являлось *самонаказание* (46,2%), что достоверно отличает данную группу от остальных. Кроме того, среди подростков с депрессивным эпизодом достоверно чаще встречался *отказ* в качестве личностного смысла (19,2%). В группе подростков с реакциями на стресс и

нарушениями адаптации наиболее часто встречалось суицидальное поведение по типу *призыва* (43,8%), *протеста* и *мести* (26,6%), *избежания* (14,1%). В группе подростков с личностными аномалиями наиболее часто наблюдалось суицидальное поведение в значении *протеста* и *мести* (53,1%), обнаруживаясь значимо чаще, чем в остальных группах.

Полученные данные свидетельствуют о различных личностных предпосылках и стереотипах суицидального поведения у подростков в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства. Преобладание более инфантильных форм личностного смысла (протест, месть, призыв) свидетельствует о слабом развитии психологических защит и в целом незрелости личности, что соответствует данным литературы о мотивах суицидального поведения подростков [2, 5, 32, 33].

Тем не менее, специфика депрессивных переживаний способствует более сложным вариантам личностного смысла, вследствие чего структура мотивов суицидального поведения у подростков с депрессивным эпизодом значительно отличается от других пограничных психических расстройств.

На основании данных о суицидогенном конфликте и мотивах суицидального поведения нами был проведён множественный анализ соответствий с графическим представлением результатов в двумерном пространстве методом симметричной нормализации (рис. 1). В качестве переменных для анализа были выбраны: сфера суицидогенного конфликта, его содержание, личностный смысл суицидального поведения, диагноз психического расстройства. Процент дисперсии, объяснённый моделью, составил 58,23%. Среднее для двух измерений значение альфы Кронбаха составило 0,761, что соответствует достаточному уровню внутренней согласованности выбранных для анализа переменных.

Визуальный анализ рис. 1 позволяет предположить скрытые характеристики суицидогенного конфликта. Измерение 1 соответствует направленности внимания в суицидогенном конфликте (на себя – при меньшем значении, на других – при бо̀льшем значении). Измерение 2 соответствует скорости протекания конфликта и возрастанию роли импульсивности, которая является одной из важнейших предпосылок суицидального риска у подростков [34, 35, 36].

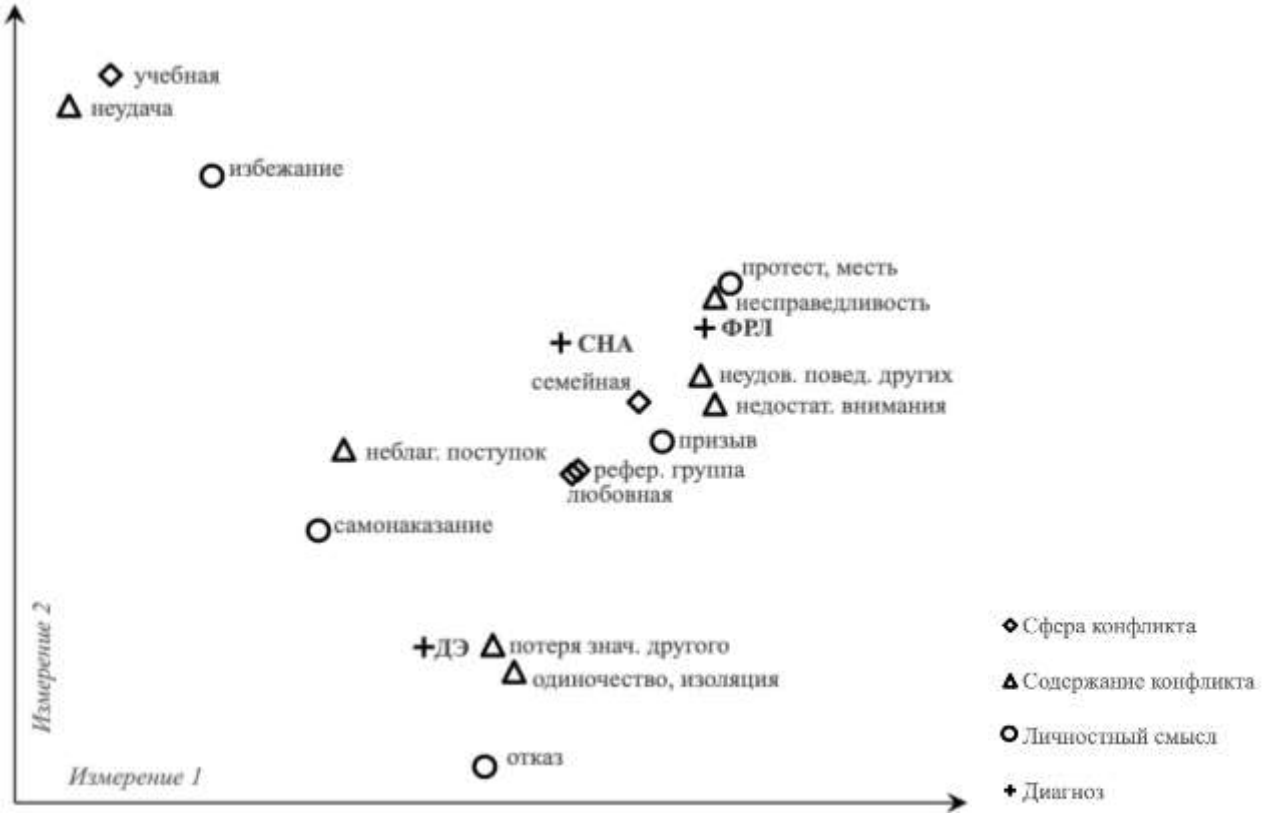


Рис. 1. Двумерное представление соответствий данных о суицидогенном конфликте у обследованных подростков.

Таблица 3

Выделенные факторы с указанием переменных, нагрузка которых составила больше 0,3

Особенность кризисного мышления	Нагрузка
Фактор 1	
Уверенность в себе (большая)	0,806
Самооценка (безусловная)	0,706
Уверенность в себе (малая)	-0,680
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,550
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,518
Скорость конфликта	0,434
Социальная презентация (искренний)	-0,354
Социальная презентация (проницательный)	0,320
Сценарий мышления (лучший случай)	0,303
Фактор 2	
Эмоциональное состояние (ассоциированное)	-0,886
Эмоциональное состояние (диссоциированное)	0,860
Социальная презентация (проницательный)	0,431
Наличие дихотомичности мышления	-0,415
Эмоциональное совладание (пассивность)	0,398
Эмоциональное совладание (агрессия)	-0,368
Наличие катастрофизации	-0,358
Фактор 3	
Размер чанка (специфика)	-0,918
Наличие сверхгенерализации	0,855
Размер чанка (общий план)	0,843
Фактор 4	
Тип связи (присоединение)	-0,930
Тип связи (отсоединение)	0,929
Социальная презентация (искренний)	-0,461
Социальная презентация (проницательный)	0,387
Наличие выборочности абстрагирования	0,346
Сценарий мышления (лучший случай)	-0,340
Фактор 5	
Система отсчета (внешняя)	-0,869
Система отсчета (внутренняя)	0,866
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,425
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,422
Сценарий мышления (лучший случай)	0,357
Фактор 6	
Направленность внимания (я/другие)	0,704
Наличие персонализации	0,666
Наличие катастрофизации	-0,613
Направление мотивации (приближение)	0,601
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,384
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,356
Фактор 7	
Перцептивные категории (континуум)	-0,759
Наличие дихотомичности мышления	0,748
Скорость конфликта	0,483
Наличие персонализации	0,317
Фактор 8	
Наличие произвольности умозаключений	0,755
Наличие выборочности абстрагирования	0,461

Таким образом, мотивы и личностный смысл суицидального поведения у подростков обнаруживают широкое разнообразие и тесную связь с характером пограничного психического расстройства. Так, мотивы суицидального поведения подростков с депрессивным эпизодом чаще обусловлены переживанием потери и одиночества, а преобладающим личностным смыслом являются призыв, самонаказание и отказ. При этом для подростков с депрессивным эпизодом характерно более медленное протекание суицидогенного конфликта и менее импульсивное суицидальное поведение. Для лиц с реакциями на стресс и нарушениями адаптации, как и для подростков с личностными аномалиями, характерны переживания несправедливости, неудовлетворённости поведением других, и суицидальное поведение по типу протеста, мести и призыва. Для подростков с личностными аномалиями в наибольшей

степени характерна сфокусированность на других людях, чем на себе во время переживания суицидогенного конфликта.

С целью изучения особенностей кризисного мышления и его внутренней структуры нами был предпринят эксплораторный факторный анализ, в качестве переменных, для проведения которого были выбраны данные, полученные из множественного анализа соответствий (направленность внимания на себя или других, скорость конфликта), а также когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта.

На предварительном этапе, в связи с недостаточной долей альтернативных значений, были исключены следующие переменные: перцептивные категории – полярность (92,6%), самооценка – обусловленная (91,0%), сценарий мышления – пессимизм (91,0%), направление мотивации – избегание (97,5%). Кроме того, после первого проведения факторного анализа, были исключены переменные метапрограммы коммуникативного канала, поскольку они образовывали фактор, коррелирующий только с этой метапрограммой.

Согласно критерию Кайзера-Майера-Олкина полученная выборка была адекватна для проведения факторного анализа (КМО=0,630). Уровни общностей для исследуемых переменных, полученные методом главных компонент при извлечении факторов, составили от 0,515 до 0,886.

Методом главных компонент было выделено 8 факторов, сумма квадратов нагрузок которых превысила 1. Объяснённая совокупная дисперсия при извлечении суммы квадратов нагрузок для выделенных факторов составила 69,66%. В ходе факторного анализа была получена матрица компонентов, которая была подвергнута вращению по методу варимакс с нормализацией Кайзера. Полученные в результате анализа факторы с переменными, с нагрузкой более 0,3, представлены в табл. 3.

На основании данных, представленных в таблице 3, можно рассмотреть выделенные факторы как когнитивные стратегии кризисного реагирования подростков с пограничными психическими расстройствами, в которых исследованные нами особенности мышления (когнитивные искажения, метапрограммы и характеристики сферы суицидогенного конфликта) выступают в виде комплексного набора характеристик, вторичных по отношению к выделяемым факторам. На основании соотношения особенностей кризисного мышления, интерпретация факторов, может быть проведена следующим образом:

1 фактор – «стеничность» – связан с высоким уровнем уверенности в себе, при минимальном влиянии на это внешних обстоятельств, способностью вступить в конфликт, быстрым принятием решений в ситуации конфликта, при оценке исхода как благоприятного.

2 фактор – «эмоциональная отстранённость» – связан с предпочтительностью для подростка внутренне отстраниться от ситуации, не вовлекаться в конфликт, не преувеличивать последствия событий, сохраняя взвешенность суждений, со способностью при этом анализировать мотивы других людей, не вовлекаясь эмоционально в их переживания.

3 фактор – «глобальность» – связан со склонностью к глобальным категориям в мышлении и построению концепций на основании преувеличения значения отдельных явлений.

4 фактор – «внимание к недостаткам, цинизм» – связан со склонностью выделять, в первую очередь, недостатки, сохраняя дистанцию с другими людьми, при стремлении «читать» их мотивы, построением доводов на основании детали без учёта контекста ситуации и общими негативными ожиданиями.

5 фактор – «решительность» – связан со склонностью опираться на собственное мнение при принятии решений, наличием оптимистичных ожиданий, способностью вступить в конфликт.

6 фактор – «перенос ответственности» – связан с направленностью внимания в конфликтной ситуации преимущественно на других людей, склонностью интерпретировать события в личном контексте и не рассматривать возникающие последствия, сфокусированностью на желательном результате, преимущественно агрессивным стилем эмоционального совладания.

7 фактор – «драматизм» – связан со склонностью к контрастным представлениям, размышлениями по закону «всё или ничего», быстротой протекания суицидогенного конфликта, склонностью к интерпретации событий в личном контексте.

8 фактор – «когнитивная слабость» – связан со склонностью к бездоказательным суждениям, мышлению без оценки контекста ситуации.

Таблица 1

Сравнение клинических групп в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг			p
	ДЭ	СНА	ФРЛ	
Стеничность	38,54*	63,81**	75,53**	<0,001
Эмоциональная отстраненность	46,88*	72,62**	51,12*	0,001
Глобальность	53,65	66,33	58,22	0,253
Недостатки, цинизм	70,27	59,36	58,66	0,361
Решительность	51,77	64,16	64,09	0,286
Перенос ответственности	41,04*	58,36**	84,41***	<0,001
Драматизм	40,46*	66,27**	69,06**	0,003
Когнитивная слабость	70,38**	49,86*	77,56**	0,001

Примечание: p<0,05 между *, ** и *** при попарном сравнении

С целью проверки гипотезы о различных механизмах суицидогенеза подростков при пограничных расстройствах, нами было проведено сравнение клинических групп по среднему рангу каждого из факторов согласно критерию Крускала-Уоллиса. Полученные данные представлены в таблице 4.

Анализ данных показал, что такие стратегии кризисного мышления как «стеничность», «эмоциональная отстранённость», «перенос ответственности», «драматизм» и «когнитивная слабость» статистически были значимо связаны с диагнозом пограничного психического расстройства. При этом группа подростков с депрессивным эпизодом отличалась от остальных групп наименьшей выраженностью таких стратегий кризисного мышления как «стеничность», «перенос ответственности», «драматизм»; группа подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации отличалась наибольшей выраженностью «эмоциональной отстраненности» и наименьшей – «когнитивной слабости»; для группы подростков с формирующимися расстройствами личности в наибольшей степени был характерен «перенос ответственности». Таким образом, кризисное мышление подростков с пограничными психическими расстройствами обладает специфичностью в зависимости от диагноза.

Выделенные стратегии кризисного мышления также были рассмотрены нами в качестве про- и антисуицидальных факторов, которые связаны с вероятностью планирования и подготовки суицидального поведения при суицидальных мыслях (табл. 5), а также вероятностью реализации имеющихся суицидальных намерений (табл. 6).

Результаты сравнения подгрупп с суицидальными мыслями (СМ) и с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН) по степени выраженности стратегий кризисного мышления согласно критерию Манна-Уитни представлены в табл. 5.

Как следует из данных таблицы 5, значимое отличие между подгруппами обусловливали такие стратегии кризисного мышления как «эмоциональная отстранённость» и «когнитивная слабость». Анализ значений средних рангов позволяет рассматривать «эмоциональную отстранённость» как антисуицидальный фактор, а «когнитивную слабость» как просуицидальный фактор, актуальные для вероятности планирования и подготовки суицидальной попытки в рамках кризисного реагирования.

Таблица 5

Сравнение групп подростков с суицидальными мыслями и с суицидальными замыслами и намерениями в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг		p
	СМ	СЗН	
Стеничность	44,42	35,95	0,104
Эмоциональная отстранённость	45,40	34,81	*0,042*
Глобальность	39,81	41,30	0,776
Недостатки, цинизм	42,51	38,16	0,404
Решительность	42,07	38,68	0,515
Перенос ответственности	39,14	42,08	0,572
Драматизм	38,21	43,16	*0,342*
Когнитивная слабость	35,51	46,30	*0,038*

Результаты сравнения подгруппы с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН) и подгруппы с суицидальной попыткой (СП) по степени актуальности стратегий кризисного мышления согласно критерию Манна-Уитни представлены в табл. 6.

Таблица 6

Сравнение групп подростков с суицидальными замыслами и намерениями и суицидальной попыткой в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг		p
	СЗН	СП	
Стеничность	39,42	40,67	0,783
Эмоциональная отстранённость	46,05	34,67	*0,028*
Глобальность	40,14	39,88	0,961
Недостатки, цинизм	34,57	44,79	*0,048*
Решительность	32,89	46,26	*0,010*
Перенос ответственности	35,97	43,55	0,143
Драматизм	38,97	40,90	0,709
Когнитивная слабость	43,68	36,76	*0,181*

Как следует из данных таблицы 6, значимые отличия между подгруппами были обусловлены такими стратегиями кризисного мышления как «эмоциональная отстранённость», «недостатки, цинизм» и «решительность». При этом «эмоциональная отстранённость» может быть рассмотрена в качестве антисуицидального фактора, тогда как «недостатки, цинизм» и «решительность» в качестве просуицидальных факторов, которые действуют на этапе реализации суицидального намерения.

Выводы:

Пограничные психические расстройства оказывают значимое влияние на психогенез суицидального поведения, формируя характер кризисного мышления (депрессивный, стрессовый и аномально-личностный). Мотивы и личностный смысл суицидального поведения у подростков также тесно связаны с характером имеющихся пограничных психических расстройств.

Отдельные стратегии кризисного мышления («эмоциональная отстранённость», «когнитивная слабость», «внимание к недостаткам», «решительность») могут быть рассмотрены как про- и антисуицидальные факторы, характерные для различных этапов пресуицидального периода, что может определять тактику психотерапии в зависимости от этапа кризисного состояния.

Литература:

1. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология.* 2015: 6 (1): 3-7.
2. Мазаева Н.А. Суицидальная активность подростков (по данным зарубежных публикаций). *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2016; 18 (1): 11-19.
3. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С. и др. Стресс и суицидальные мысли у подростков. *Суицидология.* 2016; 7 (3): 20-32.
4. Carter G., Milner A., McGill K. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017; 210 (6): 387-395; doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717
5. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения: возрастной аспект. *Академический журнал Западной Сибири.* 2013; 9 (3): 52-54.
6. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А. и др. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Суицидология.* 2015; 6 (4): 21-32.
7. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты). *Психологическая наука и образование www.psy.edu*. 2014; 1: 126-145.
8. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков — связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем. *Суицидология.* 2014; 5 (3): 33-41.

References:

1. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology.* 2015: 6 (1): 3-7. (In Russ)
2. Mazaeva N.A. Suicidal'naja aktivnost' podrostkov (po dannym zarubezhnyh publikacij) [Suicidal activity of adolescents (according to foreign publications)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija [Psychiatry and psychopharmacotherapy]*. 2016; 18 (1): 11-19. (In Russ)
3. Rozanov V.A., Ukhanova A.I., Volkanova A.S., et al. Stress and suicidal thoughts in adolescents. *Suicidology.* 2016; 7 (3): 20-32. (In Russ)
4. Carter G., Milner A., McGill K. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017; 210 (6): 387-395; doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717
5. Zotov P.B. Psychotherapy of suicidal behavior: age-specific. *Academic Journal of West Siberia***.** 2013; 9 (3): 52-54. (In Russ)
6. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review). *Suicidology.* 2015; 6 (4): 21-32. (In Russ)
7. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vihristjuk O.V. Skriningovaja diagnostika antivital'nyh perezhivanij i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniju u podrostkov (predvaritel'nye rezul'taty) [Screening diagnostics of anti-vital experiences and propensity to impulsive, autoaggressive behavior in adolescents (preliminary results)]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological science and education]* www.psy.edu. 2014; 1: 126-145. (In Russ)
8. Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S., Ukhanova A.I. «Life has no meaning» feeling in adolescents – relation to suicidal ideation and attempts and mental health. Suicidology. 2014; 5 (3): 33-41. (In Russ)

9. Buhnick-Atzil O., Rubinstein K., Tuval-Mashiach R. et al. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: results of a pilot case-control study using mixed-method analysis. *J Affect Disord.* 2014; 172: 116–20.
10. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S. et al. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behaviors.* 1999; 29: 1-9.
11. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M. et al. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry.* 2014; 13 (3): 322–324. doi: 10. 1002/wps.20170
12. Nock M.K.I., Joiner Th.E., Gordon K.H. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72. doi: 10.1006/j.psychres.2006.05.010
13. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2015; 54 (3): 175-179; doi: 10.1016/j. jaac.2014.12.004
14. Холмогорова А.Б. Протокол когнитивно-бихевиоральной терапии пациентов, переживающих суицидальный кризис. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2014; 1: 26-29.
15. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3-92): 144-163.
16. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington. APA, 2009. 377 p.
17. Forman E.M., Chapman J.E., Herbert J.D. et al. Using session by session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy.* 2012; 43: 341–354.
18. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Метод mindfulness как центральное направление «третьей волны» когнитивно-поведенческого подхода. *Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук*. 2017; 7 (11): 160-163.
19. Barnhofer T., Crane C., Hargus E. et al. Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy.* 2009; 47: 366–373.
20. Холл М., Боденхамер Б. 51 метапрограмма НЛП. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 347 с.
21. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? *Современная терапия психических расстройств.* 2016; 2: 16-21.
22. Hargus E., Crane C., Barnhofer T. et al. Effects of mindfulness on meta awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010; 10: 34–42.
23. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М.: 1980. 61 с.
24. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1996; 6 (4): 14-20.
25. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение 1. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 23-35.
26. Зотов П.Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (3): 42-44.
27. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь.* 2017; 3 (1): 79-80.
28. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология.* 2013; 4 (3); 6-18.
29. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from

9. Buhnick-Atzil O., Rubinstein K., Tuval-Mashiach R. et al. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: results of a pilot case-control study using mixed-method analysis. *J Affect Disord.* 2014; 172: 116–20.
10. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S. et al. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behaviors.* 1999; 29: 1-9.
11. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M. et al. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry.* 2014; 13 (3): 322–324. doi: 10. 1002/wps.20170
12. Nock M.K.I., Joiner Th.E., Gordon K.H. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72. doi: 10.1006/j.psychres.2006.05.010
13. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2015; 54 (3): 175-179; doi: 10.1016/j. jaac.2014.12.004
14. Holmogorova A.B. Protokol kognitivno-bihevioral'noj terapii pacientov, perezhivajushhih suicidal'nyj krizis [Protocol of cognitive-behavioral therapy in patients with suicidal crisis]. *Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii [Modern therapy in psychiatry and neurology].* 2014; 1: 26-29. (In Russ)
15. Holmogorova A.B. Suicidal'noe povedenie: teoreticheskaja model' i praktika pomoshhi v kognitivno-bihevioral'noj terapii [Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling psychology and psychotherapy].* 2016; 24 (3-92):144-163. (In Russ)
16. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington. APA, 2009. 377 p.
17. Forman E.M., Chapman J.E., Herbert J.D. et al. Using session by session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy.* 2012; 43: 341–354.
18. D'jakov D.G., Slonova A.I. Metod mindfulness kak central'noe napravlenie «tret'ej volny» kognitivno-povedencheskogo podhoda [The method of mindfulness as the Central direction of the" third wave " cognitive-behavioral approach]. *Aktual'nye problemy gumanitarnyh i social'no-jekonomicheskih nauk [Actual problems of Humanities and socio-economic Sciences].* 2017; 7 (11): 160-163. (In Russ)
19. Barnhofer T., Crane C., Hargus E. et al. Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy.* 2009; 47: 366–373.
20. Holl M., Bodenhamer B. 51 metaprogramma NLP [51 NLP metaprogramming]. SPb.: Prajm-Evroznak, 2007. 347 s. (In Russ)
21. Holmogorova A.B. Kognitivno-bihevioral'naja terapija «na grebne tret'ej volny»: revoljucionnyj povorot ili novye akcenty? [Cognitive-behavioral therapy "on the crest of the third wave": a revolutionary turn or new accents?] *Sovremennaja terapija psihicheskih rasstrojstv [Modern therapy of mental disorders].* 2016; 2: 16-21. (In Russ)
22. Hargus E., Crane C., Barnhofer T. et al. Effects of mindfulness on meta awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010; 10: 34–42.
23. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija [Diagnosis of suicidal behavior]. Metodicheskie rekomendacii. M.: 1980. 61 s. (In Russ)
24. Ambrumova A.G. Psihologija samoubiĭstva [Psychology of suicide]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry].* 1996; 6 (4): 14-20. (In Russ)
25. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. Suicidology. 2018; 9 (1): 23-35. (In Russ)
26. Zotov P.B. "Foreign key" - as an element of suicidal dynamics and the object of psychological impact in adolescents. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 42-44. (In Russ)
27. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia.* 2017; 3 (1): 79-80. (In Russ)
28. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicidology.* 2013; 4 (3); 6-18. (In Russ)
29. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results

a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37: 284-290.
30. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2006; 47: 372–394.
31. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3): 42-68.
32. Жезлова Л.Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков. *Актуальные проблемы суицидологии.* М., 1981: 124-133.
33. Вроно Е.М. Смерть как выход из тупика? *Воспитание школьников.* 1994; 5: 41-46.
34. Рахимкулова А.С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рискованному и суицидальному поведению. *Суицидология.* 2017; 8 (1): 52-61.
35. Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквашина К.В., Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы. *Российский психиатрический журнал.* 2016; 4: 58-63.
36. Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию. Медицинская и судебная психология. Курс лекций. 3-е изд. М.: Генезис, 2009. С. 266-283.

from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37: 284-290.
30. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2006; 47: 372–394.
31. Bannikov G.S., Fedunina N.Ju., Pavlova T.S. Vedushhie mehanizmy samopovrezhdajushhego povedenija u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nyh uchrezhdenijah [Leading mechanisms of self-harming behavior in adolescents: based on monitoring materials in educational institutions]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling psychology and psychotherapy].* 2016; 24 (3): 42-68. (In Russ)
32. Zhezlova L.Ja. Sravnitel'no-vozrastnye aspekty suicidal'nogo povedenija detej i podrostkov [Comparative age-related aspects of suicidal behavior in children and adolescents]. Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1981: 124-133. (In Russ)
33. Vrono E.M. Smert' kak vyhod iz tupika? [Death as a way out of the impasse?] *Vospitanie shkol'nikov [Education of schoolchildren].* 1994; 5: 41-46. (In Russ)
34. Rakhimkulova A.S. Neuropsychological changes in adolescence that influence risky and suicidal behavior. *Suicidology.* 2017; 8 (1): 52-61. (In Russ)
35. Badmaeva V.D., Dozorceva E.G., Syrokvashina K.V., Shkityr' E.Ju., Aleksandrova N.A. Suicidy u podrostkov: social'nye, klinicheskie i psihologicheskie factory [Suicide among adolescents: social, clinical and psychological factors]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry].* 2016; 4: 58-63. (In Russ)
36. Tihonenko V.A., Safuanov F.S. Vvedenie v suicidologiju. Medicinskaja i sudebnaja psihologija [Introduction to suicide. Medical and forensic psychology.]. Kurs lekcij. 3-e izd. M.: Genezis, 2009. S. 266-283. (In Russ)

CRISIS THINKING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT MECHANISMS FOR THE FORMATION OF SUICIDAL BEHAVIOR

D.Y. Kolomytsev, Y.V. Drozdovskiy

Omsk State Medical University, Omsk, Russia; d.kolomytsev@icloud.com

Abstract: Objective: to develop differentiated approaches to the rehabilitation of adolescents with borderline mental disorders and various forms of suicidal behavior based on the characteristics of their crisis thinking. Material and methods: 122 adolescents with different types of suicidal behavior were divided into 3 groups: with a depressive episode (n=26), with reactions to stress and adaptation disorders (n=64), with emerging personality disorders (n=32) . Motivators and personal sense of suicidal behavior, as well as cognitive distortions and metaprograms of the sphere of suicidal conflict were studied. Results: The style of crisis thinking of adolescents differed depending on the diagnosis and severity of suicidal behavior. In adolescents with depressive episodes, the motive for self-punishment was significantly more frequent (46.2%), as well as the ‘renouncement’ motive (19.2%); their crisis thinking was characterized by the lowest level of “steness”, “transfer of responsibility” and “drama”. Adolescents with reactions to stress and adaptation disorders were characteristic of conscription motives (43.8%), protest and revenge motives (26.6%), avoidance motives (14.1%); their crisis thinking was characterized by the highest level of “emotional detachment” and the lowest level of “cognitive weakness”. In adolescents with emerging personality disorders, protest and retaliation motives were significantly more frequent (53.1%); their crisis thinking was characterized by the highest level of “transfer of responsibility”. In the examined adolescents, “emotional detachment” was used as an antisuicide factor, and “cognitive weakness,” “deficiencies,” and “determination” proved to be prosucidal factors. Conclusions: 1. Borderline mental disorders manifest themselves in various styles of crisis response (depressive, stressful and anomalously personal). 2. Separate strategies of crisis thinking can play the role of pro- and anti-suicidal factors, which is important to consider when choosing the tactics of crisis psychotherapy.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, borderline mental disorders, psychotherapy

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Кризисное мышление подростков с различными механизмами формирования суицидального поведения. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 74-84. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84

For citation: Kolomytsev D.Y., Drozdovskiy Y.V. Crisis thinking of adolescents with different mechanisms for the formation of suicidal behavior. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 74-84. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84

УДК: 616.89–008 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ II*

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Т.Г. Пономарёва, Е.Г. Скрябин, А.В. Брагин, О.В. Ананьева

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

Контактная информация:

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

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

Пономарёва Татьяна Германовна – врач-психиатр. Место работы и должность: заместитель главного врача, заведующая филиалом № 3 ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 109462, г. Москва, Волжский бульвар, д. 27, корп. 4. Телефон: (499) 179-31-81, электронный адрес: pb13@zdrav.mos.ru

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

Брагин Александр Витальевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5783-2383; AuthorID: 661661). Место работы и должность: заведующий кафедрой ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Ананьева Ольга Васильевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1239-5484; AuthorID: 259565). Место работы и должность: профессор кафедры акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клинико-лабораторной диагностики ИНПР ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

В сообщении II представлен обзор литературы о суицидальном поведении (СП) больных при отдельных соматических заболеваниях. Показано, что соматически больные с СП более социально дезадаптированы. Соматическое страдание делает больного более уязвимым к микросоциальным конфликтам, чаще ассоциируется с чувством обременённости, одиночества и болью, снижающими порог страха смерти. *При раке* риск суицида в 2-4 раза выше по сравнению с общим населением. В Западной Европе и США самоубийства определяют 0,2-0,5% смертей онкологических больных (ОБ). При этом до 50% самоубийств происходит при локализованном и потенциально излечимом заболевании. Среди жертв суицидов в России онкобольных ≤ 0,5%; соотношение мужчин и женщин – 4:1; средний возраст 67 лет. При этом, возможно, лишь < 1/3 суицидов зарегистрированы. Риск суицида выше у белых мужчин, хуже переносящих боль и функциональные ограничения. Уровень суицидальной смертности растёт с возрастом установления диагноза – выше в старшем (55-65 лет), наибольший – в возрасте ≥ 80 лет. У ½ суицидальных ОБ регистрируются личностные расстройства. У 20% пациентов, получающих паллиативную помощь, СП (включая суицидальные попытки) выявлялись до диагноза рака. Риск суицида депрессивного онкобольного выше не в 2-4, а в 25 раз. Распространённость клинической депрессии среди больных раком составляет 5-40%. «Критический период» суицида мужчин (чаще) и женщин – первые 1-2 года после установления диагноза. На первый год приходится 40% суицидов. Факторами риска среди этих больных являются: хроническая и плохо контролируемая боль, метастазирование, неэффективность лечения, ограничение самообслуживания. В группе риска так же лица, отказавшиеся от лечения.

* Статья подготовлена на основе главы планируемого руководства по суицидологии под редакцией Б.С. Положего (с изменениями и дополнениями текста, включением новых данных литературы).

20% больных сообщают о суицидальных мыслях и безнадёжности. Большинство помышляющих о смерти больных не совершит суицид, но 50-60% покончивших с собой делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими, медперсоналом. Почти ½ (45%) онкологов сталкиваются в практике с СП онкобольных, что свидетельствует об его распространённости, но лишь в единичных случаях проводится активный опрос пациентов на эту тему. Большая часть (62%) онкологов считает, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Среди способов суицида доминируют самоповешение и отравление, в том числе передозировка анальгетиков и седативных препаратов; обычно дома, запланировано. Более ¼ больных задумываются об эвтаназии. *Болезни легких.* Риск СП повышен при ХОБЛ (мужчины), пневмонии**.** При бронхиальной астме – четырёхкратное увеличение риска попыток самоубийства. *Сердечно-сосудистые болезни*. Больные с хронической сердечной недостаточностью имеют самую высокую ассоциацию с психиатрическими заболеваниями. Лица с имплантацией кардиостимулятора, чаще молодого и среднего возраста, имеют самый высокий уровень смертности от самоубийств. При совершении суицидальной попытки самоотравления в 12,6–13,5% используются гипотензивные и противоаритмические средства (общая популяция). *Желудочно-кишечные болезни*. После резекции желудка по поводу язвенной болезни самоубийство зарегистрировано в 13,7%, но половина погибших страдали алкоголизмом. При желудочно-кишечных кровотечениях риск суицида повышен в 3,4-4,5 раза, что так же ассоциировано с алкогольными проблемами контингента. Риск СП повышен *при болезнях почек* и почечной недостаточности. Риск депрессии и СП увеличивается по мере снижения уровня клубочковой фильтрации, и сохраняется даже после его корректировки**.** Риск суицида повышается в период первых 3 месяцев начала диализной терапии**,** возрастая в 25 раз при длительном лечении (относительно общей популяции). Трансплантация почки не снижает риск суицида, возможно, в связи с пожизненным лечением и страхом отторжения органа. Доля смертей, связанных с самоубийствами *при сахарном диабете* I типа, может составлять 7,7%, II типа – 1,3%. *СПИД / ВИЧ,* особенно ассоциированные с употреблением ПАВ, психическими расстройствами, социальным дистрессом, повышают риск СП – в 24-36 раз. Риск суицида *при инсульте* повышен у женщин и мужчин < 60 лет в 13 и 3-6 раз соответственно, > 60 лет – в 1,5-2 раза. Средний временнòй интервал между госпитализацией и самоубийством составляет 1,9±1,8 года. *Травмы спинного мозга* – почти пятикратный рост СП. Среди умерших больных с повреждением спинного мозга 4,2% смертей связаны с попыткой самоубийства. *Эпилепсия* (особо височная) – пятикратное увеличение риска суицида и 25-кратное при резистентности к терапии; увеличен почти на порядок при сопутствующем психическом расстройстве, выше в 16 раз при начале болезни до 18 лет. Возможно, на суициды приходится 10% смертей этих больных. *Суициды в стационарах.* Средний возраст соматически больных, жертв суицида в многопрофильной больнице, 54 года; психиатрических – 41 год. Соматически больные чаще бросаются с высоты в течение госпитализаций от 2 дней до нескольких месяцев (в среднем 30 дней). При основной причине СП – депрессии, она в соматической больнице отмечена у ¼ жертв суицида. Лишь 15% консультированы психиатром до трагедии. Заключение: Любые недуги сопряжены с дистрессом, болью, ограничением функционирования, тяжелые, по определению, в особенности. Видимо, важен баланс факторов риска и антисуицидальных (так, внутренняя картина болезни определяет отказ от лечения и надежду исцеления) факторов. Антисуицидальные факторы следует выявлять и укреплять, изменяемые факторы риска – контролировать и нивелировать. Основным антисуицидальным фактором служит адекватная терапия. Персонал первичной помощи – ключевой «сторож» в предупреждении СП. Один из немногих научно доказано эффективных элементов антикризисной программы – обучение выявлению депрессии и СП. Важны и меры поственции (после СП пациента) в отношении близких жертвы, иных пациентов (случайных свидетелей), профессионалов. Профилактика СП означает эмпатию к страдающему и его близким, внимание к их насущным и изменчивым нуждам.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, суицидальное поведение, риск самоубийств, факторы риска, профилактика, соматические заболевания, соматическая патология

Суицидальное поведение при отдельных заболеваниях.

Мета-анализ 235 статей с катамнезом более 2 лет выделил 63 телесных и неврологических болезней, особо повышающих риск СП [1], среди них СПИД, группа новообразований (особо опухоли головы и шеи), сердечные заболевания, ХОБЛ (мужчин), рассеянный склероз, язвенная болезнь желудка, почечные болезни и длительный гемодиализ в связи с почечной недостаточностью, системная красная волчанка, болезни простаты.

Среди болезней из группы высокого риска СП не случаен ряд психосоматических: ишемическая болезнь сердца, пептическая язва, сахарный диабет, бронхиальная астма, псориаз. При психосоматических расстройствах с СП часты болевой синдром, субсиндромальная депрессия – суицидоопасна не менее, чем клиническая – с тревогой и когнитивными расстройствами [2]. В связи с «открытостью» ситуационным влияниям, малым выявлением и лечением, сохранённой возможностью целенаправленных действий. Соматически больные с СП более социально дезадаптированы, чем

физически здоровые суициденты и соматически больные без СП [2]. Соматическое страдание делает больного более уязвимым к микросоциальным конфликтам.

Межличностная теория СП [3] включает, как факторы риска, соматические заболевания с чувством обременённости, одиночества и болью, снижающими порог страха смерти.

Возможно, рак – единственная хроническая телесная болезнь (не артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца или сахарный диабет), связанная с повышенным риском суицида мужчин и женщин после контроля «вклада» психических расстройств и медицинской коморбидности [4].

Новообразования – неоднородная группа болезней с различными этиопатогенезом, течением и прогнозом.

Эпидемиология СП. Ретроспективные (обычно) популяционные исследования с опорой на национальные регистры Европы, США отметили в 2-4 раза бо̀льший риск суицида ОБ, мужчин и женщин, по сравнению с общим населением [5]. УС при злокачественной опухоли, независимо от расположения, вдвое более, чем в населении США [6], УС ОБ на Тайване – в 7 раз, чем в иных странах [6], что поднимает вопрос о важности учёта частоты типов рака, проявлений депрессии в этнокультуральном аспекте. В Западной Европе и США определяют 0,2-0,5% смертей онкологических больных [7, 8, 9]. При этом до 50% самоубийств происходит у пациентов с локализованным и потенциально излечимым опухолевым процессом [10]. Среди жертв суицидов в России ОБ ≤ 0,5%, соотношение мужчин и женщин 4:1; средний возраст 67 лет [11]. Доля ОБ (диагноз не всегда прижизненный) среди суицидентов Пермского края до 6% (6% мужчин и 8% женщин) [12]. Обнадёживает снижение с 60-х гг. XX века, согласно тренду в общем населении, по зарубежным данным, УС ОБ (остаётся высоким при метастазах) в связи с взаимосвязанными ранней диагностикой, успехами лечения, лучшей осведомлённостью граждан о раке [13, 14, 15]. Паллиативная помощь (хосписы, помощь на дому) снижает риск суицидов ОБ, повышая КЖ [5, 7]. Однако в 2001-2006 гг. при малом снижении УС в Башкирии доля ОБ в массиве суицидов выросла с 1 до 2,5%; в столице республики (с лучшим учётом СП?) с 3 до 5,5% [16]. Высокий риск СП ОБ объясним и поздней диагностикой рака в РФ – у 45% на 3-4 стадиях. При этом, возможно, лишь < 1/3 суицидальных действий ОБ зарегистрированы в РФ [11, 16].

Биопсихосоциальные факторы риска СП ОБ – частично пересекаются и синергически суммированы, сходны и отличны от таковых у физически здоровых и больных иными недугами.

Социально-демографические характеристики. *Раса, пол, возраст*. УС ОБ выше у белых мужчин [5, 17], хуже переносящих боль и функциональные ограничения [18]. Риск СП детей не отмечен [19], но в 15-39 лет рак – вторая причина, помимо депрессии, суицида [20].

УС растёт с возрастом установления диагноза [14] – выше в старшем (55-65 лет) [6, 7], наибольший ≥ 80 [21], что не всегда очевидно [8, 15, 22]. Средний возраст онкологических больных россиян, мужчин и женщин, 64 года при сходной заболеваемости, а жертв суицида, мужчин и женщин, 42 и 44 лет соответственно [11], но УС пожилых в целом многократно превышает среднестатистический. УС пожилых ОБ (основная часть субпопуляции) выше, чем у сверстников – больных иными телесными болезнями при контроле психических расстройств и риска смерти в течение года [23]. Можно ожидать по мере постарения населения увеличение ОБ и доли суицидентов. Возможно, у части молодых и пожилых ОБ различна этиология / патогенез однотипного рака: они поразному реагируют на бремя болезни и лечения [24]. У молодых не развиты стратегии совладания. Рак нарушает личностное и социальное развитие.

Социальное неравенство и одиночество. Незанятые (безработные) [25], бедные [19, 26], одинокие [6, 27] – в группе риска СП. Хотя рак и суицид вхожи в хижины и дворцы, риск СП выше при низком социально-экономическом положении [28] в связи с хроническим психосоциальным дистрессом и меньшей доступностью медицинской помощи. Большинство пожилых ОБ, как и их «здоровые» сверстники, в той или иной мере беспомощны в быту и одиноки [18]. Физическое состояние затрудняет общение, обесценивает роль в семье. Дисфункциональные межличностные отношения ведут к изоляции, углублению депрессии, отчаянию и СП [23, 29]: можно ощущать заброшенность в полной семье, как одиночество в толпе.

Преморбид, психиатрическая история. У ½ суицидальных ОБ выявлены личностные

расстройства [5, 30]. У 20% ОБ, получающих паллиативную помощь, СП (включая суицидальные попытки) до диагноза рака, что непрямо указывает на их низкую стрессоустойчивость и возможную предшествующую депрессию. Психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, СП в семье повышают риск СП ОБ [29]. У изначально психически больных в 20 раз выше, чем в населении риск рака ротовой полости, лейкемии, лимфомы (особо при депрессии), иных гемобластозов. У страдающих шизофренией и биполярным аффективным расстройством риск рака выше вдвое, чем в населении в целом [31, 32].

Психические расстройства выявлены (самоотчёты) у 20% ОБ и у 15% перенесших рак в 24 «богатых и бедных» странах. У ½ первичных пациентов определены психические расстройства, чаще у больничных (более тяжелых) ОБ-суицидентов. Среди терминальных ОБ > ½ психически больны [33, 34].

Депрессия служит важнейшим предиктором СП ОБ вне зависимости от места и стадии опухоли. *Риск суицида депрессивного ОБ выше не в 2-4, но в 25 раз* [23]. Распространённость (по неточному скринингу) депрессивных расстройств ОБ в систематических обзорах в широком интервале 10-60%, клинической депрессии ОБ 5-40% [21, 23]. Психиатр выявит у 1/3 суицидальных ОБ клиническую депрессию, у ½ – нарушение адаптации (самый частый психиатрический диагноз ОБ) с тревожно - депрессивными чертами [23]. Часты депрессии при раке поджелудочной железы (50%), ротоглоточной области (40%), груди (до 1/3), желудка (>10%) [23]. Так, УС при раке поджелудочной железы на 100-1100% выше, чем в сопоставимой группе населения. Особо суицидоопасна депрессия с безнадёжностью на продвинутых стадиях и тревожная депрессия [35, 36].

О тревоге сообщают около 40% выживших онкологических больных. Уменьшение тревоги и депрессии ассоциируется с улучшением социальной поддержки, функционирования семьи и самочувствия [37]. Среди ведущих факторов, вызывающих тревогу, называется: боль (37,3%), нарушения дыхания (24,0%), инвалидность (16,0%), расстройств питания (12,0%) расстройства сна (9,3%) [38].

Тревога – одна из основных причин психиатрической консультации терминальных ОБ. Симптомы тревоги у 15-30% ОБ – как и при иных хронических медицинских болезнях [23].

Деморализация («капитуляция») обычна на продвинутых стадиях рака – приводит к желанию ускорить смерть и суициду. Не менее 15-30% ОБ деморализованы, но не депрессивны, а каждый третий-пятый – депрессивны.

Ощущение обременённости собою и для окружающих более на продвинутых стадиях (40%).

Когнитивные нарушения и спутанность (делирий англоязычной литературы) у 25-40% ОБ, у 1/3 суицидальных ОБ. Среди терминальных ОБ спутанность более часта: до 85% при интоксикации и / или лекарственной гиперседации [23].

Диагноз рака. «Критический период» суицида мужчин (особо) и женщин – первые 1-2 года верифицированного диагноза в странах с разной доступностью и развитостью общемедицинской и специализированной помощи [14, 17, 21, 22, 39]. На первый год диагноза приходится 40% суицидов ОБ [40], чаще на продвинутых стадиях. Для всех раков с относительно плохим прогнозом риск суицида в 2-4 раза выше в первые полгода установления диагноза, чем усреднённый [4, 8, 13, 22]. Суициды в первые 3 месяца (1/2 – в первые 2 недели) вслед первой госпитализации объяснены *несостоятельностью в новых условиях, доступом к средству суицида, нераспознанной депрессией* [25]. Так, в первый год диагноза 10% ОБ испытывают депрессию и/или тревогу, требующие помощи психиатра [41]. Второй пик суицидов спустя 12-14 месяцев [8] у ОБ с изначально неплохим прогнозом в ответ на рецидив (неуспех лечения). Ранние (до года диагноза) и «поздние» суициды сходны по демографическим характеристикам ОБ, но первые чаще (55%) при продвинутых стадиях (запоздалом диагнозе), чем поздние (20%). Риск суицида выше, чем в населении в целом и через 5-30 лет [6, 22]. Высокий риск суицида после диагноза объясним «катастрофической» реакцией на рецидив (метастазирование), депрессией в ремиссии «выживших» со страхом рецидива (программируемым хроническим дистрессом?), побочными действиями поддерживающего лечения и косметическими дефектами (уродствами) после лечения. *Риск СП выше у переживших рак в детстве* как раннего неблагоприятного события [42].

Физические симптомы и функциональная несостоятельность (одышка, неспособность самостоятельно отправлять основные жизнен-

ные потребности, потеря речи, слуха, зрения, обездвиженность) вызывают психосоциальный дистресс, снижают КЖ [29, 43, 44].

Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [45]: 65% жертв суицида страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны, но «непереносимая» боль строго прогнозирует СП лишь без учёта микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). На продвинутых стадиях боль сосуществует с известными факторами риска СП: депрессией, безнадёжностью, спутанностью сознания, импульсивностью [23].

Местоположение опухоли. Наибольший риск СП при раке лёгких и бронхов, ротовой полости и глотки, пищевода, желудка и поджелудочной железы, головы и шеи, саркоме Капоши ВИЧ-позитивных [5, 17, 21, 23]. УС при раке лёгких, поджелудочной железы и пищевода с плохим прогнозом (5-летняя выживаемость <10%), болезненными симптомами и / или нарушениями повседневного функционирования (дыхание, глотание) в первый год диагноза в 6 раз выше, чем в сопоставимых группах общего населения. При таких раках часта, как показано выше, депрессия. Наибольший УС (как при раке лёгких мужчин) связан с табакокурением и пьянством, хроническим гепатитом В и С; «доонкологическими» психическими проблемами, отражая запоздалые диагноз и лечение. УС «ранних» (до года после диагноза) суицидов в 1,5 раза выше при билиарно-поджелудочном раке, лёгкого, желудка [40].

Сверхвысокий УС при отдельных опухолях определён худшим прогнозом и распространённостью рака. Однако рак простаты (при относительно неплохом *прогнозе за счёт ранней диагностики)*, наряду с раком лёгких, поджелудочной железы, головы и шеи входит в печальную «четверку» раков с наибольшими УС, особо у пожилых мужчин [21], хотя даже *метастатические формы (<5%) позволяют определяют пятилетнюю выживаемость у почти трети ОБ* [46]. У 15% покончивших с собой ОБ был «неопределённый» прогноз [23].

Тяжесть и неблагоприятный прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости). Метастастический рак – самая частая телесная болезнь покончивших с собой американцев ≥ 65 лет [47]. У >1/2 покончивших с собой ОБ был плохой прогноз; > 85% суицидов совершают ОБ на конечных стадиях, вопреки ограничению физических возможностей [23, 48]. Суицидальный риск у 30-85% ОБ в продвинутых стадиях особо связан с болью [23, 36, 49]; 15-25% таких ОБ совершают самоубийство или попытки [29, 50] в больнице (!) и дома. При локализованном раке у ¼ ОБ депрессивные симптомы, но > ¾ на продвинутых стадиях при ухудшении физических функций и/или химиотерапии, причём 1/5 соответствуют клинической депрессии [23]. Риск СП на продвинутых стадиях обусловлен депрессией (30%), метастазами с необлегчаемыми болями (50%), спутанностью, функциональными, психологическими и социальными ограничениями [29], нарастающими по мере развития (метастазировании) болезни, но не при изначально множественной опухоли [6]; важен «вклад» сопутствующего психосоциального дистресса [48].

Друг Альфонсины Сторни (46), онкобольной, покончил с собой. Это событие и неоперабельный рак груди через год подвигли её на последнее стихотворение «Пойду спать»: «И вы забудете... Спасибо. Ах, да – есть одна просьба: если он снова позвонит, скажите, чтобы перестал, – что я ушла». В прощальной записке красными чернилами на голубой бумаге: «Я бросилась в море».

Противоопухолевое лечение: нежелательные действия и последствия. Приём кортикостероидов, противоопухолевых, ряда антигипертензивных лекарств могут усугубить депрессию ОБ и опосредованной – риск СП [5, 21, 23]; возможна намеренная передозировка наркотиков с суицидальной целью [51]. Риск повышен и растормаживающим ранним неспецифическим побочным действием антидепрессантов (прописаны в алгоритмах обезболивающего лечения ОБ), особо у подростков [52]. Обширные оперативные вмешательства, влияющие на внешний вид, психосексуальное восприятие при увеличении выживаемости «парадоксально» увеличивают риск СП клинически излеченного пациента, провоцируют хронический эмоциональный дистресс [16, 19]. Повышение риска СП вшестеро в первый год диагноза рака шейки матки связан и с последствиями операции и депрессией спустя годы излечения [53]. Риск СП выживших после детского рака, возможно, связан с последствиями лечения и отставленным эффектом неблагоприятного (стрессогенного) жизненного события [42].

Низкое качество, неудовлетворенность повседневной помощью. Недостаточность, неэффективность лечения – мотивы СП 40% отечественных ОБ на продвинутых стадиях [29]. По данным ВОЗ, лучевая терапия необходима 70% ОБ, но в РФ её получает < 1/3. У 45-80% на конечных стадиях (пациенты хосписов) выражен болевой синдром без гарантий достаточного обезболивания [54]. Уровень потребления опиоидных анальгетиков в РФ оценён низкий: < 200 условных суточных доз / 1 млн пациентов / сутки, или в 1000 раз меньше иных развитых стран. Типично затягивание перевода на морфин; ОБ получают высокие дозы менее эффективного препарата. Среди отказавшихся от лечения отечественных ОБ болями страдал каждый второй, но обезболивание получал каждый пятый [16]. Врачи боятся брать единоличную ответственность, не всегда владеют навыками выбора наркотических обезболивающих, схем рациональной полифармации (с антидепрессантами), своевременной коррекции побочных действий. Напротив, распространена небезопасная и неэффективная нерациональная полифармация [27, 55]. В странах с разным уровнем доходов населения не более 60% ОБ с психическими проблемами получали специализированную помощь за последний год [33]. Так, 1/3 деморализованных ОБ, не соответствуя критериям депрессивного расстройства или реакции дезадаптации, не получают помощи [56, 57]. Показательно обращение суицидентов за несколько недель до трагедии к интернистам [58, 59], каждый второй суицидент осмотрен врачом общей практики в течение двух месяцев до самоубийства (попытки), 50-70% суицидентов за 2 недели до трагедии [58, 60]. У 1/3 совершивших суицидальную попытку были листы нетрудоспособности в связи с соматическими болезнями [61]. Не менее 80% ОБ на продвинутых стадиях прямо или косвенно сообщают о намерениях суицида, склонны поговорить об этом (общее коммуникативное действие суицидента, по E. Shneidtnan [62], – «сообщение о намерении»), более доверяя врачу (>60%), чем близким [29] – при отдалении от семьи. Более 80% ОБ ценят беседу, но осуждают врачей за нежелание обсуждать тему добровольного ухода из жизни. Однако в центре неподготовленного и загруженного персонала лишь физические симптомы, а не психологический дистресс и депрессия. «Перегорание» (эмоциональное истощение, цинизм к ОБ) и ощущение снижения личных достижений) у почти 1/3 онкологов [63] и большее при паллиативной помощи – не способствует мотивации к изменению к лучшему рутинной работы и бо̀льшей суицидальной бдительности. Более того, отстранённо-формальное отношение персонала способствует СП.

Низкое качество сообщений СМИ: сообщают о суицидах ОБ с указанием часа трагедии, обнаружения трупа, точного адреса, этажа, откуда выбросилась жертва, деталей повешения, самострела на первых полосах с броскими шрифтом и заголовками (по кальке резонансных суицидов подростков): «эпидемия», «волна» суицидов (при 0,5% доле суицидентов среди умерших ОБ в Москве); скоропалительно указана причинно-следственная связь суицида с «отсутствием обезболивающих», «отказом в госпитализации». Сообщения иллюстрированы фото улыбающихся (ещё в здравии, при орденах) жертв с указанием фамилии и послужного списка; по примеру зарубежных источников изображены «нейтральные» горящая свеча или карета скорой помощи – коли жертва не профессор и не адмирал, а безымянный пенсионер. Обычно «оглашённые» суициденты – пожилые (65-85) лет, семейные. Цитируют (вольно, с разночтениями) предсмертные записки 1/3 жертв: «невыносимые боли», «устал бороться с болезнью», «не хочу быть обузой», «нет денег на лечение». Данные о диагнозе «по горячим следам» со слов родных, соседей, подчеркивающих страдания больных, беспомощность, невнимательность врачей. Примечательно сообщение (не вызвавшее дискуссии и тиражирования, как прочие) о самоповешении 36-летнего механика, за год до трагедии начавшем плохо переносимое лечение. Чтобы «побороть депрессию, посещал психолога» [64].

Факторы риска СП суммированы в табл. 1. Большинство – служит факторами риска и депрессии при раке.

Континуум и эквиваленты СП. *Суицидальные мысли* у ОБ – чаще, чем у иных соматических: до 70% на разных этапах болезни, включая ремиссию, и лечение, что, однако, оспорено недавним обзором. Следует различать «мысли и мысли», мимолётные о тяготе и бессмысленности жизни (отражает антивитальное настроение) от неотступных суицидальных, влекущих планирование поступка. Скрининг указывает бо̀льшую частоту континуума СП, нежели клиническая беседа.

Таблица 1

Факторы риска СП ОБ

Общие (социо-демографические, психиатрические) факторы	Раса (белая), возраст (≥ 65 лет – риск нарастает с возрастом), пол (мужской). *Психиатрический анамнез:* депрессия, злоупотребление ПАВ; импульсивное поведение (пограничное личностное расстройство); история СП в семье, суицидальная попытка в прошлом (самый важный прогнбостический фактор суицида). *Социальные (функциональные) факторы:* недавняя (актуальная) потеря: смерть близкого (в т.ч. от рака), беспомощность, малая социальная поддержка, одиночество. Незанятость (безработица, инвалидность), нарушение ролевого, бытового, повседневного функционирования. *Клинические факторы:* депрессия (симптомы, синдром) и/или тревога с ощущением беспомощности (деморализация) безнадёжности, отчаяния, бремени для себя и окружающих. Злоупотребление ПАВ. Психосоциальный дистресс. Экзистенциальный «тупик». Страх будущего. Отказ от лечения, нарушение режима лечения. Отсутствие бдительности необученного персонала, семьи. Безверие. Доступ к средству суицида (лекарствам – намеренная передозировка или отказ, катетеру, воздуховодной трубке – при их удалении).
Связанные с раком (особые) факторы	Недавний (до года) диагноз. Расположение опухоли (особо у злостных курильщиков и потаторов). Продвинутые (метастатические) стадии; плохой прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости). Побочные субъективно тягостно переносимые действия химиорадиотерапии (заторможенность, гормональные нарушения, постоперационные дефекты). Физические симптомы: хроническая боль, истощение, утомляемость. Симптомы недостаточности: ограничение подвижности, контроля жизнедеятельности. Нежелательные действия терапии. Спутанность сознания с импульсивным поведением. СМИ (тиражирование низкокачественных сообщений о СП ОБ). Ложные представления (мифы) о природе, возможностях, альтернативах лечения (балансе риск-польза) и последствиях рака.

Возможно, «всего» 20% ОБ сообщают о суицидальных мыслях и безнадёжности [65] при сходной частоте таковых населения. В выборке «здоровых» физически юношей 25% сообщают о суицидальных мыслях. Молодые ОБ более уязвимы к СП, включая мысли о смерти [66]. Каждый десятый амбулаторных пациентов раскрывает мысли о нежелании жить или суициде в течение нескольких дней за последние 2 недели в связи с сильной болью [67]. Среди подумывающих о суициде у > 10% ОБ рутинным скринингом выявляются суицидальные намерения, при неотступных мыслях – у ¼ [68]. Каждая десятая консультация психиатра в онкоцентре (США) связана с оценкой риска СП после высказываний ОБ [32]. Психиатры отметили преходящие мысли о нежелании жить у > 1/3 ОБ, но только у 5-10% – неотступные суицидальные, чаще при депрессивных расстройствах, сложностях межличностных отношений, физическом и психологическом дистрессе, неконтролируемых болях, безнадёжности, социально-бытовых трудностях, сложности выбора лечения [32, 68, 69]. Психиатр выявил у > ½ клинически депрессивных плохо физически функционирующих ОБ суицидальные мысли [69]. Суицидальные мысли чаще у пожилых депрессивных ОБ [69], у каждого десятого на продвинутых стадиях рака. Деморализация более влияет на суицидальные мысли, чем депрессия [70]. Депрессия и длительность боли увеличивают риск суицидальных мыслей, тогда как эффекты пола и силы боли изменчивы [71]. Большинство помышляющих о смерти ОБ не совершит суицид, но ½ покончивших с собой ОБ делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими [72]. У 40% «выживших» 3-8 лет после рака простаты суицидальные мысли не связаны с депрессией [42], но 60% получали лечение за год до скрининга. Суицидальные мысли чаще, чем в контроле и спустя 10-15 лет после диагноза. Демографические переменные не связаны с суицидальными мыслями и качеством жизни в отличие от плохого физического состояния и болей после контроля депрессии. Неизвестно, сохраняются ли суицидальные мысли по миновании (облегчении) депрессии. Негативное религиозное совладание (отсутствие принадлежности к религиозной конфессии) связано с повышенным риском суицидальных мыслей после контроля демографических и клинических характеристик [73].

Большинство (>60%) отечественных ОБ открывает суицидальные мысли именно врачу, полагая, что близкие не поймут их. Обсуждение темы суицида поддерживают > 80% ОБ. Почти ½ (45%) онкологов сталкивалась в прак-

тике с СП ОБ, что свидетельствует об его распространённости, но лишь в единичных случаях проводится активный опрос больных на эту тему. Большая часть (62%) онкологов считает, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Почти 60% врачей при предъявлении им суицидальных идей убеждают в их «неправильности», но каждый четвертый пытается уйти от предметного разговора [29].

Суицидальные попытки. Риск попыток суицида у ОБ 17-39 лет вчетверо выше после контроля демографических характеристик, депрессии, употребления спиртного [74]. Почти 1/3 ОБ совершила суицидальную попытку в период хирургического лечения, при отказе от лечения – 15%, при рецидиве (прогрессировании) опухоли – 35%, до паллиативной помощи – 10% [29]. Сверка городского (Тюмень) регистра суицидальных попыток с канцер-регистром выявила суицидальные попытки у 1% ОБ (65% при распространённом раке), соотношение мужчин / женщин 1 : 2-3 (как в населении). Почти у 20% ОБ с СП суицидологический анамнез, что косвенно указывает на низкую стрессоустойчивость будущих больных [29].

Мотивы СП: отказ от жизни; изменение поведения окружающих или привлечение внимания («крик о помощи»); смешанные, неосознаваемые или амбивалентные колебания между жизнью и смертью у ½ ОБ [75]. При распространённом раке доминируют пересекающиеся и взаимопотенцирующие *соматические* (90-95%) *и депрессивные* (70%) факторы: прекращение *физических мук* (95%), представления о бесцельности и тяготе существования (70%), неспособность к самообслуживанию (>35%), желание освободить родственников (>30%), ощущение неполноценности (10%) [29]. Опрос > 2000 «здоровых» респондентов, персонала семи психиатрических больниц РФ, выявил 1/3 готовых покончить с собой и оправдывающих суицид как бегство от мучений тяжкой болезни [76].

Способы суицидов. Среди >1000 больничных ОБ (Тайвань) рак легких и бронхов и низкий доход вели к брутальным суицидам (самоповешение, падение с высоты) [26]. Передозировка анальгетиков и седативных – препаратов – частый способ суицидов и попыток ОБ [23, 29], обычно дома, запланировано. Ведущий способ попыток суицида – самоотравление [29]. Большинство зафиксированных (априорно самых тяжелых) суицидальных действий отечественных ОБ завершается гибелью (63%). Преобладают самоповешение и самоотравление (по 32%), самострел (21%). Женщины чаще (67%) погибают от намеренной передозировки лекарств.

Желание ускорить смерть, представлено преходящими (чаще) или постоянными мыслями, требованиями помочь умереть посредством эвтаназии, ассистированного суицида или планом суицида (самоповреждение, отравление), выбором заведомо губительного образа жизни как курение, несоблюдение режима лечения или жизнеспасающей терапии или диеты.

Противостояние между «*невообразимо мучительным недугом и невообразимо сильным организмом*» (*П. Анненков*). И.Тургенев: «Как мне хотелось бы сегодня же присоединиться к моему другу!» (мужу П. Виардо. *Прим. авт.*). Писал: «Болезнь не только не ослабевает, она усиливается, страдания постоянные, невыносимые – несмотря на великолепнейшую погоду – надежды никакой. Жажда смерти всё растёт». (Полонской), «Я же человек конченый – доктора даже не знают, как назвать мой недуг … Ни ходить, ни есть, ни спать, да что! Скучно даже повторять всё это! … Не могу больше, устал». (Л. Толстому). Умолял Полину Виардо выбросить его из окна. Временами (видимо, следствие передозировки морфия и интоксикации. *Прим. авт.*) на него «набрасывались» морские чудища; отравляли еду, атаковали ассирийские солдаты, *но в просветлении диктовал преданной и долготерпеливой П. Виардо, недавно кажущейся «леди Макбет», повесть «Конец»* о самоубийце и давал выстраданные советы: «Человек, желающий жить спокойно! Никогда ничего не предпринимай, ничего не предполагай, ничему не доверяйся и ничего не опасайся!» (по А. Труайя «Иван Тургенев»).

Смерть с помощью врача, эвтаназия, решение о смерти. Суицид с помощью означает предоставление им средства прекращения жизни (выписывание лекарства в заведомо смертельной дозе). *Эвтаназия* – введение врачом смертельной дозы с согласия или без согласия пациента. Более ¼ ОБ подумывали об эвтаназии или суициде с помощью врача и 10% обсуждали их возможность с врачами и другими, испытывая боль и/или в депрессии или психологическом дистрессе, накапливали лекарства, читали «Последний выход» (руководство «достойной смерти» терминальных ОБ) [77]. Через год по выходу руководства для смертельно больных «Окончательный выход», советующего асфиксию, число самоповешений в Нью-Йорке выросло с 8 до 33; книга найдена на месте ¼ суицидов. После ТВ передачи об эвтана-

зии морфием в течение двух недель в клинику токсикологии (Польша) после суицидальных попыток поступили измученные болями и депрессией четыре больные раком и рассеянным склерозом [цит. по 64].

Не менее 20-50% пациентов хосписов стремятся ускорить смерть, >80% ищут помощи в смерти и эвтаназии по сравнению с <20% нераковых хронически больных [54]. Так, у ½ терминальных ОБ желание ускорить смерть, у <10% – постоянные мысли об ускорении смерти [36]. Желание ускорить смерть – многоаспектный феномен, не обязательно патологический, имеет множество смыслов, не связанных с непременным стремлением убить себя, но означает гипотетический план отчаянного «освобождения», порой – приспособительная цель управления дистрессом [78], как и «утешающие» мысли о суициде.

Недостаточно контролируемая и субъективно непереносимая боль, препятствующая повседневной жизни ОБ – драматический фактор риска суицида и требований помочь умереть [23, 29, 45, 79]. У > ¾ ОБ со «средней и сильной» болью выражено желание ускорить смерть. Страдающих от боли ОБ на конечных стадиях (пациенты хосписов) > 45% [54]. Депрессия и безнадёжность – независимые важные предикторы желания смерти ОБ: у 45-60% – клиническая депрессия против 15% недепрессивных [80]. Предикторы желания ускорить смерть терминальных ОБ помимо депрессии и/или тревоги, безнадёжности (особо опасно их сочетание) ощущение физического бремени для себя и окружающих, недостаточная медико-социальная формальная и неформальная (в семье) поддержка, нечуткость необученного персонала к психологическим нуждам ОБ, неудовлетворённость помощью [23, 81]. Почти 65% принявших смерть с помощью ощущали себя бременем для близких, включая неформальных помощников [23]. Потеря социальной поддержки связана с СП на продвинутых стадиях рака. 33% мужчин и 40% женщин, стационарных ОБ, теряют надежду на выздоровление [18]. ОБ могут утаить дистресс из страха обременить врача [82]. Качественный анализ терминальных ОБ с желанием ускорить смерть показал восприятие долгого мучительного недуга при недостаточности паллиативной помощи. Желающие ускорить смерть требуют удобства тающего остатка дней, облегчения симптомов, как не всегда понимаемой и самим ОБ (и его врачом) депрессии [81].

Профессионалы избегают сообщать об эвтаназии и ассистированном суициде во избежание наказания, но> ½ зарубежных онкологов сообщили о требованиях такого рода. Один из семи – способствовал эвтаназии или ассистированному суициду [77]. Врачи хосписа, энергично купирующие боли, обычно одобряют право ОБ отказаться от жизнеобеспечения, но противодействуют эвтаназии и ассистированному суициду, строго различия их [83]. Эвтаназию более допускают мужчины, агностики, проникнувшиеся страданиями ОБ. Две трети ОБ и представителей общественности полагали эвтаназию и суицид с помощью врача приемлемой при хронической боли [77], но, в последнюю очередь, для облегчения «бремени семьи» и «бессмысленности жизни». При неутихающей боли большинство онкологов видит эвтаназию и суицид с помощью – приемлемыми. Требования эвтаназии и помощи в суициде распространены при указанных выше типах рака и меланоме (благоприятный прогноз при раннем лечении) [83].

Отказ от лечения. До 5% ОБ отказываются от лечения, считая рак неизлечимым. СП (мысли) сопровождает отказ от лечения [68]. Более 1/3 ОБ с СП Башкирии отказались от лечения [18], в равной мере мужчины и женщины, чаще 71-80 лет, разведённые и вдовцы (по 40%), одинокие (60%), в тяжёлом состоянии (25%), с обезображивающими опухолями, диспепсическими расстройствами, дыхательной недостаточностью (по 10%); болями страдал каждый второй. Часты (50%) антивитальные переживания, суицидальные мысли (30%), замыслы (15%), намерения (>10%) ОБ, но попытки суицида совершили 5% пациентов онкодиспансера. Отказывающиеся от лечения характеризуются набором факторов СП. Отказ от лечения и несоблюдение режима лечения ОБ рассмотрены в контексте депрессии, психоза, когнитивного снижения, ухудшающих критику, и как эквивалент СП [29]. Низкая самооценка и чувство беспомощности из-за функциональных (ролевых, бытовых) нарушений связаны с КЖ и несоблюдением режима лечения [84]. Несоблюдение режима химио-радио- или дополнительной терапии у 20-80% ОБ, часто на фоне депрессии, ухудшает прогноз, что увеличивает риск СП [23]. Депрессия отражается в отказе от лечения (вследствие безнадёжности и отчаяния искажается представление о балансе риск / польза терапии) и, на продвинутых стадиях, от поддерживающей

жизнь (паллиативной) терапии [85]. В последнем случае – и на фоне антидепрессивного лекарственного лечения, указывающего, возможно, неверную цель терапии. Несуицидальное аутоагрессивное поведение возможно на фоне спутанности и гиперседации. Самопорезы (самоотравления), задачей которых не есть добровольная гибель, или процедура которых предварительно неопасна для жизни. Момент времени выполнения опасных для себя действий от минут (при падении, удушении, при самостреле) до нескольких суток (отказ от еды) и месяцев (самоуничтожающие действия в виде употребления ПАВ, нарушения диеты [29]. ОБ, отказывающиеся от лечения и помощи без намерения приблизить смерть, но прожить остаток определённых врачом (за что ему спасибо) дней достойно и насыщенно, указывают на аутоагрессивное поведение *как комплексный феномен, затрагивающий этические, социологические*, медицинские и психиатрические аспекты [86]. При этом образ отказывающегося от помощи в выдуманных историях романтизирован – ОБ испытывает лишь облегчение от тягот лечения. Клиническая реальность – дилемма между прекращением непереносимых побочных действий малоэффективного лечения при отказе от него или продление (гипотетическое) жизни заведомо низкого качества.

Бремя СП. Низкий уровень окситоцина, связанного с лактацией, дистрессом, низким социальным функционированием, благополучием, повышает риск рака в целом, и органов с окситоциновыми рецепторами (матки, груди, мозга) в частности, но более на фоне табакокурения и спиртного. Смерть ОБ затрагивает его близких [87].

Болезни легких. Повышен риск СП при ХОБЛ (мужчины) [*88*], пневмонии [89]. При бронхиальной астме частота мыслей о самоубийстве у детей и подростков (9-17 лет) повышена втрое (контроль сопутствующих психических расстройств результат не меняет), более чем четырехкратное увеличение риска попыток самоубийства. Депрессия выявлена у 12% больных астмой и в 6% в контроле (Ю. Корея), суицидальные мысли в 21 и 9%, попытки – у 1 и 0,4% соответственно [90]. При учёте социально-демографических характеристик (пол, образование, семейное положение, доход), употребления спиртного и курения, физических упражнений, сопутствующих сахарного диабета, гипертензии, инсульта, артрита, депрессии риск суицида повышен в >1,5 (ранее полагалось в > 4 раз), попыток – в 1,3 раза. Бронхиальная астма – независимый фактор риска СП.

Туберкулёз. Среди 4900 пациентов (54,5% мужчин) 42 общественных клиник первичной помощи (ЮАР) 9% сообщили о суицидальных мыслях (как и в Индии, Уганде), 3% совершили попытку суицида. Женский пол, психосоциальный дистресс, ПТСР, злоупотребление спиртным, рецидив болезни связаны с СП [91]. У больных туберкулёзом, как и СПИД, ряд потенциальных факторов риска СП (нейропсихиатрическая болезненность, употребление ПАВ). Туберкулёз и СПИД часто сосуществуют. Показатели СП, тем не менее, не столь велики, как при СПИД, возможно, в связи с лучшими результатами лечения.

Сердечно-сосудистые болезни. Риск СУ возрастает у пациентов с острыми и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом больные с хронической сердечной недостаточностью имеют самую высокую ассоциацию с психиатрическими заболеваниями, а лица с имплантацией кардиостимулятора, чаще молодого и среднего возраста, имеют самый высокий уровень смертности от самоубийств [92].

Риск суицида и насильственных смертей в целом повышен в 1,6 раза при лекарственном снижении уровня холестерина у мужчин. Сочетание с депрессией распространено, она способствует развитию сердечно-сосудистых болезней и худшему прогнозу, уклонению от лечения [*88*].

Связь сердечно-сосудистых заболеваний и риск суицида подтверждён не во всех исследованиях. Тем не менее, среди лиц, совершивших попытку самоотравления, препараты, влияющие на сердечно–сосудистую систему, в структуре лекарств, выбранных для суицида, устойчиво занимают второе место после психотропных средств. Причём, исследования, проводимые в различных регионах страны, дают очень близкие показатели: Нижний Новгород – 12,6% [93], Тюмень – 13,5% [94]. Преобладают гипотензивные и противоаритмические средства, что косвенно указывает на присутствие этих болезней среди суицидентов.

Желудочно-кишечные болезни. Трудность оценки риска СП связана с учётом злоупотребления спиртным как фактора суицида. Так, в

исследованиях J. Knop и соавт. [95] из 1000 пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), в период наблюдения от 21 до 29 лет самоубийство совершили 13,7%. Половина (50%) лиц, совершивших суицид, являлись алкоголиками и/или злоупотребляли алкоголем. В другом исследовании [**96**] число самоубийств среди больных язвенной болезнью желудка и ДПК значительно превысило ожидаемое число как у мужчин, так и у женщин, однако между оперированными и неоперабельными пациентами различий не было.

В 3,4-4,5 раза повышен риск суицида при желудочно-кишечных кровотечениях, что вероятно так же ассоциировано с алкогольными проблемами контингента [89].

Болезнь Крона и язвенный колит часто поражают молодых, связаны с болями, хирургическими операциями, депрессией. Риск суицида повышен [*88*].

Болезни печени. Распространённость заболеваний печени в популяции оценивается в 0,7%. Депрессия выявляется у 17,2% больных с гепатологической патологией, среди которых частота суицидальных попыток достигает 33,2% [97]. Группу риска составляют и кандидаты на пересадку печени, часто испытывающие депрессию и / или тревогу, когнитивное снижение, страх будущего (можно не дождаться очереди…) [88].

Диана Арбус – известнейший фотограф США – и очень несчастная. После гепатита мучили приступы депрессии и головные боли. Временами чувствовала хорошо, но потом энергия и желание работать исчезали, чувствовала изнеможение и разочарование. Так провела два-три года. Приняла в 48 лет смертельную дозу барбитуратов и вскрыла вены.

Почечные и мочеполовые болезни. Риск СП повышен при почечной недостаточности, но методологические ограничения исследований затрудняют его объективизацию. Показано, что распространённость депрессии и суицидальных идей возрастает с уменьшением расчётной скорости клубочковой фильтрации (РСКФ). Риск депрессии увеличивается при РСКФ <45 мл/мин/1,73 м, а суицидальных идей при РСКФ <90 мл/мин /1,73 м, и нередко сохраняется даже после их корректировки [98].

Риск суицида повышается в период первых 3 месяцев начала диализной терапии [99], возрастая в 25 раз при длительном лечении (относительно общей попуяции) [88]. Не показано снижение риска при трансплантации почки, возможно, в связи с пожизненным лечением (контролем электролитов крови) и страхом отторжения органа [88]. В целом отмечается, что риск возникновения депрессии и суицидальных идей повышается даже у пациентов с легкой почечной дисфункцией. Поэтому стратегии оценки и управления в отношении проблем психического здоровья должны учитываться на всех этапах развития хронической почечной недостаточности [98].

Повышают риск суицида и болезни простаты [*88*].

«…ну вот я и вернулся из санатория. Что же со мною … сосёт меня мысль, что вернулся я умирать. Это меня не устраивает по одной причине: мучительно, канительно и пошло. Как известно, есть один приличный вид смерти – от огнестрельного оружия, но такового у меня, к сожалению, не имеется. Поточнее говоря о болезни: во мне происходит ясно мной ощущаемая борьба признаков жизни и смерти. … к концу жизни пришлось пережить ещё одно разочарование – во врачах-терапевтах. Не назову их убийцами, это было бы слишком жестоко, но гастролёрами, халтурщиками и бездарностями охотно назову… А больше всего да поможет нам всем больным – Бог!». *М. Булгаков, письмо, декабрь 1939.*

Эндокринные болезни. При инсулин - зависимом диабете риск суицида выше в 1,5 раза, в группе 20-24 лет – втрое, чем в общем населении [88]. Доля смертей, связанных с самоубийствами, среди больных сахарным диабетом 1-го типа и больных сахарным диабетом 2-го типа может составлять 7,7% и 1,3%, соответственно [100]. До 11,4% пациентов с диабетом 2 типа сообщают о предыдущих попытках самоубийства [101]. Имеются так же сообщения, что среди японского населения суицид совершили 0,83% больных сахарным диабетом, что было меньше, чем в общей популяции [102].

Риск суицида недооценён в силу смертей от гипогликемии, возможно, вследствие отказа от лечения или намеренной передозировки инсулина. Соотношение мужчин и женщин, пытающихся покончить с собой с помощью инъекции инсулина, 1:1; в ½ случаев – рецидив СП. Соотношение суицидов и попыток посредством инсулина 4:1. Доля намеренных (трудно отличимых от ошибочных) передозировок инсулина с целью суицида – 2%. Возможно самоотравление и пероральными препаратами – необходим токсикологический скрининг при кетоацидотической коме [88].

При заболеваниях щитовидной железы суицидальное поведение может быть связано с

депрессией и психозами, что можно объяснить участием гормонов в развитии этих состояний. Интересен установленный факт, что у лиц старше 60 лет, умерших в результате самоубийства, наблюдается значительное снижение веса щитовидной железы по сравнению с теми, кто умер по другой причине (снижение примерно на 3 г, p=0,03, для 60 лет и старше) [103]. С другой стороны имеются сведения о повреждении щитовидной железы и последующим развитием тиреотоксикоза у лиц, совершивших «неудачную» попытку суицида путём самоповешения [104].

Болезни опорно-двигательной системы. Риск суицидов ампутантов изучен на примере солдат без однозначных выводов. Двух-трёхкратное повышение риска суицида при артрите, судя по психологическим аутопсиям, подкреплено частотой сопутствующей депрессии [88].

Чаще сообщают о попытках самоубийства в прошлом больные артритом молодого возраста. Последний факт интересен тем, что среди этих пациентов значительно повышен уровень перенесённого сексуального насилия в детстве (3,77), хронического родительского насилия в семье (3,97), физического насилия в детстве (1,82). При этом никто и никогда из них не страдал депрессивным (3,22) или тревожным (2,34) расстройством [105]. Отмеченные характеристики указывают на ряд сложных психосоматических факторов как в развитии артрита, так и суицидальной активности.

Волчанка – часто сочетается с психическими расстройствами. Частота клинической депрессии и тревоги 24 и 37% соответственно [106], нередко – в дебюте недуга. Частота психоорганических (вероятно, вследствие сосудистых изменений) может достигать 71%, а психических расстройств – 86% [107].

Суицидальные мысли у 12% пациентов, чаще с симптомами депрессии, суицидальными попытками в анамнезе, недавними неблагоприятными жизненными событиями [108].

Звон (шум) в ушах [88]. У больных частота депрессии в течение жизни 62% против 21% в контроле. В группе риска пожилые одинокие мужчины, страдающие депрессией (70%); 90% совершили суицид в первые 2 года диагноза (40% – в первый), 25% совершили суицидальные попытки *до* болезни.

Ухудшение зрения и слепота как фактор риска СП сомнительно, но актуально в сочетании с депрессией и не связанными с зрением состояниями как ослабленное здоровье и физическая болезнь [109]. Риск суицида повышен у мужчин трудоспособного возраста [110]. Успехи лечения (катаракты) снижают риск суицида пожилых. Наиболее распространены самоповешение и самоотравления, но, очевидно, не самострелы.

… Дик покорно лёг, а вернее рухнул, как срубленное дерево, боком повалился с седла к ногам Торпенхау. Удача сопутствовала ему до конца, до свершения последнего милосердия, когда благословенная пуля пробила ему голову. *Р. Киплинг Свет погас.*

СПИД / ВИЧ связаны с сопутствующим злоупотреблением ПАВ, психическими расстройствами, социальным дистрессом, что затрудняют выводы о прямом эффекте на повышенный риск СП – в 36 раз, 24 – среди 20-39 лет [88] в связи с общим впечатлением о тяжести и мучительности симптомов, смертельности и неизлечимости. Большинство данных о гомосексуальных / бисексуальных группах мужчин. Дестигматизация болезни и больных, улучшение лечения уменьшили сверхвысокие показатели СП. Современные данные указывают на превышение риска в 4-6 раз в репрезентативных выборках [111]. Риск суицида особо высок у гетеросексуальных женщин и гомосексуальных мужчин. Дополнительные факторы риска, по самоописаниям: социальный контекст (дискриминация), бездомность, одиночество [111]. Четверть жертв суицида (Швеция) страдала нелечеными психическими расстройствами. Типичны суицидальные мысли в ожидании результатов анализов. Среди 422 пациентов (Сеул) у 44% суицидальные мысли, 11% совершали попытки суицида [112]. 27% больных сообщили о суицидальных мыслях, 22% планировали суицид; 9% ВИЧ - положительных умерли вследствие суицида; около 20% наносили самоповреждения. Суицидальные мысли более связаны с психосоциальными, а попытки – с социально - экономическими факторами риска. Выделены независимые факторы риска СП: женский пол, молодой и средний возраст, незанятость, сочетанные болезни (как клиническая депрессия), боли, злоупотребление ПАВ, ВИЧ у супруга (супруги), одиночество, отсрочка помощи.

Псориаз поражает 1-3% населения, и у 2,5% диагноз не установлен; связан со снижением КЖ даже в лёгких формах и повышенным

риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертностью в более тяжелых формах [113]. Оценка суицидального риска разными авторами неоднозначна. Wu J. [114] сообщают, что не прослеживается повышения риска СП даже при тяжёлых формах, псориатическом артрите и анкилозирующем спондилите, делая вывод о том, что, частота депрессии per se не указывает на повышение риска СП. В других исследованиях [115, 116] указывается, что более тяжелый псориаз и более молодой возраст ассоциируется с бо̀льшей вероятностью суицидальности.

Неврологические болезни.

Показана важная связь с СП (особо при эпилепсии, множественном склерозе, амиотрофическом боковом склерозе, паркинсонизме) [117, 118, 119]. Наиболее частые факторы риска СП безнадёжность, депрессия и социальная изоляция [117].

Инсульт. Риск суицида повышен у женщин и мужчин < 60 лет в 13 (в связи с бо̀льшей частотой депрессии?) и 3-6 раз соответственно, > 60 лет – в 1,5-2 раза, чем в населении [*88*, 120]. Средний временно̀й интервал между госпитализацией и самоубийством составляет 1,9±1,8 года [120], но высокий риск может сохраняться в первые 5 лет болезни, после первой госпитализации [121]. Стандартизованные показатели суицидальной смертности самые большие (2,85; 2,17; 3,76) для пациентов в возрасте до 50 лет и не менее 80 лет и старше (1,3; 0,95; 1,79) [122]. У больных (Ю. Корея) чаще депрессия (13%), суицидальные мысли (24%) и попытки (> 1%) против 6, 10 и 0,4% соответственно в контроле [90]. Риск СП повышен при контроле демографических, социо - экономических факторов, состояния физического и душевного здоровья. Инсульт – независимый фактор риска СП.

Травмы головы нередко ассоциируются с суицидальным поведением. Показано, что ассоциация легкой ЧМТ и риска самоубийства последовательно опосредуется симптомами гнева и депрессии [123]. Ветераны боевых действий с ЧМТ (16%) более склонны к попытке самоубийства (83% ассоциации ЧМТ с попыткой самоубийства) [124].

Опухоли мозга [88]. Быстрое прогрессирование сокращает жизнь естественным образом и снижает когнитивные возможности, уменьшая и риск СП, не больший, чем при других раках.

Травмы спинного мозга часты у молодых после ДТП, часть из них обречена доживать инвалидами. Около 7% больных (как при травме головы и инсульте) подумывают о суициде, страдающие депрессией – 25%; почти пятикратный рост риска суицида [88]. Среди умерших больных с повреждением спинного мозга 4,2% смертей связаны с самоубийствами, большинство (91%) из которых происходит в первые 10 лет после травмы [125]. Среди лиц с травмами спинного мозга в 2,7% причиной повреждения является попытка самоубийства [125].

Болезнь Паркинсона. Риск суицида мужчин и женщин как в населении в целом, возможно, в связи с относительно поздним началом и эффективным лечением. Суицидальные мысли распространены, но не планы и попытки, возможно, в связи с брадикинезией, брадифренией и апатией [117].

Меланхоличный по жизни и в творчестве художник Бернар Бюффе (71) не мог работать так, как ему хотелось из-за болезни Паркинсона. Надел пластиковый пакет и закрепил его клейкой лентой вокруг шеи.

Боковой амиотрофический склероз (БАС). Редкость болезней затрудняют выводы – в малой выборке (около 100 пациентов) повышенного риска не отмечено [88]. В популяционной выборке (Швеция) в 1965-2004 гг. из 6642 больных почти 6-кратное увеличение риска суицида. Жертвы суицида на 7 лет моложе при первой госпитализации, чем несуициденты, риск наибольший на ранних стадиях болезни, в первый год после госпитализации, но высок в последующие 3 года [126].

Эпилепсия (особо височная) тесно связана с импульсивностью, аффективными расстройствами, психозом и СП (суицидальными попытками, суицидами). Пятикратное увеличение риска суицида и 25-кратное при резистентности к терапии, увеличен почти на порядок при сопутствующем психическом расстройстве, выше в 16 раз при начале болезни до 18 лет [*88*]. Возможно, на суициды приходится 10% смертей. Факторы риска – личностные (пограничные, нажитые) и когнитивные нарушения, СП в прошлом. Неизвестна роль улучшения медикаментозной терапии и социальной помощи. Судорожный синдром и риск СП объяснены импульсивностью, нарушениями настроения, психозом. УС повышен [127]: усреднённые данные 12% больных (включая детей и подростков) против 1% в населении. Риск по-

пыток суицида (фактор риска суицида) пятикратно повышен [*88*]. Сочетание с психическими расстройствами часто (особо депрессии). Дополнительные факторы риска – семейные конфликты, личностные черты, жизненный дистресс, доступ к средству суицида.

Мигрень. Повышен риск попыток суицида втрое при мигрени с аурой [88].

Болезнь (хорея) Гентингтона (бГ). У 8% носителей мутаций суицидальные идеи. Частота суицидальных мыслей удвоена с 9% в группе риска – носителей (без неврологических знаков) до 20% у лиц с мягкими неврологическими симптомами и до 23,5% у лиц с «возможной» бГ [88]. Депрессию, тревогу, безнадёжность, дистресс СП, социальное снижение следует учитывать. У 17% лиц с диагнозом бГ суицидальные мысли на 1-й стадии, у 22% на стадии 2, на последующих 3-5-й идут на спад. Два критических периода повышенного риска самоубийства: перед диагнозом, затем – на стадии 2 при снижении независимого функционирования. Длительность заболевания, тревожность, агрессия, предыдущая попытка самоубийства и депрессия независимо связаны с суицидальными мыслями. Четырёхкратный рост риска суицида по сравнению с общим населением [128].

Умственная отсталость. Против традиционного мнения, риск суицида при лёгкой степени (выявленной на военной комиссии) увеличен в 2-3 раза [88]. По другим данным (Финляндия), у женщин риск ниже, у мужчин такой же как в населении в целом. Видимо, речь идёт о различных когортах и широком спектре самоповреждающего поведения.

Старческие деменции – особо на начальных стадиях, при верификации диагноза [129]. ВОЗ прогнозирует удвоение больных каждые 20 лет. Средний период нелеченой болезни 3-5 лет. Треть пожилых пациентов ПНД – страдает деменциями, но лишь каждый четвёртый из зарегистрированных в поле зрения психиатра и менее половины – получают какое-либо психиатрическое лечение за год. Классическое определение суицида исключает дементных, как и психотических. На продвинутых стадиях речь о парасуицидах и несчастных случаях. Суицидальные мысли у 40% депрессивных с лёгкой - умеренной деменциями. Депрессии (бессонница) предшествуют и сопровождают деменцию. Риск суицида повышен у мужчин и женщин в 10 раз, но идёт на убыль с годами на фоне когнитивных нарушений при сохранении риска самоповреждающего поведения. Предикторы СП – белая раса, < 70 лет, депрессия, недавняя (до трех месяцев) верификация (особо при госпитализации, указывающей, видимо, тяжесть состояния) диагноза (особо хореи Гентингтона), сохранная критика, неэффективность противодементной терапии. Страх перед разрушительной («распад Я») «неизлечимой» болезнью («безумием»), безнадёжность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем психоз. Импульсивное СП в дебюте деменции или мягком когнитивном нарушении объяснено лобной исполнительной дисфункцией.

Профессор лингвистики (50) замужем + 3 на ранней стадии болезни Альцгеймера планирует самоубийство и записывает «алгоритм», пока не забыла *«Все еще Элис», 2014.*

«Улыбка Голливуда», Робин Уильямс (63) свел счеты с жизнью страдал деменцией на ранней стадии, в чём он не был готов признаться публично» (жена). В тревожной депрессии пытался вскрыть вены в спальне. Когда попытка не удалась, повесился на брючном ремне. Лечение в наркологических реабилитационных центрах (последняя госпитализация – за несколько недель до смерти).

Рассеянный склероз [88, 130, 131, 132] проявлен уже в дебюте парезами, преходящими нарушениями координации, зрения, дисфункциями тазовых органов, болями у 30-85% пациентов. Через 10 лет у ½ больных снижение работоспособности, через 15 лет – у > ½ трудности передвижения, > 20 лет – самообслуживания. Больные живут на 10 лет меньше, чем в контрольной группе: троекратное увеличение риска смерти. Тревога (36-41%) и / или депрессия (50-80%) повышают суицидальный риск. Частота суицидов мужчин и женщин < 40 лет в 2 и 3 раза соответственно выше, чем в общем населении и сохраняется на протяжении болезни, > 20 лет. Риск особо высок в первый год диагноза (госпитализации): 60% – в первые 5 лет, наименьший > 65 лет, возможно, в связи с когнитивным (эмоциональное уплощение) и физическим (уменьшение возможности суицида) снижением.

Суицидальные попытки совершают 2-6% больных. Риск женщин на 30% выше. У 77% осмотренных психиатром больных выявлены антивитальные переживания (48%), и суицидальные мысли (28%), замыслы (10%) и намерения (8%). Суицидальная динамика развивается нередко годами. Большинство больных косвенно (58%) или открыто (21%) сообщают о суицидальных мыслях, > ½ (55%) только вра-

чу. СП спланировано, в доме (в связи с ограничениями передвижения), в одиночестве. В постсуициде больные негативно оценивают помощь. В > ½ (55%) самоотравления, чаще (72%) женщины; в ½ (48%) случаев несколькими лекарствами (анальгетики, седативные). В отличие от общей популяции суициденты, страдающие РС, отказывались от спиртного из-за страха утратить последние силы и решимость [130].

Ведущими факторами риска СП служат соматогенные детерминанты основного заболевания: тяжелое состояние (25%), снижение физической активности и способности самообслуживания (19%); нарушения сексуальной функции; дизурические расстройства (90%) и ухудшение зрения (66%), разлад в семье (56%) ведёт к изоляции больного (13%). Основные мотивы СП: ощущение неполноценности (94%); затруднения самообслуживания (71%); нарушение сексуальной функции (у ¾ мужчин); чувство одиночества и ненужности (39%); безнадёжность (31%); страх боли (23%); бесцельность и мучительность жизни (20%); зависть к здоровым (16%); желание освободить близких от тяготы ухода (14%); вызвать сострадание (13%) [130]. Длительное лечение рядом препаратов (глюкокортикостероидами) усугубляет депрессию.

СП в общемедицинской сети [133, 134]. Более известно о стационарных больных. Количество суицидов в многопрофильных больницах и психиатрических (в США) разделено пополам. Средний возраст соматических больных, жертв суицида в многопрофильной больнице, 54 года; психиатрических – 41 год (средний возраст суицидента в РФ. *Прим. авт.*); у ½ есть семьи, против 1/3 психиатрических. Менее 1/3 против 60% психиатрических не работают. Наиболее часты рак (25%) сердечно-сосудистые и легочные болезни (по 15%). Соматически больные чаще бросаются с высоты в течение госпитализаций от 2 дней до нескольких месяцев (в среднем 30 дней). Показательны 155 дней стационирования психиатрических пациентов (указывает на их тяжесть, не сводящуюся лишь к клиническим проблемам, малую эффективность терапии) при тренде сокращения длительности их последние десятилетия. При основной причине СП – депрессии, она в соматической больнице отмечена у ¼ жертв суицида (с учётом субсиндромальной – у 1/3) при болезненности депрессии в населении 4-8%. То есть возможная гиподиагностика не затушевывает многократное превышение частоты депрессии в особой субпопуляции. Лишь 15% консультированы психиатром до трагедии. Делирий (спутанность) – фактор самоповреждающего поведения, не отличимого в отчётах от СП. Зависимость от ПАВ отмечена у <5% психиатрических жертв и у почти 20% соматических. Особый фактор СП, отличающий жертв суицида в соматической больнице, – ухудшение физического состояния.

Методические ограничения исследований. В регистрах обычно нет (недостаточно) данных о факторах риска СП: наследственности, медицинской и психиатрической коморбидности, злоупотреблении ПАВ (табакокурение и пьянство), СП в анамнезе, микросоциальных конфликтах. Реальный УС пациентов занижен, как и в общем населении, в связи с нежеланием сообщать о суицидах на разных уровнях, как и век назад, по Дюркгейму, начиная с семьи и низшего полицейского чина. Суициды затушеваны смертью от основной болезни, не распознаны в отчётах о смерти, административных базах данных. Возможно, смерти от падений, передозировок лекарств (снотворных, наркотиков), особо вслед диагнозу и утяжелению течения – резервуар скрытых суицидов. Так, учёт лишь «падений» повышает УС ОБ на 10-15% (в Дании) [цит. по 135]. Медицинская и психиатрическая заболеваемость связана с поиском помощи, и реальная популяция больных превышает учтённую в регистрах. В итоге, доля верифицированных суицидов ОБ в РФ < 1/3 [136]. Учтено лишь СП, повлекшее серьезные медицинские последствия (госпитализацию), ставшие предметом судебно-медицинской экспертизы, резонансные, благодаря СМИ. В обычно ретроспективных когортных исследованиях объединены неоднородные выборки (разнообразие типов и стадий опухолей, условий лечения, критериев и методов, периодов оценки, скрининга), самые тяжёлые (возможна «клиническая иллюзия»). Сравнение с контролем в «общем населении» и погибшими в ДТП не всегда корректно. Общая проблема – относительно редкая (слава Б-гу) распространённость СП и его многофакторная (биопсихосоциальная) природа затрудняют (затуманивают) выводы.

Не менее 13% мужчин и 17% госпитализированных в связи с соматическими проблемами женщин страдают аффективным расстройствами; 20-25% больных диабетом или ревматоидным артритом, раком > 30% при болезненности депрессии в населении 4-8%.

Заключение.

Посыл Всемирного Дня больного (11 февраля), детища Иоанна Павла II (с паркинсонизмом прожил 14 богоугодных лет): «… дать почувствовать сотрудникам многочисленных медицинских … организаций, верующим, всему гражданскому обществу необходимость обеспечения лучшего ухода за больными и немощными, облегчения их страданий» вполне созвучен теме данного обзора.

Эпидемиология (соответствие тренду в населении, местные и гендерные различия), общие и особенные (связанные с основной болезнью на различных этапах течения, её последствиями, лечением / недолечением / нелечением) факторы риска СП и самоповреждающего поведения (в зарубежной литературе границы смыты) при медицинских болезнях (грань с душевными и здесь условна), антисуицидальные факторы (как эффект адекватного лечения и неформально помощи) недостаточно изучены. Болезнь и / или её лечение способствуют (усугубляют) психиатрическим и поведенческим расстройствам; последние могут быть фасадными и скрывать основную болезнь, задерживая адекватное лечение; они же могут предшествовать медицинской, и факторы риска СП кумулированы. Так, ожирение как проявление самого психического расстройства, нездорового образа жизни и побочного действия лечения способствуют риску диабета. Ожирение (особо женщин) связано с потенциально суицидогенной депрессией и, наоборот, как атипичной с гиперфагией.

Любые недуги в той или иной мере сопряжены с дистрессом, болью, ограничением функционирования, тяжелые, по определению, в особенности. Отдельные болезни (как рак) сами по себе связаны с повышенным риском СП (почему иные – нет?) при контроле депрессии и злоупотребления ПАВ. Видимо, важен баланс факторов риска и антисуицидальных (так, внутренняя картина болезни определяет отказ от лечения и надежду исцеления) факторов. Антисуицидальные факторы следует выявить и укрепить, изменяемые факторы риска – контролировать и нивелировать.

Риск СП сохранён на всех этапах болезни, включая длительные терапевтические ремиссии, и выздоровление (при сохранении низкой стрессоустойчивости). Наибольший риск СП в «критических» точках установления диагноза, начала и изменения лечения (как в ожидании обширных операций), при утяжелении (рецидиве) болезни, требующих особого внимания «здесь и сейчас».

Так, важен алгоритм сообщения диагноза тяжелого (опасного для жизни) заболевания.

«… всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьёзности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться». *Э. Кречмер «Медицинская психология»*

Отдельные группы пациентов отличаются особо высоким уровнем СП и служат мишенями первоочередных лечебно - профилактических (антикризисных) мероприятий и первоначального определения риска СП. Типовой портрет суицидента: молодой или пожилой одинокий инвалид с суицидальными попытками и депрессиями в анамнезе, с недавним (< года), но запоздалым диагнозом (рака поджелудочной железы, СПИД), часто госпитализированный (недавно выписанный, совершивший побег), уклоняющийся от лечения / плохо его переносящий, импульсивный, с девиантным поведением (агрессивный, злоупотребление ПАВ), деморализованный физическими и /или душевными муками, с бесконтрольным доступом к лекарствам (с охотничьим ружьём на стене). Как правило, такие «мало симпатичные» пациенты проваливаются меж ячей типовой помощи.

Основным антисуицидальным фактором служит адекватная терапия. Уровень СП – показатель количества и качества повседневной помощи (своевременность диагностики, информированное согласие на «дружественное» биопсихосоциальное лечение): безопасное, хорошо переносимое и эффективное, проводимое бригадой специалистов с привлечением профессионалов сферы охраны психического здоровья и *близких суицидента.*

Пока персонал медицинских (увы, и психиатрических) ЛПУ недостаточно осведомлён и бдителен к СП [137]. Мифы о СП широко распространены в обществе и среди профессионалов. Их развенчание – первый шаг в изменении отношения к СП и кризисной помощи. Редок индивидуализированный кризисный план, союз врач-пациент недостаточен при медикализации терапевтической среды; фармакотерапия зачастую неадекватна при её небезопасности и дороговизне, как при засилье

устаревших обезболивающих, снотворных в ущерб антидепрессантам; не развито междисциплинарное и межведомственное взаимодействие в деле психосоциальной реабилитации. Лечение может продлить (и сократить – тоже) жизнь тяжелобольных, но «самые худшие болезни – не смертельные, а неизлечимые» (М. Эбнер), и врачи не всегда способны (не стремятся?) сохранить КЖ и избавить от необязательных страданий, подготовить к достойной смерти при особой эмоциональной насыщенности считанных дней.

Персонал первичной помощи – ключевой «сторож» в предупреждении СП [138]. Один из немногих научно доказано эффективных элементов антикризисной программы – обучение выявлению депрессии и СП [139]. Важны и меры поственции (после СП пациента) в отношении близких жертвы, иных пациентов (случайных свидетелей), профессионалов.

Скрининг и мониторинг психических и поведенческих расстройств, как депрессия и / или тревога, личностных черт (импульсивность), злоупотребления ПАВ (часто фасадного как средства самолечения), субъективной переносимости (вызывающие дистресс и дополнительно стигматизирующие и снижающие функционирование и КЖ побочные действия) и результативности *(контроль вызывающих наибольший дистресс симптомов, факторов риска СП*) лечения основной и сопутствующих болезней, приверженности к терапии – часть рутинного ведения хронических больных первичной сети [140, 141], пациентов отделений скорой помощи, особо вследствие парасуицида.

Психосоциальный дистресс выше в жёстко структурированном хронотопе больницы при неразвитости стационарзамещающих форм (дневной стационар, стационар на дому). В многопрофильном стационаре необходима безопасная терапевтическая среда при ограничении доступа к средствам суицида (лекарства, ограждения на лестницах и окнах).

Профилактика СП означает эмпатию к страдающему и его близким, внимание к их насущным и изменчивым нуждам.

Литература:

1. Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore).* 1994; 73: 281-296.
2. Войцех В.Ф. Психосоматические расстройства и суицид / Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. С. 149-155.
3. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575-600.
4. Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45: 495-504.
5. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010; 19: 1250-1258.
6. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 4731-4738.
7. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
8. Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med. J. Aust.* 2008; 88: 140-143.
9. Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology.* 2012; 21: 351-356.
10. Urban D., Rao A., Bressel M., Neiger D., Solomon B., Mileshkin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest.* 2013; 144 (4): 1245-1252. doi: 10.1378/chest.12-2986.
11. Зотов П.Б. Суициды онкологических больных: вопросы выявления, регистрации и учёта. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (3): 76-78.
12. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (3): 5-6.
13. Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 4209-4216.

References:

1. Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore).* 1994; 73: 281-296.
2. Vojceh V.F. Psihosomaticheskie rasstrojstva i suicid / Klinicheskaja suicidologija [Psychosomatic disorders and suicide / suicide-studying clinical] M, 2007. P. 149-155. (In Russ)
3. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575-600.
4. Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45: 495-504.
5. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature. *Psychooncology.* 2010; 19: 1250-1258.
6. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol. 2008*; 26: 4731-4738.
7. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
8. Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med. J. Aust.* 2008; 88: 140-143.
9. Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology.* 2012; 21: 351-356.
10. Urban D., Rao A., Bressel M., Neiger D., Solomon B., Mileshkin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest.* 2013; 144 (4): 1245-1252. doi: 10.1378/chest.12-2986.
11. Zotov P.B. Suicide of cancer patients: issues of detection, registration and accounting. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-78. (In Russ)
12. Zykov V.V., Maltsev A.E. the Importance of somatic diseases in the occurrence of suicidal behavior. *Tyumen Medical Journal.* 2013; 15 (3): 5-6. (In Russ)
13. Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 4209-4216.

14. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur. J. Cancer*. 2004; 40: 1053–1057.
15. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999. *Scand J. Public Health.* 2005; 33: 208-214.
16. Терентьева З.М. Клинико-эпидемиологическое обследование профилактики и коррекции суицидального поведения онкологических больных, отказавшихся от специального лечения: Дисс. … канд. мед. наук. Уфа, 2007. 154 с.
17. Vyssoki B.., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J. Affect Disord.* 2015; 175: 287-291.
18. Бояркина С.И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных: Автореф. …. дисс. социол. наук. СПб., 2004. 23 с.
19. Титова (Ходакова) Ю.А. Психические расстройства у детей, впервые госпитализированных по поводу гемобластоза: Дисс. … канд. мед. наук. М., 2014.
20. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. *Sem. Oncol.* 2009; 36: 194-206.
21. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012; 35: 14-26.
22. Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer*. 2005; 92: 995-1000.
23. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
24. Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist*. 2009; 14*:* 891-899.
25. Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer. *Psychooncology*. 2009; 18: 1038-1044.
26. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
27. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol*. 2008; 26: 29-42.
28. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry. *Rev. Epid. Santé Publiq*. 1990; 38: 125-131.
29. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс…. докт. мед. наук. Томск, 2005. 327 с.
30. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology*. 2008; 17: 660-667.
31. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study. *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid*. 2014; 49: 693-701.
32. McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2012; 63: 714-717.
33. Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology*. 2014; 23: 40-51.
34. Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study.

14. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur. J. Cancer*. 2004; 40: 1053–1057.
15. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999. *Scand J. Public Health.* 2005; 33: 208-214.
16. Terentyeva Z.M. Kliniko-jepidemiologicheskoe obsledovanie profilaktiki i korrekcii suicidal'nogo povedenija onkologicheskih bol'nyh, otkazavshihsja ot special'nogo lechenija: Diss. … kand. med. nauk. Ufa [Clinical and epidemiological examination of prevention and correction of suicidal behavior of cancer patients who refused special treatment], 2007. 154 c. (In Russ)
17. Vyssoki B.., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J. Affect Disord.* 2015; 175: 287-291.
18. Boyarkina S.I. Kachestvo zhizni i social'naja reabilitacija onkologicheskih bol'nyh: Avtoref. …. diss. sociol. nauk. SPb [Quality of life and social rehabilitation of cancer patients]., 2004. 23 c. (In Russ)
19. Titova (Hodakova) Y.A. Psihicheskie rasstrojstva u detej, vpervye gospitalizirovannyh po povodu gemoblastoza: Diss. … kand. med. nauk. M [Mental disorders in children, first hospitalized for hematological malignancies]. M., 2014. (In Russ)
20. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. *Sem. Oncol.* 2009; 36: 194-206.
21. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012; 35: 14-26.
22. Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer*. 2005; 92: 995-1000.
23. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
24. Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist*. 2009; 14: 891-899.
25. Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer. *Psychooncology*. 2009; 18: 1038-1044.
26. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
27. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol*. 2008; 26: 29-42.
28. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry. *Rev. Epid. Santé Publiq*. 1990; 38: 125-131.
29. Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie bol'nyh rasprostranennym rakom (jetiopatogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Diss…. dokt. med. nauk. Tomsk, [Suicidal behavior of patients with advanced cancer (etiopathogenesis, clinical forms, optimization of palliative care)]: Tomsk, 2005. 327 c. (In Russ)
30. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology.* 2008; 17: 660-667.
31. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study. *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid.* 2014; 49: 693-701.
32. McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2012; 63: 714-717.
33. Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. Psychooncology. 2014; 23: 40-51.
34. Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study.

Cancer. 1996; 78: 1131-1137.
35. Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
36. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics.* 1998; 39: 366-370.
37. Inhestern L., Beierlein V., Bultmann J.C., et al. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer*. 2017; 19; 17 (1): 347. doi: 10.1186/s12885-017-3347-9.
38. Malinowska K. The relationship between chest pain and level of perioperative anxiety in patients with lung cancer. *Pol Przegl Chir*. 2018; 30; 90 (2): 23-27. doi: 10.5604/01.3001.0011.7490.
39. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
40. Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015; 24: 601-607.
41. National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
42. Recklitis C., Diller L., Li X. et al, Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J. Clin. Oncol*. 2010; 28: 655-661.
43. Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future. Cancer Nurs. 2004; 27: 434-441.
44. Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 2134-2141.
45. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry.* 2015; 49: 803-811.
46. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front public health.* 2015; 3 (28): 1-3.
47. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4720-4724.
48. Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides. *Suicide life threat Behav.* 1971; 1: 184-201.
49. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology.* 2006; 15: 355-360.
50. Амбрумова А.Г., Кряжев С.В. Анализ *суицидальных* тенденций при онкологическом заболевании / Актуальные вопросы социальной психиатрии. М, 1979. С. 149-157.
51. Зотов П.Б., Уманский С.М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2001; 2-3: 20.
52. Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. *Palliat. Support care.* 2008; 6: 183-185.
53. McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer. *Health care women Int.* 2006; 27: 45-58.
54. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain-suffering association, a review. *Pain Med.* 2015; 16: 1057-1072.
55. Книга М.Ю., Ральченко Е.С. Ошибки в лекарственном контроле боли у онкологических больных. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 69-70.
56. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2002; 36: 733-742.
57. Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry*. 2009; 16: 49-55.
58. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J. Gen. Intern. Med.* 2014; 29: 870-877.

Cancer. 1996; 78: 1131-1137.
35. Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
36. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics.* 1998; 39: 366-370.
37. Inhestern L., Beierlein V., Bultmann J.C., et al. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer*. 2017; 19; 17 (1): 347. doi: 10.1186/s12885-017-3347-9.
38. Malinowska K. The relationship between chest pain and level of perioperative anxiety in patients with lung cancer. *Pol Przegl Chir*. 2018; 30; 90 (2): 23-27. doi: 10.5604/01.3001.0011.7490.
39. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
40. Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology.* 2015; 24: 601-607.
41. National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
42. Recklitis C., Diller L., Li X. et al, Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J. Clin. Oncol.* 2010; 28: 655-661.
43. Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future. Cancer Nurs. 2004; 27: 434-441.
44. Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 2134-2141.
45. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry.* 2015; 49: 803-811.
46. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front public health.* 2015; 3 (28): 1-3.
47. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J. Clin. Onco*l. 2008; 26: 4720-4724.
48. Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides. *Suicide life threat Behav.* 1971; 1: 184-201.
49. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology.* 2006; 15: 355-360.
50. Ambrumova A.G., Krjazhev S.V. Analiz suicidal'nyh tendencij pri onkologicheskom zabolevanii / Aktual'nye voprosy social'noj psihiatrii [Analysis of suicidal tendencies in cancer / Topical issues of social psychiatry]. M, 1979. P. 149-157. (In Russ)
51. Zotov P.B., Umansky S.M. MST-continus in the suicidal actions of cancer patients. *Palliative care and rehabilitation.* 2001; 2-3: 20. (In Russ)
52. Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. *Palliat. Support care.* 2008; 6: 183-185.
53. McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer. *Health care women Int.* 2006; 27: 45-58.
54. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain-suffering association, a review. *Pain Med.* 2015; 16: 1057-1072.
55. Kniga M.Y., Ralchenko E.S. Error in the drug control of pain in cancer patients. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 69-70. (In Russ)
56. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2002; 36: 733-742.
57. Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry*. 2009; 16: 49-55.
58. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J. Gen. Intern. Med.* 2014; 29: 870-877.

59. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 55 с.
60. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am. J. Ger. Psychiatry.* 2014; 22: 1158-1167.
61. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
62. Shneidtnan E. Definition of Suicide. NY: John Wiley & Sons, 1985.
63. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer.* 1995; 71: 1263-1269.
64. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология.* 2012; 3: 20-29.
65. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *J. Psychosoc. Oncol.* 2014; 32: 383-395.
66. Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. Deaths: Preliminary Data for 2008. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
67. Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4725-4730.
68. Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology.* 2013; 22: 2537-2545.
69. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer. *Psychooncology.* 2010; *19*: 384-389.
70. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support care cancer.* 2014; 22: 3165-3174.
71. Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links. *Psychol. Med.* 2006; 36: 575-586.
72. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976. *J. Psychosoc. Onc.* 1985; 3: 17-30.
73. Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 2014; 23: 936-945.
74. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern Med*. 2000; 160: 1522-1526.
75. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk. *Suicide.* 1975; 5: 98-103.
76. Любов Е.Б. Опыт, осведомлённость и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология.* 2015; 6 (2): 18-29.
77. Emanuel E.J, Daniels E.R, Fairclough D.L, Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996; 347 (9018): 1805-1810.
78. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc. Sci. Med.* 2009; 69: 165-171.
79. Зотов П.Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири.* 2013; 9 (4): 70-72.
80. van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort stud among terminally ill cancer patients. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 1-6.
81. *Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness*. Psychol. Med. *2003; 33: 75-81.*
82. Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1982. P. 1175-1203.

59. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii [Diagnostics of suicidal behavior. Methodical recommendation]. M., 1980. 55 c. (In Russ)
60. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am. J. Ger. Psychiatry.* 2014; 22: 1158-1167.
61. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
62. Shneidtnan E. Definition of Suicide. NY: John Wiley & Sons, 1985.
63. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer.* 1995; 71: 1263-1269.
64. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3: 20-29. (In Russ)
65. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *J. Psychosoc. Oncol.* 2014; 32: 383-395.
66. Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. Deaths: Preliminary Data for 2008. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
67. Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4725-4730.
68. Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology.* 2013; 22: 2537-2545.
69. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer. *Psychooncology.* 2010; *19*: 384-389.
70. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support care cancer.* 2014; 22: 3165-3174.
71. Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links. *Psychol. Med.* 2006; 36: 575-586.
72. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976. *J. Psychosoc. Onc.* 1985; 3: 17-30.
73. Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 2014; 23: 936-945.
74. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern Med*. 2000; 160: 1522-1526.
75. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk. *Suicide.* 1975; 5: 98-103.
76. Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior. *Suicidology*. 2015; 6 (2): 18-29. (In Russ)
77. Emanuel E.J, Daniels E.R, Fairclough D.L, Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996; 347 (9018): 1805-1810.
78. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc. Sci. Med.* 2009; 69: 165-171.
79. Zotov P.B. Suicidal behavior and pain control in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (4): 70-72. (In Russ)
80. van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort stud among terminally ill cancer patients. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 1-6.
81. *Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness*. Psychol. Med. *2003; 33: 75-81.*
82. Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1982. P. 1175-1203.

83. Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Sem. Oncol.* 1994; 21: 787-791.
84. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems. *Zeitschrift Gerontol. Geriatr.* 2014; 47: 502-507.
85. Ganzini L, Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am. J. Psychiatry.* 1994; 151: 1631-1636.
86. Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori.* 2002; 88: 193-199.
87. Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat. Med.* 2003; 17: 604-607.
88. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
89. Roberts S.E., John A., Kandalama U., Williams J.G., Lyons R.A., Lloyd K. Suicide following acute admissions for physical illnesses across England and Wales. *Psychol Med.* 2018; Mar; 48 (4): 578-591. doi: 10.1017/S0033291717001787.
90. Chung J.H, Kim S.H., Lee Y.W. Suicidal ideation and suicide attempts among asthma. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2016; 29: 35.
91. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. *Indian J. Med. Res*. 2013; 138: 194–200.
92. Wu V.C., Chang SH., Kuo C.F., Liu J.R., Chen S.W., Yeh Y.H., Luo S.F., See L.C. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases - A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord.* 2018; 1 (238): 187-193. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.046.
93. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления. *Суицидология.* 2011; 1: 54-55.
94. Приленский А.Б. Характер средств, выбранных пациентами для преднамеренного отравления с суицидальной целью (на примере Тюменской области). *Научный форум. Сибирь.* 2016; 2 (4): 95-97.
95. Knop J., Fischer A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. *Acta Psychiatr Scand.* 1981; Apr; 63 (4): 346-355.
96. Viskum K. Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1975; May; 51 (4): 221-227.
97. Le Strat Y., Le Foll B., Dubertret C. Major depression and suicide attempts in patients with liver disease in the United States. *Liver Int.* 2015; Jul; 35 (7): 1910-1916. doi: 10.1111/liv.12612.
98. Jhee J.H., Lee E., Cha M.U. et al. Prevalence of depression and suicidal ideation increases proportionally with renal function decline, beginning from early stages of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore).* 2017. Nov; 96 (44): e8476. doi: 10.1097/MD.0000000000008476.
99. Liu C.H., Yeh M.K., Weng S.C., Bai M.Y., Chang J.C. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant.* 2017. Sep 1; 32 (9): 1524-1529. doi: 10.1093/ndt/gfw244.
100. Wang B., An X., Shi X., Zhang J.A. Management of endocrine disease: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017. Oct; 177 (4): R169-R181. doi: 10.1530/EJE-16-0952.
101. Gómez-Peralta T.G., González-Castro T.B., Fresan A., et al. Risk factors and prevalence of suicide attempt in patients with type 2 diabetes in the mexican population. *Int J Environ Res Public Health.* 2018. Jun 7; 15 (6). pii: E1198. doi: 10.3390/ijerph15061198.
102. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N. et al. History of diabetes and risk of suicide and accidental death in Japan: The Japan public health centre-based prospective study, 1990-2012. *Diabetes Metab.* 2016. Jun; 42 (3): 184-191. doi: 10.1016/j.diabet.2015.11.008.
103. Charlier P., Watier L., Ménétrier M. et al. Is suicide risk correlated to thyroid weight? *Med Hypotheses*. 2012. Aug; 79 (2): 264-266. doi: 10.1016/j.mehy.2012.05.005.

83. Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Sem. Oncol.* 1994; 21: 787-791.
84. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems. *Zeitschrift Gerontol. Geriatr.* 2014; 47: 502-507.
85. Ganzini L, Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am. J. Psychiatry.* 1994; 151: 1631-1636.
86. Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. Tumori. 2002; 88: 193-199.
87. Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat. Med.* 2003; 17: 604-607.
88. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
89. Roberts S.E., John A., Kandalama U., Williams J.G., Lyons R.A., Lloyd K. Suicide following acute admissions for physical illnesses across England and Wales. *Psychol Med.* 2018; Mar; 48 (4): 578-591. doi: 10.1017/S0033291717001787.
90. Chung J.H, Kim S.H., Lee Y.W. Suicidal ideation and suicide attempts among asthma. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2016; 29: 35.
91. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. Indian J. Med. Res. *2013; 138: 194–200.*
92. Wu V.C., Chang SH., Kuo C.F., Liu J.R., Chen S.W., Yeh Y.H., Luo S.F., See L.C. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases - A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord.* 2018; 1 (238): 187-193. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.046.
93. Kasimova L.N., Svyatogor M.V., Vtyurin M.V. Analysis by suicide attempts self-poisoning. *Suicidology.* 2011; 1: 54-55. (In Russ)
94. Prilensky A.B.The nature of the means selected by patients for intentional poisoning with a suicidal purpose (for example, the Tyumen region). *Scientific forum. Siberia*. 2016; 2 (4): 95-97. (In Russ)
95. Knop J., Fischer A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. *Acta Psychiatr Scand.* 1981; Apr; 63 (4): 346-355.
96. Viskum K. Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1975; May; 51 (4): 221-227.
97. Le Strat Y., Le Foll B., Dubertret C. Major depression and suicide attempts in patients with liver disease in the United States. *Liver Int.* 2015; Jul; 35 (7): 1910-1916. doi: 10.1111/liv.12612.
98. Jhee J.H., Lee E., Cha M.U. et al. Prevalence of depression and suicidal ideation increases proportionally with renal function decline, beginning from early stages of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore).* 2017. Nov; 96 (44): e8476. doi: 10.1097/MD.0000000000008476.
99. Liu C.H., Yeh M.K., Weng S.C., Bai M.Y., Chang J.C. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant.* 2017. Sep 1; 32 (9): 1524-1529. doi: 10.1093/ndt/gfw244.
100. Wang B., An X., Shi X., Zhang J.A. Management of endocrine disease: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017. Oct; 177 (4): R169-R181. doi: 10.1530/EJE-16-0952.
101. Gómez-Peralta T.G., González-Castro T.B., Fresan A., et al. Risk factors and prevalence of suicide attempt in patients with type 2 diabetes in the mexican population. *Int J Environ Res Public Health.* 2018. Jun 7; 15 (6). pii: E1198. doi: 10.3390/ijerph15061198.
102. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N. et al. History of diabetes and risk of suicide and accidental death in Japan: The Japan public health centre-based prospective study, 1990-2012. *Diabetes Metab.* 2016. Jun; 42 (3): 184-191. doi: 10.1016/j.diabet.2015.11.008.
103. Charlier P., Watier L., Ménétrier M. et al. Is suicide risk correlated to thyroid weight? *Med Hypotheses.* 2012. Aug; 79 (2): 264-266. doi: 10.1016/j.mehy.2012.05.005.

104. Shrum J.M., Byers B., Parhar K. Thyroid storm following suicide attempt by hanging. *BMJ Case Rep*. 2014. 9. pii: bcr2014204589. doi: 10.1136/bcr-2014-204589.
105. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int*. 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
106. Zhang L., Fu T., Yin R., Zhang Q., Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017; 14: 17-70.
107. Tang K.T., Hsieh C.W., Hsieh T.Y., Lan J.L., Chen Y.H., Chen D.Y. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: a single-center experience and literature review. *Psychosomatics*. 2015; 56 (2): 190-195. doi: 10.1016/j.psym.2014.05.020.
108. Mok C.C., Chan K.L., Cheung E.F., Yip P.S. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. Rheumatology (Oxford). 2014; *53*: 714–721.
109. World Health Organization. Media Centre [Internet]. Geneve, 2014 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/
110. Meyer-Rochow V.B., Hakko H., Ojamo M. et al. Suicides in visually impaired persons: A nation-wide register-linked study from Einland based on thirty years of data. *PLoS ONE*. 2015; 10: e0141583. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141583
111. Carrieri M.P., Marcellin F., Fressard L. et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One*. 2017; 12: e0171645.
112. Kang C.R., Bang J.H., Cho S.I. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS. Care*. 2016; 28: 306-313.
113. Chi C.C., Chen T.H., Wang S.H., Tung T.H. Risk of suicidality in people with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Am. J. Clin. Dermatol*. 2017; 18: 301-316.
114. Wu J.J., Penfold R.B., Primatesta P. et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2017; 21: 116-122.
115. Singh S., Taylor C., Kornmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 77 (3): 425-440. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019.
116. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., Skov L., Mallbris L. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol*. 2016; 175 (3): 493-500. doi: 10.1111/bjd.14633.
117. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs*. 2014; 46: *2*41-248.
118. Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике. *Неврологический журнал*. 2016; 21 (3): 124-130.
119. Coughlin S.S., Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J. Depress Anxiety*. 2013; l 9.
120. Hong J.P., Park S., Ahn S.H., Kim J.S. Factors associated with post-stroke suicidal death. *J Psychiatr Res*. 2018; 96: 135-137. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005.
121. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., at al. Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med*. 2014; 76 (6): 452-459. doi: 10.1097/PSY.0000000000000079.
122. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55 (12): 863-866.
123. Stanley I.H., Joiner T.E., Bryan C.J. Mild traumatic brain injury and suicide risk among a clinical sample of deployed military personnel: Evidence for a serial mediation model of anger and depression. *J Psychiatr Res*. 2017; 84: 161-168. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.004.
124. Fonda J.R., Fredman L., Brogly S.B., et al. Traumatic Brain Injury and Attempted Suicide Among Veterans of the Wars

104. Shrum J.M., Byers B., Parhar K. Thyroid storm following suicide attempt by hanging. *BMJ Case Rep*. 2014. 9. pii: bcr2014204589. doi: 10.1136/bcr-2014-204589.
105. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int*. 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
106. Zhang L., Fu T., Yin R., Zhang Q., Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017; 14: 17-70.
107. Tang K.T., Hsieh C.W., Hsieh T.Y., Lan J.L., Chen Y.H., Chen D.Y. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: a single-center experience and literature review. *Psychosomatics*. 2015; 56 (2): 190-195. doi: 10.1016/j.psym.2014.05.020.
108. Mok C.C., Chan K.L., Cheung E.F., Yip P.S. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. Rheumatology (Oxford). 2014; *53*: 714–721.
109. World Health Organization. Media Centre [Internet]. Geneve, 2014 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/
110. Meyer-Rochow V.B., Hakko H., Ojamo M. et al. Suicides in visually impaired persons: A nation-wide register-linked study from Einland based on thirty years of data. *PLoS ONE*. 2015; 10: e0141583. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141583
111. Carrieri M.P., Marcellin F., Fressard L. et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One*. 2017; 12: e0171645.
112. Kang C.R., Bang J.H., Cho S.I. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS. Care*. 2016; 28: 306-313.
113. Chi C.C., Chen T.H., Wang S.H., Tung T.H. Risk of suicidality in people with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Am. J. Clin. Dermatol*. 2017; 18: 301-316.
114. Wu J.J., Penfold R.B., Primatesta P. et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2017; 21: 116-122.
115. Singh S., Taylor C., Kornmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 77 (3): 425-440. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019.
116. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., Skov L., Mallbris L. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol*. 2016; 175 (3): 493-500. doi: 10.1111/bjd.14633.
117. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs*. 2014; 46: *2*41-248.
118. Kutlubaev M.A. Suicidal'noe povedenie pri nevrologicheskih zabolevanijah: chastota, predraspolagajushhie faktory, podhody k profilaktike. [Suicidal behavior in neurological diseases: often, predisposing factors, approaches to prevention]. *Nevrologicheskij zhurnal. [Neurological journal]*. 2016; 21 (3): 124-130. (In Russ)
119. Coughlin S.S., Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J. Depress Anxiety*. 2013; l 9.
120. Hong J.P., Park S., Ahn S.H., Kim J.S. Factors associated with post-stroke suicidal death. *J Psychiatr Res*. 2018; 96: 135-137. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005.
121. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., at al. Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med*. 2014; 76 (6): 452-459. doi: 10.1097/PSY.0000000000000079.
122. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55 (12): 863-866.
123. Stanley I.H., Joiner T.E., Bryan C.J. Mild traumatic brain injury and suicide risk among a clinical sample of deployed military personnel: Evidence for a serial mediation model of anger and depression. *J Psychiatr Res*. 2017; 84: 161-168. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.004.
124. Fonda J.R., Fredman L., Brogly S.B., et al. Traumatic Brain Injury and Attempted Suicide Among Veterans of the

in Iraq and Afghanistan. *Am J Epidemiol*. 2017; 186 (2): 220-226. doi: 10.1093/aje/kwx044.
125. Savic G., DeVivo M.J., Frankel H.L., Jamous M.A., Soni B.M., Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury-a cohort study. *Spinal Cord*. 2018; 56 (1): 2-6. doi: 10.1038/sc.2017.98.
126. Fang F., Valdimarsdóttir U., Fürst C.J. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2008; 131: 2729-2733.
127. Jones J.E., Hermann B.P, Barry J.J. et al. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003; 3: 31–38.
128. Bindler L., Travers D., Millet B. Suicide in Huntington's disease: a review. *Rev. Med. Suisse*. 2009; 5 (195): 646-648.
129. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3-16.
130. Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 110–114.
131. Старинец Н.Г. Факторы суицидальности при множественном склерозе. *Международный неврологический журнал*. 2013; 6 (60): 60-64.
132. Pompili M, Forte A, Palermo M et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J. Psychosom. Res*. 2012; 73: 411-417.
133. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
134. Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K. et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res*. 2017; 250: 155-158.
135. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 3-21.
136. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология*. 2011; 2 (4): 18-25.
137. Любов Е.Б. и группа исследователей. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология*. 2015; 6 (2): 18-29.
138. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: WHO http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
139. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-2074.
140. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 9 (4): 5-9.
141. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J*. 2017; 58: 72-77.

Wars in Iraq and Afghanistan. *Am J Epidemiol*. 2017; 186 (2): 220-226. doi: 10.1093/aje/kwx044.
125. Savic G., DeVivo M.J., Frankel H.L., Jamous M.A., Soni B.M., Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury-a cohort study. *Spinal Cord*. 2018; 56 (1): 2-6. doi: 10.1038/sc.2017.98.
126. Fang F., Valdimarsdóttir U., Fürst C.J. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2008; 131: 2729-2733.
127. Jones J.E., Hermann B.P, Barry J.J. et al. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003; 3: 31–38.
128. Bindler L., Travers D., Millet B. Suicide in Huntington's disease: a review. *Rev. Med. Suisse*. 2009; 5 (195): 646-648.
129. Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
130. Zotov P.B. Kutsenko N.I., Umansky M.S. Suicidal behavior of patients with multiple sclerosis (brief review). *Siberian journal of psychiatry and narcology*. 2017; 2 (95): 110–114. (In Russ)
131. Starinec N.G. Faktory suicidal'nosti pri mnozhestvennom skleroze. [Suicide factors in multiple sclerosis]. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal [International neurological journal]*. 2013; 6 (60): 60-64. (In Russ)
132. Pompili M, Forte A, Palermo M et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J. Psychosom. Res*. 2012; 73: 411-417.
133. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
134. Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K. et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res*. 2017; 250: 155-158.
135. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Suicidal behavior in cancer. Part I: epidemiology and risk factors. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 3-21. (In Russ)
136. Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists. *Suicidology*. 2011; 2 (4): 18-25. (In Russ)
137. Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence *and attitudes towards*, and concerns about inpatient suicidal behavior. *Suicidology*. 2015; 6 (2): 18-29. (In Russ)
138. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: WHO http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
139. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-2074.
140. Krasnov V.N. Nauchno-prakticheskaja programma «Vyjavlenie i lechenie depressij v pervichnoj medicinskoj seti». [Scientific and practical program "Detection and treatment of depression in the primary medical network"] *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. [Social and clinical psychiatry]*. 1999; 9 (4): 5-9. (In Russ)
141. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J*. 2017; 58: 72-77.

SOMATIC PATHOLOGY AMONG SUICIDE RISK FACTORS. REPORT II

P.B. Zotov[1], E.B. Lyubov[2], T.G. Ponomareva[3], E.G. Skryabin[1], A.V. Bragin[1], O.V. Ananeva[1]

[1]Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru
[2]Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moskow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
[3]Psychiatric hospital № 13, Moscow, Russia

Report II presents a review of the literature on suicidal behavior (SB) of patients with certain somatic diseases. It was shown that co-morbidly ill patients with SB were more socially maladjusted. Somatic suffering makes the patient more vulnerable to micro-social conflicts, often associated with a sense of burden, loneliness and pain, reducing the threshold of fear of death. In cancer, the risk of suicide is 2-4 times higher compared to the general population. In Western Europe and the United States, 0.2-0.5% of deaths of cancer patients are caused by suicide. At the same time, up to 50% of suicides occur when diagnosed with a localized and potentially curable disease. Among the victims of suicides in Russia, there are ≤ 0.5% cancer patients with male female ratio of 4:1 and mean age of 67 years. At the same time,

it is possible that only <1/3 of suicides are actually registered. The risk of suicide is higher for white male husbands, who suffer worse pain and functional limitations. The level of suicide mortality increases with the age of diagnosis - higher in the older (55-65 years), the highest - at the age of ≥ 80 years. Personality disorders are recorded in 50% of suicidal cancer patients. In 20% of patients receiving palliative care, SB (including suicidal attempts) were detected before the diagnosis of cancer. The risk of suicide with depressive cancer patients is not 2-4 times higher, but 25 times higher. The prevalence of clinical depression among cancer patients is 5–40%. The "critical period" of suicide for men (more often) and women is the first 1-2 years after the diagnosis. The first year accounts for 40% of suicides. The risk factors among these patients are: chronic and poorly controlled pain, metastasis, treatment failure, limitation of self-care. The risk group also includes people who refuse treatment. 20% of patients report suicidal thoughts and hopelessness. The majority of patients thinking about death will not commit suicide, but 50-60% of those who committed suicide shared their suicidal thoughts (plans) with their relatives and medical staff. Almost half (45%) of oncologists are confronted with SB of cancer patients, which indicates its prevalence, but only in isolated cases there is an active survey of patients for this topic. The majority (62%) of oncologists believe that active identification of suicidal ideation may provoke suicide of patients. Among the ways of suicide, self-hanging and poisoning dominate, including an overdose of analgesics and sedatives; it usually happens at home and is planned. More than ¼ patients think about euthanasia. *Lung disease*. The risk of SB increases in COPD (men), pneumonia. With bronchial asthma there is a fourfold increase in the risk of suicide attempts. *Cardiovascular diseases*. Patients with chronic heart failure have the highest association with psychiatric diseases. Persons with implantation of a cardiostimulator, often young and middle-aged, have the highest suicide mortality rates. When making a suicidal attempt by self-poisoning in 12.6–13.5% hypotensive and anti-arrhythmic drugs are used (general population). *Gastrointestinal diseases.* After gastrectomy for peptic ulcer, suicide was registered in 13.7%, but half of the victims suffered from alcoholism. With gastrointestinal bleeding, the risk of suicide increases 3.4-4.5 times, which is also associated with alcohol problems of the contingent. The risk of SB is significant in case of *kidney disease*s and renal failure. The risk of depression and SB increases as the level of glomerular filtration decreases and persists even after its correction. The risk of suicide increases in the period of the first 3 months of the start of dialysis therapy and grows 25 times in the course of long-term treatment (relative to the general population). Kidney transplantation does not reduce the risk of suicide, possibly due to lifelong treatment and the fear of organ rejection. The share of suicide-related deaths in type I diabetes mellitus can be 7.7%, in type II - 1.3%. *AIDS / HIV*, especially those associated with the use of surfactants, mental disorders, and social distress, increase the risk of SB by 24-36 times. The risk of suicide in stroke is increased in women and men <60 years 13 and 3-6 times respectively, > 60 years - 1.5-2 times. The average time interval between hospitalization and suicide is 1.9 ± 1.8 years. *Spinal cord injuries* make up almost fivefold growth of SB. Among deceased patients with spinal cord injury, 4.2% of deaths are related to suicide attempts. *Epilepsy* (especially temporal) accounts for a fivefold increase in the risk of suicide and 25-fold with resistance to therapy; increased by almost an order of magnitude with concomitant mental disorder, 16 times higher at the onset of the disease before 18 years of age. Suicide may account for 10% of deaths of these patients. *Suicides in hospitals*. The average age of somatic patients, victims of suicide in a multidisciplinary hospital is 54 while in a psychiatric one it is 41. Somatically, patients are often fall down from a height during hospitalization from 2 days to several months (30 days on average). In somatic hospitals ¼ suicide victims suffer from the main cause of SB – depression. Only 15% were consulted by a psychiatrist before the tragedy. Conclusion: All illnesses are associated with distress, pain, impairment of functioning, but severe diseases are particularly hard for patients. Apparently, it is essential to find the balance of risk factors and anti-suicidal factors (for example, the internal pattern of the disease determines the rejection of treatment and the hope of healing). Anti-suicidal factors should be identified and strengthened; variable risk factors should be monitored and leveled. The main anti-suicidal factor is adequate therapy. The primary care staff is the key "watchman" in preventing SB. One of the few scientifically proven effective elements of an anti-crisis program is training in identifying depression and SB. The postvention measures (after the patient's SB) are also important in regards to close victims, other patients (bystanders), and professionals. SB prevention means empathy for the sufferer and his family, attention to their immediate and changing needs.

Keywords: suicide, suicidal attempt, suicidal behavior, suicide risk, risk factors, prevention, somatic diseases, somatic pathology

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.
Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., Скрябин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 85-108. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Ponomareva T.G., Skryabin E.G., Bragin A.V., Ananeva O.V. Somatic pathology among suicide risk factors. Report II. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 85-108. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108

УДК 159.923+616.8(075) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-109-117

ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ У НАРКОТИЧЕСКИХ АДДИКТОВ

С.В. Пронин, М.Г. Чухрова

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», г. Новосибирск, Россия
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления», г. Новосибирск

Контактная информация:

Пронин Сергей Владимирович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 7715-5812; ORCID iD: 0000-0002-2626-6021). Место работы и должность: доцент кафедры социальной психологии и виктимологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет». Адрес: Россия, 630126, г. Новосибирск, ул. Вилюйская, 28; доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления». Адрес: Россия, 630099, г. Новосибирск, ул. Каменская, 52/1. Телефон: (383) 244-00-95, электронный адрес: pronin53@gmail.com

Чухрова Марина Геннадьевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4250-9594, AuthorID: 475871). Место работы и должность: профессор кафедры общей психологии и истории психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет». Адрес: Россия, 630126, г. Новосибирск, ул. Вилюйская, 28; профессор кафедры психологии, педагогики и правоведения ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления». Адрес: Россия, 630099, г. Новосибирск, ул. Каменская, 52/1. Телефон: (383) 244-00-95, электронный адрес: mba3@ngs.ru

Цель исследования: обоснование возможности неинвазивной приборной оценки суицидальной предиспозиции на основе показателей вариабельности сердечного ритма у лиц с наркотической зависимостью. Материал. В наркологическом стационаре был обследован 321 пациент с верифицированной по критериям ICD-X второй стадией зависимости (F11.xx2). Общее число пациентов, отметивших наркотические передозировки, составило 36,5%. Разделение на группы контроль / основная проводилась с помощью опросника Бека. Первая (1) – контрольная группа – пациенты без проявлений аутоагрессивности (n=99 человек, в том числе 85 мужчин и 14 женщин, в возрасте 27,3 / 27,4 лет). Вторая (2) группа – сравнения – 222 пациента с аутоагрессивными проявлениями (мужчин – 148, женщин – 74; возраст: 27,3 / 25,8 лет). Общий балл на момент обращения по шкале Бека в первой группе – 10,5, во второй – 24,4 балла (P<0,01), что свидетельствует об умеренной депрессии среди пациентов группы 2. Сумма баллов по введённой нами субшкале «аутоагрессивность» в контрольной группе – 1,2; основной – 6,9 балла. Третья (3), референтная группа: здоровые лица (n=32) в возрасте 24,0±1,8 лет. Результаты: сосудистый компонент адаптации преобладал в первой группе, где индекс LF: 42% (1) / 34% (2) / 24% (3) (P<0,05). Во второй группе доминировал нейроэндокринный компонент, где было такое распределение индекса VLF: 27% / 55% / 16% (P<0,001). Высокочастотный – HF, (дыхательный) компонент был самым значительным в структуре ВСР среди группы здоровых лиц (гомеостатическое состояние): 31% / 11% / 60% (P<0,001). Показатель общей мощности ВСР по индексу TF у лиц с аутоагрессивностью превышал в 1,78 раза данный параметр пациентов контрольной группы и в 1,20 раза был выше по отношению к здоровым лицам. Диагностическая ценность спектральных характеристик ВСР (VLF, LF, HF) в выявлении идеаторного компонента «суицидные мысли» составила SE=42%; SP=100%; преваленс =75%. Выводы. Трансдиагностический биомаркер – вариабельность сердечного ритма, его спектральные характеристики, могут быть ассоциированы с аутоагрессивной, суицидальной предиспозицией у лиц с аддиктивной патологией.

Ключевые слова: аутоагрессивность, суицидальная предиспозиция, наркотическая зависимость, алкоголизм, трансдиагностический биомаркер, гемодинамическая теория, вариабельность сердечного ритма, вегетативная нервная система

Объективная диагностика внутренней картины суицидального поведения нередко сложна [1, 2]. Импульсивный суицидальный деликт может быть спровоцирован различными эндогенными, экзогенными и /или экологическими, факторами [3, 4, 5, 6]. Для наркологических аддиктов характерным является компонент суицидальной предиспозиции – внутренней готовности совершить суицид, который не проявляется в поведении, не вербализуется и, зачастую, не осознаётся ими [7]. Поэтому необходим поиск биомаркеров таких «внутренних» состояний, которые могут быть отнесены к триггерными механизмами потери контроля над своей жизнью, приводящего в итоге к саморазрушительному аутоагрессивному поведению, либо суициду. Ведущими в этой ситуации могут быть компоненты, связанные с дезадаптацией интеграции вегетативной и высшей нервной деятельности, дисбалансом систем

внутреннего вознаграждения (ревард стимуляция), объясняющих изменённые состояния сознания и рисковое поведение в целом [8].

Известно, что сердечная деятельность находится под влиянием нейроэндокринной и вегетативной нервной системы, её симпатического и парасимпатического отделов. Дизадаптивность функционирования центральной нервной системы (ЦНС) опосредуется через вегетативную нервную систему (ВНС) и проявляется изменениями реактивности сердечно - сосудистой системы, и это можно выявить при анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР). Деятельность ВНС, в частности, определяет индивидуальную способность к гибкому и адаптивному реагированию на внешние природные вызовы (магнитные бури, природные катаклизмы, социальные интеракции и т.п.) посредством модуляции симпатической / парасимпатической активности. Сохранение стабильности ВНС, как и её реактивность коррелируют со способностью регулировать негативные эмоции [9, 10], агрессивностью, тревожностью, гневливостью [11, 12], социальной адаптивностью [13], включая депрессивное [14, 15], биполярное расстройство [16, 17, 18], пограничное расстройство личности [19, 20], генерализованое тревожное расстройство [21]. При этом ВСР подвержена влиянию различных неадаптивных психических состояний и последствий приёма алкоголя [22], а также реагирует на изменения уровня катехоламинов при быстрой опиоидной детоксикации [23], на лечение антипсихотиками [24]. Выявляется определённая взаимосвязь депрессивных и суицидальных идей и вариабельности сердечного ритма [25]. Также нами ранее была определена возможность прогнозирования психотических нарушений при состояниях отмены у лиц с различными формами «химической» зависимости на основе анализа некоторых параметров ВСР [26].

Необходимо подчеркнуть, что возможность контролировать, осмысливать и интерпретировать данные регистрации ВСР зависят от технологии её записи, методики количественной оценки параметров сердечного ритма, знания ассоциированности основных нейрогуморальных механизмов, опосредующих изменения сердечного ритма с психологическими, физиологическими процессами в применении к конкретной поведенческой ситуации. В настоящее время предлагается считать ВСР трансдиагностическим тестом, и она рассматривается как психофизиологический маркер общей психопатологии [27].

В совокупности, имеющиеся на сегодняшний день данные литературы [25, 27 и др.], позволяют говорить о влиянии активности ВНС на ВСР, где изменение её некоторых составляющих может быть ассоциировано с наличием суицидальных идей у пациентов.

Методология нашего исследования выстраивалась в рамках многопрофильной модели мониторинга наркомании, которая часто рассматривается как суицидальная предиспозиция [28]. Ранее нами [29] была установлена диагностическая важность гемодинамических показателей в оценке риска психотических нарушений, а также актуализации патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ).

Цель исследования: обоснование возможности неинвазивной приборной оценки суицидальной предиспозиции на основе показателей вариабельности сердечного ритма у лиц с наркотической зависимостью.

Материал и методы.

Дизайн исследования: открытое, ретроспективное, нерандомизированное. Критерии включения: 1) диагноз зависимости от ПАВ и состояние отмены, установленные в соответствии с критериями DSM-IV (1994), DSM-IV-TR и ICD-X; 2) у пациентов на момент госпитализации по критериям ICD-X верифицирована вторая стадия зависимости (F11.xx2).

Было проведено комплексное психодиагностическое и инструментальное обследование 321 пациента с наркотической зависимостью с использованием шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory).

К общим критериям исключения из исследования относились: 1) острые инфекционные заболевания; 2) наличие у пациентов эндогенных психических расстройств.

Пациенты разделены на две группы: первая (1), контрольная – лица без проявлений аутоагрессивности – состояла из 99 человек, в том числе 85 мужчин (85,8%) и 14 женщин (14,2%), в возрасте от 20 до 33 лет (средний у мужчин – 27,4±5,3 у женщин – 25,6±4,6). Вторая (2) группа сравнения или основная, 222 пациента с аутоагрессивными проявлениями. Из них 148 мужчин (66,7%), 74 женщины (33,3%). Общий балл на момент обращения по шкале Бека составил в первой группе – 10,5 балла, второй – 24,4 балла (P<0,01).

Таблица 2

Общая характеристика сравниваемых групп (n=321)

Ковариация		Группа (1) Контроль. Без аутоагрессивности по шкалам опросника Бека			Группа (2) Основная. Аутоагрессивность по шкалам опросника Бека		
Пол	Передозировки	n	M ± SD лет	% внутри групп	n	M ± SD лет	% внутри групп
Мужчины	да	28	28,2±4,8	32,9	52	27,9±5,6	35,1
	нет	57	26,9±5,5	67,1	96	27,0±5,7	64,9
	Всего	85	27,4±5,3	100,0	148	27,3±5,6	100,0
Женщины	да	0	-	0	22	26,9±3,7	29,7
	нет	14	23,9±3,9	100,0	52	23,0±3,4	70,3
	Всего	14	23,9±3,9	100,0	74	24,2±3,9	100,0
	Итого:	99	25,6±4,6		222	25,8±4,8	
Гепатит В и/или С				41,6			45,9
Отмечено наличие судимости		26	28,5±4,6**	26,0	66	26,4±5,1	29,6
Травма головы в анамнезе				38,8			37,8
Родители страдали алкоголизмом				23,9			19,6
Возраст начала приема наркотиков, лет			20,8±5,3			20,5±5,1	
Общий балл депрессивных самооценок по опроснику Бека (Д0) баллы			10,5±6,8			24,4±8,0*	
Сумма баллов по шкалам Д+Ж+З+И «аутоагрессивность»			1,2±0,1			6,9±0,2	
DSM-IV суммарный критерий зависимости (баллы)			5,8±1,2			6,2±1,1	
Средний балл толерантности к ПАВ			14,5±12,3			17,5±12,7*	
Индекс массы тела кг/м^2			23,3±3,5			21,8±2,9	
Показатели центральной гемодинамики (ЦГД)							
АДС мм.рт.ст.		119±13			111±14		0,036**
АДД мм.рт.ст.		80±10			74±9		0,015**
Пульс уд. в мин.		90±13			88±9		0,410
среднее АД мм.рт.ст.		93±10			87±10		0,013**

Примечание: *P<0,0001 **P<0,01

Разделение на группы контроль / основная проводилась по введённой нами на основе опросника Бека интегральной шкале «аутоагрессивность». Суммировались баллы по следующим субшкалам: «Д» (чувство вины) + «Ж» (отвращение к самому себе) + «З» (идеи самообвинения) + «И» (суицидальные мысли). При сумме баллов >4, пациенты были отнесены к основной группе с «аутоагрессивностью». При меньшем количестве баллов, пациенты включались в группу «контроль». Средняя сумма баллов по шкале «аутоагрессивность» составила: контроль 1,2 балла / основная 6,9 балла.

Пациенты, у которых в анкетах не было отметок по этим шкалам, исключались из обработки. Реперные точки «суицидные мысли «есть / нет» получены на основе соответствующей шкалы «И» опросника Бека.

Возраст начала приёма наркотиков в первой группе 20,8±5,3, второй – 20,5±5,1 лет. Коморбидность – гепатит В и / или С в первой группе – 41,6%, второй – 45,9%. Травма головы в прошлом – 38,8 / 37,8%. Наличие алкогольной зависимости у родителей – 23,9 / 19,6%. Наличие судимости по статье 228 УК РФ: 29,0 / 29,6%. Индекс массы тела – 23,3 / 21,8 кг/м^2 (табл. 1).

Была построена регрессионная модель связи вариабельности сердечного ритма её спектральных характеристик со всеми компонентами шкалы депрессии Бека. Уравнения были

скорректированы по возрасту и полу. Окончательная модель получена с использованием пошаговой процедуры, поддерживающей переменные со значением ниже 0,10.

Для исследования вегетативного баланса на основе ВСР применялся спектральный анализ сердечного ритма [30, 31]. Исходные данные регистрировались с помощью программно - аппаратного комплекса «БОС - ПУЛЬС» (фотоплетизмографический датчик). Фоновая запись проводилась в условиях покоя в течение не менее 5 минут, которая осуществлялась в затемнённой комнате с периодом адаптации перед тестированием к окружающим условиям в течение 5–10 мин. Такая методика измерения демонстрирует высокую надёжность.

Записи ВСР выполнялись в промежутке с 9^{00} до 12^{00} часов дня, в комфортных условиях, при температуре воздуха в палате 20–22°С. Перед этим исключался приём пищи. Качество записи проверялось с помощью коэффициента автокорреляции (ACF). По результатам данных ВСР оценивались такие спектральные индексы: VLF – медленные волны второго порядка, которые связаны с центральными эрготропными влияниями и отражают уровень психоэмоционального напряжения; LF – вазомоторные волны или волны 1-го порядка; HF – дыхательные волны; LF / HF – соотношение уровня центрального и автономного контура регуляции. Коэффициент вагосимпатического баланса, обычно повышен при активности симпатической нервной системы. Рассчитывался индекс централизации IC=(LF+VLF)/HF – он показывает степень централизации управления ритмом сердца, то есть преобладание активности центрального контура регуляции над автономным.

Референтной (3) группой (n=32) для нормативного сравнения показателей ВСР послужили материалы исследования [32], проведённого нами среди здоровых лиц в возрасте 24,0±1,8 лет (табл. 1).

Все пациенты в соответствии с принципами Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации дали информированное письменное согласие на участие в обследовании. Материалы исследования были рассмотрены и получили одобрение на этической комиссии по месту работы авторов.

Методика статистического анализа.

В основе обработки данных – пакет SPSS 22. Применялся анализ методом ближайшего соседа – Nearest Neighbor Analysis. Проводилась оценка эффектов межгрупповых факторов – GLM Multivariate Analysis; факторный анализ; оценка площади под ROC кривыми; регрессионный анализ (линейный и логистический); ANOVA дисперсионный анализ.

Результаты исследования.

Число лиц отметивших передозировки, которые связанны с внутривенным немедицинским приёмом наркотиков, составило 36,5%. Заметна связь с возрастом пациентов (F=8,06; P=0,005) и длительностью заболевания (F=10,14; P=0,002). Возраст начала приёма наркотиков не имел такого влияния.

Анализ пригодности ступенчатых и дихотомных шкал (ответы «да / нет») опросника Бека проводился с помощью расчёта коэффициента альфы Кронбаха. Здесь не было выявлено отличий по информативности ответов. Уровень значимости всех шкал опросника Бека был практически одинаково высоким и составил 0,84 – для ступенчатых и 0,86 баллов в случае применения дихотомных оценок.

Отмечено, что использование характеристик спектрального анализа ВСР в разделении на группы контроль / основная (аутоагрессивность) обоснована, где пригодность шкал по альфа Кронбаха составила 0,80 / 0,78, и это является вполне приемлемым для использования данных показателей с целью выявления групп рискового поведения.

Определено, что наибольшее значение имеет такой индекс ВСР, как разница между «LF - HF» (значимость 0,75; макс. 1,0). Вероятность прогноза по этому индексу составляет 85% для шкалы «суицидальная предиспозиция». При этом отмечена корреляция показателей центральной гемодинамики (ЦГД) и ВСР, например, отрицательная связь величины пульса со средним значением мощности ВСР.

Можно отметить при сравнении с нормативными показателями между группами (1), (2) и (3) такие градации индекса LF / HF = 1,37 / 2,81 / 0,39 (P=0,016). Похожие соотношения имел индекс централизации IC = 2,24 / 7,39 / 0,40 (P=0,0001). Разница по мощности ритмов составила (LF мс^2 - HF мс^2) = 270 мс^2 / 901 мс^2 / -1207 мс^2 (P=0,002). Можно заключить, что в основной группе преобладал центральный контур регуляции над автономным, с высокой активностью симпатической нервной системы. Он превышал значения контрольной группы на 30% (табл. 2).

Таблица 3

Сравнение показателей спектрального анализа ВСР в основной, контрольной группе пациентов и среди здоровых лиц (n=353)

Показатель спектрального анализа ВСР	Контрольная группа (1) (n=99)		Основная группа (2) (n= 222)		P_{1-2}	Здоровые лица (3) нормативные показатели (n=32) [32]	
	M±SD	%	M±SD	%		M±SD	%
VLF, мс^2	630±149	27	2270±1342	55	0,010	525±131	16
LF мс^2	984±143	42	1397±747	34	0,482	773±153	24
HF мс^2	718±143	31	496±165	11	0,693	1980±170	60
TF мс^2	2332±34	100	4164±2255	100	0,172	3277±561	100
LF / HF	1,37		2,81		0,016	0,39	
IC	2,24		7,39		0,0001	0,40	
LFмс^2 – HFмс^2	270		901		0,002	- 1207	

Выявлены статистически значимые отличия между первой и второй группами пациентов по такому показателю спектрального анализа ВСР, как VLF (нейрогенный компонент P=0,01). Также пациенты первой группы имели следующие особенности: индекс TF был ниже в 1,78 раза по отношению к группе сравнения (2) и в 1,40 раза ниже по отношению к здоровым лицам (3).

Полученные индексы VLF, LF, HF использованы в построении модели для шкалы «И» по опроснику Бека (суицидальные мысли «есть – нет»). Диагностическая значимость составила: чувствительность SE=42%, специфичность SP=100%, преваленс (распространённость в выборке) = 75%. По шкале «Ж» (отвращение к самому себе) SE=67%; SP=0%, преваленс =94%. Диагностические характеристики шкалы «З» (идея самообвинения) SE=100%, SP=90%, преваленс =38%.

Оказалось, что выбранные нами шкалы этого теста между собой значимо взаимосвязаны (P=0,0001). Вопрос о наличии у пациентов суицидных мыслей может ассоциироваться с чувством вины (r_{sp}=0,160), идеями самообвинения (r_{sp}=0,291) и отвращением к самому себе (r_{sp}=0,383). Одновременно мы пытались уточнить, может ли структура потребления ПАВ влиять на приведенные выше самооценки наркотических аддиктов. Выяснилось, что проекция агрессивного реагирования «на себя» или на окружающих меняется в зависимости от того, сочетается ли употребление, например, героина и алкоголя. Факторная нагрузка составила для компонентов первой / второй модели = 0,072 / 0,757 (максимальная оценка 1,0). Сочетанный приём ПАВ оказывал заметное влияние на формирование суицидальной предиспозиции.

Обсуждение результатов.

Для объяснения особенностей становления у лиц с аддиктивными состояниями суицидальной предиспозиции нами использована концепция аллостаза. Главными отличиями гомеостаза от аллостаза являются контрольные механизмы, которыми они оперируют. Гомеостаз работает по механизму обратной связи (feedback), а аллостаз – прямой (feedforward) [33]. Также рассматривалась теория ауто / аллопластического приспособления [34]. Исходя из этого, можно предположить, что при неадаптивном психическом состоянии – аутоагрессивности, вариабельность сердечного ритма и его мощность будет возрастать пропорционально силе стрессового воздействия. Это состояние аллостаза или аллопластичное приспособление. При адаптивной реакции на стресс, при сохраненной мощности вариабельности сердечного ритма, его изменчивость будет находиться в функциональном диапазоне – реакция гомеостаза. При выходе за нижний нормативный диапазон ВСР будет аутопластичный тип приспособления. Схема приспособительных реакций может выглядеть так: аутопластические ↔ гоместатические ↔ аллопластические состояния.

В первой группе – отмечались аутопластические процессы адаптации, вариабельность сердечного ритма была низкой. В этой группе преобладал сосудистый компонент адаптации (1) / (2) / (3) Lf = 42% / 34% / 24% (P<0,05).

Во второй группе – пациентов с аутоагрессивностью – доминировали нейроэндокринные, центральные механизмы адаптации и вагальная регуляция была значительно снижена. И здесь было следующее распределение такого показателя ВСР, как VLF: 27% / 55% / 16% (P<0,001). Можно предположить, что у лиц этой группы преобладали аллопластические

процессы адаптации и наблюдалась значительная вариабельность сердечного ритма.

В третьей группе, здоровые лица, в структуре ВСР преобладал высокочастотный (дыхательный) компонент HF=31% / 11% / 60% (P<0,001) и это гомеостатический процесс саморегуляции (табл. 2).

Необходимо отметить, что при наличии идеаторного компонента «суицидальные мысли» отмечается снижение суммарного эффекта вегетативной регуляции у лиц с такими проявлениями. Наблюдается своеобразный дизрегуляторный энергодефицит, и становится объяснимым высокий процент аутоагрессивности среди наркотических аддиктов, выявленный нами ранее – 69,2% [35]. При этом 35,2% пациентов отмечали наркотические передозировки, что также можно считать скрытой аутоагрессивностью.

Диагностическая ценность спектральных характеристик ВСР в выявлении идеаторного компонента «суицидные мысли» составила SE=42%; SP=100%; преваленс = 75%, что свидетельствует о надёжности предлагаемого метода.

Психометрическая оценка исходного состояния пациентов, на наш взгляд, должна быть направлена на выявление лиц с высоким риском суицидальной предиспозиции. Предлагаемая субшкала «аутоагрессивность» на основе опросника Бека, так же по нашему мнению, убедительна в своём применении. Об этом свидетельствуют высокие значения субшкалы по коэффициенту пригодности альфа Кронбаха (0,80).

Полученные нами результаты исследования согласуются с данными S. Wilson [36] и D. Adolph [37] о том, что ряд индексов ВСР могут быть трансдиагностическими маркерами риска суицидального поведения. В работе T. Forkmann [38] высказывается мнение, что снижение вагусной активности, преобладание её дезадаптивной лабильности является маркером когнитивной негибкости, заставляя пациентов смотреть на преодоление проблемных ситуаций только в «черных или белых» тонах, рассматривая самоубийство как единственный способ избежать невыносимой жизни.

Необходимо остановиться на факторах, которые могут влиять на характеристику полученных нами результатов. Во-первых, это гетерогенность выборки, где гендерное соотношение составило 6:1 мужчины / женщины, коморбидность «нет / да» – 1,4:1. Эти различия нивелировались с помощью введения в статанализ переменных взвешивания по полу и т.п.

Во-вторых, так как влияние табакокурения полностью исключить было невозможно, оно было минимизировано у пациентов и контролировалось с помощью персонала.

В-третьих, существует проблема качества записи ВСР, где тестирование приходилось повторять в 10% всех случаев из-за выявленных дефектов или невозможности провести исследование в определённый момент времени. При этом необходимо учитывать, что на результаты обследования в день поступления пациентов ($Д_0$) могут влиять токсические эффекты ПАВ, принятых ими перед госпитализацией. Поэтому делать записи ВСР нужно в первый – четвертый день лечения, но потом необходимо убирать влияние этого фактора на полученные результаты с помощью введения в статанализ переменной взвешивания.

В-четвертых, мы ограничились рассмотрением только спектральных характеристик ВСР, которые вполне приемлемы для коротких 5-10 минутных записей. Считается, что такие арифметические характеристики ВСР как RMSSD, SDNN, CV% уместнее рассматривать при суточных записях. Эта точка зрения на наш взгляд, требует углубленного изучения статистической значимости таких индексов при коротких записях ВСР.

Предлагаемый нами подход на основе гемодинамической теории к выявлению суицидальной предиспозиции у наркотических аддиктов перекликается с поливагальной теорией S. Porges [10]. Основная идея последней – ЦНС и ВНС реагируют на вызовы реального мира по принципу иерархии, а не по принципу баланса. Согласно этим обеим концепциям, записывая сигналы висцеромоторного блока (вариабельность сердечного ритма, частотные характеристики, показатели ЦГД) можно оценить состояние всех остальных систем человека, в том числе и прогнозировать психические и поведенческие составляющие.

Динамический контроль ВСР с учётом выявленных закономерностей позволяет выбирать соответствующие состоянию пациента коррекционные подходы и лечение. Оценка динамики состояний отмены и последующего абстинентного синдрома у лиц с «химической» зависимостью, построенная на ведущих клинических симптомах, состоянии центральной гемодинамики, принимая во внимание показатели ВСР, даёт возможность учитывать особенности проявления заболевания и адекватно выстраивать

терапию с минимальным психическим и физическим дискомфортом для пациентов.

Использование важного положения гемодинамической теории о необходимости достижения гомеостатичного диапазона ЦГД и ВСР в процессе реабилитации «химических» аддиктов, по нашим наблюдениям, повышает её эффективность и позволяет предупреждать наркотические срывы. Также разработанные подходы, основанные на использовании биомаркера «вариабельность сердечного ритма», позволяют выявлять суицидальную предиспозицию на доклинических стадиях, прогнозировать её течение, и дают возможность организации динамического наблюдения и профилактики аллостатической дезадаптации, с возможностью ежедневного мониторинга психофизического состояния этих лиц.

Заключение. Необходимо подчеркнуть, что для «аддиктивных» личностей характерна аутоагрессия. У больных наркоманией наблюдаются все виды агрессивного поведения, направленные как на внешний мир (гетеродеструкция), так и на собственную личность (аутодеструкция). Проведённое исследование обосновывает возможность объективной оценки суицидальной предиспозиции на основе показателей вариабельности сердечного ритма у лиц с наркотической зависимостью. Разработанный нами подход, наряду с высокой информативностью, является неинвазивной малозатратной методикой, которая доступна для её практической реализации при любом уровне медико - социальной помощи. Возможно применение данной системы диагностики аутоагрессивности и для выявления лиц со склонностью к рисковому аддиктивному поведению, например, в общеобразовательной школьной сети, высших учебных заведениях.

Литература:

1. Коцюбинский А.П., Гусева О.В., Бутома Б.Г. Суицидальное поведение психически больных: биопсихосоциальный подход. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 28 (2): 5-11.
2. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53.
3. Розанов В.А., Григорьев П.Е. Экологические факторы и суицидальное поведение человека. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 30-49.
4. Уманский М.С. Мотивы и суицидальная динамика у больных алкоголизмом позднего возраста. *Академический журнал Западной Сибири.* 2013; 9 (4): 87-88.
5. Спадерова Н.Н., Хохлов М.С. Суицидальное и агрессивное поведение (обзор литературы). *Девиантология*. 2018; 2 (1): 36-47.
6. Harris E.C., Barraclough B., Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 1997; 170 (3): 205-228.
7. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников. Астрахань: ФГБОУ ВПО АГТУ, 2013. 273 с.
8. Пронин С.В., Чухрова М.Г., Пронина Н.А. и авт. Биоинформационная оценка ревард системы в изучении интернет зависимости среди подростков. Доклад на 2-й Российско - китайской научно – практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами», 7 октября 2015 года, Томск. http: // present5.com/bioinformacionnye-aspekty-revard-sistemy-v-izuchenii-internet-zavisimosti/
9. Appelhans B.M., Luecken L.J. Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of General Psychology*. 2006; 10: 229–240. https:.doi.org/10.1037/1089-2680.10.3.229.
10. Porges S.W. The Polyvagal Perspective. *Biol. Psychol.* 2007; 74 (2): 116–143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
11. Scott B.G., Weems C.F. Resting vagal tone and vagal response to stress: associations with anxiety, aggression, and perceived anxiety control among youths. *Psychophysiology.* 2014; 51 (8): 718–727.
12. Vogele C., Sorg S., Studtmann M., Weber H. Cardiac autonomic regulation and anger coping in adolescents . *Biol. Psychol.* 2010; 85 (3): 465–471.
13. Geisler F.C., Kubiak T., Siewert K., Weber H. Cardiac vagal tone is associated with social engagement and self-regulation. *Biol. Psychol.* 2013; 93 (2): 279-86. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.02.013

References:

1. Kocjubinskij A.P., Guseva O.V., Butoma B.G. Suicidal'noe povedenie psihicheski bol'nyh: biopsihosocial'nyj podhod [Suicidal behaviour of mental patients: a biopsychosocial approach]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 2018; 28 (2): 5-11. (In Russ)
2. Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Diagnostic of suicidal behavior in drug addicts. *Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53. (In Russ)
3. Rozanov V.A., Grigoriev P.E. Environmental factors and suicide behavior in human being. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 30-49. (In Russ)
4. Umansky M.S. The motives and dynamics of suicide in patients with alcoholism later age. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (4): 87-88. (In Russ)
5. Spaderova N.N., Khokhlov M.S. Suicidal and aggressive behavior (review). *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 36-47. (In Russ)
6. Harris E.C., Barraclough B., Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 1997; 170 (3): 205-228.
7. Bisaliev R.V., Veshneva S.A. Suicidal'noe povedenie u addiktov i ih rodstvennikov [Suicidal behavior in addicts and their relatives]. Astrahan': FGBOU VPO AGTU, 2013. 273 s. (In Russ)
8. Pronin S.V., Chuhrova M.G., Pronina N.A. i avt. Bioinformacionnaja ocenka revard sistemy v izuchenii internet zavisimosti sredi podrostkov [Bioinformatic evaluation of the revard system in the study of Internet addiction among adolescents]. Doklad na 2-j Rossijsko - kitajskoj nauchno – prakticheskoj konferencii «Aktual'nye voprosy biopsihosocial'noj reabilitacii pacientov s affektivnymi rasstrojstvami», 7 oktjabrja 2015 goda, Tomsk. http: // present5.com/bioinformacionnye-aspekty-revard-sistemy-v-izuchenii-internet-zavisimosti/ (In Russ)
9. Appelhans B.M., Luecken L.J. Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of General Psychology*. 2006; 10: 229–240. https:.doi.org/10.1037/1089-2680.10.3.229.
10. Porges S.W. The Polyvagal Perspective. *Biol. Psychol.* 2007; 74 (2): 116–143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
11. Scott B.G., Weems C.F. Resting vagal tone and vagal response to stress: associations with anxiety, aggression, and perceived anxiety control among youths. *Psychophysiology.* 2014; 51 (8): 718–727.
12. Vogele C., Sorg S., Studtmann M., Weber H. Cardiac autonomic regulation and anger coping in adolescents . *Biol. Psychol.* 2010; 85 (3): 465–471.
13. Geisler F.C., Kubiak T., Siewert K., Weber H. Cardiac vagal tone is associated with social engagement and self-regulation. *Biol. Psychol.* 2013; 93 (2): 279-86. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.02.013

14. Kemp A.H., Quintana D.S., Gray M.A., et al. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis. *Biol. Psychiatry.* 2010; 67 (11): 1067–1074.
15. Rottenberg J. Cardiac vagal control in depression: a critical analysis. *Biol. Psychol*. 2007; 74 (2): 200–211.
16. Chang H.A., Chang C.C., Tzeng N.S., et al. Heart rate variability in unmedicated patients with bipolar disorder in the manic phase. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2014; 68 (9): 674-682. doi: 10.1111/pcn.12178
17. Henry B.L., Minassian A., Paulus M.P., et al. Heart rate variability in bipolar mania and schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 2010; 44 (3): 168–176.
18. Moon E., Lee S.H., Kim D.H., Hwang B. Comparative study of heart rate variability in patients with schizophrenia, bipolar disorder, post-traumatic post-traumatic stress disorder, or major depressive disorder. *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* 2013; 11 (3): 137–143.
19. Austin M.A., Riniolo, T.C., Porges, S.W., Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain Cogn.* 2007; 65 (1): 69–76.
20. Weinberg A., Klonsky E.D., Hajcak, G. Autonomic impairment in Borderline Personality Disorder: a laboratory investigation. *Brain Cogn.* 2009; 71 (3): 279–286.
21. Mankus A.M., Aldao A., Kerns C., et.al. Mindfulness and heart rate variability in individuals with high and low generalized anxiety symptoms. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51 (7): 386-391.
22. Ingjaldsson J.T., Laberg J.C., Thayer J.F. Reduced heart rate variability in chronic alcohol abuse: relationship with negative mood, chronic thought suppression, and compulsive drinking. *Biol. Psychiatry.* 2003; 54 (12): 1427-1436. doi:10.1016/s0006-3223(02)01926-1
23. McDonald T., Hoffman W.E., Berkowitz R., et al. Heart rate variability and plasma catecholamines in patients during opioid detoxification. *J Neurosurg. Anesthesiol.* 1999; 11 (3): 195-199. doi:10.1097/00008506-199907000-00007
24. Khasawneh F.T., Shankar G.S. Adverse Effects of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Schizophrenia. *Cardiol. Res. Pract.* 2014: 273060. doi: 10.1155/2014/273060.
25. Khandoker A.H., Luthra V., Abouallaban Y. et al. Predicting depressed patients with suicidal ideation from ECG recordings. *Med. Biol. Eng. Comput.* 2016; Aug 18. doi:10.1007/s11517-016-1557-y
26. Пронин С.В., Пронин В.С., Пронина Н.А. Анализ вариабельности сердечного ритма в прогнозе структуры потребления психоактивных веществ. Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. Вторая Всероссийская конференция с международным участием. Тезисы докладов (Томск, 4-6 марта 2008 г.) под научной ред. академика РАМН В.Я. Семке, проф. Т.П. Ветлугиной. Издательство «Иван Федоров». Томск, 2008. С. 190-192.
27. Beauchaine T.P., Thayer J.F. Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *Int. J. Psychophysiol*. 2015; 98 (2 Pt 2): 338-350. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004
28. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И. Научные основы первичной профилактики наркоманий. Актуальные вопросы пограничных и аффективных состояний. Томск-Барнаул, 1998. С. 33-35.
29. Пронина Н.А., Пронин С.В. Гемодинамические показатели в оценке эффективности лечения наркологических аддиктов. Реабилитация в наркологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Томск, 2002. С. 79-81.
30. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Europ Heart J.* 1996; 17: 354-381.
31. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: методические рекомендации. *Вестник аритмологии*. 2001; 24: 65-87.
32. Пронин С.В., Филиппова Ю.С., Чухрова М.Г. Новые возможности мониторинга состояния здоровья спортсменов, занимающихся в спортивных секциях, на основе анализа вариабельности сердечного ритма. VII Международный Научный Конгресс "Спорт, здоровье, человек" 27-29 октября 2015 г. г. Санкт-Петербург. Россия. Материалы Конгресса / Под ред. В.А. Таймазова. СПб; Изд-во «Олимп СПб». 2015. С. 219-

14. Kemp A.H., Quintana D.S., Gray M.A., et al. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and meta-analysis. *Biol. Psychiatry.* 2010; 67 (11): 1067–1074.
15. Rottenberg J. Cardiac vagal control in depression: a critical analysis. *Biol. Psychol*. 2007; 74 (2): 200–211.
16. Chang H.A., Chang C.C., Tzeng N.S., et al. Heart rate variability in unmedicated patients with bipolar disorder in the manic phase. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2014; 68 (9): 674-682. doi: 10.1111/pcn.12178
17. Henry B.L., Minassian A., Paulus M.P., et al. Heart rate variability in bipolar mania and schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 2010; 44 (3): 168–176.
18. Moon E., Lee S.H., Kim D.H., Hwang B. Comparative study of heart rate variability in patients with schizophrenia, bipolar disorder, post-traumatic post-traumatic stress disorder, or major depressive disorder. *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* 2013; 11 (3): 137–143.
19. Austin M.A., Riniolo, T.C., Porges, S.W., Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain Cogn.* 2007; 65 (1): 69–76.
20. Weinberg A., Klonsky E.D., Hajcak, G. Autonomic impairment in Borderline Personality Disorder: a laboratory investigation. *Brain Cogn.* 2009; 71 (3): 279–286.
21. Mankus A.M., Aldao A., Kerns C., et.al. Mindfulness and heart rate variability in individuals with high and low generalized anxiety symptoms. *Behav. Res. Ther.* 2013; 51 (7): 386-391.
22. Ingjaldsson J.T., Laberg J.C., Thayer J.F. Reduced heart rate variability in chronic alcohol abuse: relationship with negative mood, chronic thought suppression, and compulsive drinking. *Biol. Psychiatry.* 2003; 54 (12): 1427-1436. doi:10.1016/s0006-3223(02)01926-1
23. McDonald T., Hoffman W.E., Berkowitz R., et al. Heart rate variability and plasma catecholamines in patients during opioid detoxification. *J Neurosurg. Anesthesiol.* 1999; 11 (3): 195-199. doi:10.1097/00008506-199907000-00007
24. Khasawneh F.T., Shankar G.S. Adverse Effects of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Schizophrenia. *Cardiol. Res. Pract.* 2014: 273060. doi: 10.1155/2014/273060.
25. Khandoker A.H., Luthra V., Abouallaban Y., et al. Predicting depressed patients with suicidal ideation from ECG recordings. *Med. Biol. Eng. Comput.* 2016; Aug 18. doi:10.1007/s11517-016-1557-y
26. Pronin S.V., Pronin V.S., Pronina N.A. Analiz variabel'nosti serdechnogo ritma v prognoze struktury potreblenija psihoaktivnyh veshhestv [Analysis of heart rate variability in the prognosis of the structure of psychoactive substances consumption]. Sovremennye problemy biologicheskoj psihiatrii i narkologii. Vtoraja Vserocsijskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem. Tezisy dokladov (Tomsk, 4-6 marta 2008 g.) pod nauchnoj red. akademika RAMN V.Ja. Semke, prof. T.P. Vetluginoj. Izdatel'stvo «Ivan Fedorov». Tomsk, 2008. S. 190-192. (In Russ)
27. Beauchaine T.P., Thayer J.F. Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *Int. J. Psychophysiol*. 2015; 98 (2 Pt 2): 338-350. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004
28. Bohan N.A., Voevodin I.V., Mandel' A.I. Nauchnye osnovy pervichnoj profilaktiki narkomanij [Scientific basis of primary drug abuse prevention]. Aktual'nye voprosy pogranichnyh i affektivnyh sostojanij. Tomsk-Barnaul, 1998. S. 33-35. (In Russ)
29. Pronina N.A., Pronin S.V. Gemodinamicheskie pokazateli v ocenke jeffektivnosti lechenija narkologicheskih addiktov [Hemodynamic parameters in assessing the effectiveness of treatment of drug addicts]. Reabilitacija v narkologii: Mat. mezhregional'noj nauchno-prakticheskoj konferencii. Tomsk, 2002. S. 79-81. (In Russ)
30. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Europ Heart J.* 1996; 17: 354-381.
31. Baevskij R.M., Ivanov G.G., Chirejkin L.V. i dr. Analiz variabel'nosti serdechnogo ritma pri ispol'zovanii razlichnyh jelektrokardiograficheskih sistem: metodicheskie rekomendacii [Analysis of heart rhythm variability when using various electrocardiographics systems: guidelines]. *Vestnik aritmologii [Bulletin of Arrhythmology]*. 2001; 24: 65-87. (In Russ)
32. Pronin S.V., Filippova Ju.S., Chuhrova M.G. Novye vozmozhnosti monitoringa sostojanija zdorov'ja sportsmenov, zanimajushhihsja v sportivnyh sekcijah, na osnove analiza variabel'nosti serdechnogo ritma [New opportunities for monitoring the health of athletes involved in sports sections, based on the analysis of heart rate variability]. VII Mezhdunarodnyj Nauchnyj Kongress "Sport, zdorov'e, chelovek" 27-29 oktjabrja 2015 g. g. Sankt-Peterburg. Rossija. Materialy Kongressa / Pod red. V.A. Tajmazova. SPb; Izd-vo «Olimp

220.
33. http://en.wikipedia.org/wiki/Allostasis, http://sundorog. livejournal. com/47141.html).
34. Аллопластическая и аутопластическая адаптация. Национальная психологическая энциклопедия. http://vocabulary.ru/termin/alloplasticheskaja-i-autoplasticheskaja-adaptacija.html
35. Пронин С.В., Баданова Т.С., Карпачев Д.А., Пронин В.С. Предикторы аутоагрессивного поведения у лиц с наркотической зависимостью. *Суицидология.* 2011; 2 (1): 42-46.
36. Wilson S.T., Chesin M., Fertuck E., Keilp J., et al. Heart rate variability and suicidal behavior. *Psychiatry Res.* 2016; 30 (240): 241-247. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.033.
37. Adolph D., Teismann T., Forkmann T., et al. High frequency heart rate variability: Evidence for a transdiagnostic association with suicide ideation. *Biol. Psychol.* 2018; 22 (138): 165-171. doi: 10.1016/j.biopsycho.2018.09.006.
38. Forkmann T., Meessen J., Teismann, T., et al. Resting vagal tone is negatively associated with suicide ideation. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 194: 30–32.

SPb». 2015. S. 219-220. (In Russ)
33. http://en.wikipedia.org/wiki/Allostasis, http://sundorog. livejournal. com/47141.html).
34. Alloplasticheskaja i autoplasticheskaja adaptacija. Nacional'naja psihologicheskaja jenciklopedija [Alloplastic and autoplastic adaptation. National psychological encyclopedia]. http://vocabulary.ru/termin/alloplasticheskaja-i-autoplasticheskaja-adaptacija.html (In Russ)
35. Pronin S.V., Badanova T.S., Karpachev D.A., Pronin V.S. Predictors of self-injurious behavior in drug abusers. *Suicidology.* 2011; 2 (1): 42-46. (In Russ)
36. Wilson S.T., Chesin M., Fertuck E., Keilp J., et al. Heart rate variability and suicidal behavior. *Psychiatry Res.* 2016; 30 (240): 241-247. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.033.
37. Adolph D., Teismann T., Forkmann T., et al. High frequency heart rate variability: Evidence for a transdiagnostic association with suicide ideation. *Biol. Psychol.* 2018; 22 (138): 165-171. doi: 10.1016/j.biopsycho.2018.09.006.
38. Forkmann T., Meessen J., Teismann, T., et al. Resting vagal tone is negatively associated with suicide ideation. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 194: 30–32.

TRANSDIAGNOSTIC BIOMARKERS IN THE EVALUATION OF SUICIDAL PREDISPOSITION IN DRUG ADDICTS

S.V. Pronin[1,2], M.G. Chuhrova[1,2]

[1]Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russia; pronin53@gmail.com
[2]Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russia; mba3@ngs.ru

Abstract:

Objective: to substantiate the possibility of non-invasive instrument assessment of suicidal pre-disposition based on heart rate variability in people with drug addiction. Materials and methods. In the narcological hospital, 321 patients were examined with ICD-X-verified second stage of addiction (F11.xx2). The total number of patients who noted narcotic overdose was 36.5%. The division into control / main groups was carried out using the Beck questionnaire. The first (1) – control group consisted of patients without manifestations of auto-aggressiveness (n = 99 people, including 85 men and 14 women), at the age of 27.3 / 27.4. The second (2) group - comparisons – included 222 patients with auto-aggressive manifestations (men – 148, women – 74. Age: 27.3 / 25.8). The total score at the time of treatment on the Beck scale in the first group was 10.5, in the second it was 24.4 points (P <0.01), which indicates moderate depression among the patients of group 2. The total points for the autoaggression subscript we entered in the control group was 1.2 and in the main it was 6.9 points. The third (3) reference group was made up of healthy individuals (n=32) at the age of 24.0±1.8. Results: the vascular component of adaptation prevailed in the first group, with the LF index of 42% (1) / 34% (2) / 24% (3) (P<0.05). The second group was dominated by the neuro-endogenous component, where there was such a distribution of the VLF index: 27% / 55% / 16% (P <0.001). The high-frequency - HF, (respiratory) component was the most significant in the structure of HRV among the group of healthy individuals (homeostatic state): 31% / 11% / 60% (P<0.001). The index of total HRV power on the TF index in individuals with auto-aggressiveness exceeded this parameter in control patients 1.78 times and was 1.20 times higher than in healthy individuals. The diagnostic value of the spectral characteristics of HRV (VLF, LF, HF) in identifying the ideological component “suicidal thoughts” was SE = 42%; SP = 100%; prevalence = 75%. Conclusion. Trans diagnostic biomarker is heart rate variability, its spectral characteristics may be associated with auto-aggressive, suicidal predisposition in patients with addictive pathology.

Keywords: autoaggression, suicidal predisposition, drug addiction, alcoholism, transdiagnostic biomarker, hemodynamic theory, heart rate variability, autonomic nervous system

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Пронин С.В., Чухрова М.Г. Трансдиагностические биомаркеры в оценке суицидальной предиспозиции у наркотических аддиктов. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 109-117. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-109-117

For citation: Pronin S.V., Chuhrova M.G. Transdiagnostic biomarkers in the evaluation of suicidal predisposition in drug addicts. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 109-117. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-109-117

УДК 343.985.7: 343.614+340.65 doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-118-137

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПОБУЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ К СОВЕРШЕНИЮ САМОУБИЙСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

И.С. Гвоздева, Л.Г. Шапиро, А.Л. Южанинова

ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов, Россия

Контактная информация:

Гвоздева Ирина Сергеевна – кандидат юридических наук (SPIN-код: 2939-8788; ORCID iD: 0000-0002-5639-7030; Researcher ID: P-9256-2018). Место работы и должность: доцент кафедры криминалистики ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия». Адрес: 410056 г. Саратов, ул. Вольская, 1. Телефон: (8452) 29-90-45, электронный адрес: gvozdeva-irina@yandex.ru

Шапиро Людмила Геннадьевна – доктор юридических наук (SPIN-код: 5490-1780; ORCID iD: 0000-0003-1982-9647; Researcher ID: R -9761-2018). Место работы и должность: заведующий кафедрой криминалистики ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», почетный работник высшего профессионального образования РФ. Адрес: 410056 г. Саратов, ул. Вольская, 1. Телефон: (8452) 29-90-44, электронный адрес: lyudmila-shapiro2014@yandex.ru

Южанинова Алла Леонидовна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 6260-1824; ORCID iD: 0000-0002-4441-7911; Researcher ID: P-9299-2018). Место работы и должность: доцент кафедры правовой психологии, судебной экспертизы и педагогики ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия». Адрес: 410056 г. Саратов, ул. Вольская, 1. Телефон: (8452) 29-91-40, электронный адрес: juzhaninova-alla@yandex.ru

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к росту суицидов в детской и подростковой среде, совершённых под влиянием содержащейся в сети «Интернет» информации. Данная статья посвящена изучению проблем расследования побуждения несовершеннолетних к самоубийству посредством использования специальных психологических знаний, прежде всего, в форме судебно-психологической экспертизы. В представленном материале акцентируется внимание на комплексном, междисциплинарном характере проблемы противодействия молодежному суицидальному поведению, причиной которого является преступное поведение других лиц (ст.ст. 110, 110.1, 110.2 Уголовного кодекса Российской Федерации), на криминогенном потенциале сети «Интернет», рассматривается роль эксперта-психолога в установлении обстоятельств совершённых преступлений данной категории. Цель исследования: установление возможностей использования специальных психологических знаний при расследовании побуждения несовершеннолетних к самоубийству путём использования субъектами преступлений сети «Интернет». Материал и методы: проанализированы тексты 51 судебного приговора за период с 2011 по 2017, вынесенных по фактам доведения до самоубийства как несовершеннолетних, так и совершеннолетних лиц, опубликованные на сайте «Судебные и нормативные акты РФ», а также тексты судебных решений, вынесенных в различных регионах России по искам прокуратуры в защиту интересов неопределённого круга лиц о признании сведений, размещенных на Интернет-страницах, информацией, распространение которой на территории РФ запрещено. При проведении исследования так же использовались нормативно-правовые акты, публикации по данной проблематике, статистические данные и материалы опубликованной правоприменительной практики, применялась следующая методологическая основа: совокупность абстрактно-логического, индуктивного и дедуктивного методов, методов сравнительного и статистического анализа. Результаты: Из общего числа потерпевших несовершеннолетними (в возрасте от 11 до 18 лет) были 26,6%. От числа всех несовершеннолетних, совершивших суицид, число погибших составило 83,3%. Все выжившие остались в живых по независящим от них обстоятельствам. Таким образом, большинство подростков пытались довести суицид до конца. Из всех потерпевших несовершеннолетних лица женского пола составили 63,6%, мужского – 36,4%. Следовательно, девочки-подростки подвергаются насилию, приведшему к суициду, почти в два раза чаще по сравнению с мальчиками. Лица, доведшие несовершеннолетних до самоубийства, как правило, входили в ближайший круг общения: несовершеннолетние обвиняемые были сверстниками с потерпевшими в 28,9% случаев; в 29,1% обвиняемым был отец, в 21,1% – мать, в 14,4% – сожитель матери, в 6,5% – опекун. Лишь в 6,5% случаев несовершеннолетние подверглись психическому насилию, в остальных 93,5% – как психическому, так и физическому. В большинстве случаев насилие осуществлялось систематически в течение нескольких лет. В 41,1% от общего числа изученных приговоров в качестве доказательства использовались судебно-экспертные заключения психиатров или психологов как в отношении потерпевших, так и обвиняемых, а в 58,9% случаев решение вопросов, требующих специальных знаний, касающихся психической сферы человека, осуществлялось работниками правоохранительных органов самостоятельно. Удельный вес психологических и психиатрических экспертиз по всем изученным приговорам

был следующим: психиатрические – 21,5%, комплексные психолого-психиатрические – 9,9%, психологические – 9,7%, что позволяет констатировать наличие тенденции преимущественного использования психиатрических знаний по сравнению с психологическими и комплексными при расследовании данной категории дел. В ходе исследования было установлено отсутствие связи между фактом назначения экспертизы и возрастом суицидента, исходом суицидальной попытки, наличием оказанного в отношении него насилия. Кроме того, была выявлена недостаточность психологического аспекта экспертного подхода к обвиняемым в части установления мотива поведения, которое впоследствии вызвало у потерпевшего попытку совершить суицид. Исследование текстов приговоров на предмет установления особенностей назначения судебно-психологической экспертизы в отношении потерпевших показало, что доля судебных экспертиз, проведённых в отношении потерпевших, составляет 76% от всего числа психологических экспертиз, а в отношении обвиняемых – 24%. По данной категории дел частота проведённых судебных экспертиз в отношении суицидентов такова: психологические – 37,7%, психиатрические – 31,2%, комплексные психолого-психиатрические – 31,1%. В 87,9% случаев наряду с установлением состояния, предшествующего суициду, определялась причинно-следственная связь между действиями обвиняемых по доведению до самоубийства и принятием суицидентом решения об уходе из жизни. Экспертный вывод был также положительным. Назначение судебных экспертиз в отношении несовершеннолетних осуществлялось только в 35,7% случаях. При относительно редком назначении экспертиз по делам, где суицидент был несовершеннолетним, приоритетной областью специальных знаний, подлежащих использованию, является психиатрия (по сравнению с психологией). Таким образом, были выявлены проблемы использования специальных психологических знаний в форме судебно-психологической экспертизы при расследовании побуждения несовершеннолетних к совершению самоубийства с использованием сети «Интернет». Выводы: с учётом значительного пробела в использовании специальных психологических знаний в правоприменительной практике большое значение приобретает изучение характера и современных тенденций их использования при расследовании совершения доведения до самоубийства, а также склонения и побуждения к его совершению несовершеннолетних с использованием сети «Интернет», поскольку ряд обстоятельств, подлежащих доказыванию по делам данной категории, могут быть установлены с помощью судебно-психологической экспертизы.

Ключевые слова: самоубийство, расследование, несовершеннолетние, сеть «Интернет», побуждение к самоубийству, доведение до самоубийства, специальные знания, судебно-психологическая экспертиза, эксперт-психолог

Благополучие современного общества может оцениваться по различным показателям – социальным, экономическим, политическим и т.п. Очевидно, что такие явления, как духовный кризис, преступность, безработица и др. самым отрицательным образом сказываются на жизни сегодняшнего человека. Ярким индикатором подобного рода неблагополучия может стать рост числа суицидов, проявляющийся в период нарастания кризисных явлений в государстве и обществе. Ежегодно в мире от 800 тыс. до 1 млн человек лишают себя жизни, а значительно бо̀льшее число людей совершают попытки самоубийства [1, 2], что свидетельствует о наличии широкого спектра кризисных явлений мирового уровня. В Российской Федерации число самоубийств в последние годы стабильно снижается, но остаётся достаточно высоким [3].

Особо настораживает тот факт, что в мире самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет [1]. В детях и лицах молодого возраста заложен потенциал развития современного общества, его дальнейшие духовные, гуманистические и социальные перспективы. Именно поэтому увеличение проявлений молодёжной аутодеструкции вообще и рост числа суицидов в детской и подростковой среде в частности является не только показателем существующих социальных проблем, но ставит под вопрос само дальнейшее существование любого общества и государства.

К сожалению, на сегодняшний день приходится констатировать, что в России количество самоубийств, совершённых несовершеннолетними, продолжает оставаться очень высоким. Так, в 2017 году в Пояснительной записке к проекту федерального закона N 118634-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» отмечается, что «за последние три года совершили суицид 2205 детей. Приведённая печальная статистика дополняется значительным количеством суицидальных попыток среди несовершеннолетних, которые находятся вне официальной статистики. Как ранее отмечалось Роспотребнадзором и

экспертами, попытки самоубийств многократно превышают число самоубийств, а у половины подростков, совершающих такие попытки, они являются не первыми [4].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет самоубийство как «преднамеренный акт убийства самого себя» [1] (от латинского sui (себя) и caedere (убивать)). Самоубийства – это сложный вопрос, и, поэтому усилия по предотвращению самоубийств требуют координации и совместной работы целого ряда секторов общества, включая сектор здравоохранения и такие другие сектора, как образование, трудовые ресурсы, сельское хозяйство, бизнес, правосудие, право, оборона, политика и СМИ. Такие усилия должны быть всеобъемлющими и комплексными, поскольку какой-то один подход не может оказать воздействие на столь сложный вопрос, как самоубийства [1].

Юридические науки (уголовное право и процесс, криминология, криминалистика) располагают целым арсеналом средств, которые в совокупности с другими областями научного знания могут быть употреблены для решения различных аспектов проблемы молодежного суицидального поведения. При этом мы разделяем точку зрения авторов, которые полагают, что «нет никаких весомых оснований … игнорировать криминалистические аспекты суицидального поведения, являющегося предметом суицидологии» [5], в частности, в тех случаях, когда причиной суицида несовершеннолетнего послужило преступное поведение другого лица (как совершеннолетнего, так и лица в возрасте от 16 до 18 лет). К числу таких преступлений относятся доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства (ст. 110.1 УК РФ), организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства (ст. 110.2 УК РФ).

Прошло всего около двух лет с момента публикации статьи Галины Мурсалиевой, появившейся в издании «Новая газета», в которой автор рассказала о «группах смерти» и деятельности их участников по доведению до самоубийства несовершеннолетних [6]. На момент выхода данной публикации в Уголовном кодексе Российской Федерации (далее – РФ) не были описаны составы преступлений, связанных со склонением к совершению самоубийства и побуждением к его совершению как непосредственно, так и с использованием сети «Интернет». В ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства» речь об использовании Интернета для совершения противоправного деяния также не шла. Однако растущее число суицидов несовершеннолетних и широкий общественный резонанс, вызванный данной публикацией, привели к тому, что в весьма короткий срок были внесены изменения в УК РФ с целью обеспечения безопасности жизни и здоровья несовершеннолетних, создания мер, способствующих предотвращению самоубийств среди детей и борьбы с различными формами содействия суицидам, а также вовлечения несовершеннолетних в совершение противоправных действий, заведомо для виновного представляющих опасность для их жизни [4].

За весьма непродолжительный с точки зрения развития правоприменительной практики отрезок времени был подготовлен значительный объём научных исследований, направленных на изучение специфики данного вида молодёжного суицидального поведения, а также предложены различные рекомендации по противодействию этому негативному явлению. Представители таких наук, как психология, психиатрия, антропология, социология, лингвистика, суицидология, криминалистика, криминология, уголовное право и процесс и др. предложили для этого целый арсенал научно-практических средств. Примечательно, что очень высокой публикационной активностью на появление проблемы «групп смерти» ответили студенты, магистранты и аспиранты различных российских ВУЗов: анализ результатов по поисковым запросам, сделанным нами в научной электронной библиотеке eLibrary.ru на тему молодежного суицидального поведения, «групп смерти», доведения до самоубийства с использованием сети «Интернет» показал значительное число публикаций молодых учёных в общей массе работ [7, 8, 9 и др.]. Появление большого числа научных исследований на данную тему, проведённых лицами молодого возраста, является, на наш взгляд, индикатором, свидетельствующим о повышенном интересе к проблеме суицида и возможности доведения до него с использованием Интернета, существующем в молодежной среде.

С другой стороны, российское общество за указанный период продемонстрировало всю палитру отношений к проблеме доведения (склонения и побуждения) несовершеннолет-

них до совершения суицида: от массовых панических настроений [10] до полного отрицания возможности существования такой опасности, и на сегодняшний день можно констатировать снижение интереса к данной теме. Так, в комментариях к сообщениям на тему «групп смерти» и доведения подростков до суицида с использование сети «Интернет» в 2016-2017 годах можно было встретить следующие высказывания: «Sahsok 18 мая 2016 13:54 +1#Честно, не осилил весь текст»; «ddf1212 18 мая 2016 18:15-1#Неужели вы смогли дочитать это хотя-бы до середины?»; «Redzz 18 мая 2016 18:35# плюнул <…> (удалено нами по этическим соображениям – авт.) после 5-ти абзацев» [11]; «rybachicken 26 янв, 2017 12:42 (UTC) ох да пусть делают че хотят, главное чтобы живность не трогали»; «18_berez 26 янв, 2017 13:26 (UTC) Бгг) Очнулась <…> (удалено нами по этическим соображениям – авт.) и решила запостить баян полу-годовой давности. По которому уже давным-давно все отгремело, даже виновников прикрыли.» [12] (сохранена орфография и пунктуация авторов комментариев). Многие сообщения, опубликованные на эту тему в СМИ в 2018 году, остаются без комментариев [13, 14 и др.].

Нельзя не отметить и тот факт, что из 15 изученных нами страниц в сети «Интернет», полученных по запросу «группы смерти в 2018» все страницы, либо в размещённой на них информации содержали негативную оценку факта опасности «групп смерти», либо комментарии, в которых такая позиция поддерживалась их авторами или же высказывались критические замечания по поводу официальных оценок представителей государственных органов ситуации с подростковыми суицидами, вызванными «группами смерти». Примерами таких высказываний могут стать: «Костик • год назад. Просто большинство депутатов которые истерят по поводу групп смерти это совки которые против всего западного, в том числе и интернета…» [15]; «Reyn Dvvar, 24.04.17, 20:24 > Надо остановить распространение наркотиков и суицидов в интернете. Надо кому-то включить мозги и наконец понять, что суициды и наркотики в интернете не распространяются.», «kumpy, 24.04.17, 17:24 Все лишь бы запретить да забанить...» [16]; «да ни разу. не поверю, что можно склонить к самоубийству! Это кампания властей – либо чей то каприз либо попытки воспользоваться выдумками чтобы закрыть интернет либо подготовка к судилищам по этой статье совсем других людей и по другим причинам» [17]; «Не просто же так придумали эту страшилку. Раз придумали, значит, под благовидным предлогом «спасения детей» обязательно используют для серьезных запретительных мер в интернете. Посеянная паника, к слову, полностью себя оправдала, даже сверх меры: по существующим ныне тенденциям существенная часть великовозрастных радетелей за жизнь своих детей скоро будет не просто поддерживать ограничения в интернете, но и даже боготворить того, кто его запретит. Ведь наши дети «в опасности»!» [18] (сохранена орфография и пунктуация авторов комментариев).

Подобное отношение к рассматриваемой проблеме в одном из исследований было объяснено тем, что «насмешка над смертью и моральной паникой оказывается главным ресурсом поздней волны массовой реакции на игру «синий кит». Именно поэтому на вопрос <…> что школьники думают о «группах смерти» – подростки ответили, что это несерьёзно, что всё это придумано специально, чтобы дискредитировать Интернет, и, чтобы родители имели возможность запретить пользоваться Интернетом или ругать за это» [10]. Как отмечается в научной литературе, игра (имеются ввиду игры в «группах смерти» в социальных сетях – авт.) превратилась в симулякр, в «игру в игру» или отсутствующую игру, в которой одни люди делают вид, что они кураторы, а другие выдают себя за играющих [10].

Таким образом, изложенное позволяет констатировать, что произошла дискредитация информации о том, что доведение до самоубийства, а также склонение и побуждение к нему в отношении несовершеннолетних могут совершаться с использованием сети «Интернет» (социальных сетей). С одной стороны, подобное явление можно рассматривать как конструктивный механизм, снизивший уровень интереса к данной теме, а, значит, и число желающих совершить подобные противоправные деяния. С другой стороны, не могут не вызывать опасений следующие обстоятельства.

Во-первых, многие несовершеннолетние действительно восприняли информацию о «группах смерти» в социальных сетях как игру. «После ареста Лиса и блокирования оригинальных групп начинает появляться множество подобных ей, но организованных подростками

для подростков (во всех случаях, когда возраст «куратора» можно было установить, он оказывался школьником)» [10]. Однако, как отмечал Л.С. Выготский, игра – это своего рода негатив того, что происходит в обычной жизни, а смысл игры в том, что в ней ребёнок учится осознавать свои собственные действия, осознавать, что каждая вещь имеет значение [19]. С помощью игры, таким образом, по мнению автора, происходит практическое овладение действительностью [19]. Из этого следует, что с точки зрения прогнозирования дальнейшего поведения несовершеннолетних, воспринявших «группы смерти» в социальных сетях как игру, можно предположить, что в дальнейшем кто-то из них может захотеть воспроизвести подобные действия для получения реального опыта.

Кроме того, благодаря широкому распространению в средствах массовой коммуникации информации о том, какими средствами совершаются такие преступления, как доведение до самоубийства, склонение к совершению самоубийства, а также побуждение к его совершению, подростки получили своего рода наставления, инструкции, которые могут ими быть впоследствии использованы. В педагогической психологии существует термин «зона ближайшего развития», введённый Л.С. Выготским [20], – это то, что несовершеннолетний на данном актуальном этапе развития выполняет в сотрудничестве, а на последующих этапах будет делать самостоятельно. Как отмечает А.А. Леонтьев, «совершенно недостаточно учитывать, что ребёнок может и умеет сейчас, важно, что он сможет и сумеет завтра, какие процессы, пусть сегодня не завершившиеся, уже зреют». В этом контексте механизм подражания означает, «что сегодня ребёнок умеет делать в сотрудничестве и под руководством, завтра он становится способен выполнять самостоятельно» [21]. Таким образом, можно прогнозировать, что число лиц, желающих по различным причинам совершить подобные деяния, могут в будущем пополниться за счёт тех несовершеннолетних, которые первоначально восприняли данную ситуацию как игровую.

Во-вторых, за последние годы снизился уровень возможного родительского контроля над тем, к какой информации получает доступ несовершеннолетний. Это обусловлено двумя факторами: 1) многие несовершеннолетние являются обладателями смартфонов (от англ. smartphone – «умный телефон») – телефонов, сочетающих в себе также функции компьютера, позволяющих незаметно для окружающих осуществлять активность во всемирной паутине; 2) широкое распространение получили мобильные версии информационных контентов, не требующие для ознакомления с ними, как раньше, доступа к персональному компьютеру, а сама информационно - телекоммуникационная сеть «Интернет» давно уже стала культурным явлением, позволяющим преодолевать культурные и географические границы [22]. Оба названных фактора облегчают несовершеннолетним задачу получения информации, нежелательной для них с точки зрения родителей и других законных представителей, и, кроме того, в разы увеличивают вероятность коммуникации несовершеннолетних с неограниченным и не доступным для оценки его безопасности кругом лиц. Так, согласно исследованию аудитории Google, пользователи 13-17 лет наиболее активны в социальных сетях; четверть респондентов в возрасте от 13 до 24 лет проверяют информацию в социальных сетях каждые 30 минут, а у 69% респондентов 13-17 лет возникает желание сразу отреагировать на сообщение или новость [23].

В-третьих, в специальной литературе в отношении несовершеннолетних рекомендуется всегда помнить и учитывать: недостаток жизненного опыта, незавершённость формирования принципов, правил, понятий, критериев самооценки и оценки окружающих и, как следствие, неумение (неспособность) рассмотреть истинный смысл происходящих событий; доверчивость, повышенная эмоциональность, возбудимость и внушаемость, податливость уговорам и угрозам, импульсивность, стремление подражать старшим, переоценка своих возможностей» [24], то есть, фактически, констатируется их слабый психический потенциал. Кроме того, нельзя не отметить значительное число случаев проявления аутодеструкции [25, 26 и др.], при которой основная цель самоповреждений заключается в невозможности реализовать негативные эмоции подростка другим способом [27]. Помимо этого в российской [28] и зарубежной [22, 29] научной литературе уже давно констатируется влияние сети «Интернет» на повышение доступности информации о способах совершения самоубийств. Ещё одним моментом, важным для рассмотрения проблемы подросткового суици-

да, является «эффект Вертера». Данный термин был введён в качестве научного в 1974 г. американским социологом Девидом Филлипсом и стал использоваться в специальной литературе для обозначения подражательных самоубийств [30]. Перечисленные факторы делают несовершеннолетних наиболее уязвимыми перед потенциальной угрозой совершения в отношении них правонарушений, связанных с доведением до самоубийства, склонением и побуждением к совершению самоубийства.

В-четвертых, серьезные социальные, культурные, политические и экономические изменения, а также научно-технический прогресс самым существенным образом влияют на преступную деятельность, формируя все новые и изощренные способы совершения преступлений. При этом не вызывает сомнений утверждение о том, что одна из наиболее опасных тенденций – проникновение криминальных угроз в информационно - телекоммуникационную среду, в том числе и в сеть Интернет [31]. Кроме того, в числе особенностей данной сети необходимо назвать быстрое распространение информации и возможность её копирования, анонимность, порождающая ощущение свободы, стремительное развитие агрессивных реакций пользователей и т.п. Если учесть, что доведение до самоубийства, а также склонение и побуждение к его совершению могут происходить не только в виде игры, но и путём организованной травли, распространения порочащей информации, посредством внушающего воздействия, создающего депрессивное состояние, и другими способами, то становится очевидным, что данное средство массовой коммуникации ещё не исчерпало свой криминогенный потенциал.

Перечисленные обстоятельства свидетельствуют о том, что опасность совершения доведения до самоубийства, а также склонения и побуждения к его совершению несовершеннолетних с использованием сети «Интернет» продолжает оставаться высокой.

Данный вывод подтверждается также значительным числом судебных решений, вынесенных в различных регионах Российской Федерации по искам прокуратуры в защиту интересов неопределённого круга лиц о признании сведений, размещенных на Интернет - страницах, информацией, распространение которой на территории Российской Федерации запрещено [32, 33, 34], в связи с тем, что на указанных в данных решениях интернет-страницах размещалась информация о способах совершения самоубийства. Согласно п. 1 ч. 2 ст. 5 Федерального закона от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» к информации, запрещённой для распространения среди детей, относится информация, побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству.

Учитывая вышесказанное, приходится признать, что в случае изменения способов совершения доведения до самоубийства, а также склонения и побуждения к его совершению несовершеннолетних с использованием сети «Интернет» правоприменители могут оказаться не готовыми оказывать противодействие данным преступным деяниям, как это было при появлении «групп смерти». Так, в Пояснительной записке к проекту ФЗ N 118634-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» прямо отмечено: «новые виды склонения к совершению самоубийства или содействия совершению самоубийства не прогнозировались ранее наукой, не были своевременно оценены криминологами и по факту приняли широкий масштаб, оказавшись вне уголовно-правовой оценки, а, значит, и вне мероприятий правоохранительных органов по выявлению организаторов такой деструктивной деятельности, своевременному пресечению их действий, а также защите потерпевших» [4].

Очевидно, что учёным и правоприменителям важно выработать общие принципы противодействия совершению доведения до самоубийства, а также склонения и побуждения к его совершению несовершеннолетних с использованием сети «Интернет», которые позволили бы своевременно выявлять, раскрывать и расследовать подобные преступления, а также проводить профилактические мероприятия даже в тех случаях, когда происходит изменение типичных способов их совершения.

В связи с этим особую актуальность приобретает вопрос применения эффективных средств достижения целей уголовного судо-

производства. С точки зрения науки криминалистики, поскольку в данном случае речь идёт о сложной комплексной, междисциплинарной проблеме (даже само понятие суицида рассматривается разными науками), то очевидной становится необходимость привлечений для этих целей специальных знаний в уголовном судопроизводстве как для расследования уже совершённых актов доведения до совершения самоубийства несовершеннолетними, склонения и побуждения подростков к суициду, так и для их предотвращения.

В уголовно-процессуальной и криминалистической науке, а также в теории судебной экспертизы под термином «специальные знания» понимается система знаний в различных областях теоретической и практической деятельности, полученных, как правило, в рамках высшего профессионального образования по определённому направлению подготовки или специальности, которые не относятся к общеизвестным, общедоступным, не являются правовыми и используются сторонами уголовного судопроизводства или судом в целях раскрытия, расследования и предупреждения преступлений [35].

В уголовном судопроизводстве лицами, обладающими специальными знаниями, являются судебные эксперты и специалисты. Эксперт – это «лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения» (ч. 1 ст. 57 УПК РФ). «Специалист – лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях» (ч. 1 ст. 58 УПК РФ). Границами специальных знаний в какой-либо научной области определена профессиональная компетенция судебного эксперта и специалиста, привлечение которого проводится для содействия осуществлению уголовного судопроизводства, в том числе «для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию» (ч. 1 ст. 58 УПК РФ).

Специальные знания при расследовании преступлений могут быть использованы в процессуальных и непроцессуальных формах. К процессуальным относятся предусмотренные в уголовно-процессуальном законодательстве судебные экспертизы, заключения специалистов, показания экспертов и специалистов и др., а к непроцессуальным – не предусмотренные, но и не запрещённые уголовно - процессуальным законом, активно использующиеся в практической деятельности для оперативного решения вопросов с использованием специальных знаний (консультационно-справочная деятельность специалистов и экспертов, результаты которой не зафиксированы документально).

Специальные знания являются инструментом, позволяющим устанавливать широкий круг самых разнообразных обстоятельств, имеющих большое значение для расследования уголовных дел. При этом именно использование специальных знаний в качестве средства получения информации о расследуемом событии даёт возможность правоприменителям решать поставленные задачи в условиях стремительно изменяющейся криминогенной обстановки.

При определении областей специальных знаний, которые необходимо использовать при расследовании доведения до самоубийства, склонения и побуждения к его совершению несовершеннолетних, следует учитывать, что специфической чертой такого расследования является необходимость решения целого ряда вопросов о сохранности психики как правонарушителя, так и потерпевшего с учётом их психического статуса и состояния.

Привлечение специалистов-психиатров к расследованию доведения до самоубийства давно стало в уголовной правоприменительной практике традиционным. Как отмечается в научной литературе, психопатологический подход долгие десятилетия доминировал и в советской психиатрии, где все суициденты подлежали обязательному направлению в психиатрические стационары для диагностики их психического состояния и лечения. В современных американских руководствах по психиатрии состояние психического здоровья также считается высоко значимым фактором при совершении суицидов [36]. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (версия 2018 года) называет самоубийство в числе внешних причин заболеваемости и смертности [37], а ВОЗ рассматривает самоубийства как проблему общественного здравоохранения [1]. При этом на сайте организации отмечается, что причинами самоубийства являются психические нарушения (такие как депрессия, проблемы личности, алкогольная зависимость или шизофрения), а также физиче-

ские заболевания, такие как неврологические болезни, рак и ВИЧ-инфекция» [1].

Вместе с тем, причины и обстоятельства совершения самоубийства, а также доведения до самоубийства и склонения и побуждения к его совершению у несовершеннолетних могут лежать не только в плоскости психических заболеваний. Поскольку в предмет психологии входит изучение процессов, свойств и состояний психики человека [38], то данной наукой накоплен достаточный багаж знаний, использование которых позволило бы решить целый ряд вопросов, возникающих при расследовании рассматриваемой категории дел. Однако с сожалением приходится констатировать, что в использовании специальных психологических знаний в этой области в правоприменительной практике на сегодняшний день существует значительный пробел. В связи с этим большое значение приобретает изучение характера и современных тенденций использования специальных психологических знаний при расследовании доведения до самоубийства, а также склонения и побуждения к нему несовершеннолетних.

Применение специальных психологических знаний в уголовном процессе в основном осуществляется в следующих формах: судебно-психологическая экспертиза (далее – СПЭ) [39, 40], участие специалиста-психолога в следственных действиях, (преимущественно, в допросах), получение заключения специалиста-психолога. Из всех обозначенных форм специальных психологических знаний при расследовании данной категории уголовных дел наибольшее распространение получила судебно-психологическая экспертиза.

Специальные знания, используемые в судебной экспертизе, ограничены предметом базовой для экспертного исследования науки. Для психологической экспертизы – это предмет науки психологии. Специальные знания судебного эксперта-психолога – это психологические теоретические и методологические знания о закономерностях и особенностях протекания и структуры психической деятельности человека, имеющих юридическое значение, полученные в результате специальной профессиональной психологической подготовки и внедренные в практику судебной экспертизы [41].

Сложность и междисциплинарный характер природы судебной экспертизы позволяет учёным определять судебно-психологическую экспертизу в разных аспектах: 1) как род судебной экспертизы, являющийся самостоятельным звеном в её общей теории; 2) как научное исследование, проводимое на основе специальных научных знаний в области психологии; 3) как особое процессуальное действие; 4) как институт доказательственного права [42].

Для рассмотрения возможностей и проблем использования специальных психологических знаний при расследовании доведения несовершеннолетних до самоубийства, а также их склонения и побуждения к суициду с использованием сети «Интернет» обратимся к материалам правоприменительной практики.

Как показали результаты запроса, сделанного нами на Интернет-ресурсе «Судебные и нормативные акты РФ» (СудАкт) для поиска приговоров, вынесенных по ст.ст. 110, 110.1, 110.2 УК РФ, в названной базе имеются только судебные акты, начиная с 2011 года, вынесенные в отношении правонарушителей, чьи деяния квалифицированы по ст. 110 УК РФ. Судебные решения по деяниям, квалифицированным по ст.ст. 110.1, 110.2 УК РФ отсутствуют, хотя в средствах массовой информации (СМИ) появлялись сообщения, обусловливающие возможность ожидать вынесения подобных приговоров [43, 44, 45]. Как пояснил в ходе интервьюирования представитель судейского сообщества, подобная задержка появления судебных актов, скорее всего, является технической, поскольку для размещения соответствующего судебного решения в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет» из него необходимо удалить персональные данные участников уголовного судопроизводства, а такая обработка документов требует определенного времени.

Как справедливо констатирует В.С. Соловьев, «учёными отмечается, что в целом возможности исследования статистических показателей в данной сфере крайне ограниченны в связи со сложностью получения достоверных сведений и их запаздыванием по сравнению с интенсивностью развития технологий. В то же время не приходится ждать устойчивой фазы, в которой изучаемые показатели были бы стабильными, а значит, рассматривать соответствующие явления необходимо в динамике» [31]. В контексте рассматриваемой проблемы считаем возможным опираться не только на практику судопроизводства по подростковым

суицидам, но и вообще на все имеющиеся судебные акты (приговоры) по всем случаям возбуждения дел по ст. 110 УК РФ, а в дальнейшем экстраполировать этот опыт на акты расследования анализируемых нами составов преступлений.

Таким образом, для определения тенденций в использовании специальных психологических знаний в виде судебной экспертизы при расследовании доведений до самоубийства нами исследовались тексты судебных приговоров (всего 51) за период с 2011 по 2017, вынесенных по фактам доведения до самоубийства как несовершеннолетних, так и совершеннолетних лиц, опубликованные на сайте «Судебные и нормативные акты РФ» [46]. Изучение проблем использования специальных психологических знаний производилось путём сравнительного анализа использования специальных психиатрических знаний.

Тексты приговоров не позволяют судить о привлечении лиц, обладающих специальными психологическими знаниями, к участию в непроцессуальных действиях. Среди процессуальных выявлены проведение судебно - психологической (далее – СПЭ) и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (далее – КСППЭ), а также допрос судебного эксперта-психолога в суде.

По одной из распространённых классификаций судебных экспертиз судебная психологическая экспертиза как род входит в класс медицинских экспертиз наряду с такими родами, как медицинская, психиатрическая и комплексная психолого-психиатрическая экспертизы [24].

По имеющимся в судебных приговорах данным, во всех случаях (100%) назначались судебные медицинские экспертизы (либо экспертиза трупа для установления причины смерти, либо экспертиза живого лица, предпринявшего суицидальную попытку, для установления характера и размера вреда, причинённого здоровью).

В 41,1% от общего числа изученных приговоров в качестве доказательства использовались судебно-экспертные заключения психиатров или психологов как в отношении потерпевших, так и обвиняемых. Это означает, что в остальных 58,9% случаев решение вопросов, требующих специальных знаний, касающихся психической сферы человека, осуществлялось работниками правоохранительных органов самостоятельно, исходя из их общежитейских представлений. Поскольку распределение частот назначения и неназначения таких экспертиз (41,1 и 58,9) по χ^2-критерию [47] статистически близко к равномерному, то, значит, практически в половине случаев при расследовании такого рода уголовных дел специальные психологические (и психиатрические) знания не использовались.

Удельный вес психологических и психиатрических экспертиз по всем изученным приговорам был следующим: психиатрические – 21,5%, КСППЭ – 9,9%, психологические – 9,7%. Такое распределение отличается от равномерного при α=0,1 (χ^2=5,89 при df=2). Следовательно, прослеживается тенденция преимущественного использования психиатрических знаний по сравнению с психологическими и комплексными при расследовании данной категории дел, и психиатрическая основа юридически значимого поведения как потерпевших, так и обвиняемых при совершении суицида рассматривается как наиболее актуальная независимая переменная по сравнению с такими переменными, как психологическая и комплексная основы.

Для определения независимых переменных, влияющих на факт назначения психологических и психиатрических экспертиз, нами проводился корреляционный анализ через вычисление φ-коэффициента Пирсона (дихотомический измерительный уровень) [48] между фактом назначения экспертиз, с одной стороны, и, с другой стороны, – данными о смертельном исходе (погиб/выжил) предпринятой суицидальной попытки, об оказанном насилии (физическим, психическим) над суицидентом (оказывалось / не оказывалось), о возрасте потерпевшего (совершеннолетний / несовершеннолетний). В первом случае φ=0,16, во втором φ=0,11, в третьем φ=0,01. Все корреляционные показатели оказались близкими к нулевой отметке, что свидетельствует об отсутствии связи между фактом назначения экспертизы и возрастом суицидента, исходом суицидальной попытки, наличием оказанного в отношении него насилия. Таким образом, данные факторы, касающиеся субъекта суицида, не являются поводом для назначения судебных психологических или психиатрических экспертиз.

Судебные экспертизы (психологические, психиатрические и комплексные) могут быть назначены как в отношении подозреваемого

(обвиняемого), так и в отношении потерпевшего (суицидента).

В литературе имеются рекомендации по использованию лишь судебной экспертизы потерпевшего при расследовании данной категории. Однако из материалов правоприменительной практики известно, что при расследовании побуждения к совершению самоубийства назначалась и судебная экспертиза обвиняемого [49]. Так, в конце 2016 г. в Ленинградской области правоохранительными органами был задержан организатор одной из виртуальных «групп смерти» Филипп Будейкин, которому было предъявлено обвинение по ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства». Как известно из СМИ, при расследовании дела, возбуждённого в отношении Будейкина, была проведена экспертиза на установление его способности понимать значение своих действий и руководить ими. Этот прецедент показывает, что при расследовании дел о самоубийстве возможно проведение экспертиз не только потерпевшего, но и лица, обвиняемого в доведении до самоубийства.

Для решения вопроса о способности обвиняемого понимать значение своих действий и руководить ими обычно назначают судебную психиатрическую экспертизу, но может быть назначена и КСППЭ. Данные экспертные заключения учитываются судом для решения вопроса о вменяемости подсудимого.

Экспертное задание для психиатров в таких случаях может содержать следующие вопросы: 1. Страдал ли подэкспертный психическим расстройством в ситуации взаимодействия с потерпевшим? 2. При наличии психического расстройства мог ли обвиняемый в полной мере понимать значение собственных действий и их общественную опасность? 3. Мог ли он в полной мере руководить своими действиями в момент деликта?

Из всех назначенных по делам данной категории судебных экспертиз только пять было проведено в отношении обвиняемых, и все они были судебно-психиатрическими. Их использование было направлено на определение наличия у обвиняемых психических расстройств, и в этой связи – способности подэкспертных осознавать значение и общественную опасность собственных действий, а также способности руководить собственными действиями в юридически значимых ситуациях. Судебно-экспертный вывод использовался судом для установления вменяемости обвиняемого и был положительным во всех анализируемых нами случаях. Экспертный подход характерен для 10% случаев. В 4% случаев решение о вменяемости принималось следствием, судом на основании данных об отсутствии постановки обвиняемых на учет в психиатрических учреждениях. В остальных 86% случаев решение о вменяемости решалось, исходя из внутреннего убеждения следователя или судьи.

В экспертном подходе к обвиняемым недостаточен психологический аспект в части установления мотива поведения, которое впоследствии вызвало у потерпевшего попытку совершить суицид. Из 51-го приговора только в одном случае судья вынес решение об оправдании по ст. 110 УК РФ, так как отсутствовали мотив и цель, связанные с доведением до самоубийства. Так, из приговора известно, что подсудимый и погибшая были школьного возраста, встречались, но потом девушка прекратила отношения и начала встречаться с другим. Подсудимый распространил личное видео интимного содержания со своим участием и участием погибшей по скайпу, так как «хотел вернуть свою девушку». После гибели потерпевшей подсудимый также хотел покончить с собой, так как очень переживал о том, что после совершённых им действий девушка покончила с собой. Примечательно, что у погибшей ранее была связь с молодым человеком, также покончившим с собой более чем за год до описываемых событий [50].

Полагаем, что вместо судебной психиатрической экспертизы обвиняемого целесообразно проведение КСППЭ, что позволит, с одной стороны, решить входящий в компетенцию эксперта-психиатра вопрос о вменяемости обвиняемого, а с другой – определить индивидуально-психологические особенности его личности, специфику ситуации взаимодействия обвиняемого с потерпевшим, главные психологические мотивы деяния, инкриминируемого обвиняемому, что входит в компетенцию эксперта-психолога. Другим вариантом установления перечисленных обстоятельств может стать проведение двусторонней судебной психологической экспертизы, которая в случае необходимости может быть назначена и проведена после психиатрической экспертизы (экспертиз).

Термин «двусторонняя экспертиза» был введён М.М. Коченовым и обозначал одновре-

менное проведение СПЭ как в отношении потерпевших, так и в отношении обвиняемых по делам об изнасиловании. Цель такого подхода состоит в раскрытии механизмов межличностного взаимодействия между фигурантами дела в юридически значимой ситуации [51]. По анализируемой нами категории дел также возможно проведение психолого-экспертного исследования обвиняемого и потерпевшего, а также характера их межличностного взаимодействия в рамках одной судебной экспертизы, имеющий двусторонний характер.

Как показало изучение текстов приговоров по 51 уголовному делу, в 3 случаях в доведении до самоубийства участвовала группа, однако в качестве обвиняемого был привлечен по каким-то причинам один участник. Полагаем, что более продуктивным в этих случаях было бы проведение судебной социально-психологической экспертизы преступной группы, предметом которой является установление степени сплочённости группы, индивидуально-психологические особенностей и роли каждого участника в совершении преступления (в том числе – лидерство), а также – цели создания группы (целевое единство) и мотивацию участия каждого (смысл поведения). Решение данных вопросов позволило бы более точно индивидуализировать уголовную ответственность каждого участвующего в доведении потерпевшего до суицида.

В литературе по судебно-психологической экспертологии содержатся рекомендации, согласно которым при расследовании дел, связанных с самоубийством, возможно назначение посмертной судебной экспертизы в отношении потерпевшего [52, 53, 54]. Рассмотрим особенности назначения СПЭ в отношении потерпевших.

Исследование текстов приговоров на предмет установления особенностей назначения СПЭ в отношении потерпевших показало следующее. Доля судебных экспертиз, проведённых в отношении потерпевших, составляет 76% от всего числа СПЭ, а в отношении обвиняемых – 24% (χ^2-критерий =27,04, что статистически значимо при df=1 и α=0,001). Эти данные свидетельствуют о преимущественном стремлении правоохранительных органов к использованию специальных знаний для более тщательного исследования всех обстоятельств расследуемого события в отношении потерпевших по сравнению с обвиняемыми.

Частота проведённых судебных экспертиз в отношении суицидентов такова: психологические – 37,7%, психиатрические – 31,2%, комплексные психолого-психиатрические – 31,1%. Значение χ^2-критерия по данным частотам соответствует 0,98, что означает отсутствие отличия эмпирического распределения частот от равномерного. Из этого следует, что по данной категории дел в отношении лиц, покончивших жизнь самоубийством, использование специальных психологических знаний в виде судебно-психологических экспертиз происходит так же часто, как и применение в форме судебных экспертиз специальных психиатрических знаний.

При проведении экспертизы суицидента независимо от её рода (психологическая, психиатрическая, психолого-психиатрическая) в 100% случаев ею устанавливаются особенности предшествующего суициду психоэмоционального состояния лица и определяется, могло ли это состояние предрасполагать к совершению суицида. Во всех проанализированных случаях экспертный вывод был положительный.

Причиной самоубийства могут явиться разные факторы. При наличии данных в материалах дела о признаках психического нездоровья лица, покончившего жизнь самоубийством, в отношении него должны быть назначены посмертные судебная психиатрическая экспертиза или комплексная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ). Посмертная же судебно-психологическая экспертиза (СПЭ) назначается в отношении лиц, чьё психическое здоровье не вызывает сомнений или данный факт подтвержден экспертным заключением судебных психиатров.

Если вывод следователя о самоубийстве носит предположительный характер, то экспертное задание для психологов и/или психиатров, определяющее предметное поле экспертизы, может состоять из следующих вопросов: 1. Каковы были основные индивидуально-психологические (личностные, эмоционально-волевые, мотивационные, интеллектуальные) особенности личности подэкспертного, которые могли существенно повлиять на его поведение в исследуемой ситуации? 2. В каком психическом состоянии находился подэкспертный в период, предшествующий смерти?

В случае, если факт самоубийства не вызывает сомнения, то в экспертное задание для

КСППЭ могут входить следующие вопросы: 1. Страдало ли лицо, покончившее самоубийством, психическим расстройством? 2. Если это было так, то могло ли психическое расстройство повлиять на решение суицидента покончить с собой? 3. Если суицидент не страдал психическим расстройством, то было ли его состояние в период, предшествовавший смерти, предрасполагающим к самоубийству? 4. Если его состояние было таковым, то в чём оно проявлялось, и чем вызывалось? Первые два вопроса предназначены для экспертов-психиатров, другие два – для экспертов-психологов.

Приведём выдержки из психиатрических и психологических экспертных заключений, указанных в приговорах, которые характерны для многих заключений. В качестве примера судебно-психиатрического экспертного описания психического состояния, предшествующего суициду, может быть использовано следующее: «А.К. при жизни каким-либо психическим расстройством не страдал. Непосредственно после совершённых в отношении него противоправных действий у А.К. развились признаки «Острой реакции на тяжелый стресс» (F43.0 по МКБ-10), о чём свидетельствует нарастающее в течение нескольких часов психоэмоциональное напряжение, снижение фона настроения, тревога, острое чувство страха, параноидоподобная симптоматика и импульсивное самоубийство как деструктивный выход из психотравмирующей ситуации» [55]. В качестве текста, иллюстрирующего судебно - психологическое экспертное описание психического состояния, предшествующего суициду, может быть приведено следующее: «С.В. в период времени, предшествующего самоубийству, находился в состоянии фрустрации базовых потребностей, что соответствует предиспозиционной стадии совершения суицида, в связи с чем, суицид являлся для него решением проблемы, выходом из затруднений, психологического кризиса, выходом из сложившейся трудной жизненной ситуации. Фрустрированные психологические потребности являются общим стрессом при суициде. При этом главными суицидальными эмоциями ... С.В. очевидным образом являлись на протяжении длительного времени присущие ему чувства безнадёжности и беспомощности, аффективное сужение когнитивной сферы (так называемая «туннельность») сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей, резкое ограничение вариантов выбора поведении, которое привело к развитию отчаяния. Осуществленный им суицид может быть отнесён к типу «отказ», когда мотивом является отказ от существования и необходимости решать какие-либо проблемы, а целью – лишения себя жизни» [56] (сохранена орфография и пунктуация, имевшие место в анализировавшихся приговорах).

Как видим, вывод о состоянии, предшествующем суициду, был сделан экспертами в категоричной форме и может служить прямым доказательством по делу.

Поскольку поводом для назначения СПЭ может служить предположение о доведении лица до самоубийства, то в таком случае экспертное задание для психолога дополняется вопросом: «Существует ли причинно - следственная связь между действиями обвиняемого (указать: изнасилование или иные действия, которые квалифицируются следствием как угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства) и возникновением и развитием психического состояния потерпевшего в период, предшествовавший самоубийству?» [39, 40].

В 87,9% случаев наряду с установлением состояния, предшествующего суициду, определялась причинно-следственная связь между действиями обвиняемых по доведению до самоубийства и принятием суицидентом решения об уходе из жизни. Экспертный вывод был также положительным.

Полученный результат свидетельствует о главной функции, выполняемой судебными экспертами – установлении причинной связи между действиями обвиняемого лица и приведением потерпевшего в состояние, предрасполагающее к совершению суицида, и, как следствие, – реализации суицидальных намерений. Тем не менее, как было указано нами ранее, основаниями назначения экспертиз являлись не особенности суицидента, а потребность в экспертном установлении состояния, предшествующего суициду, и причинно-следственной связи между этим состоянием и действиями обвиняемого, а сами экспертизы проводились только в половине случаев. В этой связи можно предположить, что психологические и психиатрические экспертизы зачастую применяются для усиления слабой доказательственной базы по делам о доведении до самоубийства.

Продемонстрируем особенности установления экспертными средствами причинно-

следственной связи между действиями подозреваемого (обвиняемого) и последующим актом суицидального поведения потерпевшего. В качестве примера судебно-психологического экспертного обоснования причинно - следственной связи между поведением обвиняемого и предсуицидальным состоянием потерпевшего можно использовать следующий текст из заключения судебной психологической экспертизы № 1202/7-1-20.1 от 13 июля 2015 года: «Длительное, ничем необоснованное, жёстокое и грубое обращение подсудимого Насретдинова, причиняли потерпевшей Н. сильные физические и нравственные страдания, которые, согласно, «…привели её в состояние фрустрации (блокировка значимых потребностей, переживание безысходности, безнадёжности)». Согласно выводам данной экспертизы, «психическое состояние, в котором находилась Н. в период времени, предшествующий самоубийству, характеризуется высокой степенью суицидального риска и могло предрасполагать её к самоубийству» [57]. Примером судебно - психиатрического экспертного обоснования причинно-следственной связи между поведением обвиняемого и предсуицидальным состоянием потерпевшего является следующий тезис: «Данное психическое состояние (острая реакция на стресс F43 по МКБ-10), в период, предшествовавший её смерти, могло способствовать принятию решения покончить жизнь самоубийством» [58] (сохранена орфография и пунктуация, имевшие место в исследованных приговорах).

Таким образом, вывод о причинно - следственной связи между поведением обвиняемого и предсуицидальным состоянием потерпевшего может носить как категоричный, так и вероятностный характер. В последнем случае он может служить лишь косвенным доказательством вины доведения до самоубийства.

Полагаем, что при проведении посмертной экспертизы выводы как о состоянии потерпевшего, предшествующем смерти, так и о причинно-следственной связи действий обвиняемого и предсуицидального состояния потерпевшего могут быть только вероятностными и служить косвенными доказательствами по делу.

Как показало изучение приговоров, экспертные выводы о наличии причинно - следственной связи между действиями подозреваемого (обвиняемого) и наступившими общественно-опасными последствиями по делам рассматриваемой категории обычно делаются экспертами в результате менее тщательного анализа, чем при исследовании психо - эмоционального состояния суицидента. Пример судебно-психологического экспертного вывода о наличии причинно-следственной связи из заключения психологической судебной экспертизы №1202/7-1-20.1 от 13 июля 2015 года был приведён нами ранее [57]. Иллюстрацией судебно-психиатрического экспертного вывода о наличии причинно-следственной связи может являться нижеследующая формулировка: «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов) № от ДД.ММ.ГГГГ, согласно которой ФИО2 психическими расстройствами не страдал; в период, предшествующий смерти, ФИО2 находился в состоянии пониженного настроения, эмоциональной лабильности, испытывал чувство вины, высказывал мысли о нежелании жить, которое в целом можно отнести к состоянию, предрасполагающему к самоубийству; состояние, предрасполагающее к самоубийству, могло быть вызвано длительным семейным конфликтом с ФИО3, ФИО21, ФИО8 и ФИО22» [59] (сохранена орфография и пунктуация, имевшие место в анализировавшихся приговорах).

Анализ текстов приговоров на предмет установления специфики осуществления расследования в случаях, когда кто-либо из фигурантов являлся несовершеннолетним, позволил выявить следующие закономерности. Из общего числа потерпевших несовершеннолетними (в возрасте от 11 до 18 лет) были 26,6%. При этом число несовершеннолетних, погибших от суицида, составило 19,6% от общего числа потерпевших. От числа всех несовершеннолетних, совершивших суицид, число погибших составило 83,3%. Таким образом, доля несовершеннолетних суицидентов составляет приблизительно треть от всех суицидентов, и большинство из подростков доводят суицид до конца. Все выжившие остались в живых по независящим от них обстоятельствам.

Назначение судебных экспертиз в отношении несовершеннолетних осуществлялось только в 35,7% случаях. Соответственно в 64,3% случаях экспертизы, связанные с установлением психических особенностей фигурантов дел, не были назначены вообще.

Анализ практики использования судебных экспертиз при расследовании данной категории

уголовных дел показывает, что из всех назначенных экспертиз доля психиатрических составляет 14,3%, комплексных психолого-психиатрических экспертиз – 14,3%, психологических – 7,1%. В этой связи можно сделать вывод о том, что даже при относительно редком назначении экспертиз по делам, где суицидент был несовершеннолетним, приоритетной областью специальных знаний, подлежащих использованию, является психиатрия (по сравнению с психологией).

Из всех потерпевших несовершеннолетних лица женского пола составили 63,6%, мужского – 36,4%. Следовательно, девочки-подростки подвергаются насилию, приведшему к суициду, почти в два раза чаще по сравнению с мальчиками.

Несовершеннолетние обвиняемые были сверстниками с потерпевшими в 28,9% случаев; в 29,1% обвиняемым был отец, в 21,1% – мать, в 14,4% – сожитель матери, в 6,5% – опекун. Как видим, лица, доведшие несовершеннолетних до самоубийства, входят в ближайший круг общения (родители или лица, их заменившие, а также сверстники). Из всех случаев только в 6,5% несовершеннолетние подверглись психическому насилию (унижения, оскорбления, угрозы), в остальных 93,5% – как психическому, так и физическому, причём насилие в большинстве случаев осуществлялось систематически в течение нескольких лет.

В случаях, когда преступная деятельность осуществляется с использованием сети «Интернет», единственным методом воздействия на психику несовершеннолетнего может стать психическое насилие, поэтому в таких случаях особая роль должна принадлежать судебно-психологическим экспертным исследованиям по выявлению признаков психического насилия при оказании психического воздействия на реципиента (потерпевшего).

При установлении факта применения психического насилия к подросткам с использованием сети «Интернет» следователь должен выявлять комплекс следующих признаков: деструктивность целей оказываемого психического воздействия; ограничение несовершеннолетнего в свободе осознанного выбора форм поведения под влиянием психического воздействия [60]; реализацию реципиентом в своих действиях чужих интересов; негативные последствия для здоровья и жизни подростка, наступившие в результате вторжения в сферу его психической деятельности [61]. Следует учитывать, что при оказании психического насилия происходит «снижение субъектности реципиентов» [62].

Осуществление психического насилия, минуя сознание воспринимающей стороны, происходит преимущественно в форме внушающего воздействия, которое представляет собой вторжение в психику человека и прививание посторонних ему идей, и происходит незаметно для него. Специфика внушения состоит в неравенстве сторон: коммуникатор осознанно стремится сформировать нужные ему установки у реципиента, а тот бессознательно их усваивает и солидаризируется с позициями коммуникатора и под влиянием внушения совершает поступки, полагая, что действует, исходя из собственных соображений. Такое поведение внешне представляется как свободное волеизъявление, но на самом деле не обладает необходимой степенью свободы, являясь по сути навязанным извне. При осуществлённом насилии мотивация поступков, совершаемых реципиентом, носит чуждый личности характер, а его поведение служит средством для удовлетворения интересов воздействующей стороны. Человек, на которого оказывается воздействие, эгоистически используется как средство для достижения чуждых ему целей, в результате для него наступают негативные последствия. Несмотря на отсутствие явных форм устрашения, признаком насилия здесь является тот факт, что человек видит только один выход из сложившегося положения.

При обнаружении признаков психического насилия и последующего суицидального поведения подростка действия суггестора (источника внушения) можно квалифицировать как доведение до самоубийства, а также как склонение или побуждение к его совершению (в зависимости от особенностей конкретного дела). В случае же оказанного психического насилия и отсутствия последующего суицида действия преступника можно квалифицировать как предпринятую попытку к совершению данного деяния.

Отметим, что судебно-психологический экспертный подход к формированию доказательственной базы по рассматриваемой категории преступлений находится в настоящее время на стадии становления и требует применения междисциплинарного методологического принципа.

С учётом изложенного считаем возможным констатировать, что специальные психологические знания по делам о доведении несовершеннолетних до самоубийства, а также склонении и побуждении к его совершению с использованием сети «Интернет» целесообразно применять в форме судебной экспертизы для выяснения вопроса о вменяемости подозреваемого (обвиняемого); для установления психического состояния потерпевшего, предшествовавшего совершению суицида, специфики субъективной стороны преступления и причинно-следственной связи между действиями подозреваемого (обвиняемого) и последовавшего за ними акта суицидального поведения; для диагностики психического насилия; в тех случаях, когда преступление было групповым, – для установления степени сплочённости группы, индивидуально-психологических особенностей и роли каждого участника в совершении преступления, а также для установления целевого единства в группе и мотивации участия каждого из её членов.

Заключение.

Проведённое исследование показало, что деятельность правоохранительных органов по использованию специальных психологических знаний в качестве средства познания обстоятельств совершения доведения несовершеннолетних до самоубийства, а также склонения и побуждения их к самоубийству или содействие к его совершению с использованием сети «Интернет» нуждается в совершенствовании, поскольку практика их применения формировалась в отличающихся от сегодняшних социальных, правовых и иных условиях. В качестве причин, препятствующих широкому и эффективному использованию судебно - психологической экспертизы в целях установления обстоятельств совершения данных преступлений, следует назвать недостаточное знание следователями её возможностей с учётом современного уровня развития психологической науки, непонимание отличий от судебно - психиатрической экспертизы, недостаточное использование консультационной помощи экспертов-психологов или специалистов, отсутствие в большинстве государственных судебно - экспертных учреждений должностей экспертов-психологов. Ряд авторов указывает также на отсутствие теоретических основ большинства проводимых в России судебно - психологических экспертиз [63]. При оперативном решении обозначенных проблем и устранении существующих недостатков специальные психологические знания могут стать эффективным средством исследования многих обстоятельств преступной деятельности, установление которых вызывает серьёзные затруднения у правоприменителей, что позволит значительно повысить эффективность противодействия данным видам преступлений.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Вопросы здравоохранения. Самоубийства. Основные сведения о самоубийствах: http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide
2. Группа особого интереса IASP-генетика и нейробиология суицида. Международной ассоциации по предотвращению самоубийств (МАВМ): https://iasp.info/genetics.php.
3. Федеральная служба государственной статистики / население / демография / число умерших по причинам смерти: *http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#*
4. Пояснительная записка к проекту федерального закона N 118634-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению»: http://base.garant.ru/57277288/
5. Лисовецкий А.Л., Бертовский Л.В., Поздняков В.М. Суицидология и криминалистика: пути взаимодействия. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 81-86.
6. Мурсалиева Г. Группы смерти. С детьми в социальных сетях работают системно и планомерно, шаг за шагом подталкивая к последней черте. Как родителям распознать надвигающуюся беду. *Новая газета.* № 51 от 16 мая 2016 года: *https://www.novayagazeta.ru/articles/2016/05/16/68604-gruppy-smerti-18*

References:

1. Vsemirnaya organizaciya zdravoohraneniya. Voprosy zdravoohraneniya. Samoubijstva. Osnovnye svedeniya o samoubijstvah [Health issues. Suicide. Basic Suicide Information]: http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide (In Russ)
2. Gruppa osobogo interesa IASP-genetika i nejrobiologiya suicida. Mezhdunarodnoj associacii po predotvrashcheniyu samoubijstv (MAVM): https://iasp.info/genetics.php. (In Russ)
3. Federal'naya sluzhba gosudar-stvennoj statistiki/naselenie/demografiya/chislo umershih po prichinam smerti: *http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#* (In Russ)
4. Poyasnitel'naya zapiska k proektu fe-deral'nogo zakona N 118634-7 «O vnesenii izmenenij v Ugolovnyj kodeks Rossijskoj Federacii i Ugolovno-processual'nyj kodeks Rossijskoj Federacii v chasti ustanovleniya dopolnitel'nyh mekhanizmov protivodejstviya deyatel'nosti, napravlennoj na pobuzhdenie detej k suicidal'nomu povedeniyu»: http://base.garant.ru/57277288/ (In Russ)
5. Lisovetski A.L., Bertovsky L.V., Pozdnyakov V.M. Suicidology and criminalistics: ways of interaction. *Suicidology.* 2018; 9 (1): 80-86. (In Russ)
6. Mursalieva G. Gruppy smerti. S det'mi v social'nyh setyah rabotayut sis-temno i planomerno, shag za shagom podtalkivaya k poslednej cherte. Kak roditelyam raspoznat' nadvigayushchuyusya bedu [Groups of death. They work with children in social networks systematically and according to plan, step by step pushing to the last line. How parents recognize an impending trouble]. *Novaya gazeta*

7. Галицына А.М. «Группы смерти» как средство манипулирования сознанием // Развитие общественных наук российскими студентами: Сборник научных трудов. 2017. Издательство: ООО «Ассоциация молодых ученых». 2017; 30-35.

8. Синева А.Б. Новые медиа как пространство информационного экстремизма на примере «групп смерти» // XIV Королёвские чтения: Сб. трудов международной молодежной научной конференции, посвящённой 110-летию со дня рождения академика С. П. Королёва, 75-летию КуАИ-СГАУ-СамГУ-Самарского университета и 60-летию со дня запуска первого искусственного спутника Земли: в 2 т. 2017; 362-363.

9. Борисова К.О. «Группы смерти» в социальных сетях и методы борьбы с ними // Безопасное детство как правовой и социально-педагогический концепт: мат. IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием для студентов, магистрантов, аспирантов, преподавателей и специалистов в рамках Недели науки на факультете правового и социально-педагогического образования ПГГПУ. 2017; 84-87.
10. Архипова А.С., Волкова М.Д., Кирзюк А.А., Малая Е.К., Радченко Д.А., Югай Е.Ф. Группы смерти: от игры к моральной панике. М., 2017. 26 с.

11. Самоубийства подростков и таинственные группы смерти во «ВКонтакте» (31 фото + текст): *https://trinixy.ru/129788-detskie-samoubiystva-i-tainstvennye-gruppy-smerti-vo-vkontakte-31-foto-tekst.html#comment*
12. *Детские "группы смерти" вконтакте - что же было на самом деле?: https://rebro-a-dama.livejournal.com/1269316.html*
13. СобКор «Общество». В соцсетях появились новые «группы смерти». 31-01-2018, 16:20*:* https://sobkor.net/obshhestvo/13794-v-socsetyah-poyavilis-novye-gruppy-smerti.html
14. Землянухина Е. «Синий кит» опять «приплыл». В Сети появились новые группы смерти. 25 января,10:04: https://life.ru/t/новости/1082234/sinii_kit_opiat_priplyl_v_sieti_poiavilis_novyie_ghruppy_smierti

15. Влияние «групп смерти» на подростковый суицид минимально (МВД России): лишь 1% подростковых суицидов в России связан с «группами смерти» в социальных сетях». Роскомсвобода: https://roskomsvoboda.org/27184/ от 30.03.2017.

16. Нагорных И., Беляев М. «Вы все время плететесь в хвосте»: Валентина Матвиенко раскритиковала работу Роскомнадзора из-за «групп смерти» и наркотиков в интернете. *Коммерсант. Страна*: https://www.kommersant.ru/doc/3281081?from=doc_vrez#comments

17. Боброва И. Как Лису прижали хвост: подробности приговора администратору «групп смерти». Вердикт Филиппу Будейкину суд озвучил за закрытыми дверьми. Электронное периодическое издание «MK.ru»*: https://www.mk.ru/social/2017/07/19/kak-lisu-prizhali-khvost-podrobnosti-prigovora-administratoru-grupp-smerti.html*. «Московский комсомолец» № 27447 от 20 июля 2017.

18. Масштабный срыв покровов с «Групп Смерти». Mar. 19th, 2017: https://hueviebin1.livejournal.com/332444.html

19. Выготский Л.С. Стенограмма лекции «Игра». *Вопросы психологии*. 1966; 6: 56-62.

20. Выготский Л.С. Проблема возраста / Собрание сочинений: В 6 т. М., 1984. Т. 4. 432 с.
21. *Леонтьев А.А., Выготский Л.С. Люди науки. М.: Просвещение, 1990. 158 с.*
22. Tam J., Tang W.S., Fernando D.J. The internet and suicide: A

[New Newspaper]. № 51 ot 16 maya 2016 goda: *https://www.novayagazeta.ru/articles/2016/05/16/68604-gruppy-smerti-18* (In Russ)
7. Galicyna A.M. «Gruppy smerti» kak sredstvo manipulirovaniya soznaniem [«Groups of death» as a mean of manipulating the mind] // Razvitie obshchestvennyh nauk rossijskimi studentami: Sbornik nauchnyh trudov. 2017. Izdatel'stvo: OOO «Acsociaciya molodyh uchenyh». 2017; 30-35. (In Russ)
8. Sineva A.B. Novye media kak pro-stranstvo informacionnogo ekstremizma na primere «grupp smerti» [New media as an area of information extremism on the example of «groups of death»] // XIV Korolyovskie chteniya: Sb. trudov mezhdunarodnoj molodezhnoj nauchnoj konferencii, posvyashchyonnoj 110-letiyu so dnya rozhdeniya akademika S. P. Korolyova, 75-letiyu KuAI-SGAU-SamGU-Samarskogo universiteta i 60-letiyu so dnya zapuska pervogo iskusstvennogo sputnika Zemli: v 2 t. 2017; 362-363. (In Russ)
9. Borisova K.O. «Gruppy smerti» v social'nyh setyah i metody bor'by s nimi [«Groups of death» in social networks and methods of fighting with them] // Bezopasnoe detstvo kak pravovoj i social'no-pedagogicheskij koncept: mat. IV Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem dlya studentov, magistrantov, aspirantov, prepodavatelej i specialistov v ramkah Nedeli nauki na fakul'tete pravovogo i social'no-pedagogicheskogo obrazovaniya PGGPU. 2017; 84-87. (In Russ)
10. Arhipova A.S., Volkova M.D., Kirzyuk A.A., Malaya E.K., Radchenko D.A., Yugaj E.F. Gruppy smerti: ot igry k moral'noj panike. [Groups of death: from the game to the moral panic]. M., 2017. 26 s. (In Russ)
11. Samoubijstva podrostkov i tainst-vennye gruppy smerti vo «VKontakte» (31 foto + tekst)*: https://trinixy.ru/129788-detskie-samoubiystva-i-tainstvennye-gruppy-smerti-vo-vkontakte-31-foto-tekst.html#comment* (In Russ)
12. Detskie "gruppy smerti" vkontakte - chto zhe bylo na samom dele? [Children's «groups of death» VKontakte – what it was really?]*: https://rebro-a-dama.livejournal.com/1269316.html* (In Russ)
13. SobKor «Obshchestvo». V socsetyah poyavilis' novye «gruppy smerti» [New «groups of death» appeared in social networks] 31-01-2018, 16:20: https://sobkor.net/obshhestvo/13794-v-socsetyah-poyavilis-novye-gruppy-smerti.html (In Russ)
14. Zemlyanuhina E. «Sinij kit» opyat' «priplyl». V Seti poyavilis' novye gruppy smerti [The «blue whale» again «sailed». New groups of death have appeared on the Web]. 25 yanvarya,10:04: https://life.ru/t/новости/1082234/sinii_kit_opiat_priplyl_v_sieti_poiavilis_novyie_ghruppy_smierti (In Russ)
15. Vliyanie «grupp smerti» na podrostkovyj suicid minimal'no (MVD Rossii): lish' 1% podrostkovyh suicidov v Rossii svyazan s «gruppami smerti» v social'nyh setyah» [The impact of «death groups» on teen suicide is minimal (the Ministry of Internal Affairs of Russia): only 1% of teen suicides in Russia are associated with «death groups» in social networks.]. Roskomsvoboda*:* https://roskomsvoboda.org/27184/ (In Russ)
16. Nagornyh I., Belyaev M. «Vy vse vremya pletetes' v hvoste»: Valentina Matvienko raskritikovala rabotu Roskomnadzora iz-za «grupp smerti» i narkotikov v internete [«You are always lagging behind»: Valentina Matvienko criticized the work of Russian Supervisory Committee because there are «death groups» and drugs on the Internet]: https://www.kommersant.ru/doc/3281081?from=doc_vrez#comments (In Russ)
17. Bobrova I. Kak Lisu prizhali hvost: podrobnosti prigovora administratoru «grupp smerti». Verdikt Filippu Budejkinu sud ozvuchil za zakrytymi dver'mi [How Fox was pinned tail: details of the sentence to the administrator of the «groups of death». Verdict to Phillip Budeikin court voiced behind closed doors.]. Elektronnoe periodicheskoe izdanie «MK.ru»*: https://www.mk.ru/social/2017/07/19/kak-lisu-prizhali-khvost-podrobnosti-prigovora-administratoru-grupp-smerti.html*. (In Russ)
18. Masshtabnyj sryv pokrovov s «Grupp Smerti» [Large-scale breakdown of covers from «Groups of Death»]. Mar. 19th, 2017: https://hueviebin1.livejournal.com/332444.html (In Russ)
19. Vygotskij L.S. Stenogramma lekcii «Igra» [Transcript of the lecture «Game»]. *Voprosy psihologii [Question of psychology]*. 1966; 6: 56-62. (In Russ)
20. Vygotskij L.S. Problema vozrasta [Age problem] / Sobranie sochinenij: V 6 t. M., 1984. T. 4. 432 s. (In Russ)
21. Leont'ev A.A., Vygotskij L.S. Lyudi nauki [Man of science]. M.: Prosveshchenie, 1990. 158 s. (In Russ)
22. Tam J., Tang W.S., Fernando D.J. The internet and suicide: A

double-edged tool. *European J. Internal Med.* 2007; 18: 453-455.
23. Чем живет новое поколение: статистика о российской молодежи. Сентябрь 2016 г. Исследование аудитории Google: подростки и молодежь. Сентябрь 2016 г.: *https://docslide.net/internet/google--5907bcd059649.html*.
24. Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Россинская Е.Р. Криминалистика: Учебник для вузов / Под ред. Р.С. Белкина. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2005. 973 с.
25. Керри Аллен. «Вышивание по телу» – новая опасная мода в Китае. 24 июня 2017. Служба мониторинга Би-би-си: https://www.bbc.com/russian/news-40392201.
26. Форум о похудении. Форум худеющих. Анорексия*: https://polnote.ru/viewforum.php?f=9*.
27. Лукашук А.В., Байкова М.А. Терапевтические аспекты коррекции аутодеструктивного поведения у подростков. Тюменский медицинский журнал. *2016; 18 (4): 9-12.*
28. *Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ.* Суицидология. *2012; 4: 10-22.*
29. Baker D., Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis.* 2008; 29 (3): 118-122.
30. P*hillips D. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect*. American Sociological Review. *1974; 39: 340–354.*
31. Соловьев В.С. Преступность в социальных сетях Интернета (криминологическое исследование по материалам судебной практики). *Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права*. 2016; 10 (1): 60–72.
32. Решение № 2А-4155/2017 2А-4155/2017~М-3824/2017 М-3824/2017 от 27 ноября 2017 г. по делу № 2А-4155/2017. Интернет-ресурс Судебные и нормативные акты РФ (СудАкт): *http://sudact.ru/regular/doc/gdu4Px7vcYbh/?regular-txt=&regular...*
33. Решение № 2-1881/2017 2-1881/2017~М-1998/2017 М-1998/2017 от 27 декабря 2017 г. по делу № 2-1881/2017. Интернет-ресурс Судебные и нормативные акты РФ (СудАкт): *http://sudact.ru/regular/doc/zVL12jy1DfUa/?regular-txt=&regular-case...*
34. Решение № 2-1887/2017 2-1887/2017 ~ М-2004/2017 М-2004/2017 от 6 декабря 2017 г. по делу № 2-1887/2017. Интернет-ресурс Судебные и нормативные акты РФ (СудАкт): *http://sudact.ru/regular/doc/FYkcRhpAnRmj/?regular-txt=&regular-case*
35. Шапиро Л.Г., Степанов В.В. Специальные знания в уголовном судопроизводстве: М.: Юрлитинформ, 2008. 220 с.
36. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.
37. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра: http://base.garant.ru/4100000/ee9753586947f35135b65aed7a30547c/#block_20000
38. Романов В. В. Юридическая психология: Учебник. М., 1998. 488 с.
39. Гецманова И.В., Жданов А.Ю. Возможности судебно-психологической экспертизы при расследовании бандитизма. *Журнал российского права.* 2004; 2: 65.
40. Холопова Е.Н. Судебно-психологическая экспертиза как основная форма использования психологических знаний при раскрытии и расследовании преступлений. *Вестник криминалистики.* 2006; 4 (20): 25-33.

double-edged tool. *European J. Internal Med.* 2007; 18: 453-455.
23. Chem zhivet novoe pokolenie: statistika o rossijskoj molodezhi [What is the life of the new generation: statistics about the Russian youth]. Sentyabr' 2016 g. Issledovanie auditorii Google: podrostki i molodezh'. Sentyabr' 2016 g.: *https://docslide.net/internet/google--5907bcd059649.html.* (In Russ)
24. Aver'yanova T.V., Belkin R.S., Koruhov Yu.G., Rossinskaya E.R. Kriminalistika [Criminalistics]: Uchebnik dlya vuzov / Pod red. R.S. Belkina. 2-e izd., pererab. i dop. M., 2005. 973 s. (In Russ)
25. Kerri Allen. «Vyshivanie po telu» - novaya opasnaya moda v Kitae [«Embroidery on the body» - a new dangerous fashion in China]. 24 iyunya 2017. Sluzhba monitoringa Bi-bi-si. : https://www.bbc.com/russian/news-40392201. (In Russ)
26. Forum o pohudenii. Forum hudeyu-shchih. Anoreksiyaт[Anorexia]*: https://polnote.ru/viewforum.php?f=9*. (In Russ)
27. Lukashuk A.V., Bajkova M.A. Therapeutic aspects of the correction of autodestructive behavior of teenagers. *Tyumen Medical Journal*. 2016; 18 (4): 9-12. (In Russ)
28. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals. Suicidology. *2012; 4: 10-22.* (In Russ)
29. Baker D., Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis.* 2008; 29 (3): 118-122.
30. P*hillips D. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect.* American Sociological Review. *1974; 39: 340–354.*
31. Solov'ev V.S. Prestupnost' v social'nyh setyah Interneta (kriminolo-gicheskoe issledovanie po materialam sudebnoj praktiki) *[Criminality in social networks of the Internet (criminological research on the materials of judicial practice)]. Kriminologicheskij zhurnal Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta ekonomiki i prava* [Criminological Journal of Baikal State University of Economics and Law]. 2016; 10 (1): 60–72. (In Russ)
32. Reshenie № 2A-4155/2017 2A-4155/2017~M-3824/2017 M-3824/2017 ot 27 noyabrya 2017 g. po delu № 2A-4155/2017. Internet-resurs Sudebnye i normativnye akty RF (SudAkt) [The Judgement № 2A-4155/2017 2A-4155/2017~M-3824/2017 M-3824/2017 of 27th November 2017 in the case № 2A-4155/2017]: *http://sudact.ru/regular/doc/gdu4Px7vcYbh/?regular-txt=&regular...* (In Russ)
33. Reshenie № 2-1881/2017 2-1881/2017~M-1998/2017 M-1998/2017 ot 27 dekabrya 2017 g. po delu № 2-1881/2017. Internet-resurs Sudebnye i normativnye akty RF (SudAkt) [The Judgement № 2-1881/2017 2-1881/2017~M-1998/2017 M-1998/2017 ot 27 dekabrya 2017 g. of 27th December 2017 in the case № 2-1881/2017]: *http://sudact.ru/regular/doc/zVL12jy1DfUa/?regular-txt=&regular-case...* (In Russ).
34. Reshenie № 2-1887/2017 2-1887/2017 ~ M-2004/2017 M-2004/2017 ot 6 dekabrya 2017 g. po delu № 2-1887/2017. Internet-resurs Sudebnye i normativnye akty RF (SudAkt) [The Judgement № 2-1887/2017 2-1887/2017 ~ M-2004/2017 M-2004/2017 ot 6th December 2017 in the case № 2-1887/2017]: http://sudact.ru/regular/doc/FYkcRhpAnRmj/?regular-txt=&regular-case (In Russ)
35. Shapiro L.G., Stepanov V.V. Speci-al'nye znaniya v ugolovnom sudoproizvodstve [Special knowledges in criminal proceedings]. M.: Yurlitinform, 2008. 220 s. (In Russ)
36. Yur'eva L.N. Klinicheskaya suicidologiya [Clinical Suicidology]. Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. 472 s. (In Russ)
37. MKB 10 - Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej 10-go peresmotra [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10]: *http://base.garant.ru/4100000/ee9753586947f35135b65aed7a30547c/#block_20000* (In Russ)
38. Romanov V. V. Yuridicheskaya psihologiya [Juridical psychology]. M., 1998. 488 s. (In Russ)
39. Gecmanova I.V., Zhdanov A.Yu. Voz-mozhnosti sudebno-psihologicheskoj ekspertizy pri rassledovanii banditizma [The Possibility of Judicial-Psychological Examination in the Investigation of Banditry] *Zhurnal rossijskogo prava [Journal of Russian Law].* 2004; 2: 65. (In Russ)
40. Holopova E.N. Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza kak osnovnaya forma ispol'zovaniya psihologicheskih znanij pri raskrytii i rassledovanii prestuplenij [The Judicial-Psychological Examination as the main form of using psychological knowledges

41. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. М.: Гардарика, Смысл, 1998. 192 с.
42. Холопова Е.Н. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном судопроизводстве. Автореф. дисс. … докт. юрид. наук. М., 2006. 416 с.
43. Двух администраторов «групп смерти» задержали в Подмосковье и Хабаровске. Лента.ру. Силовые структуры. Криминал. 12:23, 29 августа 2017: *https://lenta.ru/news/2017/08/29/popalis/*
44. «Порежу всю семью». Как куратор «группы смерти» склонял детей к суициду. 26-летний Илья Сидоров «назначал дату смерти» 14-летней девочке за тысячи километров. Еженедельник «Аргументы и Факты» № 26 от 28 июня 2017: *http://www.aif.ru/society/web/porezhu_vsyu_semyu_kak_kurator_gruppy_smerti_sklonyal_detey_k_suicidu#comment_list*
45. *Анна Скудаева*. Под Владимиром поймали куратора детских "групп смерти".11.09.2017 12:24. Рубрика: *Происшествия*. Проект: *В регионах*. Интернет-портал «Российской газеты»: *https://rg.ru/2017/09/11/reg-cfo/pod-vladimirom-pojmali-kuratora-detskih-grupp-smerti.html*
46. Судебные и нормативные акты РФ: http://sudact.ru
47. Статистические методы анализа информации в социологических исследованиях / Под. ред. Г.В. Осипова. М., 1979. 320 с.
48. Гласс Дж., Стенли Дж. Статистические методы в педагогике и психологии / Перевод с англ. Л.И. Хайрусовой, общая ред. Ю.П. Адлера. М.: Прогресс, 1976. 493 с.
49. Администратор "группы смерти" Филипп Будейкин признан вменяемым. ГТРК "Санкт-Петербург". Вести.RU: *http://www.vesti.ru/doc.html?id=2849902&cid=17*
50. Приговор № 1-63/2014 от 21 августа 2014 г. по делу № 1-63/2014 *Шумерлинский районный суд (Чувашская Республика)*: *http://sudact.ru/regular/doc/ctgKWVDZPtWW/?regular-txt=&regular*
51. Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы. М.: Издательство Московского университета, 1991. 117 с.
52. Енгалычев В.Ф. Посмертная судебно-психологическая экспертиза / Прикладная юридическая психология: Учебное пособие для вузов / Под ред. проф. А.М.Столяренко. М.: Юнити-Дана, 2001. С. 420-430.
53. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. М.: Изд-во Юрайт, 2014. С. 284-302.
54. Ситковская О.Д. Аффект: Криминально-психологическое исследование. М.: ООО Изд-во «Юрлитинформ», 2001. С. 166-172.
55. Приговор № 1-337/2015 от 19 октября 2015 г. по делу № 1-337/2015 Кунцевский районный суд (Москва): *http://sudact.ru/regular/doc/N4SOpFpsYAlM/?regular-txt=&regular-case_doc=&regular-*
56. Приговор № 1-794/2012 1-19/2013 1-19/2013(1-794/2012;) от 15 апреля 2013 г. Сыктывкарский городской суд (Республика Коми): http://sudact.ru/regular/doc/3bBpRFMRcJbl/?regular-txt=&regular-case_doc=1–19%2F2013&regular-lawchunkinfo=Статья+110
57. Приговор № 1-200/2015 от 7 сентября 2015 г. по делу № 1-200/2015 *Учалинский районный суд (Республика Башкортостан): http://sudact.ru/regular/doc/2UKkl4TISmo1/?regular-*

in the detection and investigation of crimes]. *Vestnik kriminalistiki [Journal of criminalistics]*. 2006; 4 (20): 25-33. (In Russ)
41. Safuanov F.S. Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza v ugolovnom processe [The Judicial-Psychological Examination in the civil process] M.: Gardarika, Smysl, 1998. 192 s. (In Russ)
42. Holopova E.N. Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza v ugolovnom sudoproizvodstve [The Judicial-Psychological Examination in the criminal process]: Avtoref. diss. … dokt. yurid. nauk. M., 2006. 416 s. (In Russ)
43. Dvuh administratorov «grupp smerti» zaderzhali v Podmoskov'e i Habarovske. Lenta.ru. Silovye struktury. Kriminal [Two administrators of "groups of death" were detained in Moscow area and Khabarovsk. Lenta.ru. Law enforcement agencies. Crime] 12:23, 29 avgusta 2017: https://lenta.ru/news/2017/08/29/popalis/ (In Russ)
44. «Porezhu vsyu sem'yu». Kak kurator «gruppy smerti» sklonyal detej k sui-cidu. 26-letnij Il'ya Sidorov «naznachal datu smerti» 14-letnej devochke za tysyachi kilometrov ["I will cut all family". As the curator of "group of death" declined children to a suicide. 26-year-old Ilya Sidorov "appointed date of death" to the 14-year-old girl for thousands of kilometers]. Ezhenedel'nik «Argumenty i Fakty» [Weekly «Arguments and Facts»]№ 26 ot 28 iyunya 2017: *http://www.aif.ru/society/web/porezhu_vsyu_semyu_kak_kurator_gruppy_smerti_sklonyal_detey_k_suicidu#comment_list* (In Russ)
45. Anna Skudaeva. Pod Vladimirom pojmali kuratora detskih "grupp smer-ti" [Under Vladimir caught the curator of children's " death groups"] 11.09.2017 12:24. Rubrika: Proisshestviya. Proekt: V regionah. Internet-portal «Rossijskoj gazety» [Internet-portal «Russian newspaper»]: *https://rg.ru/2017/09/11/reg-cfo/pod-vladimirom-pojmali-kuratora-detskih-grupp-smerti.html* (In Russ)
46. Sudebnye i normativnye akty RF [Judicial and Statutory Acts of Rf]: http://sudact.ru (In Russ)
47. Statisticheskie metody analiza informacii v sociologicheskih issledo-vaniyah [Statistical methods of the analysis of sociological information researches] / Pod. red. G.V. Osipova. M., 1979. 320 s. (In Russ)
48. Glass Dzh., Stenli Dzh. Statisticheskie metody v pedagogike i psihologii [Statistical methods in psychology and pedagogics] M.: Progress, 1976. 493 s. (In Russ)
49. Administrator "gruppy smerti" Filipp Budejkin priznan vmenyaemym [The Administrator of "Group of Death" Philip Budeykin Is Recognized as Responsible] GTRK "Sankt-Peterburg". Vesti.RU: *http://www.vesti.ru/doc.html?id=2849902&cid=17*. (In Russ)
50. Prigovor № 1-63/2014 ot 21 avgusta 2014 g. po delu № 1-63/2014 [Judgment № 1-63/2014 from 21th August 2014 in the case № 1-63/2014] Shumerlinskij rajonnyj sud (Chuvashskaya Respublika): *http://sudact.ru/regular/doc/ctgKWVDZPtWW/?regular-txt=&regular* (In Russ)
51. Kochenov M.M. Teoreticheskie osnovy sudebno-psihologicheskoj ekspertizy [Theoretical bases of judicial psychological examination] M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1991. 117 s. (In Russ)
52. Engalychev V.F. Posmertnaya sudebno-psihologicheskaya ekspertiza [Posthumous judicial psychological examination] Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya [Application Judicial Psychological]: Uchebnoe posobie dlya vuzov / Pod red. prof. A.M.Stolyarenko. M.: Yuniti-Dana, 2001. S. 420-430. (In Russ)
53. Safuanov F.S. Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza [Judicial Psychological Examination] uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. M.: Izd-vo Yurajt, 2014. S. 284-302. (In Russ)
54. Sitkovskaya O.D. Affekt: Kriminal'no-psihologicheskoe issledovanie [Affect: Criminal and psychological research] M.: OOO Izd-vo «Yurlitinform», 2001. S. 166-172. (In Russ)
55. Prigovor № 1-337/2015 ot 19 oktyabrya 2015 g. po delu № 1-337/2015 [Judgment № 1-337/2015 ot 19th October 2015 in the case № 1-337/2015] Kuncevskij rajonnyj sud (Gorod Moskva): *http://sudact.ru/regular/doc/N4SOpFpsYAlM/?regular-txt=&regular-case_doc=&regular-* (In Russ)
56. Prigovor № 1-794/2012 1-19/2013 1-19/2013(1-794/2012;) ot 15 aprelya 2013 g. [Judgment № 1-794/2012 1-19/2013 1-19/2013(1-794/2012;) from 15th April 2013] Syktyvkarskij gorodskoj sud (Respublika Komi): http://sudact.ru/regular/doc/3bBpRFMRcJbl/?regular-txt=&regular-case_doc=1–19%2F2013&regular-lawchunkinfo=Статья+110 (In Russ)
57. Prigovor № 1-200/2015 ot 7 sentyabrya 2015 g. po delu № 1-200/2015 [Judgment № 1-200/2015 from 7th September 2015 in the case № 1-200/2015] Uchalinskij rajonnyj sud (Respublika

txt=&regular-case_doc=1-200%2F2015&regular-

58. Приговор № 1-63/2014 от 21 августа 2014 г. по делу № 1-63/2014 *Шумерлинский районный суд (Чувашская Республика)*: *http://sudact.ru/regular/doc/ctgKWVDZPtWW/?regular-txt=&regular-case*
59. Приговор № 1-2/2016 1-53/2015 от 12 апреля 2016 г. по делу № 1-2/2016 Урус-Мартановский городской суд (Чеченская Республика): *http://sudact.ru/regular/doc/WmjJd2bvQJxr/?regular-txt=&regular-case_doc=&regular-lawchunkinfo=Статья+110*
60. Ратинов А.Р. Судебная психология для следователей. М., 1967. 352 с.
61. Енгалычев В.Ф Судебно-психологическая экспертиза психического воздействия // Энциклопедия юридической психологии / Под ред. А.М. Столяренко. М.: Изд-во ЮНИТИ-ДАНА, 2003. 607 с.
62. Алексеева Л.В. Психология субъекта и субъекта преступления. Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2004. 520 с.
63. Ардашев Р.Г. Вопросы теории и практики расследования убийств, сопряженных с посткриминальным суицидом правонарушителя: монография. – 2-е изд., перераб. и доп. Иркутск: Изд-во ИРНИТУ, 2015. 220 с.

Bashkortostan): *http://sudact.ru/regular/doc/2UKkl4TISmo1/?regular-txt=&regular-case_doc=1-200%2F2015&regular-* (In Russ)

58. Prigovor № 1-63/2014 ot 21 avgusta 2014 g. po delu № 1-63/2014 [Judgment № № 1-63/2014 from 21st 2014 in the case № 1-63/2014] Shumerlinskij rajonnyj sud (Chuvashskaya Respublika): *http://sudact.ru/regular/doc/ctgKWVDZPtWW/?regular-txt=&regular-case* (In Russ)
59. Prigovor № 1-2/2016 1-53/2015 ot 12 aprelya 2016 g. po delu № 1-2/2016 [Judgment № 1-2/2016 1-53/2015 ot 12th April 2016 in the case № 1-2/2016] Urus-Martanovskij gorodskoj sud (Chechenskaya Respublika): *http://sudact.ru/regular/doc/WmjJd2bvQJxr/?regular-txt=&regular-case_doc=&regular-lawchunkinfo=Статья+110* (In Russ)
60. Ratinov A.R. Sudebnaya psihologiya dlya sledovatelej [Judicial Psychology for Investigators]. M., 1967. 352 s. (In Russ)
61. Engalychev V.F Sudebno-psihologicheskaya ekspertiza psihicheskogo vozdejstviya [Judicial Psychological Examination of Psychical Influence] Enciklopediya yuridicheskoj psihologii [Encyclopedia of Judicial Psychology] / Pod red. A.M. Stolyarenko. M.: Izd-vo YuNITI-DANA, 2003. 607 s. (In Russ)
62. Alekseeva L.V. Psihologiya sub'ekta i sub'ekta prestupleniya [The Psychology of the subject and subject of crime] Tyumen': Izd-vo TyumGU, 2004. 520 s. (In Russ)
63. Ardashev R.G. Voprosy teorii i praktiki rassledovaniya ubijstv, sopryazhennyh s postkriminal'nym suicidom pravonarushitelya [The theoretical and practical Questions of the murders investigation which connected with post-criminal suicide of the offender] 2-e izd., pererab. i dop. Irkutsk: Izd-vo IRNITU, 2015. 220 s. (In Russ)

SPECIAL PSYCHOLOGICAL KNOWLEDGE IN THE INVESTIGATION OF THE MINORITY AWARDS TO SUCCESSFUL BY SUCCESSING WITH THE INTERNET NETWORK

I.S. Gvozdeva, L.G. Shapiro, A.L. Yuzhaninova

Saratov State Law Academy", Saratov, Russia; gvozdeva-irina@yandex.ru

Abstract:

In recent years, there has been a steady upward trend in suicides among children and adolescents, influenced by the information that could be found in the Internet. This article is devoted to studying the problems of investigating the motivation of minors to suicide through the use of special psychological knowledge, primarily in the form of a forensic psychological examination. The article focuses on the complex, interdisciplinary nature of the problem of counteracting youth suicidal behavior caused by the criminal behavior of others (Articles 110, 110.1, 110.2 of the Criminal Code of the Russian Federation), on the criminal potential of the Internet, the role of a psychologist as an expert to establish the circumstances of the crimes committed in this category is examined. The purpose of the study: to determine the opportunities of the use of special psychological knowledge in investigating how subjects of crime used the Internet to motivate minors to suicide. Material and methods: we analyzed the texts of 51 court sentences on bringing to suicide both minors and adults published on the website "Judicial and regulatory acts of the Russian Federation" for the period from 2011 to 2017, as well as the texts of court decisions made in various regions of Russia on the claims of the prosecutor's office on the recognition of information posted on certain Internet pages as the information that is prohibited to be spread in the territory of the Russian Federation. The study also used regulatory acts, publications on this subject, statistical data and materials of published law enforcement practice. The following methodological basis was used: a set of abstract logical, inductive and deductive methods, methods of comparative and statistical analysis. Results: Of the total number of victims of minors (persons aged 11 to 18) made up 26.6%. Of the total number of minors who committed suicide the death rate reached 83.3%. All the survivors stayed alive due to circumstances beyond their control. Thus, most adolescents were determined to complete their suicide. Of all the minor victims, there were 63.6% of females and 36.4% of males. Consequently, adolescent girls are subject to violence that can lead to suicide almost twice more often than boys. Persons who brought minors to suicide as a rule were close to their victims: in 28.9% of cases these were victims' peers; in 29.1% cases the father was accused, and the mother was found guilty in 21.1% cases, 14.4% of the accused were the mother's cohabitant, and 6.5% were the guardian. Only in 6.5% of cases minors were subject to mental violence, in the remaining 93.5% cases they suffered both mental and physical violence. In most cases, violence has been carried out systematically for several years. In 41.1% of the total sentences studied, forensic expert reports of psychiatrists or psychologists were used as evidence for both victims and defendants, and in 58.9% of cases issues requiring special knowledge relating to the mental sphere of a person were executed by law enforcement officers themselves. The proportion of psychological and psychiatric examinations of all the stud-

ied sentences was as follows: psychiatric - 21.5%, complex psychological and psychiatric - 9.9%, psychological - 9.7%, which allows us to state the existence of a trend of predominant use of psychiatric knowledge compared to psychological and complex in the investigation of this category of cases. The study found no connection between the fact of appointment of expertise and the age of suicide, the outcome of a suicidal attempt, the presence of violence against the victim. In addition, the insufficiency of the psychological aspect of the expert approach to the accused was revealed in terms of establishing the motive of behavior that caused the victim to attempt suicide. When determining the specifics of the appointment of a forensic psychological examination of victims we revealed that the proportion of forensic examinations carried out reached 76% on the victims and 24 on the accused % of the total number of cases. In this category of cases, the frequency of psychological examinations is 37.7%, psychiatric examinations made up 31.2%, complex psychological and psychiatric were applied in 31.1%. In 87.9% of cases, along with determining the state preceding suicide, a causal relationship between the actions of the accused and the victim's decision to attempt suicide was established. The expert conclusion was also positive. Only in 35.7% of cases forensic examinations of minors were appointed. With a relatively rare appointment of examinations in cases of minor's suicide, the priority area of special knowledge to be used is psychiatry (compared with psychology). Thus, the problems of using special psychological knowledge in the form of a forensic psychological examination were revealed when investigating what can drive minors to suicide using the Internet. Conclusions: in view of the significant gap in the use of special psychological knowledge in law enforcement practice, it is of great importance to study the nature and current trends of their use in investigating driving to suicide, as well as using the Internet to encourage minors to commit suicide, because a number of circumstances that are to be proved in cases of this category can only be established with the help of a forensic psychological examination.

Keywords: suicide, investigation, minors, the Internet, drive to suicide, bringing to suicide, special knowledge, forensic psychological examination, expert psychologist

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Гвоздева И.С., Шапиро Л.Г., Южанинова А.Л. Специальные психологические знания при расследовании побуждения несовершеннолетних к совершению самоубийства с использованием сети «Интернет». *Суицидология.* 2018; 9 (4): 118-137. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-118-137

For citation: Gvozdeva I.S., Shapiro L.G., Yuzhaninova A.L. Special psychological knowledge in the investigation of the minority awards to successful by successing with the internet network. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 118-137. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-118-137

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 поведении и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объемом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы,* в том числе основные цифровые показатели.

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

Для каждого автора целесообразно указать:

а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),

б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),

в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются рецензентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

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

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редации: note72@yandex.ru и письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».