

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)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jurki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов, С.В. Кондричин*
Суициды и фатальный дорожно-транспортный
травматизм в России: сравнительный анализ
трендов 3
- И.А. Кудрявцев*
Психодиагностика суицидального риска как
критерий недобровольной госпитализации
психически больных в системе профилактики
их общественно опасного поведения 11
- В.М. Кушнарев, Е.Б. Любов,
В.В. Петухов, В.Е. Цурпун*
Клинико-эпидемиологические и организационные
аспекты амбулаторного приёма суицидентов
в НИИ психиатрии 22
- А.В. Меринов, Т.А. Меденцева*
Влияние гетероагрессивности больных
алкогольной зависимостью на
их суицидологический спектр 26
- Stefano Totaro, Elena Toffol, Paolo Scocco*
Предупреждение суицидов и интернет:
риск и возможности 32
- Е.Б. Любов, Е.Ю. Антохин, Р.И. Палаева*
Комментарий.
Двуликая паутина: Вертер vs Папагено 41
- В.В. Зыков, И.В. Шешунов, А.Е. Мальцев*
Хронологические факторы риска
самоубийств в Кировской области 51
- М.В. Пулькин*
Дуэль с Антихристом.
По материалам расследований самосожжений 57
- А.В. Антипов*
Позитивное знание о самоубийстве в XIX веке:
философский аспект 64

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, acad. RAS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niko Seppälä, M.D., Ph.D.
(Finland)

Журнал «**Суицидология**»
включен в:

- 1) Российский индекс научного цитирования (**РИНЦ**)
- 2) международную систему цитирования **Web of Science**

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

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

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

Телефон: (3452) 73-27-45

Факс: (3452) 54-07-07

E-mail: sibir@sibtel.ru

Заказ № 107. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 22.12.2016 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

Н.А. Голиков, И.Н. Голиков, Н.Н. Юманова
Долговая нагрузка населения и риск суицидального поведения: есть ли связь? (Часть I. Федеральный уровень) 72

Информация для авторов 84

Contents

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov, S.V. Kondrychyn
Suicides and road traffic deaths in Russia: a comparative analysis of trends 3

Joseph A. Kudryavtsev
Suicide risk psychognosis as a criterion for involuntary hospitalization of mental health patients in the prevention system of their socially dangerous behavior 11

V.M. Kushnarev, E.B. Lyubov, V.V. Petukhov, V.E. Tsuprun
Clinical, epidemiological and organizational aspects of outpatient care for suicidents in psychiatric institute clinic 22

A.V. Merinov, T.A. Medentseva
Influence of alcohol for patients geteroagressive dependence of a suicide spectrum for them 26

Stefano Totaro, Elena Toffol, Paolo Scocco
Suicide prevention and Internet? Risk and opportunities a narrative review 32

E.B. Lyubov, E.Y. Antochin, R.A. Palaeva
A comment two-faced web: Werther vs Papageno 41

V.V. Zykov, I.V. Sheshunov, A.E. Maltsev
Chronological risk factors of suicides in the Kirov region 51

M.V. Pulkin
Duel with the Antichrist. According to the materials of self-immolations investigations 57

A.V. Antipov
Positive knowledge about suicide in Nineteenth-century: philosophical aspects 64

N.A. Golikov, I.N. Golikov, N.N. Yumanova
Population debt load and suicide behavior risk: is there a connection? (Part I. Federal level) 72

Information 84

Интернет-ресурсы:

<http://www.tyumsmu.ru/aspirantam/journal-suicidology.html>

www.elibrary.ru, www.psychiatr.ru, www.medpsy.ru

www.cyberleninka.ru <http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology>

<http://globaif5.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. Каньячи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89-008

СУИЦИДЫ И ФАТАЛЬНЫЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ В РОССИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕНДОВ

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов, С.В. Кондричин

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень, Россия
УЗ «Минская Ордена трудового Красного знамени областная клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Контактная информация:

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

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

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

Несмотря на то, что суицид посредством дорожно-транспортного происшествия (ДТП) является известным феноменом, многие его аспекты остаются малоизученными. Некоторые исследователи считают, что недоучёт числа самоубийств посредством ДТП негативным образом отражается на качестве официальной статистики. Накопленные данные относительно связи между суицидами и фатальным дорожно-транспортным травматизмом на индивидуальном уровне дают основание предполагать наличие такой связи на популяционном уровне. С целью проверки данной гипотезы в настоящем исследовании был проведен сравнительный анализ трендов уровней суицидов и фатального дорожно-транспортного травматизма в России в период с 1965 по 2015 годы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета «Statistica 10» в модуле «Анализ временных рядов». Для того, чтобы установить наличие временного запаздывания между динамикой уровня изучаемых показателей использовался анализ распределенных лагов. Анализ показал, что между динамикой уровней суицидов и фатальных ДТП среди мужчин существует статистически значимая прямая связь на нулевом лаге (Коэф. регресс. 0,428; $p < 0,005$). Связь между динамикой уровней суицидов и фатальных ДТП среди женщин также положительная на нулевом лаге, хотя статистически она не значима (Коэф. регресс. 0,23; $p < 0,092$). Результаты настоящего исследования косвенно подтверждают гипотезу, согласно которой часть фатальных ДТП является скрытыми суицидами. Вместе с тем, к трактовке полученных результатов необходимо подходить с осторожностью, учитывая ряд методологических ограничений данного исследования.

Ключевые слова: суицид, фатальный дорожно-транспортный травматизм, тренды, Россия, 1965-2015.

Несмотря на то, что суицид посредством дорожно-транспортного происшествия (ДТП) является известным феноменом, многие его аспекты остаются малоизученными [1]. В основном это связано с проблематичностью установить, имел ли человек, погибший в ДТП, намерение покончить жизнь таким способом. Удельный вес подтвержденных суицидов в структуре смертности в результате ДТП отно-

сительно невысок и варьирует в разных странах от 1,1% до 14,3% [2]. Некоторые исследователи считают этот показатель заниженным, указывая при этом, что недоучет числа самоубийств посредством ДТП негативным образом отражается на качестве официальной статистики [1]. Существенные региональные вариации данного показателя, по всей видимости, обусловлены различиями в диагностических

подходах к данной проблеме судебных медиков. Кроме того, данный способ сведения счетов с жизнью может быть более распространен в странах, где суицид социально стигматизирован [2].

Исследователи идентифицировали три основных типа суицида посредством ДТП:

- 1) авария, совершенная одиночным водителем;
- 2) лобовое столкновение с тяжелым грузовиком;
- 3) самоубийство пешехода, замаскированное под ДТП [1].

Имеющиеся социально - эпидемиологические данные говорят о том, что чаще всего такой способ самоубийства выбирают мужчины (90% всех случаев) в возрасте 25-34 года [2]. Около половины из них имели различного рода психические нарушения, чаще всего в виде депрессии [3]. Примерно четверть из них ранее предпринимали суицидальные попытки [4].

Существует целый ряд косвенных подтверждений связи между суицидами и ДТП, касающихся различных аспектов этой связи. К примеру, в одном из исследований была показана связь между суицидами и ДТП у пациентов с биполярными аффективными расстройствами [2]. М. Selzer и С. Раупе показали, что пациенты с суицидальным поведением в два раза чаще становились участниками ДТП по сравнению с обычными пациентами [5]. Опрос, проведенный D. Muggau и D. DeLeo показал, что 14,8% респондентов, планировавших суицид, в качестве способа его совершения выбрали ДТП [4]. Были также показаны синхронные колебания числа суицидов и фатальных ДТП в течение недели [1]. Кроме того, суициденты и жертвы ДТП часто имеют общие психологические черты, такие как импульсивность, эгоцентризм, низкая способность контролировать агрессию, низкая толерантность к стрессу и фрустрации [3].

Согласно психоаналитической концепции, фатальное ДТП является следствием бессознательного аутодеструктивного поведения, то есть, фактически, неосознанным суицидом [5]. В более широком контексте, любое рискованное поведение рассматривается как аутодеструктивное [6]. Эмпирическое подтверждение данной концепции было предоставлено D.C. Grossman и соавторами, которые, изучив об-

стоятельства ДТП, совершенных молодыми людьми, пришли к выводу, что многие аварии представляли собой неосознанную суицидальную попытку [7].

Накопленные данные относительно связи между суицидами и фатальным дорожно - транспортным травматизмом на индивидуальном уровне дают основание предполагать наличие такой связи на популяционном уровне. С целью проверки данной гипотезы в настоящем исследовании был проведен сравнительный анализ трендов уровней суицидов и фатального дорожно-транспортного травматизма в России.

Материалы и методы.

Использованы коэффициенты смертности от самоубийств и смертности в ДТП за период с 1965 по 2015 год, отдельно для мужчин и женщин (по данным Росстата). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета «Statistica 10» в модуле «Анализ временных рядов». Следует отметить, что анализ социологических временных рядов имеет определенные сложности, поскольку статистические предпосылки регрессионного анализа выполняются не полностью. В частности, для таких рядов характерна взаимная зависимость членов одного ряда, особенно соседних, то есть их коррелированность. Поэтому сравнительный анализ динамики исходных временных серий может привести к обнаружению ложной корреляции между ними. В этой связи анализ временного ряда предполагает исключение из него тренда и других нестационарных компонентов, для того чтобы остатки не отличались от процесса «белого шума».

Для оценки и удаления тренда из временного ряда обычно используется метод наименьших квадратов, а также метод простых разностных операторов [8]. Суть последнего метода заключается в преобразовании исходного ряда в ряд разностей соседних значений ряда ($\nabla x_t = x_t - x_{t-1}$). Этот метод сведения временного ряда к стационарному виду является частным случаем общего метода, предложенного Боксом и Дженкинсом и получившего название в виде английской аббревиатуры ARIMA (авторегрессия и проинтегрированное скользящее среднее) [8].

В настоящей работе для удаления тренда использовались оба метода. После того, как

исходный ряд приближен к стационарному, подбирается его модель. Далее, с целью проверки адекватности модели проводится анализ остатков. Модель считается подобранной, если остаточная компонента ряда является процессом типа «белого шума». Следующий этап предполагает исследование кросскорреляционной функции между двумя «выбеленными» сериями. В настоящей работе для того, чтобы установить наличие временного запаздывания между динамикой уровня изучаемых показателей использовался анализ распределенных лагов.

Результаты и их обсуждение.

Графические данные свидетельствуют о схожем паттерне динамики уровней суицидов и фатальных ДТП: рост вплоть до начала 1980-х годов; существенное снижение в середине 1980-х годов; значительный рост в начале 1990-х годов, сменившийся снижением в середине 1990-х годов, за которым снова последовал кратковременный рост, начавшийся в 1998 году, и продолжавшийся вплоть до начала 2000-х годов.

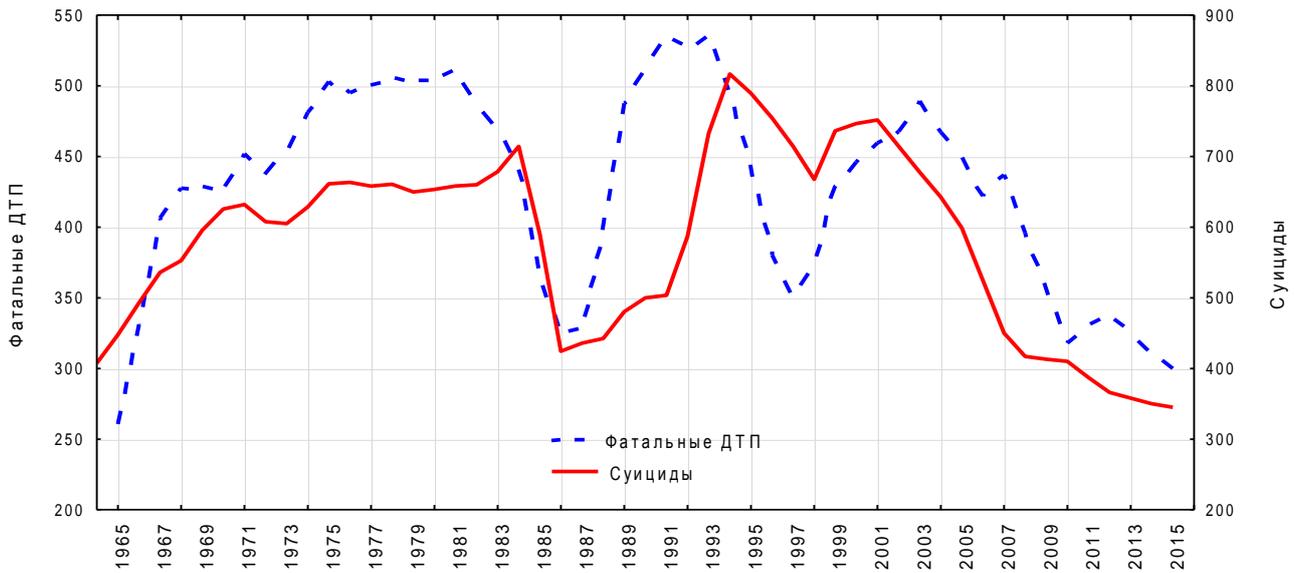


Рис. 1. Динамика уровня суицидов и смертности в результате ДТП среди мужчин.

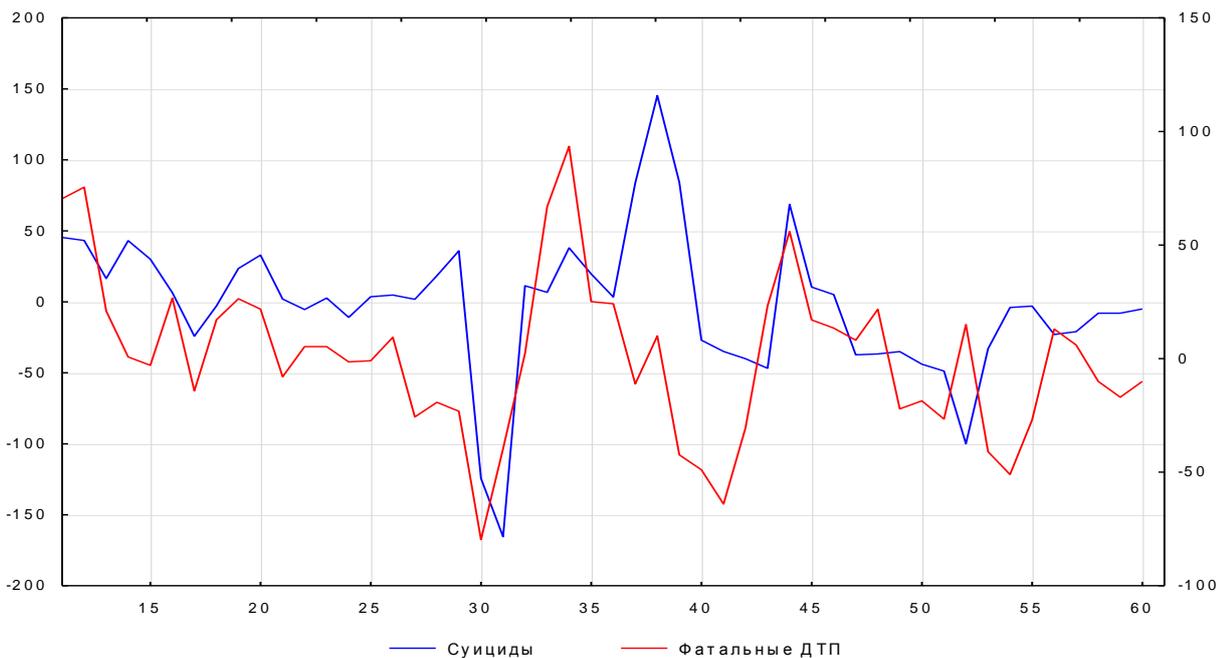


Рис. 2. Динамика уровня суицидов и смертности в результате ДТП среди мужчин после удаления тренда.

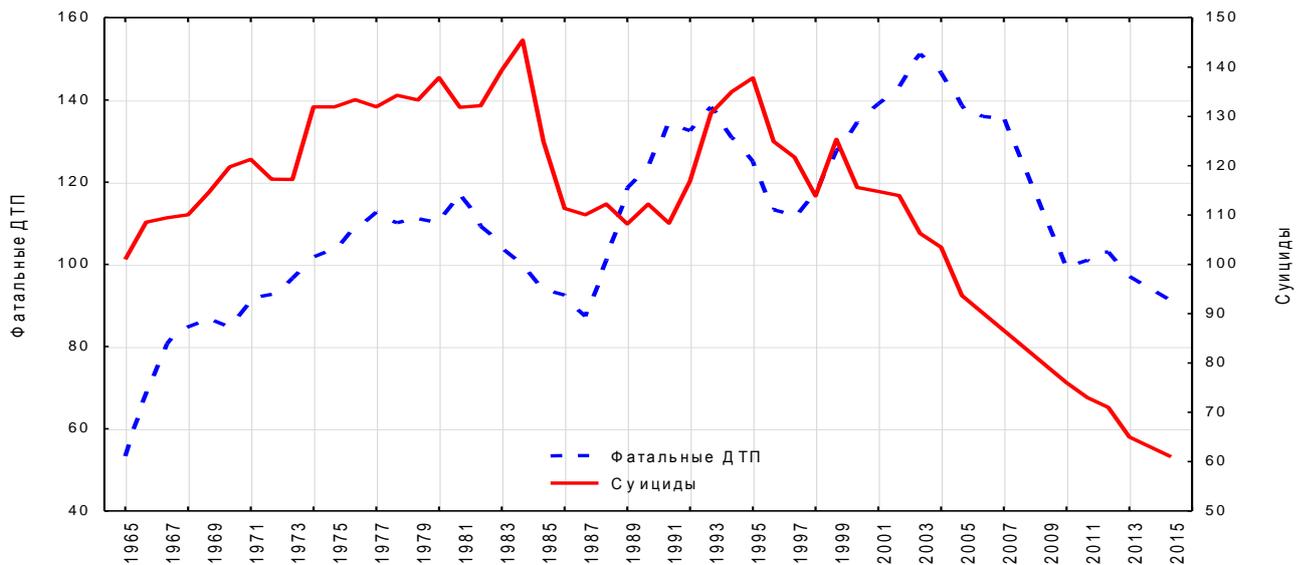


Рис. 3. Динамика уровня суицидов и смертности в результате ДТП среди женщин.

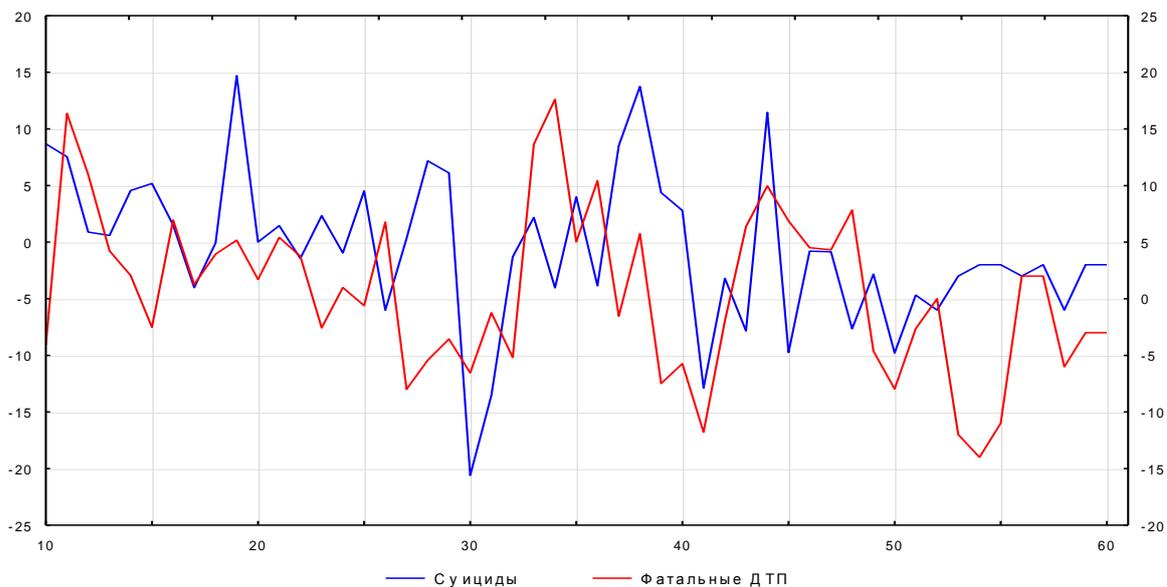


Рис. 4. Динамика уровня суицидов и смертности в результате ДТП среди женщин удаления тренда.

На протяжении последнего десятилетия изучаемые показатели демонстрировали устойчивую тенденцию к снижению. Следует обратить внимание на тот факт, что колебания уровней суицидов и смертности в результате ДТП среди мужчин были более выражены по амплитуде, и более синхронны, чем колебания этих показателей среди женщин.

Визуальный анализ графических данных (рис. 1-3) свидетельствует о том, что изучаемые временные ряды не являются стационарными, поскольку имеют выраженный линейный тренд, который обусловлен влиянием ка-

ких-то долговременных факторов, чей эффект постепенно накапливался. Следует также отметить, что изучаемые явления в различные периоды формировались при разных условиях, что существенно осложняет анализ. Поскольку динамика обоих показателей имеет нелинейный компонент, данные были подвергнуты логарифмическому преобразованию с целью стабилизации дисперсии. Следующим этапом было удаление линейного тренда с помощью метода наименьших квадратов. Однако удаление линейного тренда с помощью данного метода не позволило привести временные ряды к

стационарному виду. Исследование автокорреляционных функции показало, что полученные после преобразования временные ряды не являются стационарной последовательностью независимо распределенных случайных величин, поскольку оценки автокорреляций выходят за границы доверительной трубки, то есть соседние значения ряда коррелированы. Поэтому для удаления тренда был применен метод дифференцирования.

Анализ рядов, полученных с помощью простого разностного оператора первого порядка, свидетельствует, что их можно рассматривать как стационарные (рис. 2-4). Анализ автокорреляционных функций свидетельствует, что остатки ведут себя как последовательность независимых одинаково распределенных случайных величин, то есть фактически остаточная компонента является процессом типа «белого шума». После удаления детерминированной составляющей можно оценить связь между двумя временными сериями. Анализ распределенных лагов преобразованных временных рядов показал, что между динамикой уровней суицидов и фатальных ДТП среди мужчин существует статистически значимая прямая связь на нулевом лаге (Коэф. регресс. 0,428; $p < 0,005$) (табл. 1).

Таблица 1

Результаты анализа распределенных лагов для мужчин

Лаг	Коэф. Регресс.	Станд. Ош.	t	p
0	0,428	0,208	2,050	0,005
1	0,261	0,243	1,080	0,284
2	0,195	0,207	0,943	0,349

Связь между динамикой уровней суицидов и фатальных ДТП среди женщин также положительная на нулевом лаге, хотя статистически она не значима (Коэф. регресс. 0,23; $p < 0,092$) (табл. 2).

Результаты анализа временных серий, выявившие статистически значимую связь между трендами уровней суицидов и смертности в результате ДТП среди мужчин, могут косвенно свидетельствовать в пользу гипотезы, согласно которой часть фатальных ДТП является скрытыми суицидами.

Таблица 2

Результаты анализа распределенных лагов для женщин

Лаг	Коэф. Регресс.	Станд. Ош.	t	p
0	0,231	0,134	1,710	0,092
1	0,129	0,133	0,973	0,334
2	-0,006	0,133	-0,051	0,959

Более тесная связь между трендами уровней суицидов и смертности в результате ДТП среди мужчин согласуется с литературными данными, согласно которым суицид посредством ДТП является преимущественно мужским феноменом [1, 2].

Однако, несмотря на то, что удаление нестационарных компонентов из временного ряда с помощью процедуры дифференцирования значительно снижает риск ложной корреляции, невозможно полностью исключить вероятность того, что в данном случае речь идет о совпадающих трендах, сформировавшихся под влиянием каких-то общих неучтенных факторов. Одним из таких потенциальных факторов является алкоголь. Удельный вес алкогольного фактора в структуре суицидов в России колеблется по разным оценкам от 45 до 59% [9-16]. Алкоголь, повышая импульсивность и снижая витальный страх, является проксимальным фактором риска суицида, совершенного посредством ДТП [1]. Алкоголь в крови был обнаружен у 85% суицидентов, погибших в ДТП [1], что существенно выше удельного веса САК (содержание алкоголя в крови) – позитивных ДТП, не связанных с суицидом [2]. Что касается вклада алкоголя в уровень смертности в результате ДТП, то в недавнем исследовании, проведенных с использованием российских данных, алкогольная фракция в структуре данного вида смертности была оценена в 38,3% для мужчин и 25,2% для женщин [17].

Влияние алкогольного фактора на уровни суицидов и смертности в результате ДТП отчетливо проявилось в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов, которая является наиболее известным «естественным» экспериментом в области алкогольной политики [9]. Резкое ограничение доступности алкоголя в этот период сопровождалось существенным

снижением уровня суицидов, а также уровня фатального дорожно-транспортного травматизма.

Второй неучтенной переменной, способной оказать влияние на тренды изучаемых видов смертности является психосоциальный дистресс. Роль психосоциального дистресса как фактора риска суицида [18], так же как и фатального дорожно-транспортного травматизма доказана [19, 20]. Имеются веские аргументы полагать, что психосоциальный дистресс, вызванный резкими социально-экономическими переменами, является важной детерминантой роста уровней суицидов и фатального дорожно-транспортного травматизма в начале 1990-х годов прошлого века [21]. Кроме того, психосоциальный дистресс, вызванный банковским кризисом 1998 года, мог стать причиной очередного всплеска уровней суицидов и фатального дорожно - транспортного травматизма [11].

Гораздо более сложными представляются рассуждения о том, что синхронность изменения трендов может быть обусловлена определённой динамикой фоновых или базисных общественных механизмов, оказывающих влияние на все выше перечисленные факторы, и, помимо этого, предполагающей интегральность результирующего эффекта. В качестве таких фоновых характеристик можно рассматривать “социальный климат” в обществе, состояние культурной и духовной среды, и аналогичные им понятия, которые не могут оцениваться с помощью обособленных переменных, а всегда подразумевают комплексность в проведении оценок. В качестве такой обобщённой модели можно рассматривать классическую теорию Э. Дюркгейма о комплексной

значимости механизмов социальной интеграции и регуляции [22]. Соответственно, динамика показателей смертности в ДТП, наряду с динамикой суицидов может рассматриваться в качестве характеристики социальной интеграции. Подобные рассуждения не предполагают выстраивание прямых причинно-следственных отношений между социальными индикаторами, в то же время они предостерегают от возможности построения упрощённых моделей интерпретации их взаимозависимости.

В качестве ограничения данного исследования также следует отметить снижение качества использованных данных в постсоветский период. Ряд исследователей указывает на то, что в силу социальной значимости отдельных видов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств, имеют место определённые манипуляции со статистикой смертности [23, 24]. Наиболее известным способом искажения статистики самоубийств является увеличение доли смертности от повреждений с неопределёнными намерениями (явления, названного переводом социально значимых причин в латентную форму) [23].

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о наличии статистически значимой связи между трендами уровней суицидов и фатальных ДТП среди мужчин на популяционном уровне, тем самым косвенно подтверждают гипотезу, согласно которой часть фатальных ДТП является скрытыми суицидами. Вместе с тем, к трактовке полученных результатов необходимо подходить с осторожностью, учитывая ряд методологических ограничений данного исследования.

Литература:

1. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., Monteboni F., Palermo M., Campi S. et al. Car accidents as a method of suicide: a comparative overview // *Forensic Science International*. – 2012. – Vol. 223. – P. 1–9.
2. Routley V., Staines C., Brennan C., Haworth N., Ozanne-Smith J. Suicide and natural deaths in road traffic – review. Monach University Accident Research Centre. 2003.
3. Selzer M.L., Rogers J.E., Kern S., Fatal accidents: the role of psychopathology, social stress, and acute disturbance // *Am. J. Psychiatry*. – 1968. – Vol. 124. – P. 1028–1036.

References:

1. Pompili M., Serafini G., Innamorati M., Monteboni F., Palermo M., Campi S. et al. Car accidents as a method of suicide: a comparative overview // *Forensic Science International*. – 2012. – Vol. 223. – P. 1–9.
2. Routley V., Staines C., Brennan C., Haworth N., Ozanne-Smith J. Suicide and natural deaths in road traffic – review. Monach University Accident Research Centre. 2003.
3. Selzer M.L., Rogers J.E., Kern S., Fatal accidents: the role of psychopathology, social stress, and acute disturbance // *Am. J. Psychiatry*. – 1968. – Vol. 124. – P. 1028–1036.

4. Murray D., De Leo D. Suicidal behavior by motor vehicle collision // *Traffic Inj. Prev.* – 2007. – Vol. 8. – P. 244–247.
5. Selzer M.L., Payne C.E. Automobile accidents, suicide and unconscious motivation // *American Journal of Psychiatry.* – 1962. – Vol. 119, № 3. – P. 237–240.
6. Menninger K.A. Purposive accidents an expression of self-destructive tendencies // *Int. J. Psychoanal.* – 1936. – Vol. 18. – P. 6–16.
7. Grossman D.C., Soderberg R., Rivara F.P. Prior injury and motor vehicle crash as risk factors for youth suicide // *Epidemiology.* – 1993. Vol. 4. – P. 115–119.
8. Box G.E.P., Jenkins G.M. *Time Series Analysis: forecasting and control.* – London. Holden-Day Inc. 1976.
9. Немцов А.В., Шелыгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. // *Суицидология.* – 2016. – Том 7, № 3 (24). – С. 3–12.
10. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий // *Суицидология.* – 2015. – Том 6, № 3. – С. 41–49.
11. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов // *Суицидология.* – 2016. – Том 7, № 1. – С. 3–10.
12. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005 // *Drugs: Education, Prevention and Policy.* – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 127–139.
13. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // *Suicidology Online.* – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
14. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // *Crisis.* – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
15. Razvodovsky Y.E. Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia // *Alcoholism.* – 2010. – Vol. 46, № 2. – P. 63–75.
16. Razvodovsky Y.E. Beverage specific alcohol sales and violent mortality in Russia // *Adicciones.* – 2010. – Vol. 22, № 4. – P. 311–316.
17. Razvodovsky Y.E. Road traffic mortality attributable to alcohol in Russia // *Mental Health and Addiction Research.* – 2016. – Vol. 1, № 4. – P. 1–4.
18. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // *Суицидология.* – 2012. – № 4. – С. 28–40.
19. World Health Organization. *Global status report on road safety: time for action.* Geneva: World Health Organization, 2009.
20. Road Safety Performance – National Peer Review: Russia Federation. OECD/ITF 2011
4. Murray D., De Leo D. Suicidal behavior by motor vehicle collision // *Traffic Inj. Prev.* – 2007. – Vol. 8. – P. 244–247.
5. Selzer M.L., Payne C.E. Automobile accidents, suicide and unconscious motivation // *American Journal of Psychiatry.* – 1962. – Vol. 119, № 3. – P. 237–240.
6. Menninger K.A. Purposive accidents an expression of self-destructive tendencies // *Int. J. Psychoanal.* – 1936. – Vol. 18. – P. 6–16.
7. Grossman D.C., Soderberg R., Rivara F.P. Prior injury and motor vehicle crash as risk factors for youth suicide // *Epidemiology.* – 1993. Vol. 4. – P. 115–119.
8. Box G.E.P., Jenkins G.M. *Time Series Analysis: forecasting and control.* – London. Holden-Day Inc. 1976.
9. A.V. Nemtsov, K.V. Shellugin Suicides and alcohol consumption in Russia, 1959-2013 // *Suicidology.* – 2016. – Vol. 7, № 3 (24). – P. 3–12. (In Russ)
10. Y.E. Razvodovsky, V.Y. Smirnov, P.B. Zotov Forecasting of suicides rate using time series analysis // *Suicidology.* – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 41–49. (In Russ)
11. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicides in Russia, Ukraine and Belarus: a comparative analysis of trends // *Suicidology.* – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 3–10. (In Russ)
12. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005 // *Drugs: Education, Prevention and Policy.* – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 127–139.
13. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // *Suicidology Online.* – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
14. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // *Crisis.* – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
15. Razvodovsky Y.E. Beverage specific alcohol sale and mortality in Russia // *Alcoholism.* – 2010. – Vol. 46, № 2. – P. 63–75.
16. Razvodovsky Y.E. Beverage specific alcohol sales and violent mortality in Russia // *Adicciones.* – 2010. – Vol. 22, № 4. – P. 311–316.
17. Razvodovsky Y.E. Road traffic mortality attributable to alcohol in Russia // *Mental Health and Addiction Research.* – 2016. – Vol. 1, № 4. – P. 1–4.
18. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // *Suicidology.* – 2012. – № 4. – P. 28–40. (In Russ)
19. World Health Organization. *Global status report on road safety: time for action.* Geneva: World Health Organization, 2009.
20. Road Safety Performance – National Peer Review: Russia Federation. OECD/ITF 2011

21. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia // Population Research and Policy Review. – 2000. – Vol. 19. – P. 397–419.
22. Durkheim E. Le suicide. – Paris: Felix Alcan, 1897.
23. 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 // Population Research and Policy Review. – 2008. – Vol. 27, № 5. – P. 551–574.
24. 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. – Vol. 18, № 5. – P. 321–325.
21. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia // Population Research and Policy Review. – 2000. – Vol. 19. – P. 397–419.
22. Durkheim E. Le suicide. – Paris: Felix Alcan, 1897.
23. 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 // Population Research and Policy Review. – 2008. – Vol. 27, № 5. – P. 551–574.
24. 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. – Vol. 18, № 5. – P. 321–325.

Summary:

SUICIDES AND ROAD TRAFFIC DEATHS IN RUSSIA: A COMPARATIVE ANALYSIS OF TRENDS

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov, S.V. Kondrychyn

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Medical center "Medical city", Tyumen, Russia
Minsk regional hospital, Minsk, Belarus

Introduction: It has long been recognized that there are difficulties in obtaining valid mortality rates for suicides. The evidence indicated that suicides are sometimes misclassified and “hidden” as accidental. Suicide by motor vehicle crash is a recognized phenomenon, leading to under-reporting of the actual number of suicides and inaccuracies in the suicides mortality statistics. Road traffic accident mortality and the suicides rates in Russia are both among the highest in the world. This phenomenon has attracted much attention in recent years, but remains poorly understood. **Aims:** The present study aims to test the hypothesis of the close aggregate level link between road traffic accident mortality and the suicides rates in Russia. **Methods:** Trends in sex-specific road traffic accident mortality and the suicides rates from 1965 to 2015 were analyzed employing a distributed lags analysis in order to assess bivariate relationship between the two time series. **Results:** The graphical evidence suggests that the trends in both road traffic accident mortality and the suicides for male and female seem to follow each other across the time series. The results of analysis indicate the presence of a statistically significant association between the two time series for male at lag zero (Regres. Coef. 0,428; $p < 0,005$). This association for female was also positive, but statistically nonsignificant (Regress. Coef. 0,23; $p < 0,092$). **Conclusions:** This study indirectly supports the hypothesis that many of road traffic accident deaths in Russia are likely to have been suicides. Alternatively, common confounding variables, including binge drinking and psychosocial distress, may explain positive aggregate-level association between the two time series.

Key words: suicide, road traffic deaths, trends, Russia, 1965-2015.

Подписка на журнал «Суцидология»

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»

УДК 616.89:616

ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА КАК КРИТЕРИЙ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ

И.А. Кудрявцев

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

Контактная информация:

Кудрявцев Иосиф Абакарович – доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор. Место работы и должность: Главный научный сотрудник Научно-организационного отдела ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. Электронный адрес: psylib.kja@serbsky.ru

Оценка риска угрожаемого самоубийства до настоящего времени разрабатывалась преимущественно в клиническом, сугубо поведенческом аспекте. Результаты специальных психодиагностических исследований такого рода в отечественной литературе практически отсутствуют. Цель: восполнить этот пробел как существенную часть общей проблемы превенции самоубийств психически больных.

Материалы и методы: Были исследованы 76 пациентов с различными видами пограничных психических (преимущественно невротических) расстройств. Из них 51 человек *составили основную суицидальную группу*. Для сравнительного анализа она была разделена на две группы: 1-я – лица с незавершенными суицидальными попытками (12 женщин и 12 мужчин). Условно она была обозначена как *группа постсуицида*. Во 2-ю группу – *пресуицида* – были включены больные с навязчивыми суицидальными мыслями, сформированными планами и замыслами самоубийства, потребовавшими госпитализации в кризисный стационар (21 женщина и 6 мужчин).

В контрольную группу сравнения, были отнесены 25 больных, поступивших в то же клиническое отделение, но без признаков суицидальной угрозы. По своим преморбидным данным они существенно не отличались от лиц из основной суицидальной группы. Сравнимые группы существенно не различались по возрасту: в среднем 35,6; 40,5 и 38,7 лет соответственно.

Основное внимание при обработке материала было уделено разработке мониторинга патопсихологических расстройств и механизмов, лежащих в основе повышенного риска общественно опасного поведения, что позволяло оценивать и прогнозировать качественный результат недобровольного лечения, служить критериями его изменения или прекращения.

В исследования были применены: 1) клинический анализ структуры и динамики состояния суицидентов; 2) мотивационное интервьюирование, выявляющее основные стимулы и вербализованные смыслы суицидального поведения, уровень осознанности компонентов мотива, отношение к суицидальной тенденции; 3) вопросники определения депрессии А.Т. Beck, С.Н. Ward, М. Mendelson и соавт. (1961) и тревоги А.Т. Beck, R.A. Steer (1993); 4) сенсibilизированные тесты определения риска самоубийства: шкалы безнадежности А. Beck и соавт. (1974, 1975), шкала суицидальных мыслей А. Beck и соавт., (1991), шкала суицидального риска W. Patterson и соавт. (1983).

Результаты и выводы: На основании проведенных исследований подтвержден высокий ранг депрессии и депрессивных переживаний как наиболее важных клинико-психологических состояний, определяющих риск самоубийства. Тревожный компонент невротических депрессивных расстройств выступал как клинически нейтральный признак, заметно не отягчающий суицидальную опасность смешанного состояния.

Показано, что применение общепризнанных шкал суицидального риска А. Beck (1961-1991 / 1993) и W.M.Patterson (1983) обладает рядом конструктивных ограничений. Показатели субъективной оценки риска как состояния безнадежности не могут в полном объеме надежно дифференцировать высокий уровень суицидального риска. Средние значения шкалы А. Beck (1991) лежат в зоне диагностической неопределенности.

Тест W.M. Patterson более четко дифференцирует суицидоопасные группы, причем в зоне высокого и очень высокого риска достоверно ($p < 0,01$) отграничивает лиц с незавершенными суицидальными попытками от пациентов с суицидальными мыслями и планами, нуждающихся в госпитализации. Вместе с тем зона высокого риска надежна лишь в отношении исследованных с мыслями о самоубийстве.

Ключевые слова: самоубийство, критерии риска, психическое расстройство, психодиагностика, общественно опасное поведение.

Диалектика формирования нового психосоциального подхода к лицам с психическими расстройствами, имплицитно включающим в себя принципы толерантности, дестигматизации и равенства социальных возможностей для психически больных и здоровых лиц, существенно повышает ответственность общества за судьбу больных и лиц их окружающих. Неточности и ошибки просветительной пропаганды, эмоциональный пафос антипсихиатрических протестов, несовершенство применения самых прогрессивных законов, защищающих психически больных от злоупотреблений, нередко оборачиваются неожиданной бедой для больных или/и социума, в котором больные живут, и с которым они коммуницируют и взаимодействуют в процессе социальной адаптации и реабилитации. Наиболее тяжелые неудачи и ошибки в этом процессе выливаются в общественно опасное поведение (ООП) и общественно опасное деяние (ООД), где страдающей стороной становятся либо сами больные, либо их окружение.

Такого рода неблагоприятные эксцессы существенно учащаются в периоды общественного неблагополучия, когда социальные фрустрации озлобляют, дегуманизируют и разобщают людей. Сопутствующие социальным трудностям эмоциональные проблемы и перегрузки нередко вызывают или усугубляют у психически больных явления тяжелой социальной дезадаптации и выраженной дезрегуляции конвенционального поведения. Как правило, это выражается в различных формах агрессии, направленной на окружающий психически больных социум или/и на самих себя [1], что определяет необходимость постоянного дальнейшего совершенствования превентивных, профилактических мероприятий.

Первичная психопрофилактика включает в себя мероприятия по предупреждению психических расстройств (в том числе общепрофилактического плана)¹.

Вторичная психопрофилактика предполагает комплекс мероприятий по предупрежде-

нию неблагоприятной динамики уже возникшего психического заболевания, уменьшению его патологических проявлений, облегчению течения болезни и улучшению исхода.

Третичная психопрофилактика охватывает комплекс мер по реабилитации и предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, в том числе мероприятия по предупреждению *суицидальных действий*.

Предупреждать их первичное развитие изначально возможно только в рамках общей психиатрической практики. И лишь после надежной апробации превентивных мер здесь, адаптировать профилактические приемы реабилитации психически больных к условиям недобровольной госпитализации в стационаре.

Универсальность базового подхода отражена и в законодательстве России. Как в УК РФ (ст. 97), так и в Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 29), основания ограничения прав психически больных в виде принудительности или недобровольности лечения сформулированы идентично.

В ст. 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (в редакции от 21.11.2011 г.) указывается, что «лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение *возможны только в стационарных условиях*, а психическое расстройство является *тяжелым* и обуславливает:

а) его *непосредственную опасность для себя* или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

В связи со сказанным, включение в рамки профилактики ООП положений, эмпирических критериев и принципов реабилитации больных, разработанных в общей психиатрической практике, представляется не только продуктивным, но и необходимым, обязательным. Указанные данные не могут быть тщательно и полно разработаны *только* в условиях медицинских

¹Посредством реализации мер психогигиены, правильного воспитания детей и подростков (психологической дидактики), адекватной профориентации молодежи, предупреждения аддикций, психогений, привития культуры межличностных отношений, психотерапии бытовых, семейных и социальных конфликтов.

учреждений специальной (прежде всего судебно-психиатрической) практики. Это особенно относится к проблеме психодиагностики и психологической коррекции суицидальной угрозы (степени риска самоубийства). С учетом сказанного, решение этой проблемы было выполнено преимущественно на общем психиатрическом материале, а также данных посмертных КСППЭ.

Среди различных видов поведения, представляющих «непосредственную опасность для себя» у психически больных, наиболее тяжелым и часто необратимым является самоубийство. Проблема самоубийств в России становится все более актуальной. В возрасте 15-34 лет смертность в результате суицидов занимает первое место [2]. Особенно неблагоприятно обстоит дело в молодежной среде больших городов, где суициды учащихся старших классов и студентов временами принимают эпидемический характер. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2020 г. количество самоубийств может возрасти на 50%, а количество людей, совершающих суицидальные попытки, увеличится в 10-20 раз [3], составив около 1,5 млн. человек [4].

Наиболее уязвимой категорией населения, как уже отмечалось, являются лица с психическими расстройствами. Исследования показали, что такие пациенты наиболее часто помещаются в кризисный стационар в порядке недобровольной госпитализации по поводу суицидальных намерений (навязчивых мыслей, замыслов) или/и незавершенных попыток самоубийства.

По материалам ВОЗ [5] и данным отечественных исследователей [6], психические расстройства на момент совершения самоубийства имеют место у 90-95% суицидентов. Согласно результатам Датского реестрового исследования [цит. по 6], значение риска на популяционном уровне в отношении совершения суицида лицами с психическими расстройствами, требующими госпитализации, составило 40,3%. При наиболее суицидоопасных психических заболеваниях данные особенно показательны. В частности, при депрессивных расстройствах риск суицида выше, чем в общей популяции, в 30, при шизофрении – в 20 раз. При расстройствах личности (в первую очередь при истерическом и эмоционально неустойчивом его вариантах) риск суицида превышает показатели общей популяции в 15 раз.

При алкоголизме он выше в 10 раз, при эпилепсии – в 4 раза, при стрессовых расстройствах – в 3 раза [6].

Приведенные данные убедительно свидетельствуют, что лица, страдающие психическими расстройствами, имплицитно несут потенциальную повышенную «опасность для себя» и требуют постоянной дифференцированной оценки на предмет степени актуальности риска самоубийства.

Одним из аспектов медицинского решения этой проблемы является совершенствование превентивных мер, включающих раннюю надежную диагностику и мониторинг состояний, угрожающих суицидом. Особая важность динамического наблюдения такого рода психически больных определяется, прежде всего, тем, что те из них, кто ранее совершал попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем [7, 8]. Наиболее опасным в этом плане является период ближайшего года после первичного суицида, особенно ближайших 5-6 месяцев [7]. Вследствие этого такие лица должны быть отнесены к группе наиболее высокого риска, требующего эффективного профессионального наблюдения и направленной профилактики суицидальных рецидивов, опирающихся на индивидуальный прогноз кризисного эпизода. Между тем оценка риска угрожаемого самоубийства до настоящего времени разрабатывалась преимущественно в клиническом, сугубо поведенческом аспекте [1]. Результаты специальных психодиагностических исследований такого рода в отечественной литературе практически отсутствуют. Восполнение этого пробела предпринято в настоящей статье как существенная часть общей проблемы превенции самоубийств психически больных.

Материал исследования.

Были исследованы 76 пациентов крупной областной психиатрической больницы с различными видами пограничных психических (преимущественно невротических) расстройств¹. Из них 51 человек (в том числе 15 недобровольно госпитализированных) в своей совокупности составили основную суицидальную группу. Для сравнительного анализа она была разделена на 2 группы. 1-ю группу составили лица с незавершенными суицидальными попытками (n=24: 12 женщин и 12 мужчин).

¹Исследования проведены совместно Е.А. Декало под нашим (Кудрявцев И.А.) руководством.

Условно она была обозначена как *группа пост-суицида*. Во 2-ю группу, названную *группой пре-суицида*, были включены больные с навязчивыми суицидальными мыслями, сформированными планами и замыслами самоубийства, требовавшими госпитализации в кризисный стационар (n=27: 21 женщина и 6 мужчин).

В 3-ю, контрольную группу сравнения, были отнесены 25 больных, поступивших в тот же клиническое отделение психиатрической больницы в тот же период времени по поводу пограничных, преимущественно невротических, расстройств психики, но без признаков суицидальной угрозы. По своим преморбидным данным они существенно не отличались от лиц из основной суицидальной группы. Для нивелирования влияния патогенных биологических факторов из разработки были исключены лица с выраженной коморбидной психической патологией (органической, наркотической, соматогенной и т.п.).

Группы существенно не различались по возрасту: в среднем 35,6; 40,5 и 38,7 лет соответственно.

Методология и методы исследования.

Наша исходная методологическая позиция состоит в утверждении, что успешность профилактических реабилитационных и психотерапевтических вмешательств, обеспечивающих предупреждение ООП психически больных в форме суицидов, может быть реализована за счет соблюдения ряда атрибутивных принципов. В их число входят следующие:

– использование валидного методического инструментария (надежных информативных технологий, психотехник и эффективных алгоритмов решения поставленных научно - практических задач);

– направленность целей и задач исследований на определение ключевых патогенетических звеньев и механизмов, ответственных за суицидальное Общественно Опасное Поведение (суицидальное ООП);

– разработка на этой основе терапевтических «мишеней» комплексного лечебного процесса и эффективных психотерапевтических и психокоррекционных методов его осуществления;

– разработка средств оценки и мониторинга риска социальной опасности психически больных (соответствующих маркеров степени угрозы реализации и предикторов тенденций динамики опасного поведения психически больных).

Раскрывая ключевые патогенетические нарушения саморегуляции психически больных, обуславливающие повышенный риск совершения опасных действий, такой научно-практический подход позволяет выделить «терапевтические мишени» направленных лечебных и коррекционных воздействий, оценить их реальный реабилитирующий эффект (глубину, полноту, стабильность, уровень реституции психики и профессиональных возможностей, восстановление личностного и социального статуса больного). Особенно важным достижением следует считать возможность отслеживать изменения риска ООП и ООД в процессе медикаментозного лечения, психотерапии и психологической коррекции, оценивать маркеры и предикторы накануне, как в процессе, так и при завершении недобровольного лечения при решении вопроса об его отмене. Исполняя роль критериев изменений в результате терапевтического процесса, они позволяют осуществлять надежный мониторинг степени выраженности и курабельности патопсихологических расстройств и механизмов, лежащих в основе повышенного риска ООП. Тем самым – оценивать и прогнозировать качество и результат недобровольного лечения, служить критериями его изменения или прекращения. А также, что, на наш взгляд, особенно важно, – обеспечить преемственность психологического мониторинга и динамического прогноза при диспансерном наблюдении лиц с психически расстройствами или с акцентуациями личности в актуальный ситуационный период, при возникновении сопутствующих (коморбидных) психических расстройств, неблагоприятных социальных давлений и/или фрустраций.

В связи со сказанным, представляет особую важность определение и оценка особенностей, личностных факторов и прогностических признаков суицидального поведения по данным психодиагностических исследований для разработки психологических маркеров – предикторов суицидального риска.

В качестве основных способов выявления таких признаков суицидального поведения были применены:

1) клинико-психопатологический анализ структуры и динамики состояния суицидентов;

2) мотивационное интервьюирование, выявляющее основные стимулы и вербализированные смыслы суицидального поведения, уровень осознанности компонентов мотива, отношение к суицидальной тенденции;

Таблица 1

Распределение диагнозов в соответствии с МКБ-10 в исследованных группах (%)

Диагноз по МКБ-10	1-я группа (постсуицид)		2-я группа (пресуицид)		Суицидальная угроза в целом		Группа сравнения	
	n	%	n	%	n	%	n	%
F06.3. Органические расстройства настроения (аффективные)	1	4,17	1	3,70	2	3,92	0	0
F32.2. Депрессивный эпизод тяжелой степени	8	33,33	3	11,1	11	21,57	1	4,00
F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	4	16,66	2	7,40	6	11,77	3	12,00
F44.7. Смешанное диссоциативное (конверсионное) расстройство	1	4,17	3	11,1	4	7,84	1	4,00
F45.0. Соматизированное расстройство	1	4,17	2	7,40	3	5,88	1	4,00
F45.2. Ипохондрическое расстройство	1	4,17	5	18,6	6	11,77	3	12,00
F25.08. Шизоаффективное расстройство	3	12,50	1	3,70	4	7,84	1	4,00
F34.0. Циклотимия	3	12,50	1	3,70	4	7,84	0	0
F23.01. Острое полиморфное психотическое расстройство при наличии ассоциативного стресса	1	4,17	0	0	1	1,96	0	0
F23.16. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, шизофреническая реакция при наличии ассоциативного стресса	1	4,17	2	7,40	3	5,88	0	0
F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство	0	0	1	3,70	1	1,96	2	8,00
F43.2. Расстройство приспособительных реакций	0	0	3	11,1	3	5,88	3	12,00
F45.3. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	0	0	2	7,40	2	3,92	4	16,00
F41.0. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)	0	0	1	3,70	1	1,96	2	8,00
F60. Специфические расстройства личности	0	0	0	0	0	0	2	8,00
F21.8. Шизотипическое расстройство личности	0	0	0	0	0	0	2	8,00
Итого	24	100,0	27	100,0	51	100,0	25	100,0

3) вопросники определения депрессии [9] и тревоги [10];

4) сенсibilизированные тесты определения риска самоубийства: шкалы безнадежности А. Векс и соавт. [11, 12], шкала суицидальных мыслей А. Векс и соавт. [13], шкала суицидального риска W. Patterson и соавт. [14].

Для статистической обработки данных были использованы методики пакета прикладных программ «R-system 2.14»: непараметрические критерии сравнения, коэффициент корреляции Спирмена (rs), критерий сравнения независимых выборок Манна-Уитни (U-критерий), критерий сравнения зависимых выборок Вилкоксона (Г-критерий), а также t-критерий Стьюдента.

Усредненные результаты применения шкал тревоги и депрессии А. Бека в исследованных группах

Группа	Аффективные состояния (вид и показатели)	
	тревога	депрессия
1-я (суицидальные попытки)	21,8	26,7
2-я (суицидальные мысли)	25,1	27,9
3-я (без суицидальных проявлений)	30,7	29,6

Результаты исследования и их об- суждение.

В выделенных для исследования группах были установлены следующие клинические диагнозы, представленные в таблице 1.

Анализ данных таблицы 1 показывает связь суицидальной активности с состояниями глубокой клинической депрессии. Тяжелые депрессивные эпизоды не только были наиболее частыми причинами совершения попыток самоубийства (33,3%), но и имели один из самых больших весов (11,1%) в группе пресуицида, определяя доминирование суицидальных мыслей в сознании больных. Они значимо ($t=2,8$; $p<0,001$) отличались частотностью от группы сравнения, подтверждая высокий ранг депрессии и депрессивных переживаний как наиболее важных клинико-психологических маркеров риска самоубийства.

Указанная зависимость была свойственна всему контингенту лиц с суицидальной активностью. Она с высокой достоверностью ($t=2,51$; $p<0,001$) определяла наиболее значимую составляющую высокой опасности самоубийства, установленную специальной комиссией¹, маркируя наибольший суицидальный

риск у депрессивных больных кризисного стационара. Менее отчетливо суицидальные тенденции при классическом депрессивном аффекте проявлялись в рамках циклотимии ($t=1,82$; $p>0,07$).

Из данных таблицы 1 также вытекает, что смешанные тревожно - депрессивные варианты пограничных заболеваний практически не отличались по частоте в группах сравнения, постсуицида и пресуицида, равно как и в объединенной суицидальной когорте наблюдений. Другим словами, тревожный компонент невротических депрессивных расстройств выступал как клинически нейтральный признак, заметно не отягчающий суицидальную опасность смешанного состояния.

Установленные зависимости имели дифференцированный характер, определяясь тяжестью и характером депрессивных расстройств. При усреднении показателей тревоги и депрессии в выделенных клинических группах (табл. 2) различия между ними сглаживались, подтверждая важную прогностическую роль учета качества актуальных психических состояний.

Вместе с тем при таком сопоставлении обнаружили некоторые новые важные закономерности. Как видно из приведенных результатов, налицо некоторое парадоксальное превалирование среднего уровня тревоги в 3-й группе (сравнения) относительно 1-й группы (суицидальных попыток). Этот феномен, вероятно, связан с тем, что незавершенная серьезная попытка суицида ведёт к определённому отреагированию травмирующих переживаний. Тем самым у некоторой части суицидентов это приносит временное субъективное облечение

тором также присутствуют прокурор, представитель психиатрического учреждения, и представитель больного. Решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней.

¹ Согласно ст.ст. 33-35 закона РФ «О Психиатрической помощи ...» человек, госпитализированный в психиатрическую больницу в недобровольном порядке, подлежит обязательной экспертизе в течение 48 часов комиссией психиатров, которая решает, оправдана ли госпитализация. После этого в течение 24 часов подается заявление в суд. Заявление должно содержать юридические основания для недобровольной психиатрической госпитализации. Принимая заявление, судья в то же самое время разрешает заключение человека в психиатрической больнице в течение периода, необходимого для рассмотрения заявления судом. В течение 5 дней после получения заявления проводится слушание в суде. Больной имеет право посетить слушания своего дела, на ко-

кризисных фрустраций. В свою очередь это приводит к той или иной переоценке психотравмирующих обстоятельств со снижением остроты тревожных переживаний.

Превалирование же в 3-й группе (сравнения) лиц с пограничными расстройствами, у которых в связи с остротой невротического конфликта субъективное состояние при поступлении в стационар отличалось субъективной тяжестью, указанный механизм снижения тревоги был не выражен, что и проявилось в суммарно большей (но содержательно иной, отличной от групп суицида) напряженности тревожного аффекта.

Таким образом, изолированное применение у исследованных пациентов тестов измерения уровня тревоги и депрессии без раскрытия семантики переживаний не имеет существенного дифференцирующего значения, свидетельствуя об ограниченных возможностях использования этих показателей в качестве индикаторов повышенного суицидального риска.

Значительно более информативные и значимые результаты были получены при использовании прогностических показателей сенсibilизированных тестов: шкалы безнадежности А. Бека и соавт. [9, 13], шкалы суицидального риска [14]. Полученные результаты приведены в таблицах 3 и 4.

Как следует из данных таблицы 3, не обнаружено значимых различий между 1-й и 2-й группами (*пресуицида* и *постсуицида*) ни по одному из показателей субъективной оценки риска как состояния безнадежности. Это свидетельствует о том, что показатели шкалы безнадежности не могут надежно дифференциро-

вать между собой лиц с реальной опасностью самоубийства. Респонденты 1-й группы, совершившие незавершенную попытку самоубийства, иногда чувствуют себя удовлетворительно при оценке жизненной перспективы, тогда как респонденты 2-й группы нередко переживают глубокую безнадежность с крайне высоким психоэмоциональным напряжением, маркирующими высокий риск самоубийства.

Отмеченный недостаток ещё более отчетливо проявляется в зоне среднего риска, где опросник А. Бека [11, 12], оказался непригодным для различения эмоциональных переживаний (состояний), угрожаемых и не угрожаемых самоубийством. Из таблицы 3 видно, что уровень фрустрационного напряжения в 3-й несуйцидоопасной группе сравнения столь же выражен, как и у лиц с явными суицидальными феноменами.

Следует отметить что, к 3-й группе относились лица с невротическими расстройствами, у которых переживания актуального конфликта, хотя и отличались субъективной тяжестью, но их смысловое содержание не было связано с антивитальными мотивами и идеями. Именно поэтому они ни в одном случае не достигали уровня высокого риска, дифференцируя с большой степенью достоверности ($p < 0,001$) лиц с подлинным высоким суицидальным риском и большой вероятностью его реализации. Другими словами, лишь высокие (крайние в градуированной шкале) показатели могут быть учтены не только в качестве маркеров, но и как предикторы высокой угрозы самоубийства.

Таблица 3

Распределение данных шкалы безнадежности А. Бека в группах

Группа	Уровень риска									
	минимальный		повышенный		средний		высокий		всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-я группа (попытки суицида)	1	4,2	1	4,2	7	20,2	15	62,4	24	100,0
	f=5,75; p<0,001		f=5,29; p<0,001				f=5,19 p<0,001			
2-я группа (суицидальные мысли)	0	0	2	7,4	6	22,3	19	70,3	27	100,0
	f=5,75; p<0,001						p<0,001			
3-я группа (сравнения)	13	52,0	7	28,0	5	20,0	0	0	25	100,0
Итого:	14	18,42	10	13,16	18	23,68	34	44,74	76	100,0

Результаты применения шкалы суицидального риска W. Patterson и соавт.

Группа	Показатель									
	средний балл	n	низкий риск		средний риск		высокий риск		очень высокий риск	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1-я (попытки суицида)	9,78	24	0	0	0	0	0	0	24	100,0
f=3,65; p<0,01										
2-я (суицидальные мысли)	8,11	27	0	0	0	0	10	37,0	17	62,9
3-я (сравнения, без суицидальных проявлений)	2,98	25	18	72,0	7	28,0	0	0	0	0

Показатели же минимального суицидального риска надежно отграничивают ($p < 0,001$) состояния, лишенные реальной суицидальной угрозы.

Таким образом, только крайние показатели шкалы A. Beck [11, 12] дают относительно надежную опору для прогнозирования суицидальной угрозы.

Средние значения шкалы лежат в зоне диагностической неопределенности. Они обязательно требуют продолжения исследования другими методами до получения надежного однозначного результата оценки степени суицидальной угрозы.

По этой причине в качестве дублирующего объективного средств исследования нами была использована шкала суицидального риска W. Patterson и соавт. [14]. Результаты применения этого теста представлены в таблице 4.

Как следует из полученных данных, тест Паттерсона (Patterson W. и соавт. [14]) более четко дифференцирует исследованные группы, причем в зоне высокого и очень высокого риска достоверно ($p < 0,01$) отграничивает лиц с незавершенными суицидальными попытками от пациентов с суицидальными мыслями и планами, нуждающихся в госпитализации. Вместе с тем зона высокого риска надежна лишь в отношении исследованных 2-й группы (когорты *пресуицида*). Лиц, совершивших суицидальные попытки (когорты *постсуицида*), тест не дифференцирует от пациентов с невротическим конфликтом из несуйцидальной группы сравнения.

Таким образом, применение шкал суицидального риска обладает рядом конструктивных ограничений. Применение этих шкал дает ценную ориентацию в суицидальной проблеме, позволяет установить её наличие и тяжесть, но не раскрывает её суть, семантическое смысловое содержание. Применение шкал возможно лишь при искреннем согласии пациента неформально сотрудничать с клиницистом и психологом, и пригодно преимущественно для предварительной оценочной ориентации психотерапевта, как при построении программы психологической коррекции, так и при мониторинге получаемого лечебного эффекта. Результаты применения шкал становятся полностью валидными лишь при выявлении в процессе психотерапии смысловой основы суицидальных переживаний пациента, их содержательной динамики. На основании своего опыта работы с суицидальными контингентами считаем необходимым обратить внимание на следующие феномены и закономерности, раскрывающие содержание суицидальных переживаний пациентов, включенных в выделенные для изучения и психологической коррекции группы.

В группе высокого риска лиц, совершивших попытки самоубийства, на передний план выступают ригидное сохранение установки на самоповреждающее поведение, компульсивные действия антивитальной направленности, навязчивые мысли суицидального содержания, демонстративные угрозы окружающим, проявления вербальной агрессии. Имеется тенденция к совершению действий угрожающего харак-

тера с доминирующей мыслью о самоубийстве. В процессе работы с психотерапевтом обращает внимание недоступность и/или сопротивление при выработке антисуицидальных барьеров, попытках смягчения (изменения) антивитаальных переживаний.

Группа высокого риска лиц с суицидальными мыслями характеризуется иной феноменологической картиной. Ярко выражены проявления острого стресса, фрустрации значимых базовых потребностей, высокое внутреннее напряжение, охваченность переживаниями острого горя, потери с доминированием содержания психической травмы в сознании, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной. Антивитальные тенденции представлены желанием смерти, но пассивным, проявляющимся преимущественно на идеаторном уровне («заснуть и не проснуться», «кто бы меня убил»). Сохраняются антисуицидальные тенденции («детей жалко», «не доставлю удовольствие этому подлецу»).

В группе среднего риска у лиц с суицидальными мыслями доминируют нарушения сна с кошмарными антивитальными сновидениями. В сознании часто возникают сцены смерти и самоубийств. При этом образы носят отстраненный характер, собственное «Я» не включено в переживания и не связывается с личной ситуацией. Имеется стремление к анализу своих антивитальных мыслей и настроения посредством чтения соответствующей литературы. Сохраняется повышенная импульсивность поведения.

Для лиц группы сравнения с низким суицидальным риском были типичны отдельные кратковременные антивитальные переживания («что за жизнь, нет просвета»), стойкое снижение настроения, синдром ангедонии. Имела место акцентуация личности истеро-возбудимого типа.

Как видно из представленных результатов, тревога и депрессия, взятые вне рамок шкал суицидального риска, надежно не дифференцируют группы, причем тревога нередко уменьшается по мере нарастания тяжести суицидальных феноменов – перехода от замыслов к их реализации. По-видимому, снижение уровня тревоги на этапе реализации самоубийства – есть следствие окончательного принятия фатального внутреннего решения, сформиро-

ванного нового отношения к жизни и окружению, утраты надежды на помощь социума, развития своеобразного паралича экзистенциальных эмоций в виде переживания безнадежности и социальной отстраненности. На это, в частности, указывает рост показателей суицидального риска, отражающих, согласно трактовке А. Бека [11, 12], состояние глубокого пессимизма, переживание безнадежности. И в этом качестве низкий уровень тревоги в сочетании с безнадежностью и социальной изоляцией должен быть расценен как неблагоприятный прогностический признак, маркер повышения риска самоубийства, утяжеления антивитаальной трансформации личности.

Содержательный анализ рассмотренных характеристик может быть дан при совместном с пациентом разборе положений Шкалы суицидальных мыслей А. Бека [13, 15]. Наиболее информативные для коррекции суицидального поведения данные были получены при обсуждении темы «Сдерживающие факторы» (семья, религиозные убеждения, возможность инвалидизации в случае безуспешной попытки, необратимость поступка и др.). Смысловая семантика этих базовых понятий в сознании пациента раскрывает уровень его контроля над суицидальными тенденциями. При обсуждении этой темы значимые высказывания большинства исследованных лиц с попытками самоубийства были оценены как свидетельствующие об их сниженном контроле над суицидальным поведением.

Маркером суицидального риска выступало отсутствие указаний на личностные ценности, которые могли бы удерживать от суицида. Назывались лишь актуально заблокированные (фрустрируемые) смыслы, ответственные за предпринятую попытку самоубийства или сформировавшие серьезные суицидальные намерения.

Некоторые сдерживающие факторы оценивались как известные ценности, формально свойственные другим людям, но не существенные для респондентов. Все это означает, что смысловые барьеры для реализации суицида не присутствовали в сознании исследуемых лиц.

Следует признать, что применение шкалы суицидальных мыслей А. Бека особенно показано при отрицании суицидальных мыслей в период стационарного обследования. Её результаты позволяют установить отсутствие или

смысловую недостаточность сдерживающих самоубийство личностных факторов, то есть дают возможность косвенно объективировать латентную угрозу рецидива суицидальной активности.

В более надежной форме вскрыть глубинные маркеры суицидального риска, практически недоступные выявлению при работе психотерапевта с сознанием пациента и его вербализуемыми переживаниями, позволяют метод портретных выборов Л. Сонди [16, 17] и метод цветовых выборов М. Люшера [18], ориентированные на раскрытие глубинной психодинамики личности, ее базовых влечений.

Проведенное исследование позволяет заключить следующее:

– Подтвержден высокий ранг депрессии и депрессивных переживаний как наиболее важных клиничко-психологических состояний, определяющих риск самоубийства. Указанная зависимость была свойственна всему контингенту лиц с суицидальной активностью. Она с высокой достоверностью определяла наиболее значимую составляющую высокой опасности самоубийства депрессивных больных кризисного стационара.

– Тревожный компонент невротических депрессивных расстройств выступал как клинически нейтральный признак, заметно не отягчающий суицидальную опасность смешанного состояния.

– Применение шкал суицидального риска обладает рядом конструктивных ограничений.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.
2. Айсаяев А.Т. Сравнительная характеристика психически больных с однократными и повторными общественно опасными деяниями (по данным отдаленного катамнеза) // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 56-59.
3. Wasserman D. ed. Suicide-an unnecessary death. – London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group-2001. – P. 1-305.
4. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014.
5. Blum R.W., Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey // Journal of Adolescent Health. – 2004. – Vol. 35. – P. 493–500.

Показатели субъективной оценки риска как состояния безнадежности не могут в полном объеме надежно дифференцировать высокий уровень суицидального риска. Средние значения шкалы А. Бека лежат в зоне диагностической неопределенности. Относящиеся к ним показатели требуют обязательного продолжения исследования другими методами до получения надежного однозначного результата оценки степени суицидальной угрозы.

– Тест Паттерсона более четко дифференцирует суицидоопасные группы, причем в зоне высокого и очень высокого риска достоверно ($p < 0,01$) отграничивает лиц с незавершенными суицидальными попытками от пациентов с суицидальными мыслями и планами, нуждающихся в госпитализации. Вместе с тем зона высокого риска надежна лишь в отношении исследованных с мыслями о самоубийстве. Лиц, совершивших суицидальные попытки, тест не дифференцирует от пациентов с невротическим конфликтом из несуйцидальной группы сравнения.

– Применение шкал суицидального риска дает ценную ориентацию в суицидальной проблеме, позволяет установить ее наличие и тяжесть, но не раскрывает ее суть, семантическое содержание. Результаты применения шкал становятся полностью валидными лишь при выявлении в процессе психотерапии смысловой основы суицидальных переживаний пациента, их содержательной динамики.

References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)
2. Ajsaev A.T. Sravnitel'naja harakteristika psihicheski bol'nyh s odnokratnymi i povtornymi obshhestvenno opasnymi dejanijami (po dannym otdalennogo katamneza) // Rossijskij psixiatricheskij zhurnal. – 2003. – № 1. – S. 56-59. (In Russ)
3. Wasserman D. ed. Suicide-an unnecessary death. – London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group-2001. – P. 1-305.
4. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014.
5. Blum R.W., Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey // Journal of Adolescent Health. – 2004. – Vol. 35. – P. 493–500.

6. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. – 2015 – Том 6, № 1 (18). – С. 3-7.
7. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации: М., 1980 – 45 с.
8. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – 2007 – 195 с.
9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – P. 561-571.
10. Beck A.T., Steer R.A. Beck Anxiety Inventory Manual. – San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company, 1993.
11. Beck A., Weisman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale // J. Consult. Clin. Psychol. – 1974. – Vol. 42. – P. 861-865.
12. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // JAMA. – 1975. – Vol. 234. – P. 1136-1139.
13. Beck A.T., Steer R.A. Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). – Manual, 1991.
14. Patterson W.M., Dohn H.H., Patterson J. et al. Evaluation of suicidal patients: the sad persons scale // Psychosomatics. – 1983. – Vol. 24, № 4. – P. 343-345, 348-349.
15. Beck A.T., Freeman A., Davis, D.D. Cognitive Therapy of Personality Disorders. The Guilford Press, 2003.
16. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений. – М.: Когито-Центр, 2005.
17. Сонди Л. Судьбоанализ. – М.: Три квадрата, 2007. (Bibliotheca Hungarica)
18. Lüscher Max: Der Lüscher-Test. Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl. Rowohlt, Reinbek, 1985.
6. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // Suicidology. – 2015 – Vol. 6, № 1 (18). – P. 3-7. (In Russ)
7. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya. Metodicheskie rekomendacii: M., 1980 – 45 s. (In Russ)
8. Vojceh V.F. Klinicheskaja suicidologija. – 2007 – 195 s. (In Russ)
9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – P. 561-571.
10. Beck A.T., Steer R.A. Beck Anxiety Inventory Manual. – San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company, 1993.
11. Beck A., Weisman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale // J. Consult. Clin. Psychol. – 1974. – Vol. 42. – P. 861-865.
12. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // JAMA. – 1975. – Vol. 234. – P. 1136-1139.
13. Beck A.T., Steer R.A. Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). – Manual, 1991.
14. Patterson W.M., Dohn H.H., Patterson J. et al. Evaluation of suicidal patients: the sad persons scale // Psychosomatics. – 1983. – Vol. 24, № 4. – P. 343-345, 348-349.
15. Beck A.T., Freeman A., Davis, D.D. Cognitive Therapy of Personality Disorders. The Guilford Press, 2003.
16. Sondi L. Uchebnik jeksperimental'noj diagnostiki vlechenij. – М.: Kogito-Centr, 2005. (In Russ)
17. Sondi L. Sud'boanaliz. – М.: Tri kvadrata, 2007. (Bibliotheca Hungarica) (In Russ)
18. Lüscher Max: Der Lüscher-Test. Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl. Rowohlt, Reinbek, 1985.

Summary:

SUICIDE RISK PSYCHOGNOSIS AS A CRITERION FOR INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF MENTAL HEALTH PATIENTS IN THE PREVENTION SYSTEM OF THEIR SOCIALLY DANGEROUS BEHAVIOR

Joseph A. Kudryavtsev

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

Introduction: The risk evaluation of threatened suicide has been to date elaborated only in clinical, behavioral aspect. The results of specific psychodiagnostic researches is not particularly presented in domestic scientific literature. Aim: to fill in the gap as a substantial part of suicide prevention in mental health patients.

Materials and methods: 76 patients with different kinds of borderline (mostly neurotic) mental disorders were studied. 51 of them were included in the main suicidal group. For comparative analysis the group was divided into two subgroups: 1. Post-suicide group: patients with uncompleted suicide attempts (12 female patients, 12 male patients). 2. Pre-suicide group: crisis hospital in-patients with obtrusive suicidal thoughts, formed suicide intentions and plans (21 female patients, 6 male patients). The control comparison group was formed with 25 same clinical department in-patients with no sign of suicide threat. Their premorbid data was not differ-

ent from the main suicidal group patients data. There was no significant difference in groups mean age: 35,6, 40,5 and 38,7 correspondently.

The focus in data processing was made on monitoring development of pathopsychological disorders and mechanisms that underlie the increased risk of socially dangerous behavior, which allowed to evaluate and predict the quality result of involuntary treatment, become the criteria of its modification and termination.

The following methods were applied in the research: 1. Clinical analysis of the structure and dynamics of suicidal patients; 2. Motivational interview that detected main stimuli and verbalized meanings of suicidal behavior, levels of awareness of motive components, the attitude to suicidal tendency; 3. Depression (Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al., 1961) and anxiety (Beck A.T., Steer R.A., 1993) questionnaires; 4. Sensitized tests on suicide risk evaluation: hopelessness scale (Beck A.T. et al. 1974, 1975), suicidal ideation scale (Beck A.T. et al., 1991), suicide risk scale (Patterson W.M. et al., 1983).

Results and conclusion: The data obtained proves that high rank depression and depression-related experiences are the most significant clinical psychological states that determine suicide risk. The anxiety component of neurotic depressive disorders proved to be clinically neutral sign that did not notably burden suicide threat of mixed state.

It is indicated that the use of recognized suicide risk scales (Beck A.T. 1961-1991/1993 and Patterson W.M. 1983) has a number of constructive limitations. The risk of subjective evaluation indexes as hopelessness state cannot fully differentiate high levels of suicide risk. The means of A. Beck scale (1991) lie in diagnostic uncertainty zone.

W.M. Patterson scale is much more distinct in differentiating suicidal risk groups and what is more in high and very high risk zone it veraciously ($p < 0,01$) separates individuals with uncompleted suicide attempts from patients with suicidal ideation and plans that need to be hospitalized. At the same time, high risk zone is only valid in relation to suicidal ideation patients.

Key words: suicide, risk criteria, mental disorder, psychodiagnostics, socially dangerous behavior.

УДК: 616.89.008.44

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЁМА СУИЦИДЕНТОВ В НИИ ПСИХИАТРИИ

В.М. Кушнарев, Е.Б. Любов, В.В. Петухов, В.Е. Цупрун

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация

Кушнарев Валентин Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Петухов Владимир Вениаминович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заведующий консультативно-поликлиническим отделением Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-71-25

Цупрун Виталий Евсеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: syicid@mail.ru

При невыборочном ретроспективном изучении медицинских карт 75 амбулаторных пациентов институтской клиники определены социо-демографическая и клиническая характеристики, пути поиска помощи суицидентам, маршруты специализированной помощи и ресурсы повышения качества помощи

душевнобольным с суицидальным поведением. Доля суицидентов относительно мала (1,5%). До 90% группу составляют депрессивные пациенты с длительностью нелеченой болезни до 5 лет. Средний возраст женщин и мужчин: $35,41 \pm 1,83$ и $32,83 \pm 1,87$ лет соответственно, подчеркивает возможный ресурсосберегающий потенциал психиатрической (антикризисной) помощи. Основным мотив обращения в институтскую клинику – неудовлетворенность (предубеждение) качеством помощи в государственных психиатрических учреждениях и стигматизация. Половина суицидентов – иногородние, что показывает престиж психиатрического института. Суицидальные попытки в анамнезе (у $\frac{3}{4}$ пациентов выборки) служат основными маркерами риска суицидального поведения для врачей институтской клиники и основаниями дополнительных консультаций «суицидолога». Малая группа пациентов ($n=3$) составлена близкими жертв суицида, что подчеркивает важность мер третичной профилактики. Препятствиями повышения качества антисуицидальной (психиатрической) помощи становятся их малая доступность, стигматизация, сказывающиеся на её непрерывности. В дальнейших исследованиях предстоит детальнее изучить пути поиска помощи суицидентам, факторы, благоприятствующие и препятствующие, оценку помощи с обязательным привлечением самих пациентов и их близких.

Ключевые слова: психически больные, суицидальное поведение, клинические факторы риска, пути поиска помощи.

Определение риска суицидального поведения (СП) душевнобольных, и повышение качества помощи им представляет важную научно-практическую проблему, сочетающую гуманный и ресурсосберегающий посылы [1, 2]. Большая часть клинко-эпидемиологических исследований в суицидологии выполнено на материале психиатрических выборок государственных ЛПУ, то есть самых тяжелых, прошедших фильтр психиатрической помощи. Вместе с тем мало изучены пути поиска и получения помощи суицидентов, обращающихся в альтернативные психиатрические учреждения (включая институтские клиники), мотивы их обращения, настороженность (осведомленность) относительно риска СП персонала, маршруты дальнейшей психиатрической (антикризисной) помощи.

Цель исследования: определение эпидемиологического и клинко-организационного контекста суицидального поведения амбулаторных пациентов клиники НИИ психиатрии и резервов повышения качества специализированной помощи.

Задачи: изучение

- 1) социально-демографических характеристик суицидентов;
- 2) путей поиска психиатрической (антикризисной) помощи;
- 3) клинических факторов риска суицидального поведения;
- 4) маршрутов сортировки суицидентов;
- 5) осведомленности и бдительности психиатров Московского НИИ психиатрии (МНИИП) в выявлении СП;

- 6) проблем качества психиатрической помощи;
- 7) резервов повышения качества помощи.

Материал и методы:

Невыборочно отобраны и ретроспективно изучены амбулаторные медицинские карты 75 пациентов (3 – повторно консультированы за год) консультативно-поликлинического отделения МНИИП, направленных на дополнительную консультацию сотрудников отдела суицидологии (Отдела) в 2015 календарном году. Отдельно рассмотрена малая группа из трех «выживших» (сыновья и матери жертв суицида).

Результаты и обсуждение.

Доля суицидентов составила 1,5% суммарного количества обратившихся в МНИИП за отчетный год – в 5-10 раз меньше таковой при психических расстройствах [2]. Обращение в институтскую психиатрическую клинику указывает на выраженность состояния, а регламент работы психиатров консультативного отделения предполагает дополнительную консультацию в Отделе *всех* пациентов при предполагаемом риске СП.

Социально-демографические показатели группы СП и суммарной годовой выборки обратившихся в МНИИП сходны, что показывает малую прогностическую ценность выделения таких факторов как определяющих СП. В выборках некое преобладание женщин (52%), что отчасти отражает большую склонность к поиску медицинской (психиатрической) помощи женщин. Средний возраст женщин $35,41 \pm 1,83$, мужчин – $32,83 \pm 1,87$ лет (возраст расцвета

трудоспособности) указывает на возможный ресурсосберегающий потенциал психиатрической (антикризисной) помощи. Половина пациентов – иногородние, из всех Федеральных округов Российской Федерации (1/4 – жители Московской области). Доли безработных в выборке СП превышала втрое официальные данные в стране (www.gks.ru/) (данные Росстата), но инвалидов по психическому расстройству не было вовсе (в выборке СП), что объяснимо относительно малой (<5 лет) длительностью нелеченого психического расстройства у 3/4 суицидентов. Для той же части пациентов обращение к психиатру – первое в жизни. Однако 1/3 пациентов ранее обращалась к частным психиатрам и / или психотерапевтам: назначали с равной охотой бензодиазепины (70%) и антидепрессанты нового поколения (30%), атипичные антипсихотики (15%) в малых дозах.

Обращение к экстрасенсам, гомеопатам не типично (3%). Обычно контакт со специалистами ограничен 2-3 визитами в связи с малой эффективностью (в течение месяца) лечения при его дороговизне (около 3 тыс. руб. в провинции и 5 тыс. в Москве, со слов пациентов). Большая часть (70%) пациентов обратилась в МНИИП самостоятельно, узнав о спектре его услуг в интернете, 5% – из личного общения с экс-пациентами клиники. Основная причина обращения – страх «учета» в ПНД (85%), надежда на лучшую помощь в лучших условиях (60%). Никто не направлен из территориальной поликлиники, 5% – рекомендовано обращение к психиатру духовниками. Менее 10% суицидентов ранее прибегали к помощи суицидологической службы (лишь москвичи): звонили на «горячую линию» телефона доверия 15%, но не обращались в кабинеты социально-психологической поддержки (при ПНД), лечились однократно в кризисном стационаре московской ГКБ№ 20 (первой ещё в СССР) – 5%.

Показательный суицидальный анамнез отмечен у всех пациентов, и расходился лишь в деталях в записях психиатров консультативного отделения и Отдела. У <10% обратившихся выявлена психиатрическая (суицидальная) отягощенность в семье (СП близких, злоупотребление ПАВ как возможный «фасад» депрессии, лечение у психиатра); обычно (90%) отстра-

ненно-нейтральное отношение пациента к СП в семье, реже (1/5) – обвинения близких в своих теперешних несчастьях («дурная наследственность», «неправильное воспитание»).

Не менее 3/4 суицидентов сообщили о суицидальных и/или несуйцидальных самоповреждениях (в 1/2 случаях – повторных) в прошлом (самопорезы, ожоги, самоотравления – в 1/3 случаев – психотропными препаратами – чаще бензодиазепинами + спиртным – приобретенными без рецепта или позаимствованными у близких). Лишь 5% сообщили об интернете как об источнике информации о способе суицида.

Большей частью выявить осознанный настрой на прекращение жизни не выявлено, обычный мотив – забыться, заснуть, убежать (временно) от жизненных невзгод (в 90% – в сфере семейных отношений), в 1/4 случаев – на фоне душевной боли, тоски. Лишь в 1/4 случаев парасуицид требовал медицинской помощи, ни один не был затем переведен в психбольницу (ПБ) и не обратился к психиатру по выписке, хотя > 90% осмотрены (с их слов) психиатром больницы.

Диагноз психического расстройства (МКБ-10) определен аффективными нарушениями (депрессивными – 50%, смешанными и депрессивными в рамках биполярного расстройства – 10%). На группу шизофрении (F.20) пришлось 25%. Расстройства личности (включая «экзотическое» для повседневной практики пограничное) определили 10%. Около 5% расценены психотическими (депрессивное расстройство с психотическими чертами, шизофрения). Диагнозы консультативного отделения и Отдела сходны в 80% случаев. В большей мере исправления требовали диагнозы «расстройства адаптации» при учете длительной траектории депрессии в анамнезе. В 1/3 наблюдений речь шла о «двойной депрессии», когда на фоне многолетней дистимии (проявляемой антивитальным настроением) микросоциальный (обычно в семье) или биологический (тяжкая соматическая болезнь или подозрение на нее) триггер провоцировал развитие депрессивной фазы с СП. Увы, следует учитывать и повсеместную недодиагностику депрессивных расстройств и «растворение» их в массиве шизофрении. Около 20% пациентов находились в остром постсуициде (выписка из многопрофильной больницы несколько дней назад после

суицидальной попытки, чаще медикаментозного самоотравления) и приведены близкими; столько же – в хроническом аффективно редуцированном пресуициде (суицидальные замыслы, намерения) после спонтанного разрешения аффективно напряженного пресуицида, прошедшего в уговорах близких принять помощь. В большей части случаев внимание врачей отделения привлекли суицидальные попытки (парасуициды) и суицидальные мысли в настоящем – 2-3 раза в неделю; от них можно было отвлечься трудом, изнуряющими физическими упражнениями спортом, спиртным.

В связи с особенностями режима клиники МНИИП госпитализация пациента с актуальным риском СП была невозможна. В результате 1/3 пациентов направлена в московские ПБ по месту жительства, иногородние и московской области – в выделенные для них ПБ. В единичных случаях пациенты госпитализированы недобровольно. Каждый пятый пациент направлен в кризисное отделение столичной ГКБ № 20.

Обращение за помощью спустя 1-2 месяца после трагедии в связи с усугублением депрессии (клинического уровня) без актуального риска СП. Близкие полагали состояние «естественным» после произошедшего и выдвигали на передний план соматические жалобы (прежде всего – бессонница). Лишь один выявлял чувство вины («недоглядел»), двое остальных (показательно, близкие хронически психически больных с неоднократными суицидальными попытками и агрессивным поведением) отметили некое облегчение («вот и все», отмучилась) и были озадачены ухудшением самочувствия, у одного из последних двух депрессия развилась за год до суицида матери. Все пациенты полагали, что их ощущения «нормальны» и не называли их проявлениями депрессии. Поэтому и обращение в МНИИП было спонтанным (случайным).

Ограничения исследования вытекают из его методологии: ретроспективный анализ

медицинской документации; материал исследования – пациенты амбулаторной институтской клиники, априорно отличающиеся от таких в повседневной психиатрической практике. Отсутствует катанез больных.

Заключение.

Изучение выборки суицидентов высвечивает типовые проблемы организации и функции психиатрических и суицидологических служб. Те и другие малодоступны и стигматизированы, что по отношению к последним не странно с учетом их обычного местоположения на базе тех же психиатрических ЛПУ [1], мала преемственность помощи даже после парасуицида с медицинскими последствиями. Большая часть пациентов обратилась самостоятельно, из разных регионов страны, что указывает на традиционный престиж МНИИП и малое доверие местным психиатрическим службам, в том числе в связи с правовыми последствиями наблюдения. Лечение в кабинетах социально психологической поддержки ВУЗа [3], институтской клинике ускоряют процесс начала лечения. В целом сотрудники отделения МНИИП успешно выявляют СП в общем потоке пациентов, согласовано работают с Отделом, однако объяснение «атипично» малой доли суицидентов в суммарной выборке требует отдельного анализа. Группа из трех повторных в течение года пациентов указывает на хронический риск СП, особо на фоне несоблюдения режима лечения, а такая же – близких жертв суицида – важность особых подходов для таких пациентов. Сотрудники Отдела выступали как диспетчеры психиатрической помощи в связи с пожеланиями пациентов и/или их близких и актуальностью СП. В дальнейших исследованиях целесообразно изучение паттернов оказания психиатрической помощи пациентам группы риска СП с привлечением оценки удовлетворенности помощью пациентами и их близкими.

Литература:

1. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина В.Е. Местные суицидологические службы России: проблемы и решения // Социальная клиническая психиатрия. – 2014. – Том 24. – Вып. 4. – С. 10-20.

References:

1. Ljubov E.B., Kabizulov V.S., Cuprun V.E., Chubina V.E. Mestnye suicidologicheskie sluzhby Rossii: problemy i reshenija // Social'naja klinicheskaja psihiatrija. – 2014. – Tom 24. – Vyp. 4. – S. 10-20. (In Russ)

2. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
2. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)
3. Кушнарев В.М., Семикин Г.И., Любов Е.Б., Гиллод В.М., Миронов А.С., Пиканина, Ю.М., Цупрун В.Е. Кабинет социально - психологической помощи в ВУЗе // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3 (20). – С. 61-67.
3. Kushnarev V.M., Semikin G.I., Lyubov E.B., Gilod V.M., Mironov A.S., Pikanina Y.M., Tsuprun V.M. Psychosocial care in university // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3 (20). – P. 61-67. (In Russ)

Summary:

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF OUTPATIENT CARE FOR SUICIDENTS IN PSYCHIATRIC INSTITUTE CLINIC

V.M. Kushnarev, E.B. Lyubov, V.V. Petukhov, V.E. Tsuprun

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

Purposes: to study some socio-demographic, and clinical characteristics, as well as ways of seeking psychiatric (anticrisis) care, and resources to improve the quality of this care. **Materials and methods.** An observation retrospective study of medical records of the Moscow psychiatric institute outpatient clinic patients (n=75) with suicidal behavior was conducted. **Results and discussion.** Patients with suicidal behavior composed relatively small (1.5%) part of the total sample. Average age of suicidents (i.e., 35.41±1.83 for men and 32.83±1.87 years for women) underemphasizes the possible resource saving potential of psychiatric care. Patients with affective disorders (ICD-10) presented near 90% of the group. Duration of untreated disease was up to 5 years. About 50% suicidents were out of the capital, which shows the extant prestige of the Moscow psychiatric institution. The main motives for referral to tertiary psychiatric care were fear of stigmatization, poor quality of everyday psychiatric care in regional facilities. No less ¾ patients had repeated suicide attempts in anamnesis. These typical markers of suicidal behavior institute psychiatrists considered the most important for assessment suicide risk as actual and the basis for further consultations to clarify the conditions of hospital admissions. A small group of patients (3 people) resented of survivors (i.e., relatives of suicide victims) indicates the importance of tertiary suicide prevention (i.e., postvention). **Conclusions.** Some obstacles to improve the quality psychiatric (antisuicide) care were identified in aspects of low availability, stigma. Further detailed research of favoring and impeding factors during seeking of psychiatric help is needed. Multilevel assessment of mental health care may be possible with the involvement patients and their relatives positions.

Key words: mentally ill, suicidal behavior, clinical risk factors, the help search path.

Благодарность: соавторы статьи благодарят молодого ветерана Московского НИИ психиатрии Елену Евгеньевну Лебедеву за помощь в подготовке статьи.

УДК 616.89-008

ВЛИЯНИЕ ГЕТЕРОАГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ИХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР

А.В. Меринов, Т.А. Меденцева

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

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Меденцева Татьяна Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России.
Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: tatiana_medentseva@mail.ru

В нашей стране проблема алкоголизации населения и связанных с этим негативных социальных феноменов стоит достаточно остро. Существуют различные теории, объясняющие взаимосвязь между алкоголем и агрессией, но, несмотря на их многообразие, до сих пор не существует полноценной парадигмы, объясняющей особенности взаимовлияния этих феноменов друг на друга. Пациент может направить весь поток «этиловой агрессивности» исключительно на других лиц (гетероагрессивность). Но порой он решает «наказывать» только себя (аутоагрессивность). Так, у исследователей, занимающихся проблемами гетеро- и аутоагрессии, всегда возникал вопрос о соотношении и взаимопереходах рассматриваемых состояний. Цель и задачи: Работа посвящена изучению влияния выраженной гетероагрессивности больных алкогольной зависимостью на их аутоагрессивный профиль, выяснению отношения алкогольной ауто- и гетероагрессии. Исходя из поставленной цели, задачей исследования был поиск значимых отличий в суицидологическом профиле между группами мужчин, больных алкогольной зависимостью, имеющих и не имеющих гетероагрессивные паттерны в анамнезе. Материалы и методы: Исследована группа мужчин, больных алкоголизмом, с выраженными гетероагрессивными проявлениями. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем и «Шкала родительских предписаний». Было произведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах (суицидологических, личностно-психологических). Статистический анализ и обработка данных проводилась посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики. Результаты: Полученные данные исследования достаточно убедительно демонстрируют, что респонденты из изучаемой группы имеют заметно более высокий аутоагрессивный потенциал. Из наиболее значимых в суицидологическом плане показателей стоит отметить следующие: у изучаемой группы замечено значительное преобладание суицидальных мыслей (45,09% против 15,69% у контрольной группы) и суицидальных попыток (45,09% против 11,76% у не гетероагрессивных мужчин). Гетероагрессивные мужчины, страдающие алкоголизмом, чаще испытывали моменты безысходности (54,90% против 29,41%). Достоверно чаще мужчины из исследуемой группы обращались к специалистам в области психического здоровья (25,49% против 5,88% у группы контроля). Особенности профиля родительских посланий у респондентов из исследуемой группы гармонично дополнили полученные результаты. Выводы: Наличие у пациента гетероагрессии является весьма настораживающим моментом в отношении возможного самодеструктивного поведения. Выявление «склонности» к гетероагрессивным паттернам поведения целесообразно использовать при скрининговых исследованиях больных алкогольной зависимостью в суицидологической практике.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, аутоагрессия, гетероагрессия, суицидальное поведение.

В нашей стране вопрос алкоголизации населения, и связанных с этим негативных социальных феноменов, стоит достаточно остро на протяжении многих лет. Это касается агрессивных действий больных, которые, по мнению многих авторов, является неотъемлемой частью «образа» страдающего алкоголизмом. Действительно, в обыденной жизни можно часто наблюдать как тихие, приветливые, законопослушные люди после приема алкоголя трансформируются в агрессивных и склонных к насилию субъектов.

Существуют различные теории, объясняющие взаимосвязь между алкоголем и агрессией. Согласно селективной дисингибиторной

теории [1], индивидуум воздерживается от агрессивного поведения благодаря нормам межличностного поведения, которые он интернализировал. В ситуации межличностного конфликта при слабой социальной поддержке норм, запрещающих насилие, алкоголь может ослабить механизмы торможения агрессивных импульсов. Кроме того, алкоголь нарушает логическое мышление и затрудняет использование когнитивных механизмов, направленных на торможение агрессивного ответа и замещение его социально приемлемым поведением.

Как известно, имеющаяся у человека агрессия способна найти выход весьма раз-

личными способами [2]. Пациент может направить весь поток «этиловой агрессивности» исключительно на других лиц. В данном случае речь идёт о классической алкогольной гетероагрессивности. Но порой он решает «наказывать» исключительно себя. Здесь мы уже говорим о непосредственном проявлении такого феномена, как аутоагрессия. Разумеется, у исследователей, занимающихся проблемами гетеро- и аутоагрессии всегда возникал вопрос о соотношении и взаимопереходах рассматриваемых состояний [3]. Действительно ли в основе каждого из них лежат одни и те же причины и механизмы? Либо внешне-ориентированное поведение алкогольных гетероагрессантов защищает их от покушений на собственную жизнь? Нам в своей практической работе неоднократно приходилось сталкиваться с такими «житейскими» характеристиками пьющих мужчин-суицидентов: «был тихим, депрессивным алкоголиком и, в итоге, повесился», «бьёт домашних смертным боем, с чего ему что-то с собой делать?» [4]. То есть, в алкогольном окружении часто существует более или менее чёткое, интуитивное разделение пьющих на более склонных к гетеро- и аутоагрессии.

Таким образом, целью данного исследования являлось выяснение отношения алкогольной ауто- и гетероагрессии [5].

Исходя из поставленной цели, задачей исследования был поиск значимых отличий в суицидологическом профиле между группами мужчин, больных алкогольной зависимостью, имеющих и не имеющих гетероагрессивные паттерны в анамнезе.

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленных задач были обследованы мужчины, больные алкогольной зависимостью (n=51), у которых были выявлены выраженные проявления гетероагрессии. Отнесение к данной группе происходило в случае сочетания субъективной оценки собственной персоны как излишне агрессивной в состоянии алкогольного опьянения с наличием в анамнезе «подтверждающих фактов» (участия в драках – их провокация и индукция, конфликты с представителями правоохранительных органов и т.п.), а также в случае указаний ближайших родственников на неоднократные случаи семейного насилия. Средний возраст больных алкогольной зависимостью составил 41,8±4,3 года.

В качестве контрольной группы использованы мужчины, больные алкогольной зависимостью, у которых данных проявлений не было выявлено (n=51). Средний возраст респондентов составил – 41,9±4,9 года.

Таблица 1

Сравнение представленности аутоагрессивных паттернов и их предикторов в изучаемых группах

Признак	Гетероагрессивные МСАЗ		Не гетероагрессивные МСАЗ		Значение критерия χ^2	P<
	n	%	n	%		
Суицидальные мысли	23	45,09	8	15,69	10,427	0,0023
Суицидальная попытка	23	45,09	6	11,76	13,924	0,0003
Опасные для жизни хобби	24	47,05	9	17,64	10,079	0,002
Серьёзные ЧМТ	17	33,33	8	15,68	4,292	0,042
Акцепция насилия	20	39,21	8	15,68	7,089	0,009
Жертва воровства	19	37,25	9	17,64	4,672	0,045
Периоды безысходности	28	54,90	15	29,41	6,795	0,016
Обращение к психиатру / наркологу / психологу	13	25,49	3	5,88	7,413	0,007
Способность нарушить нормы нравственности и морали	38	74,50	16	31,37	19,046	0,002
Потеря работы в последние пять лет	19	37,25	9	17,64	4,672	0,045

Все обследованные мужчины, страдающие алкогольной зависимостью (МСАЗ), клинически находились во II стадии заболевания, с псевдозапойной формой злоупотребления алкоголем. Значимые клиничко-терапевтические отличия между группами пациентов отсутствовали.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [6]. Также использовалась «Шкала родительских предписаний» [7], широко используемая в рамках транзакционного анализа.

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

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента, χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса. Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты исследования и их обсуждение.

Рассмотрим представленность и «тропность» аутоагрессивных паттернов, их предикторов в изучаемых группах. Достоверно значимые отличия отражены в таблице 1.

Из данных, представленных в таблице, следует, что между изученными группами имеются существенные отличия. Прежде всего, обращает на себя внимание преобладание классических суицидальных паттернов у гетероагрессивных МСАЗ. Это выражается в значительном преобладании суицидальных мыслей и попыток в анамнезе. То есть, наличие

выраженной гетероагрессии не уменьшает, а, скорее, повышает риск и частоту аутоагрессивных действий у МСАЗ. Более того, данный факт особенностораживает в свете того, что сам по себе алкоголизм это заболевание с «зашкаливающими» показателями классической суицидальной аутоагрессии [8, 9], а полученные данные говорят в пользу суицидологической неоднородности общей группы МСАЗ.

Аналогичная ситуация складывается и в отношении ряда несуйцидальных аутоагрессивных феноменов – наличия потенциально опасных для жизни хобби, акцепции серьезного физического насилия (безусловно, прямо связанного с повышенной собственной агрессией), получение серьезных травм и пр. Кстати, респонденты первой группы наиболее часто становились жертвами обворовывания после применения против них ответной физической силы, и не были связаны с особенностями опьянения. Респонденты этой группы ожидаемо чаще лишались работы (что в подавляющем большинстве случаев было связано с их физической и вербальной агрессией). Обращение к специалистам в области психического здоровья также перекликалось с особенностями их «пьяного» поведения и инициировалось наиболее часто их созависимыми родственниками (неспособными больше терпеть их «выходки»), а также под влиянием иных значимых других лиц. Отметим и частоту «знакомства» с чувством безысходности в группе, что лишний раз говорит в пользу их высокого аутоагрессивного потенциала.

Все вышеперечисленное указывает, что гетероагрессивная группа МСАЗ является в контексте суицидологии прогностически более неблагоприятной.

Данные, касающиеся спектра сценарных посланий [7, 10, 11], приведены в таблице 2.

Таблица 2

Профили родительских посланий у МСАЗ из исследуемых групп

Специфика родительских посланий	Гетероагрессивные МСАЗ	Не гетероагрессивные МСАЗ	P<
«Не существуй»	25,12 \pm 8,78	19,98 \pm 7,91	0,027
«Не думай»	21,12 \pm 8,63	15,46 \pm 8,95	0,0006
«Не будь нормальным»	19,46 \pm 7,37	16,42 \pm 9,04	0,047

При оценке обследуемых по шкале предписаний, мы обнаружили весьма специфический профиль родительских посланий. Группы гетероагрессивных МСАЗ достоверно отличались в отношении целого ряда сценарных «проклятий». Первое послание «Не существуй» наиболее токсично в суицидологическом плане. Именно оно выявляется у подавляющего количества лиц, имеющих суицидальную активность в мыслях и поведении [8, 9]. Эта же сценарная конструкция лежит в основе тяги к экстремальным видам спорта, неоправданному риску, влечению к алкоголю и наркотикам, где суть явлений находится в плоскости саморазрушения [10, 11].

Также обращает на себя внимание послание «Не думай». Привыкая жить по принципу «много думать вредно», люди часто совершают необдуманные поступки опасного для себя или окружающих характера. Респонденты первой группы легко вступали в конфликтные отношения, завершающиеся драками с малознакомыми людьми на улице, наносили физические увечья близким людям «по малейшему поводу». В обоих случаях, спустя какое-то время нередко приходило понимание ненужности актов насилия и возможности его избежать, что сопровождалось угрызениями совести, стыдом и вспышками безнадежности. Кстати, более половины респондентов «обострение» суицидальных идеаций чётко по времени соотносило с данными периодами.

Последнее преобладающее родительское предписание – «Не будь нормальным». Оно может иметь высокую активность, если родителями поощряется неадекватное, ненормальное поведение ребенка, в том числе и его, еще детскую, гетероагрессию (впрочем, как и про-

явления явно аутоагрессивного характера). Все это во взрослой жизни может являться как предтечей самой алкогольной зависимости (очевидной психической ненормальности), так и причиной наиболее маргинальных и одиозных ее проявлений, к которым имеют отношения оба рассматриваемых явления.

Выводы:

1. Больные алкогольной зависимостью, имеющие выраженную гетероагрессивность, являются группой с заметно более высоким аутоагрессивным потенциалом. Это касается классических суицидальных аутоагрессивных паттернов, а также ряда паттернов, отражающих несуйцидальные пути реализации антивиталяного потенциала.

2. Профиль сценарных посланий является конгруэнтным обнаруженному уровню аутоагрессивности, что в совокупности позволяет говорить о высокой диагностической значимости рассматриваемого вопроса для суицидологической практике.

3. Гетероагрессивность у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, не является «клапаном», который бы «защищал» от проявлений агрессии в отношении себя.

4. Для специалистов более наглядными и выявляемыми являются проявления именно алкогольной гетероагрессии. Аутоагрессивное поведение остается, как правило, более скрытым, то есть не всегда представляется возможным оценить его масштаб в полной мере. Именно это делает данный косвенный признак значимым поводом для более детального изучения аутоагрессивного спектра пациента, в частности при скрининговом поиске потенциальных аутоагрессантов.

Литература:

1. Gustafson R. Alcohol and aggression // J. Offender Rehabil. – 1994. – Vol. 21, № 5. – P. 41-80.
2. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. – М., 1989. – 339 с.
3. Приленский Б.Ю., Приленская А.В. Зависимое поведение и суицидальное поведение // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 19-22.
4. Сафуанов Ф.С. Психологическая типология криминальной агрессии // Психологический журнал. – 1999. – Том 20, № 6. – С. 24-32.

References:

1. Gustafson R. Alcohol and aggression // J. Offender Rehabil. – 1994. – Vol. 21, № 5. – P. 41-80.
2. Agazade N.V. Autoagressivnye yavleniya v klinike psihicheskikh boleznej: dis. ... d-ra med. nauk: 14.00.18. – M., 1989. – 339 s. (In Russ)
3. Prilenskij B.YU., Prilenskaya A.V. Dependent behavior and suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 19-22. (In Russ)
4. Safuanov F.S. Psychological typology of criminal aggression // Psychological Journal. – 1999. – Vol. 20, № 6. – P. 24-32 (In Russ)

5. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Анализ предсмертных записок суицидентов // Научн. и организац. проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 53-74
6. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика ауто-агрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – М., 2000. – 20 с.
7. Drego P. The cultural parent // Transactional Analysis Journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
8. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80.
9. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: Когито-Центр, 2005. – 214 с.
10. Berne E. What Do You Say after You Say Hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
11. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.

Summary:

INFLUENCE OF ALCOHOL FOR PATIENTS GETEROAGGRESSIVE DEPENDENCE OF A SUICIDE SPECTRUM FOR THEM

A.V. Merinov, T.A. Medentseva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Introduction: In Russia the problem of alcohol abuse of the population and the negative social phenomenon connected with it is particularly acute enough. There are various theories of explaining interrelation between alcohol and aggression. But despite their variety, there is no full-fledged paradigm explaining features of interference of these phenomenon at each other yet. The patient can direct all flow of "ethyl aggression" only on other persons (heteroaggression). But sometimes he decides "to punish" only himself (autoaggression). So, the researchers dealing with problems hetero- and autoaggressions, always had a question of a ratio and mutually transitions of the considered conditions. **Purposes and tasks:** Work is devoted to studying of influence of the expressed heteroaggression of patients with alcoholic dependence on their autoaggressive profile, clarifications of the relation alcoholic auto- and heteroaggressions. Proceeding from an effective objective, search of significant differences in a suicidological profile between groups of the men sick with alcoholic dependence having and not having heteroaggressive patterns in the anamnesis was a research problem. **Materials and methods of a research:** The group of the men sick with alcoholism, with the expressed heteroaggressive manifestations is researched. As the diagnostic tool the questionnaire for identification the autoaggressive of patterns and their predictors in the past and the present and "A scale of parent instructions" was used. "Frontal" comparison of all studied signs in subgroups was made (the suicidological, personal and psychological). The statistical analysis and data processing it was carried out by means of parametrical and nonparametric methods of mathematical statistics. **Results:** The received these researches rather convincingly show that respondents from the studied group have much higher autoaggressive potential. From the most significant indicators in respect of the suicidological. It should be noted the following: at the studied group considerable prevalence of suicide thoughts (45,09% against 15,69% at control group), suicide attempts (against 11,76% not heteroaggressive men have 45,09%) is noticed. The heteroaggressive men having alcoholism tested the hopelessness moments more often (54,90% against 29,41%). Reliable more often men from the researched group addressed specialists in the field of mental health (against 5,88% the control group has 25,49%). Features of a profile of parent messages at respondents from the researched group harmoniously added the received results. **Conclusions:** Presence at the patient of heteroaggression is very guarding moment concerning possible self-destructive behavior. It is reason-

able to use detection of "tendency" to heteroaggressive patterns of behavior in case of screening researches of patients with alcoholic dependence in suicidological practice.

Key words: alcoholic dependence, autoaggression, heteroaggression, suicide behavior.

УДК: 316.624.2

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СУИЦИДОВ И ИНТЕРНЕТ: РИСК И ВОЗМОЖНОСТИ¹

Stefano Totaro, Elena Toffol, Paolo Scocco

Итальянская ассоциация по предотвращению самоубийств, г. Падуа, Италия

Контактная информация:

Stefano Totaro – психолог отдела болеутоляющей терапии и паллиативной помощи (Конельяно, Италия); научный сотрудник Отдела охраны психического здоровья (Падуа), член Итальянской ассоциации по предотвращению самоубийств, г. Падуа, Италия.

Elena Toffol – психиатр, научный сотрудник Института поведенческих наук, университет Хельсинки, Финляндия; член Итальянской ассоциации по предотвращению самоубийств, г. Падуа, Италия.

Paolo Scocco – психиатр, Центр здоровья охраны психического здоровья, член и президент Итальянской ассоциации по предотвращению самоубийств, Падуа. Адрес: via Buzzaccarini 1, 35124 Padua, Italy. Телефон: (0039) 0498217070; электронный адрес: scocco.paolo@virgilio.it

В прошлом веке развитие технологий, в первую очередь интернета, расширило горизонты для профилактики суицидального поведения. В то же время, интернет стал палкой о двух концах, особенно для уязвимых групп населения, учитывая сложность проверки реального содержания каждого сайта, наряду с растущим числом сайтов про суицид. Таким образом, целью данной работы является обзор литературы о роли интернета в деле предотвращения самоубийств, а также возможных стратегиях противодействия расширению веб-сайтов самоубийц. Особое внимание уделено уязвимым группам населения, таким как подростки и молодёжь.

Ключевые слова: интернет, чат, форум, самоубийство, попытка самоубийства, профилактика.

В XX веке бурное развитие интернета изменило пути поиска и обмена информацией особенно молодыми. Интернет как средство коммуникации стал распространенным культурным явлением, проявлением эволюционного процесса, необходимым членом семьи и другом [1]. Он же существенно повлиял на повседневную жизнь, взаимодействие людей [2]. Так, первые социальные сети MySpace и YouTube облегчили общение, но Facebook и Twitter [3] создали виртуальное пространство, где пользователям проще найти и построить индивидуальность [4]. В 2009-2010 гг. 93% молодых американцев 12-17 лет и 95% – 18-33 лет находились онлайн в течение исследования [5], > 60% подростков сообщили о ежедневном использовании интернета в 2007 г. [6], что соответствует данным отчета об использовании компьютера в США в 2013 г. [7], а также в Ев-

ропе [8], где 90% молодых людей 16-24 лет сообщили о регулярном использовании интернета в 2010 г. [9]. В этом контексте у Италии 11-е место в мире и 6-е место в Европе по количеству (~23 млн.) пользователей Facebook [10].

Несмотря на широкое распространение интернета, обратим внимание на его недостатки [11]. Чрезмерное использование интернета напрямую связано с рядом социально - психологических проблем [12], среди которых депрессивные симптомы [13-15], одиночество [16], тревога [17], синдром дефицита внимания с гиперактивностью [18], обсессивно - компульсивное расстройство [19], враждебность / агрессивность [20].

Онлайн-общение, в том числе через социальные сети [13], порой проявляется «навязчивым использованием интернета» [21-23], ко-

¹ Обзор напечатан в Suicidology Online. – 2016. – Vol. 7. – P. 40-50. Публикация с разрешения редакции.

морбидным с психопатологическими симптомами и суицидальным поведением (СП) [24]. Уникальный контекст анонимности в Сети чрезвычайно привлекателен для уязвимых пользователей [14]. Интернет выходит за рамки физических и географических барьеров и позволяет, благодаря анонимности доступа в режиме 24/7 («24 часа в сутки / 7 дней в неделю»), моментальную обратную связь в любое время [25]. Поэтому интернет часто используется для поиска и обмена конфиденциальными данными [26], что увеличивает риск неточной информации или намеренного злоупотребления ею. Около 70% американцев от 15 до 24 лет [27] находят медицинскую информацию (каждый четвертый – о психическом здоровье) в интернете [28, 29]. Большая часть получающих ответы на медицинские вопросы через интернет считают информацию достоверной и надежной [30], и не обращается затем к профессионалам. Подростки и молодые психически больные особо неохотно обращаются за профессиональной помощью [31], представляя душевное нездоровье «сугубо личной» проблемой, подвластной самостоятельному решению при отсутствии конфиденциальности, «неэффективности» специализированной помощи [32]. Поиск медицинской информации в интернете воспринимается способом предупреждения огласки и сохранения независимости. Позиция молодых, испытывающих смущение в болезни, стремящихся самим решать при неграмотности в вопросах психического здоровья, создаёт препятствия обращения за помощью [33]. Эти данные подчеркивают важность знаний об использовании интернета и его роли в пропаганде здорового образа жизни. В интернете новые явления быстро сменяются новейшими на волне массового распространения информации. Так, кибербуллицид (cyberbullicide) актуален для депрессивных и / или уязвимых лиц в силу возраста, активных пользователей интернета, легче попадающих под влияние опасных веб-сайтов (человек на грани суицида обратится именно к сайтам о самоубийстве).

Итак, целью данной работы стал обзор литературы о потенциальных преимуществах и возможных рисках, связанных с интернетом, особо для уязвимых личностей, таких как подростки и молодёжь. Освещены роль интернета

в предупреждении самоубийств [34], стратегии борьбы с распространением сайтов, пропагандирующих суицид.

Материалы и методы.

Поиск по использованию интернета для самоубийств и их предотвращения в базах данных MEDLINE и Google Scholar. Поиск с помощью PubMed и PsycINFO ограничен ключевыми словами «Интернет и психопатология», «Интернет и самоубийство», «Интернет и предотвращение самоубийств»; с помощью Google Scholar уточнены результаты и осуществлен поиск исследований, не включенных в MEDLINE. В обзор включены статьи, опубликованные до 31 декабря 2014 г. Применен модифицированный официальный отчет PRISMA [35] (предпочтительные элементы отчетности для систематических обзоров и мета-анализов).

Результаты исследования.

Интернет и риск суицидального поведения.

А. Веб-сайты про суицид. Использование интернета особо распространено среди подростков, уязвимых и легко поддающихся стороннему влиянию [36-38]. Распространенность депрессивных симптомов и рискованного поведения, включая злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и СП, высока именно у подростков. Самоубийство представляет сложный феномен, предположительно, следствие сочетанных биологических, психологических, интрапсихических, межличностных, социологических, культуральных и философских факторов риска [39]. Взаимодействие триггеров (безработица, экономические проблемы, дистресс) и обстоятельств (доступность средств совершения суицида, одиночество) может привести уязвимых людей к самоубийству [40]. В этом контексте просуицидальные сайты могут влиять на восприимчивых людей, полагающих желанное самоубийство героическим (романтическим) поступком [41]. Просуицидальные сайты демонстрируют свидетельства смерти и фотографии суицидов, могут включать сообщения самоубийц [36]. При этом они особо привлекательны для уязвимых людей, ищущих облегчения эмоционального гнета.

Высок риск выхода на суицидальные сайты при использовании интернета. При вводе

ключевых слов, связанных с самоубийством и смертью, в популярных поисковых системах (Google, Yahoo!, MSN, Ask) выявлены 240 сайтов, пропагандирующих суицид [42]: каждый пятый намеренно подталкивает к суициду и предлагает способы его совершения. Каждый второй принуждает или поощряет суицид. Однако 13% сайтов сосредоточены на предупреждении самоубийств и помощи потенциальным суицидентам; 12% сайтов содержат осуждение суицидов; 15% – научные или образовательные. Сходны данные в Турции, где ½ результатов поиска информации о суициде приводят к веб-сайтам про самоубийц при наличии 13% антисуицидальных [43]. Хотя большинство веб-страниц суицидально-нейтральны или включали про- и антисуицидальную информацию, 16% описывали самоубийства, 14% содержали пошаговые инструкции, как его совершить [44]. Тревожны результаты в Италии [45]: 25% (n=124) сайтов про самоубийства (7,4% поощряли самоубийство или содействовали ему; 13% содержали подробное описание способов суицида без прямого его поощрения; 5% представляли самоубийство в модных терминах), 11% (n=55) содержали информацию о самоубийстве без явного препятствия к его совершению (2% включили практическую информацию о суициде; 9% представляли вопрос в шуточной форме) и 12% (n=61) сообщали об отдельных самоубийствах. Только 19% сайтов (n=98) направлены на профилактику суицидов и поддержку, из которых 8% (n=41) содержали научно обоснованную и образовательную информацию. Опасность интернета в отношении самоубийства изменилась со временем [10]: в 2005-2012 гг. запросы слова «самоубийство» в Google выросли с 25 до 270 млн.; при преобладании сайтов по предупреждению самоубийств высоки в ответах на запрос пропагандирующие суицид.

Необходимы конкретные стратегии и меры, ограничивающие возможное негативное влияние определённых веб-сайтов. Однако важно учитывать чрезвычайную изменчивость интернета и его содержания. В то время как постоянно создаются новые сайты, другие закрываются, приводя к постоянному изменению порядков появления сайта в поисковых системах.

Б. Форумы, чаты и суицидальные соглашения.

Наряду с просуицидными сайтами, чаты также могут влиять на уязвимых лиц. Форумы и чаты содержат информацию, которая могла бы побудить людей думать о самоубийстве, привести к суициду [41]. Чаты обеспечивают конфиденциальное неконтролируемое общение. Несколько самоубийств и попыток суицида отмечены после онлайн договоренности незнакомых во время чат-сессий [36]. Ранее двое и более, лично знакомые, становились участниками соглашения вместе совершить самоубийство в определенном месте в определенное время [46]. Первый суицидальный договор в интернете зарегистрирован в Японии в 2000 г. [47]. Впоследствии отмечены 34 суицидальных договора через интернет в 2003 г., в 2005 г. – 91 [48]. Развитие и доступность технологий, видимо, способствует современному “folie a deux” («психозу на двоих») [49]. Одиночество – общее условие суицидальных договоров [50]. Онлайн-соглашение создает особое ощущение сплоченности и новый тип отношений: при знакомстве в интернете и планировании самоубийства люди могут жить чувством общности, и в этом контексте «умирать вместе лучше, чем в одиночку» [50].

В. Кибербуллицид (cyberbullicide).

Новым примером возможного негативного влияния интернета стали случаи прямого или опосредованного самоубийства как следствия онлайн-агрессии / издевательств [51]. Издеательства и киберзапугивание (кибербуллинг) часто сочетаются с депрессией, низкой самооценкой, безнадежностью и одиночеством [52, 53], которые в свою очередь, известные факторы риска СП [54, 55]. Несмотря на то, что издеательства и киберзапугивание имеют аналогичные причины и следствия, до жертв киберзапугивания можно легко добраться в любом месте и в любое время через социальные сети, мобильные телефоны и электронную почту, что значительно увеличивает частоту жестокого обращения [56].

Таким образом, существует сложная взаимосвязь между интернетом и СП. Интернет может, с одной стороны, стимулировать уязвимых лиц к попытке или совершению суицида, но внедрение инновационных интернет-стратегий (интернет-проекты, группы под-

держки через чат, электронная почта, группы под руководством специалистов в области психического здоровья) представляет мощную профилактическую концепцию, способную достучаться до чрезвычайно большого количества людей за пределами барьеров пространства и времени [57, 58]. Онлайн-платформы (социальные медиа), могут помочь выявлению лиц или географических районов, подверженных высокому риску СП [59].

Интернет о предупреждении СП.

До появления компьютера и интернета использовались различные инструменты, облегчающие доступ к нуждающимся в помощи в кризисе или тяжелом дистрессе. Первые горячие линии («Самаритяне») работают с середины XX века. Их успех объяснен работой в режиме 24/7, они не ограничены расстоянием, гарантируют анонимность и конфиденциальность, информируют и поддерживают здесь и сейчас. Тем не менее, интернет занял лидирующие позиции среди инструментов кризисной помощи: предоставляет синхронную (чаты) и асинхронную (форумы и почта) поддержку, групповые мероприятия, где данные и содержание сообщений могут быть сохранены. Интернет способствует дестигматизации. Решившие участвовать в онлайн группе, по сравнению с традиционной [60], испытывают большую стигматизацию со стороны друзей и близких. Высокий риск самоубийств из-за осуждения и убеждение, что в жизни поддержки не найти, способствуют выбору онлайн-помощи, а не реального взаимодействия. В современном обществе любое обсуждение суицида табуировано; Интернет-сайты и форумы, напротив, служат одними из основных источников информации. Хорошо это или плохо – предстоит уточнить [36, 61].

Например, анонимность как одно из важных преимуществ интернета, – серьезный недостаток, когда лживые (выдуманные) сообщения с целью привлечения внимания ведут к страданию уязвимых участников («Синдром Мюнхгаузена через интернет») [62]. Использование сети [63] может привести к тяжелому дистрессу. Целевая группа интернета – молодые [64], большинство пользователей телефонных услуг и онлайн-сервисов – женщины [47]. Хотя уровень самоубийств выше у мужчин, они реже ищут, обращаются за помощью. При-

чины полового различия не ясны [65], но возможно, более высокая стигматизация психических расстройств мужчин препятствует поиску конструктивной помощи [66]. Традиционные представления о «настоящих мужчинах» без права выразить эмоции и справляющихся с проблемами самостоятельно [67], могут снизить их долю как клиентов в онлайн-профилактике и поддержке. Другие ограничения интернета – технические: возможность внезапной неисправности сети во время эмоциональной беседы; отсутствие визуального, вербального и физического контакта может вести к недопониманию.

Кто работает в сфере предупреждения суицидального поведения?

Существует ряд стратегий онлайн-вмешательства и поддержки, включая электронную почту, чаты и форумы. Асинхронные группы помощи (форумы), кажутся предпочтительнее чатов по нескольким причинам. Ответ на сообщение в форуме можно получить в любое время, и это отчасти избавляет от чувства одиночества. Асинхронная связь позволяет обдумать сообщения перед публикацией, и пользователи ощущают себя в безопасности. Люди обычно предпочитают разделять эмоции, связанные с психологической болью в асинхронной группе, а не в чатах, где дают быстрые ответы [63, 68, 69]. Участники могут ощущать сплоченность и эмоциональную поддержку других членов группы. Отсюда асинхронные группы представляют удобный способ общения суицидентов, испытывающих острое одиночество и невыносимую душевную боль [70].

Активное участие в онлайн-мероприятиях суицидентов и их близких, профессионалов – снижает риск интернет-индуцированных суицидов, способствует улучшению профилактики СП.

«Пережившие суицид» – близкие суицидента [70]. У членов семьи и особо подростков [71], потерявших значимых близких в результате самоубийства, высок риск депрессивных расстройств. Близкие суицидента чаще совершают суицидальные попытки и угрожают ими, склонны к злоупотреблению ПАВ [72]. Уязвимая к СП группа требует «суицидальной поственции как профилактики для будущих поколений» [70]. Роль профессионального сопро-

вождения переживших суицид близкого (группы поддержки или горячие линии) подчеркнута словами: «Только испытавшие это могут в полной мере понять» [60]. У групп поддержки двойное преимущество: пережившие суицид близкого могут снова почувствовать себя полезными и оказать помощь и поддержку пережившим такой опыт, легче справиться с горем и возможным самообвинением; «новички» группы чувствуют понимание и поддержку способных понять их боль [60]. Многие сайты и интернет-проекты доступны пережившим суицид близкого («Пережившие тяжелую утрату вследствие суицида», www.uk-sobs.org; и «Soproxi проект», www.soproxi.it).

Специалисты в области здравоохранения.

В дополнение к распознаванию и лечению болезней, одной из главных целей медика служит выявление тревожных знаков и активное предотвращение болезни. Увы, часто работники здравоохранения не признают серьезность эмоционального кризиса суицидальных пациентов. Точная оценка суицидального риска при понимании суицидальных сигналов в общении – предварительный шаг предотвращения СП. Признание любого суицидального содержания в общении может стимулировать разработку эффективных профилактических коммуникационных стратегий, которые, в свою очередь, помогут клиницистам, близким и друзьям суицидента [73]. Многие веб-сайты информируют о психическом здоровье и профилактике СП специалистов (врачей, медицинских и социальных работников). Веб-сайты и онлайн-проекты созданы для преодоления больших расстояний, особо для селян или изолированных общин как австралийские проекты ACROSSnet – сельская система онлайн-поддержки в 2002-2005 гг. и e-SPST – электронной превенции СП в 2004-2009 гг.) [74]. Кроме сайтов и проектов, призванных обеспечить онлайн-образование профессионалов, созданы сайты для переживающих дистресс (особо с риском СП) с целью информации, поддержки и вмешательства через телефонные горячие линии, электронную почту, чаты, форумы или социальные сети (Telefono Amico Italia; Reach-out, Australia; Sahar, Israel; 113online, The Netherlands; BeFriender; Samaritans; Soproxi Project). Ряд платформ описан ниже.

Reach-out (<http://au.reachout.com>): Австралийский проект, начатый в 1998 г. с целью дестигматизации и поощрения молодых (16-25 лет) к обращению за помощью. В сайт входят разделы с научными статьями о распространенности психических недугов молодежи; интернет-сообщество с форумом, моделирующее обучение добровольцев; ссылки на социальные сети Facebook, Twitter и MySpace. Проект внес значительный вклад в снижение стигматизации психических расстройств и повышение уровня помощи молодым [25].

Soproxi: проект с 2006 г. в северо-восточной Италии [58] поддерживает близких жертв самоубийства. Сайт www.soproxi.it с 2011 г. обучает специалистов в области здравоохранения, помогает и поддерживает по телефону, скайпу, электронной почте, на форумах и онлайн-чатах.

113online (www.113online.nl): голландская платформа для кризисных вмешательств через сайт и по телефону на первичных и третичных уровнях профилактики СП [75].

Sahar (Support and Listening on the Net) (www.sahar.org.il): платформа обеспечивает эмоциональную поддержку жителей Израиля, содержит ссылки на научные статьи, чаты и помощь. Sahar имеет четыре форума для целевых групп: молодежи, взрослых, военнослужащих и предпочитающих выражать эмоции через творчество (стихи, рассказы, картины можно загрузить и поделиться ими). Работают обученные добровольцы [37].

Основным недостатком программ: услуги только на одном языке.

В дополнение к многогранным мультимедийным программам предложены более традиционные проекты: телефоны доверия и поддержка по электронной почте.

Что делать?

Необходимы стратегии частного контроля неуместного и потенциально опасного содержания интернета. Родители могут частично контролировать и ограничивать информацию, получаемую детьми через интернет, с помощью особого программного обеспечения, программ-фильтров, но их легко обойти. Провайдеры интернет-услуг играют важную роль в этом отношении, а в отдельных странах приняты специальные правила. В Австралии законодательство достаточно жесткое: с 2006 г.

предоставление практических рекомендаций или поощрение самоубийств в интернете незаконно [42]. В Японии провайдеры должны информировать полицию о любой суицидальной информации на своих платформах [48], немецкие форумы и владельцы веб-сайтов ответственны за их содержание [76]. В Китае провайдеры с 2010 г. несут ответственность за неинформирование властей о самоубийстве или сведениях о СП на своих сайтах [77]. Некоторые корейские и японские провайдеры заблокировали ряд суицидальных сайтов [48]. Однако во многих других странах отсутствуют конкретные положения. Например, веб-сайты, контролируемые Internet Watch Foundation (основное интернет-мониторинг агентство в Великобритании), не включают незаконные суицидальные сайты. Законодательство США не влияет на владельцев веб-сайтов, если те не нарушают закон об авторском праве [78]. Итальянский нормативный акт по этому вопросу расплывчат, без конкретной политики мониторинга веб-сайтов для самоубийц. Веб-сайты могут быть заблокированы почтовой полицией после постановления суда в случае предполагаемого преступления [45].

Так как невозможно заблокировать все веб-сайты про самоубийства, полезно информацию о суицидальной превенции продвигать в поисковых системах, и делать её более доступной. Интернет можно использовать как дополнительное средство поддержки «круглые сутки и семь дней в неделю» (24/7), а не как альтернативу традиционному профессиональному вмешательству.

Обсуждение и заключение.

Цель обзора – описание рисков неправильного использования интернета и предложение конструктивных решений. Намерение авторов не в поощрении ограничения сайтов о суициде (тотальный запрет сайтов о самоубийстве «не практичен и неразумен» [41]), а в формировании политики ответственности. Общие правила и рекомендации следует соблюдать при работе в интернете и с другими СМИ (руководящие принципы для журналистов). Некоторые страны предприняли шаги в направлении интернет-обзоров по предотвращению самоубийств, но недостаточные для наиболее уязвимых групп риска СП. Важна роль онлайн - профилактических и поддерживающих проектов, легко до-

ступных, и имеющих доказанную эффективность в дестигматизации, охватывающие широкую целевую группу населения, включая подростков и молодежь, при сотрудничестве с социальными сетями. Основные задачи онлайн-сервисов – дестигматизация и облегчение доступа к широким слоям населения, поощрение людей к обращению за помощью в (психиатрическую) службу и облегчение острого эмоционального или суицидального кризиса. Услуги не предназначены заменить профессиональное лечение, а способствуют контактам с работниками здравоохранения в условиях личного контакта («лицом к лицу»). Необходима взаимосвязь помощников в онлайн – профилактике самоубийств и специалистов местных служб профилактики СП [79]. В группе риска СП мала социальная поддержка, и исключительное онлайн-общение будет лишь способствовать повышению их социальной изоляции.

Технология не несет риска СП, ведь «технология сама по себе не является действием» [80]. Не интернет причиняет вред, а создающие вредоносные веб-сайты. Осуждение технологии самой по себе не имеет смысла, под контролем властей и учреждений должны быть использующие сети с деструктивными намерениями. Специалисты в области охраны психического здоровья должны быть в курсе рисков использования интернета, изучить интернет-привычки пациентов, особо страдающих от депрессии и / или в группе риска СП. Интернет может помочь, когда пользователи, особо самые уязвимые, признают потенциальные риски, восстановить и использовать ресурсы поддержки. Основной целью любой кампании должно стать уменьшение количества суицидальных сайтов, продвижение «молодой» легкодоступной сети услуг, способствующей преодолению стыда и стигматизации, частично с помощью традиционных СМИ. Специальная подготовка необходима для профессионалов (психиатров, социальных работников, учителей, священников, добровольцев, участвующих в онлайн-превенции самоубийств). Анонимность – одна из главных причин широкого использования интернета. Предстоит уменьшить предрассудки о психических недугах как первый шаг продвижения помощи во всех группах риска СП, в частности, молодежи и / иных уязвимых лиц.

Учитывая широту использования интернета в мире, исследования его влияния на психическое здоровье и СП нуждаются в постоянном обновлении в свете многочисленных профилактических возможностей, как недавно разработанные «серьезные игры» [81], приложения самопомощи, подключенные к линии поддержки [82]. Интернет – неоспоримый ключевой ресурс и мощный коммуникационный инструмент, при правильном применении способствующий предотвращению СП. Интернет, при осознанном использовании, вероятно, станет одной из самых важных профилактических антикризисных стратегий.

Литература:

1. Tam J., Tang W.S., Fernando D.J. The internet and suicide: A double-edged tool // *European J. Internal Med.* – 2007. – Vol. 18. – P. 453–455.
2. Mora-Merchán J.A., Jäger T. Cyberbullying. A cross-national comparison. Landau: Verlag Empirische Padagogik. – 2010.
3. Patchin J.W., Hinduja S. Changes in adolescent online social networking behaviors from 2006 to 2009 // *Computers Hum. Behav.* – 2010. – Vol. 26. – P. 1818–1821.
4. Chiv A. Cyberbullying and the ‘Net Generation’ // *7 pm J. Digit. Res/ Publ.* – 2010. – P. 44-53.
5. Zickuhr K. Generations 2010. The Pew Internet and American Life Project. [last accessed 8 January 2015]. Available from: http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2010/PIP_Generations_and_Tech10.pdf. – 2010.
6. Lenhart A., Madden M., Macgill A.R. et. al. Teens and social media: The use of social media gains a greater foothold in teen life as they embrace the conversational nature of interactive online media. Washington, DC // *Pew Internet and Am. Life Project.* – 2007.
7. File T., Ryan C. Computer use in the US 2013. *American Community Survey Reports.* – 2013.
8. Livingstone S., Bober M. UK Children Go Online: final report of key project findings [online]. London: LSE research online, 2005. Retrieved online (20.10.2012) on <http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000399>. – 2005.
9. Eurostat Statistics. Computers and the Internet in households and Enterprises. Retrieved online (01.12.2013) on http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/main_tables. – 2010.
10. Westerlund M., Hadlaczký G., Wasserman D. The representation of suicide on the internet: implications for clinicians // *J. Med. Internet research.* – 2012. – Vol. 14, № 5. – P. e122. www.socialbakers.com/facebookstatistics/?interval=last-3-months#chartintervals, retrieved online (21.12.2013).
11. Durkee T., Hadlaczký G., Westerlund M. et. al. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence // *Internet J. Environ. Res. Public Health.* – 2011. – Vol. 8. – P. 3938-3952.
12. Engelberg E., Sjöberg L. Internet Use, Social Skills, and Adjustment // *Cyberpsychology & Behav.* – 2004. – Vol. 7, № 1. – P. 41-47.
13. Morrison C.M., Gore H. The relationship between excessive internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults // *Psychopathology.* – 2010. – Vol. 43. – P. 121-126.
14. Van den Eijnden R.J., Meerkerk G.J., Vermulst A.A. et al. Online communication, compulsive internet use, and psychosocial well-being among adolescents: A longitudinal study // *Developmental Psychology.* – 2008. – Vol. 44. – P. 655-665.
15. Ybarra M.L., Alexander C., Mitchell K.J. Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: a national survey // *J. Adolesc. Health.* – 2005. – Vol. 36. – P. 9–18.
16. Moody E.J. Internet Use and Its Relationship to Loneliness // *Cyberpsychology Behav.* – 2001. – Vol. 4. – P. 393-401.
17. Lee B.W., Stapinski L.A. Seeking safety on the internet: relationship between social anxiety and problematic internet use // *J. Anxiety Dis.* – 2012. – Vol. 26, № 1. – P. 197–205.
18. Gundogar A., Bakim B., Ozer O.A. et. al. The association between internet addiction, depression and ADHD among high school students // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27. – P. 1.
19. Cecilia M.R., Mazza M., Cenciarelli S. et. al. The relationship between compulsive behaviour and internet addiction // *Styles of Communication.* – 2013. – Vol. 5, № 1. – P. 24–31.
20. Adalier A., Balkan E. The relationship between internet addiction and psychological symptoms // *Int. J. Glob. Educ.* – 2012. – Vol. 1. – P. 42–49.
21. Caplan S. E. Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being // *Communication Res.* – 2003. – Vol. 30. – P. 625–648.
22. Chou C., Hsiao M.C. Internet addiction, usage, gratifications, and pleasure experience: The Taiwan college students’ case // *Computers Educat.* – 2000. – Vol. 35, № 1. – P. 65–80.
23. Ward D.L. The relationship between psychosocial adjustment, identity formation, and problematic Internet use. *Dissertation Abstracts International: Section B // The Sciences and Engineering.* – 2001. – Vol. 61. – P. 3906.

24. Kaess M., Durkee T., Brunner R. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and selfdestructive behaviours // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2014. – Vol. 23. – P. 1093–1102.
25. Burns J., Morey C., Lagelée A. et al. Reach Out! Innovation in service delivery // *Med. J. Austral.* – 2007. – Vol. 187. – P. 31–34.
26. Borzekowski D.L., Rickert V.I. Adolescent cyber-surfing for health information: a new resource that crosses barriers // *Arch. Pediatric Adolesc. Med.* – 2001. – Vol. 155. – P. 813–817.
27. Rideout V. Generation Rx.com. What are young people really doing online? // *Market Health Service.* – 2002. – Vol. 22. – P. 26–30.
28. Gould M.S., Munfakh J.L., Lubell K. et al. Seeking help from the Internet during adolescence // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 41. – P. 1182–1189.
29. Nicholas J., Oliver K., Lee K. et al. Help-seeking behavior and the Internet: An investigation among Australian adolescents // *Aust. e-J. Advanc. Mental Health.* – 2004. – Vol. 3. – P. 1–8.
30. Morahan-Martin J. M. How internet users find, evaluate, and use online health information: a cross-cultural review // *Cyberpsychology Behav.* – 2004. – Vol. 7, № 5. – P. 497–510.
31. Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? // *Med. J. Australia.* – 2007. – Vol. 187 (7Suppl). – P. 35–39.
32. Dubow E.F., Lovko K.R., Kausch D.F. Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents // *J. Clin. Child Adolesc. Psychology.* – 1990. – Vol. 19. – P. 44–54.
33. Gulliver A., Griffiths K. M., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review // *BMC Psychiatry.* – 2010. – Vol. 10. – P. 113.
34. van Spijker B.A.J., van Straten A., Kerkhof A.J.F.M. Effectiveness of Online SelfHelp for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial // *Plos One.* – 2014. – Vol. 9. – P. e90118.
35. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et al. PRISMA Group Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement // *PLoS Med.* – 2009. – Vol. 6. – P. 21.
36. Alao A. O., Soderberg M., Pohl E. L. et al. Cyber-suicide: Review of the role of the Internet on Suicide // *Cyberpsychology Behav.* – 2006. – Vol. 9. – P. 489–493.
37. Dobson R. Internet sites may encourage suicide // *BMJ* – 1999. – P. 319–337.
38. Thompson S. The internet and its potential influence on suicide // *Psychiatr. Bull.* – 1999. – Vol. 23. – P. 449–451.
39. Leenaars A. A. Suicide: A multidimensional malaise // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 1996. – Vol. 26. – P. 221–236.
40. Shaffer D., Garland A., Gould M. et al. Preventing teenage suicide: A critical review // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 27. – P. 675–687.
41. Becker K., Schmidt M. H. Internet chat rooms and suicide // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 43. – P. 246–247.
42. Biddle L., Donovan J., Hawton K. et al. Suicide and the internet // *BMJ.* – 2008. – Vol. 336 (7648). – P. 800–802.
43. Sakarya D., Güneş C., Sakarya A. Googling suicide: evaluation of websites according to the content associated with suicide // *Turkish J. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 24. – P. 44–48.
44. Recupero P., Harms S. E., Noble J. M. Googling suicide: surfing for suicide information on the internet // *J. Clin. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 69. – P. 878–888.
45. De Rosa C., Del Vecchio V., Del Gaudio L. Il suicidio e Internet: una ricerca sui siti web italiani // *Giornale Ital. Psicopatol.* – 2011. – Vol. 17. – P. 376–382.
46. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet // *BMJ* – 2004. – Vol. 329. – P. 1298.
47. Lester D. The use of the internet for counseling the suicidal individual: possibilities and drawbacks // *OMEGA.* – 2008. – Vol. 58, № 3. – P. 233–250.
48. Hitosugi M., Nagai T., Tokudome S. A voluntary effort to save the youth suicide via the Internet in Japan // *International Journal of Nursing Studies.* – 2007. – Vol. 44. – P. 157.
49. Salih M. A. Suicide pact in a setting of Folie à Deux // *Br. J. Psychiatry.* – 1981. – Vol. 139. – P. 62–67.
50. Ozawa-De Silva C. Too lonely to die alone: Internet suicide pacts and existential suffering in Japan // *Culture, Med Psychiatry.* – 2008. – Vol. 32, № 4. – P. 516–551.
51. Hinduja S., Patchin J. W. Bullying, Cyberbullying and Suicide // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – Vol. 14, № 3. – P. 206–221.
52. Hawker D. S., Boulton M. J. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies // *J. Child Psych. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 41. – P. 441–455.
53. Langhinrichsen-Rohling J., Lamis D. A. Current suicide proneness and past suicidal behavior in adjudicated adolescents // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2008. – Vol. 38. – P. 415–426.
54. Bauman S., Toomey R. B., Walker J. L. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students // *J. Adolesc.* – 2013. – Vol. 36. – P. 341–350.

55. Brunstein Klomek A., Marrocco F., Kleinman M. et al. Bullying, depression, and suicidality in adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 46. – P. 40-49.
56. Palmeri J. M. “Cyberbullicide”: When Cyber Bully Victims Can’t Escape. NYU Steinhardt: Department of Psychology. New York University. – 2012.
57. Gilat I., Shahar G. Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet // *Psychiatry.* – 2007. – Vol. 70. – P. 12-18.
58. Scocco P., Frasson A., Costacurta A. et al. SOPROxi: a research-intervention project for suicide survivors // *Crisis.* – 2006. – Vol. 27. – P. 39-41.
59. Christensen H., Batterham P.J., O’Dea P. E-Health Interventions for Suicide Prevention // *Intern. J. of Environ. Research and Public Health.* – 2014. – Vol. 11. – P. 8193-8212.
60. Feigelman W., Gorman B. S., Beal K. C. et al. Internet support groups for suicide survivors: a new mode for gaining bereavement assistance // *OMEGA.* – 2008. – Vol. 57. – P. 217-243.
61. D’Hulster N., Van Heeringen C. Cybersuicide: The role of the Internet in suicidal behaviour. A case study // *Tijdschrift Psychiatrie.* – 2006. – Vol. 48. – P. 803-807.
62. Feldman M.D. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet // *Southern Med. J.* – 2000. – Vol. 93. – P. 669-672.
63. Barak A. Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report // *Computers Human Behav.* – 2007. – Vol. 23. – P. 971-984.
64. Suler J. Assessing a person’s suitability for online therapy. The ISMHO Clinical Case Study Group // *Cyberpsychology Behav.* – 2001. – Vol. 4. – P. 675.
65. Smith J. A., Braunack-Mayer A., Wittert G. What do we know about men’s helpseeking and health service use? // *Med. J. Australia.* – 2006. – Vol. 184. – P. 81-83.
66. Ellis L. A., Collin P., Davenport T. A. et al. Young Men, Mental Health, and Technology: Implications for Service Design and Delivery in the Digital Age // *J. Med. Int. Res.* – 2012. – Vol. 14. – P. 160.
67. Möller-Leimkühler A.M. Barriers to helpseeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression // *J. Affective Disorders.* – 2002. – Vol. 71, № 1-3. – P. 1-9.
68. Finn J. An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability // *Health Soc. Work.* – 1999. – Vol. 24. – P. 220-231.
69. Miller J. K., Gergen K. J. Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation // *J. Marital Family Therapy.* – 1998. – Vol. 24. – P. 189-202.
70. Shneidman E. Prologue. In E.S. Shneidman (ed) *On the Nature of Suicide* // San Francisco: Jossey-Bass. – 1969.
71. Bridge J. A., Day N., Day R. et al. Major depressive disorder in adolescents exposed to a friend’s suicide // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 42. – P. 1294-1300.
72. Diekstra R.F.W. A social learning approach to the prediction of suicidal behaviour / Speyer N et al. eds // *Proceedings 7th International Conference for Suicide Prevention.* Amsterdam: Swets & Zeitlinger. – 1974. – P. 55-66.
73. Shemanski Aldrich R., Cerel J. The development of effective message content for suicide intervention // *Crisis.* – 2009. – Vol. 30. – P. 174-179.
74. Kryszynska K. E., De Leo D. Telecommunication and suicide prevention: hopes and challenges for the new century // *OMEGA.* – 2007. – Vol. 55. – P. 237-253.
75. Mokkenstorm J. K., Huisman A., Kerkhof A. J. Suicide prevention via the internet and the telephone: 113Online // *Tijdschrift voor Psychiatrie.* – 2012. – Vol. 54. – P. 341-348.
76. Becker K., Mayer M., Nagenborg M. et al. Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? // *Nord. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 58. – P. 111-114.
77. Cheng Q. Are Internet service providers responsible for online suicide pacts? // *British Medical Journal.* – 2011. – P. 344:d2113.
78. Coble H. Digital Millennium. Copyright Act. Retrieved online (21.09.2012) on: <http://www.copyright.gov/legislation/dmca.pdf>. – 1998.
79. Kraut R., Patterson M., Lundmark V. et al. Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // *Am. Psychologist.* – 1998. – Vol. 53. – P. 1017-1031.
80. Collings S., Niederkrotenthaler T. Suicide Prevention and Emergent Media: Surfing the Opportunity // *Crisis.* – 2012. – Vol. 33. – P. 1-4.
81. Luxton D.D., June J.D., Kinn J.T. Technology-based suicide prevention: current applications and future directions // *Telemedicine & e-Health.* – 2011. – Vol. 17. – P. 50-54.
82. Shand F.L., Ridani R., Tighe J. et al. The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* – 2013. – Vol. 14. – P. 396.

Summary:

SUICIDE PREVENTION AND INTERNET? RISK AND OPPORTUNITIES^ A NARRATIVE REVIEW

Stefano Totaro, Elena Toffol, Paolo Scocco

Italian Association for Suicide Prevention, Padua, Italy

In the past century the development of technology, most notably the Internet, has broadened the horizons for the prevention of suicidal behaviors. At the same time, the Internet has become a double-edged sword especially for vulnerable people, given the difficulty of inspecting the real contents of each site, along with the growing number of pro-suicide websites. The aim of this work is therefore to narratively review the literature regarding the role of the Internet in suicide prevention, as well as possible strategies to counteract the expansion of suicide-promoting websites. Specific attention has been paid to especially vulnerable populations, such as adolescents and young adults.

Key words: internet, chat, forum, suicide, suicide attempt, prevention.

Перевод с английского: Е.Ю. Антохин и Р.И. Палаева (Оренбург)

УДК: 316.624.2

КОММЕНТАРИЙ.

ДВУЛИКАЯ ПАУТИНА: ВЕРТЕР VS ПАПАГЕНО

Е.Б. Любов, Е.Ю. Антохин, Р.И. Палаева

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук. Доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России; главный детский специалист-психотерапевт Минздрава Оренбургской области. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6. Телефон: (3532) 40-35-59.

Палаева Розалия Ильдаровна – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6. Телефон: (3532) 40-35-59, электронный адрес: rozaliana8@mail.ru

В комментарии к обзору S. Totaro и соавт. подчеркнута роль концепции «уязвимость – дистресс» при объяснении суицидального поведения под влиянием интернета (социальных сетей). Роль интернета, особо социальных медиа в отношении суицидального поведения двоякая: поощряющая (провоцирующая) как фактор риска и защитная (антисуицидальная). На примере сообщений отечественных и зарубежных СМИ показана роль интернета как фактора риска в отдельных группах населения (особо подростков и молодежи). Эта же часть населения уклоняется от типовой психиатрической помощи. Уязвимые к суициду личности (в том числе депрессивные, социально отверженные) особо тяготеют к интернету. Такие личности внушаемы и склонны к группированию в «группах смерти». Наряду с ограничительными законодательными мерами (мониторинг, закрытие суицидальных сайтов) необходимо «компенсаторно» развивать антисуицидальные сайты. На них возможно обсуждение актуальных проблем суицидального поведения с профессионалами и добровольцами с успешным опытом преодоления кризисных ситуаций, получение онлайн помощи, мониторинг (самооценка) суицидального поведения, обучение профессионалов. Необходимы дальнейшие исследования связи суицидальных сайтов с риском

суицида и эффективности социальных медиа в профилактических программах, особо для подростков и молодежи.

Ключевые слова: интернет, социальные медиа, суицидальное поведение, профилактика, подростки, молодежь, предупреждение суицидов, СМИ.

«Наша миссия в том, чтобы сделать мир более открытым и общительным».

Марк Цукерберг

Обзор S. Totaro с сотрудниками посвящен анализу неоднозначной (внешне противоречивой) суицидогенной и антисуицидальной (защитной) эффектах интернета. В первом случае говорят об эффекте Вертера (не ограничивающем многогранное негативное влияние сети), во втором – о менее знакомом не театралом Папагено¹. Авторы рассматривают суицидальное поведение (СП) в русле модели «диатез-стресс», подчеркивающую роль уязвимой личности с низкой стрессоустойчивостью и жизнестойкостью, зачастую депрессивной, и подходящего к ней как ключ к замку спускового крючка суицидогенеза – «манка» (коварной сирены?) интернета.

Социальные медиа платформы: блоги веб-сайтов, (видео)чаты и сайты, сайты социальных сетей как «Фейсбук», «Твиттер» и форумы, электронная почта сломали привычный уклад и правила общения на немедленный и интерактивный обмен информацией, созданной и контролируемой самими пользователями, их группами, размывли границы личной безопасности и свободы, подталкивая людей в объятия «человейника» (по А. Зиновьеву). Если число пользователей «Фейсбука» > 1 млрд., «в контакте» каждый пятый землянин. Учащаяся молодежь особо «интернетизирована». Сайты социальных сетей – самые популярные площадки общения и обмена информацией (в сетях зарегистрированы 60% российских школьников). Это возраст бурь и страстей, когда любовь и смерть ходят рядом, и – дебюта большинство физических и психических расстройств. Вероятность смерти детей в возрасте <5 лет в России снижается, но в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах Евросоюза. В 1980-2015

гг. доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, выросла в 4,2 раза. За последние 10 лет первичная заболеваемость детей 0-14 лет от разных причин выросла в 1,5-2 раза, подростков в 2-3 раза (<http://www.kommersant.ru/doc/3164390>). Психическое нездоровье 12000 школьников 12 стран Евросоюза неудовлетворительно [1]: у каждого третьего симптомы депрессии, четвертого – тревоги; клиническая (по МКБ-10) депрессия у каждого десятого, тревожное расстройство у > 1/2; суицидальные мысли у каждого третьего, суицидальные попытки совершил каждый двадцатый. Неполная тревожная депрессия, открытая психосоциальным дистрессам, возможно, более суицидогенна, чем синдромально очерченная. При очередном опросе под патронатом ВОЗ школьников > 40 стран Европы и Америки Россия – в первой десятке стран, где 11- и 12-летние оценили здоровье плохим или удовлетворительным, отметив и «перегруженность в школе» [2]. В Российской Федерации мониторинг школьников 8-10 классов [3] выявил психосоциальную дезадаптацию у трети респондентов и актуальный риск суицида у каждого десятого. Поэтому подростки и молодежь составляют возрастную группу-мишень местной суицидальной программы [4]. Каждый суицид входящего в мир – резонансное событие, особо посредством СМИ [5]. При этом искажен среднестатистический портрет жертвы суицидента – им представлен подросток, запутавшийся в тенетах любви и двоек, а не его отец и дед.

«Не понимаю, почему они мне доверяют» (*Марк Цукерберг*). В обзоре приведены «новые» риски СП через социальные медиа; детализируем и дополним их с привлечением отечественного материала и контента.

Киберзапугивание и кибердомогательство – ребенку или подростку намеренно и неоднократно угрожают, унижают, домогаются обычно сверстники (сверстник) посредством сотовых телефонов, SMS, электронной почты, сайтов социальной сети с выкладыванием фото / видео в неприглядном виде (опьянение, при

¹Папагено – птицелов из оперы Моцарта «Волшебная флейта». Собравшись вешаться в тоске любовной разлуки, благоразумно одумался, вняв деятельному совету трех мальчиков.

изнасиловании, реальном или постановочном) – мало отличны (для жертвы) от кибермоббинга (травли, психологического давления, агрессии или издевательств других пользователей). Российские школьники лидируют по жалобам на кибермоббинг. В 2013-2014 гг. [2]: 11% девочек и 8% мальчиков 11-15 лет 2-3 раза в месяц подвергались травле. Сходны данные исследования «Дети России онлайн»: 11% жертв кибербуллинга [6]. От такой напасти не спрятаться – не скрыться, если только не забыть интернет.

Киберсуицид – групповое или индивидуальное самоубийство с использованием интернет-ресурсов. Риск суицидальной попытки жертв кибербуллинга, школьников средней школы, вдвое выше, чем «интактных» сверстников [7].

Бренди В. (18 лет) из Техаса (США) застрелилась после издевательств в социальных сетях; неизвестные открыли от имени девушки страничку в «Фейсбуке», предлагая бесплатный секс желающим. Травля не прекратилась после того, как Вэла заявила в полицию и сменила номер телефона. Ей продолжали писать оскорбительные сообщения, связанные с её весом и внешностью и после смерти.

Сообщение с точным указанием ФИО обильно украшено фото жертвы с провокативным макияжем.

Башкирские следователи возбудили уголовное дело по факту суицида 14-летней девочки из Октябрьского. Школьница уже пыталась совершить самоубийство – приняла лекарство "Фенозепам". С отравлением её доставили в больницу. 17 февраля повторно госпитализирована с тем же диагнозом в коме, потом умерла. Правоохранители выяснили, что ребенок столкнулся с травлей в интернете. Девочка оставила предсмертную записку, в которой оставила пароль от своей страницы в социальной сети. «Друзья» распространили информацию о её личной жизни. Возбуждено уголовное дело по ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства».

Показательно: в кратком сообщении на сайте местных новостей нашлось место для скоропалительного определения «причины» суицида (после этого – значит, из-за этого) с указанием места жительства жертвы (город с 100000 населением), метода и средства суици-

да. Типично и другое – повторная скорая однотипная суицидальная попытка без упоминания какой-либо помощи между ними.

Киберпреследование знакомо и взрослым. В течение жизни кибербуллинг касается 20-40%, оскорбления – 11,5-20% опрошенных [7]. Риск, однако, снижен с возрастом (приобретен некий иммунитет?).

31-летняя Тициана К. из Неаполя снялась в сексуальном видео, дабы вызвать ревность бывшего бойфренда, но поделилась им и с друзьями. Один из них разместил его в интернете. Видео приобрело популярность, породив множество пародий, а Тициану стали преследовать через социальные сети. Тициана пыталась воспрепятствовать распространению видео, но была признана виновной в том, что оно попало в интернет, и не нашла защиты у властей. Тициана начала процесс по смене имени, сменила город, пыталась покончить с собой. Через год совершила самоубийство, что положило начало расследованию. Нельзя не заметить виктимное поведение бедной Тицианы.

Веб-сайты популярны, особо с создания YouTube в 2005 г. Онлайн-киберсуицид [8] – в реальном времени, перед веб-камерой.

Сергей К. (26 лет) – слесарь четвертого разряда. Жил в обветшалом деревянном сарае. В последнее мгновение был один – молодая жена ушла вместе с сыном трёх лет. Сергей проклинал родню, запивал горе пойлом за 79 руб. и изливал душу на форуме. Когда он написал о намерении повеситься, на каждый призыв остановиться приходилось несколько едких анонимных издевок. Два часа Аноним переписывался с такими же безымянными пользователями. Назвал себя «ничтожеством», что вчера разругался со всеми близкими, соврал будто он – гей, дабы «сжечь все мосты». Собеседники поддержали: «Давай уже шоу!», «Ты подготовился?». Подсказали как лучше транслировать в «эфир» самоубийство, попросили адрес скайпа, чтобы лицезреть «процесс» и убедиться в том, что «мужик сказал – мужик сделал». Если он действительно убьет себя, то запишите это! Не зря же человек умирает, – пишет один из форумчан, отправляясь ужинать. Единственный человек попросил «Анонима» не идти на отчаянный шаг. Полицейские сообщили: ни одного звонка о том, что кто-то собирается

расстаться с жизнью, не поступало. Трансляцию на сайт мужчина не смог настроить, а модераторы форума разместили запись суицида.

Сергей добился сомнительной цели: оставил постылую жизнь, дверью хлопнув, якобы обличая любопытствующих. Журналисты подробно описывали детали трагедии для опоздавших с ужина. Приводится полностью имя и иные подробности, позволяющие определить его семью, организовать экскурсию к сараю. Однако типичны факторы одиночества и спиртного, идеального адаптогена в соотношении цена-эффект. Кто-то заснет у свитой веревки, Сергей разыграл шоу и теперь знаменит. Участники прямого эфира нередко подстрекают суицидально настроенных пользователей, снижая страх смерти

15-летние школьники в Псковской области забаррикадировались и открыли огонь по полицейским. Происходящее транслировали в интернете. При штурме дома юноша выстрелил в подругу, затем в себя.

Трагедия высвечивает ипостась СП – агрессию, предрасполагающие факторы риска – доступ к оружию и неподготовленность переговорщиков-полицейских. Тиражирование события привело к возможному обострению психического состояния земляка нареченных СМИ «Бони и Клайда» (см. ниже).

У «топовых» видео самоубийств и несуицидальных самоповреждений >2 млн просмотров, у 60% из них нет ограничений в просмотре по возрасту. Они могут нейтрализовать стремление к суициду или снять внутреннее напряжение виртуальным соучастием, вызвать расторможенность [9]. Леденящая кровь «картинка» последствия самоубийства привлекает часть пользователей. Описанная с достойной эксперта-медика точностью сцена смерти юного Вертера не оттолкнула его, пусть немногочисленных, подражателей [5].

Чаты и форумы использованы для обсуждения деталей процесса самоубийства, выкладывания суицидальных посланий, прощаний, порой долгих, что указывает на амбивалентность суицидента, и делает слышным / видимым поиск (крик) о помощи. Однако предсмертные записки могут облегчить решение покончить с собой других уязвимых пользователей. У новой программы прогноза суици-

дального риска на основе лингвистического анализа (частота упоминания «смерть» в посланиях) сообщений [10] 98% чувствительность и почти 100% специфичность. Не менее сложный технический момент – выявление пользователя и побуждение к лечению.

В Псковской области направлен в психиатрическую больницу юноша, в режиме обратного отсчета ежедневно анонсировавший в соцсети самоубийство в свой день рождения. Информация обнаружена при мониторинге переписки пользователей соцсетей в связи с трагедией в поселке Струги Красные, где погибли два подростка.

Благополучный конец главы (история продолжается) подчеркивает и относительность следования принципу конфиденциальности при оказании кризисной помощи.

Суицидальный договор известен и касался ранее близких по крови, любовников. Например. *Мы оба решили сделаться самоубийцами, и, кто касался немного к тем же вещам, и также бесстыдно, не оскорбит меня подозрением. Я раздробил череп рассудка, но не посмел казнить груди, и продолжал существовать с невыразимой болью около трупа младшего брата.*

Проповедуя самоубийство, А.М. Добролюбов не покончил с собой. Но заложенная в декадентстве энергия саморазрушения нашла выход: бегство из литературы «жизнь кончилась, начинается житие». Добролюбов становится «рыцарем странствующего ордена».

В ночь на 19 октября полицейские в лесу близ Иерусалима нашли 18-летнего юношу, намеревавшегося убить себя с подругой (17 лет) из пистолета отца. Молодые оставили предсмертное сообщение на сайте телеканала. Он дважды стрелял в воздух и, затем прижал ствол к голове подруги, стрелял в полицейских, и смертельно ранен в ответ. В нервном срыве госпитализирована девушка (не ранена). Послание, видимо, служило призывом о помощи. В паре, как полагается, ведущий и ведомый. И здесь переговорщики не сумели спасти молодых.

Коммуникативный киберсуицид [8] объединяет ранее незнакомых меж собой с целью группового онлайн самоубийства («в группах смерти») вслед виртуального договора. Взаимная поддержка (её бы привлечь с

жизнеутверждающими целями) «правильности» суицидального выбора и возможность коллективной реализации плана самоубийства могут подтолкнуть к таким действиям страшящихся умирать в одиночестве и безвестности. Общение в чатах с суицидально настроенными собеседниками становится катализатором принятия решения лицами с неустойчивой психикой и / или в кризисной ситуации. «Журналистские расследования» малодоказательных случаев группового суицида подростков более дезориентируют читателя, уводя в лабиринты конспирологии, нежели настораживают в плане реальных ранних проявлений СП (обычно депрессии).

Электронная доска объявлений или форумы использованы для оперативного распространения информации о новых «безболезненных и эффективных» способах суицида. Выделен информационный киберсуицид [8] – с применением интернета знаний. Так, 220 японцев надышались сероводородом, 208 погибли [11]. Члены семьи, медработники и воспитатели пострадали, и умерли при спасении. Почти 80% из 719 лиц 14-24 лет сведения о суициде почерпнули у близких или в традиционных СМИ (газеты), но 60% нашли их в интернет-источниках [12]. Выявлена связь меж мыслями о самоубийстве и суицидальным содержанием онлайн форумов. Общение в чатах или «уговоры» на форуме могут усилить мотивацию к суициду, романтизируют и превозносят образ самоубийцы при обесценивании жизни, стимулируют договоры о суициде [13].

Обсуждение на независимом суицид-форуме (орфография сохранена).

«Мне 20ь, я скоро (буквально к концу октября) иду в армию, наверное вы уже поняли, что недолго я там буду отжиматься и подтягиваться. Я решил, что в армии я себя то и убью! Я канеш проходил в военкомате проверку у психиатара, но вы (точнее только парни =) наверное знаете, какие там врачи, я ей сказал, что я не буйный и меня отпустили! Можете, если хотите, сказать мне пару слов на прощание, но создал данную тему я не только для этого! Как вы вообще думаете, смогли бы вы, из всех способов СУ выбрать именно такой (то есть пристрелиться), вообще пишите всё, что думаете на данную тему!»

Стон души на «Форуме пациентов».

«У меня не будет... детей, парня или мужа, дома большого и независимости, я умру в одиночестве или в больнице, не поступлю и не сдам ЕГЭ буду станочницей работать и дружить с грузчиками потому что я недоразвитая тупая уродина в 13 лет первый депрессивный эпизод, попытка суицида, 4 раза в больницах с маниакалами бредом и глюками сейчас 17 опять депрессия агент пустоты разлил вино и забрал меня я сижу не чувствую тело, прижимаю к коленям так всю себя чувствую и сплю так, еще просыпаюсь и не понимаю где я сон продолжается запахов нет а реальность как отсканированная фотография... у меня был парень, узнал Что болею ушел в обществе надо мной насмеваются презрительно смотрят но друзья есть, в основном парни родители за человека не считают читают нотации, не пускают гулять ощущение нежити, не хочу жить и существовать».

Аддиктивный киберсуицид [8] – аутоагрессивные действия, спровоцированные интернет-зависимостью.

Около девяти часов вечера жильцы дома № 21 на улице Бестужевых обнаружили окровавленного подростка под окнами десятого этажа. Иван Ч. (14 лет) тратил крупные суммы на компьютерные игры. Мы ему ограничили затраты и время на игру, – рассказал отец мальчика Алексей, – не спасли мы его.

В сообщении местных СМИ, обильно сдобренном фото жертвы (лицо размыто) и словоохотливых свидетелей-соседей, с точным указанием адреса и обстоятельств суицида, в крупном заголовке приведены вердикт – компьютерная зависимость – и причина суицида – ограничение на игру со стороны родителей, покаянные слова отца. Можно ожидать, по крайней мере, угроз СП иных «игроманов» при отказе им в удовольствии.

Интернет обеспечивает не только руководством к действию – детальной информацией о способах суицидов, но и средствами их осуществления. Затруднение доступа к таким средствам (от ограждений на мостах и в метро, до прекращения продаж безрецептурных форм ненаркотических анальгетиков) – интегральная часть любой региональной антисуицидальной программы [4]. Нерегулируемые интернет-аптеки представляет серьезную угрозу [14]. В них беспрепятственно можно приобрести ле-

карства с высоким риском токсичности при намеренной передозировке.

«Успокойтесь. Дышите. Мы вас слышим» (Марк Цукерберг, пост в блоге, 2009 г.). Соавторы обзора указывают возможности интернета, полезные профилактике СП и меры противодействия просуицидному содержанию сети, замечая справедливо, что технология сама по себе не может быть вредной или полезной, но становится таковой по воле самих пользователей. Приведены классические примеры использования интернета в превенции СП [15]. Первые РКИ и клинико-экономические анализы, клинические руководства в Австралии, Голландии показали эффект интернет - вмешательства, как Reframe-IT с опорой на КБТ [16]. Интернет информирует о ранних признаках, факторах риска суицида (не всегда научно обоснованных), ресурсах помощи; доступны скрининг школьников (студентов) на предмет выявления риска самоубийства и психических проблем (состояний психической дезадаптации), самооценка.

Оказалась относительно успешной приближенная к потребителю программа СП для малых народов Севера с акцентом на развитие жизнестойкости [17] за счет культуральной ориентации.

Социальные сети облегчают общение со сверстниками и значимыми людьми со сходными проблемами, опытом успешного преодоления кризисных состояний, повышает осведомленность о ресурсах помощи, местных программах профилактики, облегчения доступа к помощи.

В обзоре указаны законодательные инициативы по ограничению влияния суицидальных сайтов, но подчеркнуто, что главным остается – частный контроль на уровне семьи.

В стране работают ФЗ от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», ФЗ от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" от 27.07.2006 № 149-ФЗ (действующая редакция, 2016) требующие, видимо, дополнения и изменения ряда формулировок после широкого обсуждения профессионалами (включая СМИ) и общественности. Важно не свести «ужесто-

чение» ФЗ к запрету отдельных слов без сопутствующей активизации широкой психообразовательной работы с населением (в том числе и в интернете) и образовательной программы для «вахтеров» (учителей, школьных психологов), также с привлечением интернет-ресурсов.

«Многие не знают о рисках социальных сетей. Это мир без границ, в котором наши комментарии и изображения остаются навсегда, а контролировать их распространение становится очень сложным», – предупреждает А. Соро, президент Управления по защите информации. Но никогда не говори никогда. Ряд законодательных инициатив принят и в Российской Федерации, законотворчество развивается. На рассмотрении Госдумы проект, согласно которому интернет-поисковики обяжут по требованию пользователя немедленно удалять недостоверные или распространяемые в нарушение закона личные сведения за исключением информации об не истекшей уголовной ответственности, не погашенной судимости. Роскомнадзор разработал дополнения к закону о защите информации: по требованию Генпрокуратуры ведомство будет блокировать не только источник нежелательной информации в интернете, но и все его репосты в социальных сетях.

Роспотребнадзор назвал главного пропагандиста суицида в соцсети: "ВКонтакте" – 3050 ссылок и страниц, содержащих запрещенную информацию о самоубийствах, способах суицида или призывы к самоубийству. «Наглядные» фото и видеоматериалы, рисунки. Призывы к суициду, объявления о знакомстве с целью группового (ассистированного) самоубийства. Открытые и закрытые группы "Суицид", "Резать вены", "Смерть из-за любви".

Важно «не выплеснуть ребенка». Самоупоминание способов суицида в профилактических материалах приемлемо.

Британская организация Mersey Care NHS Trust разрабатывает программу в смартфоне лиц группы риска самоубийства – позволит отследить аккаунты в социальных сетях, электронную почту, звонки, посещения «притягательных» для склонных к суициду мест, как ещё недавно Клифтонский мост в Бристоле, пропуск встречи с врачом. Близким подростка также возможно контролировать (с его согласия) путешествия по закоулкам сети и блокировать заведомо опасные маршруты.

YouTube содержит видео, посвященные предотвращению самоубийств, информацию населению, призывающую обратиться за помощью.

Полезны видео отдельных пользователей в поддержку профилактики, включая близких жертв суицида и с личными историями получения помощи [18] в рамках третичной профилактики [19, 20]. На сайте общества самопомощи «Новые возможности» nvm.org.ru/ в открытом доступе исповедальная история сестры жертвы суицида, преодолевшей горе через креативность и альтруистический посыл и ставшей активистом общества предупреждения суицидов в США и руководителем группы самопомощи для близких суицидентов. Обученные добровольцы дополняют штат суицидологических служб.

Сестра (19 лет) Марии Абушкиной, руководителя сайта о преодолении суицида posuicid.ru, семь лет назад познакомилась в интернете с молодым человеком, они вместе повеселись. М. Абушкина была главным редактором православного издания и студенткой в литинституте. После случившегося её жизнь изменилась. Мария поступила на психологический факультет и посвятила себя созданию ресурса, который «был бы всегда на связи»: «... очень захотелось помочь тем, кто не хочет жить. Мне кажется, это естественная реакция. Отдать кому-то эту любовь, тепло. Побежать и суметь помочь, если не родственнику, то чуждому». Исходя из личного опыта, решила, что лучшая помощь суицидентам и их семьям – не тексты или статьи (хоть они важны), а живой человек, готовый выслушать, понять и принять. Так на основе форума создана уникальная служба: на горячую линию сайта может в любой обратиться нуждающийся. Работают на горячей линии волонтеры со всего мира, у которых чаще нет специального образования. Сотрудничают с сайтом профессиональные психологи, но работают один ответ в неделю. Волонтеры реагируют на запрос в течение суток. Проект «Избери жизнь» – благотворительный [20].

Полезное начинание (есть опыт и ряда регионов РФ) тормозят отсутствие подготовленных целевым образом кадров. Пылкие энтузиасты-бессребреники склонны к особо скорому выгоранию, и делают известные ошибки. Не-

достаточное финансирование определяет дефицит и профессионалов.

Линия помощи «Дети онлайн» <http://www.detionline.com/helpline/about> – бесплатная всероссийская служба телефонного и онлайн консультирования для детей и взрослых по проблемам безопасного использования интернета и мобильной связи. Профессиональную психологическую и информационную поддержку оказывают психологи МГУ и Фонда Развития интернета. Ограничение: с Вами обсудят проблему с 9 до 18 (по московскому времени) по рабочим дням.

Заключение.

Роли интернета (социальных медиа), провоцирующая (поощряющая) СП и защитная (антисуицидальная), – предмет растущего интереса, обсуждения и систематической оценки. Сайты с суицидальным содержанием появились в конце 1990-х гг. Подтвержден некий «заразительный» эффект сообщений о СП низкого качества в СМИ (как правило) и на суицидальных сайтах, но лишь для уязвимых личностей (в группах особого риска СП), ищущих деструктивный путь решения типовой жизненной неурядицы и/или способ суицида [21]. Социальные медиа, возможно, вызывают цепную реакцию, особо подростков, склонных к подражанию и группированию, но «эффект Вертера» имеет скорее культурную ценность, не показан на уровне популяции [5]. Доказательства причинно-следственной связи содержания сообщения – СП затруднена в связи с биопсихосоциальной природой последнего и относительной эпидемиологической редкостью феномена. Международное исследование [22] показало положительную зависимость распространения интернет-пользователей и уровнем суицидов, особо мужчин, но психически больной ищет отдушину и обсуждение проблем в интернете, и последний не сделает здорового душевнобольным [23] без предрасположенности к психическому расстройству. Вряд ли можно заразить убийством, самоубийством, здоровую личность. Ведомые неким крысоловом злоеющие группы смерти (аналогичные у сторонников иных видов девиантного поведения) пополняют отторгнутые сверстниками, преследуемые с «жестокостью радости детей» за инакость, не понятые и не услышанные семьей (одиночество – состояние, о коем некому рас-

сказать) – вынужденные изгои и страдалцы обычно с нераспознанными и не лечеными психическими расстройствами [24, 25]. На сайты, описывающие способы суицида, заходит каждый десятый средний-старший школьник, обычно из любопытства, стремясь к «запретному плоду», но совершают суицид в 10 тысяч раз реже. Универсальный подход противодействия вредоносному содержанию – работа в семье и школе по выработке морального иммунитета, осторожности общения, необходимого и в жизни. Общее правило: в сети нельзя то же, что в жизни. Поскольку социальные медиа в основном созданы и контролируются пользователями, возможность надзора и профилактики может быть распространено на всех пользователей.

Ограничительные меры в отношении содержания интернета, количества и качества сообщений, необходимы (вызывая пристальное

внимание правозащитников), но борьба с суицидогенными сайтами затруднена, как и привлечение к ответственности за склонение к суициду. Обычно на «черных» сайтах нет прямого призыва к суициду, более обесценена сама жизнь.

Большее внимание заслуживает эффект Папагено в отдельных целевых группах суицидентов, тяготеющих к интернету (как подростки и молодежь) и бегущих от малопривлекательной типовой помощи. Так, депрессивные мужчины чаще обсуждают свои проблемы и самоповреждения на блогах [26]. У интернета, смывающего границы места и времени, замечательная возможность обеспечения континуума профилактических мероприятий в отношении СП с опорой на взаимопомощь, общение, поддержку, обучение в атмосфере информированного оптимизма [27].

Литература:

1. Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – P. 78-86.
2. Неравенства в период взросления. Гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Основные данные по результатам исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2013/2014 гг. в Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения, 2016.
3. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С. и др. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2016. – Том 24, № 3. – С. 42–68.
4. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2013. – № 2 (19).
5. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // *Суицидология*. – 2012. – № 3. – С. 20-29.
6. Дети России онлайн 2010-2011 detrussia.com/research/kids-online/about
7. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying Research Center: Research. Available at: <http://www.cyberbullying.us/research.php>. Accessed August 1, 2011.

References:

1. Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – P. 78-86.
2. Neravenstva v period vzroslenija. Gendernye i social'no-jekonomicheskie razlichija v pokazateljah zdorov'ja i blagopoluchija detej i podrostkov. Osnovnye dannye po rezul'tatam issledovanija «Povedenie detej shkol'nogo vozrasta v otnoshenii zdorov'ja» (HBSC) 2013/2014 gg. v Rossijskoj Federacii. Vsemirnaja organizacija zdavoohranenija, 2016. (In Russ)
3. Bannikov G.S., Fedunina N.Ju., Pavlova T.S. i dr. Vedushhie mehanizmy samopovrezhdajushhego povedenija u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nyh organizacijah // *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija*. – 2016. – Tom 24, № 3. – S. 42–68. (In Russ)
4. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Jelektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* – 2013. – № 2 (19). (In Russ)
5. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I // *Suicidology*. – 2012. – № 3. – P. 20-29. (In Russ)
6. Deti Rossii onlajn 2010-2011 detrussia.com/research/kids-online/about (In Russ)
7. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying Research Center: Research. Available at: <http://www.cyberbullying.us/research.php>. Accessed August 1, 2011.

8. Клиническая психология / Ред. Н.Д. Творогова. – М.: Per Se, 2007. – С. 547-548.
9. Lewis S.P., Heath N.L., St. Denis J.M., Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – P. e552–e557.
10. O’Dea B., Larsen M., Batterham P., Calear A., Christensen H. Talking suicide on Twitter: Linguistic style and language processes of suicide-related posts // *Eur. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 23. – P. 329.
11. Morii D., Yasusuke M., Nakamae N. et al. Japanese experience of hydrogen sulfide: the suicide craze in 2008 // *J. Occup. Med. Toxicol.* – 2011. – Vol. 5. – P. 28.
12. Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 52. – P. 1073-1080.
13. Baume P., Cantor C.H., Rolfe A. Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet // *Crisis*. – 1997. – Vol. 8. – P. 73–79.
14. Beatson S., Hosty G.S., Smith S. Suicide and the Internet // *Psychiatr. Bull.* – 2000. – № 24. – P. 434.
15. Любов Е.Б. Профилактика суицидов молодых: иностранный опыт и Российская перспектива (комментарий к статье Джо Робинсон, Хелен Херрман. Профилактика суицидального поведения молодежи в Австралии // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2014. – Том 24. – Вып. 4. – С 24-26.
16. Любов Е.Б. Паршин А.Н. Клинико - экономические исследования суицидального поведения // *Суицидология*. – 2016. – Том 7, № 1 (22). – С. 11-28.
17. Любов Е.Б., Сумароков Ю.М., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // *Суицидология*. – 2015. – Том 6, № 3 (20). – С. 23-30.
18. National Suicide Prevention Lifeline The Terry Wise story: a suicide attempt survivor. Available at: <http://www.youtube.com/800273TALK>. Stories of hope and recovery series. Accessed August 1, 2011.
19. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико - психологические последствия суицида для семьи жертвы // *Консультативная психология психотерапия*. – 2016. – Том 24, № 3. – С. 25-41.
20. После самоубийства. Как в России устроена реабилитация суицидентов и их близких. Репортаж Катерины Гордеевой <https://meduza.io/feature/2016/10/28/posle-samoubiystva>
8. *Klinicheskaja psihologija* / Red. N.D. Tvorogova. – M.: Per Se, 2007. – S. 547-548. (In Russ)
9. Lewis S.P., Heath N.L., St. Denis J.M., Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – P. e552–e557.
10. O’Dea B., Larsen M., Batterham P., Calear A., Christensen H. Talking suicide on Twitter: Linguistic style and language processes of suicide-related posts // *Eur. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 23. – P. 329.
11. Morii D., Yasusuke M., Nakamae N. et al. Japanese experience of hydrogen sulfide: the suicide craze in 2008 // *J. Occup. Med. Toxicol.* – 2011. – Vol. 5. – P. 28.
12. Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 52. – P. 1073-1080.
13. Baume P., Cantor C.H., Rolfe A. Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet // *Crisis*. – 1997. – Vol. 8. – P. 73–79.
14. Beatson S., Hosty G.S., Smith S. Suicide and the Internet // *Psychiatr. Bull.* – 2000. – № 24. – P. 434.
15. Ljubov E.B. Profilaktika suicidov molodyh: inostrannyj opyt i Rossijskaja perspektiva (kommentarij k stat'e Dzho Robinson, Helen Herrman. Profilaktika suicidal'nogo povedenija molodezhi v Avstralii // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. – 2014. – Tom 24. – Vyp. 4. – S 24-26. (In Russ)
16. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior // *Suicidology*. – 2016. – Vol. 7, № 1 (22). – P. 11-28. (In Russ)
17. Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North // *Suicidology*. – 2015. – Vol. 6, № 3 (20). – P. 23-30. (In Russ)
18. National Suicide Prevention Lifeline The Terry Wise story: a suicide attempt survivor. Available at: <http://www.youtube.com/800273TALK>. Stories of hope and recovery series. Accessed August 1, 2011.
19. Borisonik E.V., Ljubov E.B. Kliniko-psihologicheskie posledstviya suicida dlja sem'i zhertvy // *Konsul'tativnaja psihologija psihoterapija*. – 2016. – Tom 24, № 3. – S. 25-41. (In Russ)
20. Posle samoubijstva. Kak v Rossii ustroena reabilitacija suidentov i ih blizkih. Reportazh Kateriny Gordeevoj <https://meduza.io/feature/2016/10/28/posle-samoubiystva> (In Russ)

21. Вихристюк О.В., Банников Г.С., Летова А.В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59156.shtml (дата обращения: 18.12.2016)
22. Shah A. The relationship between general population suicide rates and the Internet: a cross-national study // *Suicide Life Threat Behav.* – 2010. – Vol. 40 – P. 146–150.
23. Fiedorowicz J.G., Chigurupati R.B. The Internet in suicide prevention and promotion / Sher L, Vilens A, edis. *Internet and Suicide.* – New York, NY: Nova Science Publishers, 2009. – P. 1–12.
24. Холмогорова А.Б., Авакян Т.В., Клименкова Е.Н., Малюкова Д.А. Общение в интернете и социальная тревожность у подростков из разных социальных групп // *Консультативная психология психотерапия.* – 2015. – № 4. – С. 102–129.
25. Luxton D.D., June J.D., Fairall J.M. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective // *Am. J. Public. Health.* – 2012. – Vol. 102. – Suppl. 2. – P. S195–S200.
26. Clarke J., van Amerom G. A comparison of blogs by depressed men and women // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2008. – Vol. 29. – P. 243–264.
27. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // *Суицидология.* – 2012. – № 4. – С. 10–22.
21. Vihristjuk O.V., Bannikov G.S., Letova A.V. Sredstva massovoj kommunikacii v sisteme prediktorov suicidal'nogo povedenija v podrostkovom vozraste [Jelektronnyj resurs] // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru.* 2013. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59156.shtml (18.12.2016) (In Russ)
22. Shah A. The relationship between general population suicide rates and the Internet: a cross-national study // *Suicide Life Threat Behav.* – 2010. – Vol. 40 – P. 146–150.
23. Fiedorowicz J.G., Chigurupati R.B. The Internet in suicide prevention and promotion / Sher L, Vilens A, edis. *Internet and Suicide.* – New York, NY: Nova Science Publishers, 2009. – P. 1–12.
24. Holmogorova A.B., Avakjan T.V., Klimenkova E.N., Maljukova D.A. Obshhenie v internete i social'naja trevozhnost' u podrostkov iz raznyh social'nyh grupp // *Konsul'tativnaja psihologija psihoterapija.* – 2015. – № 4. – S. 102–129. (In Russ)
25. Luxton D.D., June J.D., Fairall J.M. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective // *Am. J. Public. Health.* – 2012. – Vol. 102. – Suppl. 2. – P. S195–S200.
26. Clarke J., van Amerom G. A comparison of blogs by depressed men and women // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2008. – Vol. 29. – P. 243–264.
27. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals // *Suicidology.* – 2012. – № 4. – P. 10–22. (In Russ)

Summary:

A COMMENT TWO-FACED WEB: WERTHER VS PAPAGENO

E.B. Lyubov, E.Y. Antochin, R.A. Palaeva

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russian
Orenburg State Medical University, Russian

The role that the internet, particularly social media, might have in suicide behavior is a topic of growing interest and debate. In comments to the narrative review by S. Totaro et al. the role of the "vulnerability – distress" model is underlined when explaining how suicide behavior is influenced by the internet (social media). The role that the internet and social media can play in terms of suicidal behavior is double-natured: stimulating (provoking) and protective (antisuicidal). The role of the internet as a risk factor of suicide for certain population groups (adolescents and young people) is shown on examples of national and foreign mass media. Those would be the same population groups that tend to avoid typical mental health care because of stigma and their low compliance with the real elastic needs. It is a known fact that people vulnerable to suicide, especially depressed or socially isolated, gravitate to the internet more than others. Such persons are easily suggestible and prone to get together in 'death groups'. Besides imposing restrictive legislative measures (e.g., monitoring, closing prosuicide sites), antisuicide websites «in the white zone» should be designed and promoted, where those in need could discuss actual problems of suicide behavior with professionals or volunteers who successfully overcame their critical situations, get online help, self report on their suicide behavior. Distance training of professionals can also be provided in such websites. More research is needed on the degree and extent of social media's negative and positive influences, as well as evaluations of the effectiveness of social media-based suicide prevention programs especially for teenagers and youth. Further examination of target subpopulations (e.g., adolescents and

young adults) that might be most vulnerable to suicide-promoting influences of social media is indispensable. An important condition for the development of internet suicide prevention is evidence-based information for high risk group persons, professionals, and volunteers. Many websites, including those sponsored by the federal government and national organizations, need to improve the evidence-based quality of the information.

Key words: the internet, social media, suicide behavior, prevention, adolescents, youth, suicide prevention, mass media.

Перевод и комментарий выполнены в рамках проекта «Разработка программно-диагностического комплекса системы раннего выявления и профилактики психогенных форм дизадаптации и суицида у взрослого и детского населения Оренбургской области» при финансовой поддержке Правительства Оренбургской области в форме гранта (Соглашение №34 на предоставление областных грантов в сфере научной и научно-технической деятельности от 11.07.2016 г.)

УДК: 616.89-008

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА САМОУБИЙСТВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Зыков, И.В. Шешунов, А.Е. Мальцев

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Киров, Россия

Контактная информация:

Зыков Вячеслав Валерьевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий зональным отделом № 2 КОГБСЭУЗ «Кировское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Адрес: 610050, г. Киров, Кировская обл., ул. Менделеева, д. 15. Телефон: (8332) 52-55-53, электронный адрес: zukov.77@mail.ru

Шешунов Игорь Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: ректор ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 610027, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112. Телефон: (8332) 64-09-76, электронный адрес: odpo@kirovgma.ru

Мальцев Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России. Начальник КОГБСЭУЗ «Кировское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». 610050, г. Киров, Кировская обл., ул. Менделеева, д. 15. Телефон: (8332) 52-55-53, электронный адрес: kirov@sudmed.ru

Исследование суицидальных тенденций представляет большой научно-практический интерес. Многие факторы самоубийств еще недостаточно изучены, что препятствует организации их эффективной профилактики. Исходя из этого, существует высокая потребность в эффективных методах предупреждения и снижения частоты суицидов, что требует проведения разнообразных исследований. Целью работы явился анализ хронологических параметров завершенных самоубийств в Кировской области, с учетом времени года, дня недели и времени суток. Материалы и методы: Описан анализ 17018 случаев самоубийств, которые были совершены с 1993 по 2014 гг. на территории Кировской области. Были изучены 880 анкет родственников тех, кто совершил самоубийство, в период с 2006 по 2012 гг. Анкеты были собраны путем опроса. Статистическая обработка материала проводилась с использованием однофакторного дисперсионного анализа и критерия χ^2 . Результаты: Было выявлено, что на территории Кировской области уровень самоубийств в мае-июле значительно превышал среднегодовой уровень (на 20–25 самоубийств). Наиболее часто суициды совершались в понедельник: у мужчин 15,3 случая на 100 самоубийств, у женщин 16,8 случаев на 100 самоубийств. Доли самоубийств, совершенных в разное время суток, существенно различались. Динамика относительной частоты совершения самоубийств в течение суток выглядела в виде параболического тренда. Наибольшая частота самоубийств отмечалась в период с 10 до 13 часов (16,9 случаев на 100 самоубийств). Результаты исследования должны быть учтены как социальным окружением, так и при организации медицинского обслуживания населения.

Ключевые слова: судебная медицина, самоубийство, социальные особенности, поведение.

Суицидальное поведение широко распространено как среди граждан России, так и в мировой популяции, в связи с чем, разработка превентивных мер представляет собой важную медико-социальную задачу [1, 2].

В исследованиях ряда авторов частота совершения самоубийств коррелируется с определенными временными характеристиками, такими, как время суток, день недели, время года [3]. Вместе с тем, анализ научной отечественной и зарубежной литературы дает основания считать, что проблема временных закономерностей суицидального поведения изучена недостаточно, особенно на региональных уровнях, имеющих свои этнокультурные и другие особенности. Необходимо отметить, что актуальность данной проблемы обусловлена значимостью как для социального окружения суицидента, так и для здравоохранения, она затрагивает вопросы планирования, организации, повышения качества оказания медицинской помощи вышеназванному контингенту, усиления деятельности по профилактике возможных суицидов в определенные временные периоды.

Цель исследования: анализ хронологических параметров завершенных самоубийств в Кировской области, с учетом времени года, дня недели и времени суток.

Материалы и методы исследования.

При выполнении данной работы использован комплекс современных методов исследования: социологического, статистического, моделирования и экспертных оценок.

Работа выполнена на практическом судебно-медицинском материале КОКБСЭУЗ «Кировское областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

Объем исследований составил 17018 случаев завершенных самоубийств, произошедших в Кировской области в период с 1993 по 2014 гг. 14047 завершенных самоубийств было совершено лицами мужского пола, 2971 самоубийство – лицами женского пола. Кроме того, составлены и проанализированы 880 анкет катамнеза суицидентов (715 суицидентов – лица мужского пола, 165 – лица женского пола), собранных путем опроса их родственников; суициды произошли на территории Кировской области в 2006-2012 гг.

Факт самоубийства устанавливался правоохранительными органами на основании изучения материалов дел, при выездах на места происшествия, наличия предсмертных записок, в случаях повешений – морфологических особенностей странгуляционных борозд.

Реализация поставленной цели настоящего исследования осуществлялась следующими этапами:

1. Отбор случаев для формирования исследовательских групп путем сплошной выборки «Заключений эксперта» и «Актów судебно-медицинского исследования трупов», а также путем опроса родственников суицидентов и заполнения анкет катамнеза.

2. Формирование исследовательских групп по признакам, отобраным для характеристики динамики завершенных самоубийств.

3. Систематизация статистических данных по результатам группировки статистического материала по различным признакам и составление статистических таблиц.

4. Анализ зависимости числа завершенных самоубийств от хронологических параметров за исследуемый период.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием однофакторного дисперсионного анализа, критерий χ^2 .

Результаты и их обсуждение.

Исследование календарного периода показало, что на территории Кировской области уровень самоубийств значительно превышал среднегодовой уровень в мае-июле (на 20–25 самоубийств). В период с 1993 по 2014 гг. за эти месяцы было совершено 32,2% завершенных суицидов. В декабре, январе и феврале уровень летальных случаев был значительно ниже среднегодового уровня (на 17–21 самоубийство). Следовательно, весенне-летний период (май, июнь и июль) можно отнести к факторам суицидального риска. Суицидальную цикличность можно объяснить продолжительностью светового периода суток, социальными причинами, более оживленной и продолжительной общественной жизнью. Эти данные результаты согласуются с мнением ряда отечественных и зарубежных авторов, указывающих на наличие верхнего и нижнего пиков самоубийств, приходящихся, соответственно, на весенне-летний и осенне-зимний периоды [4-8].

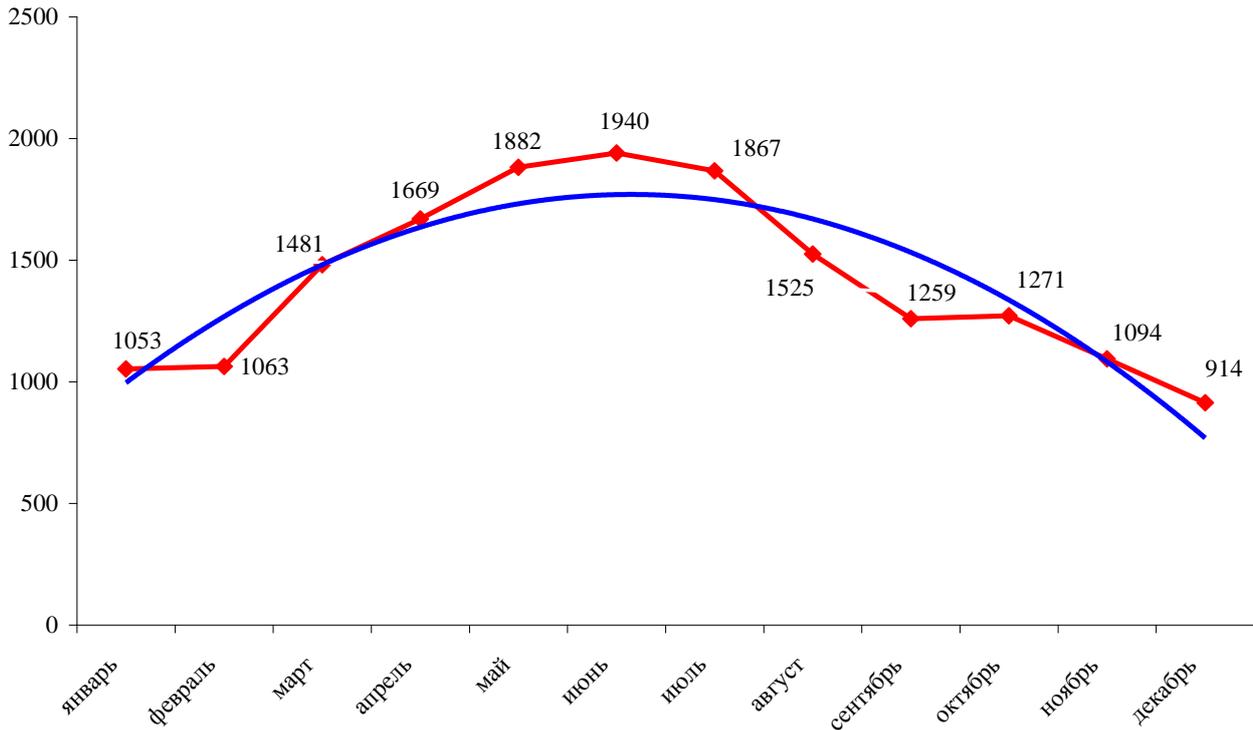


Рис. 1. Сезонная «волна» самоубийств в Кировской области (средние показатели за 1993-2014 гг.)

Вместе с тем, на ряде территорий Российской Федерации наибольшая частота самоубийств наблюдалась в декабре-мае с верхним пиком в весенние месяцы [9, 10], что вероятно обусловлено влиянием отличных от исследуемой территории этнокультуральных и социально-экономических условий, и может быть объектом дальнейших сравнительных исследований.

Нами проводился и гендерно-временной анализ. Однако исследование показало, что существенных гендерных различий в колеба-

ниях частоты самоубийств по времени года не наблюдалось.

Не имела статистически достоверных различий и частота самоубийств у мужчин и женщин по дням недели. Как среди мужчин (15,3 случая на 100 завершенных самоубийств), так и среди женщин (16,8 случаев на 100 завершенных самоубийств) суициды чаще совершались в понедельник, реже всего в субботу: среди мужчин – 12,8 случаев, среди женщин – 11,4 случая на 100 завершенных самоубийств (рис. 2).

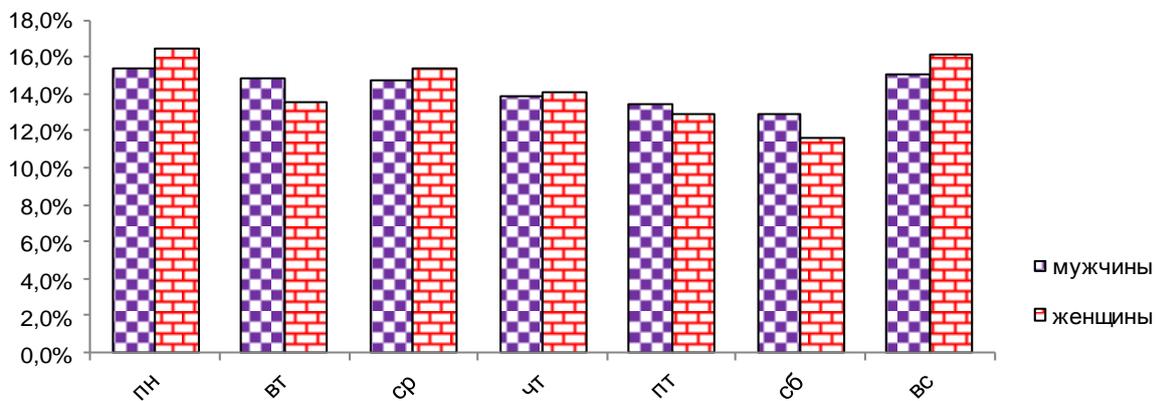


Рис. 2. Средняя частота самоубийств по дням недели с учетом пола в Кировской области за 1993-2014 гг.

Таблица 1

Удельный вес самоубийств по времени суток в Кировской области за 2006-2010 гг. (%)

Время суток	Мужчины	Женщины	Год
День	33,33	66,67	2006
	25,00	25,71	2007
	34,40	41,18	2008
	30,17	43,33	2009
	28,26	42,85	2010
Вечер	30,00	0,00	2006
	31,06	40,00	2007
	24,80	11,76	2008
	31,90	20,00	2009
	23,91	42,86	2010
Ночь	10,00	33,33	2006
	20,46	2,86	2007
	19,20	26,47	2008
	19,83	10,00	2009
	28,26	0,00	2010
Утро	26,67	0,00	2006
	23,48	31,43	2007
	21,60	20,59	2008
	18,10	26,67	2009
	19,57	14,29	2010

Статистика самоубийств в Кировской области подтверждает наличие «эффекта понедельника», обнаруженного ранее в ряде отдельных исследований [3, 9, 11]. Таким образом, понедельник можно отнести к факторам, предрасполагающим к совершению самоубийств как у мужчин, так и у женщин в Кировской области.

При оценке циркадного суицидального периода время суток определялось следующим образом: утро – с 6 часов до 12 часов, день – с 12 часов до 18 часов, вечер – с 18 часов до 24 часов, ночь – с 0 часов до 6 часов.

Поскольку утро, день, вечер и ночь определялись как промежутки времени одинаковой длины, сравнение относительных частот совершения самоубийств в эти промежутки представляется корректным.

Удельный вес мужчин и женщин, совершивших самоубийства в разное время суток, представлен в таблице 1.

Для определения влияния времени совершения самоубийств у лиц мужского и женского пола на количество самоубийств (без учета остальных факторов) был применен однофакторный дисперсионный F-критерий Фишера.

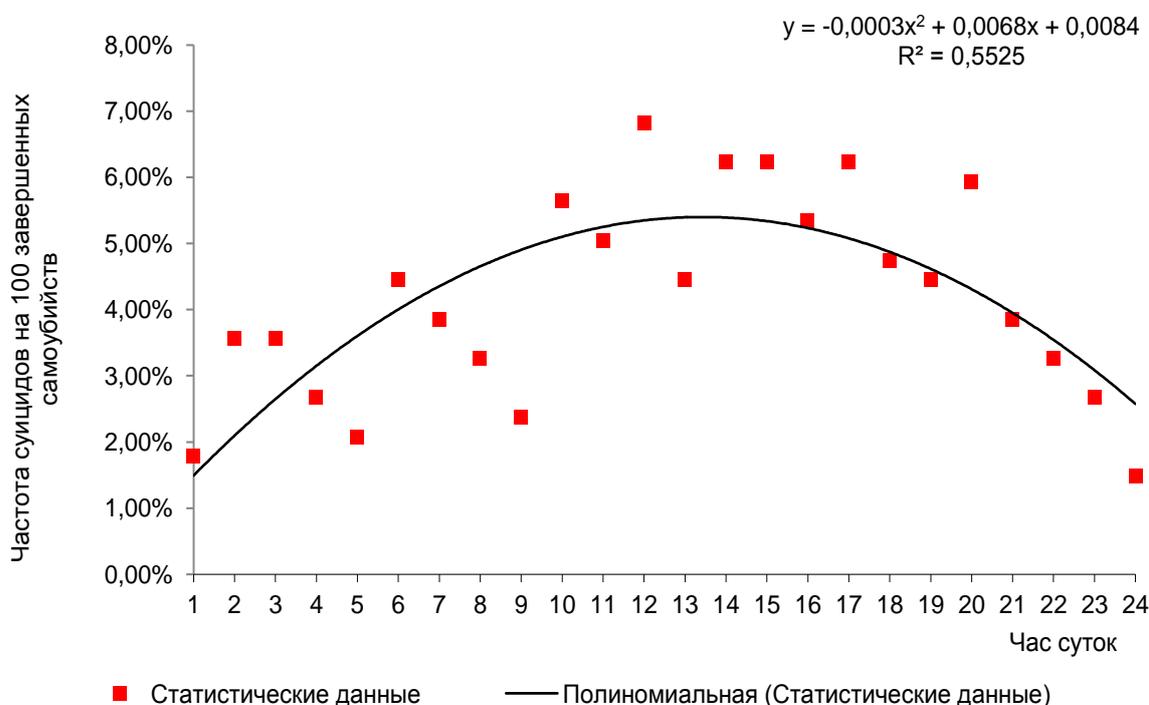


Рис. 3. Динамика относительной частоты совершения самоубийств в течение суток в Кировской области за 2006-2012 гг. (случаев на 100 завершённых суицидов).

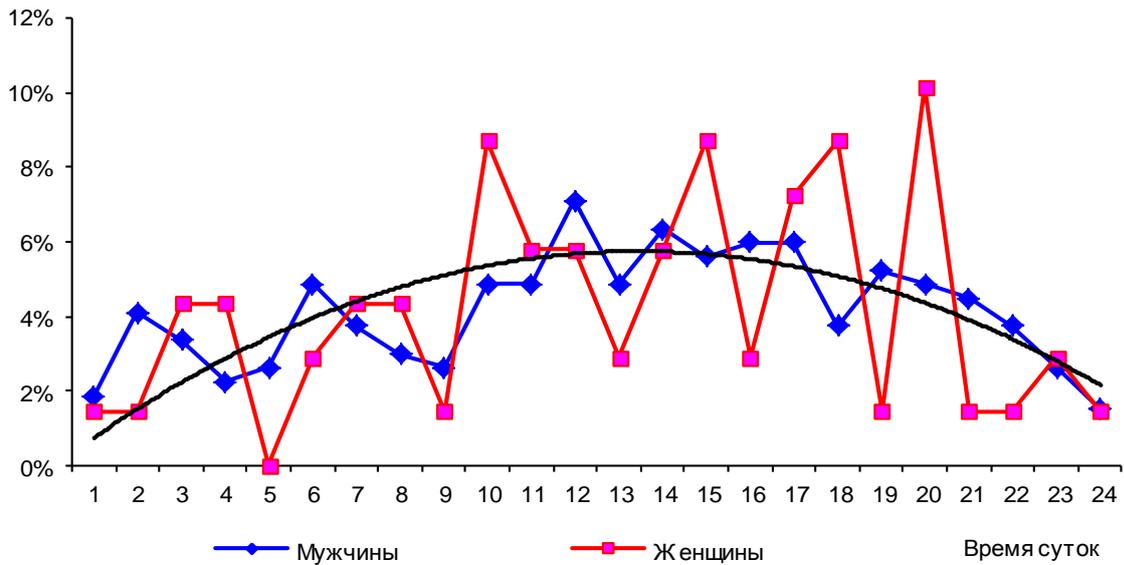


Рис. 4. Структура совершения самоубийств по времени суток в Кировской области.

Поскольку на уровне значимости 0,05 расчетное значение F-критерия превышает критическое значение, то влияние времени суток на долю самоубийств среди мужского и женского населения (без учета других факторов) можно считать существенным. Таким образом, следует считать, что доли самоубийств, совершенных в разное время суток, существенно различались. Анализ данных показал, что динамика относительной частоты совершения суицидов в течение суток описывается параболическим трендом (рис. 3).

Таким образом, период времени с 10 до 13 часов можно отнести к временным факторам суицидального риска в регионе исследования. За данный период было совершено 16,9 случаев на 100 завершенных самоубийств в Кировской области в 2006-2012 гг. Эти данные согласуются с результатами исследований других авторов [10, 12].

Проведен анализ различий структуры самоубийств по времени суток у мужчин и женщин. Для этого применили критерий χ^2 . Анализ структур показал, что как лица мужского, так и лица женского пола чаще всего совершали самоубийства в дневные, а реже всего – в ночные часы. При этом доля женщин, совершивших

самоубийства в утренние и дневные часы, выше, чем у мужчин на 3,4 процентных пункта и 7,8 процентных пункта соответственно, а доля женщин, совершивших самоубийства в вечерние и ночные часы, ниже, чем у мужчин на 4,0 процентных пункта и 7,2 процентных пункта соответственно. Частота совершения самоубийств у лиц мужского и женского пола изображена на рис. 4. Анализ показал, что в целом наблюдалась согласованность в росте и уменьшении частоты самоубийств у мужчин и женщин в течение суток. При этом у лиц женского пола наблюдалась большая вариабельность частоты самоубийств.

Выводы.

Таким образом, на территории Кировской области в период с 1993 по 2014 гг. наблюдался весенне-летний пик суицидальной активности, как у мужчин, так и у женщин. Завершенные суициды чаще наблюдались в понедельник и воскресенье, в течение суток – с 10 до 13 часов. Полученные данные должны быть учтены как социальным окружением потенциального суицидента, так и при организации медицинского обслуживания населения на территории Кировской области.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. – С. 6-28.

References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptatsii lichnosti // Aktual'nye voprosy suicidologii. – M., 1978. – S. 6-28. (In Russ)

2. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note // Australian and New Zealand Journal of Sociology. – 1994. – Vol. 30, № 2. – P. 194-202.
4. Невмятулин А.Ш. Комплексное исследование самоубийств в республике Марий Эл: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
5. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социологические исследования. – 2003. – № 2. – С. 104-114.
6. Спиридонов В.А. Комплексное судебно-медицинское и социально-гигиеническое исследование самоубийств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 22 с.
7. Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // Social Science and Medicine. – 1980. – Vol. 14, № 3. – P. 369-378.
8. Lester D. The validity of suicide rate // Brit. J. Psychiatr. – 1980. – Vol. 136. – P. 107-108.
9. Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 1992. – 40 с.
10. Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Государственное управление: Центр-регион (проблемы экономики, социологии и права): Матер. Всеросс. школы-семинара «Национальные отношения и современная государственность». – Йошкар-Ола, 28-29 июня 2000 г. Вып. 2. – Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т, 2000. – С. 89.
11. Maldonado G. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1991. – Vol. 21, № 2. – P. 174-188.
12. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб, 1912. – 279 с.
2. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note // Australian and New Zealand Journal of Sociology. – 1994. – Vol. 30, № 2. – P. 194-202.
4. Nevmyatulin A.Sh. Kompleksnoe issledovanie samoubijstv v respublike Marij Jel: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2007. – 24 s. (In Russ)
5. Sorokin P.A. Samoubijstvo kak obshhestvennoe javlenie // Sociologicheskie issledovaniya. – 2003. – № 2. – S. 104-114. (In Russ)
6. Spiridonov V.A. Kompleksnoe sudebno - medicinskoe i social'no-gigienicheskoe issledovanie samoubijstv: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 1996. – 22 s.
7. Kevan S. Perspectives on season of suicide: A review // Social Science and Medicine. – 1980. – Vol. 14, № 3. – P. 369-378.
8. Lester D. The validity of suicide rate // Brit. J. Psychiatr. – 1980. – Vol. 136. – P. 107-108.
9. Devjatkova G.I. Social'no-gigienicheskaja harakteristika samoubijstv i puti sovershenstvovaniya suicidologicheskoy pomoshhi naseleniju: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Orenburg, 1992. – 40 s. (In Russ)
10. Obidina Ju.S. Problema suicida v sovremennyh nauchnyh issledovaniyah i v real'noj zhizni // Gosudarstvennoe upravlenie: Centr-region (problemy jekonomiki, sociologii i prava): Mater. Vseross. shkoly-seminara «Nacional'nye otnosheniya i sovremennaja gosudarstvennost'». – Joshkar-Ola, 28-29 ijunja 2000 g. Vyp. 2. – Joshkar-Ola: Marijskij gos. ped. in-t, 2000. – S. 89. (In Russ)
11. Maldonado G. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1991. – Vol. 21, № 2. – P. 174-188.
12. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Sociologicheskij jetjud. – SPb, 1912. – 279 s. (In Russ)

Summary:

CHRONOLOGICAL RISK FACTORS OF SUICIDES IN THE KIROV REGION

V.V. Zykov, I.V. Sheshunov, A.E. Maltsev

Kirov State Medical University, Russia

The research of suicides tendencies is of great scientific and practical interest. Many factors of suicides are still insufficiently studied that interferes with the organization of their effective prevention. As a result, there is a high need for effective methods of the prevention and decrease in frequency of suicides that requires of carrying out the various researches. Aims: The main goals of research work were the analysis of chronological parameters of complete suicides in the Kirov region, taking into account season, a day of the week and time of day. Methods: The analysis of 17018 cases of suicide which were committed from 1993 to 2014 years in the territory of the Kirov region were described 880 questionnaires of relatives of those who have committed suicide, during the period from 2006 to 2012, have been studied. Questionnaires have been collected by poll. Statistical processing of material was carried out with use of the one-factorial dispersive analysis and criterion the chi-square test. Results: It has been revealed that the level of suicides in the territory of the Kirov region in May-

July months considerably exceeded average annual level (on 20-25 suicides). Most often suicides were committed on Monday: 15,3 cases on 100 suicides of males, 16,8 cases on 100 suicides of females. Shares of the suicide committed at different time days significantly differed. Dynamics of the relative frequency of committing of suicides within a day looked as a parabolic trend. The largest frequency of suicides was marked during the period from 10 to 13 o'clock (16,9 cases on 100 suicides). Conclusions: Results of a research should be considered by social surrounding and in case of the organization of medical attendance of the population.

Key words: forensic medicine, suicide, social features, behavior.

УДК 322.2

ДУЭЛЬ С АНТИХРИСТОМ. ПО МАТЕРИАЛАМ РАССЛЕДОВАНИЙ САМОСОЖЖЕНИЙ

М.В. Пулькин

ФГБУН «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра Российской академии наук», г. Петрозаводск, Россия

Контактная информация:

Пулькин Максим Викторович – кандидат исторических наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ науки «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра РАН». Адрес: 185910, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Пушкинская, д. 11. Телефон: (8142) 78-44-96, электронный адрес: illh@krc.karelia.ru

Статья посвящена малоисследованному аспекту истории старообрядческих самосожжений, связанному с последними моментами жизни участников ритуального суицида на религиозной почве. Вопреки существующему в литературе мнению о самосожжении как феномене «глубоко пассивного типа» автор выявляет несомненные доказательства активной, решительной обороны, предпринимаемой старообрядческими сообществами, готовящимися к «гари». Противостояние гонителям носило демонстративный характер и позволяло выиграть время, необходимое для совершения предсмертных обрядов. Подготовка к самосожжению включала создание мощных оборонительных укреплений и формирование запасов оружия. Для штурма старообрядческих поселений направлялись специально подготовленные и хорошо вооруженные отряды в сопровождении священников. Боевые действия перемежались проповедями и красноречивыми описаниями загробных мучений, уготованных самоубийцам. Настоящие сражения, предшествующие самосожжениям, создавали настроения безысходности и отрезали староверам путь к нормальной жизни. Ожесточенное сопротивление преследователям и боевые действия в непосредственной близости от мест будущих самосожжений отмечаются преимущественно по материалам конца XVII века. Основную роль здесь сыграли радикально настроенные соловецкие монахи. После взятия монастыря царскими войсками они стали авторитетными проповедниками самосожжений на севере России. В дальнейшем документы фиксируют более широкое разнообразие вариантов поведения участников ритуального суицида. В ряде случаев гибель происходила путем подрыва значительного количества пороха. В следственных делах отмечается не только ожесточенное сопротивление, но и проявления сочувствия военным, вынужденным с риском для жизни исполнять непростые обязанности.

Ключевые слова: староверы, самосожжения староверов, ритуальное самоубийство, суицид, массовое суицидальное поведение.

Проблема самосожжений имеет длительную историю исследований и дискуссий, начало которым положили современники событий. В конце XIX века к спору о причинах ритуального суицида в старообрядческой среде подключились психиатры. Существенный вклад в исследование самосожжений внёс знаменитый профессор В.М. Бехтерев. По его мнению,

«убеждения раскольников <...> создают почву для самоистребительных стремлений; но отсюда до массового самосожжения <...> ещё далеко». Основой для воплощения идеи о самосожжениях стала изоляция от внешнего мира: «при этих-то условиях самоистребительная проповедь и находит себе благодатную почву» [1]. Его коллега И.А. Сикорский категорически

отрицал взаимосвязь между старообрядческими «вольными смертями» и правительственными гонениями на приверженцев «древлего благочестия». «Политическая жизнь, – писал он, – социальные бедствия, преследования правительств скорее вызывают появление мятежей, активного сопротивления, в самоистреблениях мы имеем дело с психологическим явлением глубоко пассивного типа. Этой своей стороной самоистребление ближе всего подходит к явлениям патологическим» [2]. В данной статье представлен малоизученный аспект истории «гарей» – активное, умелое и ожесточенное противостояние «гонителям».

В документах нередко встречаются свидетельства о том, что перед самосожжением разворачивались настоящие бои – вооруженные столкновения между старообрядцами, целенаправленно готовящимися к смерти, и вполне профессионально осаждающими их воинскими подразделениями. Старообрядческие историки, вопреки фактам, подчеркивали христианское смирение участников самосожжений. Современник событий, старообрядческий историк Иван Филиппов, описывая последние минуты перед самосожжением в Палеостровском монастыре, утверждал, что кроткий старец Игнатий и его сподвижники «яко агньцы готовляхуся на заколение и смерть с великим смирением» [3]. Документы свидетельствуют об обратном. Предсмертное сопротивление старообрядцев часто оказывалось умелым и яростным. В конце XVII века перед самосожжением в верховьях реки Кокшеньги между старообрядцами и присланными для «увещевания» «выборными людьми» состоялся ожесточенный бой, красноречивое описание которого содержится в отписке архиепископа Афанасия. Он послал к «згорелому дому» значительный отряд – более 250 человек «с ружьем». Когда они пришли «в черные дикие леса к тому острогу», то обнаружили, что это настоящая крепость, готовая к осаде: «и, не припустя де их к острогу, учали воровские люди с того острога с стен по них стрелять ис пищалей». Присланные не растерялись: «учинили на тот острог окрик большой и убили у них, воров, на стене острожной из лука чернеца». Ещё одного из старообрядцев они «с того же острога (крюком. – М.П.) со стены сорвали» [4].

Перед вторым самосожжением в Палеостровском монастыре старец Емельян долго спорил о вопросах веры с присланными для увещания священниками, а начальнику воинского подразделения предлагал щедрый выкуп. Деньги и ценности командир стрельцов взял, однако осада вероломным образом продолжалась. Убедившись в бесполезности полемики и обмане, раздосадованный Емельян заявил: раз прежние подношения оказались бесполезны, «ныне вас станем дарить горохом». По его сигналу старообрядцы открыли огонь из мушкетов по офицеру и присланным для «увещевания» священникам, убив первого и ранив вторых [3]. В литературе можно встретить мнение о том, что Емельян пытался подкупить стрельцов для того, чтобы получить возможность спастись от самоубийственного огня, бежать из осажденного монастыря: «удалиться со всеми своими с острова на берег». Но предложенный выкуп оказался осаждающим недостаточным. Они надеялись получить от отчаявшихся староверов гораздо больше, что и привело к вооруженному конфликту между ними и Емельяном [5].

Подробное описание очень странного, но как оказалось эффективного способа последовавшей затем обороны Палеостровского монастыря, использованного старообрядческим наставником Емельяном, сохранилось в труде современника событий старовера Евфросина. Идя на приступ, стрельцы, по правилам военной науки того времени, «пред собою возы великия соломы везли, чтоб по них верныя (старообрядцы. – М.П.) со стены пулями не доставали». Но вскоре штурмующие натолкнулись на заранее подготовленную «великую пакость» – замороженные в лед косы-горбуши. Далее ситуация приобрела вовсе катастрофический для войск, осаждающих монастырь, оборот. Сохранилось красноречивое описание трагедии: «место мелко, лед тонок, возы тяжолыя». Неизбежно «воз проломится, и человек такожде в воде мечется и на косы сечется». Все происходило под интенсивным огнем осажденных в монастыре старообрядцев. Они убили двадцать человек и ранили около сорока [6]. Примечательно, что в изложении другого старообрядческого автора, симпатизирующего самосожигателям Ивана Филиппова, картина сражения оказалась иной. Старообрядцы стре-

ляли только пыжами «для страху», избегая кровопролития. Они «к тому времени уже зговорились, чтобы огнем скончаться, а не противиться нимало». Осаждающие без особого успеха использовали все виды оружия, существовавшие в конце XVII в [3].

Сибирские материалы XVIII в. показывают, что и здесь самосожигатели не спешили на «тот» свет, предпочитая прежде выдержать неравный бой – столкновение с «никонианами». Во время самосожжения 1738 г. в деревне Шадриной старообрядцы вступили в неравный бой с присланным к «згорелому дому» отрядом, вскоре после чего началось самосожжение [7]. Исследователь самосожжений Д.И. Сапожников, опираясь в равной мере на исторические документы и собственное воображение, описывает трагические минуты следующим образом: «Вдруг из одного окна огненным языком показалось пламя, змеиным кольцом обвилось сразу несколько изб, послышался страшный, потрясающий воздух взрыв, дрогнула земля, и вырвавшиеся на волю черные клубы дыма затмили безоблачное небо. Так началось страшное пожарище!» [8].

В конце апреля 1742 г. в деревне Лепехиной Томского уезда драгуны и казаки начали штурм построенного местными старообрядцами укрепления, обнесенного рвом, стеною и завалами. После ожесточенной перестрелки осаждающим удалось прорваться к дому, где находились готовые к самосожжению «насмртники». Но крестьяне подожгли здание. В огне погибли 18 жителей деревни Лепехиной [9]. Аналогичные столкновения развернулись перед малоизвестной «гарью» в Томском уезде в мае 1756 г. Старообрядцы открыли огонь по казакам, ранили одного из них и кричали: «Мы де всех вас перестреляем!». В другой стычке раскольники проявили незаурядное воинское мастерство: «били смертельно» двух казаков и одного из них утащили к себе [10]. В этом же году произошло самосожжение в деревне Мальцевой, неподалеку от Барнаула. Старообрядцы совершили вылазку из окруженного со всех сторон правительственными войсками «згорелого дома». Ночью они похитили из стана осаждающих двух казаков. Впоследствии они сгорели вместе с «насмртниками» [11].

Исходя из современных достижений психологической науки, можно утверждать, что все жестокие столкновения с гонителями не только демонстрировали ненависть к «гонителям», но и подталкивали собравшихся для самосожжения к мысли о фатальной неизбежности суицида. Как утверждают современные психологи, «стрессовая ситуация делает людей более восприимчивыми к самоубийству. <...> В кризисных обстоятельствах они утрачивают все перспективы и ориентиры» [12]. Более того, в такой ситуации «человек чувствует себя подобно загнанному зверю, со всех сторон окруженным врагами, ищущими во что бы то ни стало его гибели». Все это становится прямой дорогой к самоубийству: «гибель кажется ему близкой и неизбежной, и он предпочитает смерть от своей руки мучительной смерти от руки врагов» [13].

Но не всегда старообрядцы действовали столь же агрессивно. Иногда они умело запугивали представителей духовенства и «воинство», избегая тем самым и полемики, и штурма. Самое раннее описание такого способа взаимодействия с «никонианской» властью зафиксировано в труде сибирского митрополита Игнатия. В конце XVII века «проклятый некто, именем Васка Шапошников», собрал своих сторонников и приготовился к самосожжению. Томский воевода послал «николико воинства», а также «благоговейных иереев» для полемики с «насмртниками». Но и совместными усилиями предотвратить самосожжение им не удалось. Старообрядцы угрозами заставили их отойти, предупреждая о взрыве: «отидите, рече, от нас вдале, егда загорится наша храмина, и начнет селитра и порох рватися, тогда вас бревнами всех прибьет». Как оказалось впоследствии, прозвучала пустая угроза, но «воинство и священники убоявшеся, отидоша от храмин тех», и самосожжение удалось осуществить беспрепятственно: «не смеяху воины изимати их от сожжения» [14].

Длительное время спустя старообрядцы повторили проверенный способ избавления от преследователей. В 1754 г. посланный к старообрядцам в деревню Щипицину близ Барнаула прапорщик геодезии Пимен Старцев обнаружил старообрядцев, готовящихся к самосожжению. Подойдя к «згорелому дому», прапорщик занялся обычным для такой ситуации де-

лом: «сколько мог увещевал и объявлял, чтоб они вышли без всякого опасения». Ответ старообрядцев, которые оказались семейством, намеревающимся дружно уйти из жизни, оказался суровым. Отец семейства взял в руки ружье, его жена – винтовку, дочь – пару пистолетов, а сын – два копья. При этом глава семьи заявил, что «жив не дастся и своих домашних не даст, а жить намерен только до вечера». Перед такой решимостью прапорщик Старцев оказался бессилён. Как он указывал позднее, «в опасение того оказуемого ими оружия никакого приступа к ним учинить было нельзя». Вскоре произошло самосожжение, в пламени которого все семейство погибло [15].

Перед самосожжением близ деревни Горка Олонецкого погоста в конце XVII века собравшиеся в «згорелом доме» крестьяне «говорили, что они скорее испарятся как дым, чем пойдут в неволю, где им придется отказаться от своей веры» [16]. Постройка, в которой находились крестьяне, загорелась. Аналогичные случаи имели место и в других местах. Для «насмртников» такой способ реагирования на появление солдат стал одним из способов противостояния гонителям. В документах XVIII века можно обнаружить и другие свидетельства того, что угрозы не действовали, а «гонители» искали и охотно использовали малейшие возможности для примирения. В 1733 года произошло небольшое самосожжение близ деревни Мехренушка Каргопольского уезда. Посланцы каргопольского воеводы, узнав о скоплении старообрядцев, отправились в указанное место и действительно обнаружили в нем некоторое количество готовых к самосожжению крестьян. Солдаты пытались применить силу, но старообрядцы сумели отбиться. Тогда по предписанию Тайной канцелярии для окончательного решения вопроса отправились более значительные отряды. По прибытии на место они услышали со стороны старообрядцев «возгласы примирительного характера», «почему команда и отступила, но лишь только это было исполнено, как показалось пламя в часовне и 200 раскольников в нем сгорело» [8]. Иногда штурм оказывался невозможным по более прозаическим причинам. Как доносил в феврале 1683 года поп Григорий Васильев, «как де их огонь одолел, и пошел де от них смрад, что де невозможно было близ тое избы

человеку стоять от смрада». Священнику со стрельцами пришлось отправиться прочь, дальше, на поиски других старообрядческих укрытий [17].

Сохранились свидетельства о спокойном отношении старообрядцев к осаде и даже о сочувствии их к служилым людям, вынужденным исполнять непростые обязанности. Практические действия участников самосожжений иногда указывают на их желание сберечь жизни осаждающих. Во время подготовки к самосожжению в феврале 1683 года в Дорах Каргопольского уезда старообрядческий наставник Ивашко заявил присланным для захвата старообрядцев вооруженным служилым людям: «Болши с того у нас с вами речей не будет никаких, подите де отколе пришли, пока целы, потому что де у нас не одной матки детки, и вы де нам люди знакомые, а что бы де приехали незнакомые, и мы б де их всех перебили, и от нас бы де они живы не уехали» [17].

В середине XVIII века имел место ряд других случаев, при которых ожесточенное сражение у стен «згорелого дома» не происходило. Во время самосожжения в Каргопольском уезде (1754 г.) старообрядцы позаботились о сохранении жизней осаждающих: «говорили команде и понятым, чтоб отступили от избы немедленно, понеже де у них есть пуда з два пороху». Угроза возымела действие: «что слыша и боялись (осаждающие. – М.П.), дабы и их могло от подорву пороху убить, от избы отступили». Предупреждение оказалось весьма кстати: «только отступили, тотчас порох и взорвало» [18]. Во время самосожжения в Линдозерском погосте Олонецкого уезда в 1757 г. старообрядцы «из окон выметали несколько барановых шуб, сермяжных кафтанов поношенных, вовсе негодных, также и холста конца с три добровольно и объявляли, что де за труд салдатом». Иронические замечания вряд ли были оценены по достоинству. Неожиданный презент начальство приняло, продало, вырученные деньги «употреблены при сыщеских делах на бумагу, чернила, сургуч и свечи» [19]. Есть и другие примеры. Как говорилось в следственном деле, когда «оные расколщики уже хотят зажигатца, из окна бросают свое платье <...> и говорят: “берите де сие вы, гонители и салдаты, нам де ничего не надобно, мы де сами наги родились, наги и ко Христу и поидем”» [20].

Заметим, что и со стороны профессиональных «гонителей» наблюдались различные варианты отношения к участникам «гарей». Так, в 1756 г., во время подготовки к самосожжению в Чаусском остроге, двое казаков из числа осаждающих «добровольно перебежали к староверам и приняли вместе с ними огненную смерть» [6].

В 1762 г. старообрядцы вновь проявили миролюбие и спокойно отнеслись к своим «гонителям». Во время одного из олонецких самосожжений наставник «отворя окошко», хладнокровно, с подробностями, неторопливо изложил свою биографию. Оказалось, что «родом он из Олонецкого уезда, вотчины Новгородского Хутыня монастыря крестьянин Иван Варфоломеев сын Курлан». В настоящее время Курлан «состоит раскольническим наставником». Он «имеет у себя в собрании раскольников мужеска полу дватцать пять, женок и девок сорок человек, в том числе три младенца». Обосновался на месте будущего самосожжения шесть лет назад, но далеко не сразу объявил окрестным жителям о своих истинных целях. Собирать «к себе людей» начал июне 1761 года. В его намерения входит совершить самосожжение в самое ближайшее время. Гореть он собирается «за несогласие с нынешними священниками, а паче же якобы за восточную церковь и за двоеперстное перста сложение». Далее наступила закономерная кульминация событий: «он, лжеучитель, отошел от окна прочь, и мало помедлив, слышно было в жилье немалое стенание и вопль». Затем появилось и пламя: «скоро в верхних передних и задних жилах дым в окошка показался и по нем огонь начал поверх кровли показываться». Попытки спасти хоть кого-то не увенчались успехом: «дверей бревенных за большим утверждением железом, а окошек за малостию, скоро рассечь не могли, к тому же и дым не допустил». В итоге «вскоре все строение сгорело без остатку» [21].

Одновременно аналогичный случай имел место в Сибири. Мирное и доброжелательное отношение к окружающим на взаимной основе проявили самосожигатели из деревни Лучинкиной Тюменского уезда. В 1753 г. 199 человек, собравшись в доме на окраине деревни, совершили самосожжение. Во время следствия выяснилось, что местные жители, включая сельское начальство (сотского и десятников), знали о предстоящей «гари». В ночь перед са-

мосожжением многие односельчане «присутствовали при всех приготовлениях раскольников к огненному крещению, входили в дом прощаться с ними перед самым наступлением роковой минуты». Затем, «когда на утренней заре изуверы зажглись», крестьяне «отошли сторону и оставались умиленными зрителями их мученического подвижничества» [22].

Каждый из свидетелей дал показания, из которых вырисовывается непростая картина взаимоотношений самосожигателей с местным населением. Сотский Меньшиков утверждал, что среди участников самосожжения имелись «многие свойственники и приятели его», помешать которым он не решился. Десятский Баскаков заявил, что «пытался вытащить из сборища отца», но отказался от этого намерения, «устрашенный угрозою родительского проклятия» [22]. Один из свидетелей показал, что дал взятку десятскому для того, чтобы тот «допустил к самосожжению приведенных им с этой целью сестер». В деле имелись и другие свидетельства подобного рода. Сами будущие участники самосожжения нисколько не таились. Покидая свои дома, они «открыто вывозили и раздавали родственникам и друзьям все имущество свое» [22]. Раздача вещей продолжилась и непосредственно перед самосожжением. «Насмертники» дарили свои пожитки и деньги; кто не имел родственников, раздавал свое имущество посторонним лицам «на поминовение души» [22].

Подводя итоги, отметим, что имеющиеся документы рисуют широкое разнообразие вариантов поведения староверов, готовящихся к самосожжениям. Ожесточенное сопротивление «гонителям» и боевые действия вблизи от мест будущих самосожжений отмечаются преимущественно по материалам XVII века. Основную роль здесь сыграли бывшие соловецкие монахи и находящиеся под их непосредственным духовным влиянием старообрядческие наставники. В дальнейшем отмечается более широкое разнообразие вариантов поведения участников ритуального суицида. С одной стороны, продолжается устоявшиеся традиции ожесточенного вооруженного противостояния слугам «Антихриста». С другой стороны, среди участников ритуального суицида проявляется сочувствие к военнослужащим, вынужденным исполнять непростую и крайне опасную работу.

Литература:

1. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб., 1908. 176 с.
2. Сикорский И.А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (Близ Тораполя). Психологическое исследование. Киев, 1897. С. 85–86.
3. История Выговской старообрядческой пустыни. Издана по рукописи Ивана Филиппова. СПб., 1862. 383 с.
4. РГАДА. Ф. 159. Оп. 3. Д. 2364. Л. 1
5. Лопарев Хр. Общий взгляд на раскол и в частности на самосожжение // Отразительное писание о новоизобретенном пути самоубийственных смертей. Вновь найденный старообрядческий трактат против самосожжений. СПб., 1895. С. 3–76.
6. Отразительное писание о новоизобретенном пути самоубийственных смертей: Вновь найденный старообрядческий трактат против самосожжений 1691 г. / Сообщ. Х. Лопарев. СПб., 1895. 160 с.
7. Покровский Н.Н., Зольникова Н.Д. Староверы-часовенные на востоке России в XVIII–XX вв.: Проблемы творчества и общественного сознания. – М.: Памятники исторической мысли, 2002. – 471 с.
8. Сапожников Д.И. Самосожжение в русском расколе (со второй половины XVII в. до конца XVIII в.). Исторический очерк по архивным документам. М., 1891. 126 с.
9. Покровский Н.Н. Антифеодальный протест урал-сибирских крестьян-старообрядцев в XVIII в. – Новосибирск: Наука, 1974. – 392 с.
10. Описание документов и бумаг, хранящихся в Московском архиве Министерства юстиции. М., 1890. Кн. 7. 424 с.
11. Иванов К.Ю. Самосожжения на территории Кузбасса // Наука и образование: М-лы V Международной научной конференции. – Белово: Аспект, 2004. – Ч. 3. – С. 418–424.
12. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция и поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001. – С. 301–314.
13. Мухин Н. Очерк психологии самоубийства. Варшава, 1903. 69 с.
14. Послания блаженного Игнатия, митрополита Сибирского и Тобольского, изданные в Православном собеседнике. Казань, 1857. 151 с.
15. Беликов Д. Раскол в Сибири. // Известия императорского Томского университета. Кн. XXV. Томск, 1905. С. 58–60.

References:

1. Behterev V.M. Vnushenie i ego rol' v obshhestvennoj zhizni. SPb., 1908. 176 s. (In Russ)
2. Sikorskij I.A. Jepidemicheskie vol'nye smerti i smertoubijstva v Ternovskih hutorah (Bliz Torapolja). Psihologicheskoe issledovanie. Kiev, 1897. S. 85–86. (In Russ)
3. Istorija Vygovskoj staroobryadcheskoj pustyni. Izdana po rukopisi Ivana Filippova. SPb., 1862. 383 s. (In Russ)
4. RGADA. F. 159. Op. 3. D. 2364. L. 1
5. Loparev Hr. Obshhij vzgljad na raskol i v chastnosti na samosozhzhenie // Otrazitel'noe pisanie o novoizobretennom puti samoubijstvennyh smertej. Vnov' najdennyj staroobryadcheskij traktat protiv samosozhzhenij. SPb., 1895. S. 3–76. (In Russ)
6. Otrazitel'noe pisanie o novoizobretennom puti samoubijstvennyh smertej: Vnov' najdennyj staroobryadcheskij traktat protiv samosozhzhenij 1691 g. / Soobshh. H. Loparev. SPb., 1895. 160 s. (In Russ)
7. Pokrovskij N.N., Zol'nikova N.D. Starovery-chasovennye na vostoke Rossii v XVIII–HH vv.: Problemy tvorchestva i obshhestvennogo soznaniya. – M.: Pamjatniki istoricheskoy mysli, 2002. – 471 s. (In Russ)
8. Sapozhnikov D.I. Samosozhzhenie v russkom raskole (so vtoroj poloviny XVII v. do konca XVIII v.). Istoricheskij ocherk po arhivnym dokumentam. M., 1891. 126 s. (In Russ)
9. Pokrovskij N.N. Antifeodal'nyj protest ural-sibirskih krest'jan-staroobryadcev v XVIII v. – Novosibirsk: Nauka, 1974. – 392 s. (In Russ)
10. Opisanie dokumentov i bumag, hranjashhihsja v Moskovskom arhive Ministerstva justicii. M., 1890. Kn. 7. 424 s. (In Russ)
11. Ivanov K.Ju. Samosozhzhenija na territorii Kuzbassa // Nauka i obrazovanie: M-ly V Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii. – Belovo: Aspekt, 2004. – Ch. 3. – S. 418–424. (In Russ)
12. Grollman Je. Suicid: prevencija, intervencija i postvencija // Suicidologija: proshloe i nastojashhee: problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah. – M.: Kogito-Centr, 2001. – S. 301–314. (In Russ)
13. Muhin N. Ocherk psihologii samoubijstva. Varshava, 1903. 69 s.
14. Poslanija blazhennogo Ignatija, mitropolita Sibirskogo i Tobol'skogo, izdannye v Pravoslavnom sobesednike. Kazan', 1857. 151 s. (In Russ)
15. Belikov D. Raskol v Sibiri. // Izvestija imperatorskogo Tomskogo universiteta. Kn. XXV. Tomsk, 1905. S. 58–60. (In Russ)

16. Катаяла К. Дымом в Царствие Небесное: самоожжения староверов в Шведской Карелии в конце XVII в. // Выговская поморская пустынь и ее значение в истории России: Сб. научных статей и материалов. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2003. – С. 25–39.
17. Юхименко Е.М. Каргопольские «гари» 1683–1684 гг. (К проблеме самоожжений в русском старообрядчестве) // Старообрядчество в России (XVII–XVIII вв.). – М.: Церковь, 1994. С. 80–118.
18. РГАДА. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1652. Л. 22 об.
19. НА РК. Ф. 445. Оп. 1. Д. 220. Лл. 45–45 об.
20. РГАДА. Ф. 248. Оп. 14. Д. 800. Л. 1369 об.
21. РГИА. Ф. 796. Оп. 43. Д. 28. Л. 1
22. Загоскин Н. Самосожигатели. Очерк из истории русского раскола // Литературный сборник «Волжского вестника». 1883. Т. 1. Вып. 1. С. 165–204.
16. Katajala K. Dymom v Carstvie Nebesnoe: samosozhzenija staroverov v Shvedskoj Karelii v konce XVII v. // Vygovskaja pomorskaja pustyn' i ee znachenie v istorii Rossii: Sb. nauchnyh statej i materialov. – SPb.: Dmitrij Bulanin, 2003. – S. 25–39. (In Russ)
17. Juhimenko E.M. Kargopol'skie «gari» 1683–1684 gg. (K probleme samosozhzenij v russkom staroobryadchestve) // Staroobryadchestvo v Rossii (XVII–XVIII vv.). – M.: Cerkov', 1994. S. 80–118. (In Russ)
18. RGADA. F. 7. Op. 1. D. 1652. L. 22 ob. (In Russ)
19. NA RK. F. 445. Op. 1. D. 220. Ll. 45–45 ob. (In Russ)
20. RGADA. F. 248. Op. 14. D. 800. L. 1369 ob. (In Russ)
21. RGIA. F. 796. Op. 43. D. 28. L. 1 (In Russ)
22. Zagoskin N. Samosozhigateli. Ocherk iz istorii russkogo raskola // Literaturnyj sbornik «Volzhskogo vestnika». 1883. T. 1. Vyp. 1. S. 165–204. (In Russ)

Summary:

DUEL WITH THE ANTICHRIST. ACCORDING TO THE MATERIALS OF SELF-IMMOLATIONS INVESTIGATIONS

M.V. Pulkin

Institute of linguistic, history and literature of Karelian Research Centre, Russia

The article is devoted unexplored aspect of the history of Old Believers self-immolations, associated with the last moments of life of the participants of the ritual suicide on religious grounds. Contrary to the opinion existing in the literature of the self-immolation as a phenomenon "deeply passive type," the author reveals the undeniable proof of the active and resolute defense undertaken by Old Believer communities, preparing for "burning". Persecutors confrontation was demonstrative and allowed to win the time required to perform the last rites. Preparing for self-immolation included the creation of powerful fortifications and stockpiling of weapons. For the assault Old Believer settlements sent specially trained and well-armed troops, accompanied by priests. Fighting alternated preaching and eloquent descriptions of the afterlife torment. These battles preceding the self-immolation, create a mood of hopelessness and conservatives cut path to a normal life. Persecutors fierce resistance and the fighting in the immediate vicinity of the future of self-immolations are marked mainly based on the end of the XVII century. The main role was played by the radical Solovki monks. After the capture of the monastery imperial armies they became influential preachers of self-immolations in northern Russia. In the future, the documents record a wider variety of options for the behavior of the participants of the ritual suicide. In some cases, death occurred by blasting a significant amount of gunpowder. In the court cases it marked not only fierce resistance, but also empathetic to soldiers, forced to risk their lives to perform difficult duties.

Key words: Old Believers, Old Believers self-immolations, ritual suicide, suicide, mass suicide behavior.

Статья подготовлена в рамках темы "Узловые проблемы истории Карелии. К столетию республики. Научные очерки и статьи", № 0225-2014-0012

ПОЗИТИВНОЕ ЗНАНИЕ О САМОУБИЙСТВЕ В XIX ВЕКЕ: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

А.В. Антипов

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Антипов Алексей Владимирович – магистрант 2-го года обучения философского факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова». Адрес: Россия, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 27/4. Телефон: (495) 939-19-25, электронный адрес: nelson02@yandex.ru

В статье рассматривается становление научного знания о самоубийстве в медицине и психиатрии XIX века. Выделяются основные вопросы, вокруг которых создаются исследовательские парадигмы, а также проблематизируется понимание и восприятие человека, пытавшегося совершить суицид. Основная проблема, которая рассматривается в тексте статьи, состоит в трансформации поля проблематизации при исследовании суицида. До XIX столетия самоубийство являлось преимущественно проблемой религии и морали: именно представители этих областей знания обладали преимущественным правом вынесения суждения относительно суицида. В XIX веке положение дел изменилось, и суицид стал психиатрической проблемой как в теоретическом, так и в практическом плане. Для его объяснения была создана психопатологическая модель объяснения самоубийства, которая была в последующем принята за основу для развития суицидологии. Основой вывод, к которому приходит автор статьи, заключается в оценке положения человека, совершившего или пытавшегося закончить свою жизнь. Психиатрическая модель отнимает у него право называться человеком и нести ответственность за свои поступки; он перестает быть полноценным субъектом, и оказывается пациентом, которого нужно изолировать и любыми способами излечить.

Ключевые слова: самоубийство, суицид, психопатологическая модель, моральная статистика, психическая болезнь.

Рассмотрение феномена самоубийства в контексте развивающейся позитивной науки становится возможным только в XIX веке. Именно в это время изменяется область знания, внутри которой самоубийство как феномен найдёт своих исследователей, говорящих на языке науки: из сферы абстрактных философских рассуждений суицид как проблема переходит в область обоснованных и проверяемых фактов.

Одним из первых, кто пытается перевести самоубийство из области философии, юриспруденции и религиозного осуждения в сферу науки, является французский психиатр Жан-Этьен Эскироль (Esquirol), которого считают создателем «стандартного взгляда» на самоубийство [1]. Для Ж.-Э. Эскироля самоубийство – одно из последствий выделяемых им мономаний, и Дюркгейм однозначно обвиняет Ж.-Э. Эскироля в том, что для последнего самоубийца – всегда безумец [2], который должен находиться под пристальным взглядом врача. Однако взгляды Ж.-Э. Эскироля можно

трактовать несколько иначе, что, например, будет сделано уже в XX веке Ж. Блонделем и Э. Гидденсом, которые отмечают, что для Эскироля самоубийца безумец только в момент самого совершения самоубийства, то есть его психическое состояние изменяется в момент акта, и именно это позволяет ему убить себя, в остальном же он не проявляет признаков психического расстройства [1].

Взгляды Ж.-Э. Эскироля, закладывающие основу для дальнейшего развития «протосуицидологии» (суицидология как полноценная дисциплина появляется в середине 20-го века, в связи с работами Э. Шнейдмана), становятся фундаментом для исследования феномена самоубийства и появления новых работ, написанных, в первую очередь, практикующими психиатрами. Некоторые будут защищать точку зрения Ж.-Э. Эскироля и говорить, что самоубийство может быть приравнено к безумию: например, Ж. Фальре (Falret) и С. Бурден (Bourdin), последователи Ж.-Э. Эскироля, напишут работы, где будут отстаивать пра-

вильность взгляда, приравнивающего безумие и самоубийство [3]. Но, несмотря на очень мощный авторитет Ж.-Э. Эскироля в качестве психиатра, к середине века начнут появляться работы, выражающие сомнение в правильности такого подхода: Э. Лиль (Lisle), Л. Вагнер (Wagner), А.Ж. де Буасмон (Brierre de Boimont) начнут пользоваться важным нововведением – статистическим методом, посредством которого покажут, что самоубийство далеко не всегда можно приравнять к безумию и найти признаки помешательства у самоубийц [4].

Завершается XIX век – как в хронологическом, так и в идейном плане – появлением одноименного исследования Э. Дюркгейма, в котором он подводит основные итоги бурного развития науки о самоубийстве, и предлагает новое направление в разработке этой темы – социологическое. Э. Дюркгейм выстраивает свою классификацию самоубийств, а её основанием делает степень включенности индивида в тело общества. В этой перспективе самоубийство рассматривается с точки зрения взаимодействия человека с законами социальной реальности, которая является объектом социологии [3].

Таким образом, главным событием XIX века в деле изучения проблемы самоубийства становится переход этого феномена из поля зрения религии, юриспруденции и философии в область исследования психиатрии и социологии. Наряду с государством, которое (во многих странах) запрещает самоубийство и наказывает тех, кто пытался его совершить, появляется другой институт, занимающийся исследованием самоубийства – психиатрическая клиника, то есть происходит медиализация самоубийства.

Объект исследования: «самоубийство».

Одной из задач конкретной научной дисциплины при изучении определённого предмета является выделение данного предмета из множества других, то есть фиксация некоторых признаков, выделяющих это явление среди других, для анализа с привлечением методологического аппарата. Поэтому совершенно обоснованным выглядит предположение того, что психиатрия, выступающая в качестве одной из позитивных наук и стремящаяся сделать самоубийство предметом своего рассмотрения, должна была дать дефиницию того, что полагает предметом своего изучения. Однако насколько это ни парадоксально звучит, пря-

мого определения понятия «самоубийство» представители психиатрии XIX века не дают. Но отсутствие прямых дефиниций не означает, что психиатрия не касается вопроса определения границ своего исследования и, как следствие, своей применимости. Размывание границ применимости термина «самоубийство» явлению в целом имеет три важные особенности, связанные с методом исследования.

Во-первых, медицина и психиатрия XIX века считают своим главным методом изучения анатомическое вскрытие. Таким образом, полагается прямая зависимость между физиологическим состоянием организма и психическим здоровьем. В Энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона в статье «Душевные болезни» есть примечательное положение: «В значительной части случаев проявления помешательства сопровождаются патологическими изменениями мозговой ткани или аномалиями развития мозга. Вообще научная разработка и правильное понимание душевных болезней возможны только в связи с учением о болезнях нервной системы и о строении и отправлениях мозга [5]». Этой же формулировкой объясняется стремление психиатров подкрепить свою точку зрения на самоубийство патологоанатомическими исследованиями: Ж.-Э. Эскироль приводит примеры множественных изменений в строении органов (не только мозга) самоубийц [6]; его линию продолжают Ж. Фальре (Falret), Ф. Винслоу (Winslow) и другие психиатры именно потому, что «на вскрытие в XIX в. смотрели как, на своего рода, “последний и решающий” довод определения наличия или отсутствия помешательства при жизни [7]». Таким образом, смещается акцент исследования с определения того, что такое самоубийство, на изучение причин, лежащих в основе каждого отдельного акта суицида.

Во-вторых, стоит отметить важное положение, отличающее психиатрию и психиатров от исследователей самоубийства, представляющих иные области знания: психиатры имеют дело с конкретными случаями самоубийства. Из области рассуждений в отвлеченных понятиях, как это делали, например, Д. Юм [8] или Ж.-Ж. Руссо [9], Ж.-Э. Эскироль, Ж. Фальре (Falret), Ф. Винслоу (Winslow) и другие исследователи самоубийства с точки зрения психиатрии, имели перед собой либо историю болезни [6], либо объект для анатомических манипуляций [10]. Психиатрия имеет дело с совер-

шенно определенными людьми, обладающими индивидуальными характеристиками. Происходит смена ориентации точки зрения на самоубийство: вместо различных абстрактных моделей и рассуждений о свободе воли человека, психиатрия сталкивается с нелицеприятными фактами реального мира, а именно с тем, что конкретный человек, некоторое время назад выполнявший определенного рода действия, *почему-то* совершил акт самоубийства.

В-третьих, важным нововведением 20-х гг. XIX века станет возникновение моральной статистики (о которой речь пойдет ниже), которая позволяет взглянуть на самоубийство не с точки зрения единичных случаев, происходящих в лечебницах или в небольших населенных пунктах, а затрагивает целые народы и страны, в которых исследователи создают сводные таблицы, анализируя способы и мотивы самоубийства. Социологический метод (статистический), в противоположность исследованию индивидуальных самоубийств, позволяет взглянуть на обширные данные по мотивам, способам, влиянию различных факторов на количество совершенных суицидов, и посредством этого определить самоубийство в качестве глобальной проблемы, требующей глобального решения. Именно потому, что социология имеет дело с обширным количеством данных и статистических критериев, в этой области знания удастся дать определение самоубийству как общественному явлению. «Самоубийство (Suicidium, Selbstmord, Suicide, Selfmurder). – В обыденной жизни и по терминологии статистики под словом С. подразумевается сознательное или бессознательное прекращение своего существования, совершаемое человеком или посредством действий, направленных на причинение организму смертельных повреждений, или через поставление его в такие физические условия, при которых жизненные отправления организма немедленно или постепенно угасают» [11].

Таким образом, размышление представителей психиатрии над понятием «самоубийства» сводится к взгляду на причины, заставляющие человека заканчивать свою жизнь собственной рукой. Только исходя из понимания того, что толкает человека совершить попытку самоубийства, сформируется две противоположные позиции внутри психиатрии: сторонников мнения Ж.-Э. Эскироля, что самоубийство есть проявление сумасшествия [6] (психопатологическая модель), и сторонников взгля-

да, что самоубийство не может быть всегда объяснено помешательством, кроме явных случаев самоубийств, совершенных под влиянием болезней, процент которых невелик: «В начале XX века в работе “Современные самоубийства” (1912) один из наиболее известных отечественных суицидологов Г. Гордон четко проводил мысль об отсутствии непосредственной связи между самоубийством и душевными заболеваниями. Автор ссылаясь на исследования венского врача А. Броша, который в результате вскрытия тел 371 самоубийцы обнаружил, что признаки душевной болезни (посмертные) были отмечены только в 7,6% случаев [7]».

Суицид и моральная статистика.

В 20-е гг. XIX века появляется полноценный статистический метод, который находит своё применение в исследовании различного рода общественных явлений. Главное положение этого метода может быть сформулировано следующим образом: статистика концентрирует первичные данные и через последовательность переработок приходит к отвлеченным понятиям, которые могут быть использованы для исследования общества и вынесения оценок по определенным критериям [12]. Исходя из этого, в Энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона термин «Нравственная статистика» трактуется следующим образом: «Нравственная статистика (Moralstatistik, Statistique Morale) – изучает массовые проявления человеческой деятельности вне сферы хозяйственных отношений. Вместе с демографией, рассматривающей биологические процессы, в которых человек играет лишь пассивную роль, и экономической статистикой, предмет которой – человеческая деятельность, направленная на обеспечение общества материальными благами, нравственная статистика представляет собою науку о массовых явлениях общественной жизни [12]». Моральная статистика делает объектом своего исследования мысли людей, их нравы и обычаи, а также чувства и настроения [13].

Создателями моральной статистики выступают криминалист А.-М. Guerry и математик А. Quételet, трансформировавшие концептуальную основу статистического метода для возможности применения его к общественным явлениям, которые стоят в зависимости от активных действий людей. Одним из важнейших положений, которые А. Quételet вносит в понимание моральной статистики, является

утверждение подчинения закономерности распределения статистических данных законам столь же фундаментальным, как и законы природы. Поэтому для того, чтобы понять и объяснить некоторое общественное явление, следует достаточным образом изучить распределение его числовых показателей.

Н. Martineau впервые применяет моральную статистику для исследования самоубийства в Англии. Для неё выявление статистических показателей самоубийства служат двум целям: репрезентировать актуальное состояние общественной жизни и показать способность социологии лечить общественные недуги [14]. Цель моральной статистики – дать не только численные показатели, но и показать качество жизни: здоровье нации и духовное богатство [15].

В применении к самоубийству как явлению, моральная статистика занимается выявлением связей между самоубийством и персональными характеристиками того, кто его совершает (возраст, пол, религиозная принадлежность, брачное состояние), а также между самоубийством и временными или сезонными явлениями, а также географическим положением [4]. Осуществляется поиск общего закона, благодаря которому самоубийство как общественное явление окажется подчиненным некоторой математической закономерности, а вместе с этим станет более простым в изучении: «Кажущийся произвол человека в деле самоубийства является <...> функцией от множества переменных, независимых величин – условий физико-космических и социальных [16]».

Однако подобное рассмотрение зачастую выходит за рамки анализа социальных и физических факторов как влияющих на возрастание или уменьшение количества самоубийств. Изменение уровня самоубийств связывается с другим явлением, также являющимся объектом моральной статистики – помешательством. Цитированная выше работа Н. Пономарева примечательна именно подобным подходом: «Замечательно, что по такому же закону следует и возрастание умопомешательства [16]». Связь, полагаемая между самоубийством и помешательством, обосновывается двумя путями: сначала – через статистические данные, косвенным образом подтверждающие наличие корреляции (например, сходное количество самоубийц и психических больных, возраста-

ние пропорционально возрасту и др. [16]); затем – путём обращения к психиатрическим данным и приведения мнений психиатров о психической ненормальности тех, кто совершает самоубийство.

Таким образом, моральная статистика становится методом исследования самоубийства с точки зрения процессов, происходящих в обществе, проводит анализ самоубийства как общественного явления, подчиняющегося определенным законам и коррелирующего с другими общественными явлениями.

Выявление причин самоубийства.

Новое понимание психиатрии как отдельной научной дисциплины и предмета её исследования делает возможным формирование принципиально нового типа воззрения на самоубийство. Происходит это, прежде всего, потому, что конец XVIII века и первые десятилетия XIX «закладывают основы протопсихиатрической практики [17]». Происходят изменения не только в теоретическом осмыслении основных проблем психиатрии, но и в положении самой психиатрии в рамках государственного устройства. В это время – конец XVIII – начало XIX века – происходит становление «институционального здания психиатрической лечебницы [17]», и становится возможным формирование практик нового типа, именуемых моральным лечением, в том числе, по отношению к людям, пытающимся совершить самоубийство.

Изменения в теории позволяют включить самоубийство в круг проблем, решаемых исключительно психиатрией [1]. На первый план в проводимых исследованиях выходит не религиозное осуждение или юридическое разбирательство по поводу признания *felo de se* (обозначение самоубийцы в англосаксонской традиции), а выяснение обстоятельств и причин, побудивших человека убить себя или попытаться забрать свою жизнь. Стремление психиатрии сделать самоубийство предметом своего исследования также может быть обосновано тем, что суицид предстаёт чрезвычайно пугающим и губительным явлением, в решении которого не помогают ни юридические, ни религиозные запреты и санкции. Для исследователей-психиатров эта проблема выступает устрашающей, но потенциально разрешимой [14] через формирование иного видения на объяснение причин самоубийства и применение новых практик воздействия на тех, кто пы-

тался покончить с собой, и тех, *кто потенциально может на это решиться.*

Дискуссии XIX века формулируют три главных вопроса, из которых к концу столетия складываются основные стратегии исследования самоубийства. Каждая из них предполагает наличие определенных факторов, являющихся решающими для понимания самоубийства:

1. Есть ли связь между совершением самоубийства и наследственностью?
2. Обусловлены ли причины, заставляющие человека убить себя, наличием психического отклонения?
3. Влияют ли на количество самоубийств в обществе социальные факторы? [1]

Эти общие положения включают в себя формулирование частных положений и методов исследования, посредством которых осуществляется воздействие на тех, кто совершил неудачную попытку самоубийства и тех, кто в будущем сможет её совершить. В совокупности эти стратегии являются «стандартным взглядом на самоубийство [1]»: каждый из исследователей действует и формирует свою позицию в рамках этих трёх заданных вопросов, придавая решающее значение одному из трёх представленных факторов. В современных исследованиях эти точки зрения, претерпев значительные трансформации, также являются значимыми для объяснения суицидального поведения [18].

Влияние наследственности на возможность совершения самоубийства.

Полагание связи между наследственностью и уровнем самоубийств ведёт к тому что, «если <...> установлено, что предрасположение к самоубийству передается из поколения к поколению, то пришлось бы признать, что оно тесно связано с определенным органическим строением [2]». За данным положением стоит рассмотрение двух различных точек зрения, показывающих механизм воздействия биологического строения на суицидальное поведение. Различие между ними состоит в том, что признается в качестве главных причин самоубийства: передается ли по наследству некоторый скрытый механизм, заставляющий человека совершить самоубийство в определенный период жизни, либо же наследственностью определяется предрасположенность к некоторым психическим отклонениям, которые, в свою очередь, являются прямыми причинами самоубийства.

Концептуальным основанием подобного понимания самоубийства является учение о дегенерации, сформулированное Б. Морелем в середине XIX века. Главным для этой идеи является рассмотрение психических расстройств как результата биологического процесса, в котором социальные и личностные факторы отходят на второй план, а в каждом последующем поколении отклонение принимает все более интенсивные формы. В свою классификацию Б. Морель также включает и самоубийство, относя его ко второй группе выделенных им психозов: «Во второй класс входит обширная категория больных, представляющих стойкие эмоциональные и интеллектуальные дефекты. Это, прежде всего, бред в сфере чувств и актов при отсутствии каких-либо очевидных умственных расстройств, инстинктивное помешательство [19]».

Влияние психических отклонений на суицидальное поведение.

Основные разногласия в понимании самоубийства формулируются именно в рамках дихотомии наличия-отсутствия психического заболевания у самоубийцы. Это является исходным положением при рассмотрении причин совершения самоубийств в рамках психиатрии XIX века.

Первая – и самая ранняя – модель, созданная для ответа на вопрос: «Почему люди совершают самоубийство?», принадлежит Ф. Осиандер (Oslander), который в своей работе «О самоубийстве» 1813 года выделяет самоубийство в качестве неперемного атрибута психической болезни. Для Ж. Фальре (Falret), впервые использовавшего статические данные для классификации самоубийств, суицид приравнивается к психической болезни, определяясь как особая форма безумия. Он выделял четыре типа причин, толкающих человека к совершению самоубийства: предрасположенность (например, наследственные характеристики), прямые случаи (сильные чувства), косвенные случаи (физическая боль) и религиозный фанатизм [4].

Тезис, что все самоубийцы обладают психическими отклонениями, может быть интерпретирован двумя способами, и каждый из них находит свое отражение в воззрениях исследователей. Слабая формулировка данного положения заключается в признании психической болезни у самоубийцы при отсутствии общего психического отклонения под названием «самоубийство». Акт самоубийства порождается

психическим расстройством, но самоубийство не является расстройством самим по себе, болезнью *sui generis*. Сторонником именно этого положения выступает Ж.-Э. Эскироль и некоторые из его последователей.

Систематическое изучение самоубийства в рамках психиатрии начинается с Ф. Пинеля (Pinel) и его ученика Ж.-Э. Эскироля, реформаторами не только практического устройства клиник, но и основоположниками влиятельных положений в психиатрии, в том числе, и в области исследования самоубийства. Ж.-Э. Эскиролю принадлежит один из самых влиятельных в XIX веке взгляд на самоубийство, и многие работы, ставящие своей целью исследование этой проблемы, будут начинать с согласия или опровержения идей Ж.-Э. Эскироля. В 1838 году Ж.-Э. Эскироль публикует книгу «О душевных болезнях», в которой излагает свое учение о мономаниях и отводит отдельную главу под изложение воззрений на самоубийство. В список мономаний самоубийство не входит, но каждая из них может стать причиной суицида [6]. По мысли Ж.-Э. Эскироля, самоубийцы являются мономанами, которые движимы страстью, а она, в свою очередь, приводит к делирию. В делирии душа поражается аффектом, и разум теряет возможность рационального действия. Человек в этот момент совершает действия, которые бессмысленны и противоположны его интересам [6]: «Мономан – душевнобольной, сознание которого абсолютно ясно, кроме одного пункта: поражение его интеллекта строго локализовано [2]». Но в некоторых случаях для того, чтобы самоубийство было совершено, должны подействовать мотивы, разделяемые на пассивные и активные. Пассивными мотивами является утомление жизнью, активными – ненависть к жизни [6]. Выступая в качестве надстройки к определенной мономании, мотивы приводят в действие механизм самоуничтожения, приводя мономана к попытке покончить со своей жизнью. При этом в начале своего труда Ж.-Э. Эскироль делает важное замечание, несколько отступая от своего учения о мономаниях: он постулирует, что нельзя считать самоубийцами тех людей, кто отдает свою жизнь во имя долга. В пример приводится Сократ, а также племена, в которых старики, чтобы не быть в тягость своим соплеменникам, добровольно заканчивают свое существование [6].

Однако существуют возражения по поводу такого представления взглядов Ж.-Э. Эскироля на самоубийство. Например, Г. Берриос (Bergios) приводит мнение Шарля Блонделя (Ch. Blondel) – ученого первой половины XX столетия – который указывает на неоднозначность формулировок Ж.-Э. Эскироля, и полагает, что последний, во-первых, придавал большее значение социальным факторам, влияющим на самоубийство, а во-вторых, что в момент акта самоубийства человек пребывает в измененном психологическом состоянии, но до этого момента может не проявлять каких-либо признаков общего помешательства [1]. Несмотря на это замечание, влияние Ж.-Э. Эскироля в XIX столетии происходит в контексте понимания им мономании, и даже после того, как эта концепция будет преодолена.

Moreau de Tours, оставаясь в рамках предложенной Ж.-Э. Эскиролем модели, двигается дальше и создает классификацию самоубийств, исходя из предположения о наличии мономании у самоубийц. Его классификация включает четыре элемента: маниакальное самоубийство, самоубийство меланхоликов, самоубийство одержимых навязчивыми идеями и импульсивное самоубийство [2].

Сильная формулировка высказанного тезиса, что все самоубийцы обладают психическим отклонением, может быть сформулирована как: самоубийство является отдельной психической болезнью, отличной от других. Поэтому каждый самоубийца – болен, вне зависимости от мотивов своего поступка. Это положение находит своих защитников, главным образом, в лице двух психиатров: С. Бурдена (Boirdin) и F. Winslow.

С. Бурден (Bourdin) в своем труде 1845 года «Самоубийство как болезнь» отстаивает мнение, что самоубийство является отличной от других мономанией, которая является главной причиной убийства себя [1]. F. Winslow в работе «Анатомия самоубийства» 1840 года ищет новые доводы для доказательства того, что самоубийство совершается душевнобольными людьми. «Важно помнить, что попытка самоуничтожения зачастую является явным актом безумия [10]». F. Winslow находит доказательства в связи между физиологическим и ментальным состоянием организма, точнее, в том, что психические расстройства происходят из физиологических патологий. Также как и Ж.-Э. Эскироль, обсуждавший в главе «Само-

убийство» физиологические изменения в телах самоубийц, но не вынесший окончательного заключения, кроме вывода, что изменения присутствуют, но бессистемно [6], F. Winslow принимает утверждение о патологических изменениях в физиологии, и, более того, отдает им приоритет и непоколебимо верит в то, что психические отклонения порождаются физиологическими изменениями [3].

Стоит также отметить, что F. Winslow оказывается более последователен в своих взглядах, чем Ж.-Э. Эскироль. Несмотря на то, что некоторые исторические самоубийства он считает правильными и обоснованными (например, самоубийство Катона, Клеопатры), F. Winslow не перестаёт ставить им диагноз сумасшествия [20].

Доминирующая роль психических отклонений в суицидальном поведении распадается на две составляющих, каждая из которых имеет своих последователей, а вместе образует влиятельное течение, которое укоренится в восприятии самоубийства как общественного и индивидуального феномена.

Влияние социальных факторов на суицидальное поведение.

Несмотря на то огромное влияние, которое в различных вариациях имела приведённая выше точка зрения, с середины столетия возникают новые тенденции в объяснении причин самоубийства. Одним из факторов, повлиявших на становление нового взгляда, является усовершенствование и распространение статистического метода, который используют не только социологи, но и психиатры. Стремление иначе объяснить феномен самоубийства и искать новые пути для его объяснения можно проиллюстрировать фразой Р. Крафт-Эбинга: «Мы не можем согласиться с мнением, что самоубийство само по себе есть уже верный признак помешательства [21]».

Несомненно, что понимание того, как социальные факторы влияют на уровень самоубийств, чрезвычайно важно для суицидологии в целом, но в рамках нашего предмета исследования – психиатрии XIX века – это направление не имеет центрального значения, поэтому кратко осветим его основные идеи и положения.

Brierre de Boismont отказывается признавать самоубийство результатом психического расстройства [1]. Он собирает и анализирует статистические данные в течение долгого пе-

риода (10 лет), опрашивает 265 человек, совершивших неудачную попытку самоубийства. Автор выделяет два типа причин, влияющих на самоубийство: предрасполагающие (демографические показатели: возраст, пол, семейный статус и др.) и преопределяющие (например, физическая болезнь) [4].

Э. Лиль (Lisle) и Л. Вагнер (Wagner) также не признают в качестве основной причины самоубийства психическое отклонение, но из своих статистических исследований делают вывод, что среди людей, страдающих психическими нарушениями, процент совершения самоубийств выше, чем у остальных групп населения [4].

Главный результат использования моральной статистики в психиатрии XIX века – это включение социальных факторов в понимание самоубийства. Но главенствующую роль в применении этого метода играют социологи и, прежде всего, Э. Морселли (Morselli) и Э. Дюркгейм, своими фундаментальными трудами доказывающие разные тезисы, однако заставившие взглянуть по-новому на причины самоубийств.

Заключение.

Таким образом, мы видим, что самоубийца в рамках психопатологической модели объяснения суицида перестаёт быть человеком: его право определять и понимать себя отнято, как и его право на самостоятельное полагание границ своей жизни. Он безумен, и больше не может быть ответственен за любые свои действия, за ним не признается никаких личностных качеств. Однако зачастую совершается это не посредством открытия в нем некоторой патологии, но только из-за того, что он пытался совершить самоубийство: этот акт налагает на него стигму сумасшествия без детального выяснения. Заключение неудавшихся самоубийц в пространство психиатрической клиники оправдывается именно эти тезисом: у людей, которые когда-то убили себя и после этого подверглись исследованию, есть признаки душевной болезни. Дальнейшие исследования в рамках психиатрии и медицины покажут, что это не полностью соответствует истине, но представление о самоубийце как безумце оказывается чрезвычайно влиятельным и сохраняется до сегодняшнего дня.

Литература:

1. Berrios G.E. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press. 1996. – 565 p.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер., с фр. с. сокр. / Под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль. 1994. – 399 с.
3. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. – М.: Новое литературное обозрение. 1990. – 256 с.
4. Evans G., Farberow N.L. The encyclopedia of suicide. Facts On File. 2003. – 329 p.
5. Душевные болезни // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. XI. Домиции-Евреинова. – С.-Петербург. Типо-Литография И.А. Ефрона, Прашечный пор., № 6. 1893. – 283-293 с.
6. Esquirol E. Mental Maladies. Treatise on Insanity. Philadelphia: Lea and Blanchard. 1845. – 496 p.
7. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.
8. Юм Д. О самоубийстве // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Изд. 2-е, стереотипное. – М.: Когито-Центр, 2013. – С. 47-57.
9. Руссо Ж.-Ж. О самопроизвольной смерти // Академические известия, Ч. 4, СПб.: 1780. – С. 244-284.
10. Winslow F. The Anatomy of Suicide. London: Henry Renshaw, 356, Strand. 1840. – 339 p.
11. Самоубийство // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. XXVIIIА Саварни-Сахаров. – С.-Петербург. Типография Акц. Общ. «Издательское Дело», Брокгауз-Ефрон. 1900. – С. 233-239.
12. Нравственная статистика // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. XXI Нибелунги-Неффцер. – С.-Петербург. Типо-Литография И. А. Ефрона, Прашечный пор., №6. 1897. – С. 403-408.
13. Lederer D. Sociology's "One Law": Moral Statistic, Modernity, Religion, and German Nationalism in the Suicide Studies of Adolph Wagner and Alexander von Oettingen // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 684-699.
14. Brancaccio M.T., Engstrom E.J., Lederer D. The Politics of Suicide: Historical Perspectives on Suicidology before Durkheim. An Introduction // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 607-619.
15. Luef E. Low Morals at a High Latitude? Suicide in Nineteenth-century Scandinavia // Journal of social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 668-683.
16. Пономарев Н. Самоубийство в Западной Европе и в России в связи с развитием умопомешательства: Стат. исслед. Н.В. Пономарева. Санкт-Петербург: тип. М.М. Стасюлевича, 1880. – 84 с.

References:

1. Berrios G.E. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press. 1996. – 565 p.
2. Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud / Per. s fr. s. sokr. / Pod red. V.A. Bazarova. – M.: Mysl'. 1994. – 399 s. (In Russ)
3. Paperno I. Samoubijstvo kak kul'turnyj institut. – M.: Novoe literaturnoe obozrenie. 1990. – 256 s. (In Russ)
4. Evans G., Farberow N.L. The encyclopedia of suicide. Facts On File. 2003. – 329 p.
5. Dushevnye bolezni // Jenciklopedicheskij slovar' Brokgauza i Efrona. T. XI. Domicii-Evreinova. – S.-Peterburg. Tipo-Litografija I. A. Efrona, Prashechnyj por., № 6. 1893. – 283-293 s. (In Russ)
6. Esquirol E. Mental Maladies. Treatise on Insanity. Philadelphia: Lea and Blanchard. 1845. – 496 p.
7. Efremov V.S. Osnovy suicidologii. – SPb.: «Izdatel'stvo «Dialekt», 2004. – 480 c. (In Russ)
8. Jum D. O samoubijstve // Suicidologija: Proshloe i nastojashhee: Problema samoubijstva v trudah filosofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah / Izd. 2-e, stereotipnoe. – M.: Kogito-Centr, 2013. – S. 47-57. (In Russ)
9. Russo Zh.-Zh. O samoproizvol'noj smerti // Akademicheskie izvestija, Ch. 4, SPb.: 1780. – S. 244-284. (In Russ)
10. Winslow F. The Anatomy of Suicide. London: Henry Renshaw, 356, Strand. 1840. – 339 p.
11. Samoubijstvo // Jenciklopedicheskij slovar' Brokgauza i Efrona. T. XXVIIIА Savarni-Saharov. – S.-Peterburg. Tipografija Akc. Obshh. «Izdatel'skoe Delo», Brokguaz-Efron. 1900. – S. 233-239. (In Russ)
12. Nravstvennaja statistika // Jenciklopedicheskij slovar' Brokgauza i Efrona. T. XXI Nibelungi-Neffcer. – S.-Peterburg. Tipo-Litografija I. A. Efrona, Prashechnyj por., №6. 1897. – S. 403-408. (In Russ)
13. Lederer D. Sociology's "One Law": Moral Statistic, Modernity, Religion, and German Nationalism in the Suicide Studies of Adolph Wagner and Alexander von Oettingen // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 684-699.
14. Brancaccio M.T., Engstrom E.J., Lederer D. The Politics of Suicide: Historical Perspectives on Suicidology before Durkheim. An Introduction // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 607-619.
15. Luef E. Low Morals at a High Latitude? Suicide in Nineteenth-century Scandinavia // Journal of social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 668-683.
16. Ponomarev N. Samoubijstvo v Zapadnoj Evrope i v Rossii v svjazi s razvitiem umopomeshatel'stva: Stat. issled. N.V. Ponomareva. Sankt-Peterburg: tip. M.M. Stasjulevicha, 1880. – 84 s. (In Russ)

17. Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебному году / М. Фуко; Пер. с фр. А.В. Шестакова. – СПб.: Наука, 2007. – 450 с.
18. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е изд. / Рональд Комер – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 640 с.
19. Каннабих Ю. История психиатрии. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.psylib.org.ua/books/kanny01/txt26.htm> (Дата обращения: 24.04.2016)
20. Marsh I. The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 744-756.
21. Краффт-Эбинг Р. Болезненные настроения души, их распознавание и оценка в судебных случаях: Для врачей, судей и защитников / Соч. Краффт-Эбинга, врача при Д. умалишенных в Иллену; Пер. И. Чацкина Москва: тип. А.И. Мамонтова, 1868. – 93 с.
17. Fuko M. Psihiatricheskaja vlast': Kurs lekcij, pročitannyh v Kollezh de Frans v 1973-1974 uchebnomu godu / M. Fuko; Per. s fr. A.V. Shestakova. – SPb.: Nauka, 2007. – 450 s. (In Russ)
18. Komer R. Patopsihologija povedenija. Narushenija i patologii psihiki. 4-e izd. / Ronal'd Komer – SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2007. – 640 s. (In Russ)
19. Kannabih Ju. Istorija psihiatrii. [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.psylib.org.ua/books/kanny01/txt26.htm> (Data: 24.04.2016) (In Russ)
20. Marsh I. The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide // Journal of Social History. – 2013. – Vol. 46, № 3. – P. 744-756.
21. Krafft-Jebing R. Boleznennye nastroenija dushi, ih raspoznavanje i ocenka v sudebnyh sluchajah: Dlja vrachej, sudej i zashhitnikov / Soch. Krafft-Jebinga, vracha pri D. umalishennyh v Illenau; Per. I. Chackina Moskva: tip. A.I. Mamontova, 1868. – 93 s. (In Russ)

Summary:

POSITIVE KNOWLEDGE ABOUT SUICIDE IN NINETEENTH-CENTURY: PHILOSOPHICAL ASPECTS

A.V. Antipov

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

The article examines the formation of scientific knowledge on suicide in the 19th century medicine and psychiatry. The principal questions that become the basis for the research paradigms are formulated, as well as the understanding and the perception of a man who attempted to commit a suicide. The main problem discussed in the article is problematisation field transformation in the research of suicide. Until the 19th century suicide was predominantly viewed as a religion and morality problem: the representatives of these areas of knowledge possessed the primary right to make judgments on suicide. The situation changed in the 19th century when suicide was recognized as a psychiatric problem, both theoretically, and practically. For its explanation a psychopathological model for suicide explanation was created, which later became grounds for the development of suicidology. The fundamental conclusion the author of the article comes to, is the assessment of the position of the person who committed suicide or attempted to end his life. The psychiatric model bereaves him of the right to be called a man and take responsibility for his actions, rather it makes him a patient that should be isolated and treated by any means possible.

Key words: suicide, psychopathological model, moral statistics, mental disease.

Дискуссии

УДК: 314.424.2(470.22)

ДОЛГОВАЯ НАГРУЗКА НАСЕЛЕНИЯ И РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? (ЧАСТЬ I. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ)

Н.А. Голиков, И.Н. Голиков, Н.Н. Юманова

ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия
ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Голиков Николай Алексеевич – кандидат педагогических наук, доцент, психолог высшей категории. Место работы и должность: директор лицея ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г.Тюмень, ул. Володарского, д. 38. Телефон: (3452) 28-36-39, электронный адрес: nikgol2004@mail.ru

Голиков Илья Николаевич – аспирант направления 22.00.08 «Социология управления» 3 года обучения ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38. Телефон: (3452) 28-36-39, электронный адрес: ilya_golikov@inbox.ru

Юманова Наталья Николаевна – кандидат экономических наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры финансов, денежного обращения и кредита ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет». Адрес: 625003, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 6. Телефон: (3452) 45-14-87, электронный адрес: n.n.yumanova@utmn.ru

Ситуация принятия на себя кредитных обязательств может служить для человека источником длительного стресса, а при ассоциации других негативных элементов, связанных с обслуживанием и обеспечением кредита, может вести к дезадаптации личности, быть причиной эмоциональных нарушений, а у отдельных лиц основой формирования различных форм девиантного поведения. Цель исследования: комплексный анализ показателей долговой нагрузки населения и оценка их возможной связи с повышенным суицидальным риском. Материалы и методы: оценены финансовые показатели (по данным Росстата и Банка России), характеризующие уровень долговой нагрузки населения по банковским кредитам (среднедушевой доход; среднедушевая задолженность по кредитам, включая просроченную задолженность; уровень долговой нагрузки по кредитам; среднедушевой депозит; уровень сбережений за период 2010-2016 гг.), и уровень кредитования микрофинансовыми организациями. Проведён сравнительный анализ для оценки возможной связи этих показателей с уровнем суицидальной смертности. Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов «Excel 10» и «STATISTICA-10». Результаты: показано, что в последние годы в России наблюдается повышение уровня кредитования населения. При этом доля просроченной задолженности в течение 2010-2016 гг. стабильно в 3 раза превышает максимальный уровень рекомендуемый Банком России. Показатель суицидальной смертности, напротив, снижается (2010 г. – 23,4; 2015 г. – 17,4). Оценка корреляционных связей не позволяет отнести задолженность по кредитам к просуицидальным факторам. Более низкие показатели суицидальной смертности, напротив, коррелируют с более высоким объёмом кредитной задолженности, при одновременно более высоком уровне дохода и размером банковского вклада. Выводы: сделать однозначный вывод относительно сдерживающего влияния кредитной задолженности можно лишь с достаточной степенью осторожности. Вероятно, сама по себе долговая нагрузка не может рассматриваться в качестве системного просуицидального фактора. Вполне допустимо, что её негативное влияние более значимо лишь на индивидуальном уровне при условии взаимозависимого действия других потенцирующих элементов (например, потеря работы, утрата кормильца, действие коллекторов и др.), ведущих к дезадаптации личности. Тем не менее, авторы считают, что данные аспекты возможной суицидальной активности должны обязательно быть объектом анализа для специалистов в области психического здоровья при сборе суицидального анамнеза у лиц групп риска, а, так же представлять определённый интерес и для сотрудников финансово - экономических институтов. При этом в качестве возможного индикатора суицидальной активности помимо традиционных маркеров, вероятно, может выступать просрочка платежей по долговым обязательствам.

Ключевые слова: суицид, уровень смертности от суицидов, потребительский кредит, долговая нагрузка населения по кредитам, банки, микрофинансовые организации, коллекторские агентства.

Экономическая модель современного общества базируется на теории потребления, которая, в свою очередь, основывается на допущении, что человек постоянно стремится к удовлетворению всех своих материальных и нематериальных потребностей [1, 2]. Удовлетворение потребительских нужд стимулирует развитие производства товаров и услуг, обеспечивает занятость, финансирование государственных институтов за счет налоговых поступлений и является главным смыслом экономической деятельности [1]. В целом, такая экономическая модель обеспечивает устойчивое общественное развитие [2]. В качестве одного из инструментов поддержания постоянно-

го потребительского спроса со стороны населения, используется система потребительского кредита [3]. В таких условиях потребительский кредит расценивается как необходимое общественное благо [2]. С другой стороны, при гипертрофированном развитии кредитования, когда значительная часть доходов населения идёт на погашение ранее взятых долговых обязательств и ограничивает текущее потребление, потребительский кредит из общественного блага становится фактором социально-экономического риска [2].

Вовлеченность населения в кредитные отношения отражает показатель долговой нагрузки населения. Долговая нагрузка – от-

ношение долга к доходам (ДТИ – от англ. debt-to-income ratio) – это индикатор, позволяющий оценить уровень потребления населения, финансируемого за счет потребительских кредитов [4]. Уровень долговой нагрузки, не превышающий 30% кредитных обязательств, по отношению к доходам населения считается социально безопасным и приемлемым в современной экономике [5].

Для анализа состояния долговой нагрузки населения по кредитам учитываются такие составляющие как текущая и общая задолженность по кредитам (включая просроченную задолженность); денежные доходы населения; наличие и уровень денежных сбережений населения [4]. Денежные сбережения рассматриваются как денежный запас, за счёт которого люди могут пережить «трудные времена», поддерживая высокий уровень потребления [2].

Таким образом, с середины XX века потребительского кредитования динамично развивается как самостоятельный сектор национальной экономики [2]. Основные виды кредитных продуктов, предоставляемых населению в международной практике, представлены в таблице 1.

В настоящее время основную часть долговой нагрузки населения формируют такие кредитные продукты как ипотечный кредит и автокредит [6, 7]. Прочие виды кредитов также востребованы отдельными целевыми группами потребителей в разных странах [6]. Несмотря на межнациональные особенности, в большин-

стве стран разработаны и введены в действие системы защиты прав потребителей финансовых услуг [7]. Главный принцип построения таких систем заключается в том, что в отношениях частного лица и банка общество защищает частное лицо – заёмщика [8]. В кредитной сделке заёмщик (физическое лицо) принимает на себя кредитные обязательства, стимулирует рост потребления, а значит, способствует росту национальной экономики и создаёт общественное благо [1, 8], в то время как кредитор, получает прибыль от кредита и преследует лишь собственную выгоду [1].

Система защиты прав потребителей финансовых услуг – многоэлементная система включающая госконтроль за деятельностью кредитора, требования ответственного кредитования со стороны кредитора, раскрытие полной информации о кредитном продукте, ограничение стоимости кредитного продукта, право заемщика на расторжение договора, ограничение рекламы, ограничения навязывания кредитного продукта, справедливое обращение с потребителями при взыскании задолженности и пр. [9].

В странах с развитой экономикой и профессиональным финансовым сектором максимальная стоимость кредитов для населения ограничивается государством [8, 9]. Например, жесткие ограничения на размер процентной ставки по кредитам физических лиц действует в Германии [8].

Таблица 1

Основные виды кредитных продуктов для населения [6]

Вид кредита	Ипотечные кредиты	Автокредиты	Кредиты на текущее потребление	Кредитные карты	Кредиты до зарплаты (PDL, HCSTC*)
Кредитор	Банк	Банк	Банк	Банк	Банк, НФИ**
Срок	свыше 5 лет	от 3 до 5 лет	от 1 до 3 лет	до 1 года	от 30 до 90 дней
Защита кредитора	ОКЗ***, залог недвижимости, страхование	ОКЗ, залог автомобиля, страхование	ОКЗ, страхование кредитного риска	ОКЗ, страхование кредитного риска	ОКЗ, высокий %, страхование
Защита заемщика	Системы защиты прав потребителей финансовых услуг				
Риск	низкий	средний	средний	средний	высокий

Примечание: *PDL, HCSTC – «Займы до зарплаты» / Краткосрочное кредитование под высокую ставку;
 **НФИ – небанковские финансовые институты;
 ***ОКЗ – оценка кредитоспособности заемщика.

Особое внимание уделяется кредитам и займам до зарплаты, так как они связаны с высоким риском для участников сделки, и способны значительно увеличить долговую нагрузку заёмщика за короткий период времени. В Великобритании, где появились займы до зарплаты (payday loans, PDL) [8], нельзя кредитовать по ставкам свыше 0,8% в день. Так же запрещается взыскивать с должника свыше 100% от выданной суммы (включая всё – проценты, штрафы, неустойки), независимо от того, сколько дней не будет гаситься заём [8]. То есть, кредитор не может заработать больше 100% от суммы, выданной в долг.

Требования ответственного кредитования, в том числе, предполагают, что банкам и финансовым институтам запрещено предоставлять займы до зарплаты людям, находящимся за чертой бедности. Основанием такого запрета является низкая финансовая грамотность социально необеспеченных людей, которая не позволит им объективно оценить последствия принятия на себя кредитных обязательств. «Эти люди, не только бедны, но и крайне финансово безграмотны. Такие займы (прим. HCSTC) выдают с расчётом, что треть заемщиков не погасят их в срок, и будет выдан новый заем, а после просрочки платежа вдобавок к повышенной кредитной ставке на должника накладывают штрафные санкции. В результате, и так бедные люди становятся ещё беднее, и буквально вязнут в нищете» [9].

Существующая во многих странах [8] система защиты прав потребителей финансовых услуг предполагает, что действия кредиторов и процедуры взыскания задолженности должны быть прозрачными, понятными и социально справедливыми для всех категорий заемщиков [5]. Любые кредитные операции и сделки с населением, не отвечающие требованиям системы защиты прав потребителей, могут быть отозваны [5, 6], причиненный потребителю финансовый и моральный ущерб, покрывается за счет кредитора [5].

Специфика России заключается в том, что система защиты прав потребителей финансовых услуг находится в стадии формирования. В новейшей истории России первые кредиты населению были предоставлены Сбербанком в 1995–96 гг. [10]. Начиная с 2000 года Россия переживает бум банковского потребительского кредитования [11], который сопровождается стремительным ростом задолженности населе-

ния (включая просроченную задолженность) и ростом уровня долговой нагрузки [12].

Помимо банковского кредитования в России в 90-х годах XX века получила распространение практика частного ростовщического кредита, где сложились свои традиции ведения бизнеса, соответствующие тому периоду времени [13]. Отличительные признаки деятельности ростовщиков: предоставление займа по первому обращению заёмщика (так называемые «быстрые займы»), займы наличными деньгами, предоставление займов без оформления каких-либо документов и силовые способы возврата долга [11]. Необходимо отметить, что каких-либо объективных статистических данных по ростовщическому кредиту в России нет, оценка масштабов этого явления и его влияние на кредитный рынок носит исключительно экспертный характер. По мнению некоторых экспертов [11], часть ростовщиков легализовала свою деятельность с принятием закона «О микрофинансовой деятельности и микрофинансовых организациях» в 2013 году, путем открытия микрофинансовых организаций и коллекторских агентств [14]. Статистические данные о деятельности МФО Банк России публикует лишь с 2015 года [15].

Длительное время отечественная практика кредитования населения, как банковского, так и небанковского не имела специальной законодательной базы. Федеральный закон, регулирующий отношения потребительского кредита «О потребительском кредите (займе)» был принят в декабре 2013 года [16]. Таким образом, на протяжении почти 20 лет, динамично развивающееся потребительское кредитование находилось вне правового поля [11]. Актуальные узкоотраслевые вопросы правовой ответственности кредитора и заёмщика потребительского кредита, регулирование отношений просроченной задолженности, процедуры взыскания долга, защиты заемщиков регулировались общими нормами гражданского права [17]. Федеральный закон о банкротстве физических лиц, разрабатывался и обсуждался законодателями и инициативными группами более 10 лет, был принят в декабре 2014 года [18], и вступил в действие с июля 2015 года [19]. Однако в 2015 году 97% должников, попадающих под категорию «банкрот» (долг более 500 тысяч рублей и длительная просрочка), не стали обращаться в арбитражные суды [20]. Процедура банкротства физических лиц доро-

гостоящая и сложная. Необходимо собрать пакет документов для арбитражного суда, оплатить пошлину, найти и оплатить услуги финансового управляющего [20]. У многих должников, не имеющих возможности платить по кредитам, нет денег, которые заложены в процедуру банкротства. Так, совокупные издержки на процедуру банкротства в Москве в 2016 году составляли не менее 70 тысяч рублей [21]. Институт банкротства физлиц в России не работает, несмотря на принятое законодательство [22].

Наиболее болезненным вопросом потребительского кредитования в России остается деятельность коллекторов [23]. Привлечение кредитором (банком или МФО) к взысканию задолженности коллекторов в сознании многих должников ассоциируется с переходом к этапу серьезного воздействия – по сути, к выбиванию долга. И, несмотря на то, что законодательство никогда не наделяло коллекторов существенными полномочиями по взысканию задолженности [22, 23], отсутствие в законах прямо прописанных ограничений трактовалось многими коллекторами расширенно – как возможность делать всё, что не запрещено. Более того, практика коллекторской деятельности последних лет стала изобиловать примерами агрессивных действий, от психологического давления вплоть до причинения вреда здоровью [24]. Факты угроз, поджогов и повреждений имущества, нанесения увечий, постоянные оскорбления со стороны коллекторов приобрели в последние годы практически повсеместное распространение [25, 26]. Проблемы нарушений в кредитно-финансовой сфере и предоставления банками кредитов на «заведомо непосильных условиях», из-за чего «люди нередко кончают жизнь самоубийством» [27], признаны Генпрокуратурой России. При этом подчеркивается, что особое беспокойство вызывают нарушения, допускаемые в потребительском кредитовании, которое затрагивает широкие слои населения [27].

Принятие на себя личных кредитных обязательств (в условиях) при фактическом отсутствии системы защиты прав потребителей финансовых услуг [6], непрозрачность процедур кредитования, низкая финансовая грамотность населения [28], часто криминальный характер взыскания просроченной задолженности [25], страх потери имущества и возможного физического насилия со стороны коллекторов, неспособность решить проблему высокой задолжен-

ности через процедуру банкротства [23], формируют высокострессовую ситуацию и нередко ощущение безвыходности для заёмщика.

Таким образом, ситуация принятия на себя кредитных обязательств уже сама по себе может служить источником длительного стресса, а при ассоциированных негативных ситуациях, связанных с обслуживанием и обеспечением кредита, может вести к дезадаптации личности, быть причиной эмоциональных нарушений, а у отдельных лиц основой формирования и различных форм девиантного поведения.

Цель исследования: комплексный анализ показателей долговой нагрузки населения и оценка их возможной связи с повышенным суицидальным риском.

Материалы и методы.

Для изучения были использованы данные Росстата о смертности населения от внешних причин с 2010 по 2016 год (число умерших от внешних причин смерти на 100000 населения) в Российской Федерации. Рассмотрены финансовые показатели, характеризующие уровень долговой нагрузки населения по банковским кредитам: среднедушевой доход; среднедушевая задолженность по кредитам (включая просроченную задолженность); уровень долговой нагрузки по кредитам; среднедушевой депозит; уровень сбережений за период 2010-2016 гг. (из открытых источников по данным Росстата и Банка России). Из выборки по всем исследуемым показателям были исключены данные по Крымскому федеральному округу (Республика Крым и г. Севастополь). Объем выборки по каждому показателю – 80 значений (по числу анализируемых субъектов РФ).

Уровень смертности населения от самоубийств сопоставлялся с показателями долговой нагрузки населения по банковским кредитам соответствующих субъектов РФ в исследуемый временной период.

В работе проведен анализ динамики исследуемых показателей, использован непараметрический метод статистического изучения корреляции. Для выявления возможной корреляционной проведено сравнение выборок по среднедушевым показателям долговой нагрузки населения по банковским кредитам с показателем уровня суицидов на 100 тыс. населения. Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов «Excel 10» и «STATISTICA – 10»

Результаты и обсуждение.

Нам первом этапе для анализа долговой нагрузки по кредитам как возможного фактора риска суицидального поведения, были рассмотрены характеристики и показатели деятельности институтов, формирующих долговую нагрузку населения России: банков, микрофинансовых организаций и коллекторских агентств [11, 23, 29, 30].

Таким образом, деятельность банков наиболее регулируема и информационно от-

крыта, по сравнению с другими институтами, формирующими долговую нагрузку населения. Фрагментарность данных по потребительским кредитам МФО, и отсутствие объективных статистических данных по деятельности коллекторских агентств, ограничивает возможность анализа долговой нагрузки населения по всем кредитным обязательствам, и определяет относительный характер выводов исследования.

Таблица 2

Отдельные характеристики институтов, формирующих долговую нагрузку по кредитам населения РФ

Характеристики	Виды институтов, формирующих долговую нагрузку населения		
	Банки	МФО	Коллекторские агентства
Специальное законодательство, регулирующее деятельность по формированию долговой нагрузки населения	Федеральный закон «О потребительском кредите (займе)» от 21.12.2013 N 353-ФЗ	Федеральный закон «О микрофинансовой деятельности и микрофинансовых организациях» от 02.07.2010 N 151-ФЗ Федеральный закон «О потребительском кредите (займе)» от 21.12.2013 N 353-ФЗ	Федеральный закон «О защите прав и законных интересов физических лиц при осуществлении деятельности по возврату просроченной задолженности» от 03.07.2016 N 230-ФЗ
Содержание деятельности по формированию долговой нагрузки населения	Предоставление банковских кредитов населению	Предоставление микрозаймов, кредитов до зарплаты	Взыскание просроченной задолженности
Госрегулятор	Банк России	Банк России	--*
Условия для осуществления деятельности	Лицензия Банка России	Членство в СРО	Членство в СРО (с 1 января 2017 года)
Источники информации о деятельности	Банк России, Росстат. Опубликованы данные с 2009 года, отдельные показатели с июля 2008 года	Банк России. Опубликованы данные с 4 квартала 2014 года	В настоящее время данные о деятельности не публикуются

Примечание: *По состоянию на ноябрь 2016 года. С 1 января 2017 года держателем единого государственного коллекторских агентств предполагается Федеральная служба судебных приставов (ФССП).

Таблица 3

Отдельные показатели деятельности МФО в 2014-2016 гг. [32]

Показатели деятельности МФО	31.12.2014	31.12.2015	30.09.2016
Количество договоров микрозайма, заключенных за год с физическими лицами, тыс. ед.	8 633, 2	11 266,7	13 274,9
– в том числе с физическими лицами в сумме не более 45 тыс. рублей на срок до двух месяцев, тыс. ед. («займы до зарплаты»)	7 406,4	9 399,5	9 770, 1
Сумма микрозаймов, выданных за год, физическим лицам, млрд. руб.	105,2	117,5	124, 8
– в том числе выданных физическим лицам в сумме не более 45 тыс. рублей на срок до двух месяцев, млрд. руб. («займы до зарплаты»)	43,1	62,8	61,5

Таблица 4

Отдельные показатели деятельности банков по кредитованию физических лиц-резидентов в рублях и иностранной валюте в 2015-2016 гг. [33]

Показатели деятельности банков	1.01.2015	1.01.2016	1.10.2016
Объем предоставленных банками физическим лицам-резидентам в рублях и иностранной валюте, млрд. руб.	8 629,7	5 861,4	5 154, 5
Сумма задолженности по кредитам банков, предоставленных физическим лицам-резидентам в рублях и иностранной валюте, млрд. руб.	11 294,8	10 634	10 693
– в том числе, просроченная, млрд. руб.	665,6	861,4	914,0

Анализ данных подтверждает, что основу кредитной деятельности МФО составляют высокорисковые займы до зарплаты. На протяжении 2014-2016 гг., микрофинансовые организации наращивают масштабы своей деятельности, что увеличивает долговую нагрузку населения по кредитам.

По данным таблиц, масштабы банковского кредитования населения значительно превышают объемы кредитования легальных МФО. Отдельного внимания заслуживает рост просроченной задолженности при сокращении общих объемов банковского потребительского кредитования.

Для оценки уровня риска по банковским кредитным продуктам для населения, рассмотрим структуру предоставленных кредитов и долю просроченной задолженности в общей

сумме задолженности физических лиц по видам кредитов (табл. 5).

Таблица 5

Структура кредитов, предоставленных банками физическим лицам по видам потребительских кредитов, % [33]

Вид кредита	1.01.2015	1.01.2016	1.10.2016
На покупку жилья (кроме ипотечных кредитов)	3,1	2,6	3,0
Ипотечные жилищные кредиты	7,7	7,8	9,6
Автокредиты	11,4	10,8	9,3
Иные потребительские кредиты	77,8	78,8	78,1
Всего:	100,0	100,0	100,0

Таблица 6

Доля просроченной задолженности в общей сумме задолженности физических лиц по видам банковских потребительских кредитов в РФ в 2010-2016 гг., % [33]

Дата	Вид банковского потребительского кредита					Суицидальная активность	
	По всем кредитам физлиц	Кредиты на покупку жилья (кроме ипотечных)	Ипотечные жилищные кредиты	Авто кредиты	Иные потребительские кредиты	Уровень суицидов на 100 тысяч населения	Год
1.01.2010	17,3	9,9	16,0	14,0	18,4	26,5	2009
1.01.2011	10,9	6,8	11,4	10,4	11,0	23,4	2010
1.01.2012	8,3	3,1	4,4	7,3	9,3	21,8	2011
1.01.2013	10,4	5,1	5,1	11,1	11,1	20,8	2012
1.01.2014	12,6	4,3	3,8	7,6	14,6	20,1	2013
1.01.2015	16,6	3,5	7,7	12,0	18,7	18,5	2014
1.01.2016	15,8	5,2	10,4	12,9	17,0	17,4	2015
1.10.2016	13,0	3,9	9,3	10,6	14,0	16,5	--
r*	-0,0405	0,7632	0,4343	0,1255	-0,1028		

Примечание: * - корреляционный анализ с показателями суицидальной смертности.

В структуре банковских кредитов, предоставленных физическим лицам, преобладают (до 78,8%) так называемые «иные потребительские кредиты», которые включают в себя кредитные карты и кредиты на текущее потребление.

Доля просроченной задолженности, рекомендуемая Банком России, должна составлять <5%. Тем не менее, как можно отметить по данным таблицы 6 этот показатель за последние 7 лет значительно превышен. При этом наиболее значимые отклонения регистрируются по категории иных потребительских кредитов, обычно выдаваемых на короткий период, но под большой процент.

Расчёт корреляционных связей между долями задолженности по отдельным видам кредитов и уровнем самоубийств (на 100000 населения), на первый взгляд, дает достаточно высокую взаимозависимость ($r=0,7632$) по просрочке платежей на покупку жилья (кроме ипотечных) и несколько меньшую ($r=0,4343$) с ипотечными займами. Напрашивается вывод о том, что более низкие показатели суицидов ассоциируются с меньшей долей просрочек по наиболее крупным кредитам (жилье). Тем не менее, следует понимать, что при такой простой трактовке данных высока вероятность утраты влияния внешних переменных, например, снижения в последние годы частоты жилищного кредитования финансово - экономическими институтами, а с другой стороны – более ответственное принятие решений кредитных обязательств самими заёмщиками в условиях финансовых трудностей в стране и др.

Среди других данных таблицы 6 так же обращает на себя внимание отсутствие связи суицидальной активности с долей просроченной задолженности по прочим кредитам. Важно, если доля всех видов жилищных займов не превышает в общей структуре 13%, то прочие кредиты составляют практически 80% долгового рынка, при постоянном росте абсолютного числа договоров и общего объема выдаваемых сумм. На основе этих данных можно предположить отсутствие системного влияния задолженности по этим кредитам на суицидальную активность, однако это не исключает случаев просуицидального влияния этого показателя у отдельных индивидов, особенно с аддиктивным поведением [34].

Интересные данные были получены и при оценке связи среднедушевых показателей долговой нагрузки населения по банковским кредитам и коэффициентов суицидальной смертности (табл. 7). Как можно отметить практически все категории имели обратную корреляционную связь высокой степени. Получается, на первый взгляд, парадоксальный вывод – уровень суицидов меньше при более высоких показателях кредитной задолженности. С другой стороны, этим данным, можно найти вполне логичное объяснение. Задолженность, сдерживает суицидальную активность, по крайней мере, в случае завершённых суицидов, а механизмом здесь может быть ответственность как за себя, так и за тех, кто в случае его гибели примет на себя долговые обязательства.

Таблица 7

Среднедушевые показатели долговой нагрузки населения по банковским кредитам и показатель смертности от суицидов (на 100 тыс. населения) в целом по России в 2010-2016 гг. [33]

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*	r
Кредитная задолженность, руб.	28447	38689	53797	69090	77220	72565	72842	-0,9038
Доход в месяц, руб.	18958	20780	23221	25928	27766	30474	28794	-0,9620
Уровень кредитной задолженности от годового дохода. %	13	16	19	22	23	20	21	-0,7833
Банковский вклад, руб.	68634	82859	99218	117900	127733	158719	159458	-0,9857
Уровень сбережений от годового дохода, в %	30	33	36	38	38	43	46	-0,9750
Уровень смертности от суицидов на 100 тыс. населения	23,4	21,8	20,8	20,1	18,5	17,4	16,5	-

Примечание: * предварительные данные за январь-сентябрь 2016 года.

Данные таблицы 7 так же свидетельствуют о связи более низких показателей суицидальной смертности на фоне лучшего уровня материального благополучия, на популяционном уровне, и, наоборот, что в целом не противоречит результатам исследований других авторов [35].

В целом, обобщая приведенные в настоящей работе данные по показателям долговой нагрузки и их сравнительного анализа с коэффициентами суицидальной смертности, сделать однозначный вывод можно лишь с достаточной степенью осторожности.

Вероятно, сама по себе долговая нагрузка не может рассматриваться в качестве системного просуицидального фактора. Вполне допустимо, что её негативное влияние более значимо лишь на индивидуальном уровне при условии взаимозависимого действия других потенцирующих элементов (например, потеря работы, утрата кормильца, действие коллекторов и др.), ведущих к дезадаптации личности (детерминанта 3-го уровня [36]). Поэтому данные аспекты возможной суицидальной активности должны обязательно, с одной стороны, быть объектом анализа для специалистов в области психического здоровья (психиатры, психотерапевты, психологи) при сборе суицидального

анамнеза у лиц групп риска, а, с другой, представлять определённый интерес и для сотрудников финансово - экономических институтов, определяющих механизм функционирования системы кредитования. При этом в качестве возможного индикатора помимо традиционных клиничко-психологических и психопатологических маркеров, вероятно, может выступать просрочка платежей по долговым обязательствам.

Несомненно, отдельные полученные нами данные носят дискуссионный характер, и обуславливают необходимость дальнейшего изучения данного феномена, в том числе более глубокого анализа на территориальном, этническом и др. уровнях. Тем более, что взаимосвязь суицидального поведения и состояния личных финансов населения в целом является малоисследованной областью социально-экономических и демографических процессов в современной России [37].

Рассмотрение финансово-долговых проблем как фактора суицидального поведения – ещё один из векторов реализации Концепции общественной безопасности в Российской Федерации, принятой 20.11.2013 г. [38] и Стратегии национальной безопасности Российской Федерации [39].

Литература:

1. Жан Бодрийар. Потребление // Бодрийар Ж. Система вещей. – М., 1995. – С. 164-168.
2. Ильин В.И. Общество потребления: теоретическая модель и российская реальность. <http://www.ruthenia.ru/logos/kr/ilyin.pdf>
3. Медведев П.А. Макроэкономический эффект потребительского кредитования. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/Medvedev_13_14.pdf
4. Анализ долговой нагрузки заемщиков. <http://www.nbki.ru/servicescredit/analitika/analiz-dolgovoy-nagruzki-rossiyskikh-zaemshchikov/>
5. Состояние защиты прав и интересов заемщиков в России на рынке кредитования. <https://drive.google.com/file/d/0BwY98d9t8Tc2WTJnYIA4SUJBSjg/view>
6. Отчет Состояние защиты прав и интересов заемщиков в России на рынке кредитования. http://minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Nezavisimyy_monitoring_-_2ya_kreditnaya_volna.pdf

References:

1. Zhan Bodrijar. Potreblenie // Bodrijar Zh. Sistema veshhej. – M., 1995. – С. 164-168. (In Russ)
2. Il'in V.I. Obshhestvo potrebleniya: teoreticheskaja model' i rossijskaja real'nost'. <http://www.ruthenia.ru/logos/kr/ilyin.pdf> (In Russ)
3. Medvedev P.A. Makroekonomicheskij jeffekt potrebitel'skogo kreditovaniya. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/Medvedev_13_14.pdf (In Russ)
4. Analiz dolgovoј nagruzki zaemshhikov. <http://www.nbki.ru/servicescredit/analitika/analiz-dolgovoy-nagruzki-rossiyskikh-zaemshchikov/> (In Russ)
5. Sostojanie zashhity prav i interesov zaemshhikov v Rossii na rynke kreditovaniya. <https://drive.google.com/file/d/0BwY98d9t8Tc2WTJnYIA4SUJBSjg/view> (In Russ)
6. Otchet Sostojanie zashhity prav i interesov zaemshhikov v Rossii na rynke kreditovaniya. http://minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Nezavisimyy_monitoring_-_2ya_kreditnaya_volna.pdf (In Russ)

7. FinCoNet report on responsible lending Review of supervisory tools for suitable consumer lending practices. <http://www.finconet.org/FinCoNet-Responsible-Lending-2014.pdf>
8. Тренды развития крупнейших экономик мира. Центр макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования. file:///C:/WorkDoc/СМАКР-World_trends_31-12-2016.pdf
9. Report on the Status of Financial Consumer Protection in 2015. http://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/817/finansovaya-sfera_-2015-god.pdf
10. Куликов А.Г., Янин В.С. Развитие ипотечного жилищного кредитования в России: вопросы радикального обновления методологической базы. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/kulikov_02_14.pdf
11. Мотовилов О.В. О развитии потребительского кредитования // Деньги и кредит. – 2015. – № 12. – С. 24-36.
12. Статистика просроченной задолженности. http://www.bki-okb.ru/sites/default/files/report_documents/statistika_prosrochennoj_zadolzhennosti_okb_iii_kv_2016.pdf
13. Лаврушин О.И. О доверии в кредитных отношениях // Банковское дело. – 2015. – № 9. – С. 18-25.
14. ФЗ «О микрофинансовой деятельности и микрофинансовых организациях» от 02.07.2010 N 151-ФЗ (действующая редакция, 2016) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_102112/
15. Обзор ключевых показателей некредитных финансовых организаций по итогам 2015 года. Информационно-аналитические материалы http://www.cbr.ru/finmarkets/files/supervision/reviw_250716.pdf
16. Федеральный закон «О потребительском кредите (займе)» от 21.12.2013 N 353-ФЗ (действующая редакция, 2016). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155986/
17. Как будет выглядеть банковская розница. Прогноз 2016. Центр макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования. <http://arb.ru/upload/iblock/b25/REK2016.pdf>
18. Медведев П.А. Закон о банкротстве физических лиц: надежды и тревоги. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/2016/01/medvedev_01_16.pdf
19. ФЗ «О внесении изменений в ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)» и отдельные законодательные акты Российской Федерации в части регулирования реабилитационных процедур, применяемых в отношении гражданина - должника» от 29.12.2014 N 476-ФЗ (действующая редакция, 2016) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_172973/
7. FinCoNet report on responsible lending Review of supervisory tools for suitable consumer lending practices. <http://www.finconet.org/FinCoNet-Responsible-Lending-2014.pdf>
8. Trendy razvitija krupnejshih jekonomik mira. Centr makroekonomicheskogo analiza i kratkosrochnogo prognozirovanija. file:///C:/WorkDoc/СМАКР-World_trends_31-12-2016.pdf (In Russ)
9. Report on the Status of Financial Consumer Protection in 2015. http://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/817/finansovaya-sfera_-2015-god.pdf
10. Kulikov A.G., Janin V.S. Razvitie ipotechnogo zhilishhnogo kreditovaniya v Rossii: voprosy radikal'nogo obnovlenija metodologicheskoy bazy. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/kulikov_02_14.pdf (In Russ)
11. Motovilov O.V. O razvitii potrebitel'skogo kreditovaniya // Den'gi i kredit. – 2015. – № 12. – S. 24-36. (In Russ)
12. Statistika prosrochennoj zadolzhennosti. http://www.bki-okb.ru/sites/default/files/report_documents/statistika_prosrochennoj_zadolzhennosti_okb_iii_kv_2016.pdf (In Russ)
13. Lavrushin O.I. O doverii v kreditnyh otnoshenijah // Bankovskoe delo. – 2015. – № 9. – S. 18-25. (In Russ)
14. FZ «O mikrofinansovoj dejatel'nosti i mikrofinansovyh organizacijah» ot 02.07.2010 N 151-FZ (dejstvujushhaja redakcija, 2016) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_102112/ (In Russ)
15. Obzor kljuchevyh pokazatelej nekreditnyh finansovyh organizacij po itogam 2015 goda. Informacionno-analiticheskie materialy http://www.cbr.ru/finmarkets/files/supervision/reviw_250716.pdf (In Russ)
16. Federal'nyj zakon «O potrebitel'skom kredite (zajme)» ot 21.12.2013 N 353-FZ (dejstvujushhaja redakcija, 2016). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155986/ (In Russ)
17. Kak budet vygljadet' bankovskaja roznica. Prognoz 2016. Centr makroekonomicheskogo analiza i kratkosrochnogo prognozirovanija. <http://arb.ru/upload/iblock/b25/REK2016.pdf> (In Russ)
18. Medvedev P.A. Zakon o bankrotstve fizicheskikh lic: nadezhdy i trevogi. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/2016/01/medvedev_01_16.pdf (In Russ)
19. Federal'nyj zakon «O vnesenii izmenenij v Federal'nyj zakon «O nesostojatel'nosti (bankrotstve)» i ot del'nye zakonodatel'nye akty Rossijskoj Federacii v chasti regulirovanija rehabilitacionnyh procedur, primenjaemyh v otnoshenii grazhdanina-dolzhnika» ot 29.12.2014 N 476-FZ (dejstvujushhaja redakcija, 2016) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_172973/ (In Russ)

20. О состоянии защиты прав потребителей в финансовой сфере в 2015 г. Доклад Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). http://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/9e4/doklad_o_sostoyanii_zashchity_prav_potrebiteley_v_finansovoy_sfere_v_2015_godu2.pdf
21. Исследование долговой нагрузки физических лиц в России. <https://www.acra-ratings.ru/research/40>
22. ФЗ «О защите прав и законных интересов физических лиц при осуществлении деятельности по возврату просроченной задолженности и о внесении изменений в Федеральный закон «О микрофинансовой деятельности и микрофинансовых организациях» от 03.07.2016 N 230-ФЗ (действующая редакция, 2016) www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200497/
23. Мамута М.В., Тагирова В.Т. Законодательное регулирование сферы потребительского кредитования. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/mamuta_07_14.pdf
24. Александрова Л.С. Вопросы просроченной задолженности рынка микрофинансирования // Экономика. Бизнес. Банки. – 2016. – № 4. – С. 92-99.
25. О стоимости денег и современных ростовщиках <http://finik.me/post/259/>
26. Matlack Carol, Andrianova Anna. Molotovs and Death Threats: Russian Debt Collectors Go Medieval <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-03-02/molotovs-and-death-threats-russian-debt-collectors-go-medieval> 2 марта 2016 г.
27. Суициды растут пропорционально банковским долгам <http://finrussia.ru/news/show/suicidi-rastut-proporcionalno-bankovskim-dolgam-2504201405>
28. Кузина О.Е. Финансовая компетентность россиян: результаты международного сравнительного исследования. <http://www.banki.ru/news/bankpress/?id=8811532>
29. Абрамова М.А. Формирование качественной инфраструктуры рынка микрофинансирования и кредитной кооперации: зарубежный и российский опыт: монография / Коллектив авторов. – М.: «РУСАЙНС», 2016. – 228 с.
30. Худякова Л.С., Кулакова В.К., Сидорова Е.А., Ноздрев С.В. Глобальная реформа регулирования финансового сектора: первые итоги и новые вызовы. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/hudyakova_05_16.pdf
31. Воронова Н.С., Мирошниченко О.С., Тарасова А.Н. Детерминанты развития российского банковского сектора как факторы экономического роста // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. – № 4. – С. 165-183.
32. Обзор ключевых показателей микрофинансовых организаций. Информационно-аналитические материалы. – 2016. – № 3. – http://www.cbr.ru/finmarkets/files/supervision/review_mfo_16-q3.pdf
20. O sostojanii zashchity prav potrebitelej v finansovoj sfere v 2015 g. Doklad Federal'noj sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelej i blagopoluchija cheloveka (Rosпотребнадзор). http://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/9e4/doklad_o_sostoyanii_zashchity_prav_potrebiteley_v_finansovoy_sfere_v_2015_godu2.pdf (In Russ)
21. Issledovanie dolgovoj nagruzki fizicheskikh lic v Rossii. <https://www.acra-ratings.ru/research/40> (In Russ)
22. Federal'nyj zakon «O zashchite prav i zakonnyh interesov fizicheskikh lic pri osushhestvlenii dejatel'nosti po vozvratu prosrochennoj zadolzhennosti i o vnesenii izmenenij v Federal'nyj zakon «O mikrofinansovoj dejatel'nosti i mikrofinansovyh organizacijah» ot 03.07.2016 N 230-FZ (dejstvujushhaja redakcija, 2016) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200497/ (In Russ)
23. Mamuta M.V. Zakonodatel'noe regulirovanie sfery potrebitel'skogo kreditovanija./M.V. Mamuta, V.T. Tagirova. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/mamuta_07_14.pdf (In Russ)
24. Aleksandrova L.S. Voprosy prosrochennoj zadolzhennosti rynka mikrofinansirovanija // Jekonomika. Biznes. Banki. – 2016. – № 4. – S. 92-99. (In Russ)
25. O stoimosti deneg i sovremennyh rostovshhikah <http://finik.me/post/259/> (In Russ)
26. Matlack Carol, Andrianova Anna. Molotovs and Death Threats: Russian Debt Collectors Go Medieval <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-03-02/molotovs-and-death-threats-russian-debt-collectors-go-medieval> 2 marta 2016 g. (In Russ)
27. Suicidy rastut proporcional'no bankovskim dolgam <http://finrussia.ru/news/show/suicidi-rastut-proporcionalno-bankovskim-dolgam-2504201405> (In Russ)
28. Kuzina O.E. Finansovaja kompetentnost' rossijan: rezul'taty mezhdunarodnogo sravnitel'nogo issledovanija. <http://www.banki.ru/news/bankpress/?id=8811532> (In Russ)
29. Abramova M.A. Formirovanie kachestvennoj infrastruktury rynka mikrofinansirovanija i kreditnoj kooperacii: zarubezhnyj i rossijskij opyt: monografi-ja / Kollektiv avtorov. – M.: «RUSAJNS», 2016. – 228 s. (In Russ)
30. Hudjakova L.S., Kulakova V.K., Sidorova E.A., Nozdrev S.V. Global'naja reforma regulirovanija finansovogo sektora: pervye itogi i novye vyzovy. http://www.cbr.ru/publ/MoneyAndCredit/hudyakova_05_16.pdf (In Russ)
31. Voronova N.S., Miroshnichenko O.S., Tarasova A.N. Determinanty razvitija rossijskogo bankovskogo sektora kak faktory jekonomicheskogo rosta // Jekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz. – 2016. – №4. – С.165-183. (In Russ)
32. Obzor ključevykh pokazatelej mikrofinansovyh organizacij. Informacionno-analiticheskie materialy. – 2016. – № 3. – http://www.cbr.ru/finmarkets/files/supervision/review_mfo_16-q3.pdf (In Russ)

33. Банк России. Показатели деятельности кредитных организаций. http://www.cbr.ru/statistics/?PrfId=pdko_sub
34. Емяшева Ж.В. Некоторые закономерности влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном поведении // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 32-41.
35. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктен-оол С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 11-18.
36. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1. – С. 3-7.
37. Молчанова Е.В., Базарова Е.Н. Влияние социально-экономических факторов на суицидальное поведение // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 4. – С. 86-96.
38. Концепции общественной безопасности в Российской Федерации kremlin.ru/acts/news/19563
39. Стратегии национальной безопасности Российской Федерации. Указ Президента РФ от 31.12.2015 г., № 683 <http://www.scrf.gov.ru/documents/1/133.html>
33. Bank Rossii. Pokazateli dejatel'nosti kreditnyh organizacij. http://www.cbr.ru/statistics/?PrfId=pdko_sub (In Russ)
34. Emyasheva Z.V. Peculiarities of stressful life events influence on the formation of suicidal tendencies in patients with addictive behavior // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 4. – P. 32-41. (In Russ)
35. Polozhy B.S., Kuular L.Y., Dukten-ool S.M. Peculiarities of suicidal situation in the regions with ultra-high suicide rate (on an example of The Republic of Tyva) // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 11-18. (In Russ)
36. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1. – P. 3-7. (In Russ)
37. Molchanova E.V., Bazarova E.N. Vlijanie social'no-jekonomicheskikh faktorov na suicidal'noe povedenie // Jekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz. – 2011. – № 4. – S. 86-96. (In Russ)
38. Konceptii obshhestvennoj bezopasnosti v Rossijskoj Federacii kremlin.ru/acts/news/19563 (In Russ)
39. Strategii nacional'noj bezopasnosti Rossijskoj Federacii. Ukaz Prezidenta RF ot 31.12.2015 g., № 683 <http://www.scrf.gov.ru/documents/1/133.html> (In Russ)

Summary:

POPULATION DEBT LOAD AND SUICIDE BEHAVIOR RISK: IS THERE A CONNECTION?
(PART I. FEDERAL LEVEL).

N.A. Golikov, I.N. Golikov, N.N. Yumanova

Tyumen' industrial university, Tyumen', Russia
Tyumen' state university, Tyumen', Russia

The situation when a person takes on credit liabilities can act as a long-term stress. If it is accompanied with a number of other negative elements associated with loan servicing and security, it can even lead to personality desadaptation, emotional disorders and form the basis for deviant behavior in some individuals. The aim of the research: to perform a multipurpose analysis of population debt load indicators and assess its potential connection with increased suicide risk. Materials and methods: according to data received from Rosstat and the Bank of Russia, the assessment was performed of the financial indicators that characterize the level of population debt load on bank loans (per capita income, per capita loan debt including overdue debt, debt load on loans, per capita deposit, savings level for 2010-2016) and on microfinance organizations loans. The comparative analysis to assess possible connection of these indicators with the level of deaths by suicide was made. The data was processed with the help of program packages of Excel10 and STASTICA-10. Results: it is shown that the level of loans to population has been growing in Russia lately. At the same time, the share of the overdue loans during 2010-2016 is 3 times higher than the maximum level recommended by the Bank of Russia. The index of suicide mortality has been, on the contrary, going down (23,4 in 2010, 17,4 in 2015). The correlation connections evaluation does not allow to attribute loans overdue to prosuicidal factors. Moreover, lower levels of deaths by suicide correlate with higher volume of loans overdue with synchronous higher income and bank deposit levels. Conclusions: the univocal conclusion concerning relatively restrictive influence of credit debt can be made with caution. Probably, the debt load on its own can not be viewed as a system prosuicidal factor. It is well acceptable that its negative influence is more significant on individual level under condition of interdependent action of two potentiating elements (for example, job loss, breadwinner loss, collectors actions and so on) that lead to personality desadaptation. Still, the authors believe that these aspects of possible suicide activity must necessarily be the object of the analysis by mental health specialists when suicide anamnesis from risk groups is collected. Also it should be interesting for financial and economic institutions collaborators. Besides traditional markers, overdue loan payments can serve as a possible indicator of suicide activity.

Key words: suicide, deaths by suicide level, consumer credit, population debt load on credits, banks, microfinance organizations, collector agencies.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) и международную систему цитирования **Web of Science**. 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, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается резюме объемом до 250 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое 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.

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 письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru