

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,  
д.м.н., профессор (Томск)  
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор  
(Ижевск)  
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор  
(Томск)  
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.  
профессор (Москва)  
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор  
(Москва)  
А.В. Меринов, д.м.н., доцент  
(Рязань)  
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор  
(Санкт-Петербург)  
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор  
(Киев, Украина)  
Б.С. Положий, д.м.н., профессор  
(Москва)  
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.  
(Гродно, Беларусь)  
А.С. Рахимкулова  
(Москва)  
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор  
(Екатеринбург)  
В.А. Розанов, д.м.н., профессор  
(Санкт-Петербург)  
В.А. Руженков, д.м.н., профессор  
(Белгород)  
Н.Б. 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)  
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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

Индекс подписки: 57986  
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

## Содержание

- Н.Б. Семёнова*  
Причины суицидального поведения  
у коренных народов Сибири: утрата  
ценностей патриархальной семьи ..... 3
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*  
Диагностика суицидального поведения и оценка  
степени суицидального риска. Сообщение II ..... 16
- В.А. Розанов, П.Е. Григорьев*  
Экологические факторы и суицидальное  
поведение человека ..... 30
- Н.А. Бохан, А.Ф. Аболонин, А.И. Мандель,  
И.Я. Назарова Стоянова, И.А.*  
Агрессия и суицидальное поведение подростков  
в различных условиях социализации ..... 50
- А.С. Рахимкулова*  
Кластеризация рискованного поведения  
подростков: анализ результатов исследования..... 60
- Е.Б. Любов, Р.И. Палаева*  
«Молодые» суициды и интернет:  
хороший, плохой, злой ..... 72
- Г.С. Банников, Т.С. Павлова, Н.Ю. Федунина,  
О.В. Вихристюк, Л.А. Гаязова, М.Д. Баженова*  
Раннее выявление потенциальных и актуальных  
факторов риска суицидального поведения  
у несовершеннолетних ..... 82
- А.В. Меринов, М.А. Байкова, А.Ю. Алексеева*  
Семьи мужчин, страдающих алкогольной  
зависимостью: взгляд с позиции суицидологии ..... 92
- Ю.Е. Разводовский*  
Алкоголь как фактор гендерного градиента  
уровня суицидов в России ..... 99
- П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, И.М. Петров, В.А. Жмуров,  
В.Э. Шнейдер, Е.В. Безнососов, А.А. Севастьянов*  
Регистрация и учёт суицидального поведения ..... 104
- М.А. Зинковский, И.Н. Озеров, А.В. Максименко,  
Е.А. Переверзев, Е.Е. Новопавловская,  
Т.С. Колесова, Е.Л. Глушков*  
Гражданско-правовые меры повышения  
качества и конкурентоспособности медицинских  
услуг в области суицида ..... 112

EDITOR IN CHIEF	
P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia)	
RESPONSIBLE SECRETARY	
M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia)	
EDITORIAL COLLEGE	
N.A. Bokhan, acad. RAS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)	
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)	
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
A.S. Rakhimkulova (Moscow, Russia)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki 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)	
Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof. (Poland)	
Журнал «Суицидология» включен в:	
1) Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)	
2) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)	
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74	
Адрес редакции: 625051, г. Тюмень, 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202	
Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600	
Телефон: (3452) 73-27-45 Факс: (3452) 54-07-07 E-mail: note72@yandex.ru	
ISSN 2224-1264	

Информация для авторов .....	121
------------------------------	-----

### Contents

<i>N.B. Semenova</i>	
Reasons of suicidal behavior in native peoples of Siberia (Russia): the loss of the values of patriarchal family .....	3
<i>E.B. Lyubov, P.B. Zotov</i>	
Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II .....	16
<i>V.A. Rozanov, P.E. Grigoriev</i>	
Environmental factors and suicide behavior in human being ....	30
<i>N.A. Bokhan, A.F. Abolonin, A.I. Mandel, I.Ya. Stoyanova, I.A. Nazarova</i>	
Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization.....	50
<i>A.S. Rakhimkulova</i>	
Clustering pattern of adolescent risky behavior: research results analysis .....	60
<i>E.B. Lyubov, R.I. Palayeva</i>	
Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly ....	72
<i>G.S. Bannikov, T.C. Pavlova, N.Yu. Fedunina, O.V. Whirlwind, L.A. Gayazova, M.D. Bazhenova</i>	
Early detection of potential and actual risk factors for suicidal behavior in adolescents .....	82
<i>A.V. Merinov, M.A. Baqkova, A.Yu. Alekseeva</i>	
Families of men suffering from alcohol addiction: a view from the suicidology perspective .....	92
<i>Y.E. Razvodovsky</i>	
Alcohol as a factor of the gender gradient of the level of suicides in Russia .....	99
<i>P.B. Zotov, E.V. Rodyashin, I.M. Petrov, V.A. Zhmurov, V.E. Shneider, E.V. Beznosov, A.A. Sevastianov</i>	
Registration and account of suicidal behavior .....	104
<i>M.A. Zinkovsky, I.N. Ozerov, A.V. Maksimenko, E.A. Pereverzev, E.E. Novopavlovskaya, T.S. Kolesova, E.L. Glushkov</i>	
Civil-legal measures of increasing the quality and competitiveness of medical services in the field of suicide .....	112
Information .....	121

Сайт журнала: <https://suicidology.ru/> или <https://суицидология.рф/>

Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), [www.medpsy.ru](http://www.medpsy.ru), [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru)  
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology>  
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>  
<https://readera.ru/suicidology>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.  
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

Заказ № 117. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.06.2018 г. Цена свободная

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

## ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ: УТРАТА ЦЕННОСТЕЙ ПАТРИАРХАЛЬНОЙ СЕМЬИ

Н.Б. Семёнова

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

Контактная информация:

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

Данной статьей мы продолжаем цикл научных публикаций, посвящённых изучению причин суицидального поведения у коренных народов Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, бурят и тувинцев. В представленном материале рассматривается роль патриархальной семьи как фактора, препятствующего суицидальному поведению. Показано, что структура большой патриархальной семьи и социальная иерархия семейных отношений удовлетворяли базовую потребность в аффилиации, необходимую представителям культур традиционного типа. С утратой ценностей патриархальной семьи произошло изменение её внутренней организации и социально-ролевых функций. Современная семья представляет собой новый социальный институт, более характерный для культур индивидуалистического типа, что не соответствует потребностям коренных народов. Снижение сплочённости семей и дефицит эмоциональных контактов проявляются деструктивными наклонностями и суицидальным поведением.

*Ключевые слова:* самоубийство, суицид, коренные народы, Сибирь, семья, воспитание, Якутия, Алтай, Бурятия, Тыва, якуты, эвены, эвенки, тувинцы, алтайцы, буряты

Данной статьей мы продолжаем цикл научных публикаций, посвящённых изучению причин суицидального поведения у коренных народов Сибири – якутов, эвенов, эвенков, алтайцев, бурят и тувинцев [1–3]. В представленном материале рассматривается роль патриархальной семьи как фактора, препятствующего суицидальному поведению.

Известно, что семья играет важную роль в жизни каждого человека, оказывая ему поддержку и заботу в сложные моменты жизни. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что потеря связи со своим ближайшим окружением, ощущение изоляции и отсутствие источников поддержки повышают риск суицидального поведения, особенно при столкновении человека с негативными жизненными обстоятельствами [4]. Снижение сплочённости семей, семейные неурядицы, конфликты или отсутствие собственной семьи могут стать причиной психологического стресса, повышая риск самоубийства. При изучении случаев завершённого суицида у коренных жителей Аляски показано, что одной из причин самоубийств явилось отсутствие семьи у суицидентов [5].

Для представителей традиционных коллективистских культур семья имела особое значение, так как выживание в суровых клима-

тических условиях было возможным только при объединении в большие тесно сплочённые группы. Поэтому главным социальным институтом являлась разветвлённая патриархальная семья, объединявшая в себя несколько поколений. Изучение образа жизни коренных народов Северной Норвегии, Аляски и Канады показало, что расширенная семья формировала чувства общности между поколениями и служила защитным фактором против суицидального поведения [6–11]. Крепко отлаженные семейные связи и вся система семейно-родовых отношений являются главными факторами, формирующими ощущение безопасности в окружающем мире. Для коренных народов важны не только устойчивые и безопасные отношения в собственной семье [12–15], но и прочные отношения между членами всего сообщества [16, 17].

Целью настоящего исследования явилось изучение причин суицидального поведения у коренных народов Сибири, вызванных процессами трансформации структуры патриархальной семьи и традиционных семейных отношений.

Задачи исследования:

1. Дать характеристику традиционной патриархальной семьи у якутов, эвенов, эвенков, бурят, алтайцев и тувинцев.

2. Изучить семьи коренных этносов Сибири в современных социально-экономических условиях.

3. Проанализировать систему воспитания в современных семьях коренных популяций Сибири.

4. Показать место семьи в иерархии жизненных ценностей у современной молодежи.

5. Выявить причины суицидального поведения вследствие трансформации структуры семьи и семейных отношений.

Материал и методы.

Объектом исследования явились семьи коренных народов Сибири (якутов, эвенов, эвенков, бурят, алтайцев и тувинцев) и молодежь 16–17 лет, проживающие в четырёх национальных субъектах Российской Федерации: Республике Саха–Якутия (пос. Депутатский, сёла Казачье, Усть–Куйга, Усть–Янск, Сайылык; Абага, Петропавловск, Эжанцы, Кюпцы, Дабан, Тяня, Кыллах, Токко); Агинском Бурятском округе (пос. Агинское, Орловский, Новорловский Могойтуй); Республике Алтай (пос. Улаган, Кош–Агач, Майма, сёла Акташ, Чибит, Бельтир, Мухор–Тархата, г. Горноалтайск); Республике Тыва (пос. Чаа–Холь, Хандагайты, Тээли, Хемчиг, Торгалык, г. Кызыл).

*Критерии включения* семей в обследование заключались в принадлежности к вышеперечисленным национальностям и обязательном наличии в составе семьи детей, поэтому обследовались семьи учащихся общеобразовательных школ. Численность обследованных семей составила 1381, из них в Агинском Бурятском округе – 307, в Республике Алтай – 310, в Республике Тыва – 286 семей. В Республике Саха (Якутия) обследовано 478 семей, но в анализ включены только семьи якутов, эвенов и эвенков в количестве 473 единиц.

Обследование молодежи проводилось в общеобразовательных школах: обследованы учащиеся 11 классов, общей численностью 781 человек, из них 228 бурят, 103 алтайцев, 206 тувинцев, 244 коренных народов Севера (якутов, эвенов, эвенков, юкагиров).

При проведении исследования применялся социально-гигиенический метод, метод анкетирования и статистического анализа. Изучение семей проводилось с использованием специально разработанной социально-гигиенической анкеты, которая включала в себя 26 вопросов, составляющих 4 блока. Первый блок вопросов касался социально-гигиенических сведений о семье: бытовые условия, образование родителей, занятость родителей, социальный статус. Второй блок включал медико-

демографический анализ семьи: состав семьи, причины неполной семьи, количество браков, число детей, наличие в семье родственников, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями или имеющими группу инвалидности. Третий блок вопросов содержал сведения о здоровье семьи: алкоголизация родителей, наличие родственников с судимостями, психологический климат, наличие конфликтов в семье, частота и причины семейных конфликтов. Четвёртый блок вопросов оценивал воспитательную функцию семей: характер и частоту совместных семейных мероприятий, проведение совместного семейного отпуска, привлечение старшего поколения к воспитанию детей.

Изучение ценностного самосознания у молодежи проводилось методом анкетирования с использованием специально разработанной анкеты, включавшей перечень четырнадцати основных жизненных ценностей, для которых молодые люди должны были указать ранговые места в порядке личного предпочтения. Анкетирование проводилось анонимно.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window Version VI.

Результаты и обсуждение.

#### *Характеристика традиционной семьи у коренных народов Сибири*

Традиционная семья у коренных этносов Сибири формировалась на основе родоплеменной принадлежности, или кровного родства. В XVII–XIX вв. у большинства коренных народов родовой строй базировался на прочных патриархальных устоях, где преобладало мужское доминирование и строго выстроенная иерархия отношений в зависимости от пола, возраста и материального положения. Главой семьи считался мужчина, обладавший более высоким статусом, по сравнению с женщиной и другими членами семьи. Это объяснялось его принадлежностью к определённому имени, важной ролью в продлении рода, доминированием в общественной, хозяйственно-экономической и обрядово-ритуальной деятельности. Отношения в семье и родовой общине основывались на почитании отца, мужа, старшего брата и сына. Идеалом мужчины выступал человек, который имел семью с большим числом детей, мог её содержать и прокормить, пользовался уважением среди сородичей [18–23].

Брачные нормы регулировались патриархально-родовыми традициями и подкреплялись семейно-родовыми обрядами: экзогамные

запреты, сговор родителей при женитьбе, обручение молодых, институт калыма. До XIX века разрешалось многожёнство, при этом жёны чаще жили раздельно, каждая вела свое хозяйство. Брачный церемониал представлял собой целый комплекс обычаев и ритуалов, носящих сакральный смысл, призванных объединить брачными узами не только двух влюбленных, но и два соединяющихся рода. Развод был исключительно редким явлением. Прочность брачных союзов объяснялась хозяйственно-экономическим укладом и особенностями мировоззрения, согласно которому, создание семьи предполагало ответственность перед мужем (женой) и перед всеми родственниками. Если у семейной пары не было детей, это могло служить причиной развода, однако такая пара обычно просила хотя бы одного ребенка у многодетной семьи из своего рода [18, 24–27].

Система семейных отношений у коренных народов Сибири формировалась под воздействием различных факторов, в том числе, экономических, исторических, культурных, экологических, географических, и имела свои особенности.

Якуты до XVII–XVIII вв. проживали большими патриархальными семьями (кэргэн), которые размещались в нескольких домах. Власть мужчины над другими членами семьи была неограниченной, а отношение членов семьи к её главе доходило до раболепия. По воспоминаниям очевидцев, в якутской кэргэн (расширенной семье) все члены являлись как бы придатками главы семейства. Положение женщины в семье было подчинённым [18].

Характерной чертой социальной организации эвенков (тунгусов) и эвенов (ламутов) было расселение небольшими семейно-родовыми группами. Форма, структура и численность семей определялись кочевым образом жизни и природно-климатическими условиями Крайнего Севера. На время зимнего пушного промысла большие семьи разбивались на малые группы, состоявшие из двух–трех семей, с целью рационального использования пастбищ и промысловых угодий. Этот принцип «разумной достаточности» позволил эвенкам и эвеном выживать на протяжении сотен и тысяч лет. У эвенков основой родового устройства была многопоколенная патриархальная семья, хотя исторически были сильны традиции матриархальных отношений. Женщина могла самостоятельно управляться с оленями и вести караван во время переколёвки, пока мужчина был на охоте. Суровые условия тайги выработали осо-

бую систему семейных связей, в основе которых были равноправие, взаимное уважение и бережное отношение ко всем членам семьи. Атмосфера в эвенкийских семьях обычно была доброжелательной, взаимоотношения равноправными, а случаи грубого отношения к женщине были крайне редки. Для внутреннего строя эвенской семьи XVII–XIX вв. было характерно господство патриархальных традиций, регулировавших весь уклад семейной жизни. Положение эвенской женщины отличалось свободой [28–30].

В семьях агинских бурят главенствующий статус занимал мужчина, все другие члены семьи подчинялись ему беспрекословно [23, 26]. Патриархальные традиции были особенно устойчивыми по отношению к женщине, которая имела значительно меньше прав как в этическом плане, так и в экономическом и юридическом. Женщина имела много обязанностей, ей приходилось вести не только домашнее хозяйство и воспитывать детей, но и заниматься полеводческими и скотоводческими работами [31].

В алтайских семьях основной формой родовой организации выступала патриархальная семья, возникшая сначала у южных алтайцев. Это объяснялось господствующей ролью скотоводства, в котором мужской труд имел главное значение. У северных алтайцев патриархальная форма родовых отношений возникла позже, с появлением чисто мужских занятий – металлургического производства (хотя и в примитивной форме) и усилением экономического значения охоты на пушного зверя. До этого хозяйственная деятельность была связана с мотыжным земледелием и собиранием диких съедобных растений, что определяло преобладающую роль женщины и матриолокальное содержание брака, при котором муж обычно переселялся в дом жены [32].

Особенностью тувинских семей, как в составе большой патриархальной семьи, так и в более позднем варианте – семейно-родственной группе аалов – являлось то, что по форме она была патриархальной, а по содержанию матриолокальной. Сохранение матриархальных черт проявлялось в обеспечении женщины юртой, скотом, домашним и хозяйственным обиходом, что формировало к ней уважительное отношение [33]. Г.Е. Грум-Гржимайло, посетивший Урянхайский край в 1926 году, отмечал, что женщины своих мужей не боялись, отличались уверенностью, энергичностью и инициативностью, «... они крепко держат в своих руках бразды правления домом».

Подобные наблюдения встречаются у Вс. Родевича (1912): «...В своей юрте и у костра урянхи очень говорливы, экспансивны, оживлены, часто смеются; особенно много болтают женщины и, по-видимому, мужчин боятся мало». Д. Каррутерс (1914) также подчеркивал отношение тувинцев к женщине: «...Они очень ценят своих женщин, отчасти потому, что последние здесь не очень многочисленны, но, главным образом, потому что у них особенно развито желание иметь детей» [27].

Дети в традиционной системе ценностей занимали особое место и считались главным богатством. Традиционно было заведено иметь много детей, ограничение рождаемости являлось большим грехом. Обилие детей считалось «божьим благословением», однако отношение к ним у разных этносов было неодинаковым. Так, в якутских семьях к детям относились внимательно, но без особой нежности. Из свидетельств очевидцев, «к новорожденному якуты не проявляют особенной нежности. В первые недели, по-видимому, только матери ... целуют и ласкают их с заметной страстью. Отцы же относятся к новорожденным довольно-таки холодно» [18]. Когда дети немного подрастают, то их детство проходит «зимой – в одиночестве, ... в сырых, темных юртах, среди собак и телят, под постоянным надзором старших, которые не любят с ними стесняться; летом – на дворе, в шумных совместных играх, в веселии на полной своей волюшке» [18].

Отношение к детям в тувинских семьях, напротив, отличалось большой любовью и заботой. Детей никогда не наказывали, их нянчили и воспитывали все члены семьи [27]. «Детей сойоты никогда не наказывают» (Шишкин Б.К., 1914), «...Сильно выступает любовь к детям – их нянчат и отец, и мать, и все старшие» (Родевич Вс., 1912).

В семьях народов Алтая к детям относились с любовью, нежностью и уважением, что способствовало формированию у них чувства доверия к старшим, родителям, воспитывало послушание, желание следовать примеру взрослых [20].

Очень ответственно и с любовью относились к детям буряты. Существовала целая система народного воспитания, которая осуществлялась не только по линии «дедушки – бабушки – родители – дети и внуки», но и распространялась на прародителей и правнуков. В ходе такого воспитания формировалось особое уважительное отношение к старшим членам рода [26, 34].

Традиционная семья являлась первым и главным социализирующим институтом для детей, а традиционная культура несла в себе воспитание уважительного отношения к старшему поколению. Детям с малолетства прививали знания о своём происхождении и родословной, что считалось признаком благовоспитанности. Знание семейной генеалогии до седьмого и более поколений было принято в семьях алтайцев, в тувинских семьях дети должны были знать свою родословную в пределах девяти поколений, в семьях агинских бурят – до двенадцатого поколения [26, 35].

Воспитание детей включало формирование экологического сознания: бережное отношение к растениям, животным и ко всему живому, анимистические представления о запретах и берегах, общение с духами-хозяевами [26, 29, 36, 37].

В семьях коренных этносов практиковалось раннее привлечение детей к труду и традиционному национальному промыслу. В условиях патриархально-натурального хозяйства возникала необходимость в универсальной трудовой подготовке, поэтому детей привлекали к участию во всех хозяйственных делах семьи. В результате они приобретали трудовые навыки, необходимый жизненный опыт, серьезное отношение к делу, упорство в достижении цели, чувство ответственности, рано взрослели. Особой трудовой выучке способствовали и суровые природные условия, требующие развития выносливости, смекалки и сноровки.

Одной из главных задач воспитания являлось формирование в ребенке будущего мужчины или будущей женщины. Мальчиков приучали брать на себя более тяжелую работу, заботиться о матери, сестрах, старых, больных, защищать честь семьи и рода. Девочкам прививали умения воспитывать детей, вести хозяйство, поддерживать семейный очаг, уважать мужа, принимать гостей, оказывать почет родителям [34, 38].

Если трудовое и гендерное воспитание детей практиковалось во всех семьях, то получение образования и знаний ставили целью не все этносы. Так, в тувинских семьях требования к развитию детей были минимальны, давать образование детям было не принято. По свидетельству очевидца (Шишкин Б.К., 1914) «Грамоте учатся только немногие из них, именно те, которые готовятся быть ламами» [27]. Очень ответственно относились к образованию подрастающего поколения агинские буряты. Большая просветительская роль в раз-

витии детей принадлежала буддизму - ламаизму, основными центрами просвещения были школы при дацанах, в которых обучались сотни и тысячи бурятских детей и юношей [26]. Большая тяга к знаниям отмечалась у якутских детей: «...К наукам дети якутские прилежны и понятливы. В гимназии в Якутске, особенно в низших классах, они идут впереди русских. Особенную способность проявляют в школах к арифметике, чистописанию и рисункам» [18].

Таким образом, не смотря на разные территории проживания (север – юг) и различия в образе жизни, традиционные семьи коренных народов Сибири имели общие черты. К ним относились родоплеменная принадлежность, родовые традиции, коллективистский характер взаимоотношений, экологическое сознание, почитание культа природы. Брачные нормы регулировались патриархально-родовыми традициями и подкреплялись семейно-родовыми обрядами. Супруги несли ответственность за создание семьи друг перед другом и перед членами рода, развод был редким явлением. Главным богатством считались дети. Система воспитания молодого поколения включала раннее привлечение детей к труду, национальному промыслу, передачу основ традиционной культуры из поколения в поколение.

#### *Трансформация семьи и семейных отношений у коренных народов Сибири*

В конце XIX в. социально-экономическое развитие Сибири характеризовалось увеличением товарно-денежного оборота и укреплением товарно-рыночных отношений. Это привело к смене формы собственности с коллективной, общинно-родовой, на индивидуальную, что повлекло за собой материальное неравенство семей. Классовое расслоение явилось толчком для снижения родовых отношений, распада больших патриархальных семей, изменения формы и структуры самой семьи. В конце XIX – начале XX вв. преобладающей формой становится малая индивидуальная семья со средней численностью 3–6 человек. Серьёзные изменения коснулись и брачных отношений: произошло ослабление неограниченной власти родителей в вопросах семьи и брака, родители стали считаться с мнением совершеннолетних детей, роль калыма уменьшилась.

В начале XX века, с приходом Советской власти, изменился традиционный образ жизни коренных народов, что привело к трансформации социально-ролевых функций и системы

семейных отношений. Патриархальный уклад сменился демократичностью супружеских союзов, женщина приобрела самостоятельность и независимость, мужчина потерял прежнюю позицию главы семейства. Социальная роль женщины как хранительницы домашнего очага сменилась на более активную позицию, а социальная роль мужчины как основного кормильца семьи значительно уменьшилась. Устойчивость семейного уклада, которая поддерживалась воспитанием детей и регулировалась исторически сложившимися обычаями и традициями, передаваемыми из поколения в поколение, постепенно утратилась.

Наши исследования показали, что современные женщины чаще, чем мужчины, стремятся к получению высшего образования и более высокого социального статуса. Так, высшее образование в семьях агинских бурят имеют 61,2% матерей и 51,8% отцов, в алтайских семьях – 30,3% и 20,1%, среди тувинцев – 20,6% и 17,2%, среди якутов – 16,9% и 10,5%, среди эвенов – 14,9% и 7,5%, среди эвенков – 16,2% и 10,3% соответственно (табл. 1). Подобная тенденция прослеживается и при сравнении социального статуса у женщин и мужчин.

Статус служащего в семьях агинских бурят имеют 43,3% матерей и 36,4% отцов, в алтайских семьях – 25,8% и 19,2%, в тувинских семьях – 37,4% и 19,1%, в семьях якутов – 30,2% и 20,3%, в семьях эвенов – 31,1% и 24,5%, эвенков – 36,7% и 13,8% соответственно.

Современные женщины не только занимают более активную социальную позицию, по сравнению с мужчинами, но и зачастую выполняют основную функцию кормилицы семьи, о чём свидетельствует их уровень занятости. Так, статус безработного среди тувинцев имеют 42,8% мужчин, а среди женщин – 30,4%, у эвенов не имеют работы 24,5% мужчин и 22,9% женщин, у эвенков 22,4% и 20,6%, у бурят 19,4% и 17,4% соответственно.

Проведённое исследование показало, что в семьях коренных народов Сибири сохраняется национальная традиция к рождению большого числа детей. Многодетные семьи, в составе которых имеется три и более ребенка, встречаются в большинстве якутских, эвенских, эвенкийских и тувинских семей (табл. 1). Особо высока численность многодетных семей среди алтайцев и составляет 71,9%. Среди агинских бурят чаще встречаются среднететные семьи, имеющие в своём составе двух детей.



Таблица 1

Социальный статус семей коренного населения Сибири (%)

Анализируемый признак	Агинские буряты (n=307)	Алтайцы (n=310)	Тувинцы (n=286)	Якуты (n=331)	Эвены (n=74)	Эвенки (n=68)
Состав семьи:						
Полная	76,2	69,1	75,2	65,2	56,7	75,0
Неполная	23,8	30,9	24,8	34,8	43,3	25,0
Детность:						
Малодетная	30,7	7,4	13,3	11,5	14,9	11,8
Среднедетная	48,5	20,6	36,4	33,5	33,8	36,8
Многодетная	20,8	71,9	50,3	54,9	51,3	51,5
Образование отца:						
Высшее	51,8	20,1	17,2	10,5	7,5	10,3
Средне-профессиональное	20,2	28,9	26,1	26,6	33,9	27,6
Среднее	26,1	48,5	50,2	58,8	56,6	50,0
Неполное среднее	1,9	2,5	6,5	4,1	1,9	12,1
Образование матери:						
Высшее	61,2	30,3	20,6	16,9	14,9	16,2
Средне-профессиональное	27,7	21,3	34,9	25,7	24,3	32,4
Среднее	10,4	46,5	43,0	53,2	56,7	48,5
Неполное среднее	0,6	1,9	1,4	4,2	4,1	2,9
Социальный статус отца:						
Служащий	36,4	19,2	19,1	20,3	24,5	13,8
Рабочий	24,1	38,9	32,1	50,0	43,4	55,2
Предприниматель	10,4	7,9	1,4	2,1	3,8	3,4
Безработный	19,4	27,8	42,8	23,9	24,5	22,4
Традиционный промысел	0	0	2,8	1,6	1,9	0
Прочее	9,7	6,2	1,9	2,1	1,9	5,2
Социальный статус матери:						
Служащая	43,3	25,8	37,4	30,2	31,1	36,7
Рабочая	22,5	23,2	28,3	38,4	39,3	41,2
Предприниматель	9,1	2,6	1,7	1,5	1,3	1,5
Безработная	17,4	43,1	30,4	27,5	22,9	20,6
Традиционный промысел	0	0	0	0,6	0	0
Прочее	7,7	5,3	2,1	1,8	5,4	0

В то же время, среди коренных народов Сибири отмечается снижение социальной ответственности за создание семьи и сохранение её целостности, доказательством чего является высокая распространённость неполных семей, в которых детей воспитывает один родитель (чаще мать). Доля таких семей составляет от 23,8 до 43,3% (табл. 1).

Основной причиной неполной семьи является развод родителей, за исключением тувинцев, у которых чаще, чем у представителей других коренных популяций, дети рождаются вне брака. Также в структуре неполных семей высока доля вдовства, особенно в алтайских семьях (34,4%) и в семьях эвенов и эвенков (25% и 29,4% соответственно), что является следствием высокого уровня смертности от травм, отравлений и несчастных случаев (табл. 2). О снижении социальной ответственности за сохранение целостности семьи свидетельствует и высокий показатель повторных браков. Чаще

всего повторные браки заключаются среди агинских бурят (21,4%), среди других представителей коренных популяций частота повторных браков составляет от 9,3% у коренных народов Севера до 13,5% у алтайцев.

Наши исследования показали, что в результате социально-экономических преобразований произошло социальное расслоение населения, и возникли новые типы семей. С одной стороны, появились семьи, занимающие активную социальную позицию, родители в которых мотивированы на получение высшего образования, престижной профессии и высокого социального статуса. Такие семьи чаще встречаются среди агинских бурят, для которых и раньше было характерным стремление к знаниям [26]. В настоящее время доля семей, занимающих активную социальную позицию, среди агинских бурят составляет около 30%, среди представителей других коренных популяций – от 10 до 20%.



Таблица 2

Структура неполных семей у коренного населения Сибири (%)

Причина	Агинские буряты (n=73)	Алтайцы (n=96)	Тувинцы (n=71)	Якуты (n=115)	Эвены (n=32)	Эвенки (n=17)
Развод	42,5	34,4	21,2	45,2	50,0	47,1
Вдовство	17,8	34,4	16,9	16,5	25,0	29,4
Внебрачные дети	39,7	31,2	61,9	38,3	25,0	23,5

С другой стороны, появилось большое число социально неблагополучных семей – проблемных, конфликтных, кризисных. К таким семьям относятся неполные семьи, семьи с неработающими родителями, семьи, имеющие в своём составе родственников, страдающих алкоголизмом или имеющих судимость. Доля таких семей составляет около 30% среди представителей всех коренных популяций Сибири.

Таким образом, социальный анализ современных семей коренного населения Сибири выявил общие тенденции, появившиеся вследствие смены общественно-экономической формации. Современные женщины занимают активную социальную позицию, имеют более высокий уровень образования и более высокий социальный статус, по сравнению с мужчинами. Современные мужчины теряют свою пассивность. На этом фоне отмечается снижение традиционной системы ценностей, которая раньше была ориентирована на создание крепкой семьи и нерушимых брачных уз.

*Трансформация воспитательной функции в семьях коренных народов*

В результате приобретения женщиной самостоятельности и независимости воспитательная функция семьи стала всё больше возлагаться на другие социализирующие институ-

ты: детский сад и школу. Дети начали получать воспитание, переходя из одного государственного учреждения в другое. В период, когда школы только появились, учёба была событием, нарушающим привычный ход жизни, не вписывающимся в традиционный жизненный сценарий. Однако отношение к образовательным учреждениям постепенно изменилось. После того, как через учебные заведения прошли два поколения детей, обучение в школе стало восприниматься не как событие, навязанное силой, а как обычный этап жизненного пути. Система традиционного семейного воспитания, отлаженная веками, пришла в забвение.

На снижение воспитательных функций семей повлиял также распад большой патриархальной семьи и раздельное проживание детей и родителей, что привело к нарушению передачи традиционных знаний и основ национальной культуры подрастающим поколениям.

Мы проанализировали систему воспитания в современных семьях агинских бурят и алтайцев. Проведённый анализ показал, что в настоящее время старшее поколение всё реже привлекается к воспитанию детей. Большинство молодых родителей стремятся к независимости и сепарации, лишь изредка прибегая к помощи бабушек и дедушек.

Таблица 3

Совместные семейные мероприятия в бурятских и алтайских семьях (%)

Частота и виды семейных мероприятий	Агинские буряты (n=307)	Алтайцы (n=310)
Частота совместных семейных мероприятий:		
Ежедневно	10,4	9,0
1–2 раза в неделю	14,7	16,8
Только в выходные дни	35,8	27,7
1–2 раза в месяц	11,4	27,1
Реже	27,7	19,4
Виды совместных семейных мероприятий:		
Совместная работа по дому	68,1	71,2
Выезд на природу	43,6	51,9
Посещение культурных заведений	21,8	6,1
Посещение спортивных мероприятий	5,5	5,8
Другое	4,6	16,1

Со старшим поколением проживают всего 16,6% бурятских и 12,3% алтайских семей, остальные (83,4% бурятских и 87,7% алтайских семей) проживают отдельно от родителей. Стремление молодежи к сепарации и отдельному проживанию, с одной стороны, приводит к самостоятельности молодых родителей, и стимулирует ответственность за собственную семью, с другой стороны, раздельное проживание поколений приводит к дефициту эмоциональных контактов.

Анализ проведения совместных семейных мероприятий в семьях бурят и алтайцев выявил снижение воспитательной функции в большинстве семей. Регулярно занимаются детьми (каждый день или 1–2 раза в неделю) лишь 25,1% бурятских и 25,8% алтайских родителей. Уделяют внимание детям по выходным дням 35,8% бурят и 27,7% алтайцев. Занимаются с детьми 1–2 раза в месяц или ещё реже в 39,1% бурятских и 46,5% алтайских семьях (табл. 3).

Среди совместных семейных мероприятий на первое место выходит работа по дому (в 68,1% бурятских и в 71,2% алтайских семьях), которая традиционно являлась основой воспитательного процесса младшего поколения в семьях коренных народов. На второе место по частоте выходит совместный выезд на природу (в 43,6% бурятских и 51,9% алтайских семьях). Совместные посещения культурных заведений или культурно-массовых мероприятий чаще проводятся в бурятских семьях (21,8%), по сравнению с алтайскими (6,1%). Довольно редко проводятся семейные спортивные мероприятия или совместные посещения спортивных секций (в 5,5% бурятских и 5,8% алтайских семьях).

Снижение воспитательной функции и дефицит эмоциональных контактов присутствуют как в социально благополучных, так и в социально неблагополучных семьях.

В семьях, ориентированных на высокий социальный статус и материальное положение, произошёл перенос акцента с воспитательной,

эмоционально–психологической и морально - нравственной функций на экономическую и социально–статусную.

Чрезмерная вовлечённость родителей в рабочий процесс не позволяет им проводить достаточно времени с детьми и заниматься их воспитанием. Так, анализ продолжительности рабочего дня у родителей, занимающихся трудовой деятельностью, показал, что ненормированный рабочий день, свыше 8 часов, среди агинских бурят имеют 20,3% матерей и 38,4% отцов, среди алтайцев – 28,5% матерей и 40,7% отцов (табл. 4).

В других семьях, к которым относятся социально неблагополучные, происходит нарушение практически всех семейных функций. При отсутствии работы у родителей нарушается экономическая и социально–статусная функции, при алкоголизации родителей или наличии родственников с судимостью нарушаются эмоционально–психологическая и морально–нравственная функции. В большинстве таких семей отмечается неблагоприятный психологический климат с наличием конфликтных отношений, отсутствуют необходимые условия для гармоничного воспитания детей и успешного формирования личности ребенка, что было показано в наших предыдущих работах [39, 40].

Таким образом, в современных семьях коренных народов Сибири отмечается снижение воспитательной функции и дефицит эмоциональных контактов. В семьях, ориентированных на высокий социальный статус и материальное положение, произошёл перенос акцента с воспитательной функции на экономическую и социально–статусную. В результате, вовлечённость родителей в рабочий процесс не позволяет им проводить достаточно времени с детьми. В социально неблагополучных семьях нарушаются практически все функции – от экономической и социально-статусной до эмоционально-психологической и морально - нравственной.

Таблица 4

Трудовая занятость работающих родителей (%)

Продолжительность рабочего дня	Агинские буряты	Алтайцы
Продолжительность рабочего дня у матери:		
8 часов	68,4	39,9
Менее 8 часов	11,3	31,6
Более 8 часов	20,3	28,5
Продолжительность рабочего дня у отца:		
8 часов	56,8	46,4
Менее 8 часов	4,7	12,9
Более 8 часов	38,4	40,7

Это приводит к отсутствию необходимых условий для гармоничного воспитания детей и успешного формирования личности.

*Место семьи в иерархии жизненных ценностей у современной молодежи*

При изучении ценностного мировоззрения у коренной молодежи выявлено, что ценность создания семьи находится на одном из последних мест, наряду с застольем с весёлой компанией и сексом. Всего 29 человек отметили важность создания семьи, поставив её на первое место, из них 15 бурят (6,6%), 5 алтайцев (4,8%), 1 тувинец (0,5%) и 8 человек из числа коренной молодежи Севера (3,3%).

Главными ценностями у молодого поколения являются учёба, дружба, забота о здоровье и забота о родственниках. У агинских бурят и алтайцев на первую позицию выходит забота о родственниках, у тувинцев, якутов, эвенов эвенков и юкагиров – учёба (табл. 5).

Следующей важной ценностью у современной коренной молодёжи является карьерный рост, который буряты ставят на пятое место, а алтайцы и коренные народы Севера на шестое. У тувинцев карьерный рост находится на девятом месте. Высоко значение материального достатка, занимающего у бурят шестое место, у алтайцев – седьмое, у тувинцев и коренных народов Севера – восьмое.

Забота о внешности и физическом состоянии являются важными составляющими в жизни любой молодёжи, поэтому роль их также высока. Забота о внешности больше волнует тувинцев и коренную молодежь Севера (пятая

позиция), и немного меньше – бурят и алтайцев (восьмое место). Также тувинцы, якуты, эвены, эвенки и юкагиры больше озадачены своим физическим состоянием (седьмое место), буряты и алтайцы ставят эту ценность на девятое место.

Занятия спортом особенно важны для тувинцев (шестая позиция) и менее волнуют представителей других коренных популяций (десятое–одиннадцатое места).

У агинских бурят и алтайцев более сильны духовные ценности (пятое и седьмое места соответственно), по сравнению с тувинцами и коренными народами Севера (одиннадцатое и девятое места). В современных социально–экономических условиях духовные ценности по своей значимости сравнялись с материальным достатком и карьерным ростом, что является отражением влияния западной культуры.

На сегодняшний день в ценностном самосознании коренной молодежи отмечается низкая гражданская ответственность. Это подтверждается ранговой позицией гражданского долга, который занимает десятое–двенадцатое места, что свидетельствует о снижении доверия к государственным институтам.

Таким образом, современная молодежь ориентирована, в первую очередь, на получение образования, материальный достаток и карьерный рост. Создание семьи занимает одно из последних мест в системе ценностных ориентаций. Новая система жизненных ценностей включает ценностные ориентиры западной культуры и является следствием смены традиционного образа жизни.

Таблица 5

Иерархия жизненных ценностей у молодежи разных этнических популяций Сибири (М, ранговое место)

Жизненная ценность	Агинские буряты (n=228)		Алтайцы (n=103)		Тувинцы (n=206)		Якуты, эвены, эвенки, юкагиры (n=244)	
	М	Ранг	М	Ранг	М	Ранг	М	Ранг
Учёба	4,1	2	3,83	2	2,07	1	3,09	1
Забота о здоровье	5,44	4	5,05	3	3,76	2	5,53	4
Дружба	4,77	3	5,46	4	4,19	3	4,84	2
Забота о родственниках	4,01	1	3,74	1	5,37	4	4,85	3
Забота о внешности	7,45	8	6,99	8	5,76	5	6,62	5
Физическое состояние	7,53	9	7,31	9	6,48	7	6,96	7
Материальный достаток	6,61	6	6,79	7	6,97	8	7,48	8
Занятия спортом	8,66	11	8,01	10	6,21	6	7,72	10
Карьерный рост	5,88	5	6,65	6	7,86	9	6,63	6
Гражданский долг	11,16	12	10,13	12	8,44	10	10,33	12
Духовные ценности	6,86	7	6,61	5	8,54	11	8,71	9
Создание семьи	8,35	10	9,63	11	11,27	13	9,6	11
Весёлое застолье	11,85	14	12,41	14	10,63	12	11,16	13
Секс	11,82	13	11,85	13	12,03	14	11,31	14

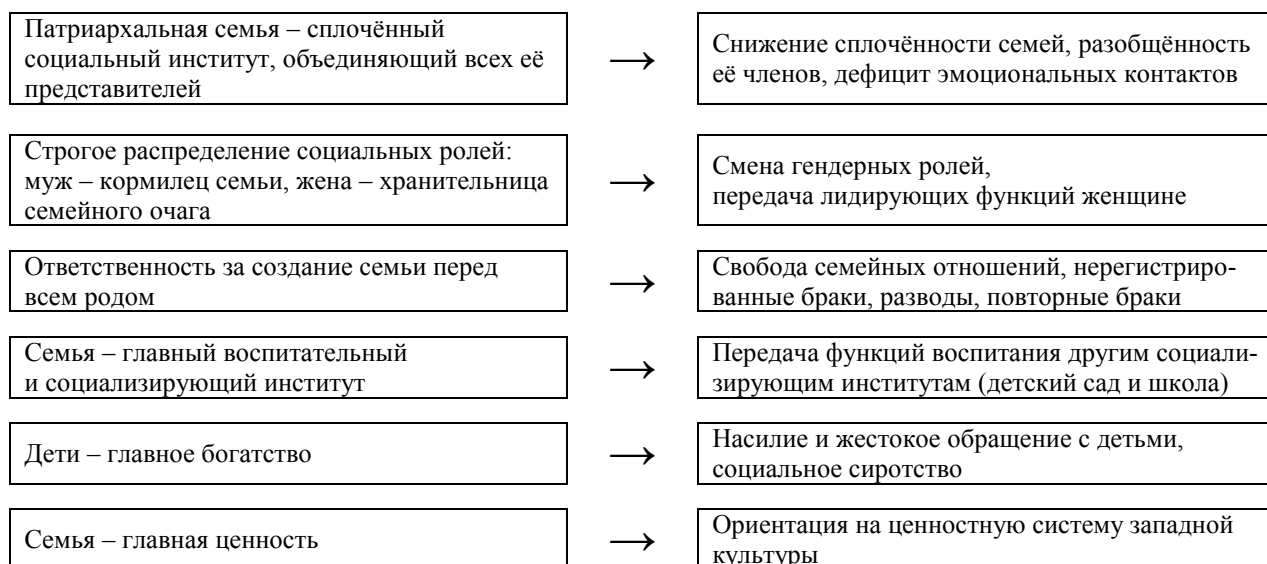


Рис. 1. Трансформация семейных отношений и ценностей патриархальной семьи.

**Заключение.**

Традиционная патриархальная семья играла важную роль в формировании жизнестойкости коренных популяций Сибири, что объяснялось родоплеменной принадлежностью, родовыми традициями, строго выстроенной иерархией и коллективистским характером отношений. В результате социально-экономических преобразований, начавшихся с конца XIX века, патриархальная семья постепенно утратила свои функции. С появлением малой индивидуальной семьи уменьшилась её сплочённость, появилась разобщённость членов семьи, возник дефицит эмоциональных контактов. Функция мужчины как главного кормильца заметно снизилась, что повлияло на его семейный статус как мужа, отца, главы семейства. Мужское доминирование и строго выстроенная иерархия семейных отношений сменились демократичностью брачных союзов. Женщина приобрела равноправие и стала занимать более активную социальную позицию. Распределение внутрисемейных социальных ролей – муж как кормилец семьи, жена как хранительница семейного очага и воспитательница детей – изменилось, женщина приняла на себя функции, которые раньше выполнял мужчина.

С изменением формы патриархальной семьи стали снижаться традиционные семейные ценности. В первую очередь, утратилась ценность самого брака. Нерушимость семейных уз, которая в прежние времена регулировалась патриархально-родовыми традициями и подкреплялась семейно-родовыми обрядами, сменилась свободой семейных отношений. На смену крепкому институту семьи пришли нерегистрированные браки, разводы, повторные браки.

Значительно снизилась ценность традиционного семейного воспитания, включавшего воспитание ответственности за семью, раннее приобщение к труду, формирование навыков самостоятельности. Семейная воспитательная функция передана государственным социализирующим институтам, в результате чего у многих представителей коренных популяций сформировалась иждивенческая психология, снизилась ответственность за свою собственную судьбу и судьбу своих детей.

Современная молодежь в большей степени ориентирована на ценностное мировоззрение западной культуры – получение образования, материальный достаток и карьерный рост (рис. 1).

Известно, что число самоубийств обратно пропорционально степени интеграции тех социальных групп, в которые входит индивид. По мнению Э. Дюркгейма, уровень самоубийств зависит от сплочённости социальной группы и уменьшается по мере её нарастания. Э. Дюркгейм объясняет это тем, что в тесно сплоченном обществе индивидуальная воля находится как бы в его власти, занимает по отношению к нему чисто служебное положение, и индивид в таких условиях не может по своему усмотрению располагать собой [41]. При изучении коренных популяций Аляски было показано, что тесный контакт со своей семьёй и общиной формируют чувство коллективной ответственности и являются защитными факторами против суицидального поведения у молодежи [10, 11]. У коренных народов Сибири патриархальная семья являлась мощным защитным фактором, препятствующим суицидальному поведению, так как каждый её

представитель нес ответственность за свои поступки перед членами собственной семьи и перед всем родом. С уменьшением размеров семьи и переходом от большой разветвлённой к малой индивидуальной семье стала уменьшаться её сплочённость, в результате чего снизилось влияние семьи на поведение ее членов.

Мы считаем, что у коренных народов Сибири защитная роль социальной группы в отношении самоубийств определяется и другими факторами. Во-первых, тесно сплочённые социальные группы дают личности чувство принадлежности и слияния, что удовлетворяет базовую потребность в аффилиации, столь необходимую представителям культур традиционного типа. Патриархальная семья выполняла эту функцию, каждый член большой разветвлённой семьи чувствовал себя включённым в её состав и ощущал собственную принадлежность к большому роду. Малая индивидуальная семья не может в полной мере удовлетворить аффилиативную потребность вследствие снижения сплочённости, разобщённости членов семьи и дефицита эмоциональных контактов.

Во-вторых, сама структура патриархальной семьи несла в себе чёткое распределение социальных ролей и формировала жизненный сценарий для каждого её представителя, что придавало жизни определённый смысл. С распадом патриархальной семьи многие мужчины

потеряли прежнюю социальную роль, а женщины взяли на себя множество других обязанностей, в числе которых и выполнение мужских функций, что вносит когнитивный диссонанс в традиционно устоявшиеся представления о семье, и формирует негативный взгляд на себя, мир и собственное будущее.

Таким образом, в современных социально-экономических условиях семья у коренных народов Сибири приобрела иные формы, отличные от традиционной. Сменилась сама структура семьи, её внутренняя организация, вместе с ними изменились семейные ценности и система отношений. Современная семья представляет собой новый социальный институт, более характерный для культур индивидуалистического типа, она утратила свою объединяющую функцию и не удовлетворяет базовую потребность коренных этносов в защите и принадлежности. Процессы, происходящие в семье, являются отражением трансформации всего общества коренных популяций Сибири в конкретные социально - исторические периоды. Эти процессы меняют образ жизни коренных народов, сопряжены с ломкой их социальных стереотипов и мировоззренческих установок и находятся в противоречии с их внутренним миром, что проявляется деструктивными наклонностями и суицидальным поведением.

Литература:

1. Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: смена традиционного образа жизни. *Суицидология*. 2017; 9 (4): 31-43.
2. Семёнова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2010; 2: 87-9.
3. Семёнова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершённых суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 2: 42-45.
4. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 102 с.
5. Wexler L., Hill R., Bertone-Johnson E., et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38 (3): 311-20.
6. Bals M., Turi A.L., Vittersø J., et al. Self-reported internalization symptoms and family factors in indigenous Sami and non-Sami adolescents in North Norway. *J. Adolesc.* 2011; 34 (4): 759-66.
7. Bals M., Turi A.L., Skre I., et al. The relationship between internalizing and externalizing symptoms and cultural resilience factors in Indigenous Sami youth from Arctic Norway. *Int. J. Circumpolar Health*. 2011; 70 (1): 37-45.
8. Kral M.J., Idlout L., Minore J.B., et al. Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *Am. J. Community Psychol.* 2011; 48 (3-4): 426-38.
9. Allen J., Hopper K., Wexler L., et al. Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities. *Transcult. Psychiatry*. 2014; 51 (5): 601-31.
10. Wexler L. Looking across three generations of Alaska Natives to explore how culture fosters indigenous resilience. *Transcult. Psychiatry*. 2014; 51 (1): 73-92.

References:

1. Semenova N.B. The causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: transition from traditional lifestyle. *Suicidology*. 2017; 9 (4): 31-43. (In Russ)
2. Semyonova N.B. Predposylki suicidalnogo povedeniya korennoego naseleniya Respubliki Tyva. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010; 2: 87-9. (In Russ)
3. Semyonova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh suicidov sredi detej i pod-rostkov Respubliki Saha (Yakutiya). *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. 2012; 2: 42-45. (In Russ)
4. Predotvrashenie samoubijstv: globalnyj imperativ. Zheneva: Vsemirnaya organizaciya zdravoohraneniya, 2014. 102 s. (In Russ)
5. Wexler L., Hill R., Bertone-Johnson E., et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38 (3): 311-20.
6. Bals M., Turi A.L., Vittersø J., et al. Self-reported internalization symptoms and family factors in indigenous Sami and non-Sami adolescents in North Norway. *J. Adolesc.* 2011; 34 (4): 759-66.
7. Bals M., Turi A.L., Skre I., et al. The relationship between internalizing and externalizing symptoms and cultural resilience factors in Indigenous Sami youth from Arctic Norway. *Int. J. Circumpolar Health*. 2011; 70 (1): 37-45.
8. Kral M.J., Idlout L., Minore J.B., et al. Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *Am. J. Community Psychol.* 2011; 48 (3-4): 426-38.
9. Allen J., Hopper K., Wexler L., et al. Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities. *Transcult. Psychiatry*. 2014; 51 (5): 601-31.
10. Wexler L. Looking across three generations of Alaska Natives to explore how culture fosters indigenous resilience. *Transcult. Psychiatry*. 2014; 51 (1): 73-92.

11. Wexler L., Jernigan K., Mazzotti J., et al. Lived challenges and getting through them: Alaska Native youth narratives as a way to understand resilience. *Health Promot. Pract.* 2014; 15 (1): 10–7.
12. Kral M.J., Salusky I., Inuksuk P., et al. Tunngajuq: stress and resilience among Inuit youth in Nunavut, Canada. *Transcult. Psychiatry.* 2014; 51 (5): 673–92.
13. Fleming J., Ledogar R.J. Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review. *Pimatisiwin.* 2008; 6 (2): 47–64.
14. Stuart J., Jose P.E. The protective influence of family connectedness, ethnic identity, and ethnic engagement for New Zealand Māori adolescents. *Dev. Psychol.* 2014; 50 (6): 1817–26.
15. Henson M., Sabo S., Trujillo A., et al. Identifying Protective Factors to Promote Health in American Indian and Alaska Native Adolescents: A Literature Review. *J. Prim. Prev.* 2017; 38 (1–2): 5–26.
16. Wexler L., Joule L., Garoutte J., et al. Being responsible, respectful. Trying to keep tradition alive" cultural resilience and growing up in an Alaska Native community. *Transcult. Psychiatry.* 2014; 51 (5): 693–712.
17. DeCou C.R., Skewes M.C., López E.D., et al. The benefits of discussing suicide with Alaska native college students: qualitative analysis of in–depth interviews. *Cultur. Divers Ethnic Minor. Psychol.* 2013; 19 (1): 67–75.
18. Серошевский В.Л. Якуты. Опыт этнографического исследования. 2–е изд. М., 1993. 736 с.
19. Очиров В.О. Мужчина в традиционном бурятском обществе: Дис. ... канд. истор. наук. Улан-Удэ, 2013. 172 с.
20. Беловолова С.П. Этнопедагогическая культура алтайцев: Автореф. дис. ... докт. пед. наук. Москва, 2001. 34 с.
21. Замураева П.Б. Гендерные отношения в традиционной культуре бурят (вторая половина XVIII – первая половина XIX вв.): Дис. ... канд. культурол. наук. Улан-Удэ, 2015. 177 с.
22. Николаева Д.А. Женское пространство в традиционной культуре бурят: Дис. ... докт. истор. наук. Москва, 2011. 550 с.
23. Цыденова Д.Ц. Представления о жизни и смерти агинских бурят: традиции и инновации (конец XIX – начало XXI в.): Автореф. дис. ... канд. истор. наук. Новосибирск, 2007. 30 с.
24. Енчинов Э.В. Семейные ценности алтайцев: Автореф. дис. ... канд. истор. наук. Москва, 2009. 27 с.
25. Учайкина А.М. Обычное право южных алтайцев (конец XIX–начало XXI в.): Автореф. дис. ... канд. истор. наук. Горно-Алтайск, 2016. 25 с.
26. Тумунов Ж.Т. Этнопедагогика агинских бурят: Автореф. дис. ... докт. пед. наук. Чита, 1999. 60 с.
27. Традиционная культура тувинцев глазами иностранцев (конец XIX – начало XX века). Кызыл: Тув. кн. изд–во, 2002. 224 с.
28. Василевич Г.М. Эвенки: историко–этнографические очерки (XVIII – начало XX в.) / Г.М. Василевич; АН СССР. Ин–т этнографии им. Н.Н. Миклухо–Маклая. Ленинград: Наука, 1969. 304 с.
29. Сирина А.А. Проблемы типологии и преемственности этнических культур эвенков и эвенов: конец XIX – начало XXI веков: Автореф. дис. ... докт. истор. наук. Москва, 2011. 46 с.
30. Алексеева С.А. Семья и брак у эвенов: конец XIX – начало XX вв.: Автореф. дис. ... канд. истор. наук. Санкт–Петербург., 2004. 22 с.
31. Басаева К.Д. Семья и брак у бурят, вторая половина XIX – начало XX вв.: Дис. ... докт. истор. наук. Улан–Удэ, 2002. 304 с.
32. Потапов Л.П. Очерки по истории алтайцев. М.–Л.: изд–во наук СССР. 445 с.
33. Биче–оол С.М. Традиционные брачно–семейные отношения у тувинцев и их изменения в связи с социалистическими преобразованиями в Туве: Дис. ... канд. истор. наук. Ленинград, 1974. 229 с.
34. Дамбаева А.Н. Традиционная система воспитания бурят. *Вестник Бурятского государственного университета.* 2012; 15: 120–4. (In Russ)
35. Екеева Э.В. Традиции семейного воспитания у алтайцев. *Вестник СВФУ.* 2011; 8 (3): 103–6. (In Russ)
36. Циркумпольная коалиция коренных народов Севера «Открытая Арктика»: <http://openarctic.info/>
37. Никитина Р.С. Воспитание детей эвенов на основе духовно–нравственных традиций народа: Дис. ... канд. пед. наук. Москва, 2000. 47 с.
38. Прокопьева М.М. Система социально–педагогической самоорганизации семьи (на материале Республики Саха (Якутия): Автореф. дис. ... докт. пед. наук. Москва, 2007. 51 с.
11. Wexler L., Jernigan K., Mazzotti J., et al. Lived challenges and getting through them: Alaska Native youth narratives as a way to understand resilience. *Health Promot. Pract.* 2014; 15 (1): 10–7.
12. Kral M.J., Salusky I., Inuksuk P., et al. Tunngajuq: stress and resilience among Inuit youth in Nunavut, Canada. *Transcult. Psychiatry.* 2014; 51 (5): 673–92.
13. Fleming J., Ledogar R.J. Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review. *Pimatisiwin.* 2008; 6 (2): 47–64.
14. Stuart J., Jose P.E. The protective influence of family connectedness, ethnic identity, and ethnic engagement for New Zealand Māori adolescents. *Dev. Psychol.* 2014; 50 (6): 1817–26.
15. Henson M., Sabo S., Trujillo A., et al. Identifying Protective Factors to Promote Health in American Indian and Alaska Native Adolescents: A Literature Review. *J. Prim. Prev.* 2017; 38 (1–2): 5–26.
16. Wexler L., Joule L., Garoutte J., et al. Being responsible, respectful. Trying to keep tradition alive" cultural resilience and growing up in an Alaska Native community. *Transcult. Psychiatry.* 2014; 51 (5): 693–712.
17. DeCou C.R., Skewes M.C., López E.D., et al. The benefits of discussing suicide with Alaska native college students: qualitative analysis of in–depth interviews. *Cultur. Divers Ethnic Minor. Psychol.* 2013; 19 (1): 67–75.
18. Seroshevskij V.L. Yakuty. Opyt etnograficheskogo issledovaniya. 2–e izd. M., 1993. 736 s. (In Russ)
19. Ochirov V.O. Muzhchina v tradicijnom buryatskom obshestve: Dis. ... kand. istor. nauk. Ulan-Ude, 2013. 172 s. (In Russ)
20. Belovolova S.P. Etnopedagogicheskaya kultura altajcev: Avtoref. dis. ... dokt. ped. nauk. Moskva, 2001. 34 s. (In Russ)
21. Zamuraeva P.B. Gendernye otnosheniya v tradicijnoj kulture buryat (vtoraya polovina XVIII – pervaya polovina XIX vv.): Dis. ... kand. kulturolo. nauk. Ulan-Ude, 2015. 177 s. (In Russ)
22. Nikolaeva D.A. Zhenskoe prostranstvo v tradicijnoj kulture buryat: Dis. ... dokt. is-tor. nauk. Moskva, 2011. 550 s. (In Russ)
23. Cydenova D.C. Predstavleniya o zhizni i smerti aginskih buryat: tradicii i innovacii (konec XIX – nachalo XXI v.): Avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Novosibirsk, 2007. 30 s. (In Russ)
24. Enchinov E.V. Semejnye cennosti altajcev: Avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Moskva, 2009. 27 s. (In Russ)
25. Uchajkina A.M. Obychnoe pravo yuzhnyh altajcev (konec XIX–nachalo XXI v.): Avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. Gorno-Altajsk, 2016. 25 s. (In Russ)
26. Tumunov Zh.T. Etnopedagogika aginskih buryat: Avtoref. dis. ... dokt. ped. nauk. Chita, 1999. 60 s. (In Russ)
27. Tradicijonnaya kultura tuvincev glazami inostrancev (konec XIX – nachalo HH veka). Kyzyl: Tuv. kn. izd–vo, 2002. 224 s. (In Russ)
28. Vasilevich G.M. Evenki: istoriko–etnograficheskie ocherki (XVIII – nachalo XX v.) / G.M. Vasilevich; AN SSSR. In–t etnografii im. N.N. Mikluho–Maklaya. Leningrad: Nauka, 1969. 304 s. (In Russ)
29. Sirina A.A. Problemy tipologii i preemstvennosti etnicheskikh kultur evenkov i evenov: konec XIX – nachalo XXI vekov: Avtoref. dis. ... dokt. istor. nauk. Moskva, 2011. 46 s. (In Russ)
30. Alekseeva S.A. Semya i brak u evenov: konec XIX – nachalo XX vv.: Avtoref. dis. ... kand. istor. nauk. SPb., 2004. 22 s. (In Russ)
31. Basaeva K.D. Semya i brak u buryat, vtoraya polovina XIX – nachalo HH vv.: Dis. ... dokt. istor. nauk. Ulan–Ude, 2002. 304 s. (In Russ)
32. Potapov L.P. Ocherki po istorii altajcev. M.–L.: izd-vo nauk SSSR. 445 s. (In Russ)
33. Biche–ool S.M. Tradicijnyye brachno–semejnye otnosheniya u tuvincev i ih izmeneniya v svyazi s socialisticheskimi preobrazovaniyami v Tuve: Dis. ... kand. istor. nauk. Leningrad, 1974. 229 s. (In Russ)
34. Dambaeva A.N. Tradicijonnaya sistema vospitaniya buryat. *Vestnik Buryatskogo gosudar-stvennogo universiteta.* 2012; 15: 120–4. (In Russ)
35. Ekeeva E.V. Tradicii semejnogo vospitaniya u altajcev. *Vestnik SVFU.* 2011; 8 (3): 103–6. (In Russ)
36. Cirkumpolyarnaya koaliciya korenyh narodov Severa «Otkrytaya Arktika»: <http://openarctic.info/> (In Russ)
37. Nikitina R.S. Vospitanie detej evenov na osnove duhovno–nравstvennyh tradicij naroda: Dis. ... kand. ped. nauk. Moskva, 2000. 47 s. (In Russ)
38. Prokopeva M.M. Sistema socialno–pedagogicheskoy samoorganizacii semi (na mate-riale Respubliki Saha (Yakutiya): Avtoref. dis. ... dokt. ped. nauk. Moskva, 2007. 51 s. (In Russ)

39. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Республики Тыва в современных социально-экономических условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006; 5: 34–7.
40. Семенова Н.Б., Лаптева Л.В. Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Якутии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (5): 12–6.
41. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. Пер. с фр. М.: Мысль, 1994. 399 с.
39. Semenova N.B., Manchuk V.T. Socialno-gigienicheskaya i mediko-demograficheskaya harakteristika semej korenno naseleniya Respubliki Tyva v sovremennyh socialno-ekonomicheskikh usloviyah. Problemy socialnoj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. 2006; 5: 34–7. (In Russ)
40. Semenova N.B., Lapteva L.V. Socialno-gigienicheskaya i mediko-demograficheskaya ha-rakteristika semej korenno naseleniya Yakutii. Problemy socialnoj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny. 2015; 23 (5): 12–6. (In Russ)
41. Dyurkgejm E. Samoubijstvo: sociologicheskij etjud. Per. s fr. M.: Mysl, 1994. 399 s. (In Russ)

## REASONS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN NATIVE PEOPLES OF SIBERIA (RUSSIA): THE LOSS OF THE VALUES OF PATRIARCHAL FAMILY

N.B. Semenova

Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia

Contact Info: Mrs. Semenova Nadezhda Borisovna – Full Professor (Medicine). Job Title: Head Scientific Worker of State Federal Budgetary Scientific Institution «Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Scientific Research Institute for Medical Problems of the North, Krasnoyarsk, Russia. Postal Address: Akademgorodok, 50, Krasnoyarsk, 660036, Russia. Phone number: +7 913 539 86 02, e-mail: snb237@gmail.com

### Abstract:

With this article, we continue the cycle of scientific publications devoted to the study of the causes of suicidal behavior among the indigenous peoples of Siberia – the Yakuts, Evens, Evenks, Altaians, Buryats and Tuvinians. The presented material examines the role of the patriarchal family as a factor that prevents suicidal behavior. It is shown that the structure of a large patriarchal family and the social hierarchy of family relations satisfied the basic need for affiliation necessary for representatives of cultures of the traditional type. With the loss of the values of the patriarchal family, there has been a change in its internal organization and social role functions. The modern family is a new social institution, more characteristic of individualistic cultures, which does not correspond to the needs of indigenous peoples. The decline in family cohesion and the lack of emotional contacts are manifested by destructive tendencies and suicidal behavior.

*Key words:* suicide, indigenous peoples, Siberia, family, bringing up, Yakutia, Altai, Buryatia, Tyva, Yakuts, Evenes, Evenks, Tuvinians, Altaians, Buryats

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

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

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

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

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: утрата ценностей патриархальной семьи. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 3-15.

For citation: Semenova N.B. Reasons of suicidal behavior in native peoples of Siberia (Russia): the loss of the values of patriarchal family. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 3-15. (In Russ)



УДК: 616.89-008

## ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ II<sup>1</sup>

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

### Контактная информация

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899, ORCID iD: 0000-0002-1826-486X, Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510

Вторая часть сообщения выделяет и детализирует групповые факторы риска суицидального поведения (СП) в контексте взаимодействия с факторами индивидуального риска СП. Риск СП различен в этнических, социодемографических, профессиональных, клинических, отчасти пересекающихся группах. За неимением единственного абсолютного – относительные факторы риска СП указывают на принадлежность к группе риска. Попытка самоубийства в анамнезе – сильнейший известный предиктор СП. Факторы риска суицида и суицидальной попытки пересекаются, но не идентичны. Защитные (антисуицидальные) факторы противодействуют стрессогенным, создавая относительное динамическое равновесие. Такие установки (переживания), препятствующие, задерживающие реализацию замысла СП, косвенно указывают двойственность намерения «быть или не быть». По определению, они – антитеза факторов суицидального риска. «Причины жить» как меру оптимизма не надо искать преодолевшим кризис: доводы в пользу жизни – возврат на стадию борьбы суицидальных и антисуицидальных тенденций. Чем более защитных факторов, тем выше антисуицидальный барьер личности, менее риск СП. Включающиеся после появления суицидального замысла антисуицидальные тенденции определены возникновением положительных эмоций в отношении прошлого и настоящего. «Типовой портрет» *суицидента* объединяет набор разнообразных факторов риска СП: мужчина-европеоид средних лет (пожилой), безработный, страдающий телесным заболеванием с хроническим болевым синдромом и ограничением повседневного функционирования (инвалид) и / или психическим расстройством (депрессия и/или тревога), злоупотребляющий ПАВ, уклоняющийся от лечения, с суицидальной попыткой в анамнезе, агрессивный, на фоне актуального микросоциального конфликта (как семейный разлад). Психологические сильные и слабые (уязвимость) стороны разнятся на индивидуальном уровне. Большинство факторов (и ныне – пол) подвержено изменениям в течение жизни.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, факторы риска, антисуицидальные факторы, диагноз, прогноз

Групповые факторы риска суицидального поведения (СП) оценены в контексте взаимодействия с индивидуальным риском СП.

*Риск СП* различен в этнических, социодемографических, профессиональных, клинических, отчасти пересекающихся группах. За отсутствием единственного абсолютного – относительные факторы риска СП указывают на принадлежность к группе риска.

Социально-демографические факторы.

*Пол.* Уровень суицидов мужчин в 3-4 раза (в РФ в 4-5 раз) выше (отличия менее в группах подростков и пожилых – близко к 1:1), уровень суицидальных попыток, во столько же раз ни-

же. Начало СП > 40 лет у ½ женщин. У 25% женщин среднего возраста суицидальные мысли в течение жизни и 8% совершили суицидальные попытки против 4% мужчин. Женщины, сообщившие о ≥ 5 детских травмах моложе к началу суицидальных мыслей. В зоне наибольшего риска суицида в РФ мужчины среднего возраста и пожилые обоих полов. Средний возраст жертвы суицида (мужчины и женщины) в РФ ~ 45 лет [1]. УС выше у селян (типично для РФ) с вектором на Северо-Восток. Группы риска составляют вынужденные мигранты, бездомные, подследственные и заключенные, представители малых народов

<sup>1</sup> Переработанный текст главы планируемого руководства по суицидологии под ред. проф. Б.С. Положего

Севера и Дальнего Востока, сексменьшинства [2, 3, 4]. УС одиноких в 2-4 раза выше. Подвержены СП никогда не состоявшие в браке; далее в порядке убывания – овдовевшие и разведённые, состоящие в бездетном браке и имеющие детей. Возможно, статус жертвы СП отражает обычно не выявленное психическое расстройство и/или физический недуг. Повышен риск убийства – самоубийства ревнивых молодых и пожилых мужчин с большими супругами, юношей (школьные убийства - самоубийства). Ряд объяснений гендерного различия риска суицида: депрессивные мужчины вероятнее злоупотребляют ПАВ, уклоняются от помощи, у них менее защитных факторов (дети), их СП более приемлемо в традиционном обществе (признак «мужества»). Депрессия и суицидальная попытка в анамнезе повышают риск в послеродовом периоде (наибольший в первый месяц) [5, 6].

Этнические группы риска. Определённые этно-культуральные характеристики могут выступать и как детерминанты СП [7].

Риск определён культурно-обусловленной «разрешённостью» и терпимостью к СП. В этно-культуральных группах риска [7] как малочисленные народы Севера и Дальнего Востока суицид традиционно одобрен как достойный выход из жизненной тяготы при вере о загробной жизни лучшей. Так, у чувашей обычай самоповешения на воротах врага как месть за унижение. Принудительный ввод Христианства сыграло фасадную роль в изменении самосознания. Проблема усугублена сложностью приспособления аборигенов (особо молодежи)

к реалиям современного мира при определенных экономических льготах. Представители этносов с высоким суицидальным риском отличаются низкой жизнестойкостью [2].

Профессиональные группы отличны по набору факторов риска: демографии, дистресса, психических расстройств, доступа к средствам суицида. Врачи и медсестры в группе риска, социальные работники, художники, математики, учёные, но не полицейские. Фактором риска суицида служит частые смены мест работы и профессий без роста квалификации (видимо, косвенное проявление психического, физического нездоровья). Незанятость связана с ростом в 2-4 раза риска суицида, особо до 45 лет и в годах, близких к потере работы, у женщин ещё более серьезные и долгосрочные последствия. Увеличение самоубийств и попыток самоубийств в рецессивных социально - экономически неблагополучных географических районах. С потерей работы обострены финансовые и семейные трудности. Психические недуги (злоупотребление ПАВ) или неблагоприятный опыт в детском возрасте могут влиять на СП, но и на шанс получения и сохранения работы. Более низкий социо - экономический статус – предиктор суицида. Безработица связана с увеличением риска, объяснена сопутствующими факторами. Студенты-медики за время обучения – в группе риска депрессии (симптомы, синдром – 27%), причём 1/2 охвачена лечением, и суицидальных мыслей (11%).

Биопсихосоциальные групповые факторы риска сведены в таблицу 1.

Таблица 1

Групповые факторы риска СП [8, 9, 10, 11, 12]

Фактор	Характеристика
СП в прошлом	25 (17-68)% жертв самоубийств совершали попытки в течение года до гибели.
Генетические и семейные	Семейный модус СП как выход из неблагоприятной ситуации. «Суицидальное послание»: СП близких, особо первой степени + генетические и эпигенетические эффекты – рост риска в 4,5 раза, объяснён наследуемостью депрессии и / или зависимостью от ПАВ. Более 60% суицидентов воспитаны в неполной семье, распад которой происходил в возрасте до 8 лет. Семьи со сложными эмоциональными отношениями, конфликтами, занятостью чаще личными переживаниями, формальной заинтересованностью судьбой детей. Для суицидентов характерно непреходящее чувство отсутствия заботы о них в детстве. Неэмпатическая связь родители – ребенок или травма потери может привести к уязвимости к поздним травмам самолюбия, вызывающим психальгию и / или неконтролируемые негативные эмоции.
Физическое (чаще над мальчиками) и/или сексуальное (чаще над девочками) насилие в детстве	Нейроанатомические, патофизиологические, нейропсихологические и эпигенетические механизмы в основе долговременного пагубного влияния неблагоприятных событий в детстве повышают риск отставленных депрессии и СП. Физическое насилие женщин увеличивает риск попыток самоубийства в 15 раз, мужчин – вдвое после контроля демографических и клинических переменных. Риск суицидов (в 10 раз выше), повторных попыток самоубийств, несуйцидальных самоповреждений (особо

	при сексуальном насилии и у мужчин). Риск СП особо повышен при сочетании и тяжести (длительности) форм насилия. 15% лиц с историей сексуального насилия пытались покончить с собой. История насилия связана с попытками самоубийства после контроля пола, возраста, психиатрического диагноза и симптомов ПТСР. У женщин вероятность самоубийства в 3-4 раза выше при изнасиловании до 16 лет. У жертв физического, эмоционального и сексуального насилия в детстве выше риск злоупотребления ПАВ.
Домашнее насилие (чаще над женщинами)	Риск суицидальных мыслей, попыток самоубийства выше в 4-8 раз, особо женщин (чаще жертв), детей, свидетелей насилия, суицида (мужчин). 25% переживших насилие в семье женщин совершают попытку самоубийства.
Социодемографические характеристики	Европеоиды. Мужчины. Среди психически больных соотношение полов менее выражено. Средний и пожилой возраст. Разведённые в 2,5 раза чаще совершают самоубийства, соотношение мужчин и женщин – 9:1. Вдовы, одинокие. Селяне (в РФ). Медработники. УС мужчин связан с безработицей и отсутствием социального обеспечения. Бедные, бездомные (риск суицида в 2-4 раза выше), мигранты, беженцы, военнослужащие срочной службы, подследственные / заключённые.
Этно-культуральные характеристики	Суицид – традиционный выход при обиде, страданиях, старости у некоторых малых народов Севера и Дальнего Востока. Попытка воссоединиться с умершим.
Нетрадиционная сексуальная ориентация	Пожизненный риск суицидальных попыток, по самоопросу ЛГБТ, 20% – по сравнению с 4% гетеросексуалов. У молодых геев и лесбиянок отношение суицидальных попыток женщин-мужчин обратное, чем в населении. Помимо общих факторов риска (злоупотребление ПАВ, психическими и физическими – как СПИД – расстройствами) раскрытие сексуальных пристрастий, травма гомофобии и преследования, полового несоответствия, ревность к партнеру.
Алкогольное / наркотическое опьянение (интоксикация)	У 20-50% жертв суицида, чаще молодых мужчин без психиатрического лечения (уклоняющихся от помощи) после разрыва межличностных отношений, у 1/3 пытавшихся покончить с собой и затем совершивших суицид. Опьянение облегчает принятие (импульсивного) решения, преодоление амбивалентности, ослабляет критику. У страдающих депрессией и алкоголизмом чаще суицидальные мысли, эпизоды агрессии и импульсивность, чем у «чисто» депрессивных. У совершивших попытки суицида зависимых от алкоголя, кокаина и опиатов более выражены интроверсия и невротизм, чем у зависимых несуйцидентов. Выраженные пессимизм, безнадежность и недостаточная социальная поддержка служат значимыми независимыми факторами риска попыток самоубийства и последующих самоубийств страдающих клинической депрессией и алкоголизмом. Напротив, жизнестойкость и оптимизм могут защитить от СП. Пограничное расстройство личности повышает риск самоубийства, совершивших попытки зависимых от наркотиков и с депрессией. Сопутствующие антисоциальное расстройство личности, импульсивность, агрессивность и зависимость от ПАВ предсказывают самоубийство.
Психические расстройства / суицидогенные симптомы	Депрессивные и смешанные (в рамках биполярных расстройств) состояния. Шизофрения (первый эпизод, ремиссия, постпсихотическая депрессия). Личностные расстройства (мало выявляемое в отечественной практике пограничное), сочетание с зависимостью от ПАВ. Ажитация, самообвинения, безнадежность, беспомощность, отчаяние, тоска, импульсивность, агрессия, тревога, паника, бессонница. При депрессии роль любого фактора возрастает. При депрессии даже незначимые или индифферентные события (соматическая болезнь, интоксикация и сама симптоматика депрессии) играют роль своеобразного реципирующего фактора СП как «последняя капля», способствующая переходу суицидальных мыслей в намерения к внешним формам СП. В депрессии истощены факторы, требующие энергии (креативность), меньше положительных воспоминаний прошлого и настоящего, менее борьба мотивов, быстрее намерение о самоубийстве.
Соматоневрологические болезни / суицидогенные симптомы	Наряду с «физиогенным» влиянием острой болезни, учёт тяжелых (хронических) болезней: мучительных, неизлечимых, инвалидизирующих, любых иных, чрез «призму индивидуального видения» вызывающих психотравмирующее («нозогенное») действие, последствий лечения («горше болезни»).
Организация и качество помощи, течение и тяжесть недуга	Ряд факторов ухудшает доступность помощи – структурные (отсутствие служб), и субъективные (стигма типовой психиатрической помощи, неэффективность или «ненужность» лечения, возможность справиться самостоятельно. Часто и длительно госпитализируемые, не соблюдающие режим лечения, с малым эффектом лечения, при недостаточном (нестабильном) терапевтическом союзе, «молодые хроники». В первом эпизоде психоза (болезни), обычно нелеченном периоде, при диагностике (страх потери «Я», страданий), в начале рецидива (отчаяние возврата страданий,

	тщета усилий излечения), при облегчении депрессии (субсиндромальная депрессия суицидоопаснее классической меланхолической), в начале лечения антидепрессантами (подростков), при поступлении, перед и по выписке из больницы (особо – депрессивные, больные шизофренией и пограничным личностным расстройством). При перерывах психофармакотерапии на месяц, риск СП выше вчетверо.
История и условия лечения	Интенсивное (больничное) лечение определяет косвенно тяжесть психического расстройства (телесного недуга) в прошлом и настоящем, последствий СП и повышает риск суицида. С учётом дополнительного дистресса госпитализации возможно СП в самой больнице (особо при поступлении и перед выпиской) и переходе на амбулаторный уровень независимо от диагноза. Риск СП снижается, но высок несколько лет после госпитализации и пожизненно выше, чем в общем населении.
Когнитивный дефицит	Врождённый и приобретённый (на фоне депрессии, побочных действий лекарств). Проблемно решающее мышление. Туннельное (сужение), полярное мышление.
Психосоциальные факторы	Потеря (отсутствие) медико-социальной поддержки: социальное одиночество, исключённость: враждебное, осуждающее, иноязычное окружение, стигматизация (эйджизм). Снижение (резкое) социально-экономического положения (потеря работы, выход на малую пенсию по старости, инвалидности, разорение). Обременение близких (упреки, самобичевание). Разногласия / ссоры в семье (конфликт поколений). Актуальное стрессогенное событие: потеря (смерть, развод) близкого, новые члены семьи.
Агрессия	Один из психологических механизмов суицида – перевод агрессии «на себя».
Импульсивность, враждебность	и агрессия (тесно не связаны) увеличивают риск самоубийства, особо при истории попытки суицида. Импульсивность – поведение без адекватного обдумывания; черта характера, симптом расстройств личности (как пограничного), зависимости от ПАВ, смешанного состояния. Сочетание с депрессией (безнадёжностью).

Попытка самоубийства в анамнезе (как любое намеренное самоповреждение) – сильнейший из известных предикторов СП (повторных попыток и суицида): поведение в будущем определено поведением в прошлом. Распространённость суицидальных мыслей и попыток в течение жизни ~ 15 и 5% соответственно. Соотношение попыток самоубийства и самоубийств (коэффициент летальности) 20-25:1 (у подростков, возможно, 100:1), ниже у пожилых (более свойственный запланированные суициды). Наибольший уровень суицидальных попыток >1000, в течение жизни – до 6000. Женщины склонны выбрать менее смертельные способы (передозировка или порезы запястья), частично объясняя обратное половое соотношение суицидальных попыток.

Риск самоубийства в 29-54 и 50-77 (в среднем в 40) раз выше у мужчин и женщин соответственно с любыми попытками в анамнезе, чем в общем населении; выше даже при контроле иных факторов риска СП.

Наибольший (0,5-2%, то есть повышение риска в 100 раз) риск суицида в течение 6-12 месяцев (самый суицидоопасный период) после попытки + 20-25 и 40% повторных попыток у мужчин и женщин соответственно (риск смертельной попытки выше вдвое у мужчин, вчетверо – у молодых) при сохранении суицидогенного конфликта на фоне тяжелых медико-психиатрических последствий попытки.

До 1/3 пытавшихся покончить с собой (нанесших самоповреждения) погибли от са-

моубийства; 1/3 жертв самоубийств совершила попытки в течение года до смерти, 10% совершивших попытку погибает от суицида в течение жизни (возможно, самая частая причина смерти), смертность от естественных причин также выше. Суициду нередко предшествуют суицидальные и несуйцидальные самоповреждения: возможен эффект «разжигания» (kindling) как при рецидиве аффективных фаз: каждая следующая попытка самоубийства связана с большей вероятностью последующей при снижении порога страха смерти и боли. Последующие попытки обычно более продуманы и несут большую угрозу жизни. Тяжелые и / или неоднократные попытки (свидетельство намерения), в том числе – прерванные, более увеличивают риск суицида.

Совершающие повторные попытки отягощены хроническими психическими и медицинскими болезнями (возможно, причины и последствия первой попытки), одиноки и безработны, бездомны, страдают душевным недугом (особо личностные расстройства и /или депрессия), злоупотребляют ПАВ (особо алкоголем и / или кокаином), с историей сексуального насилия, правонарушений, СП в семье (среди знакомых), то есть находятся под гнетом хронического (суммирующихся острых) психосоциального дистресса (особо женщины). Риск суицида после попытки выше, чем при любом психическом расстройстве (табл. 2).

Риск суицида при предыдущей попытке и психических расстройствах [13]

Состояние	Стандартизированное соотношение смертности (SMR)	Уровень суицида в год (%)	Прогнозируемый пожизненный уровень суицида (%)
Население в целом	1	0,01	0,7
Предыдущая попытка	38	0,5	27,5
Пищевые расстройства	23		
Клиническая депрессия	20	0,3	15
Злоупотребление успокаивающими	20		
Употребление спиртного	6	0,1	4
Смешанное злоупотребление ПАВ	19	0,3	
Злоупотребление опиатами	14		
Биполярное аффективное расстройство (БАР)	15	0,3	1,5
Дистимия	12	0,2	9
Обсессивно-компульсивное расстройство	11,5	0,1	8
Паническое расстройство	10	0,2	7
Шизофрения	8,5	0,1	6
Личностные расстройства	7	0,1	5
Детские психические расстройства	5		
Употребление каннабиса	4		
Неврозы	4		
Умственная усталость	1		

Факторы риска суицида и суицидальной попытки пересекаются, но, видимо, не идентичны. Сочетание факторов риска попыток самоубийств и суицидов указывает более полную картину СП. В обеих группах преобладают белые, больные депрессией и зависимые от алкоголя, с пограничными личностными расстройствами (коморбидность повышает риск). Риск увеличен при сочетании с телесными недугами, у одиноких при неблагоприятных жизненных событиях. Уровни метаболита серотонина 5-Н1АА в спинномозговой жидкости ниже у депрессивных с тяжелыми суицидальными попытками, чем у депрессивных несуйцидентов и при «легких» попытках.

«Типовой портрет» суицидента объединяет набор разнообразных факторов риска СП: мужчина-европеоид средних лет (пожилой), безработный, страдающий телесным недугом с хроническим болевым синдромом и ограничением повседневного функционирования (инвалид) и / или психическим расстройством (депрессия и/или тревога), злоупотребляющий ПАВ, уклоняющийся от лечения, с суицидальной попыткой в анамнезе, агрессивный, на фоне актуального микросоциального конфликта (как семейный разлад). Психологические сильные и слабые (уязвимость) стороны раз-

нятся на индивидуальном уровне. Большинство факторов (и ныне – пола) подвержено изменениям в течение жизни.

Вероятность СП при актуальном (для данной личности) жизненном неблагоприятном (возможно благоприятном, ломающем стереотип жизни уязвимой личности) событии увеличена, но не обусловлена синергической суммацией (кумуляцией) факторов риска («вклад» каждого мало изучен). Диагностированный у человека в данных обстоятельствах суицидальный риск не распространён на будущее.

Антисуицидальные (защитные) факторы – установки (переживания), препятствующие, задерживающие реализацию замысла СП и косвенно указывающие двойственность намерения «быть или не быть». По определению, они – антитеза факторов суицидального риска. «Причины жить» как меру оптимизма не надо искать преодолевшим кризис: доводы в пользу жизни – возврат на стадию борьбы суицидальных и антисуицидальных тенденций. Чем более защитных факторов, тем выше антисуицидальный барьер личности, менее риск СП. Включающиеся после появления суицидального замысла антисуицидальные тенденции определены возникновением положительных эмоций в отношении прошлого и настоящего.

Психосоциальная формальная и неформальная поддержка близких, сотрудников, сослуживцев, религиозной общины, профессиональных служб, клуба, группы самопомощи. Сплочённость группы (семьи) способствует совладанию с дистрессом, препятствует развитию психических расстройств (как депрессии) и, опосредованно, СП. Эмпатия при суицидальном сообщении, способствуют облегчению дистресса и ускоряет профессиональную помощь.

*Психологические защитные факторы.* «Позитивная психология» выделяет разнородный ряд защитных факторов: стоицизм, сила характера, «изюминка», удовлетворённость жизнью, самооценка (понимание «Я»), оптимизм, независимость, благодарность, умение любить (создавать теплые эмпатические взаимоотношения), чувство смысла (понимание жизненного предназначения) и рефлекс цели. Риск СП уменьшен при «эмоциональном интеллекте» (способности принять, понять, управлять эмоциями), как и при развитых социальных когнитивных возможностях (проблемно решающее мышление с поиском альтернативных решений, минимизация негативной жизненной ситуации через рационализацию, открытость к поиску помощи и её принятию).

Три составных жизнестойкости (включённость, контроль и «принятие риска») характеризуют устойчивый образец активного преодоления дистресса неблагоприятного жизненного события при выборе адекватных стратегий совладания, сосредоточенных на оценке ситуации, решении проблемы (противостояние стрессорам и их последствиям с привлечением личных и социальных ресурсов) и управление чувствами (сохранение эмоционального баланса с помощью надежды, терпимости). Защитные функции таких стратегий осуществляются тремя способами: посредством устранения или изменения условий, породивших проблему (стратегия изменения проблемы); перцептивного управления смыслом переживаний, чтобы нейтрализовать их проблемный характер (стратегия изменения видения проблемы); удержания эмоциональных последствий проблемы в разумных границах (стратегия управления эмоциональным дистрессом).

Ресурсы совладания с жизненными трудностями поддерживают самоуверенность, самоидентичность, самоуважение. Оптимизм и энергетический потенциал (запас жизненных сил) укрепляют стрессоустойчивость, вера в свою результативность – настойчивость при разрешении жизненных тягот. Ряд характеристик (надежда, независимость, компетентность,

ответственность – чувство долга) могут быть усилены особым обучением, улучшающим функционирование, облегчающим депрессию, но снижающим вероятность обращения за психиатрической / психологической помощью. Развитие ценностно-смысловой сферы личности как регулятора жизнедеятельности – важные направления антисуицидальной превенции. Положительные жизненные события уменьшают нейротизм, снижают риск депрессии.

Эмоциональная привязанность (способность к эмпатии) к домочадцам (престарелым, неродившимся и / или малым детям), домашним питомцам. Страх смерти, физической боли, искалечивания и инвалидности при «неуспехе» попытки, эстетические критерии (не быть омерзительным после гибели) удерживают от СП, но порог снижается при повторных попытках.

Факторы занятости: поддержка коллектива, возможность профессионального роста, креативность, амбиции, творческие планы, повышают самооценку, ограничивают употребление спиртного в рабочие часы, поощряют приверженность к лечению.

Профессиональная биопсихосоциальная помощь. Своевременное и адекватное лечение сопутствующего физического и психического расстройства несёт антисуицидальный потенциал, особо в рамках бригадного подхода в альтернативных психиатрических менее стигматизированных суицидологических службах. Так, диалектическая поведенческая терапия хронического риска СП снижает на 1/2 риск рецидива; доказана антисуицидальная результативность антидепрессантов в различных возрастных группах.

*Религиозные убеждения* напоминают о неприемлемости (непростительном грехе) СП в испытании «тяжкого креста» жизненных бед, сохранена надежда. Важны религиозная принадлежность, сила веры, а не конфессия. Религиозные подростки менее склонны к СП, чем их светские ровесники. Церковные ритуалы способствуют облегчению дистресса, обученные священнослужители обычно зорки к пастве и направляют нуждающихся к профессионалам. Декларация «я религиозный человек», протективный фактор в отношении суицидальности, ослабляя эффекты стресса и депрессии.

СП – результирующая сочетания личностных, средовых и статусных факторов риска. Ускоряющие факторы (стрессоры, или факторы проксимального риска) в сочетании с предрасполагающими (диатез, или дистальные факторы риска) способствуют увеличению риска СП.

Достоинства и недостатки скрининговой диагностики

Достоинства	Недостатки
Быстрота, простота, относительная дешевизна применения и обработки результатов.	Обычно (намеренно) переоценивают вероятность СП (гипердиагностика СП), то есть слишком чувствительны (52-87%).
Некоторым респондентам легче отвечать заочно, более откровенны при самооценке.	Мало специфичны (60-85%), то есть прогностически малоценны.
Возможность количественной оценки «здесь и сейчас» и динамического контроля.	Результаты – только обобщённые для группы риска, как подростков, онкобольных и др.
Отдельные ответы (как выявленная безнадежность) становятся предметом детальной оценки при очной беседе и возможной мишенью терапии.	

Так, хроническая зависимость от ПАВ – предрасполагающий фактор, а острая интоксикация или рецидив – «ускоряющий» (преципитирующий). Множественные факторы предсказывают бóльший риск СП пациентов. Зависящее от «состояния» характеристики особо связаны с СП – как тяжесть депрессии, безнадежность, психалгия, когнитивные нарушения.

Шкалы оценки риска СП – диагностические количественные способы оценки выраженности СП (вероятность суицидальных действий, степень тяжести, серьезности суицидальной попытки). Обычно представляют опросники, заполняемые пациентом или врачом.

Несовершенные клиническая и инструментальная оценки риска СП дополняют (не заменяют) друг друга.

При выборе шкалы (опросника) следует обратить внимание на то, валидизирован ли он, имеет ли количественный компонент, может ли быть использован повторно, нет ли диагностической специфичности, доступен ли в разных форматах (для практического врача, пациента – при самооценке) на русском языке. Распространены следующие способы оценки уровня суицидального риска.

«Классическая» шкала суицидального мышления (Scale for Suicidal Ideation; SSI. A. Beck et al., 1979) – хороший выбор; использована поколениями отечественных исследователей и практиков (возможно сопоставление результатов). Шкала в виде полуструктурированного интервью состоит из 21 пункта, 19 из них содержат высказывания, оцениваемые респондентом от 0 до 2 баллов. Сумма баллов (не более 38) определяет риск суицида на время опроса: чем более сумма, тем выше риск. Два дополнительных пункта отмечают попытки суицида в прошлом и их количество. Шкала оценит составляющие суицидального мышления: активное или пассивное суицидальное желание, подготовительные действия. Клини-

чески значимым «порогом» суицидального риска взрослых  $\geq 6$  баллов. Время заполнения опросника ~ 10 минут. SSI пригодна для больных и амбулаторных психиатрических пациентов; в сети первичной медицинской и неотложной помощи. Шкала высоко надёжна; показатели связаны с таковыми опросника депрессии Бека (Beck Depression Inventory; BDI) и шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression; HRSD). Суммарный балл SSI связан с количеством суицидальных попыток и тяжестью депрессии.

Шкала оценки риска суицида (The Sad Persons Scale. G.E. Patterson et al. 1983) включает 10 пунктов, характеризующих факторы риска суицида и оцениваемых клиницистом дихотомически: 0 (отсутствие) или 1 (присутствие). Сумма 0-2 указывает низкий риск суицида и допускает амбулаторное наблюдение; 3-4 – определяет средний риск и необходимость встречи с амбулаторным пациентом 1-3 раза в неделю или обсуждение госпитализации; сумма 5-6 свидетельствует о высоком риске суицида и предполагает госпитализацию при отсутствии альтернативы интенсивного амбулаторного наблюдения (лечения);  $\geq 7$  баллов: очень высокий риск суицида требует неотложной госпитализации (возможно, недобровольной).

Ранжир степеней суицидального риска предложен ВОЗ (2006):

- 1) риск отсутствует;
- 2) риск незначителен: без разработанного плана или подготовки к самоповреждению, несколько факторов риска. Намерение самоубийства не очевидно, но есть суицидальные мысли. Не было попыток самоубийства;
- 3) риск умеренный: твердые планы и подготовка с выраженными суицидальными мыслями, возможны попытки суицида в прошлом не менее двух дополнительных факторов риска или, при более одного суицидальных мысли и намерения без чёткого плана. Мотивация



улучшить по возможности психическое состояние;

4) *риск высокий*: план хорошо продуман и подготовлен (в наличии средства самоповреждения) или: неоднократные попытки самоубийства в прошлом,  $\geq 2$  факторов риска. Суицидальные мысли и намерения высказываются. Когнитивная жесткость и безнадёжность, отвергает социальную поддержку;

5) *риск очень высокий*: в прошлом многочисленные попытки суицида наряду с рядом значительных факторов риска. Необходимы повышенное внимание и неотложные меры.

«Опросник причин для жизни» (The Reasons for Living Inventory. Linehan M.M., 1983) позволит оценить наиболее значимые защитные факторы как: умение справляться с ситуацией; ответственность перед семьей, детьми; опасения относительно совершения самоубийства, социального неодобрения; моральные

установки. Оценки в ряду 1-6 баллов (от не важной до самой важной для опрашиваемого).

Клиническая оценка согласуется с показателями шкал лучше, чем шкалы меж собой, что указывает примат клинической диагностики суицидального риска. Опросники полезны для вспомогательной диагностики с учётом клинических данных.

Степень суицидального риска следует указать в медицинской документации для обоснования выбора условий и программы лечения. Суицидальная попытка в анамнезе лучше всего прогнозирует суицид в дальнейшем, но ни один фактор риска в отдельности не может быть значим для точного прогноза.

Риск определен этапом континуума СП, скоростью формирования и содержанием его составляющих, соотношением суицидальных представлений (мера разработки плана суицида) и переживаний (отрицание жизни и желание смерти).

Таблица 4

Степени (уровни) суицидального риска

Риск суицида	Характеристики	Условия помощи
Отсутствует – как у коматозного и младенца		
Минимальный	Суицидальной активности нет. Кратковременные спорадические антивитальные переживания («не вижу просвета»), недовольство жизнью (уныние). Периодически сновидения с картинами смерти.	Амбулаторное наблюдение / лечение. Готовность / способность разработать и следовать плану лечения, понимать риск и преимущества его вариантов; осмыслить текущие проблемы, доверять близким - помощникам, сотрудничать в процессе оценки и лечения, действовать в интересах безопасности.
Средний: широкий диапазон	Пассивное желание умереть («забыться бы, кто б убил»). Антисуицидальные тенденции («детей жалко», «не порадую врагов»).	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 раза в неделю); дневной стационар; возможна госпитализация.
Наибольший	Неотступны (доминируют) мысли о суициде. «Безвыходная» ситуация. Разработан безальтернативный способ (план) суицида Резкое изменение поведения: неконтролируемые агитация, импульсивность, агрессия и аутоагрессия (самоповреждения). Физическое и / или психическое страдание (витальная тоска), безнадёжность, отчаяние, обременение собою, беспомощность (возможно, в дебюте психического расстройства). Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисе / утрате. Одиночество (социальная изоляция). Отказ от помощи, ее недоступность, Сожаления, что «остался жив» после попытки / прерванного суицида. Неспособность самообслуживания (тяжелый мучительный физический недуг)	При суицидальных намерениях пациент не должен быть без присмотра; сделать недоступными орудия и средства самоубийства.

Таблица 5

Степени риска суицида на различных этапах суицидогенеза и необходимые мероприятия [14 с дополнениями]

Факторы	Формы суицидального поведения				
	Антивитальные переживания	Суицидальные мысли	Суицидальные замыслы	Суицидальные намерения	Суицидальные попытки
Риск суицида	—————→				Реализация
	<i>Минимальный.</i> Суицид возможен в исключительных случаях	<i>Повышен,</i> но суицид маловероятен	<i>Высокий,</i> но суицид маловероятен до срабатывания «внешнего ключа»	<i>Максимальный,</i> идёт подготовка к реализации	
Психологические защиты	Активны	Максимально активны (внутренняя борьба)	Избирательно активны, частично нарушены	Избирательно активны, частично нарушены	Мало активны, значительно нарушены
Доступность контакту	Максимально доступны	Максимально доступны	Доступны	Ограниченно доступны	Ограниченно доступны
Терапия	Возможна и эффективна	Возможна и эффективна	Возможна, но избирательно эффективна	Возможна, но ограничена	Возможна, но ограничена
Тактика	Срининг, консультирование	Оценка в динамике, помощь	Активная помощь, наблюдение	Немедленная госпитализация	Немедленная госпитализация

Динамический контроль риска СП / психического состояния в особых условиях лечения.

Поскольку риск СП изменчив, условия помощи пересматривают с «понижением» от больничного лечения (перевода больного из надзорной палаты, закрытого отделения) или «повышения» (интенсификации наблюдения) амбулаторного пациента. Частота, глубина оценки риска СП зависит от клинического состояния, истории болезни пациента, его стрессоустойчивости. Мониторинг необходим особо на ранних стадиях лечения: у психотропных лекарств (антидепрессантов) отставлен эффект, становлении ремиссии, резком изменении состояния и смены терапии, на фоне нового психосоциального и/или биологического дистресса. Следует оценивать риск СП на каждом рутинном визите (осмотре).

Выбор условий помощи в связи с риском СП означает ряд альтернатив (при доступности) от госпитализации до кризисного стационара, кабинета социально - психологической помощи, дневного стационара, стационара на дому. Риск суицида означает вопрос организации наблюдения и лечения. Нет чётких критериев в выборе больничного или внебольничного лечения. Предпочтение наименее ограничительным и привычным (дома, рядом с домом) условиям, безопасным для суицидента и окружающих, обеспечивающим эффектив-

ные вмешательства. Близким (особо несовершеннолетним) следует сообщить (объяснить) о риске СП, необходимости госпитализации, контроля поведения или указать учреждения или лиц, к которым следует обратиться при актуализации СП. Безопасность дома, общественная или больничная среда без доступа к орудиям самоповреждения – необходимая тактика предупреждения суицида.

В медицинских документах следует обосновать риск СП (минимальный риск также следует объяснить) и терапевтический план для минимизации его риска (никогда не сводимого к нулю). Следует согласовать с суицидентом и / или его близкими (по возможности) индивидуальный план лечения. Любой терапевтический план: назначение лекарств, госпитализация и выписка – следует соотносить с возможным риском.

Отделение многопрофильной больницы. При бóльшей частоте, чем суицид, суицидальных попыток (регистрированы лишь наиболее тяжелые по медицинским и психиатрическим последствиям), прогноз и предупреждение (вторичная профилактика) СП в типовой группе-мишени суицидологической службы неудовлетворительны. Риск СП (несуицидального самоповреждающего поведения) обычно оценён (если оценён) при поступлении в отделение, редко пересмотрен (снижение или устранение риска, отрицательная динамика по

мере улучшения физического состояния?) в ходе лечения и при выписке.

Суициденты склонны избегать психиатрического лечения и оценки вслед за попыткой, но выявление суицидологического анамнеза – рутина осмотра пациента в приёмном отделении и при вызове бригады скорой помощи. Психиатр-консультант не должен пропустить самоповреждения, нередко скрывающиеся пациентами, психические расстройства (возможно, дебют) в основе СП, привлекая данные семьи, свидетелей, коллег. Доставленные полицией и / или одинокие требуют особого внимания. Выписка после суицидальной попытки возможна при дезактуализации стрессогенного жизненного события и изменении взгляда на ситуацию. В повседневной практике не более 10% суицидентов получает по выписке какую либо помощь, требуя скорейшей выписки, не более 5% (самых тяжелых) переведены в ПБ при малой развитости суицидологических служб (кризисных стационаров, или КС).

Внебольничное лечение. Вскоре (первый месяц) по выписке из психиатрической больницы (ПБ) или при резкой смене лечения, врача, неблагоприятном жизненном событии риск СП особо высок. При становлении ремиссии происходит травматическое приспособление к болезни и восстановление в той или иной мере когнитивного и эмоционального функционирования. Подписанный или согласованный вербально «контракт безопасности» (пациент «соглашается» не причинять себе вреда 24-48 часа и сотрудничать с врачом; возобновляет соглашение по истечению указанного времени), не имеет юридической силы и клинически не оправдан, в отличие от совместного с обученными пациентом и его близкими кризисного плана, укрепляющего терапевтический союз. Контракт указывает частоту визитов к врачу (осмотров на дому) или связь по телефону (скайпу). Для пациентов с высоким риском СП психиатр (член бригады) должен быть доступен круглосуточно. Важно. Последние близкие должны убрать возможные средства суицида (контролировать приём лекарств, не оставлять одного), обеспечить круглосуточный контроль за близким «в стационаре на дому».

Амбулаторное лечение (в кабинете социально-психологической помощи, или КСПП) приемлемо пациенту с хроническими («привычными») суицидальными мыслями и / или самоповреждениями в ответ на повседневный дистресс или дистресс психического расстройства, без предварительных серьезных «истинных» попыток, в безопасной и благоприятной

жизненной ситуации, согласии на помощь, установлении терапевтического союза.

Психиатрические учреждения.

Априорно «психиатрический фильтр» проходят наиболее тяжелые суициденты. Лишь малая часть СП зарегистрирована. Так, в 2013 г. (последние официальные сведения по форме №36 [цит. по: 15] УС душевнобольных составил 4,5, то есть менее вчетверо, чем в общем населении при многократно более высоком риске СП душевнобольных. Доля жертв суицидов среди зарегистрированных душевнобольных в России составила в 2010-2013 гг. не более 0,03%, а среди суицидентов РФ около 5%. СП остаётся при трагичности относительно редким эпидемиологически феноменом (даже при внимании к несовершенству статистики), что затрудняет оценку факторов риска (необходимы многотысячные выборки). Зарегистрированные душевнобольные составляют малую часть суицидентов, что подчеркивает важность развития суицидологических служб как внедиспансерного психиатрического звена. Соотношение суицидов в массиве СП (сумма суицидов и суицидальных попыток) зарегистрированных больных не превышает 1/3 с тенденцией к снижению, что косвенно указывает и на недовыявление попыток (консенсусное соотношение не менее 1:10).

ПНД. За 5 лет в одном из столичных ПНД зафиксированы 6 суицидов [16]. Все – больные шизофренией с разным «стажем» болезни в ремиссии, инвалиды, совершили дефенестрацию при выписываемых на 12-14 визитах в год, и в большом количестве потенциально токсичных при передозировке психотропных препаратов. На протяжении последнего года врачи отмечали «вялость» и «подавленность», «плохой сон» пациентов без указания наличия (отсутствия) суицидального риска. Врачи отмечали депрессию, но не лечили её. Последний визит не позже месяца до трагедии. Ни один суицидент не направлен к «суицидологу» при наличии кабинета социально-психологической помощи в ПНД.

Психиатрическая госпитализация означает круглосуточный профессиональный надзор (в закрытом отделении, надзорной палате). Условия облегчают всестороннюю оценку и интенсивное (как ЭСТ) лечение, дополнительное обследование. Семьям следует объяснить необходимость госпитализации, пациент не должен оставаться один до помещения в ПБ. Если врач не уверен в своих шагах, следует проконсультироваться с коллегами, лучше – КС или КСПП.

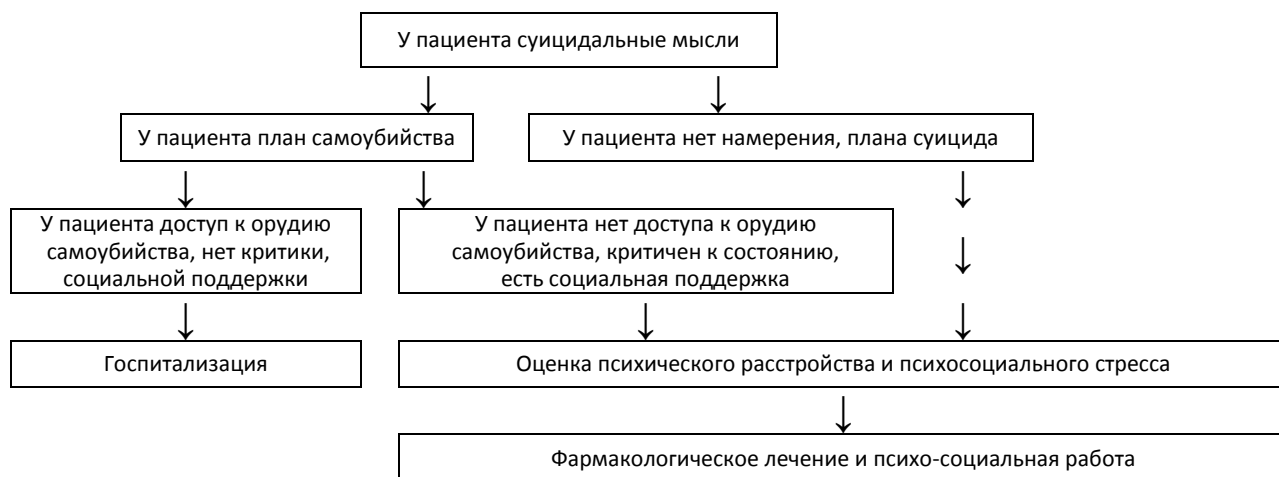


Рис. 1. Алгоритм оценки суицидального риска и выбора условий лечения (по J. Kasckow et al., 2011).

Одиноких (без социальной поддержки) не критичных с планом суицида, доступом к средству суицида, актуальными социальным психосоциальным дистрессом и острыми психотическими или депрессивными симптомами, в интоксикации ПАВ, не критичных к состоянию, не знакомых ранее врачу (без детализированного медицинского и суицидологического анамнеза), следует госпитализировать немедленно, как и требующих дополнительной оценки и сочетанного лечения, не возможных дома.

*Недобровольная госпитализация*, согласно «Закону о психиатрической помощи... ст. 29», обоснована опасностью для себя и окружающих (СП может быть сопряжено с агрессивным) и неспособностью поддерживать жизнедеятельность (сюда можно отнести отказ от еды и питья, жизненно важных лекарств). Для госпитализации агрессивных пациентов привлекают полицию.

Если контроль невозможен, возможна госпитализация для стабилизации (физической и психической) пациента и при низком уровне риска СП. В ряде ситуаций (ссора в семье) временное разделение (меньший контакт) пациента с близкими полезно (стационарзамещающая форма помощи – ночной полустационар). Выгоды госпитализации предстоит сопоставить с возможными отрицательными последствиями (дистресс непривычных обстановки и окружения, стигматизация, перерыв работы, учёбы, дополнительные траты). В стационаре риск суицида снижен, но не исключён и в жестко структурированных условиях, возможен по выписке особо при обрыве лечения и поддержки, при невыявленной депрессии. В таких случаях помощи (поственция) требуют близкие покойившего и сам врач [17].

Выявлены типичные ошибки курации суицидентов в ПБ, чреватые рецидивом СП: недоучёт изменений в психическом статусе, редкие осмотры, неверная оценка суицидального риска, неадекватная психофармакотерапия, недооценка нежелательных лекарственных явлений (гиперседации, акатизии), преждевременная отмена строгого надзора при сохранении суицидальных тенденций, нарушение охранительного психологического режима [18].

**Острое отделение.** Около ½ суицидов в ПБ совершают пациенты с попытками суицида в анамнезе, ¼ госпитализирована после попытки. В группе риска: часто госпитализированные, в том числе в связи с СП (очередной суицидальный кризис рассматривают новым), агрессивные, «миксты», с трудом вписывающиеся в хронотоп ПБ, в постсуициде. Самоубийства в больнице или вскоре по выписке втрое чаще совершают мужчины 30-50 лет, но в группе риска и «молодые инвалиды».

Резкие изменения клинической картины, поведения («зловещее успокоение») требуют объяснения и переоценки риска СП. Важно оценить риск СП в «критических точках»: в начале госпитализации, при изменениях поведения («зловещее успокоение!»), уровня наблюдения и / или лечения, при острых психосоциальных стрессах, перед выпиской. Психиатр должен выявлять и контролировать (видеть «терапевтические мишени») симптомы, связанные с риском самоповреждающего поведения как безнадежность, беспокойство, бессонница или приказывающие «голоса».

Рутинный осмотр подразумевает непрерывный мониторинг соблюдения режима лечения (лучший проверочный вопрос – прямой: «Принимаете ли лекарства». Прогностический: «Зачем продолжать лечение по выписке») и

субъективной (!) переносимости лечения как факторов риска СП. Остаточные невыявленные симптомы (постпсихотическая депрессия) и некорректируемые побочные действия – признаки низкого качества повседневной помощи, чреватого СП.

Риск увеличен в отсутствие терапевтического союза, уклонении от лечения (до 20% при жестком контроле персонала; настораживает накопление лекарств при их утаивании суицидентом), его малой эффективности и плохой переносимости, при малой семейной или социальной поддержке (одиночестве), при курации новым врачом. Факторы риска взаимосвязаны.

Для части суицидентов ПБ поощряет зависимость и регрессивный порочный круг усиления суицидальных мыслей, требующих ужесточения мер надзора. Другие наносят вред себе с целью госпитализации при рентных или нереалистичных ожиданиях (скорейшего выздоровления, решения всех проблем), и разочарование ведёт к безнадёжности и нарушает терапевтическую связь. Госпитализация (особо недобровольная) может вызвать недоверие к специалистам с отказом от лечения. Длительность лечения определена возможностью безопасно продолжить его в менее ограничительных условиях.

Усиление напряженности и импульсивности может быть объяснено реальной стрессогенной ситуацией или психопатологическими переживаниями, суицид после выписки – возможная попытка освобождения от неразрешённой жизненной ситуации на фоне невыявленной (недолеченной) депрессии при обрыве наблюдения и лечения, особо в фармакозависимой ремиссии.

Реабилитационное отделение, психоневрологический интернат (ПНИ). Врач помнит о динамическом наблюдении, даже если первоначальная оценка не выявила депрессии или риска СП, иных самоповреждающих поступков. Риск в отделениях для хронических больных и ПНИ ниже, возможно, вследствие контроля и ограничения доступа к средствам суицида и /или физической немоги и психического «дефекта». Распространённость депрессии в домах престарелых 15-50%. Физическое заболевание, функциональное ухудшение и боль, безысходность и неспособность адаптации к зависимой роли связаны с повышенным риском СП [19]. Суицидогенным фактором служит и неадекватная возможностям пациента индивидуальная реабилитационная программа, как и стихийная реабилита-

ция с учётом изначальной низкой стрессоустойчивости пациентов.

Служба в армии – типовой жизненный дистресс в связи со сломом жизненного стереотипа (отрыв от дома, муштра), возможным риском насилия (дедовщина), ПТСР после боестолкновений в «горячих точках» (видимо, скорее у контрактников). На высокий риск СП военнослужащих указывал еще Э. Дюркгейм. Однако УС в ВС РФ традиционно ниже, чем в общем населении. Некачественная работа призывных комиссий, видимо, позволяют пройти через их фильтры уязвимых личностей, в том числе с историей СП. Армия – зеркало общества и его проблем. Министерство обороны не публикует статистику об умерших от всех причин смерти военнослужащих, но, по оценочным данным, смертность в российской армии (в том числе от суицидов) в абсолютных числах сопоставима с двое меньшими по численности Вооружёнными силами США (сходно и соотношение УС населения в странах). Каждый третий суицид совершает новобранец. До половины суицидов – в первые три месяца службы. Доля суицидов от общего числа небоевых потерь, по отдельным данным, в российской армии в первое десятилетие XXI в. составила до 50%, тогда как в конце XX в – 20%. У российских военнослужащих с *автоагрессивным* поведением в стационаре установлены *диагнозы* расстройства личности – 25%, органические психические *расстройства* – 45%, неврозы и нарушения адаптации – 29%. По данным психологической *аутопсии* в группе суицидов отмечены пограничная *непсихотическая* патология в 35%, *хронический* алкоголизм – в 22%, *психозы* – в 8,5%. Отсутствовали данные о психическом расстройстве лишь в трети случаев [20]. Показательна видимая недодиагностика аффективных расстройств. Доступ к оружию повышает риск убийств-самоубийств, что становится достоянием СМИ. Возможно, сокращение срока срочной службы, целевое обучение командиров, армейских врачей и психологов, меры поственции сократят УС и самоповреждений.

Тюрьма и исправительные учреждения [4, 21]. Большинство первоначальных оценок не проводят психиатры. В следственных изоляторах риск суицида (обычно самоповешение с помощью постельных принадлежностей), возможно, в 20 раз выше, чем в тюрьмах, особо в первые дни. Типовой портрет – молодой, одинокий с историей злоупотребления ПАВ. Неясно, выше ли риск у насильников. Риск СП высок в начале отбывания наказания, отказе в условно-досрочном освобождении

дении, после плохих новостей из дома, сексуального нападения или травмы.

Врачебные ошибки как фактор риска СП.

*Врачебная небрежность* подтверждена тремя требованиями: 1) несоблюдение осторожности («не навреди»); 2) несоблюдение стандарта медицинской помощи (рекомендованной клинической практики при его отсутствии) для выполнения этой обязанности; 3) в результате причинён вред и / или нанесён предсказуемый и предотвратимый вред пациенту (суицидальная смертность – принципиально предотвратима, как и суицидальные попытки и их медицинские последствия). Следует иметь в виду ущерб (психотравма, потеря кормильца, соучастие в лечении последствий парасуицида) для близких суицидента, возможно, нуждающихся в поственции.

При предсказуемом, но непредвиденном самоубийстве видима неверная оценка риска. При предсказуемом, но не предотвращённом суициде врача (медперсонал) обвинят в отсутствии должного надзора и / или мер стеснения с установленным риском самоубийства. Преждевременная или небрежная выписка, неоправданная свобода передвижения (скорый вывод из надзорной палаты) могут быть основаниями предсказуемого, но непредвиденного самоубийства.

*Типы клинических ошибок* при ведении суицидента следующие:

1. *Диагностические*: ошибочная или запоздалая оценка факторов суицидального риска, включая выявление симптомов депрессии или игнорирование дистресса нежелательных действий терапии.

2. *Лечебные* (самая частые, но и наиболее предотвратимые): ошибка в процессе лечения (недоучёт несоблюдения лекарственного режима); откладывание начала лечения (не путать с «бдительным ожиданием» в безопасных условиях).

3. *Профилактические*: отсутствие профилактического лечения, ненадлежащее наблюдение.

4. *Другие*: отсутствие коммуникации (связей специалистов, звеньев стационарной и внебольничной помощи).

Отсюда ошибки психиатра возможны при планировании действий или при выполнении их. Личностный объяснительный подход сосредоточен на ошибках отдельного человека: его обвинят в невнимательности, профессиональной несостоятельности. Системный подход позволит понять происхождение ошибки и предотвратить её впредь или смягчить их последствия. Первый подход доминирует, и ле-

чебные учреждения с трудом преодолевают соблазн обвинить определённого сотрудника или выгородить его без усилия всестороннего (гласного) анализа ошибки.

*При защите против обвинений в самоубийстве пациента* как врачебной небрежности предстоит доказать следующее: врач действовал согласно рекомендованной клинической практике (заменяющей стандартов психиатрической помощи), отсутствие данных о суицидальном риске объяснимо (например, неотложной госпитализацией в первом эпизоде психоза); свобода передвижения была оправданной (пациент обоснованно выведен на прогулку, выписан с обеспечением преемственности контроля и помощи); решение врача в отношении диагноза (актуальности суицидального риска) и / или курса лечения обосновано; чрезвычайные обстоятельства не позволили соблюсти надлежащие меры предосторожности или применить меры стеснения.

Уровень риска СП, определяя условия лечения, зависит от неустойчивого баланса факторов риска самоубийства и антисуицидальных факторов: первые важно коррегировать, вторые – укрепить.

Качество помощи суициденту основано на концепции «предсказуемости», включающей детальный психиатрический анамнез, факторы риска, антисуицидальные факторы и план лечения, препятствующий суициду. Суицид предотвратим, если предсказуем, но предсказуемость не однозначна предотвратимости. Суицид можно предотвратить и в последний миг (незавершённый суицид), но он не всегда предсказуем.

Задача психиатра, как любого врача, сводится к диагностике суицидального риска. На высокий суицидальный риск указывают переживания жизненного краха, непреодолимости обстоятельств, бессилия и невозможности реализации актуальной потребности, отсутствия путей разрешения конфликта. Необходимо изучать «антисуицидальные факторы личности» – установку и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений: представления о позорности самоубийства, боязнь посмертного осуждения, нежелание причинить боль близким, обязанности перед людьми и обществом. Если суицидогенные факторы, слабость антисуицидальных установок, социально-демографические, индивидуально-психологические и иные факторы суицидального риска, диагностика повышенного суицидального риска достоверна.

Неоднородное СП – результирующее личностной уязвимости, изменения работы мозга и

воздействия окружающей среды. Ни традиционная медицинская, указывающая роль психопатологии (особо депрессии, зависимости от ПАВ), ни психосоциальные, подчеркивающие значение социальной изоляции и обременительности, адекватно не объясняют возрастное увеличение числа самоубийств. Важность различных факторов уязвимости к СП могут измениться с возрастом. Сложный характер СП представлен изменчивым и многофакторным созвездием компонентов, действующих вместе, но отличных у разных людей. Клиническая оценка риска самоубийства на основе ответа

пациента, в котором интегрируются известные риски, уязвима. Менее трети пытающихся совершить самоубийство, раскрывают суицидальные мысли, и подавляющее большинство людей, выражающих суицидальные мысли, никогда не предпримут попытки. Мониторинг воздействия ранней жизни и недавних событий среди уязвимых лиц должен быть частью оценки риска и лечения. Защитные (антисуицидальные) факторы противодействуют стрессогенным, создавая относительное динамическое равновесие (до поры).

## Литература:

1. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб. / Росстат. М., 2017. 263 с.
2. Любов Е.Б., Сумароков Ю.М., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 23-30.
3. Семёнова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершённых суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 2: 42-45. Семёнова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершённых суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 2: 42-5.
4. Кузнецов П.В. Оценка мотивов суицидального поведения у следственно-арестованных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (2): 32-3.
5. Разводovsky Ю.Е. Потребление алкоголя и гендерная разница уровня суицидов в Беларуси. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (3): 19-23.
6. Совков С.В. Вопросы помощи женщинам с психическими нарушениями в послеродовом периоде. *Научный форум. Сибирь*. 2015; 1 (1): 139-40.
7. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико - эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232 с.
8. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации, 1980. 14 с.
9. American Psychiatric Association (APA) *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association, 2003. 164 p.
10. Chiles J.A., Strosahl K.D. *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington DC and London, UK: American Psychiatric Publishing Inc; 2005.
11. Fowler Ch. Suicide Risk Assessment in Clinical Practice: Pragmatic Guidelines for Imperfect Assessments. *Psychotherapy*. 2012; 49: 81-90.
12. Haney E.M., O'Neil M.E., Carson S. et al. Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A Systematic Review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US), 2012.
13. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 1997; 170: 205-28.
14. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения. *Суицидология*. 2011; (1): 3-7.
15. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В. и др. Суициды / Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. С. 553-559.
16. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 23-9.
17. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56-76.
18. Ваулин С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Дисс... докт. мед. наук. М., 2012. 310 с.
19. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3-24.

## References:

1. Demograficheskiy ezhegodnik Rossii. 2017: Stat. sb. / Rosstat. M., 2017. 263 c. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North. *Suicidology*. 2015; 6 (3): 23-30. (In Russ)
3. Semjonova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh suicidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija). *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2012; 2: 42-45. Semjonova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh suicidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija). *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2012; 2: 42-5. (In Russ)
4. Kuznetsov P. V. evaluation of motives of suicidal behavior in the investigative-arrested. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (2): 32-3. (In Russ)
5. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and gender gap in suicide mortality in Belarus. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (3): 19-23. (In Russ)
6. Sovkov S.V. Issues of assistance to women with mental disorders in the postpartum period. *Scientific forum. Siberia*. 2015; 1 (1): 139-40. (In Russ)
7. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie (kliniko - jepidemiologicheskie i jetno-kul'tural'nye aspekty). M.: RIO «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. 232 s. (In Russ)
8. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii, 1980. 14 s. (In Russ)
9. American Psychiatric Association (APA) Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association, 2003. 164 p.
10. Chiles J.A., Strosahl K.D. Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. Washington DC and London, UK: American Psychiatric Publishing Inc; 2005.
11. Fowler Ch. Suicide Risk Assessment in Clinical Practice: Pragmatic Guidelines for Imperfect Assessments. *Psychotherapy*. 2012; 49: 81-90.
12. Haney E.M., O'Neil M.E., Carson S. et al. Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A Systematic Review. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US), 2012.
13. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 1997; 170: 205-28.
14. Zotov P.B., Umansky S.M. Clinical forms and dynamics of suicidal behavior. *Suicidology*. 2011; (1): 3-7.
15. Demcheva N.K., Jazdovskaja A.V., Sidorjuk O.V. i dr. Suicidy / Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli dejatel'nosti psihiatricheskikh sluzhb v Rossijskoj Federacii (2005-2013 gg.): Statisticheskij spravochnik. M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2015. S. 553-559. (In Russ)
16. Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide in outpatient mental health care hospital: lessons from consecutive case series. *Suicidology*. 2016; 7 (2): 23-9. (In Russ)
17. Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56-76. (In Russ)
18. Vaulin S.V. Suicidal'nye popytki i nezavershennye suicidy (gospital'naja diagnostika, optimizacija terapii, profilaktika): Diss... dokt. med. nauk. M., 2012. 310 s. (In Russ)
19. Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients*. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3-24. (In Russ)



20. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы (клиника, типология, факторы риска): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, М., 2003.
20. Vol'nov N.M. Autoagressivnoe povedenie u voennosluzhashhih srochnoj sluzh-by (klinika, tipologija, faktory riska): Avtoref. diss. ... kand. med. nauk, M., 2003. (In Russ)
21. Зотов П.Б. Суицидальное поведение заключённых следственного изолятора. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (2): 3-11.
21. Zotov P.B. Suicide behavior of detained in custody. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (2): 3-11. (In Russ)

## DIAGNOSTICS OF SUICIDAL BEHAVIOR AND SUICIDE RISK EVALUATION. REPORT II

*E.B. Lyubov, P.B. Zotov*

Moscow Institute of Psychiatry branch of Nacional medical research Centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Russia, lyubov.evgeny@mail.ru  
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia, note72@yandex.ru

**Abstract:** The second part of the report identifies and details the group risk factors for suicidal behavior (SB) in the context of interaction with individual risk factors of SB. SB risk is different in ethnic, socio-demographic, professional, clinical, partly intersecting groups. In the absence of a single absolute, the relative risk factors of the SB indicate that they belong to the risk group. A suicide attempt in the anamnesis is the strongest known predictor of the suicide behavior. The risk factors for suicide and suicide attempts overlap, but are not identical. Protective (anti-suicidal) factors counteract stressors, creating a relative dynamic balance. Such attitudes – overstraining, impeding, delaying the implementation of the SB concept – indirectly indicate the ambivalence of the intention of "to be or not to be". By definition, they are the antithesis of the factors of suicidal risk. "Reasons to live" as a measure of optimism are not a question for those who have overcome the crisis: arguments for life – return to the stage of fighting between suicidal and anti-suicidal tendencies. The more protective factors, the higher the anti-suicide barrier of an individual, the less risk of a SB. Incorporating after the appearance of suicidal intent, anti-suicidal tendencies are determined by the emergence of positive emotions in relation to the past and present. The "typical portrait" of a suicidal person unites a set of various risk factors: a middle-aged Caucasian man, an unemployed person, suffering from a corporal with chronic pain syndrome and limited in his daily functioning (disabled) and / or suffering from a psychiatric disorder (depression and / or anxiety), abusing substances, evading treatment, with a history of suicidal attempt, aggressive, having a background of micro-social conflict (such as a family disorder). Psychological strengths and weaknesses (vulnerability) vary on an individual level. Most factors (including sex) are subject to changes throughout life.

*Key words:* suicidal behavior, risk factors, antisuicidal factors, diagnosis, prognosis

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-30.

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 16-30. (In Russ)

УДК 616.89-008

## ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА

*В.А. Розанов, П.Е. Григорьев*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия  
ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: (953) 374-11-41. Электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Григорьев Павел Евгеньевич – доктор биологических наук, доцент (SPIN-код: 2691-2533; ORCID iD: 0000-0001-7390-9109; Researcher ID: K-6139-2016). Места работы и должности: 1) Заведующий кафедрой медицинской физики и информатики Физико-технического института (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». Адрес: 295007, г. Симферополь, пр-т Вернадского, 4; 2) Профессор кафедры общей и социальной психологии Института психологии и педагогики ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет». Адрес: 625003, г. Тюмень, ул. Володарского, 6. Телефон: (978) 767-22-10, электронный адрес: grigorievpe@cfuv.ru

Самоубийство подвержено разнообразным влияниям со стороны факторов окружающей среды. Наиболее ярко это проявляется в неоднократно подтверждённой сезонности суицидального поведения – наличии весенне-летнего и менее выраженного осеннего подъёма. Это явление может быть связано как с биологическими (терморегуляция, инсоляция, продолжительность светового дня), так и с социальными факторами, которые также обычно приурочены к естественной сезонности. Подъёмам суицида сопутствуют (и частично их объясняют) сезонные обострения психических расстройств, агрессивного поведения, психологических состояний, связанных со сменой времён года. Предположение о том, что сезонность суицида будет ослабевать по мере урбанизации, далеко не всегда подтверждается в многолетних наблюдениях. Человек, несмотря на свою власть над природой, по-прежнему, зависит от множества биологических ритмов (циркадианных, инфрадианных и ультрадианных), что отражается в том числе на частоте суицидов в течение каждого месяца, недели и суток. Объективное выявление различных колебаний суицидальности представляет собой непростую статистическую задачу, использование разных методов анализа, различия в выборках и географические вариации приводят к неоднородным результатам. Кроме того, на циклические колебания накладываются эффекты, связанные с аperiodическими погодными явлениями и влияниями, обусловленными различными физическими факторами внешней среды как естественными (гелио-геомагнитные возмущения, космическая погода), так и техногенными (искусственные магнитные поля различных характеристик). Не исключено, что одним из провоцирующих факторов может выступать инфразвук, обусловленный экстремальными вариантами погоды. Что касается влияния на частоту суицидов фаз лунного цикла, данные исследований противоречивы. Ряд работ, посвящённых Чернобыльской катастрофе и другим радиационным авариям, свидетельствуют о возрастании частоты суицида вследствие комбинированного воздействия радиации и стресса из-за субъективно воспринимаемой опасности ионизирующей радиации. Другие экологические загрязнения, в том числе смог и деградация окружающей среды в целом сопутствуют повышенному уровню суицида. Предложена обобщающая схема патогенеза циклических и аperiodических подъёмов суицидальности под влиянием экологических факторов, использующая в качестве центрального феномена стресс-уязвимость и объясняющая их действие с позиций стрессовых эффектов и обострений хронических соматических заболеваний и психических расстройств.

*Ключевые слова:* самоубийство, суицидальная попытка, сезонность, погодные явления, метеоусловия, терморегуляция организма, инсоляция, календарные события, гелиогеофизические влияния, радиационный фактор, электромагнитные поля, экологические загрязнители, стресс, стресс-уязвимость

Зависимость поведения, эмоций, самочувствия, физиологических и болезненных проявлений у человека от сезонных, гелиогеофизических и прочих экологических факторов – хорошо установленное явление [1-3]. Иногда высказывается мнение, что современное человечество стало менее зависимым от этих природных влияний в силу кардинальных изменений условий жизни и питания, невероятной мобильности, изменившегося характера труда, который всё меньше зависит от сезонности и суточных ритмов. Однако эта тенденция не подтверждается – несмотря на все достижения цивилизации, особенно связанные с получением относительно дешёвой электроэнергии и появлением возможности работать по ночам, что полностью противоречит природе. Новые исследования убедительно подтверждают, что циркадианные ритмы по-прежнему остаются важнейшими регуляторами поведения и физиологии в целом [3]. То же касается инфрадианных (недельных, лунных, годовых ритмов), а также гелиогеомагнитных влияний, отражающих многолетние ритмы солнечной активности [4]. Что касается магнитных полей и неионизирующих излучений, то современный урбанизированный человек, как правило, существует в условиях депривации естественных полей и постоянного действия искусственных, причём

патологические последствия этого ещё недостаточно изучены. На этом фоне определённое влияние на здоровье, самочувствие и настроение огромных масс людей продолжают оказывать геомагнитные возмущения, вспышечная активность Солнца, смены полярности межпланетного магнитного фона, вариации космических лучей и другие явления космической погоды, которые через взаимодействия с магнитосферой и ионосферой Земли преобразуются в сложный и изменяющийся электромагнитно-акустический фон среды обитания. Возможны также неблагоприятные поведенческие эффекты антропогенных и техногенных химических загрязнений. Все это может отражаться и на суицидальности.

Суицидальное поведение изучается в связи с физическими явлениями природы достаточно длительное время. Это связано с тем, что сезонность суицида, как и сезонность психических расстройств, была замечена довольно давно, ещё на заре медицины [5, 6]. В последние годы несколько независимых исследований сообщили об ослаблении сезонности суицида, причём в различных регионах мира [7-10]. Этот эффект обычно связывают с нарастающей урбанизацией [10].

Ранее мы анализировали динамику суицидов в связи с естественными природными и

антропогенными факторами [11]. В числе естественных факторов рассматривались сезонность, гелиогеомагнитные связи, гравитационные эффекты Солнца и Луны, естественное магнитное поле Земли и степень его контрастности, климат, ландшафт, погода, метеоявления и процессы; в числе антропогенных и техногенных – физическое и химическое загрязнение окружающей среды. В настоящем обзоре мы поставили своей целью рассмотреть новейшие работы в этой области, и на этой основе уточнить существующие представления о связи суицидального поведения с экологическими влияниями.

*Сезонные колебания суицидального поведения.*

Дюркгейм выделял два больших класса факторов, провоцирующих суицид – социальные и космические, или асоциальные факторы. Нас в данном случае интересуют такие факторы, как время года, день недели и время дня, когда суицид наиболее вероятен. В то же время, все сезонные процессы и явления, несомненно, связаны с социальными процессами и явлениями, «привязанными» к календарю, трудовому циклу и ко времени суток.

Особенно часто исследователи отмечают в качестве провоцирующего сезонного фактора весенний период. Повышенная частота самоубийств весной замечена, начиная с периода Средневековья [5]. При детальном анализе большого массива данных (257341 случай самоубийств из регистра смертей в Швеции и Финляндии начиная с 1750 г.) статистически подтверждены два подъёма уровней самоубийств – весенний – в мае и осенний – в октябре [12]. Весенний пик в Финляндии характерен как для мужчин, так и для женщин, в то время как осенний – в большей степени для женщин, причём оба пика совпадают со скачками температуры внешней среды, то есть, связаны с быстрыми переходами от зимы к весне и лету и наоборот [12, 13]. В работе MacMahon (1983) проанализированы более 180 тыс. случаев самоубийства в США в период с 1972 по 1978 гг., были обнаружены сезонная (весна), месячная (максимумы в марте и в мае) и недельная (пик в понедельник) ритмика [14]. В Японии также выявляется достоверный подъём в весенне-летние месяцы и отдельно в октябре [15]. В Бразилии заметен пик ранней весной и летом и снижение осенью и зимой [16, 17]. В нашем исследовании (Юг Украины) также выявлен подъём ранней весной-летом и в октябре, причём это касалось как завершённых суицидов, так и суицидальных попыток,

но с некоторыми временными особенностями [18]. В Ирландии за 22 года наблюдений (1980–2002 гг.) выявлена слабо выраженная сезонность (превышение над среднегодовыми уровнями в пределах 7%), причём, в отличие от других исследований, сезонная вариабельность к концу срока наблюдений росла [19]. В то же время, в Тасмании (Австралия) сезонность суицидов не выявлена вообще [20]. Все это говорит о влиянии множества факторов, среди которых географическая широта и контрастность температур могут являться ведущими. Кроме того, необходимо иметь в виду, что объективное доказательство сезонных колебаний и возможность отличить их от случайных отклонений представляет собой далеко не тривиальную математическую задачу, а использование разных статистических методов порождает порой неоднородность выводов. Тем не менее, наличие весеннего и несколько менее выраженного осеннего подъёмов признается практически всеми авторами [21].

В ряде исследований изучение сезонности сопровождается не только анализом половых различий, но и учётом используемых методов самоубийства. Так, исследование в Финляндии выявило, что повешение демонстрирует весенний подъём как среди мужчин, так и среди женщин, в то время как в летние месяцы среди мужчин чаще выявляется утопление, падения с высоты и отравления бытовым газом; осенний пик среди женщин отличается большей частотой самоотравлений и утоплений. В целом весной преобладают самоубийства с использованием более агрессивных методов [22]. В США, где в последние годы резко возросло потребление опиоидных анальгетиков, смертельные случаи от намеренной передозировки также подвержены сезонным колебаниям с подъёмами весной-летом, причём в более южных широтах подъём смещался на более поздние месяцы лета [23]. В исследовании из Турции авторы не выявили особенностей методов в связи с сезонностью (которая в данном случае была вполне типичной – пики весной и осенью), однако сумели установить, что во время осеннего подъёма самоубийства чаще ассоциированы с психологическими проблемами суицидентов [24].

Ряд исследований посвящён более детальному разбору, в какой степени сезонность ассоциируется с причинами суицида и наличием психического расстройства. Так, в работе из Италии на материале 57796 случаев самоубийства за период с 1984 по 2000 гг. показано, что те или иные психические расстройства сопут-

ствуют суициду среди мужчин в 35% случаев, среди женщин – в 51% случаев. При этом суициды, ассоциированные с психическими расстройствами, в большей степени подвержены сезонности, чем суициды, связанные с экономическими проблемами или романтическими взаимоотношениями. В целом суициды, связанные с психиатрической патологией и соматическими заболеваниями чаще встречаются весной, в то время как суициды, обусловленные экономическими проблемами – осенью или в конце года, в декабре [25]. Аналогичные результаты получены в работе из Швеции – типичный сезонный пик (весна-начало лета) был более выражен среди тех мужчин и женщин, кто страдал психическим расстройством, причём у мужчин это чаще была депрессия, в то время как у женщин – невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства. Также подтверждено, что сезонность в большей мере характерна для насильственных (агрессивных) методов [26]. Авторы работы из Дании, тем не менее, не выявили устойчивых различий в сезонности суицидов в связи психическими расстройствами за период с 1970 по 1999 гг. [27].

Опубликовано несколько обзоров по проблеме сезонности, которые по полноте охвата соответствуют уровню систематических. В работе К. Chew и R. McLeary (1995) проанализированы данные о самоубийствах за период 1960-1980 гг. по 28 странам, при этом подтверждено наличие весеннего сезонного подъема суицидальности, что даёт основание рассматривать его почти как универсальное явление. Весенний подъём уровня суицида выявлен в исследованиях, проведённых в ЮАР, Гонконге, на Тайване, в Австралии и Новой Зеландии. В других исследованиях (США, Великобритания, Италия, Финляндия, Австралия) выявлены два основных подъема – весной и осенью [28]. В недавно опубликованном обзоре авторы проанализировали все публикации по данной тематике с 1979 по 2009 гг. и пришли к выводу, что подавляющее число исследований свидетельствуют о наличии весеннего пика, что особенно характерно для мужчин, лиц старших возрастных групп и суицидов, совершённых с использованием агрессивных методов [29]. Два других обзора, вышедших почти одновременно, также подтверждают наиболее часто упоминаемую тенденцию – наличие весенне-летнего и осеннего пика [30, 31]. Разумеется, наибольший интерес представляют гипотезы и объяснения сезонности суицида с точки зрения авторов этих обзоров.

Объяснение сезонным подъёмам суицидальности ищут как среди биологических, так и среди социальных причин. Э. Дюркгейм в своих теоретических построениях в XIX веке связывал весенний подъём суицидов с повышением социальной активности, что, в свою очередь, влечёт за собой рост конфликтов, вызванных взаимоотношениями между людьми, и увеличением потребления алкоголя. Другой гипотезой, которую он высказывал, было предположение, что сезонность в большей степени касается сельского населения, а урбанизация и переезд крестьян в города ослабляет естественную связь поведения с сезонами года. Проверке этой гипотезы посвящён обзор К. Chew и R. McLeary (1995), в котором авторы анализировали весенние подъёмы суицидов в 28 странах мира с учётом доли сельского населения, и в целом нашли подтверждения тому, что по мере индустриализации эти подъёмы ослабевают. Более того, они полагают, что осенние подъёмы (более характерные для женщин) тоже обусловлены индустриализацией, урбанистическим стилем жизни и, возможно, связаны с календарём учебных учреждений. По некоторым данным эти пики представлены активностью женщин, имеющих детей школьного возраста, кроме того, это могут быть суициды среди студентов [28]. Авторы также обращают внимание на биоклиматические факторы, но не считают их ведущими, подчеркивая, что их влияние распространяется только на средние широты с умеренным климатом. Здесь уместно привести результаты исследования из Японии, в котором авторы проанализировали цикличность суицидов среди подростков и молодых людей (6-26 лет) и сопоставили их со школьным календарем. Оказалось, что подъёмы суицидов среди подростков-школьников (12-15 лет) и студентов (15-18 лет) происходили вблизи дат начала учебных занятий, в частности, в апреле и сентябре [32]. В таком же ключе можно рассматривать работу из Австрии, в которой авторы проанализировали суициды в пенитенциарной системе за 53 года, и обратили внимание на отсутствие выраженной сезонности, объясняя это тем, что в условиях оторванности от привычных социальных процессов влияние природных ритмов ослабевает [33].

В обзоре [29] обсуждается более широкий спектр гипотез, в частности, помимо уже упомянутой социально-урбанистической гипотезы, поднимается вопрос о психологических и нейробиологических механизмах. С точки зрения психологии интерес представляет гипотеза

«несбывшихся надежд», которая объясняет разнообразные циклические подъемы суицидов в связи с сезонами, отдельными месяцами года, днями недели и значимыми датами [34]. Действительно, в работе М. Rocchi и С. Perlini (2002), выполненной на 35-летнем статистическом материале (завершённые суициды в моноэтническом регионе центральной Италии) с использованием методов циркулярной статистики, показано повышение частоты самоубийств в начале недели (понедельник), в марте-апреле, а также достаточно неожиданное и трудно поддающееся истолкованию повышение частоты в начале каждого сезона [35]. Возможны и другие психологические объяснения. Так, представители мировой культуры (часто страдавшие депрессией) писали об особых настроениях близости смерти, которые может испытать депрессивная личность в окружении залитой солнцем природы. Как писал поэт Томас Элиот, «апрель – жестокий месяц». Как известно, Александр Сергеевич Пушкин, чья циклоидность и связь творческой активности с природой хорошо известны, отмечал прилив сил осенью и зимой («И с каждой осенью я расцветаю вновь; Здоровью моему полезен русской холод»), и своё болезненное состояние весной («...я не люблю весны; Скучна мне оттепель; вонь, грязь – весной я болен; Кровь бродит; чувства, ум тоскою стеснены. Суровою зимой я более доволен»). С психологических позиций весенний подъём уровня суицидов можно объяснить ещё и тем, что в поздний осенний период депрессивная личность экстернализирует, то есть частично «оправдывает» свою депрессию состоянием природы. С приходом весны усиливается конфликт между внешним расцветающим и внутренним мрачным и бесцветным миром [5].

Авторы обзоров также обращают внимание на то, что весна является периодом более частого обострения психических заболеваний. С этой точки зрения учащение суицидов в весенний период может быть сопутствующим проявлением обострения психопатологии. Это подтверждается тем, что во многих уже упомянутых исследованиях цикличность суицидальности сильнее проявляется среди тех, кто имел то или иное психическое расстройство. Более того, замечено, что среди больных шизофренией самоубийства чаще происходят весной [36]. В связи с этим обсуждается роль природных циклов уровня серотонина, мелатонина и других важнейших медиаторов в ЦНС. Так, есть данные, что уровень серотонина в плазме крови выше всего летом и снижается осенью, а

концентрация его основного метаболита 5-гидрокси-индол-уксусной кислоты наоборот, снижается ранней весной и повышается летом и осенью [37, 38].

Вторым по значимости периодом учащения суицидов является осенний период: в это время увеличение числа завершённых суицидов и суицидальных попыток традиционно связывается с сезонным аффективным расстройством. Депрессию осеннего периода принято связывать с уменьшением инсоляции, сокращением длительности светового дня и увеличением длительности ночи. В последнее время достигнут прогресс в понимании роли эпифиза и секретируемого им мелатонина в регуляции эмоционального статуса, а также полового поведения в связи с изменениями режима инсоляции. Эпифиз интересен тем, что в нем метаболизм серотонина протекает намного интенсивнее, чем в ткани мозга, помимо этого, в эпифизе более активны ферменты, обеспечивающие превращение серотонина в мелатонин – важнейший регулятор суточных ритмов. Содержание мелатонина снижается под влиянием света и повышается в темноте, однако, несмотря на явную связь с ритмом смены дня и ночи, колебания уровня мелатонина имеют свою собственную, независимую от света цикличность. При экспериментальной слепоте они сохраняются, хотя и в изменённом виде [39]. Связь серотонина и мелатонина (метаболическая и функциональная) в сочетании с расшифровкой физиологических механизмов влияния света, воспринимаемого органом зрения, на интенсивность их взаимопревращений даёт некоторое объяснение возникновению сезонных депрессий. В то же время это не единственный механизм: в патогенезе сезонного аффективного расстройства имеет значение множество факторов – метаболические дисфункции дофаминовой и норадреналиновой медиаторных систем, изменения, связанные с нейропептидом Y, система реагирования на стресс и уровень кортизола, а также генетические факторы, определяющие предрасположенность к депрессии в целом, например, носительство некоторых вариантов генов системы серотонина и других медиаторов в нервной ткани [41].

Роль инсоляции и длительности светового дня в генезе сезонной цикличности обсуждается во многих обзорах и в отдельных исследованиях в контексте роли биоклиматических (в противовес социальным и психологическим) факторов. Так, сравнительное исследование на материале суицидов в Греции, в штате Викто-

рия в Австралии и в Норвегии (регионы с существенно отличающимся числом солнечных дней в году) показало, что сезонность на самом деле в значительной мере опосредуется степенью инсоляции [41]. Исследователи из Калифорнии обращают внимание на то, что в Лос-Анджелесе и графстве Сакраменто сезонность суицидов не выявляется, однако если обращать внимание на несколько последовательных дней с инсоляцией ниже и выше среднегодовой, то выясняется, что в последующие за повышением инсоляции 21-25 дней число суицидов снижается, в то время как в последующие за снижением инсоляции 10 дней – повышается [42]. В работе из Швеции авторы искали связь суицида с числом солнечных дней в месяце применительно к лицам, получающим и не получающим антидепрессанты. Оказалось, что увеличение инсоляции у тех, кто принимает антидепрессанты, стимулирует суицидальную активность [43].

В целом ряде работ суицидальность увязывается с температурой внешней среды. Так, по данным финской популяции наблюдается тесная корреляция между дневным температурным диапазоном (разницей между максимальной и минимальной температурой суток) и частотой суицидов, причем только для мужчин [44, 45]. Авторы выдвигают гипотезу о том, что суицидальность может быть связана с гиперактивностью бурого жира, участвующего в терморегуляции и управлении энергетическим балансом и аппетитом. Предполагается, что длительный зимний холодный период сопровождается перестройкой метаболизма в угоду выносливости к холоду за счёт снижения толерантности к жаре. Соответственно дважды в году, весной, при быстром переходе к весеннему теплу, и осенью, при переходе к холодной погоде, потребность адаптироваться провоцирует тревогу и психомоторное возбуждение, и негативно сказывается на эмоциональном состоянии [12, 44, 45]. Таким образом, «быстрота» смены сезонов (контрастность температур) может иметь большое значение. Интересно в связи с этим отметить, что повышение температуры сказывается в большей мере на суицидах, совершённых насильственными методами [46].

Здесь необходимо отметить, что повышение температуры внешней среды отражается на многих поведенческих и патологических проявлениях. Ещё Ломброзо заметил, что чем резче происходит температурный переход, тем более выражено весеннее обострение психических расстройств. Жара также является провокатором агрессивности: известно, что массовые

беспорядки, коллективные агрессивные действия и немотивированная агрессия чаще происходят в жаркие дни [47]. В целом, вопрос о том, что же является более важным фактором весенне-летней активации суицидальной активности – инсоляция или температурный скачок, остаётся открытым. С одной стороны, эти два фактора, безусловно, коррелируют между собой, с другой – имеют значение каждодневные показатели, контрастные скачки, неожиданные изменения привычного ритма и т.д. Так, в одной из работ, выполненной на Тайване, авторы подчеркивают, что имеет значение любой резкий подъём температуры в течение месяца, даже вне связи с сезонностью [48].

Следует подчеркнуть, что завершённые суициды и суицидальные попытки, несмотря на очевидную связь между ними, могут давать различные сезонные паттерны распределения. По нашим данным (11-летний мониторинг суицидов и попыток в городе-миллионнике, с 2001 по 2011 гг.), в условиях мягкого умеренного климата частота попыток в месяц нарастает, начиная с марта, достигает пика в июле, после чего следует спад и новый отчётливый подъём в октябре [18]. Смертельные случаи запаздывают – их больше всего в мае, они держатся на высоком уровне в течение лета и также демонстрируют осенний подъём в октябре, однако все колебания менее выражены. В работе из Ирана авторы отмечают максимальный подъём частоты попыток в июне и в ноябре [49]. Репрезентативное исследование из Гонконга выявило два пика попыток у женщин (в мае и октябре) и только один пик у мужчин в летние месяцы. Второй пик осенью был представлен в основном женщинами, совершающими попытки небольшой степени тяжести и с использованием ненасильственных методов. Однако в этой же работе не было выявлено существенных различий в сезонном паттерне завершённых суицидов у мужчин и женщин [50]. В работе, выполненной в северном регионе (Аляска), авторы выявили только один пик суицидальных попыток с апреля по август [51]. В обзоре по данной проблеме авторы, основываясь на анализе 29 исследований из 16 стран, приходят к выводу, что наиболее заметным фактом является подъём частоты суицидальных попыток весной и летом, при этом в трех работах сезонность не была выявлена [52].

Таким образом, наиболее часто подтверждаемое явление – это весенне-летний подъём частоты суицида, вторым по частоте упоминаемый в литературе является осенний подъём. Первый почти в равной мере характерен для

мужчин и женщин, второй – в большей мере для женщин. Сезонный паттерн суицидов и суицидальных попыток немного различается: похоже, что подъёмы частоты попыток начинаются более ранней весной. Весенний подъём более ярко выявляется в отношении суицидов, совершаемых наиболее травматичными методами, то есть просматривается связь с намеренностью суицидального акта. В генезе весеннего подъёма, очевидно, смешиваются как биоклиматические (инсоляция, температурные влияния), так и социальные факторы, в генезе второго подъёма в основном усматривается связь с сезонным аффективным расстройством. Если говорить о температурном факторе, то большое значение имеет быстрый переход (контрастность) температур при смене сезонов. Поскольку в разное время степень этой контрастности различна, выраженность весеннего скачка смертности различается в разные периоды наблюдений. Это осложняет анализ данных, требует все более изощренных математических методов для доказательства цикличности. Несмотря на все эти сложности, весенний подъём суицидальности можно считать доказанным и многократно подтвержденным. Поэтому факт быстрой, а не постепенной смены температурного режима может служить основанием для активизации превентивных мер там, где это возможно (школы, университеты, воензированные и прочие организованные коллективы).

*Суицидальное поведение и погодные факторы и явления.*

Связь с солнечным светом и температурой заставляет задуматься и над другими погодными явлениями, которые так или иначе связаны с инсоляцией и сезоном года, но могут быть аperiodическими. Имеются в виду влажность, дождь, туман, ветер, барометрическое давление и другие параметры. Влияние этих факторов трактуется в рамках представлений о климатофизиологии человека, возникновении метеотропных реакций, связанных, прежде всего, с реагированием всей системы нейрогуморальной регуляции организма, в частности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а также вегетатики, включая все её центральные и периферические механизмы [1]. Нет сомнений в том, что определённая часть человеческой популяции отличается повышенной чувствительностью к факторам погоды, демонстрируя реакции, значительно более выраженные, чем основная масса людей.

В уже упомянутой работе [48] авторы выявили, что дождливая погода (Тайвань) коррелирует со снижением самоубийств среди мужчин, но не среди женщин. В работе из Финляндии (значительно более северного региона) авторы установили, что суицидальные попытки среди мужчин более часты в дни с пониженным атмосферным давлением, в то время как у женщин суицидальное поведение ассоциировано с повышением барометрического давления [53]. В работе из региона Балкан авторы показали, что риск суицидальной попытки также выше в дни со сниженным давлением, как максимальным, так и градиентным (в данном случае падение давления выступает провокатором) [54]. По данным мета-анализа 27-ми исследований, в пяти из них никакой связи с погодными явлениями не было выявлено, в остальных получены противоречащие результаты: в большинстве суициды положительно коррелировали с температурой окружающей среды, но были и противоположные данные [55]. Автор обращает внимание на то, что интуитивно ожидаемая тенденция, например, рост суицидальности в связи с неприятной, дождливой или холодной погодой, никак не подтверждается, наоборот, самоубийства чаще встречаются в солнечные дни, при благоприятных погодных условиях и т.д. Это указывает на то, что суицид представляет собой скорее результат взаимодействия индивидуально-личностной психопатологии с климатическими и погодными факторами. Суицид – это итог ситуации, при которой внутренний конфликт и переживания получают дополнительные влияния извне, возможно – по механизму «последней капли» или в силу невыносимой контрастности внутреннего и внешнего мира [55].

Известна связь между повышением уровня тревожности и изменениями атмосферного давления: у значительной части людей во время «барометрических ям» наблюдаются неприятные соматические ощущения (вялость, слабость, головные боли), а также снижение настроения, нарушения сна, появление необъяснимой тоски или неусидчивости [56]. В наших исследованиях выявлена слабая, но достоверная прямая линейная корреляция между температурой внешней среды ( $r=0,22$ ), влажностью ( $r=0,19$ ) и частотой суицидальных попыток. В то же время наблюдалась недостоверная слабая обратная корреляция между ежедневной частотой попыток и барометрическим давлением. Отчётливых зависимостей между другими метеофакторами (скорость и направление преобладающего ветра, прочие метеоявления) проследить не удалось [57].

Известна связь между повышением уровня тревожности и изменениями атмосферного давления: у значительной части людей во время «барометрических ям» наблюдаются неприятные соматические ощущения (вялость, слабость, головные боли), а также снижение настроения, нарушения сна, появление необъяснимой тоски или неусидчивости [56]. В наших исследованиях выявлена слабая, но достоверная прямая линейная корреляция между температурой внешней среды ( $r=0,22$ ), влажностью ( $r=0,19$ ) и частотой суицидальных попыток. В то же время наблюдалась недостоверная слабая обратная корреляция между ежедневной частотой попыток и барометрическим давлением. Отчётливых зависимостей между другими метеофакторами (скорость и направление преобладающего ветра, прочие метеоявления) проследить не удалось [57].



Таким образом, имеющиеся данные подтверждают, что аperiodические погодные явления также связаны с суицидальным поведением, в основе этой связи могут лежать сдвиги в состоянии нейромедиаторных систем мозга под влиянием метеофакторов, реакции со стороны нейроэндокринной системы стресс-реагирования, колебания артериального давления в ответ на барометрические флуктуации и другие, пока не идентифицированные физиологические механизмы. Неоднозначность результатов исследований может быть связана с тем, что обычно в расчёт берутся слишком общие показатели – статистика, охватывающая разные территории, и метеоклиматические показатели, имеющие более узкую привязку к местности.

#### *Циркадианные и инфрадианные ритмы и суицид.*

Помимо колебаний в течение года и привязки к сезонам, представляет интерес зависимость суицидального поведения человека от более коротких ритмов – месячных, лунных, околосуточных, в течение суток. Относительно наиболее «опасных» дней недели данные наблюдений существенно расходятся. В ряде публикаций указывается, что суициды чаще совершаются во вторник и под конец недели (суббота, воскресенье), в других исследованиях чаще упоминается понедельник [14, 35, 58, 59]. Суицидальные попытки чаще наблюдаются по субботам, воскресеньям и понедельникам, а также по средам [60]. По нашим данным попытки наиболее часты в понедельник, далее в середине недели их частота снижается, а затем нарастает к концу недели, достигая максимума в воскресенье. Суициды также чаще всего происходят в понедельник, но в отличие от попыток, их частота далее в течение недели снижается (с небольшим подъемом в четверг и пятницу), в субботу и воскресенье частота минимальна [18]. В то же время, итальянские исследователи не выявили существенных различий между днями недели на материале за 5 лет в Калгари [61]. В австралийском исследовании было выявлено, что во все сезоны года среди жителей Брисбейна самоубийства чаще случаются после выходных (понедельник-четверг), среди мужчин летом самоубийства чаще происходят в понедельник, в то время как зимой распределение по дням недели более равномерное [62].

Динамика в течение недели имеет в основном социальные причины (нагрузка на рабочих местах, потребление алкоголя, степень социальных контактов и конфликтов). Определённый интерес представляет связь суицидов с

общественными и религиозными праздничными датами. Суть явления заключается в снижении частоты суицидов в период, предшествующий праздничному дню и его резкое повышение непосредственно после праздничного события [63]. В западном мире такими праздниками являются Рождество, Новый Год, Пасха, в США, помимо перечисленных, ещё и День Независимости (4 июля) и День Труда. Крупное европейское мультицентровое исследование суицидальных попыток выявило, что действительно за несколько дней до католического Рождества частота попыток снижается, а сразу после праздника увеличивается на 40% [64]. В последнее время австралийские исследователи, проверив частоту самоубийств вблизи значимых дат, подтвердили подъёмы в канун Рождества и на Новый год [65]. Аналогичные данные (применительно Новому году) получены в Южной Корее, причём наиболее уязвимой группой в этом отношении оказались женатые мужчины старше 50 лет [66]. В то же время группа из Австрии не подтвердила связь с Рождеством, в то время, как выявила подъём на Новый Год, а также на Пасху. Кроме того, ими замечены подъёмы суицидов в понедельник и вторник, то есть сразу после выходных дней [67].

Факторы, которые имеют значение в данном случае – это, прежде всего, изменения ежедневной занятости людей, разочарование при возвращении к ежедневным обязанностям после праздника, увеличение потребления спиртных напитков и синдром абстиненции. Это указывает на безусловный социальный характер данного явления, однако не следует забывать, что праздники, особенно религиозные, непосредственно связаны с сезонностью и формировались веками. Могут действовать и более глубокие личностные причины. Так, для некоторых людей акт суицида может быть попыткой повторного рождения (реинкарнации), что символически может быть приурочено к такому событию, как Рождество. Эффект праздника (в частности Рождества, имеющего большое значение для всего христианского мира), просматривается далеко не всегда, что указывает на роль культурных особенностей в каждом конкретном случае [68, 69].

С точки зрения превенции определённый интерес представляет зависимость суицидального поведения от времени суток. Если говорить о завершённых самоубийствах, то ещё Дюркгейм отметил преимущественный временной период – с утра до полудня. Что касается суточной динамики попыток, то большинство пострадавших поступают в медицинские

учреждения во второй половине дня [60]. По нашим данным частота суицидальных попыток минимальна в период с часа ночи до 5-6 часов утра, после чего начинается их постепенный рост, достигающий максимума к 12-14 часам, после чего наблюдается некоторый спад и новый подъем с максимумом в 19-20 часов, вслед за которым вновь следует снижение до минимума в ночные часы [18]. Следует учитывать, что эти данные базируются на анализе обращений в городскую скорую помощь, что может не вполне отражать временной характер самих попыток. По другим данным больше всего смертельных случаев происходит в утреннее время (до 12 часов), затем частота снижается и становится минимальной с 20.00 до 8.00 [61]. Авторы обзора [31], проанализировав большое число работ, приходят к выводу, что завершённые суициды, как правило, происходят в утренние часы, в то время как попытки – в вечерние.

Интерес также представляет связь суицидального поведения с лунным циклом. Имеются примерно одинаковое количество работ как в пользу наличия связи с Луной, так и её отсутствия. Там, где выявлена статистически значимая связь, отмечается усиливающее влияние новой Луны на риск суицида [70, 71] или повышение уровней в полнолуние и новолуние по сравнению с четвертями [72]. В наших наблюдениях обнаружено повышение частоты суицидальных попыток в новолуние и полнолуние [57]. Многие патологические и поведенческие реакции организма, несомненно, зависят от фаз Луны; это невозможно отрицать, и за этим могут стоять разнообразные физиологические процессы, в том числе происходящие с участием мелатонина, серотонина и других нейромедиаторов и нейрогормонов, так или иначе вовлечённых в суицидальное поведение [2, 73]. Однако опубликованные за последние годы исследования и обзоры не подтверждают связи самоубийств с Луной, и некоторые авторы прямо говорят о развенчивании «популярного мифа» [74, 75]. Вероятнее всего «лунные влияния» все-таки существуют, но они настолько слабы, что все остальные циклические эффекты не позволяют их объективно доказать при том уровне статистического анализа, который сегодня имеется в арсенале исследователей, занимающихся зависимостью поведения от природных факторов.

*Вариации космической погоды в среде обитания и суицидальное поведение.*

Еще одним фактором, с которым, так или иначе, ассоциировано суицидальное поведение, являются природные и искусственные

электромагнитные поля и акустические волны. Электромагнитный и акустический фон среды обитания человека складывается из факторов «космической погоды», обусловленной вариациями солнечной и геомагнитной активности, солнечных и галактических космических лучей. Геомагнитная активность солнечного происхождения реализуется путём изменения скорости и плотности солнечного ветра, квазирегулярных смен полярности межпланетного магнитного поля, а также разного вида магнитных бурь и возмущений. Кроме того, отдельным фактором космической погоды являются галактические космические лучи – ядра элементов, электроны и позитроны, приходящие из межзвездной среды с высокими энергиями. В результате взаимодействия с оболочками Земли, прежде всего, магнитосферой и ионосферой, эти факторы космической погоды уже непосредственно в среде обитания преобразуются в характерные паттерны электромагнитных волн широкого диапазона – от  $10^6$  Гц до ультрафиолетового излучения.

Следует иметь в виду, что факторы космической погоды накладываются на конкретные особенности электромагнитно-акустического фона, характерного для места пребывания, нахождения, производственной деятельности и проживания человека (метрополитен, близость к линиям электропередач и вышкам сотовой связи, геомагнитные аномалии местного и регионального характера, электромагнитное загрязнение в конкретных местах городов и промышленных зон, в квартирах и т.д.). При этом изменения электромагнитного фона, вызванного космической погодой, намного лабильнее и динамичнее – при проживании в одном и том же месте, следованию одинаковому графику жизни они действуют так же, как и обычная переменчивая погода. Только в отличие от большинства факторов обычной погоды (влажность, температура и т.д.), организм не обладает специфической чувствительностью к электромагнитным полям вне видимого диапазона. Более того, сверхнизкочастотные электромагнитные волны, наиболее биотропные, практически не затухают при проникновении через стены жилищ и даже через намного более существенные преграды. При этом есть все основания полагать, что человеческий организм в целом и ЦНС в частности, крайне чувствительны к факторам космической погоды, поскольку они имели важное значение для адаптации и, в некотором смысле, выживания биологических видов [76].

Известно, что специфические (в основном сверхнизкочастотные) сигналы имеют прогно-

стическую важность в отношении возникновения тех или иных катастрофических или неблагоприятных явлений (землетрясений, цунами, циклонов, резких изменений погодных условий, и т.д.) [77]. Эти сигналы оказываются идентичными, например, усилению атмосферного инфразвука вследствие усиления ветра и магнитных бурь [78-82] или сходными, поскольку, например, ещё за 2-3 суток до своего «прибытия» сильный циклон распространяет сверхнизкочастотные электромагнитные волны, подобные таковым при магнитной буре [83]. Некоторые же процессы вообще связаны причинным образом, то есть явления космической погоды запускают соответствующие явления «обычной» погоды, например, ураганы [84]. Соответственно многолетние вариации факторов космической погоды могут обуславливать определённые климатические вариации, что может влиять на появление тех или иных эпидемий [85], изменения кормовой базы биологического вида, вариации температуры [86], возникновение экстремальных ливней [87] и т.д. Поэтому-то живые организмы и сохранили чувствительность в процессе эволюции к этим весьма слабым в энергетическом отношении электромагнитным воздействиям, поскольку последние имели для них важное прогностическое значение. Действительно, не всегда после определённого паттерна в геомагнитной активности возникает опасное для особи событие, но отслеживать их и на всякий случай и упреждающе реагировать намного выгоднее для сохранения себя и вида в целом. Наблюдения показывают, что у людей с различной чувствительностью изменения в настроении и самочувствии возникают за 1-2 суток до, во время, или после возмущения геомагнитной обстановки [1].

Реакции живых организмов, в частности, на биотропные изменения космической погоды, проявляются, в конечном счете, в моторной активности, побудителем которой выступает у высших животных и человека центральная нервная система и психика. И, если у большинства функционально здоровых индивидов изменения в состоянии систем организма и психики, связанные с воздействием факторов космической погоды, не выходят за границы нормы, то у лиц, предрасположенных к суицидальному поведению, они могут стать «последней каплей», что может подтолкнуть их к совершению задуманного поступка, или же они выступают в роли молоосознаваемого фактора, повышающего импульсивность и агрессию, и ухудшающего настроение.

Поисками статистических связей между суицидальной активностью и космической погодой занимались многие исследователи. Пионерской считается работа В. Düll и G. Düll [88], которые, в частности, ещё в 1930-е годы обнаружили 27-дневную цикличность в суицидальной активности в Германии, что фактически означает её связь с солнечной активностью, поскольку главная мода вращения Солнца вокруг своей оси (а значит, и повторяемость многих явлений солнечной активности) составляет периодичность именно порядка 27 суток. В работе О. Ganjavi и соавт. [89] установлено на материале части популяции Канады, находившейся в тюремном заключении в период 1980-1983 гг., что в летнее время среди мужчин имеется статистически выраженная обратная взаимосвязь между геомагнитной возмущённостью и попытками суицидов и самоповреждений. Таким образом, в условиях социальной изоляции действие геомагнитных возмущений проявляется, если задаться целью выявить эту связь.

В то же время, возможно, связи между социальными и космофизическими процессами могут выступать передаточным звеном по отношению к факторам риска суицида. Так, на японском популяционном материале (1971-2001 гг.) была показана негативная корреляция ( $r = -0,17$ ) между солнечной активностью (числами Вольфа) и уровнем безработицы [90]. При этом, однако, если корреляция между смертностью от суицида и уровнем безработицы была положительной для мужчин ( $r = +0,46$ ), то для женщин – отрицательной ( $r = -0,69$ ). На более позднем популяционном японском материале эти данные нашли подтверждение уже с использованием другой статистики и несколько иных методов: на интервале 1999-2010 гг. и на статистике порядка 263 тысяч мужских и 103 тысяч женских суицидов удалось показать путём множественной линейной регрессии (наряду с другими переменными обычной и космической погоды) наибольший вклад К-индекса геомагнитной активности в ежемесячное количество суицидов у мужчин, но не у женщин [91].

Эти данные косвенно подтверждаются нашими исследованиями [92, 93]: если суициды у мужчин (по данным нескольких независимых выборок из Украины) статистически значимо чаще попадают на дни с максимальной геомагнитной активностью или вначале её спада после максимальных значений, то для женщин такого рода тенденции выражены крайне слабо. Словацкие авторы [94] приходят к несколько иному выводу, правда, на довольно скромной статистике. Проанализировав 347

суицидов мужчин и женщин за период 1985-1987 гг. (по результатам вскрытий в институте судебной медицины), они выяснили, что наиболее «опасные» периоды – это дни спада или минимума геомагнитной активности, нежели роста или максимума. Однако до конца неясно, не связан ли этот результат с некоторым запаздыванием дат вскрытия по отношению к дням совершения суицидов: как показывает опыт, исследователи де-факто могли оперировать с датами вскрытия, а не совершения суицида. Если мы имеем дело как раз с такого рода систематическим запаздыванием во времени как артефактом, то «спад или минимум геомагнитной активности» вполне может соответствовать «максимуму или спаду геомагнитной активности» в сами моменты совершения суицида, как в наших исследованиях, основанных на более точных во временном отношении данных статистики вызовов скорой помощи.

Заслуживает внимания новейшее популяционное исследование на материале из Венгрии за более чем 30 лет [95]. Данные были разделены на возрастные и половые когорты. В свете предыдущих данных, получился несколько парадоксальный результат. Статистические зависимости были получены только для женщин: для возрастной категории 20-49 лет существенное увеличение риска суицида наблюдалось в течение солнечных протонных событий, в то время как для возрастной категории 50-59 лет факторами риска являлись полнолуние и магнитные бури. В сопоставимом по временному охвату и представительности (более 33 тысяч случаев суицида) исследовании, уже на литовской статистике с 1989 по 2013 гг. было получено, что суицидальная активность прямо коррелирует с геомагнитной активностью [96].

В работе отечественных авторов [97] проанализирована динамика суицидов в трех городах Мурманской области (Апатиты, Кировск, Мончегорск) за период с 1967 по 2010 г. Показано, что существует комплексное воздействие гелиогеофизических и техногенных факторов на динамику суицидов в высоких широтах. В спектрах выявлены периодичности, близкие к основным циклам солнечной активности [97]. В.Ю. Серповым с соавт. [98] изучена зависимость суицидов от уровня радиоизлучения Солнца (2800 МГц) и К-индекса геомагнитного поля у 868 покончивших с собой (без повышения содержания алкоголя в крови). У мужчин суициды чаще происходили на фоне средней геомагнитной активности ( $p < 0,01$ ) и достоверно реже при повышенных её значениях. У мужчин и подростков в день суицида по-

вышенная геомагнитная активность сочеталась с более низкими значениями радиоизлучения Солнца, а у женщин – с более высокими ( $p < 0,01$ ), что вновь указывает на половые различия. Т.Г. Опенко и М.Г. Чухрова [99] представили оценку влияния гелиогеофизических показателей на частоту самоубийств сплошным методом по данным официальных источников Новосибирска и области. Их исследование показало наличие значимых слабых положительных корреляций между частотой суицидов и величиной Ар-индекса (у мужчин коэффициент корреляции  $r = 0,25$ , у женщин  $r = 0,22$ ) и значимых слабых отрицательных корреляций между частотой суицидов и числами Вольфа (солнечная активность) ( $-0,27$  и  $-0,22$ ). Закономерности сохранялись для всех возрастных когорт.

Следует отметить, что не только суициды, но и смежные с ними проявления крайней агрессивности с самоуничтожением, например – теракты-суициды существенно зависят от факторов космической погоды. Нами было показано, что они значимо чаще осуществляются на пиковых значениях геомагнитной активности и при сменах полярности знака межпланетного поля [100]. Вообще, наиболее универсальным фактором совершения теракта является сочетание пониженной солнечной активности (а значит – возрастание уровня галактических космических лучей) и повышенной геомагнитной активности [101] и, как следствие создаётся комплекс условий для генерации атмосферного инфразвука путём влияния факторов космической погоды на магнитосферу, ионосферу и нижние слои атмосферы, поскольку пониженная солнечная активность и увеличение за этот счёт влияние галактических космических лучей, как и магнитные бури, в конечном итоге увеличивают интенсивность инфразвука в среде обитания [78-83].

Подводя промежуточный итог обсуждения влияния космической погоды в среде обитания на суицидальное поведение, следует отметить неоднородность результатов различных исследований. Большинство из них, однако, сходятся в том, что повышенная геомагнитная активность и (несколько реже) пониженная солнечная активность является фактором риска запуска подобного рода поведения. Противоположные данные могут объясняться особенностями выборки, локальными погодными условиями, возможно также более мощными сезонными влияниями, на фоне которых на временных отрезках исследований могли возникать артефакты. Возможно также, что суициды и покушения психологически неоднородны, и,

поэтому возникают на фоне разных космофизических ситуаций – от пика возбуждения, который присущ эпилептоидным психопатам, составляющим основную массу террористов-самоубийц [102], до лиц в состоянии обострения депрессии, вызванной как эндогенными, там и экзогенными факторами.

Обсуждая космофизические влияния нельзя обойти вниманием и такой аспект проблемы, как роль состояния геомагнитной обстановки на период определённых стадий гаметогенеза и эмбриогенеза в последующем возникновении психических и поведенческих расстройств в течение жизни, включая суицидальность [103]. Эти влияния можно рассматривать с позиций современных представлений об эпигенетическом программировании различных патологий (включая психические и поведенческие расстройства) под влиянием гормонов стресса, дисбаланс которых неминуемо возникает при геомагнитных возмущениях [104].

На данном этапе исследований мы не можем однозначно выявить один или несколько универсальных факторов риска суицида с точки зрения гелиогеомагнитных влияний, поскольку в разных исследованиях, заслуживающих внимания, они зачастую противоречат друг другу. Таким образом, вопросы о влиянии космической погоды на суицидальное поведение нуждаются в более полном прояснении и выявлении тех факторов, которые потенцируют, инвертируют или нивелируют выявляемые статистические связи. Более того, во многом открытым остается вопрос о том, какие именно компоненты (электромагнитные или акустические) в большей мере оказывают неблагоприятное влияние. Пока что основной и, на наш взгляд, наиболее конкурентоспособной гипотезой является предположение о том, что на психику индивида, склонного к суициду, может влиять атмосферный инфразвук, который частично провоцируется именно факторами космической погоды. Неблагоприятное влияние инфразвука известно – в естественных условиях у взрослого населения, живущего вблизи источников низкочастотных звуковых волн, отмечается ряд неблагоприятных эффектов, таких как раздражительность, нарушения сна, трудности концентрации и головная боль [105].

*Роль загрязнения окружающей среды как фактора, усиливающего суицидальное поведение.*

В некоторых обзорных работах указывается на связь суицидальной активности с загрязнением атмосферного воздуха и со степенью деградации окружающей среды в целом [4]. Эту проблему также наиболее целесообразно

рассматривать с позиций адаптационного стресс-синдрома и его последствий для психического здоровья населения. Учитывая масштаб экологических проблем и тревогу, вызываемую осознанием всех неблагоприятных перспектив, связанных с их нарастанием, на X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде в 1996 г. экологически обусловленные нарушения психического здоровья были отнесены к новым проблемам психиатрии. Речь может идти как о химическом, так и о физическом, в частности, радиационном загрязнении, и о разных путях их неблагоприятного эффекта – через биологические и психологические механизмы.

В литературе неоднократно появлялись сообщения о том, что суицидальные попытки и суицид ассоциируются с повышенными концентрациями озона [106] или суммарными концентрациями взвешенных частиц в воздухе современных мегаполисов [107]. В одной из работ обнаружено, что обращаемость в службы экстренной помощи в связи с суицидальными попытками в Канаде совпадает с периодами максимального загрязнения атмосферы оксидами углерода, азота, серы и твердыми аэрозолями, то есть типичными загрязнителями крупных городов [108]. В России выявлена статистически значимая корреляционная зависимость между динамикой суицидов в г. Мончегорске и интенсивностью атмосферных выбросов меди комбинатом «Североникель» с 1995 по 2009 годы [97]. Подъёмы суицидальности вероятнее всего обусловлены промежуточными факторами – обострениями различных хронических заболеваний (кардиоваскулярной, легочной или других систем организма) при загрязнении городским смогом [106, 107]. Нами были проанализированы данные смертности от суицидов по различным регионам Украины (западный, центральный, южный и восточный). Результаты однозначно свидетельствуют, что промышленные и экологически неблагоприятные регионы отличаются от сельскохозяйственных значительно более высокими значениями смертности от самоубийств [11]. В то же время, эти различия могут быть обусловлены и культурными, историческими, религиозными и национально-этническими особенностями населения данных регионов, и экологический фактор является лишь одним из многих. Осознание экологических проблем и возникающие в связи с этим тревога и беспокойство относительно собственных перспектив здоровья и долголетия, или за судьбу человечества в целом также являются неблагоприятными факторами данной проблемы [109].

Отдельную проблему представляет собой радиационный фактор. Аварии на атомных объектах, любые техногенные аварийные события с радиоактивным загрязнением окружающей среды сопровождаются психологическими и медицинскими последствиями, причём порой именно психологический компонент вовлекает в стрессовую ситуацию большие контингенты населения. Тревога и психологический дистресс связаны с всеобщим знанием о том, что влияние радиации никак не ощущается органами чувств, но сопровождается повышенным риском злокачественных заболеваний. Е. Stiehm (1992) после Чернобыльской катастрофы использовал термин «психологическое радиоактивное загрязнение» для описания подобных явлений [110].

Если среди отдалённых последствий атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки повышение уровня суицидов среди выживших не было подтверждено (очевидно, сам факт того, что пострадавшие выжили, «заслонял собой» все возможные суицидальные тенденции), то после аварии на атомной электростанции Три Майл Айленд в 1979 году в США и, особенно Чернобыльской катастрофы 1986 года, появились данные о повышенной смертности от самоубийств. Так, симптомы хронической астении и ПТСР постоянно присутствовали на протяжении длительного (годы) времени наблюдения за контингентом, пострадавшим от аварии на Три Майл Айленд [111]. Чернобыльская авария, безусловно, выделяется по масштабности событий и степени социально - психологических последствий для населения. Последствия этой аварии для широких контингентов населения оценить трудно, поскольку она пришлась на период антиалкогольной кампании и социального оптимизма связанного с демократизацией и перестройкой, а затем вскоре последовавшего распада СССР, что и определило резкие колебания индексов суицидов в бывших советских республиках в эти годы [112, 113]. Более определённые выводы можно делать на основании наблюдений за контингентом «ликвидаторов», участвовавших в устранении последствий аварии. Так, исследование, проведённое в Эстонии, где выборкой наблюдения были более 4700 человек – участников ликвидации аварии на ЧАЭС с 1986 по 1991 гг., показало, что в обследованной когорте к 1993 г. среди причин смерти не выявлено практически ни одного заболевания, непосредственно связанного с воздействием ионизирующей радиации, однако суицид составил 19,4% всех смертей, что значительно больше, чем в

обычной популяции [114]. В последние годы этот же контингент был оценён повторно, и повышенный уровень суицидов был подтвержден [115, 116]. Так, отмечается значительное повышение уровня суицидов среди населения Казахстана, призванного на ликвидацию последствий аварии на ЧАЭС, после его возвращения в места постоянного проживания [117]. В работе С. Vanchieri (1997) автор указывает на более высокий риск суицида у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в противоположность распространённому мнению о высоком риске злокачественных заболеваний [118]. В то же время, наблюдение за персоналом работающих на крупнейшем предприятии по утилизации ядерных отходов «Маяк» не выявил особенностей в смертности, однако среди причин смерти самоубийство занимало более высокий ранг [119]. Наблюдение в течение 30 лет за группой рабочих, участвовавших в дезактивационных работах на базе датских ВВС в 1963–1971 гг. показало, что в группе, имевшей контакт с излучениями, уровень смертности от всех причин был выше, а смертность вследствие самоубийств превышала уровень в общей популяции на 60% [120].

Большинство авторов, отмечая повышение суицидальности среди тех, кто имел контакт с радиационным загрязнением или попал в число пострадавших слоев населения, связывают это и с социальными, экономическими, психологическими и прочими причинами, и с непосредственным биологическим действием малых доз радиации. Следует отметить, что после аварии на ЧАЭС резко возрос интерес к возможным центральным эффектам малых доз, что ранее почти не рассматривалось в связи с всеобщим консенсусом в радиобиологии относительно радиоустойчивости нервной ткани. Большой массив данных, накопленных по итогам обследования больших контингентов после аварии, свидетельствует о том, что нарушения со стороны ЦНС после воздействия малыми дозами сводятся в основном к астено-вегетативному синдрому, ряду нейропсихологических нарушений, синдрому хронической усталости, психосоматическим расстройствам, нейрокогнитивным нарушениям и преждевременному старению мозга [121]. Все это может повышать риск суицида. В то же время, скорее всего основной вред значительным контингентам людей (если исключить собственно ликвидаторов, дозы облучения которых поддаются контролю) нанесли не повышенные уровни радиационного загрязнения, а психоэмоциональные травмирующие обстоятельства, социоэкономиче-

ские привходящие факторы, сопутствующие происходящим событиям.

Подводя итог данному разделу нельзя не упомянуть о возможной роли неионизирующих искусственных электромагнитных излучений, которыми насыщена среда обитания современного человека. Исследования в этой области немногочисленны. Так, в одной работе из США по результатам анализа смертности более чем 38 тыс. работников предприятий электроэнергетики, было выявлено, что суицид статистически чаще ассоциирован с такими профессиями, как электрик, линейный работник и оператор электростанции [122]. Авторы установили повышение риска в связи с вероятной степенью воздействия электромагнитных полей и усматривают в качестве патогенетического механизма влияние этих излучений на серотониновую и мелатониновую системы мозга. Аналогичные результаты получены в исследовании из Канады [123]. Таким образом, по крайней мере, при производственном воздействии неионизирующие и достаточно слабые электромагнитные поля повышают риск суицида. Относительно электромагнитных влияний на уровне жилища таких данных в литературе нами не обнаружено. Следует, однако, отметить, что проживание вблизи высоковольтных линий передач может сопровождаться некоторыми нейрокогнитивными нарушениями и более выраженными симптомами тревоги и депрессии [124].

**Заключение.**

*Концептуальная схема роли экологических факторов в патогенезе суицида.*

На основании всего массива данных о влиянии биоритмов, геомагнитных возмущений и экологических загрязнителей можно предло-

жить схему, объясняющую влияние этих факторов на суицидальное поведение (рис. 1).

Мы полагаем, что центральным компонентом является феномен стресс-уязвимости, который наиболее логично объясняет, почему стрессовые факторы различной природы могут привести к суициду у очень незначительной части населения при том, что все человечество подвержено воздействию этих факторов. При этом нужно учитывать, что многие внешние факторы, которые обсуждались в обзоре, довольно тесно связаны между собой, поэтому мы, как правило, наблюдаем результат их комплексного влияния, чаще всего совпадающего, но иногда и разнонаправленного. На основании этого подхода можно полагать, что все периодические, квазициклические и экстремальные экологические влияния, сочетаясь с периодическими (и тоже порой непредсказуемыми) социальными процессами, выступают в роли дополнительных стрессоров, которые усиливают хронический психосоциальный стресс, характерный для современного урбанизированного человечества. Все возникающие при этом неблагоприятные психологические состояния, эмоциональные и поведенческие проявления, обострения существующих соматических заболеваний и психических расстройств выступают в роли посредников между экологическими воздействиями и суицидальными тенденциями.

Сюда же можно отнести явления хронического воспаления, сопровождающегося аутоиммунными атаками и микроглиозом в ЦНС, что в последнее время рассматривается как важный патогенетический механизм депрессии и многих других психических расстройств.

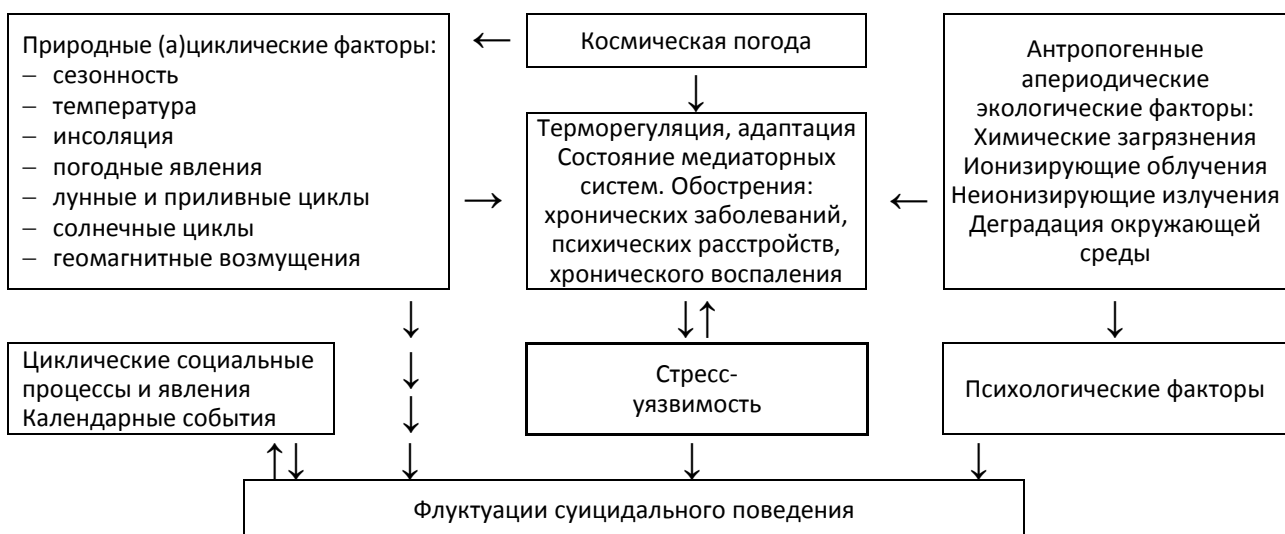


Рис. 1. Концептуальная схема роли экологических факторов в патогенезе суицида.

В некоторых случаях специфические субъективные неприятные или тягостные ощущения и эмоции (например, при определённых погодных явлениях или барометрических колебаниях, при геомагнитных возмущениях, при приближении грозы, что вероятнее всего связано с инфразвуком, и т.д.) могут выступить в роли триггеров, когда уже имеющийся суицидальный фон приобретает характер невыносимого состояния.

Что касается неощущаемых организмом излучений, то наиболее ясные представления о механизмах их действия также возможны на основе концепции о стрессовом характере их влияния на живые организмы [125]. Согласно этой концепции любое электромагнитное излучение влечёт за собой всплеск свободно-радикальных окислительных процессов в липидных мембранах клеток живого организма, то есть активизацию важнейшего клеточного атрибута стрессового состояния. Сопутствующие этому явлению сдвиги в гормональном гомеостазе, возникающие после облучения, воздействуя на самые разнообразные рецепторные структуры организма, могут способствовать формированию различных предпатологических и патологических состояний, поведенческих и эмоциональных реакций [125]. Все

это даёт хотя и гипотетическую, но довольно логичную картину взаимодействий и процессов, объясняющих возможные причины повышенной суицидальности человека при воздействии таких физических факторов внешней среды, как электромагнитные излучения различной энергии и длины волны.

С учётом всех перечисленных в данном обзоре зависимостей, по-видимому, справедливо было бы дополнить био-психо-социальную модель суицида Дануты Вассерман [126] в части разнообразия стрессовых воздействий, которым подвергается человек, и в качестве существенного компонента учитывать природные и антропогенные факторы – разнообразные природные ритмы, климат, ландшафт, погодные условия, степень экологического неблагополучия. Несмотря на многие нерешённые вопросы, ценность такого подхода заключается, прежде всего, в возможности формировать программы превенции во времени с учётом выявляемой в данном регионе сезонности и гелио-метеотропных реакций человеческого организма, а также более точно локализовать группы повышенного риска суицида на основании изучения экологической ситуации в регионе проживания.

## Литература:

1. Андропова Т.И., Деряпа Н.Р., Соломатин А.П. Гелиометеотропные реакции здорового и больного человека. Л.: М, 1982. 248 с.
2. Дубров А.П. Лунные ритмы у человека (краткий очерк по селенобиологии). М.: М, 1990. 160 с.
3. Foster R.G., Roenneberg T. *Human responses to the geophysical daily, annual and lunar cycles. Curr Biol.* 2008; 18 (17): 784-94.
4. Davis G.E.Jr., Lowell W.E. *Solar cycles and their relationship to human disease and adaptability. Med Hypotheses.* 2006; 67 (3): 447-61.
5. Cantor C. Suicide in the Western World. – In.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. K.Hawton & K. Van Heeringen. NY: J.Wiley & Sons, Ltd., 2000. P.9-28.
6. Fossey E., Shapiro C.M. *Seasonality in psychiatry – a review. Can. J. Psychiatry.* 1992; 37 (5): 299-308.
7. Yip P.S., Chao A., Ho T.P. A re-examination of seasonal variation in suicides in Australia and New Zealand. *J. Affect. Disord.* 1998; 47 (1-3): 141-50.
8. Yip P.S., Yang K.C. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J. Affect. Disord.* 2004; 81 (3): 251-7.
9. Bramness J.G., Walby F.A., Morken G., et al. Analyzing seasonal variations in suicide with Fourier Poisson time-series regression: A registry-based study from Norway, 1969-2007. *Am. J. Epidemiol.* 2015; 182 (3): 244-54.
10. Ajdacic-Gross V., Bopp M., Sansossio R. et al. Diversity and change in suicide seasonality over 125 years. *J. Epidemiol. Community. Health.* 2005; 59 (11): 967-72.
11. Розанов В.А. Факторы внешней среды и суицидальное поведение человека (экологическая модель суицида). *Вестн. Биол. Психиатрии.* 2004; 7: 15-29.
12. Holopainen J., Helama S., Björkenstam C., Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev. Med.* 2013; 18 (6): 494-501.
13. Hakko H., Rasanen P., Tiihonen J. Seasonal variations in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 99: 308-10.

## References:

1. Andronova T.I., Deryapa N.R., Solomatina A.P. Geliometeotropnye reakcii zdorovogo i bol'nogo cheloveka. L.: M, 1982. 248 s. (In Russ)
2. Dubrov A.P. Lunnye ritmy u cheloveka (kratkij ocherk po selonobiologii). M.: M, 1990. 160 s. (In Russ)
3. Foster R.G., Roenneberg T. *Human responses to the geophysical daily, annual and lunar cycles. Curr Biol.* 2008; 18 (17): 784-94.
4. Davis G.E.Jr., Lowell W.E. *Solar cycles and their relationship to human disease and adaptability. Med Hypotheses.* 2006; 67 (3): 447-61.
5. Cantor C. Suicide in the Western World. – In.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. K.Hawton & K. Van Heeringen. NY: J.Wiley & Sons, Ltd., 2000. P.9-28.
6. Fossey E., Shapiro C.M. *Seasonality in psychiatry – a review. Can. J. Psychiatry.* 1992; 37 (5): 299-308.
7. Yip P.S., Chao A., Ho T.P. A re-examination of seasonal variation in suicides in Australia and New Zealand. *J. Affect. Disord.* 1998; 47 (1-3): 141-50.
8. Yip P.S., Yang K.C. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J. Affect. Disord.* 2004; 81 (3): 251-7.
9. Bramness J.G., Walby F.A., Morken G., et al. Analyzing seasonal variations in suicide with Fourier Poisson time-series regression: A registry-based study from Norway, 1969-2007. *Am. J. Epidemiol.* 2015; 182 (3): 244-54.
10. Ajdacic-Gross V., Bopp M., Sansossio R. et al. Diversity and change in suicide seasonality over 125 years. *J. Epidemiol. Community. Health.* 2005; 59 (11): 967-72.
11. Rozanov V.A. Faktory vneshnej sredy i suicidal'noe povedenie cheloveka (ehkologicheskaya model' suicida). *Vestn. Biol. Psihiatrii.* 2004; 7: 15-29. (In Russ)
12. Holopainen J., Helama S., Björkenstam C., Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev. Med.* 2013; 18 (6): 494-501.
13. Hakko H., Rasanen P., Tiihonen J. Seasonal variations in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 99: 308-10.



14. MacMahon K. Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. *Amer. J. Epidem.* 1983; 117: 744-50.
15. Liu Y., Zhang Y., Arai A. et al. Gender-based seasonality of suicide in Japan, 2005-2012. *Asia Pac. J. Public. Health.* 2015; 27 (2): 1999-2007.
16. Benedito-Silva A.A., Pires M.L., Calil H M. Seasonal variation of suicide in Brazil. *Chronobiol. Int.* 2007; 24 (4): 727-37.
17. Bando D.H., Volpe F.M. Seasonal variation of suicide in the city of São Paulo, Brazil, 1996-2010. *Crisis.* 2014; 35 (1): 5-9.
18. Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. *Суицидология.* 2012; 4: 3-10.
19. Casey P., Gemmill I., Hiroeh U., Fulwood C. Seasonal and socio-demographic predictors of suicide in Ireland: a 22 year study. *J. Affect. Disord.* 2012; 136 (3): 862-7.
20. Lee A.Y., Pridmore S. Absence of seasonality of suicide in Tasmania (Australia). *Australas Psychiatry.* 2014; 22 (2): 204-6.
21. Hakko H., Räsänen P., Tiihonen J., Nieminen P. Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 1970 to 1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32 (2): 191-208.
22. Räsänen P., Hakko H., Jokelainen J., Tiihonen J. Seasonal variation in specific methods of suicide: a national register study of 20,234 Finnish people. *J. Affect. Disord.* 2002; 71 (1-3): 51-9.
23. Davis J.M., Searles V.B., Severtson S.G. et al. Seasonal variation in suicidal behavior with prescription opioid medication. *J. Affect. Disord.* 2014; 158: 30-6.
24. Aydin A., Gulec M., Boysan M. et al. Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2013; 17 (2): 110-9.
25. Rocchi M.B., Sisti D., Miotto P., Preti A. Seasonality of suicide: relationship with the reason for suicide. *Neuropsychobiology.* 2007; 56 (2-3): 86-92.
26. Reutfors J., Osby U., Ekblom A. et al. Seasonality of suicide in Sweden: relationship with psychiatric disorder. *J. Affect. Disord.* 2009; 119 (1-3): 59-65.
27. Yip P.S., Yang K.C., Qin P. Seasonality of suicides with and without psychiatric illness in Denmark. *J. Affect. Disord.* 2006; 96 (1-2): 117-21.
28. Chew K.S.Y., Mcclery R. The spring peak in suicides: A cross-national analysis. *Social Science and Medicine.* 1995; 40 (2): 223-30.
29. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-46.
30. Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int. J. Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-47.
31. Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale.* 2015; 41 (4 Suppl 1): 29-37.
32. Matsubayashi T., Ueda M., Yoshikawa K. School and seasonality in youth suicide: evidence from Japan. *Epidemiol. Community Health.* 2016; 70 (11): 1122-7.
33. Fruehwald S., Frottier P., Matschnig T. et al. Do monthly or seasonal variations exist in suicides in a high-risk setting? *Psychiatry Res.* 2004; 121 (3): 263-9.
34. Gabennesch H. When promises fail: a theory temporal fluctuations in suicide. *Social Forces.* 1988; 67: 129-45.
35. Rocchi M.B.L., Perlini C. Is the time of suicide a random choice? A new statistical approach. *Crisis.* 2002; 23 (4): 161-6.
36. Kim K., Lesage A., Seguin M. et al. Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Compr. Psychiatry.* 2004; 45: 333-9.
37. Brewerton T., Berrettini W., Nurnberger J., Linnoila M. Analysis of seasonal fluctuations of CSF monoamine metabolites and neuropeptides in normal controls: findings with 5HIAA and HVA. *Psychiatry Res.* 1988; 23: 257-65.
38. Sarrias M., Artigas F., Martinez E., Gelpi E. Seasonal changes of plasma serotonin and related parameters: correlation with environmental measures. *Biol. Psychiatry.* 1989; 26: 695-706.
39. Cooper J.R., Bloom F.E., Roth R.H. The Biochemical Basis of Neuropharmacology. NY., Oxford: Oxford University Press, 1996. 520 p.
40. Wasserman, D. Depression. The Facts. NY: Oxford University Press, 2006. 334 p.
41. White R.A., Azrael D., Papadopoulos F.C. et al. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open.* 2015; 5 (6): e007403.
42. Tietjen G.H., Kripke D.F. Suicides in California (1968-1977): absence of seasonality in Los Angeles and Sacramento counties. *Psychiatry Res.* 1994; 53 (2): 161-72.
14. MacMahon K. Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. *Amer. J. Epidem.* 1983; 117: 744-50.
15. Liu Y., Zhang Y., Arai A. et al. Gender-based seasonality of suicide in Japan, 2005-2012. *Asia Pac. J. Public. Health.* 2015; 27 (2): 1999-2007.
16. Benedito-Silva A.A., Pires M.L., Calil H M. Seasonal variation of suicide in Brazil. *Chronobiol. Int.* 2007; 24 (4): 727-37.
17. Bando D.H., Volpe F.M. Seasonal variation of suicide in the city of São Paulo, Brazil, 1996-2010. *Crisis.* 2014; 35 (1): 5-9.
18. Zaharov S.Ye., Rozanov V.A., Kryvda G.F., Zhuzhulenko P.N. Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011. *Suicidology.* 2012; 4: 3-10. (In Russ)
19. Casey P., Gemmill I., Hiroeh U., Fulwood C. Seasonal and socio-demographic predictors of suicide in Ireland: a 22 year study. *J. Affect. Disord.* 2012; 136 (3): 862-7.
20. Lee A.Y., Pridmore S. Absence of seasonality of suicide in Tasmania (Australia). *Australas Psychiatry.* 2014; 22 (2): 204-6.
21. Hakko H., Räsänen P., Tiihonen J., Nieminen P. Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 1970 to 1997. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32 (2): 191-208.
22. Räsänen P., Hakko H., Jokelainen J., Tiihonen J. Seasonal variation in specific methods of suicide: a national register study of 20,234 Finnish people. *J. Affect. Disord.* 2002; 71 (1-3): 51-9.
23. Davis J.M., Searles V.B., Severtson S.G. et al. Seasonal variation in suicidal behavior with prescription opioid medication. *J. Affect. Disord.* 2014; 158: 30-6.
24. Aydin A., Gulec M., Boysan M. et al. Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2013; 17 (2): 110-9.
25. Rocchi M.B., Sisti D., Miotto P., Preti A. Seasonality of suicide: relationship with the reason for suicide. *Neuropsychobiology.* 2007; 56 (2-3): 86-92.
26. Reutfors J., Osby U., Ekblom A. et al. Seasonality of suicide in Sweden: relationship with psychiatric disorder. *J. Affect. Disord.* 2009; 119 (1-3): 59-65.
27. Yip P.S., Yang K.C., Qin P. Seasonality of suicides with and without psychiatric illness in Denmark. *J. Affect. Disord.* 2006; 96 (1-2): 117-21.
28. Chew K.S.Y., Mcclery R. The spring peak in suicides: A cross-national analysis. *Social Science and Medicine.* 1995; 40 (2): 223-30.
29. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulos F.C. et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125 (2): 127-46.
30. Woo J.M., Okusaga O., Postolache T.T. Seasonality of suicidal behavior. *Int. J. Environ Res Public Health.* 2012; 9 (2): 531-47.
31. Benard V., Geoffroy P.A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale.* 2015; 41 (4 Suppl 1): 29-37.
32. Matsubayashi T., Ueda M., Yoshikawa K. School and seasonality in youth suicide: evidence from Japan. *Epidemiol. Community Health.* 2016; 70 (11): 1122-7.
33. Fruehwald S., Frottier P., Matschnig T. et al. Do monthly or seasonal variations exist in suicides in a high-risk setting? *Psychiatry Res.* 2004; 121 (3): 263-9.
34. Gabennesch H. When promises fail: a theory temporal fluctuations in suicide. *Social Forces.* 1988; 67: 129-45.
35. Rocchi M.B.L., Perlini C. Is the time of suicide a random choice? A new statistical approach. *Crisis.* 2002; 23 (4): 161-6.
36. Kim K., Lesage A., Seguin M. et al. Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Compr. Psychiatry.* 2004; 45: 333-9.
37. Brewerton T., Berrettini W., Nurnberger J., Linnoila M. Analysis of seasonal fluctuations of CSF monoamine metabolites and neuropeptides in normal controls: findings with 5HIAA and HVA. *Psychiatry Res.* 1988; 23: 257-65.
38. Sarrias M., Artigas F., Martinez E., Gelpi E. Seasonal changes of plasma serotonin and related parameters: correlation with environmental measures. *Biol. Psychiatry.* 1989; 26: 695-706.
39. Cooper J.R., Bloom F.E., Roth R.H. The Biochemical Basis of Neuropharmacology. NY., Oxford: Oxford University Press, 1996. 520 p.
40. Wasserman, D. Depression. The Facts. NY: Oxford University Press, 2006. 334 p.
41. White R.A., Azrael D., Papadopoulos F.C. et al. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open.* 2015; 5 (6): e007403.
42. Tietjen G.H., Kripke D.F. Suicides in California (1968-1977): absence of seasonality in Los Angeles and Sacramento counties. *Psychiatry Res.* 1994; 53 (2): 161-72.

43. Makris G.D., Reutfors J., Ösby U. et al. Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.* 2013; 127 (2): 117-25.
44. Hiltunen L., Haukka J., Ruuhela R. et al. Local daily temperatures, thermal seasons, and suicide rates in Finland from 1974 to 2010. *Environ Health Prev. Med.* 2014; 19 (4): 286-94.
45. Holopainen J., Helama S., Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. *Int. J. Biometeorol.* 2014; 58 (6): 1039-45.
46. Lin H.C., Chen C.S., Xirasagar S., Lee H.C. Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study. *Neuropsychobiology.* 2008; 57 (1-2): 32-7.
47. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. 512 с.
48. Tsai, J.-F., Cho, W. Temperature change dominates the suicidal seasonality in Taiwan: a time-series analysis. *J. Affect. Disord.* 2012; 136: 412-8.
49. Moqaddasi A.M., Ahmadi L.A., Moosazadeh M. et al. Seasonal pattern in suicide in Iran. *Iran J. Psychiatry Behav. Sci.* 2015; 9 (3): e842.
50. Yip P.S., Yang K.C. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J. Affect. Disord.* 2004; 81 (3): 251-7.
51. Silveira M.L., Wexler L., Chamberlain J. et al. Seasonality of suicide behavior in Northwest Alaska: 1990-2009. *Public Health.* 2016; 137: 35-43.
52. Coimbra D.G., Pereira E Silva A.C., de Sousa-Rodrigues C.F. et al. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis. *J. Affect. Disord.* 2016; 196: 125-37.
53. Hiltunen L., Ruuhela R., Ostamo A. et al. Atmospheric pressure and suicide attempts in Helsinki, Finland. *Int. J. Biometeorol.* 2012; 56 (6): 1045-53.
54. Kordić M., Babić D., Petrov B. et al. The meteorological factors associated with suicide. *Coll. Antropol.* 2010; 34 (Suppl 1): 151-5.
55. Deisenhammer E.A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior. *Acta Psychiatr. Scand.* 2003; 108 (6): 402-9.
56. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 1980.
57. Розанов В.А., Таран А.В. Характеристика суицидального поведения в связи с факторами окружающей среды (мониторинг суицидальных попыток в Одессе). Stress and Behavior (Proc. 7<sup>th</sup> Intern. Conf. On Biological Psychiatry, Moscow, 26-28 Feb 2003). P. 97-98.
58. Massing W., Angermeyer M.C. The monthly and weekly distribution of suicide. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 433-41.
59. Noble R.E. Temporal fluctuations in suicide calls to a crisis intervention service. *Suicide Life-Threat Behav.* 1996; 26: 415-23.
60. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. In: Suicide and attempted suicide / Ed. K. Hawton & K. Van Heeringen. Chichester, NY.: Wiley, 2000. P. 49-64.
61. Altamura C.A., van Castel A., Pioli R. et al. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *J. Affect. Disord.* 1999; 53: 77-85.
62. Law C.K., De Leo D. Seasonal differences in the day-of-the-week pattern of suicide in Queensland, Australia. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2013; 10 (7): 2825-33.
63. Jessen G., Jensen B. Postponed suicide death? Suicide around birthdays and major public holidays. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29: 272-83.
64. Jessen G., Jensen B.F., Arensman E. et al. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99 (6): 412-18.
65. Barker E., O'Gorman J., De Leo D. Suicide around public holidays. *Australasian Psychiatry.* 2014; 22 (2): 122-6.
66. Sohn K. *Suicides around Major Public Holidays in South Korea.* *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 47 (2): 217-27.
67. Plöderl M., Fartacek C., Kunrath S., et al. Nothing like Christmas – suicides during Christmas and other holidays in Austria. *Eur. J. Public Health.* 2015; 25 (3): 410-3.
68. Phillips D.P., Liu J. The frequency of suicides around major public holidays: some surprising findings. *Suicide Life Threat Behav.* 1980; 10 (1): 41-50.
69. Ho T.P., Chao A., Yip P. Seasonal variation in suicides re-examined: no sex difference in Hong Kong and Taiwan. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95 (1): 26-31.
43. Makris G.D., Reutfors J., Ösby U. et al. Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.* 2013; 127 (2): 117-25.
44. Hiltunen L., Haukka J., Ruuhela R. et al. Local daily temperatures, thermal seasons, and suicide rates in Finland from 1974 to 2010. *Environ Health Prev. Med.* 2014; 19 (4): 286-94.
45. Holopainen J., Helama S., Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. *Int. J. Biometeorol.* 2014; 58 (6): 1039-45.
46. Lin H.C., Chen C.S., Xirasagar S., Lee H.C. Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study. *Neuropsychobiology.* 2008; 57 (1-2): 32-7.
47. Berkovic L. Агрессия: причины, posledstviya i kontrol'. SPb.: Prajm-Evroznak, 2002. 512 s. (In Russ)
48. Tsai, J.-F., Cho, W. Temperature change dominates the suicidal seasonality in Taiwan: a time-series analysis. *J. Affect. Disord.* 2012; 136: 412-8.
49. Moqaddasi A.M., Ahmadi L.A., Moosazadeh M. et al. Seasonal pattern in suicide in Iran. *Iran J. Psychiatry Behav. Sci.* 2015; 9 (3): e842.
50. Yip P.S., Yang K.C. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J. Affect. Disord.* 2004; 81 (3): 251-7.
51. Silveira M.L., Wexler L., Chamberlain J. et al. Seasonality of suicide behavior in Northwest Alaska: 1990-2009. *Public Health.* 2016; 137: 35-43.
52. Coimbra D.G., Pereira E Silva A.C., de Sousa-Rodrigues C.F. et al. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis. *J. Affect. Disord.* 2016; 196: 125-37.
53. Hiltunen L., Ruuhela R., Ostamo A. et al. Atmospheric pressure and suicide attempts in Helsinki, Finland. *Int. J. Biometeorol.* 2012; 56 (6): 1045-53.
54. Kordić M., Babić D., Petrov B. et al. The meteorological factors associated with suicide. *Coll. Antropol.* 2010; 34 (Suppl 1): 151-5.
55. Deisenhammer E.A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior. *Acta Psychiatr. Scand.* 2003; 108 (6): 402-9.
56. Kaznacheev V.P. Sovremennye aspekty adaptacii. Novosibirsk: Nauka, 1980. (In Russ)
57. Rozanov V.A., Taran A.V. Harakteristika suicidal'nogo povedeniya v svyazi s faktorami okruzhayushchej sredy (monitoring suicidal'nyh popytok v Odesse). Stress and Behavior (Proc. 7<sup>th</sup> Intern. Conf. On Biological Psychiatry, Moscow, 26-28 Feb 2003). P. 97-98. (In Russ)
58. Massing W., Angermeyer M.C. The monthly and weekly distribution of suicide. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 433-41.
59. Noble R.E. Temporal fluctuations in suicide calls to a crisis intervention service. *Suicide Life-Threat Behav.* 1996; 26: 415-23.
60. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. In: Suicide and attempted suicide / Ed. K. Hawton & K. Van Heeringen. Chichester, NY.: Wiley, 2000. P. 49-64.
61. Altamura C.A., van Castel A., Pioli R. et al. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *J. Affect. Disord.* 1999; 53: 77-85.
62. Law C.K., De Leo D. Seasonal differences in the day-of-the-week pattern of suicide in Queensland, Australia. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2013; 10 (7): 2825-33.
63. Jessen G., Jensen B. Postponed suicide death? Suicide around birthdays and major public holidays. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29: 272-83.
64. Jessen G., Jensen B.F., Arensman E. et al. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99 (6): 412-18.
65. Barker E., O'Gorman J., De Leo D. Suicide around public holidays. *Australasian Psychiatry.* 2014; 22 (2): 122-6.
66. Sohn K. *Suicides around Major Public Holidays in South Korea.* *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 47 (2): 217-27.
67. Plöderl M., Fartacek C., Kunrath S., et al. Nothing like Christmas – suicides during Christmas and other holidays in Austria. *Eur. J. Public Health.* 2015; 25 (3): 410-3.
68. Phillips D.P., Liu J. The frequency of suicides around major public holidays: some surprising findings. *Suicide Life Threat Behav.* 1980; 10 (1): 41-50.
69. Ho T.P., Chao A., Yip P. Seasonal variation in suicides re-examined: no sex difference in Hong Kong and Taiwan. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95 (1): 26-31.

70. Jones P.K., Jones S.L. Lunar association with suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1977; 7: 31-9.
71. Yvonneau M. Views from Dordogne, and the moon, on suicide. *Encephale.* 1996; 22: 52-7.
72. Mills C.A. Earthquake and suicide timing in relation to in Lunar-solar gravitational forces. *Scientia.* 1968; 103: 215-26.
73. Zimecki M. The lunar cycle: effects on human and animal behavior and physiology. *Postepy Hig Med Dosw (Online).* 2006; 60: 1-7.
74. Martin S.J., Kelly I.W., Saklofske D.H. *Suicide and lunar cycles: a critical review over 28 years.* *Psychol Rep.* 1992; 71 (3 Pt 1): 787-95.
75. Biermann T., Estel D., Sperling W. et al. Influence of lunar phases on suicide: the end of a myth? A population-based study. *Chronobiol. Int.* 2005; 22 (6): 1137-43.
76. Темуриянц Н.А., Владимирский Б.М., Тишкин О.Г. Сверхнизкочастотные электромагнитные сигналы в биологическом мире. К.: Наукова Думка, 1992. 188 с.
77. Сидорин А. Я. Предвестники землетрясений. М.: Наука, 1992. 191 с.
78. Chrzanowski P., Young J.M., Greene G. et al. Infrasonic waves in the atmosphere associated with geomagnetic disturbances. *J. of the Acoustical Society of America.* 1960; 32 (11): 1504.
79. Негода А.А., Сорока С.А. Акустический канал космического влияния на биосферу Земли. *Космічна наука і технологія.* 2001; 7 (5/6): 85-93.
80. Bedard A.J.Jr. Naturally occurring sources of infrasound. *J. of the Acoustical Society of America.* 1999; 105 (2): 1103.
81. Lal M., Nair K. Geomagnetic storm and substorm induced infrasonic waves over the equatorial troposphere. In: Meeting abstract of 34th COSPAR Scientific Assembly (The Second World Space Congress, held 10-19 October, 2002). Houston, TX, USA, 2002. Access: <http://adsabs.harvard.edu/abs/2002cosp.meetE.270L>
82. Gužas D. Viršilas R. Infrasound hazards for the environment and the ways of protection. *Ultrasound.* 2009; 64 (3): 34-7.
83. Степанюк И.А. Электромагнитные поля при аэро- и гидрофизических процессах. СПб: Изд. РГГМУ, 2002. 214 с.
84. Кириллов А.К. Кириллова Н.Г. Ионосфера и вариации атмосферного давления в приземном слое. *Геополитика и геоэкодинамика регионов.* 2007; 3 (1): 36-41.
85. Белишева Н.К., Калашникова И.В., Чеботарёва Е.Н. и др. Связь роста микрофлоры с внеземными агентами. *Космос и биосфера: VII междунар. конф., 1-6 окт. 2007 г.:* тезисы докл. К., 2007. С. 76-7.
86. Pobachenko S.V., Vladimirskiy B.M., Grigoriev P.E. Do the processes in near-earth space influence weather and climate", Proc. SPIE 10035 (22nd International Symposium Atmospheric and Ocean Optics: Atmospheric Physics, 1003575, November 29, 2016).
87. Вальчук Т.Е. Кононова Н.К., Чернавская М.М. Экстремальные ливни в России в сопоставлении с солнечной активностью и геомагнитной возмущенностью. *Межд. конф. ГАО РАН, 7-11 июля, 2003 г.:* труды. Пулково, 2003. С. 47-53.
88. Düll B., Düll T. *Medizinsche-meteorologische Statistik.* Berlin, 1937. 265 S.
89. Ganjavi O., Schell B., Cachon J.C., Porporino F. Geophysical variables and behavior: XXIX. Impact of atmospheric conditions on occurrences of individual violence among Canadian penitentiary populations. *Percept Mot. Skills.* 1985; 61 (1): 259-75.
90. Otsu A., Chinami M., Morgenthale S. et al. Correlations for number of sunspots, unemployment rate, and suicide mortality in Japan. *Percept Mot Skills.* 2006; 102 (2): 603-8.
91. Tada H., Nishimura T., Nakatani E. et al. Association of geomagnetic disturbances and suicides in Japan, 1999-2010. *Environ Health Prev. Med.* 2014; 19 (1): 64-71.
92. Розанов В.А., Григор'ев П.С., Вайсерман О.М., Владимирский Б.М. Зв'язок суїцидальної поведінки з геліогеофізичними факторами. *Фізіологічний журнал.* 2010; 56 (3): 49-56.
93. Григорьев П.Е., Розанов В.А. Любарский А.В., Вайсерман А.М. Связь суицидального поведения с гелиогеофизическими факторами. *Архив психиатрии.* 2005; 4 (43): 20-5.
94. Túnyi I., Tesarová O. Suicide and geomagnetic activity. *Soud Lek.* 1991; 36 (1-2): 1-11.
95. Kmetty Z., Tomasovszky Á., Bozsonyi K. Moon/sun – suicide. *Rev Environ Health.* 2018. May 9. pii: /j/reveh.ahead-of-print/reveh-2017-0039/reveh-2017-0039.xml
96. Stoupele E.G., Petrauskienė J., Kaledienė R. et al. Space weather and human deaths distribution: 25 years' observation (Lithuania, 1989-2013). *J. Basic Clin. Physiol. Pharmacol.* 2015; 26 (5): 433-41.
70. Jones P.K., Jones S.L. Lunar association with suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1977; 7: 31-9.
71. Yvonneau M. Views from Dordogne, and the moon, on suicide. *Encephale.* 1996; 22: 52-7.
72. Mills C.A. Earthquake and suicide timing in relation to in Lunar-solar gravitational forces. *Scientia.* 1968; 103: 215-26.
73. Zimecki M. The lunar cycle: effects on human and animal behavior and physiology. *Postepy Hig Med Dosw (Online).* 2006; 60: 1-7.
74. Martin S.J., Kelly I.W., Saklofske D.H. *Suicide and lunar cycles: a critical review over 28 years.* *Psychol Rep.* 1992; 71 (3 Pt 1): 787-95.
75. Biermann T., Estel D., Sperling W. et al. Influence of lunar phases on suicide: the end of a myth? A population-based study. *Chronobiol. Int.* 2005; 22 (6): 1137-43.
76. Temuriyanc N.A., Vladimirskij B.M., Tishkin O.G. Sverhnikochastotnye ehlektromagnitnye signaly v biologicheskom mire. K.: Naukova Dumka, 1992. 188 s. (In Russ)
77. Sidorin A. YA. Predvestniki zemletryasenij. M.: Nauka, 1992. 191 s. (In Russ)
78. Chrzanowski P., Young J.M., Greene G. et al. Infrasonic waves in the atmosphere associated with geomagnetic disturbances. *J. of the Acoustical Society of America.* 1960; 32 (11): 1504.
79. Negoda A.A., Soroka S.A. Akusticheskij kanal kosmicheskogo vliyaniya na biosferu Zemli. *Kosmichna nauka i tekhnologiya.* 2001; 7 (5/6): 85-93. (In Russ)
80. Bedard A.J.Jr. Naturally occurring sources of infrasound. *J. of the Acoustical Society of America.* 1999; 105 (2): 1103.
81. Lal M., Nair K. Geomagnetic storm and substorm induced infrasonic waves over the equatorial troposphere. In: Meeting abstract of 34th COSPAR Scientific Assembly (The Second World Space Congress, held 10-19 October, 2002). Houston, TX, USA, 2002. Access: <http://adsabs.harvard.edu/abs/2002cosp.meetE.270L>
82. Gužas D. Viršilas R. Infrasound hazards for the environment and the ways of protection. *Ultrasound.* 2009; 64 (3): 34-7.
83. Stepanyuk I.A. Elektromagnitnye polya pri aehro- i gidrofizicheskikh processah. SPb: Izd. RGGMU, 2002. 214 s. (In Russ)
84. Kirillov A.K. Kirillova N.G. Ionosfera i variacii atmosfernogo davleniya v prizemnom sloe. *Geopolitika i geoehkodynamika regionov.* 2007; 3 (1): 36-41. (In Russ)
85. Belisheva N.K., Kalashnikova I.V., CHEbota-ryova E.N. i dr. Svyaz' rosta mikroflory s vnezemnymi agentami. *Kosmos i biosfera: VII mezhdunar. konf., 1-6 okt. 2007 g.:* tezisy dokl. K., 2007. S. 76-7. (In Russ)
86. Pobachenko S.V., Vladimirskiy B.M., Grigoriev P.E. Do the processes in near-earth space influence weather and climate", Proc. SPIE 10035 (22nd International Symposium Atmospheric and Ocean Optics: Atmospheric Physics, 1003575, November 29, 2016).
87. Val'chuk T.E. Kononova N.K., Chernavskaya M.M. EHkstrema'nye livni v Rossii v sopostavlenii s solnechnoj aktivnost'yu i geomagnitnoj vozmuschennost'yu. *Mezhd. konf. GAO RAN, 7-11 iyulya, 2003 g.:* trudy. Pulkovo, 2003. S. 47-53. (In Russ)
88. Düll B., Düll T. *Medizinsche-meteorologische Statistik.* Berlin, 1937. 265 S.
89. Ganjavi O., Schell B., Cachon J.C., Porporino F. Geophysical variables and behavior: XXIX. Impact of atmospheric conditions on occurrences of individual violence among Canadian penitentiary populations. *Percept Mot. Skills.* 1985; 61 (1): 259-75.
90. Otsu A., Chinami M., Morgenthale S. et al. Correlations for number of sunspots, unemployment rate, and suicide mortality in Japan. *Percept Mot Skills.* 2006; 102 (2): 603-8.
91. Tada H., Nishimura T., Nakatani E. et al. Association of geomagnetic disturbances and suicides in Japan, 1999-2010. *Environ Health Prev. Med.* 2014; 19 (1): 64-71.
92. Rozanov V.A., Grigor'ev P.C., Vajserman O.M., Vladimirsk'ij B.M. Zv'yazok suicidal'noї povedinki z geliogeofizichnimi faktorami. *Fiziologichnij zhurnal.* 2010; 56 (3): 49-56. (In Russ)
93. Grigor'ev P.E., Rozanov V.A. Lyubarskij A.V., Vajserman A.M. Svyaz' suicidal'nogo povedeniya s geliogeofizicheskimi faktorami. *Arhiv psichiatrii.* 2005; 4 (43): 20-5. (In Russ)
94. Túnyi I., Tesarová O. Suicide and geomagnetic activity. *Soud Lek.* 1991; 36 (1-2): 1-11.
95. Kmetty Z., Tomasovszky Á., Bozsonyi K. Moon/sun – suicide. *Rev Environ Health.* 2018. May 9. pii: /j/reveh.ahead-of-print/reveh-2017-0039/reveh-2017-0039.xml
96. Stoupele E.G., Petrauskienė J., Kaledienė R. et al. Space weather and human deaths distribution: 25 years' observation (Lithuania, 1989-2013). *J. Basic Clin. Physiol. Pharmacol.* 2015; 26 (5): 433-41.

97. Касаткина Е.А., Шумилов О.И., Новикова Т.Б., Храмов А.В. Особенности динамики и цикличности смертности от самоубийств и гелиогеофизические и антропогенные факторы на кольском севере. *Экология человека*. 2014; 2: 45-50.
98. Серпов В.Ю., Степанова А.С., Храмов А.В., Черниченко И.И. Особенности динамики суицидов под влиянием космофизических факторов. *Экология человека*. 2006; 6: 9-11.
99. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г. Самоубийство как многофакторное явление: системный анализ на примере популяции Новосибирска. *Суицидология*. 2011; 2: 32-8.
100. Grigoryev P., Rozanov V., Vaiserman A., Vladimirov B. Helio-geophysical factors as possible triggers of suicide terrorist acts. *Health*. 2009; 1 (4): 294-7.
101. Grigoryev P.E., Mikulecky M., Rozanov V.A., Vaiserman A.M., Vladimirov B.M. An ambient infrasound conditioned by geomagnetic and solar activity may provoke terrorist behaviour. *Clovek na svem pozemskem a kosmickem prostredi*, (Abstracty Referati, Upice, 18-20 kvetna 2010), 2010. P. 20-3.
102. Олшанский Д.В. Психология террориста // Психология террористов и серийных убийц. Мн.: Харвест, 2004. С. 70-170.
103. Григорьев П.Е., Розанов В.А., Любарский А.В., Вайсерман А.М. Отдельные особенности гелиогеофизической обстановки в периоды гаметогенеза и эмбриогенеза суицидентов и лиц с психотическими психическими расстройствами. *Таврический журнал психиатрии*. 2006; 10 (4): 47-52.
104. Vaiserman A.M. Epigenetic Programming by Early-Life Stress: Evidence from Human Populations. *Developmental Dynamics*. 2015; 244 (3): 254-65.
105. Baliatsas C., van Kamp I., van Poll R., Yzermans J. Health effects from low-frequency noise and infrasound in the general population: Is it time to listen? A systematic review of observational studies. *Sci. Total Environ*. 2016; 557-558:163-9.
106. Biermann T., Stilianakis N., Bleich S. et al. The hypothesis of an impact of ozone on the occurrence of completed and attempted suicides. *Med Hypotheses*. 2009; 72 (3): 338-41.
107. Changsoo K., Sang H.J., Dae R.K. et al. Ambient particulate matter as a risk factor for suicide. *Amer. J. Psychiatry*. 2010. (AJP in Advance, doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050706).
108. Szyszkowicz M., Willey J.B., Grafstein E. et al. Air pollution and emergency department visits for suicide attempts in Vancouver, Canada. *Environ. Health Insights*. 2010; 4: 79-86.
109. Медведев В.И., Алдашева А.А. Экологическое сознание. М: Логос, 2001. 376 с.
110. Stiehm E.R. The psychological fallout of Chernobyl. *American J. of Diseases of Children*. 1992; 146: 761-2.
111. Baum A., Fleming I. Implications of psychological research on stress and technological accidents. *American Psychologist*. 1993; 48 (6): 665-72.
112. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 394 (Suppl): 13-9.
113. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология*. 2012; 4: 28-40.
114. Rahu M., Tekkel M., Veidebaum N. et al., The Estonian study of Chernobyl cleanup workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiat. Res*. 1997; 147 (5): 653-7.
115. Rahu K., Rahu M., Tekkel M., Bromet E. Suicide risk among Chernobyl cleanup workers in Estonia still increased: an updated cohort study. *Ann. Epidemiol*. 2006; 16 (12): 917-9.
116. Rahu K., Auvinen A., Hakulinen T. et al (2013) Chernobyl cleanup workers from Estonia: follow-up for cancer incidence and mortality. *J. Radiol. Prot*. 2013; 33 (2): 395-411.
117. Kamarli Z., Abdulina A. Health conditions among workers who participated in the cleanup of the Chernobyl accident. *World Health Stat*. 1996; 49: 29-31.
118. Vanchieri C. Chernobyl "liquidators" show increased risk of suicide, not cancer. *J. Natl. Cancer Inst*. 1997; 89 (23): 1750-2.
119. Komleva N.S., Koshurnikova N.A., Nifatov A.P. et al. Mortality from external causes among personnel of Mayak's radiochemical plant. *Sci. Total. Environ*. 1994; 142 (1-2): 33-5.
120. Juel K. High mortality in the Thule cohort: an unhealthy worker effect. *Int. J. Epidemiol*. 1994; 23 (6): 1174-8.
121. 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, опыт медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / Под ред. проф. С.С. Алексанина. – СПб: Политехника-принт, 2016. 506 с.
97. Kasatkina E.A., SHumilov O.I., Novikova T.B., Hramov A.V. Osobennosti dinamiki i ciklichnosti smernosti ot samoubijstv i geliogeofizicheskie i antropogennye faktory na kol'skom severe. *Ekologiya cheloveka*. 2014; 2: 45-50. (In Russ)
98. Serpov V.YU., Stepanova A.S., Hramov A.V., CHernichenko I.I. Osobennosti dinamiki suicidov pod vliyaniem kosmofizicheskikh faktorov. *Ekologiya cheloveka*. 2006; 6: 9-11. (In Russ)
99. Openko T.G., Chukhrova M.G. Suicide as multifactorial phenomenon: system analysis by example of Novosibirsk population. *Suicidology*. 2011; 2: 32-8. (In Russ)
100. Grigoryev P., Rozanov V., Vaiserman A., Vladimirov B. Helio-geophysical factors as possible triggers of suicide terrorist acts. *Health*. 2009; 1 (4): 294-7.
101. Grigoryev P.E., Mikulecky M., Rozanov V.A., Vaiserman A.M., Vladimirov B.M. An ambient infrasound conditioned by geomagnetic and solar activity may provoke terrorist behaviour. *Clovek na svem pozemskem a kosmickem prostredi*, (Abstracty Referati, Upice, 18-20 kvetna 2010), 2010. P. 20-3.
102. Ol'shanskij D.V. Psihologiya terrorista // Psihologiya terroristorov i serijnyh ubijc. Mn.: Harvest, 2004. S. 70-170. (In Russ)
103. Grigor'ev P.E., Rozanov V.A., Lyubarskij A.V., Vajserman A.M. Otdel'nye osobennosti geliogeofizicheskoj obstanovki v periody gametogeneza i ehmbriogeneza suicidentov i lic s psihoticheskimi psihicheskimi rasstrojstvami. *Tavricheskij zhurnal psihiatrii*. 2006; 10 (4): 47-52. (In Russ)
104. Vaiserman A.M. Epigenetic Programming by Early-Life Stress: Evidence from Human Populations. *Developmental Dynamics*. 2015; 244 (3): 254-65.
105. Baliatsas C., van Kamp I., van Poll R., Yzermans J. Health effects from low-frequency noise and infrasound in the general population: Is it time to listen? A systematic review of observational studies. *Sci. Total Environ*. 2016; 557-558:163-9.
106. Biermann T., Stilianakis N., Bleich S. et al. The hypothesis of an impact of ozone on the occurrence of completed and attempted suicides. *Med Hypotheses*. 2009; 72 (3): 338-41.
107. Changsoo K., Sang H.J., Dae R.K. et al. Ambient particulate matter as a risk factor for suicide. *Amer. J. Psychiatry*. 2010. (AJP in Advance, doi:10.1176/appi.ajp.2010.09050706).
108. Szyszkowicz M., Willey J.B., Grafstein E. et al. Air pollution and emergency department visits for suicide attempts in Vancouver, Canada. *Environ. Health Insights*. 2010; 4: 79-86.
109. Medvedev V.I., Aldasheva A.A. EHkologicheskoe soznanie. M: Logos, 2001. 376 s. (In Russ)
110. Stiehm E.R. The psychological fallout of Chernobyl. *American J. of Diseases of Children*. 1992; 146: 761-2.
111. Baum A., Fleming I. Implications of psychological research on stress and technological accidents. *American Psychologist*. 1993; 48 (6): 665-72.
112. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 394 (Suppl): 13-9.
113. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology*. 2012; 4: 28-40. (In Russ)
114. Rahu M., Tekkel M., Veidebaum N. et al., The Estonian study of Chernobyl cleanup workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiat. Res*. 1997; 147 (5): 653-7.
115. Rahu K., Rahu M., Tekkel M., Bromet E. Suicide risk among Chernobyl cleanup workers in Estonia still increased: an updated cohort study. *Ann. Epidemiol*. 2006; 16 (12): 917-9.
116. Rahu K., Auvinen A., Hakulinen T. et al (2013) Chernobyl cleanup workers from Estonia: follow-up for cancer incidence and mortality. *J. Radiol. Prot*. 2013; 33 (2): 395-411.
117. Kamarli Z., Abdulina A. Health conditions among workers who participated in the cleanup of the Chernobyl accident. *World Health Stat*. 1996; 49: 29-31.
118. Vanchieri C. Chernobyl "liquidators" show increased risk of suicide, not cancer. *J. Natl. Cancer Inst*. 1997; 89 (23): 1750-2.
119. Komleva N.S., Koshurnikova N.A., Nifatov A.P. et al. Mortality from external causes among personnel of Mayak's radiochemical plant. *Sci. Total. Environ*. 1994; 142 (1-2): 33-5.
120. Juel K. High mortality in the Thule cohort: an unhealthy worker effect. *Int. J. Epidemiol*. 1994; 23 (6): 1174-8.
121. 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, опыт медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / Под ред. проф. С.С. Алексанина. – СПб: Политехника-принт, 2016. 506 с. (In Russ)

122. Wijngaarden E. van, Savitz D.A., Kleckner R.C. et al. Exposure to electromagnetic fields and suicide among electric utility workers a nested case-control study. *West J. Med.* 2000; 173 (2): 94–100.
123. Baris D., Armstrong B.G., Deadman J., Thériault G. A case cohort study of suicide in relation to exposure to electric and magnetic fields among electrical utility workers. *Occup. Environ Med.* 1996; 53 (1): 17–24.
124. Beale I.L. Pearce N.E., Conroy D.M. et al. Psychological Effects of Chronic Exposure to 50 Hz Magnetic Fields in Humans Living Near Extra-High-Voltage Transmission Lines. *Bioelectromagnetics.* 1997; 18: 584–94.
125. Барабой В.А., Сутковой Д.А. Окислительно - антиоксидантный гомеостаз в норме и патологии. *Киев: Чернобыль-интеринформ.* 1997; 1; 202.
126. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D.Wasserman (ed.) *Suicide. An Unnecessary Death*, 2001, London: Martin Duniz. P. 13-27.
122. Wijngaarden E. van, Savitz D.A., Kleckner R.C. et al. Exposure to electromagnetic fields and suicide among electric utility workers a nested case-control study. *West J. Med.* 2000; 173 (2): 94–100.
123. Baris D., Armstrong B.G., Deadman J., Thériault G. A case cohort study of suicide in relation to exposure to electric and magnetic fields among electrical utility workers. *Occup. Environ Med.* 1996; 53 (1): 17–24.
124. Beale I.L. Pearce N.E., Conroy D.M. et al. Psychological Effects of Chronic Exposure to 50 Hz Magnetic Fields in Humans Living Near Extra-High-Voltage Transmission Lines. *Bioelectromagnetics.* 1997; 18: 584–94.
125. Baraboj V.A., Sutkovej D.A. Okislitel'no-antioksidantnyj gomeostaz v norme i patologii. *Kiev: Chernobyl'interinform.* 1997; 1; 202. (In Russ)
126. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D.Wasserman (ed.) *Suicide. An Unnecessary Death*, 2001, London: Martin Duniz. P. 13-27.

## ENVIRONMENTAL FACTORS AND SUICIDE BEHAVIOR IN HUMAN BEING

V.A. Rozanov<sup>1</sup>, P.E. Grigoriev<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, v.rozanov@spbu.ru

<sup>2</sup>V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Symferopol, Russia

<sup>3</sup>Tyumen State University, Tyumen, Russia

### Abstract:

Suicide is influenced by various environmental factors. This is most clearly manifested in the repeatedly confirmed seasonality of suicidal behavior – the presence of a spring-summer and less pronounced autumn peaks. This phenomenon can be associated with both biological (thermoregulation, insolation, daylight hours), and social factors, which are also usually confined to natural seasonality. Variations of suicides are accompanied (and partly explained) by seasonal exacerbations of mental disorders, aggressive behaviors enhancement and psychological conditions associated with the change of seasons. The hypothesis that the seasonality of suicide will gradually diminish due to urbanization does not seem to be confirmed by many studies. The human beings, despite their power over nature, remain dependent on a variety of biological rhythms (circadian, infradian and ultradian) which is reflected, among other effects, in the frequency of suicides during each month, weekdays and across the day. The objective verification of various suicidal fluctuations is a difficult statistical task, and the use of different methods of analysis, sample differences and geographical variations lead to heterogeneous results. Besides, cyclic variations are impacted by aperiodic weather phenomena and various physical factors of the external environment, both natural (helio-geomagnetic disturbances, cosmic weather), and technogenic (artificial electromagnetic fields of various characteristics). It is quite probable that one of the provoking factors may be the infrasound associated with extreme weather patterns. Studies of the relationship between the frequency of suicide and the lunar cycle are controversial. A number of studies evaluating the impact of Chernobyl catastrophe and other radiation accidents have found an increase in the incidence of suicides due to the combined effect of radiation and psychological factors associated with the subjectively perceived danger of ionizing radiation. Other environmental pollutants including smog and degradation of the environment as a whole accompany elevated levels of suicide. A generalizing scheme of the pathogenesis of cyclic and aperiodic variations of suicide frequency under the influence of environmental factors is proposed. It posits stress-vulnerability as the central phenomenon, while various environmental factors act as additional stressors leading to exacerbations of chronic somatic diseases and psychiatric disorders.

*Key words:* suicide, suicidal attempt, seasonality, weather phenomena, meteorological conditions, body thermoregulation, insolation, calendar events, helio-geophysical influences, radiation factor, electromagnetic fields, environmental pollutants, stress, stress vulnerability

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Розанов В.А., Григорьев П.Е. Экологические факторы и суицидальное поведение человека. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 30-49.

For citation: Rozanov V.A., Grigoriev P.E. Environmental factors and suicide behavior in human being. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 30-49. (In Russ)

УДК 616.89-008.444.9:159.9.019.43:57.026:316.624:616-053.71

## АГРЕССИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ СОЦИАЛИЗАЦИИ

Н.А. Бохан, А.Ф. Аболонин, А.И. Мандель, И.Я. Стоянова, И.А. Назарова

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

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

ФГБУ «Томский государственный национальный исследовательский университет», г. Томск, Россия

Контактная информация:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук (SPIN-код: 2419-1263; Author ID: 152392; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4. Телефон: (913) 827-79-57, электронный адрес: bna909@gmail.com,

Аболонин Алексей Федорович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6890-5624; Author ID: 625982; ORCID iD: 0000-0002-3559-5441). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4. Телефон: (913) 800-96-54, электронный адрес: abolonin2004@mail.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор (AuthorID: 152393; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4. Телефон: (3822) 53-18-14, электронный адрес: anna-mandel@mail.ru

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5048-1557; AuthorID: 154174). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», профессор кафедры психологического консультирования и психотерапии факультета психологии ФГБУ «Томский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4. Телефон: (913) 821-92-66, электронный адрес: ithka1948@mail.ru

Назарова Ирина Анатольевна (SPIN-код: 6465-9410; AuthorID: 683878; ORCID iD: 0000-0001-6211-4722). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская 4. Телефон: (903) 954-00-48, электронный адрес: ianazarova@mail.ru

Обоснована актуальность и представлены различные гипотезы о природе и причинах деструктивных форм поведения (гетеро- и аутоагрессии, суицидального и аддиктивного поведения). Цель исследования: изучение деструктивного поведения подростков, находящихся в различных социальных условиях (родительская семья, образовательные учреждения, сверстники, воспитательная колония для несовершеннолетних правонарушителей). Материал и методы. Исследовано 4 группы подростков: 1 – отбывающие наказание в воспитательных колониях (n=265); 2 – находящиеся в региональном лагере «Сибэкстрем» (n=113); 3 – учащиеся ПТУ и лицеев (114); 4 – учащиеся средних общеобразовательных школ (1032). Психодиагностика деструктивных проявлений, включая агрессивные и аутоагрессивные тенденции, осуществлялась с помощью опросника Басса-Дарки (Buss A.H., Durkee A., 1957). Результаты. Проанализированы социально-психологические параметры деструктивного поведения у 265 подростков мужского и женского пола с наркотической и алкогольной зависимостью в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст  $17,08 \pm 0,8$  года), находящиеся в различных условиях социализации, в том числе в пенитенциарной среде с отбыванием наказания в воспитательных колониях. Агрессивность подростков в условиях пенитенциарной системы трансформируется из открытых форм агрессии в пассивные (косвенная агрессия, раздражительность, чувство вины и враждебности). Анализ суицидальных действий несовершеннолетних правонарушителей выявил: девушки значительно больше юношей совершали суицидальные попытки (61,8% и 22,0% соответственно;  $p < 0,05$ ). Основной способ суицида у девушек – самоповреждения (29,1%), у юношей – самоповешение (12,0%). Агрессивность подростков в условиях пенитенциарной системы трансформируется из открытых форм агрессии в пассивные (косвенная агрессия, раздражительность, чувство вины и враждебности). Наиболее значимые взаимосвязи у юношей получены между попытками суицида и показателями косвенной агрессии ( $p=0,012$ ), подозрительности ( $p=0,001$ ) и враждебности ( $p=0,005$ ); у девушек – между попытками суицида и показателями чувства вины ( $p=0,034$ ). Выводы. Выявлены особенности формирования деструктивных форм поведения (гетеро-, и аутоагрессия, суицидальное и аддиктивное поведение) с

учётom гендерно-возрастных различий, характерологических особенностей личности, условий воспитания. Установлены спецификация и модифицирующее влияние пенитенциарной агрессии на формирование параметров суицидального поведения у делинквентных подростков.

*Ключевые слова:* деструктивное поведение, аддикция, агрессия, аутоагрессия, суицидальное поведение, институты социализации, несовершеннолетние правонарушители, гендерные различия

Актуальность проблем, связанных с ауто- и гетеродеструктивной формами девиантного поведения, объясняется наблюдаемой в мире тенденцией к усугублению и расширению диапазона расстройств психического и физического здоровья, являющихся следствием прямых или косвенных действий, направленных на саморазрушение (прежде всего в результате суицидального и аддиктивного поведения). В научной литературе выдвигаются различные гипотезы о природе и причинах деструктивных форм поведения (гетеро- и аутоагрессии, суицидального и аддиктивного поведения), формируются многомерные модели изучения его множественной причинности. Деструктивное поведение рассматривается как «специфическая форма активного отношения субъекта к миру или самому себе, основным содержанием которой является разрушение существующих объектов и систем» [1]. Выделяются уровни девиации (докриминальный и собственно криминальный), выраженные в отклоняющемся поведении [2]. В рамках структурно-динамической концепции разработана многоосевая классификация видов девиантного поведения: внешнедеструктивное (антисоциальное), косвенно-деструктивное (асоциальное) и аутодеструктивное (диссоциальное) поведение, не соответствующее медицинским и психологическим нормам, угрожающее целостности самой личности [3, 4]. В рамках данной работы мы рассмотрим внешние деструктивные цели (нарушение социальных норм – правовых, морально-этических, культурных) и внутренние (дезинтеграция самой личности, её регресс, физическое уничтожение).

Термин аутодеструктивное (саморазрушающее) поведение – нанесение человеком самому себе какого-либо вреда трактуется достаточно широко. В большинстве случаев содержание этого понятия рассматривается как суицидальное и самоповреждающее поведение, реже – как алкогольная и наркотическая зависимость, расстройства пищевого поведения, фармакологические аддикции – употребление психоактивных веществ [5, 6, 7]. Исследователи аддиктивного поведения отмечают, что зависимые от психоактивных веществ (ПАВ) живут прошлым, испытывают негативные эмоции, с тенденцией к негативной оценке окружающих, неспособностью принять собствен-

ную агрессию со стремлением к её подавлению и трансформацией в аутоагрессию [8, 9]. Так же обсуждаются факторы риска и динамика суицидального поведения подростков, в котором одно из ведущих мест занимает агрессия [5, 10].

Процесс формирования делинквентных форм поведения несовершеннолетних складывается из многих факторов [11, 12]. Можно выделить следующие социально - средовые особенности подростков, совершивших общественно опасные деяния: гипопека, низкий социальный статус семьи, сложные материальные условия, злоупотребление алкоголем родителей, ранний возраст начала употребления алкоголя, высокая распространённость употребления табака и ПАВ [13, 14, 15]. Особенностью девиантного поведения у детей с органическими расстройствами личности являлось формирование раннего аддиктивного поведения, распространённость сексуальных девиаций, раннее формирование различных форм агрессивного поведения по отношению к сверстникам [14, 16, 17]. По мнению ряда исследователей, разница между обычными людьми и трудными подростками лишь в том, что первые умеют направлять агрессивную энергию на пользу себе и обществу, а подростки, лишённые хорошего воспитания, не умеют контролировать агрессивную энергию [18, 19].

По мере того как мы всё больше узнаем о гендерных различиях в стратегиях агрессивного поведения, часто приводимые доказательства мужского превосходства в агрессивном поведении начинают слабеть. Вместе с растущим осознанием того факта, что в уже осуществлённых исследованиях агрессии не уделялось должного внимания аспектам агрессии девочек и женщин, возник интерес к изучению женской агрессии как особого явления [20]. Специфическую проблему представляет собой формирование у девочек с девиантным поведением зависимого употребления психоактивных веществ. Социальными факторами риска в этом плане являются общение с наркоманами-сверстниками, эмоциональная депривация, конфликты в семье [6, 21].

Если говорить о деструктивном поведении в местах лишения свободы, то изоляция преступников в исправительных колониях приводит лишь к его усилению. Субкультура насилия в условиях тюремного заключения не

только усугубляет озлобленность, но и деформирует личность правонарушителя [22]. Детальный анализ психологических характеристик феномена деструктивного поведения в среде несовершеннолетних осуждённых имеет свои специфические особенности: в условиях исправительного учреждения деструктивное поведение несовершеннолетних преступников является одним из способов самозащиты и активизируется в ситуациях, связанных с сильными негативными либо стрессовыми переживаниями [23, 24, 25]. Подобное поведение неизбежно приводит к формированию чувства неуверенности в себе, одиночества, повышению уровня тревожности и внутренней напряженности. Возникающее в результате субъективное переживание внутреннего недовольства собой усугубляется ещё и ограничением индивидуального пространства, разрушением социальных взаимодействий с внешним миром, разного рода депривационными обстоятельствами [26-28].

Контингент современных подростков характеризуется более частым совершением суицидальных попыток, предъявлением суицидальных угроз демонстративного и протестного характера, шантажом суицидом по сравнению с подростками предыдущего поколения. Средний возраст начала проявления суицидальных угроз и первой суицидальной попытки более ранний у современных подростков [29].

Для подростков, склонных к суициду, такие особенности их жизни, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, травля и отвержение со стороны сверстников, способствуют формированию определённого типа мышления, которому свойственны негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Такой тип мышления вызывает негативные эмоции и ... приводит к суицидальному кризису [30].

Нестабильность социальных реалий, идеологических и психологических установок в обществе, дисфункциональность семейных отношений способствуют расширению факторов риска формирования деструктивного поведения в подростковом возрасте. Нелинейность взаимосвязей между социально - психологическими факторами и деструктивными проявлениями, поиски эффективных форм медико - психологической реабилитации свидетельствуют о необходимости продолжения исследований в этом направлении.

Целью настоящего исследования стало изучение деструктивного поведения подростков, находящихся в различных социальных условиях (родительская семья, образователь-

ные учреждения, сверстники, воспитательная колония для несовершеннолетних правонарушителей).

Материал и методы.

Основную выборку комплексного клинико-психологического исследования составили 265 подростков мужского и женского пола с наркотической и алкогольной зависимостью в возрасте от 14 до 18 лет (средний –  $17,08 \pm 0,8$ ). Из них 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний –  $17,1 \pm 0,9$ ), находившихся в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей г. Ленинск-Кузнецк, Кемеровской области и 110 воспитанниц женской воспитательной колонии г. Томска (средний возраст  $17,0 \pm 0,73$ ). Выборка создавалась на основании наличия у подростков зависимости или указания на злоупотребление ПАВ.

Работа выполнена в рамках основной темы НИР НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «Распространённость, клинико - патобиологические закономерности формирования и патоморфоза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ в социально - организованных популяциях (профилактический, реабилитационный аспекты). Номер госрегистрации ААА-А15-115123110064-5.

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол ЛЭК НИИ психического здоровья № 53 от 1 октября 2012 г. Дело № 53/4.2012).

Для выявления различий в реализации деструктивного и аутодеструктивного поведения в качестве групп сравнения нами были обследованы три группы подростков, находящихся в различных институтах социализации в зависимости от выраженности девиантных форм поведения. В первую группу вошли 113 человек, находившихся в региональном лагере для социально неблагополучных подростков «Сибэкстрем», совершившие мелкие правонарушения и имеющие в своем анамнезе эпизодическое употребление ПАВ. Вторую группу составили 114 учащихся ПТУ и лицеев с проблемным поведением. В третью группу вошли 1032 учащихся средних общеобразовательных школ г. Томска с нормативным поведением.

Таким образом, всего в исследовании было выделено 4 группы: 1 – Отбывающие наказание в воспитательных колониях ( $n=265$ ), 2 – находившиеся в региональном лагере «Сибэкстрем» ( $n=113$ ), 3 – учащиеся ПТУ и лицеев ( $n=114$ ), 4 – учащиеся средних общеобразовательных школ ( $n=1032$ ).



Таблица 1

Условия воспитания несовершеннолетних в различных группах социализации (в%)

Семейные условия	1 Отбывающие наказание (n=265)		2 Находящиеся в лагере «Сибэкстрем» (n=113)		3 Учащиеся ПТУ (n=114)		4 Учащиеся Школы (n=1032)	
	юноши n=155	девушки n=110	юноши n=66	девушки n=47	юноши n=64	девушки n=50	юноши n=507	девушки n=525
Полная семья	29,3	23,6	34,5	45,9	46,9	48,0	73,8	62,2
Неполная семья	57,3	40,0	41,2	37,8	40,6	48,0	23,8	36,6
Приёмная семья	2,7	16,4	12	5,4	12,5	4,0	2,4	1,2
Детский дом	10,7	20	12,3	10,9	–	–	–	–
Не работает временно или постоянно								
Отец	–	–	13,4	18,9	9,4	–	–	2,4
Мать	–	–	18,9	9,1	3,1	–	2,5	6,1
Имеет высшее и незаконченное высшее образование								
Отец	0,6	5,4	15,9	21,6	–	8	57,4	56,1
Мать	5,9	7,2	22,6	37,8	21,9	12	71,9	70,4
Материальный уровень (достаток) высокий								
Семья	10,9	2,5	40,3	35,1	46,9	16	57,7	64,6
Злоупотребление алкоголем								
Отец	30,9	71,2	15,1	27,02	18,7	4	2,5	6,1
Мать	28	29,7	7,6	8,1	3,1	4	–	1,2

Примечание: 1 – Отбывающие наказание в воспитательных колониях, 2 – находившиеся в региональном лагере «Сибэкстрем», 3 – учащиеся ПТУ и лицеев, 4 – учащиеся средних общеобразовательных школ.

Использовались клинико - психопатологический, экспериментально-психологический и математико-статистический методы. Психодиагностика деструктивных проявлений, включая агрессивные и аутоагрессивные тенденции осуществлялась с помощью опросника Басса-Дарки (Buss A.H., Durkee A., 1957). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета программ Statistica версии 10.0.

**Результаты и обсуждение.**

На первом этапе нами было проведено изучение семейного окружения в различных социальных группах подростков. Было выявлено, что с нарастанием девиантности увеличивается число подростков из неполных семей либо содержащихся в приёмных семьях или в интернатах. Особенности социально - экономического статуса родителей, их образовательный уровень как фактор деструктивного поведения у подростков представлен в табл. 1.

Данные свидетельствуют об увеличении количества несовершеннолетних правонарушителей в семьях с низким образовательным статусом. Преобладающими отношениями в таких семьях были конфликтные отношения, обусловленные высоким уровнем алкоголизации родителей и низким материальным уровнем.

Результаты свидетельствуют об увеличении числа матерей с алкогольной зависимостью.

Так же необходимо отметить, что подростки с делинквентными проявлениями чаще воспитывались в семьях, где у родителей наблюдалось несовпадение образовательного ценза.

Анализ социальных данных с учётом половых различий выявил, что девушки с криминально-аддиктивными формами поведения чаще воспитывались в условиях деструктивных семей с низким материальным уровнем и злоупотребляющими алкоголем родителями.

В состоянии опьянения на момент совершения преступления чаще находились девушки, чем юноши (63,6% и 32% соответственно;  $p < 0,05$ ).

Анализ аддиктивного поведения в группе девиантных подростков выявил раннее знакомство с психоактивными веществами (ПАВ). Первые пробы ПАВ у юношей - правонарушителей начинались в более раннем возрасте, чем у девушек ( $p = 0,004$ ), но после 12 лет девушки становились в этом отношении более активными. Предпочтения в выборе ПАВ были различны (табл. 2).

Так, девушки были склонны употреблять алкоголь ( $p = 0,0001$ ), но чаще прибегали к комбинированному (алкоголь и наркотики) по-

треблению ( $p=0,0001$ ). При исследовании причин первого потребления ПАВ 63,6% девушек и 71,8% юношей основным мотивом потребления называли потребность в новых ощущениях (мотив экспериментирования).

Таблица 2

Структура употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних правонарушителей отбывающих наказание (группа 1), в %

Употребляемые ПАВ	Девушки	Юноши
Каннабиды	0	8,00*
Опиаты	1,82	6,00
ЛР+ каннабиды	0	0,67
Алкоголь+ опиаты	9,09	13,33*
Алкоголь+ каннабиды	50,91	36,67*
Алкоголь+каннабиды+опиаты	23,64	12,67*
Каннабиды +опиаты	0	14,67*
Алкоголь+ ЛР (летучие растворители)	3,64	6,0
Алкоголь +ЛР+каннабиды	1,82	2,0
Алкоголь+каннабиды + психостимуляторы	5,45	0
Полинаркомания	3,64*	0

Примечание: \* $p=0,0001$

Причиной первого употребления наркотика у юношей, в отличие от девушек, являлось давление со стороны окружающих, выбор осуществлялся по чужой инициативе ( $p=0,02$ ), а у девушек решающим фактором была относительная доступность данного наркотика ( $p=0,0017$ ). Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,4% девушек и 72,0% юношей, лишь 18,2% девушек и 15,3% юношей испытывали опасения перед первым потреблением за свое здоровье. При дальнейшем потреблении ПАВ основным мотивом у 77,1% юношей и 63,6% девушек становится гедонистический (стремление получить удовольствие).

Особую роль в развитии аддиктивного поведения играет средовое окружение, характеризующееся наличием друзей с подобными формами поведения. Свою роль в компании лишь 5,3% подростков-юношей определяли как лидерство, конформность поведения выявлена у 70%, подчиняемость – у 21%. Девушки предпочитали считать себя лидерами в компании в 61,9% случаев. Конформное поведение определялось у 38,1%. Отношение к делинквентным компаниям: 61,0% юношей признали охотное общение с асоциальными личностями, а 60,0% девушек, напротив, активно избегали такого общения.

Анализ суицидальных действий несовершеннолетних правонарушителей выявил: девушки значимо больше юношей совершали суицидальные попытки (61,8% и 22,0% соответственно;  $p<0,05$ ). Основной способ суицида у девушек – самопорезы (29,1%), у юношей – самоповешение (12,0%) (табл. 3).

Таблица 3

Суицидальные попытки по видам совершения у несовершеннолетних правонарушителей, отбывающих наказание (группа 1), в %

Самоповреждения	Девушки	Юноши
Самопорезы	29,1	6,0*
Самоповешение	18,2	12,0*
Отравления	7,3	2,7
Прочие	9,1	1,3
Отсутствовали	38,2	78,0*

Примечание: \* $p=0,001$

Далее мы рассмотрели агрессивное поведение, как одну из составляющих деструктивного и аутоагрессивного поведения с помощью теста Басса-Дарки, который выявляет агрессивные и враждебные тенденции человека.

В основной выборке высокие показатели выявлены у юношей по шкалам «физическая агрессия», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины». У девушек обнаружены высокие показатели по шкалам «физическая агрессия», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины», а также высокие суммарные индексы «враждебности» и «агрессивности». Сравнение показателей агрессии свидетельствует о различиях на уровне статистической значимости ( $p<0,01$ ) по следующим характеристикам агрессивности: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражительность, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины, индекс враждебности (табл. 4).

Сопоставление шкал теста Басса-Дарки в различных группах среди юношей были выявлены следующие значимые различия при ( $p<0,05$ ) между группами с учётом поправки Бонферрони. По шкале «физическая агрессия» выявлены повышенные значения в группе подростков из лагеря «Сибэкстрем», достоверно отличающие её от других групп. Различия с группой осуждённых подростков по этой шкале значимы ( $p=0,0042$ ), с группой учащихся ПТУ ( $p=0,006$ ). По шкале «косвенная агрессия» наблюдалось повышение значений в группе школьников и несовершеннолетних правонарушителей из лагеря «Сибэкстрем».

Таблица 4

Структура проявлений агрессии у подростков юношей в различных группах социализации (по тесту Басса-Дарки в баллах, M±SD)

Показатель	Отбывающие наказание	Находящиеся в «Сибэкстрем»	Учащиеся ПТУ	Учащиеся школы
Физическая агрессия	5,8±1,7*	8,7±4,5*	5,8±1,5*	6,5±2,1
Косвенная агрессия	4,1±1,5*	5,7±3,5	4,1±1,1	5,0±1,9*
Раздражительность	5,8±2,2	7,0±6,2	5,2±1,7	5,5±2,5
Негативизм	2,8±1,3	3,4±3,4	3,0±1,3	3,1±1,9
Обида	2,7±1,5	3,8±5,3	2,6±1,8	3,5±2,1
Подозрительность	6,0±1,8**	8,6±4,3*	7,5±1,9*	7,5±2,2*
Вербальная агрессия	7,7±2,1	9,8±7,1	7,5±2,2	8,2±2,6
Чувство вины	5,6±2,3**	3,9±5,3**	3,5±2,2*	4,4±2,5
Индекс Враждебности	8,7±2,8*	12,3±9,1	10,1±2,7*	10,9±3,5*
Индекс Агрессивности	19,3±4,7	21,5±6,4*	18,6±3,6*	20,2±5,8

Примечание: \*p<0,05; \*\*p<0,001.

Достоверные различия выявлены между группами школьников и подростками, находящимися в воспитательной колонии (ВК) (p=0,012), школьниками и учащимися ПТУ (при p=0,0078). Показатели шкалы «подозрительности» были наименее выражены в группе несовершеннолетних правонарушителей, находящихся в ВК, и достоверно отличались от показателей в группе школьников (p=0,0012), а также учащихся ПТУ, лицеев (p=0,0012) и группы правонарушителей из «Сибэкстрем» (p=0,037). Наибольшие значения по шкале «чувство вины» были в группы несовершеннолетних правонарушителей: по этому показателю данная группа достоверно отличалась от группы школьников (p=0,006), группы учащихся ПТУ и лицеев (p<0,0001) а так же от

подростков, находившихся в лагере «Сибэкстрем» (p<0,0001), (табл. 5).

Необходимо отметить, что юноши с нормативным поведением также могут испытывать агрессивные и враждебные импульсы, но (в отличие от подростков с девиантными формами поведения) контролируют свои негативные импульсы, проявляют её социально приемлемым способом. Юноши, находящиеся в условиях воспитательной колонии, имели самые высокие показатели по шкале «чувство вины» – выражающем возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести. Невозможность и подавление открытого выражения агрессии приводит к более глубокому переживанию чувства вины [31].

Таблица 5

Уровень значимости различий между группами подростков юношей по тесту Басса-Дарки (с учетом поправки Бонферрони)

Показатель	Отбывающие наказание и учащиеся школы	Отбывающие наказание и учащиеся ПТУ	Отбывающие наказание и «Сибэкстрем»	«Сибэкстрем» и учащиеся школы	«Сибэкстрем» и учащиеся ПТУ	Учащиеся школы и учащиеся ПТУ
Физическая агрессия	–	–	0,0042	–	0,006	–
Косвенная агрессия	0,012	–	–	–	–	0,0078
Раздражительность	–	–	–	–	–	–
Негативизм	–	–	–	–	–	–
Обида	–	–	–	–	–	–
Подозрительность	0,0012	0,0012	0,0366	–	–	–
Вербальная агрессия	–	–	–	–	–	–
Чувство вины	0,006	0,0000	0,0000	0,006	–	–
Индекс Враждебности	0,0018	0,0516	–	–	–	–
Индекс Агрессивности	–	–	–	–	0,018	–

Примечание: в таблице приведены только значимые уровни различий данных (p<0,05; p<0,001) теста Басса-Дарки в зависимости от условий социализации по группам.

В табл. 6 представлена взаимосвязь между проявлениями агрессивности (по тесту Басса-Дарки) и попытками суицида у юношей, отбывающих наказание в воспитательной колонии для несовершеннолетних преступников. Наиболее значимые взаимосвязи получены между попытками суицида и показателями косвенной агрессии, подозрительности и враждебности.

Таблица 6

Взаимосвязь между проявлениями агрессивности (по тесту Басса-Дарки) и попытками суицида у юношей, отбывающих наказание

Переменные	Spearman	T(N-2)	p-level
Суицид – физическая агрессия	-0,078	-0,815	0,416
Суицид – косвенная агрессия	0,235	2,526	0,012*
Суицид – раздражительность	0,187	1,987	0,049
Суицид – негативизм	0,039	0,415	0,679
Суицид – обида	0,135	1,429	0,156
Суицид – подозрительность	0,310	3,409	0,001*
Суицид – вербальная агрессия	0,029	0,304	0,761
Суицид – чувство вины	0,119	1,259	0,210
Суицид – враждебность	0,259	2,804	0,005*
Суицид – агрессивность	0,070	0,736	0,464

Таким образом, можно отметить, что юноши, проявляющие открыто деструктивное поведение в виде аддикций, делинквентных и аморальных поступков, при попадании в условия воспитательной колонии демонстрируют изменение форм проявления агрессии.

Корреляционный анализ данных теста Басса-Дарки и суицидальных попыток у подростков, находящихся в условиях ВК, выявил, что избежать суицидальных тенденций данной группе подростков помогает направление агрессивных тенденций в словесное выражение, раздражительность, враждебность по отношению к окружающим. Можно предположить, что агрессивное поведение подростков после пребывания в пенитенциарной системе трансформируется из открытых форм проявлений агрессии в состояние внутренней скрытой озлобленности.

Сопоставление шкал теста Басса-Дарки в различных группах среди девушек свидетельствует о том, что девушки, находящиеся в ВК, в отличие от своих сверстниц, более агрессивны, могут применить физическую силу, а также испытывают чувство обиды и угрызания совести.

При сопоставлении шкал теста Басса-Дарки среди девушек были так же выявлены значимые различия между группами. По шкале обида и чувство вины девушки, находящиеся в ВК, имели самые высокие значения по сравнению со другими группами ( $p < 0,05$ ), (табл. 7).

По шкале «физическая агрессия» повышенные значения наблюдались в группах девушек правонарушителей; достоверные различия выявлены между группой девушек, находящихся в воспитательной колонии, школьницами ( $p = 0,0072$ ) и учащимися ПТУ ( $p = 0,0012$ ); девушками из лагеря «Сибэкстрем», школьницами ( $p = 0,003$ ) и учащимися ПТУ ( $p = 0,05$ ). По шкале «раздражительность» наибольшие значения наблюдались у девушек осуждённых и школьницами ( $p = 0,05$ ), (табл. 8).

Таблица 7

Структура проявлений агрессии (по тесту Басса-Дарки) у девушек подростков в различных группах социализации (в баллах,  $M \pm SD$ )

Показатель	Отбывающие наказание	Находящиеся в «Сибэкстрем»	Учащиеся ПТУ	Учащиеся школы
Физическая агрессия	7±2,3*	7±4,8*	5±1,8*	5±2,4*
Косвенная агрессия	6±1,7	5±2,6	5±1,7	5±1,6
Раздражительность	7±2,3*	6±3,6	5±2,2	5±2,3
Негативизм	3±1,3	4±2,5*	2±1,1*	3±1,5*
Обида	6±1,7**	3±5,5*	2±1,5*	3±1,7*
Подозрительность	8±1,9	7±2,8	7±1,7	7±2,7
Вербальная агрессия	9±2*	9±3,5*	7±2,1*	9±2,8
Чувство вины	7±1,4**	5±2,1**	4±2,0	5±2,2
Индекс Враждебности	13±2,9**	9±7,1**	11±2	10±3,4
Индекс Агрессивности	22±5,5**	23±1,5**	16±4,5*	18±5,9*

Примечание: \* – значимость различий при  $p < 0,05$ ; \*\* – значимость различий при  $p < 0,001$ .

Таблица 8

Уровень значимости различий между группами подростков девушек по тесту Басса-Дарки (с учетом поправки Бонферрони)

Показатель	Отбывающие наказание и Учащиеся школы	Отбывающие наказание и Учащиеся ПТУ	Отбывающие наказание и «Сибэкстрем»	«Сибэкстрем» и Учащиеся школы	«Сибэкстрем» и Учащиеся ПТУ	Учащиеся школы и Учащиеся ПТУ
Физическая агрессия	0,0072	0,0012		0,003	0,0588	
Косвенная агрессия						
Раздражительность	0,0438					
Негативизм					0,0012	0,0192
Обида	0,000..	0,000...	0,0054			0,0204
Подозрительность						
Вербальная агрессия		0,012			0,0504	
Чувство вины	0,000..	0,000...	0,0012			
Индекс Враждебности	0,000..	0,000...	0,0174			
Индекс Агрессивности	0,000...	0,0006		0,0456	0,018	

Примечание: в таблице приведены только значимые уровни различий данных ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ) теста Басса-Дарки в зависимости от условий социализации по группам.

Таким образом, девушки с противоправным поведением, находясь в социально приемлемых условиях, могут справляться со своими агрессивными эмоциями путём трансформации их в негативизм, пребывание в условиях исправительных учреждений направляет проявления агрессии во внутрь.

Данное положение подтверждает корреляционный анализ, выявивший взаимосвязь между попытками суицида и проявлениями агрессивности (шкала «чувство вины»), выраженное у группы девушек с противоправным поведением (табл. 9).

Таблица 9

Взаимосвязь между проявлениями агрессивности (по тесту Басса-Дарки) и попытками суицида у девушек, отбывающих наказание

Переменные	Spearman	t(N-2)	p-level
Суицид – физическая агрессия	0,074	0,465	0,644
Суицид – косвенная агрессия	0,054	0,341	0,734
Суицид – раздражительность	0,108	0,681	0,499
Суицид – негативизм	-0,010	-0,065	0,948
Суицид – обида	0,234	1,506	0,140
Суицид – подозрительность	0,194	1,240	0,222
Суицид – вербальная агрессия	0,157	0,993	0,326
Суицид – чувство вины	0,332	2,197	0,034*
Суицид – враждебность	0,277	1,802	0,079
Суицид – агрессивность	0,148	0,937	0,354

Все это приводит к возникновению деликтов в поведении подростков, в частности, потреблению ПАВ и криминальному поведению.

**З а к л ю ч е н и е .**

Проведённый анализ данных с учётом поло-ролевых особенностей позволил выявить поведенческие паттерны у подростков, склонных к деструктивному и аутодеструктивному поведению. Юноши характеризовались конформным поведением в асоциальных компаниях, подчинением группе, склонностью к физической агрессии. Девушки были инициаторами потребления ПАВ со склонностью к комбинированию, считали себя лидерами в компании, при этом активно скрывали свой асоциальный опыт. Юноши, способные контролировать и сублимировать свою агрессивность, успешно адаптировались в общеобразовательных и средне-специальных заведениях. Несовершеннолетние с низким социальным статусом трансформировали гетероагрессивные проявления в криминальные действия и аутоагрессию. В условиях отбывания наказания наблюдается снижение уровня агрессивности до состояния скрытой враждебности у юношей. У девушек агрессивность также способствует формированию деструктивных форм поведения, но уровень агрессивности и враждебности во время отбывания наказания трансформируется в аутоагрессивные проявления, направленные как на себя (чувство вины), так и на окружающих (обида), приводя к увеличению суицидального риска.

Таким образом, в исследовании представлен сравнительный анализ социально - психо-

логических характеристик при формировании деструктивного и аутодеструктивного (аддиктивного и суицидального) поведения подростков, находящихся в различных условиях социализации. Установлено модифицирующее влияние агрессии в формировании параметров суицидального поведения у делинквентных подростков. Существенное влияние на развитие аутодеструктивного аддиктивного поведения имеют факторы социальной среды и трудности управления собственной агрессивностью.

Факторы риска формирования криминально-аддиктивного поведения подростков включают воспитание в аддиктивных семьях (злоупотребление алкоголем, низкий материальный уровень), ранний возраст начала потребления ПАВ, психологические личностные характеристики в виде склонности к различным формам проявления агрессии. Анализ суицидальных действий несовершеннолетних правонарушителей выявил: девушки значимо больше юношей совершали суицидальные попытки (61,8% и 22,0% соответственно;  $p < 0,05$ ). Основным способом суицида у девушек – самопорезы (29,1%), у юношей – самоповешение (12,0%).

Агрессивность подростков в условиях пенитенциарной системы трансформируется из

открытых форм агрессии в пассивные (косвенная агрессия, раздражительность, чувство вины и враждебности). Наиболее значимые взаимосвязи у юношей получены между попытками суицида и показателями косвенной агрессии ( $p=0,012$ ), подозрительности ( $p=0,001$ ) и враждебности ( $p=0,005$ ); у девушек – между попытками суицида и чувством вины ( $p=0,034$ ).

Выводы.

Выявлены особенности формирования деструктивных форм поведения (гетеро-, и аутоагрессия, суицидальное и аддиктивное поведение) с учётом гендерно-возрастных различий, характерологических особенностей личности, условий воспитания. Установлены спецификация и модифицирующее влияние пенитенциарной агрессии на формирование параметров суицидального поведения у делинквентных подростков.

Исходя из полученных данных, лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия следует проводить с учётом прогностической важности гендерно-возрастных различий, индивидуальных характеристик эмоциональных проявлений, а также возможностей актуального уровня и качества социализации подростков.

#### Литература:

1. Лысак И.В. Философски антропологический анализ деструктивной деятельности современного человека. Ростов-на-Дону – Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2004. 160 с.
2. Самылова О.А. Исследование гендерных различий подростков склонных к девиантному поведению <http://shgpi.edu.ru/files/nauka/vestnik/2014-3-24.pdf>
3. Змановская Е.В. Структурно-динамическая концепция девиантного поведения. *Вестник ТГПУ*. 2013; 5 (133): 189-95.
4. Короленько Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, 1990.
5. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 59-65.
6. Bokhan Nikolay. Gender-dependent features of heroin addiction in adolescents. *International J. of Psychology*. 2008; 43 (3-4): 780.
7. Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я. Социально-психологические факторы риска формирования делинквентных и аддиктивных форм поведения у юношей и девушек. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 69-75.
8. Ковшова О.С., Кувшинникова М.Б. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни в реабилитации наркозависимых. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журнал. 2016; 2 (37): <http://mprj.ru>
9. Кривулин Е.Н., Бецов А.С., Бохан Н.А., Юркина Н.В. Клинические особенности формирования аддиктивных состояний у осуждённых лиц молодого возраста с аутоагрессивным поведением. *Наркология*. 2013; 6: 57-60.
10. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Суицидология*. 2015; 4 (21): 21-32.
11. Мандель А.И., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Гусев С.И., Жукова И.А. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях. *Вопросы ментальной медицины и экологии*. 2006; XII (1): 63-7.
12. Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Стоянова И.Я., Гусев С.И. Агрессия как фактор возникновения делинквентного поведения (гендерный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 58-66.

#### References:

1. Lysak I.V. Filosofski antropologicheskij analiz destruktivnoj dejatel'nosti sovremennogo cheloveka. Rostov-na-Donu – Taganrog: Izd-vo TRTU, 2004. 160 s. (In Russ)
2. Samylova O.A. Issledovanie gendernyh razlichij podrostkov sklonnyh k deviantnomu povedeniju <http://shgpi.edu.ru/files/nauka/vestnik/2014-3-24.pdf> (In Russ)
3. Zmanovskaja E.V. Strukturno-dinamicheskaja koncepcija deviantnogo povedenija. *Vestnik TGPU*. 2013; 5 (133): 189-95.
4. Korolenko C.P., Donskih T.A. Sem' putej k katastrofe: Destruktivnoe povedenie v sovremennom mire. Novosibirsk, 1990. (In Russ)
5. Bohan N.A., Voevodin I.V. Autodestruktivnost' v formirovanii addiktivnyh i nevroticheskikh rasstrojstv: suicidal'noe i riskovannoe povedenie. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva*. 2016; 1: 59-65. (In Russ)
6. Bokhan Nikolay. Gender-dependent features of heroin addiction in adolescents. *International J. of Psychology*. 2008; 43 (3-4): 780.
7. Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stojanova I.Ja. Social'no-psihologicheskie faktory riska formirovanija delinkventnyh i addiktivnyh form povedenija u junoshej i devushek. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2016; 4 (93): 69-75. (In Russ)
8. Kovshova O.S., Kuvshinnikova M.B. Biopsihosocial'naja model' zdorov'ja i bolezni v rehabilitacii narkozavisimyh. *Medicinskaja psihologija v Rossii*: jelektron. nauch. zhurnal. 2016; 2 (37): <http://mprj.ru> (In Russ)
9. Krivulin E.N., Beckov A.S., Bohan N.A., Jurkina N.V. Klinicheskie osobennosti formirovanija addiktivnyh sostojanij u osuzhdjonnyh lic molodogo vozrasta s autoagressivnym povedeniem. *Narkologija*. 2013; 6: 57-60. (In Russ)
10. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review). *Suicidology*. 2015; 4 (21): 21-32. (In Russ)
11. Mandel' A.I., Bohan N.A., Abolonin A.F., Gusev S.I., Zhukova I.A. Social'no-psihologicheskie determinanty delinkventnyh form povedenija pri addiktivnyh sostojanijah. *Voprosy mental'noj mediciny i jekologii*. 2006; XII (1): 63-7. (In Russ)
12. Abolonin A.F., Nazarova I.A., Stojanova I.Ja., Gusev S.I. Agressija kak faktor vozniknovenija delinkventnogo povedenija (gendernyj aspekt). *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2015; 4 (89): 58-66. (In Russ)

13. Глазырина Л.Г., Нецаева А.А. Детско-родительские отношения как причина агрессии подростков. *Альманах современной науки и образования*. 2015; 2 (92): 13-5.
14. Говорин Н.В., Бодагова Е.А., Арсаланова С.С. Социально-психологический и клинико-психопатологический анализ агрессивности у подростков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 40-6.
15. Деветьярова И.Н. Девиантное поведение подростков: анализ понятий. *Вектор науки ТГУ*. 2011; 3 (6): 99-101.
16. Гранкина И.В. Клинические особенности инициального периода девиантного синдрома у детей с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 1 (86): 21-7.
17. Abolonin A., Bokhan N., Belokrylov I. Use of nomination method in research of prevalence of substance consumption among schoolchildren. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 22 (2): 214.
18. Вишняков А.И., Буцына К.Е. Причины немотивированной агрессии у трудных подростков. *Современные проблемы науки и образования*. 2014; 4: 576.
19. Zhang W., Finy M.S., Bresin K., Verona E. Specific patterns of family aggression and adolescents' self-and other-directed harm: The moderating role of personality. *J. of Family Violence*. 2015; 30 (2): 161-70.
20. Маркова С.В. Исследование гендерных различий агрессивного поведения подростков. Электронный журнал «Психологическая наука и образование» www.psyedu.ru
21. Гомонов Н.Д. Генезис и особенности криминальной агрессии женщин. *Вестник МГТУ*. 2006; 9 (1): 148-53.
22. Толмачева В.В., Ильницкая В.А. Девиантное поведение подростков: понятие, признаки, особенности. *Вестник социально-гуманитарного образования и науки*. 2013; 2: 13-8.
23. Самойлик Н. А. Профилактика деструктивного поведения как условие ресоциализации несовершеннолетних осужденных. *Альманах современной науки и образования*. 2014; 10 (88): 120-2.
24. Федоров А.Ф. Профилактика агрессивного поведения, как одной из составляющих деструктивного поведения людей, находящихся в местах лишения свободы. *Прикладная юридическая психология*. 2013; 4: 106-12.
25. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; 4: 176-90.
26. Прокопенко Е.А. Преступность несовершеннолетних женского пола как объект криминологического изучения. *Общество и Право*. 2010; 5: 265-9.
27. Murray-Close D, Crick NR, Galotti KM Children's moral reasoning regarding physical and relational aggression. *Social development*. 2006; 15 (3): 345-72.
28. Чернобродов Е. Р. О психологических механизмах противоправного поведения несовершеннолетних. *Психопедагогика в правоохранительных органах*. 2007; 3: 45-7.
29. Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1: 68-74.
30. Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Шукина Е.П. Основные модели суицидального поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 71-7.
31. Кадиров Р.В., Манхаева О.М. Гендерные различия переживания чувства вины. *Сибирский психол. журнал*. 2012; 44: 52-8.
13. Glazyrina L.G., Nechaeva A.A. Detsko-roditel'skie otnosheniya kak prichina agressii podrostkov. *Al'manah sovremennoj nauki i obrazovaniya*. 2015; 2 (92): 13-5. (In Russ)
14. Govorin N.V., Bodagova E.A., Arsalanova S.S. Social'no-psihologicheskij i kliniko-psihopatologicheskij analiz agressivnosti u podrostkov. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2015; 4 (89): 40-6. (In Russ)
15. Devet'jarova I.N. Deviantnoe povedenie podrostkov: analiz ponjatij. *Vektor nauki TGU*. 2011; 3 (6): 99-101. (In Russ)
16. Grankina I.V. Klinicheskie osobennosti inicial'nogo perioda deviantnogo sindroma u detej s psihicheskimi rasstrojstvami. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2015; 1 (86): 21-7. (In Russ)
17. Abolonin A., Bokhan N., Belokrylov I. Use of nomination method in research of prevalence of substance consumption among schoolchildren. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 22 (2): 214.
18. Vishnjakov A.I., Bucyna K.E. Prichiny nemotivirovannoj agressii u trudnyh podrostkov. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014; 4: 576. (In Russ)
19. Zhang W., Finy M.S., Bresin K., Verona E. Specific patterns of family aggression and adolescents' self-and other-directed harm: The moderating role of personality. *J. of Family Violence*. 2015; 30 (2): 161-70.
20. Markova S.V. Issledovanie gendernyh razlichij agressivnogo povedeniya podrostkov. *Elektronnyj zhurnal «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie»* www.psyedu.ru (In Russ)
21. Gomonov N.D. Genezis i osobennosti kriminal'noj agressii zhenshhin. *Vestnik MGTU*. 2006; 9 (1): 148-53. (In Russ)
22. Tolmacheva V.V., Il'nickaja V.A. Deviantnoe povedenie podrostkov: ponjatie, priznaki, osobennosti. *Vestnik social'no-gumanitarnogo obrazovaniya i nauki*. 2013; 2: 13-8. (In Russ)
23. Samojlik N. A. Profilaktika destruktivnogo povedeniya kak uslovie resocializacii nesovershennoletnih osuzhdennyh. *Al'manah sovremennoj nauki i obrazovaniya*. 2014; 10 (88): 120-2. (In Russ)
24. Fedorov A.F. Profilaktika agressivnogo povedeniya, kak odnoj iz sostavljajushhih destruktivnogo povedeniya ljudej, nahodjashhihsja v mestah lisheniya svobody. *Prikladnaja juridicheskaja psihologija*. 2013; 4: 106-12. (In Russ)
25. Pol'skaja N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i junosheskom vozraste. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija*. 2015; 4: 176-90. (In Russ)
26. Prokopenko E.A. Prestupnost' nesovershennoletnih zhenskogo pola kak ob'ekt kriminologicheskogo izucheniya. *Obshhestvo i Pravo*. 2010; 5: 265-9. (In Russ)
27. Murray-Close D, Crick NR, Galotti KM Children's moral reasoning regarding physical and relational aggression. *Social development*. 2006; 15 (3): 345-72.
28. Chernobrodov E. R. O psihologicheskikh mehanizmah protivopravnogo povedeniya nesovershennoletnih. *Psihopedagogika v pravoohranitel'nyh organah*. 2007; 3: 45-7. (In Russ)
29. Sheremet'eva I.I., Vedjashkin V.N. Suicidal'noe povedenie u sovremennyh podrostkov (kliniko-social'nyj patomorfoz). *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2018; 1: 68-74. (In Russ)
30. Hritinin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shhukina E.P. Osnovnye modeli suicidal'nogo povedeniya. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2017; 3 (96): 71-7. (In Russ)
31. Kadyrov R.V., Manhaeva O.M. Gendernye razlichija perezhivaniya chuvstva viny. *Sibirskij psihol. zhurnal*. 2012; 44: 52-8. (In Russ)

## AGGRESSION AND SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS IN VARIOUS CONDITIONS OF SOCIALIZATION

N.A. Bokhan, A.F. Abolonin, A.I. Mandel, I.Ya. Stoyanova, I.A. Nazarova

Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia, [mental@nirmc.ru](mailto:mental@nirmc.ru)

**Abstract:** The urgency and various hypotheses about the nature and causes of destructive forms of behavior (hetero- and autoaggression, suicidal and addictive behavior) are grounded and presented. The aim of the study was to analyze the destructive behavior of adolescents in different social conditions (the parents' family, educational institutions, peers, an educational colony for juvenile offenders). Materials and methods. Four groups of adolescents were examined: 1 - serving sentences in educational colonies (n = 265); 2 - located in the regional camp "Sibextrom" (n = 113); 3 - students of vocational schools and lyceums (114); 4 - students of general secondary schools (1032). Psychodiagnostics of destructive manifestations, including aggressive and autoaggressive tendencies, was carried out using the Bassa-Darka questionnaire (Buss A.H., Durkee A., 1957). Results. Socio-psychological parameters of destructive behavior in 265 male and female adolescents aged between 14 and 18 (mean age 17.08±0.8 years) with drug and alcohol addiction under different socialization conditions, including in penitentiary environment with the serving of punishment in educational colonies are analyzed. Aggressiveness of adolescents in the conditions of the penitentiary system is transformed from open forms of aggression into passive (indirect aggression, irritability, guilt and hostility). Analysis of suicidal actions of juvenile delinquents revealed: girls significantly more often than young

men attempted suicide (61.8% and 22.0% respectively,  $p < 0.05$ ). The main method of suicide in girls is self-cutting (29.1%), for young men - self-propagation (12.0%). Aggressiveness of adolescents in the conditions of the penitentiary system is transformed from open forms of aggression into passive (indirect aggression, irritability, guilt and hostility). The most significant correlations in young men are obtained between suicide attempts and indicators of indirect aggression ( $p = 0.012$ ), suspicion ( $p = 0.001$ ) and hostility ( $p = 0.005$ ); in girls - between suicide attempts and indicators of feelings of guilt ( $p = 0.034$ ). Conclusions. The peculiarities of the formation of destructive forms of behavior (hetero-, and autoaggression, suicidal and addicted behavior) are revealed, taking into account gender-age differences, characterological characteristics of the individual, the conditions of upbringing. The specification and modifying effect of penitentiary aggression on formation of parameters of suicidal behavior in delinquent adolescents is established.

**Keywords:** destructive behavior, addiction, aggression, autoaggression, suicidal behavior, socialization institutions, juvenile delinquents, gender differences

**Финансирование:** Исследование не имеет спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Стоянова И.Я., Назарова И.А. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 50-60.

For citation: Bokhan N.A., Abolonin A.F., Mandel A.I., Stoyanova I.Ya., Nazarova I.A. Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 50-60. (In Russ)

УДК 159.9.07

## **КЛАСТЕРИЗАЦИЯ РИСКОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*А.С. Рахимкулова*

Центр детской и подростковой нейропсихологии, Московская область, г. Мытищи, Россия

Контактная информация:

Рахимкулова Анастасия Станиславовна – нейропсихолог (ORCID iD: 0000-0002-7972-6503; Researcher ID: В-7276-2018). Место работы и должность: ведущий специалист Центра детской и подростковой нейропсихологии. Адрес: 141021, Московская область, г. Мытищи, ул. Борисовка, д. 6, оф. 2. Телефон: (965) 146-20-40, электронный адрес: [rakhimkulova@yahoo.com](mailto:rakhimkulova@yahoo.com)

Вовлеченность в рисковое поведение оказывает негативное влияние на различные сферы жизни подростков. При увлечении несколькими видами рискового поведения одновременно, или другими словами, в случае кластеризации рискового поведения, подросток оказывается подверженным еще большему негативному влиянию. Цель данной статьи – проанализировать и объяснить механизмы кластеризации рискового поведения в подростковом возрасте, поскольку в настоящее время имеется дефицит такого рода исследований. Материалы и методы. В статье представлены результаты исследования рискового поведения учащихся среднеобразовательных школ 12-18 лет,  $n = 603$ , из которых 61% ( $n = 368$ ) регулярно практиковали 2-3 вида РП, а 19% ( $n = 115$ ) сообщили о кластеризованном (более 4 видов) РП. Исследовались виды рискового поведения, чаще других ассоциированные с возможным неблагоприятным исходом для здоровья и жизни подростков, в том числе с самоповреждающим и суицидальным поведением. Были использованы следующие шкалы и методики: шкала депрессии А. Бека, шкала тревоги Спилбергера, суицидальная шкала Пайкея, диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд, шкала субъективно воспринимаемого стресса и ряд других. Для определения структуры взаимосвязи между переменными использован факторный анализ с последующим кластерным анализом, для выявления влияния показателей на целевые переменные использовался регрессионный анализ. Результаты. Для каждого вида рискового поведения представлены данные о его сочетании с другими видами РП, а также с самоповреждающим и суицидальным поведением. Хотя различные виды РП по-разному сочетаются друг с другом, кластеризация РП практически всегда сочетается с самоповреждением у подростков. Наиболее значимые результаты были получены относительно связи самоповреждающего поведения с курением ( $\chi^2 = 30,395$ ;  $p = 0,00001$ ), злоупотреблением наркотиками ( $\chi^2 = 18,134$ ;  $p = 0,00001$ ) и алкоголем ( $\chi^2 = 6,324$ ;  $p = 0,00001$ ), провоцирующим экстремальным поведением ( $\chi^2 = 14,161$ ;  $p = 0,0002$ ), нарушениями сексуального поведения ( $\chi^2 = 9,958$ ;  $p = 0,001$ ). Среди подростков, которые наносят себе физические повреждения, есть жертвы сексуального ( $\chi^2 = 5,164$ ;  $p = 0,02$ ) и интернет ( $\chi^2 = 3,925$ ;  $p = 0,05$ ) насилия. Представлены результаты кластерного анализа, позволяющие высказать гипотезу о формировании возможной модели кластеризации рискового поведения подростков. Автор делает вывод о том, что увлечение рисковым поведением может начаться как обычное подростковое экспериментирование с различными видами



опытов и переживаний, но закрепление тенденции к рисковому поведению и, тем более, его дальнейшей кластеризации обусловлено наличием некоего психологического комплекса в структуре личности подростка.

*Ключевые слова:* подростковый возраст, рисковое поведение подростков, кластеризация рискового поведения, модель кластеризации рискового поведения.

С 2014 г. рисковое поведение (РП) подростков было признано ВОЗ как основная причина смертности и дальнейшей нетрудоспособности подростков в возрасте 11-18 лет [1]. Некоторыми авторами даже было предложено выделить РП в отдельный синдром [2, 3]. Среди видов РП, наиболее угрожающих здоровью, благополучию и развитию подростков, авторы выделяют: все виды поведения, связанные с причинением физического повреждения (например, насилие, самоповреждающее поведение, суицид) опасное сексуальное поведение (которое может привести к незапланированной беременности или заражению ИППП, в том числе ВИЧ) злоупотребление ПАВ, опасное экстремальное поведение (в том числе, небезопасное вождение) антисоциальное (делинквентное) поведение; нездоровое пищевое поведение и физическая пассивность [4, 5, 6]. Особенно опасным для здоровья и жизни подростков считается сочетание нескольких (не менее 4) видов РП, или, другими словами, кластеризация рискованного поведения [7, 8, 9]. В то же время, в современном мире ещё мало исследований, посвящённых как вопросом непосредственно РП, так и анализа причин и последствий его кластеризации.

В современных теориях рискового поведения, чему было посвящено несколько других наших работ, склонность подростков к РП объясняется с позиций нейропсихологических (биологических), социальных и психологических [4]. Часто поднимается вопрос о факторах, которые способны удержать подростков от вовлечённости в РП, и о факторах риска, провоцирующих его [9, 11]. Многочисленные работы указывают на то, что чем раньше ребенок начинает РП, тем выше вероятность, что к концу своего подросткового возраста он будет вовлечен не в 1-2, а в 6 и более видов РП, и по мере взросления число видов РП будет продолжать расти [3, 6, 7, 11]. По мере вовлечения в РП, растут и его негативные последствия, приводя к тому, что подростки имеют самый высокий показатель DALY по сравнению с другими возрастными группами [1].

При изучении кластеризации РП наиболее перспективным и, в то же время, наименее изученным, представляется поиск психологических паттернов (или моделей), по которым происходит кластеризация.

Большинство авторов указывает на то, что вовлечённость подростков в рисковое поведение начинается со злоупотребления психоактивными веществами [8, 12, 13]. И действительно, алкоголизация и табакозависимость молодежи, по некоторым данным, принимает последние годы характер эпидемии [2, 9]. Более того, учёных беспокоит омоложение злоупотребления ПАВ и тенденция к злоупотреблению несколькими видами ПАВ, так называемая полинаркомания [5, 7, 10]. Однако мы считаем, что как вид рискованного поведения злоупотребление ПАВ не происходит случайно, но требует определённых психологических причин для своего развития [4].

То же касается и сексуального поведения подростков. В современном мировом пространстве представления о нормативном психосексуальном развитии несколько меняется, поскольку существенно изменилась социальная парадигма относительно добрых сексуальных отношений. Подростковый возраст ассоциируется с расцветом сексуальности личности, а экспериментирование в этой сфере даже поощряется. Как результат, начало сексуальной жизни в подростковом возрасте не рассматривается как нарушение психосексуального развития, по крайней мере, рядом учёных. Однако начало половой жизни до завершения полового созревания провоцирует увлечение другими видами РП [3, 7, 11]. Также, ранние беременности и распространение ВИЧ среди подростков создают реальную угрозу для их дальнейшей жизни и радикально меняет её [3, 10, 13].

Мы считаем, что обращение ребенка к РП может начинаться как обычное для этого возраста экспериментирование со своим окружением и опытом [4]. Но для того, чтобы РП стало регулярным и тем более кластеризованным, в составе личности должна существовать определённая психологическая обусловленность, которая это детерминирует.

Цель исследования: проанализировать и объяснить механизмы кластеризации рискового поведения в подростковом возрасте, поскольку в настоящее время имеется дефицит такого рода исследований.

Материалы и методы. Представлены результаты исследования рискового поведения учащихся среднеобразовательных школ 12-18 лет, n=603, из которых 61% (n=368) регулярно практиковали 2-3 вида РП, а 19% (n=115) со-

обшири о кластеризованном (более 4 видов) РП. Исследовались виды рискованного поведения, чаще других ассоциированные с возможным неблагоприятным исходом для здоровья и жизни подростков, в том числе с самоповреждающим и суицидальным поведением. Были использованы следующие шкалы и методики: шкала депрессии А. Бека, шкала тревоги Спилбергера, суицидальная шкала Пайкеля, диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд, шкала субъективно воспринимаемого стресса и ряд других. Для определения структуры взаимосвязи между переменными использован факторный анализ с последующим кластерным анализом, для выявления влияния показателей на целевые переменные использовался регрессионный анализ.

#### Результаты и обсуждение.

О своей невовлеченности в РП или его единичной практике сообщили около 20% детей ( $n=122$ ), а о кластеризованном (более 4 видов) РП – 19% ( $n=115$ ). В принципе, это соответствует данным, представленным другими авторами в разных странах [3-5, 8]. Подобное распределение участников исследования даёт некоторым авторам основание для того, чтобы предположить нормативность и, как следствие, неопасность РП в подростковом возрасте [2, 9, 14]. Более того, результаты наблюдений за другими млекопитающими также указывают на то, что при достижении подросткового возраста особи почти всех видов млекопитающих демонстрируют то, что можно назвать рискованным поведением. По нашему мнению, хотя для подростков понятие «риска своими здоровьем и жизнью» скорее более размытое и абстрактное, следует отличать рискованное поведение как поведение, прямо или косвенно связанное со здоровьем, благополучием и здоровым развитием личности (в определении Hurrelmann К., Richter М., 2006), от психологических черт, часто ассоциируемых с общей склонностью здоровой личности к риску: импульсивность, склонность к риску, потребность в новых впечатлениях и ощущениях. Данные, полученные при сравнении подростков с различными степенями вовлеченности в РП, свидетельствуют о том, что рискованное поведение, в отличие от склонности к риску, не оказывает положительных влияний на развитие подростков.

Самым распространенным видом РП среди подростков оказалось злоупотребление ПАВ. Только 41,98% ( $n=254$ ) сообщили, что никогда не пробовали алкоголь и 56,46% ( $n=341$ ) утверждали, что никогда не курили сигарет. Один или несколько раз в месяц выпивают

50,34% подростков, 6,77% – употребляют алкоголь 2-4 раза каждую неделю и почти 1% пьют алкоголь несколько раз в течение 1 дня. Среди подростков, употребляющих алкоголь с разной частотой и интенсивностью, преобладают девочки, а среди подростков, никогда не употребляющих алкоголь – мальчики (рис. 1).

Злоупотребление наркотическими средствами гораздо меньше распространено среди подростков – регулярное употребление наркотиков признали лишь 1,16% подростков. Тем не менее, среди подростков, которые сообщают об употреблении наркотиков, не употребляют алкоголь 8,7%, в то время как 26,09% пьют 2-4 раза в месяц, а 65,21% пьют каждую неделю или каждый день.

Из 67,22% подростков, пробовавших наркотики, видели, как кто-то из их родственников употреблял наркотики, при этом 13,34% из них не знали, какие именно наркотики употребляли их родственники.

Уровень злоупотребления ПАВ увеличивается по мере взросления подростков. 61,90% подростков 12-13 лет, принявших участие в исследовании, не употребляют алкоголь, тогда как 48,28% подростков 14-15 и 61,04% 16-18 лет употребляют алкоголь 1-4 раза в месяц. Наибольший процент подростков, употребляющих алкоголь несколько раз на протяжении каждого дня – 2,6% – у подростков 16-18 лет, 75% из них – девочки.

Злоупотребление ПАВ оказывает существенное влияние на вовлеченность подростков в другие виды РП (рис. 2). Чаще всего злоупотребление ПАВ кластеризуется с нарушениями сексуального поведения ( $\chi^2=66,79$ ;  $p=0,00001$ ), пропуском школы ( $\chi^2=20,38$ ;  $p=0,00001$ ), интернет-зависимостью ( $\chi^2=20,19$ ;  $p=0,0001$ ), насилием ( $\chi^2=14,07$ ;  $p=0,0002$ ), отсутствием занятий спортом ( $\chi^2=10,20$ ;  $p=0,001$ ), агрессивностью ( $\chi^2=5,85$ ;  $p=0,01$ ). Наиболее опасным представляется нам высокая степень взаимообусловленности злоупотребления ПАВ у подростков с самоповреждающим поведением ( $\chi^2=22,583$ ;  $p=0,00001$ ) и суицидальностью ( $\chi^2=19,5777$ ;  $p=0,0001$ ). Данные представлены в табл. 1.

Вторая по численности группа РП – группа подростков, которые предпочитают провоцирующее экстремальное поведение (отличное от занятий экстремальными видами спорта). Эти подростки в 2 раза чаще – мальчики в возрастной группе 14-15 лет. Основатели суицидологии (Дюркгейм Э., Фарберроу Н., Шнейдман Е.) часто ассоциировали подобное экстремальное поведение со «скрытым суицидом».



Рис. 1. Различия в частоте употребления алкоголя между мальчиками и девочками, принявшими участие в исследовании, в %

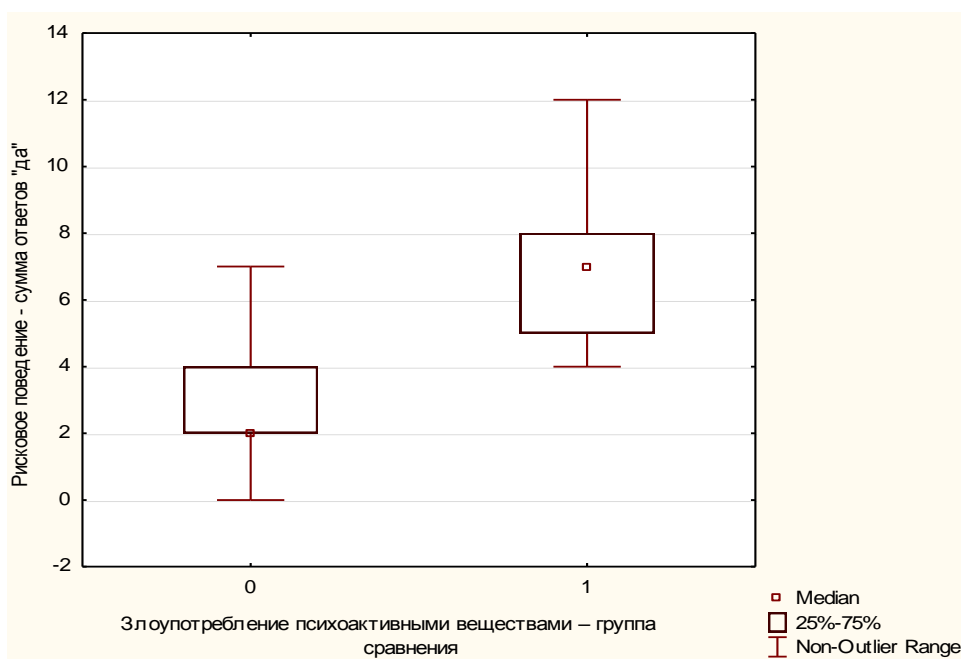


Рис. 2. Сравнение подростков, не злоупотребляющих ПАВ (группа 0) и злоупотребляющих ПАВ (группа 1), по степени вовлечённости в другие виды РП.

Больше всего к такому виду РП склонны подростки 12-13 и 16-18 лет, хотя к кластеризации в этой группе больше склонны подростки 14-15 лет. Мы полагаем, что особенности психосоциального развития определяют и разницу в восприятии подростками различных возрастов ситуаций как рискованных и, соответ-

ственно, характер алгоритмов принятия решений в данных ситуациях.

На рис. 3 представлены сравнительные данные, позволяющие сделать вывод о том, что провоцирующее экстремальное поведение легко кластеризуется с другими видами РП.

Таблица 1

Распространенность злоупотребления ПАВ среди других видов РП, сравнение с помощью критерия  $\chi^2$

Показатель	Курение	Алкоголь	Наркотики
Провоцирующее экстремальное поведение	$\chi^2=16,884$ ; p=0,00001	$\chi^2=25,988$ ; p=0,00001	$\chi^2=23,796$ ; p=0,00001
Нарушения сексуального поведения	$\chi^2=77,148$ ; p=0,00001	$\chi^2=39,083$ ; p=0,00001	$\chi^2=30,282$ ; p=0,00001
Насилие	$\chi^2=9,500$ ; p=0,0021	$\chi^2=10,442$ ; p=0,0012	$\chi^2=55,230$ ; p=0,00001
Самоповреждающее поведение	$\chi^2=30,395$ ; p=0,00001	$\chi^2=6,324$ ; p=0,0119	$\chi^2=18,134$ ; p=0,00001
Нарушения пищевого поведения и отсутствие занятий спортом	$\chi^2=10,011$ ; p=0,0016	$\chi^2=9,090$ ; p=0,0026	$\chi^2=0,702$ ; p=0,4021

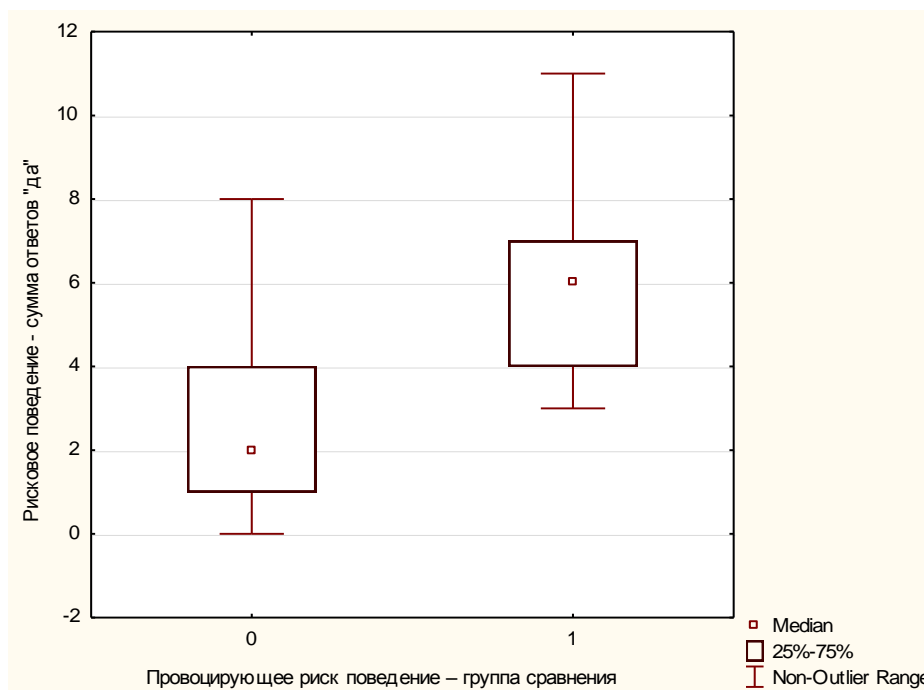


Рис. 3. Сравнение подростков, не практикующих (группа 0) и практикующих (группа 1) провоцирующее поведение по степени вовлеченности в другие виды РП.

Таблица 2

Сравнение ответов о занятии спортом за последние 6 месяцев и 2 недели у подростков с различной степенью нарушений пищевого поведения, в %

Показатель	Норма	Дефицит массы тела	Предожирение
Регулярно занимались спортом последние 6 месяцев	62,40	58,67	57,69
Физически пассивны последние 2 недели	2,35	6,63	19,23

Обращает на себя внимание кластеризация провоцирующего экстремального поведения с драчливостью ( $\chi^2=31,763$ ;  $p=0,00001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $\chi^2=25,9888$ ;  $p=0,00001$ ), наркотиками ( $\chi^2=23,796$ ;  $p=0,00001$ ), насилием ( $\chi^2=19,654$ ;  $p=0,00001$ ), курением ( $\chi^2=16,884$ ;  $p=0,00001$ ), ранним началом сексуальной жизни ( $\chi^2=24,744$ ;  $p=0,00001$ ), избытком сексуальных партнеров ( $\chi^2=11,500$ ;  $p=0,0007$ ). Подростки, вовлеченные в провоцирующее экстремальное поведение, имеют высокие показатели самоповреждающего поведения ( $\chi^2=14,161$ ;  $p=0,0002$ ) и суицидальной активности, по сравнению с обычными подростками ( $\chi^2=17,345$ ;  $p=0,0002$ ).

Достаточно неожиданным было обнаружить связь между неоправданным риском и наличием травматического опыта от пережитого физического ( $\chi^2=3,958$ ;  $p=0,04$ ), сексуального ( $\chi^2=4,696$ ;  $p=0,03$ ) и интернет-насилия ( $\chi^2=8,356$ ;  $p=0,003$ ).

Третья выделенная группа РП – это группа подростков с нарушениями пищевого поведения и отсутствием занятий спортом. Сопоставление роста и веса подростков выявило 4,30% детей, страдающих предожирением или ожирением 1 степени (индекс массы тела > 24,99) и 32,45% детей, имеющих дефицит массы тела (индекс массы тела < 18,5). Девочки в 1,3 раза реже, чем мальчики, страдают предожирением и в 1,5 раза чаще – недостатком массы тела.

С взрослением у подростков наблюдается устойчивая тенденция к увеличению массы тела – количество детей, страдающих предожирением, увеличивается с 2,33% в 12-13 лет до 5,23% в 16-18 лет (в 2,3 раза). В то же самое время, количество детей, имеющих недостаточную массу тела, падает с 53,49% в 12-13 лет до 22,88% в 16-18 лет (также в 2,3 раза).

Большинство подростков регулярно занимаются спортом в течение последних 6 месяцев (369 человек – 60,99% от всей выборки). Хотя нарушения пищевого поведения можно наблюдать как у физически активных, так и в

физически пассивных подростков, процент подростков с дефицитом массы тела и ожирением выше среди физически пассивных подростков – 236 человек (39,01%). На первый взгляд может показаться, что различия между группами физически активных и пассивных подростков несущественные. Однако, если сравнить ответы, касающиеся последних 6 месяцев, с ответами, затрагивающими только последние 2 недели из жизни подростков, можно увидеть любопытные отличия (табл. 2), позволяющие сделать вывод, что расстройства пищевого поведения и физическая активность в подростковом возрасте взаимосвязаны.

Отсутствие физической нагрузки кроме очевидных нарушений пищевого поведения кластеризуется с курением ( $\chi^2=10,011$ ;  $p=0,001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $\chi^2=9,090$ ;  $p=0,002$ ), ранним началом сексуальной жизни ( $\chi^2=8,240$ ;  $p=0,004$ ), неиспользованием средств защиты при сексе ( $\chi^2=7,944$ ;  $p=0,004$ ), интернет-зависимостью ( $\chi^2=5,306$ ;  $p=0,02$ ), пропуском школы ( $\chi^2=4,411$ ;  $p=0,002$ ). Именно среди лиц, не практикующих спорт, можно наблюдать наибольшее количество с кластеризованным рискованным поведением ( $\chi^2=86,568$ ;  $p=0,00001$ ).

Следующая выделенная группа, которая вызывает серьезную тревогу со стороны специалистов, в том числе и сугубо медицинского профиля – подростки с нарушениями сексу-

ального поведения, то есть те, которые рано (до завершения полового созревания) начали вести половую жизнь и ведут ее небезопасно (например, не используют средства защиты от венерических болезней и незапланированной беременности). 22,72% ( $n=137$ ) подростков (из них 45,26% мальчиков и 53,28% девочек) отметили, что уже имели сексуальный контакт, причём 18,98% ( $n=26$ ) из них регулярно не используют средства защиты. 59,12% подростков, которые уже получили сексуальный опыт, имели на момент исследования 1 сексуального партнера, 17,51% – двух партнеров, 12,4% – трёх или четырёх партнеров, а 10,21% отметили от 5 до 17 партнеров. Подростки, сообщившие о большом количестве сексуальных партнеров – в основном мальчики 16-18 лет.

Среди подростков, принявших участие в исследовании, 24,34% имели постоянного партнера в момент исследования (из них 42,18% мальчиков и 57,82% девочек), 33,77% ( $n=204$ ) расставались с партнером на протяжении последнего года. Среди таких подростков негативное влияние разрыва отношений сказалось на 35,90% ( $n=28$ ) мальчиков и 64,10% ( $n=50$ ) девочек.

Хотя большинство детей не начинало половую жизнь до 15 лет, 13,95% сообщили, что начали половую жизнь в 12-13 лет, 21,12% – в 14-15 лет, и ещё 37,91% подростков – в возрасте 16-18 лет.

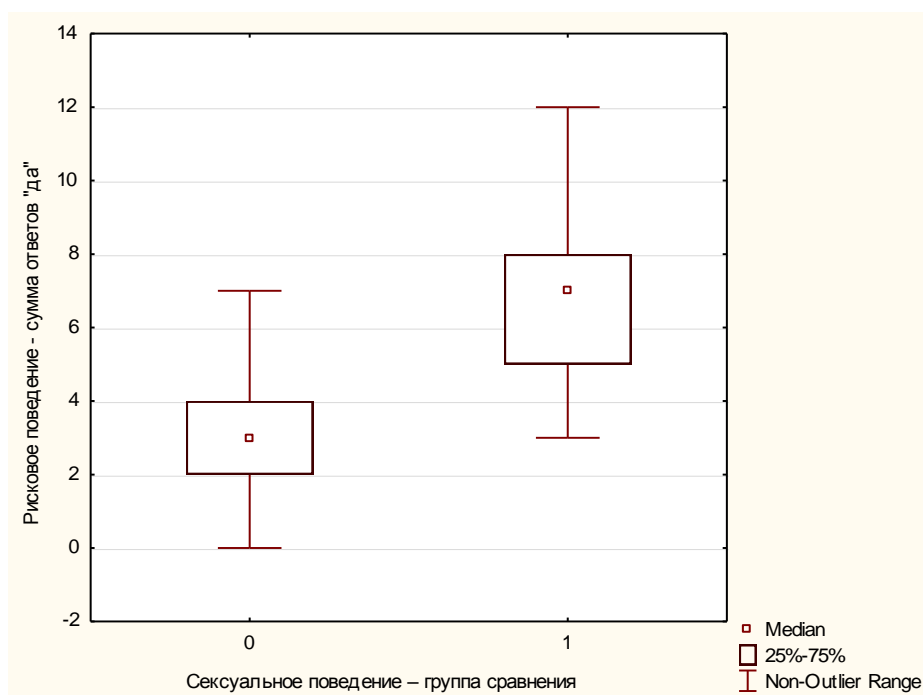


Рис. 4. Сравнение степени кластеризации РП у подростков, не имеющих (группа 0) и получивших (группа 1) сексуальный опыт.

Таблица 3

Кластеризация нарушений сексуального поведения с другими видами РП

Показатель	Злоупотребление ПАВ	Провоцирующее экстремальное поведение	Нарушения пищевого поведения	Насилие	Самоповреждающее поведение
Ранний сексуальный опыт	$\chi^2=82,303$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=24,744$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=8,240$ ; $p=0,0041$	$\chi^2=5,696$ ; $p=0,0170$	$\chi^2=9,958$ ; $p=0,0016$
Избыток партнеров	$\chi^2=51,300$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=11,500$ ; $p=0,0007$	$\chi^2=1,208$ ; $p=0,2717$	$\chi^2=4,376$ ; $p=0,0365$	$\chi^2=0,722$ ; $p=0,3955$
Неиспользование средств защиты	$\chi^2=24,143$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=0,847$ ; $p=0,3575$	$\chi^2=7,944$ ; $p=0,0048$	$\chi^2=0,431$ ; $p=0,5116$	$\chi^2=4,065$ ; $p=0,0438$

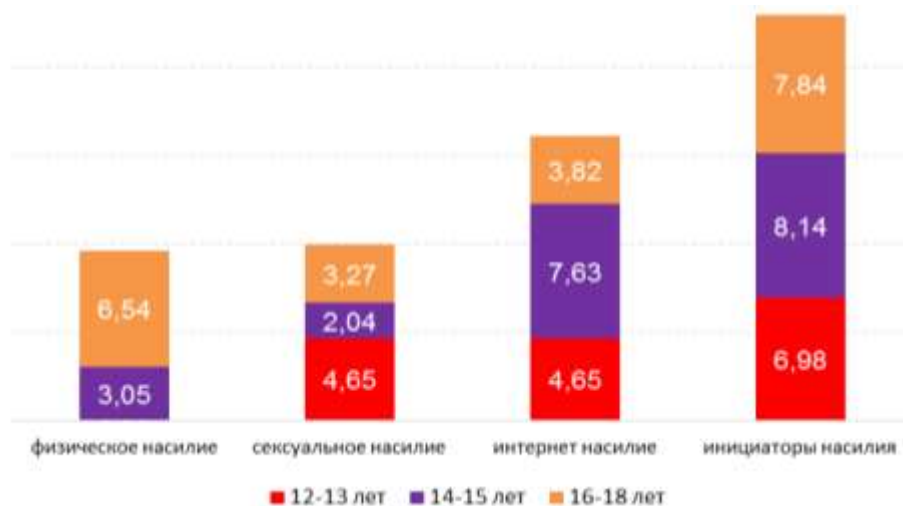


Рис. 5. Различия между распространенностью различных видов насилия у возрастных подгрупп подростков, в %.



Рис. 6. Различия между мальчиками и девочками в отношении переживаемого и инициируемого насилия, в %.

Раннее начало сексуальной жизни коррелирует со многими другими видами РП (рис. 4; табл. 3): курением ( $\chi^2=77,148$ ;  $p=0,00001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $\chi^2=39,083$ ;  $p=0,00001$ ), наркотиками ( $\chi^2=30,282$ ;  $p=0,00001$ ), ездой с нетрезвым водителем ( $\chi^2=11,091$ ;  $p=0,0009$ ), посещением опасных мест ( $\chi^2=7,349$ ;  $p=0,006$ ), пропуском школы ( $\chi^2=7,064$ ;  $p=0,007$ ),

отсутствием занятий спортом ( $\chi^2=6,025$ ;  $p=0,01$ ). Раннее начало сексуальной жизни и его нарушения влекут за собой значительные нарушения пищевого поведения, особенно среди девочек ( $\chi^2=9,440$ ;  $p=0,008$ ). Подростки, которые уже начали половую жизнь, становятся уязвимыми для самоповреждающего ( $\chi^2=5,088$ ;  $p=0,02$ ) и суицидального поведения, среди них достаточно

распространены суицидальные попытки ( $\chi^2=22,478$ ;  $p=0,00001$ ).

Пятая группа РП, изученная нами, состояла из детей, переживших физическое, сексуальное или интернет-насилие. Вообще, подростковый возраст определяют как «сенситивный к насилию». По результатам опросника 89,07% подростков не сталкивались с физическим, сексуальным или интернет насилием, но 0,99% сталкивались со всеми упомянутыми видами насилия за последний год.

Самым тревожным симптомом является то обстоятельство, что жертвы насилия со стороны сверстников часто не говорят об этом никому. О совершаемом над ними физическом насилии сообщили 3,65% подростков, о сексуальном – 2,49% подростков. От интернет-насилия пострадало почти в 3 раза большее количество подростков – 7,79%. В нашем исследовании пик подверженности физическому насилию пришелся на 16-18 лет, сексуальному – 12-13 лет, интернет-насилию – 14-15 лет (рис. 5).

Среди жертв насилия ожидаемо больше девочек, среди инициаторов – мальчиков (рис. 6). Дети, пережившие насилие, также подвержены увлечением другими видами РП (рис. 7). Наиболее распространены (табл. 4): употребление наркотиками ( $\chi^2=55,230$ ;  $p=0,00001$ ), алкоголем ( $\chi^2=10,442$ ;  $p=0,0001$ ), курением ( $\chi^2=9,500$ ;  $p=0,002$ ), ездой с нетрезвым водителем ( $\chi^2=16,090$ ;  $p=0,0001$ ) и без шлема ( $\chi^2=15,685$ ;  $p=0,0001$ ), зацепингом ( $\chi^2=11,584$ ;

$p=0,0007$ ), ранним началом сексуальной жизни ( $\chi^2=5,696$ ;  $p=0,01$ ), избытком сексуальных партнеров ( $\chi^2=4,376$ ;  $p=0,03$ ).

Среди подростковых жертв насилия особенно распространены самоповреждающее ( $\chi^2=6,120$ ;  $p=0,01$ ) и суицидальное поведение, в том числе суицидальные мысли ( $\chi^2=26,003$ ;  $p=0,00001$ ), намерения ( $\chi^2=7,384$ ;  $p=0,006$ ), попытки ( $\chi^2=25,361$ ;  $p=0,00001$ ). Больше всего о смерти и возможном суициде думают подростки, пережившие интернет насилие. Однако, наиболее высокие показатели суицидальных намерений и планов наблюдались у жертв сексуального насилия.

Последняя выделенная нами группа РП – это подростки, осуществляющие самоповреждение. По данным ВОЗ самоповреждением в мире занимается 1-4% населения, в основном подросткового возраста [1, 13]. Однако полученные нами данные говорят о том, что порядка 10% подростков, принявших участие в нашем исследовании, причиняли вред своему физическому телу с помощью острых и колющих предметов, огня и даже наносили себе тяжелые травмы. Самый «непопулярный» способ самоповреждения – намеренное причинение себе травм, достаточных для госпитализации, 97,19% подростков никогда не прибегали к такому способу. Самым популярным способом остается царапание до рубцов на коже или появления крови – к нему в общем прибегало 10,26% подростков, в основном девочек (табл. 5).

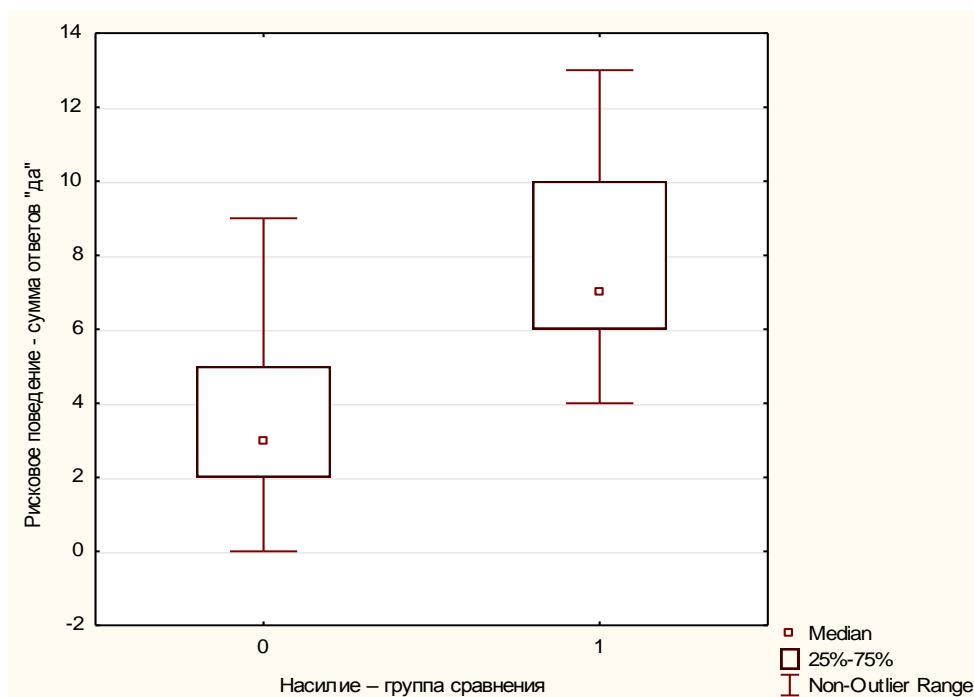


Рис. 7. Сравнение уровней кластеризации РП у подростков, переживших (группа 1) и не переживавших (группа 0) различные виды насилия.



Таблица 4

Сочетание различных форм насилия с другими видами РП

Показатель	Злоупотребление ПАВ	Провоцирующее экстремальное поведение	Нарушения пищевого поведения	Нарушения сексуального поведения	Самоповреждающее поведение
Насилие	$\chi^2=14,078$ ; p=0,0002	$\chi^2=19,654$ ; p=0,00001	$\chi^2=1,077$ ; p=0,2995	$\chi^2=2,469$ ; p=0,1161	$\chi^2=6,120$ ; p=0,0134
Агрессия	$\chi^2=5,85$ ; p=0,0155	$\chi^2=4,656$ ; p=0,0309	$\chi^2=0,248$ ; p=0,6181	$\chi^2=0,021$ ; p=0,8848	$\chi^2=0,272$ ; p=0,6017
Драчливость	$\chi^2=11,256$ ; p=0,0008	$\chi^2=31,763$ ; p=0,00001	$\chi^2=1,112$ ; p=0,2917	$\chi^2=3,876$ ; p=0,0490	$\chi^2=0,538$ ; p=0,4632
Физическое насилие	$\chi^2=2,309$ ; p=0,1286	$\chi^2=3,958$ ; p=0,0467	$\chi^2=0,399$ ; p=0,5277	$\chi^2=2,535$ ; p=0,1113	$\chi^2=0,098$ ; p=0,7542
Сексуальное насилие	$\chi^2=3,612$ ; p=0,0574	$\chi^2=4,696$ ; p=0,0302	$\chi^2=0,379$ ; p=0,5380	$\chi^2=2,431$ ; p=0,1190	$\chi^2=5,164$ ; p=0,0231
Интернет насилие	$\chi^2=7,637$ ; p=0,0057	$\chi^2=8,356$ ; p=0,0038	$\chi^2=0,689$ ; p=0,4064	$\chi^2=4,351$ ; p=0,0370	$\chi^2=3,925$ ; p=0,0476

Для подростков, которые постоянно практикуют самоповреждающее поведение (более 5 раз на момент исследования), самым популярным способом остается резание запястий, рук и других частей тела.

Наиболее «популярными» способами самоповреждающего поведения среди девочек-подростков были:

- порезы запястий, рук или других частей тела, загон острых предметов под кожу (88,24%);

- вырезание узоров на коже, царапание до рубцов или до крови (88,89%).

Наиболее «популярными» способами самоповреждающего поведения у мальчиков были:

- ударение головой, избивание себя до синяков и кровоподтеков (80%);

- намеренное причинение себе травм, могущих привести к госпитализации (75%);

- прижигание себя сигаретой, зажигалкой или спичкой (66,67%).

Полученные данные вызывают тревогу, так как значительно превосходят аналогичные показатели в других европейских странах [1, 6]. Напомним, что в исследовании приняли участие подростки из общей популяции, не пребывающие на лечении в психиатрических учреждениях.

Самоповреждение значимо кластеризуется с другими видами рискованного поведения (рис. 8).

Таблица 6 отражает статистически наиболее значимые корреляции самоповреждения с другими видами РП: курением ( $\chi^2=30,395$ ; p=0,00001), злоупотреблением наркотиками ( $\chi^2=18,134$ ; p=0,00001) и алкоголем ( $\chi^2=6,324$ ; p=0,00001), провоцирующим экстремальным поведением ( $\chi^2=14,161$ ; p=0,0002), нарушениями сексуального поведения ( $\chi^2=9,958$ ; p=0,001). Среди подростков, которые наносят себе физические повреждения, есть жертвы сексуального ( $\chi^2=5,164$ ; p=0,02) и интернет ( $\chi^2=3,925$ ; p=0,05) насилия.

Таблица 5

Виды самоповреждающего поведения, распространённых среди подростков, принявших участие в исследовании, в %

Показатель	Никогда	1-2 раза	3-4 раза	5 и более раз
Резали себе запястья, руки или другие части тела, загоняли острые предметы под кожу	90,23	6,95	1,82	0,99
Прижигали себя с помощью сигареты, зажигалки или спички	92,72	5,79	0,66	0,83
Вырезали слова, картинки, узоры на коже или царапали себя до рубцов или до крови	89,74	8,77	1,32	0,17
Мешали заживлению ваших ран или наносили себе удары до образования ран	90,73	7,62	1,16	0,50
Причиняли себе травмы, которые бы привели к госпитализации	97,19	2,15	0,50	0,17
Ударялись головой или били себя до синяков и кровоподтёков	95,20	3,97	0,50	0,33



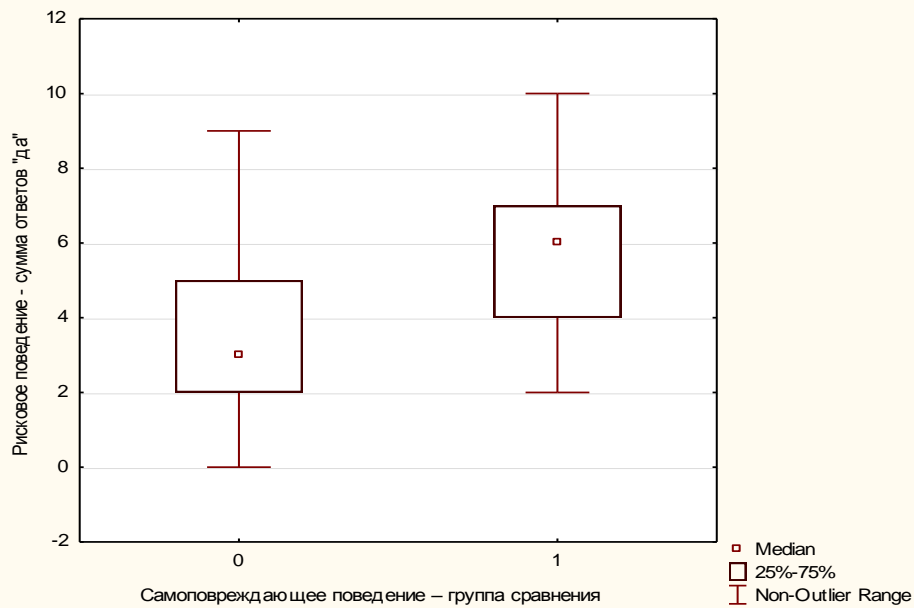


Рис. 8.

Таблица 6

Распространенность самоповреждающего поведения среди других видов РП

Показатель	Злоупотребление ПАВ	Провоцирующее экстремальное поведение	Нарушения пищевого поведения	Нарушения сексуального поведения	Насилие
Самоповреждающее поведение	$\chi^2=22,583$ , $p=0,00001$	$\chi^2=14,161$ , $p=0,0002$	$\chi^2=7,637$ ; $p=0,0057$	$\chi^2=5,088$ ; $p=0,0241$	$\chi^2=6,120$ ; $p=0,0134$

Таким образом, можно отметить, что, хотя увлечение одним видом РП со временем начинает кластеризоваться с другими видами РП, не все виды РП имеют тенденцию одинаково сильно сочетаться между собой. Это, к сожалению, не распространяется на самоповреждающее и суицидальное поведение, вовлечённость в которые оказывается значимо высокой при практически любых видах рисковом поведения (табл. 7).

Полученные данные были в дальнейшем использованы для проведения кластерного анализа, что позволило построить следующую дендрограмму по методу средней связи с использованием евклидового расстояния (рис. 9). Расстояние между объектом 1 (насилие) и объектом 2 (сексуальное поведение) – 19,4935, между объектом 2 и объектом 3 (злоупотребление ПАВ) – 21,6737, объектом 3 и объектом 4 (провоцирующее экстремальное поведение) – 27,9566).

Таблица 7

Распространенность различных составляющих суицидального поведения среди других видов РП

Показатель	Суицидальная активность	Суицидальные попытки	Суицидальные мысли	Суицидальные намерения
Злоупотребление ПАВ	$\chi^2=19,5777$ ; $p=0,0001$	$\chi^2=7,270$ ; $p=0,0264$	$\chi^2=14,637$ ; $p=0,0001$	$\chi^2=1,397$ ; $p=0,2372$
Провоцирующее экстремальное поведение	$\chi^2=17,360$ ; $p=0,0002$	$\chi^2=17,345$ ; $p=0,0002$	$\chi^2=0,691$ ; $p=0,4058$	$\chi^2=0,865$ ; $p=0,3523$
Нарушения пищевого поведения и отсутствие занятий спортом	$\chi^2=7,064$ ; $p=0,0293$	$\chi^2=1,959$ ; $p=0,3755$	$\chi^2=5,746$ ; $p=0,0165$	$\chi^2=1,327$ ; $p=0,2494$
Нарушения сексуального поведения	$\chi^2=5,525$ ; $p=0,0631$	$\chi^2=22,478$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=1,382$ ; $p=0,2398$	$\chi^2=0,084$ ; $p=0,7715$
Насилие	$\chi^2=26,003$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=25,316$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=2,969$ ; $p=0,0849$	$\chi^2=7,384$ ; $p=0,0066$
Самоповреждающее поведение	$\chi^2=30,090$ ; $p=0,00001$	$\chi^2=18,225$ ; $p=0,0001$	$\chi^2=13,660$ ; $p=0,0002$	$\chi^2=11,314$ ; $p=0,0008$

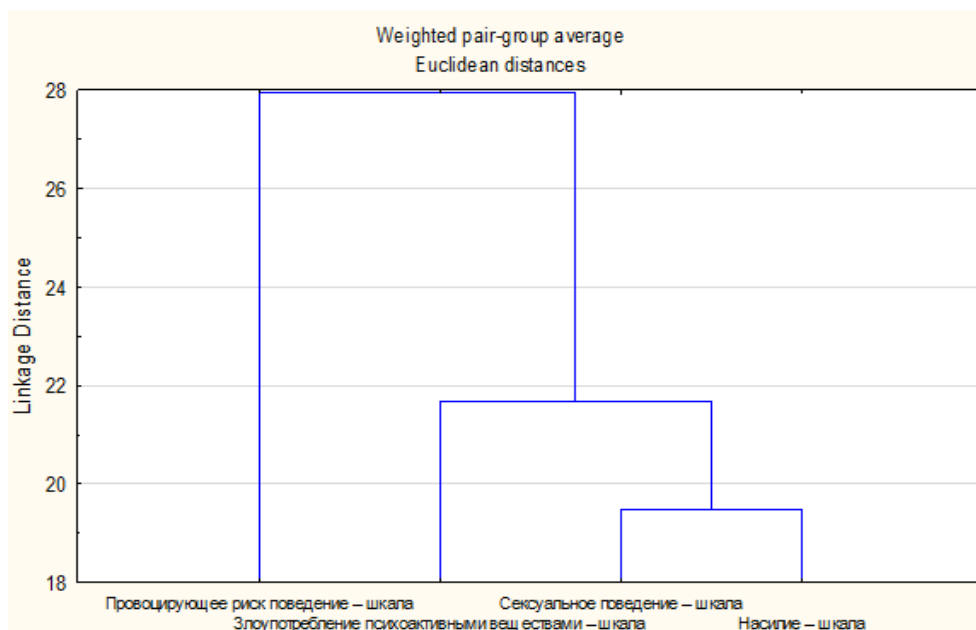


Рис. 9. Дендрограмма кластеризации видов рискового поведения.

Таким образом, результаты кластерного анализа подтверждают предположение, что такие легко наблюдаемые виды РП, как злоупотребление ПАВ и небезопасное сексуальное поведение, не являются причиной регулярного РП или его кластеризации, а скорее обеспечиваются имеющимися в наличии или доступными средствами. В то же время столкновение с насилием провоцирует создание такого психологического состояния, которое детерминирует дальнейшую кластеризацию РП у подростков. При этом, совершенное насилие может иметь как реальную форму (в случае физического или сексуального насилия), так и виртуальную форму (в случае интернет - насилия).

Количество времени, которое подростки проводят онлайн, общаясь друг с другом и иногда с незнакомцами, в сочетании с распространённостью интернет-насилия по сравнению с другими видами насилия, должна вызывать повышенное внимание со стороны специалистов.

Личность подростка, подвергшегося насилию, часто эмоционально неустойчива и не имеет развитого волевого компонента. Неотработанная психическая травма закрепляет в структуре личности подростка примитивные и непродуктивные копинг-механизмы, что дополнительно делает его уязвимым к стрессу, снижая его порог стресс-резистентности. Значительно страдает самооценка. Неудовлетворенность жизнью, неспособность к адекватной социальной адаптации, неспособность воспринять свое будущее в позитивном ключе – это лишь малая толика переживаний, испытываемых

подростков, переживших насилие. Комплекс постоянных негативных переживаний в купе с поврежденной самооценкой делают подростка уязвимым и провоцируют дальнейшее развитие сопоставимых компенсаторных психологических механизмов. Пубертатный период в таких условиях приобретает форму дисгармоничного психосексуального развития, что приводит к опасному сексуальному поведению подростков: сексуальная жизнь начинается рано, подросток пытается менять много партнеров, не использует средства защиты и контрацепции.

Подростковый возраст является периодом в жизни личности, когда гормональное и физиологическое развитие протекает в бурной форме, особенно после периода детства, когда гормоны в основном находятся в латентной стадии. В результате мы склонны забывать, что подростковый возраст не является пиком развитой сексуальности. Мы разделяем гипотезу, что, когда подросток стремится к сексуальной близости, он на самом деле стремится к эмоциональной близости. Однако, если при этом он подвержен негативным эмоциональным переживаниям, его самооценка повреждена, развитые производительные копинг-механизмы отсутствуют, активная сексуальная жизнь, даже с разными партнерами, не приводит к желаемому результату. Подобный поведенческий кластер провоцирует злоупотребление психоактивными веществами, как доступное средство игнорирования своего состояния и реальности.

Алкоголизация оказывает эмоциональную компенсацию только временно, более того,

вызванное таким образом злоупотребление ПАВ может приводить к полинаркомании подростков, когда 1 вида ПАВ быстро становится недостаточно. Если обычно подростки пробуют ПАВ как один из вариантов экспериментирования или употребляют ПАВ ради социальной выгоды, то злоупотребление ПАВ подростками с кластеризованным РП быстро становится привычным и зависимым. Чем активнее подростки злоупотребляют ПАВ, тем

больше его тормозное влияние на нервную систему. Как следующий этап кластеризации, подростки обращаются к провоцирующему экстремальному поведению, которое опасно не только для их психического и соматического здоровья, но иногда и жизни.

Мы считаем, что было бы целесообразно предпринимать дальнейшие исследования паттернов кластеризации рискованного поведения.

Литература:

1. WHO draft health indicators for adolescents: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. – Geneva, World Health Organization, 2014.
2. DuRant R.H., Smith J.A., Kreiter S.R., Krowchuk D.P. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1999; 153: 286-91.
3. Terzian M.A., Andrews K.M., Moore, K.A. Preventing Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice. Washington DC: Child Trends, 2011.
4. Рахимкулова А.С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 52-61.
5. Biglan A., Brennan P.A., Foster S.L., Holder H. Helping Adolescents At Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors. London, UK: The Guildford Press; 2004.
6. Brooks F. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *J. of Public Health*. 2012; 34 (S1): 48-56.
7. Harel-Fisch Y., Abdeen Z., Walsh S.D., Radwan Q., Fogel-Grinvald H. Multiple risk behaviors and suicidal ideation and behavior among Israeli and Palestinian adolescents. *Social Sciences and Medicine*. 2012; 75 (1): 98-108.
8. Kipping R.R., Campbell R.M., MacArthur G.J., Gunnell D.J., Hickman M. Multiple risk behaviour in adolescence. *J. of Public Health*. 2003; 34 (1): i1-i2.
9. Spring B., Moller A.C., Coons M.J. Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health*. 2013; 54 (1): 3-10.
10. Sychareun V., Thomsen S., Faxelid E. Concurrent multiple health risk behaviors among adolescents in Luangnamtha province, Lao PDR. *BMC Public Health*. 2011; 13: 24-9.
11. Burke V., Milligan R.A.K., Beilin L.J. Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *Preventive Medicine*. 1997; 26: 724-33.
12. van Nieuwenhuijzen M., Junger M., Velderman M.K. Clustering of health-compromising behaviour and delinquency in adolescents and adults in the Dutch population. *Preventive Medicine*. 2009; 48: 572-8.
13. DuRant R.H. et al. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1999; 153: 286-91.
14. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б., Кондричин С.В. Суициды и фатальный дорожно-транспортный травматизм в России: сравнительный анализ трендов. *Суицидология*. 2016; 7 (4): 3-10.

References:

1. WHO draft health indicators for adolescents: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. – Geneva, World Health Organization, 2014.
2. DuRant R.H., Smith J.A., Kreiter S.R., Krowchuk D.P. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1999; 153: 286-91.
3. Terzian M.A., Andrews K.M., Moore, K.A. Preventing Multiple Risky Behaviors: An Updated Framework for Policy and Practice. Washington DC: Child Trends, 2011.
4. Rakhimkulova A.S. Neuropsychological changes in adolescence that influence risky and suicidal behavior. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 52-61.
5. Biglan A., Brennan P.A., Foster S.L., Holder H. Helping Adolescents At Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors. London, UK: The Guildford Press; 2004.
6. Brooks F. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *J. of Public Health*. 2012; 34 (S1): 48-56.
7. Harel-Fisch Y., Abdeen Z., Walsh S.D., Radwan Q., Fogel-Grinvald H. Multiple risk behaviors and suicidal ideation and behavior among Israeli and Palestinian adolescents. *Social Sciences and Medicine*. 2012; 75 (1): 98-108.
8. Kipping R.R., Campbell R.M., MacArthur G.J., Gunnell D.J., Hickman M. Multiple risk behaviour in adolescence. *J. of Public Health*. 2003; 34 (1): i1-i2.
9. Spring B., Moller A.C., Coons M.J. Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health*. 2013; 54 (1): 3-10.
10. Sychareun V., Thomsen S., Faxelid E. Concurrent multiple health risk behaviors among adolescents in Luangnamtha province, Lao PDR. *BMC Public Health*. 2011; 13: 24-9.
11. Burke V., Milligan R.A.K., Beilin L.J. Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *Preventive Medicine*. 1997; 26: 724-33.
12. van Nieuwenhuijzen M., Junger M., Velderman M.K. Clustering of health-compromising behaviour and delinquency in adolescents and adults in the Dutch population. *Preventive Medicine*. 2009; 48: 572-8.
13. DuRant R.H. et al. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1999; 153: 286-91.
14. Razvodovsky Y.E., Zotov P.B., Kondrychyn S.V. Suicides and road traffic deaths in Russia: a comparative analysis of trends. *Suicidology*. 2016; 7 (4): 3-10. (In Russ)

## CLUSTERING PATTERN OF ADOLESCENT RISKY BEHAVIOR: RESEARCH RESULTS ANALYSIS

A.S. Rakhimkulova

Child and Adolescent Neuropsychology Centre, Moscow, Russia, rakhimkulova@yahoo.com

**Abstract:** Involvement in risky behavior has a negative impact on various areas of adolescent life. When a teenager is involved with several types of risky behavior at the same time, or in other words, in the case of clustering of their risky behavior, they are exposed to even more negative influence. Aim: The purpose of this article is to analyze and explain the mechanisms of clustering of risky behavior in adolescence, as there is currently a deficit of such research. Materials and methods. The article presents the results of a study of the risk behavior of secondary school students aged 12-18 years, n=603, of which 61% (n=368) regularly practiced 2-3 types of RP, and 19% (n=115) reported clustering risky behavior (over 4 types). The types of risk behaviors most often associated with a possible adverse

outcome for the health and life of adolescents, including self-damaging and suicidal behavior, were investigated. The following scales and methods were used: the Beck depression scale, the Spielberger anxiety scale, the Paykel suicide scale, K. Rogers and R. Diamond social and psychological adaptation test, the Percieved Stress scale and a number of others. To determine the structure of the relationship between the variables, factor analysis with subsequent cluster analysis were used, to determine the influence of the indicators on the target variables, regression analysis was employed. Results. For each type of risky behavior data on its combination with other types, as well as with self-harming and suicidal behavior are presented. Although different types of risky behaviors are combined in different ways, their clustering is almost always associated with deliberate self-harm in adolescents. The most significant results were obtained regarding the relationship between self-harming behavior and smoking ( $\chi^2=30,395$ ;  $p=0.00001$ ), drug abuse ( $\chi^2=18,134$ ;  $p=0.00001$ ), alcohol ( $\chi^2=6.324$ ;  $p=0.00001$ ), provoking extreme behavior ( $\chi^2=14,161$ ;  $p=0,0002$ ), unhealthy sexual behavior ( $\chi^2=9,958$ ;  $p=0,001$ ). Among adolescents who inflict physical injuries, there are victims of sexual violence ( $\chi^2=5,164$ ;  $p=0,02$ ) and the Internet violence ( $\chi^2=3,925$ ;  $p=0,05$ ). The results of cluster analysis are introduced, which make it possible to state a hypothesis about the formation of a possible model for clustering risky behavior among adolescents. The author concludes that the involvement into risky behavior can begin as an ordinary teenage experimentation with different kinds of experiences, but the further tendency of risky behavior to cluster is due to the presence of a certain psychological complex in the structure of the adolescent's personality.

*Key words:* adolescent age, risky behavior of adolescents, clustering of risk behavior, model of clustering of risk behavior

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

---

Для цитирования: Рахимкулова А.С. Кластеризация рискованного поведения подростков: анализ результатов исследования. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 60-72.

For citation: Rakhimkulova A.S. Clustering pattern of adolescent risky behavior: research results analysis. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 60-72. (In Russ)

---

УДК: 616.89-008

## **«МОЛОДЫЕ» СУИЦИДЫ И ИНТЕРНЕТ: ХОРОШИЙ, ПЛОХОЙ, ЗЛОЙ**

*Е.Б. Любов, Р.И. Палаева*

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

---

Контактная информация:

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

Палаева Розалия Ильдаровна (SPIN-код: 2041-8844; ORCID iD: 0000-0003-1761-1337; Researcher ID: G-8550-2018). Место работы и должность: ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6. Телефон: (3532) 40-35-59, электронный адрес: rozaliana8@mail.ru

Интернет оказывает положительное и отрицательное действие на подверженных риску суицидального поведения (СП), особо подростков и молодых. Показано влияние зависимости от интернета и СП. Просуицидные (суицидогенные) сайты – фактор риска СП у одиноких и уязвимых. При «правильном» использовании Сеть служит ключевым элементом помощи потенциальным суицидентам, особо в группах риска СП, обычно избегающих типовую помощь. Доказательства профилактической эффективности интернета ограничены. Полезны социальные сети для выявления и привлечения к профессиональной помощи особых групп пациентов (одиноких и/или депрессивных).

Неразумно недооценивать и переоценивать риск интернета для уязвимых к СП лиц, но его априорная «вредность» сомнительна – инструмент не бывает дурным или хорошим в отличие от поступков. Интернет – составляющая социальной среды, но не главенствует в ряду факторов риска СП. Роль интернета в многообразном СП молодых как активнейших потребителей сети двоякая: провоцирующая и полезная.

*Ключевые слова:* интернет, социальные сети, риск суицида, профилактика суицидов

*«... нет дела, коего устройство было бы труднее, ведение опаснее, а успех сомнительнее, нежели замена старых порядков новыми».*

*Макиавелли*

Знание – сила и вечный движитель социально-экономического развития постиндустриального общества. Безграничный доступ к информации повышает качество жизни и крепит социальные связи.

Интернет, последний (пока) технологический прорыв в межличностных связях, сочетает достоинства предшественников (телеграфа, телефона, радио и телевидения) – преодоление расстояния и охват массовой аудитории – с инновационными функциями, как относительная анонимность, возможность общения. Каждый третий землянин – пользователь интернета (на «обыкновенность чуда» указывает правило написания – со строчной буквы), половина их моложе 25 лет, но и  $\frac{3}{4}$  россиян старше 55 лет в сети ежедневно; треть – не менее 2,5 часов, особо в соцсетях. К 2024 г. ко всем (97%) соотечественникам придёт широкополосный интернет. Стирается цифровой барьер (информационный разрыв) – ограничение возможностей социальной группы без современных средств коммуникации, но внимание к техническому доступу к сети затухает у населения. Легкость и дешевизна создания и копирования информации привлекательны. В 2004 г. хранилище данных Google составило пять петабайт ( $10^{15}$  байт), или в 1000 раз больше, чем печатное собрание Библиотеки Конгресса. К концу 2017 г. передан зеттабайт ( $10^{21}$  байт) данных (зеттабайт равен 36000 годам HDTV-видео). В 2019 г. объём трафика вырастет вдвое. Количество сайтов и персональных блогов к 2015 г. превысило 1 млрд без сайтов «глубокой паутины», не индексируемых поисковиками. Поисковиком Google в 2017 г. пользовались 27 млрд раз, у YouTube 23 млрд уникальных посетителей, следом социальная сеть Facebook (22 млрд). В топ-500 – 16 российских ресурсов с лидером «ВКонтакте». Ежесекундно в Google 50000 поисковых запросов, смотрят 120000 видео на Youtube, отправлены 2,5 млн электронных писем (сервис Internet Live Stats). Поиск информации и электронная почта – основные онлайн-действия взрослых [1], а общение и развлечения манят молодых [2]. Для иного подростка формат screen life (действие на экране гаджета можно пресечь, остановить и повернуть вспять) становится заготовкой жизни реальной.

Интернет всё более влияет на жизнь землян, особо племя молодое, незнакомое: «поколение Z», «цифровых людей», подружившихся с планшетом ранее азбуки.

Новые медиа интерактивны. Сайты социальных сетей превратили доверительные беседы с глазу на глаз в общение «многих с многими» [3]. Интернет упрощает и демократизирует контакты. Откровения стали общественным достоянием: по секрету всему свету. Пользователи объединяются по интересам, для самопомощи, обмена опытом и новостями; меняют содержание и становятся «демиургами» информации социальных медиа платформ, отменяя монополию государственных СМИ.

Сеть озадачивает общественность (особо семьи подростков), профессионалов и правительства. Повсеместное пришествие интернета побудило новую волну исследований влияния СМИ на психическое здоровье и суицидальное поведение (СП). Поэтому в данном обзоре ключевыми словами поиска в базах данных MEDLINE и Google были «интернет», объединённый с соидентификаторами: «самоубийство или суицидальное поведение» и «молодёжь и/или подростки».

Суициды и интернет: кто виноват?

Суицидогенный потенциал сети в следующем. Интернет-зависимость не включена в DSM-V и МКБ-10, но концептуально представлена расстройством контроля импульсивности или поведенческой (нехимической) зависимостью. Чрезмерное увлечение интернетом, сайтами социальных сетей коррелирует с риском СП (в 2-3 раза большим, чем у «независимых») и депрессией [цит. по 4], в свою очередь, депрессивные и/или суициденты тяготеют к сети [5]. Невротизм как предтеча депрессии и предрасположенность СП прямо связан с тягой к социальным сетям [6], негативная эмоциональность и эмоциональная нестабильность – суицидогенные факторы [7].

В систематическом обзоре 51 статьи [8] выделены 11 (почти 40000 участников), указавших риск самоповреждений молодых при зависимости, высоком уровне потребления интернета, посещения просуицидных сайтов.

Просуицидные (суицидогенные) сайты. Более 100000 сайтов в Google и Yahoo касаются СП [9]. «Дьявольское число» суицидогенных сайтов не известно, но 10, 25 и 5% – отнесены к просуицидным в США, Великобритании и Китае соответственно [цит. по 10].

Просуицидное содержание на разных языках сходно: суицид рекомендован панацеей от земной юдоли. Чаше СП поощрено исподволь

обесцениванием жизни при романтизации смерти. «Антипсихиатрический» климат открытых форумов в обсуждении «нормализации» самоповреждений как «естественного права» человека. СП указан путём самоидентификации и освобождения от догм морали и ценностей консервативного общества, осуждающего посягательство на святость жизни.

Распространение информации в интернете подобно вирусу. Молодые выражают суицидальные чувства и планы в социальных сетях и блогах, перенимают «новомодные» и «проверенные» способы суицида [11] в Google, Yahoo! и др. как предпочтительных источниках сведений [12, 13]. До 30% веб-страниц, касающихся СП, сообщают о способах самоубийств (на 10% – четкие рекомендации), но 25% сосредоточены на противодействии СП [цит. по 4].

На этапе планирования совершившие попытки самоубийства ищут «доступные, надёжные и безболезненные» способы [14, 15], и 10% загружаемых страниц содержали информацию об этом (+5% при интересе к намеренным передозировкам лекарствами) [10].

По самоотчетам почти 4000 молодых (21 год) британцев [16], 12% заходили на сайты / чаты, обсуждающие СП, 8% искали сведения о самоповреждениях, 7,5% – о суициде, 9% – для обсуждения чувств о самоповреждении; сведения, как убить себя важны для 3%. При этом сайты, предлагающие помощь, советы и поддержку, искали 8%. Более трети (серия случаев n=22) молодых суицидентов нашли способ тяжелой попытки [14] на общедоступных сайтах с врачебной информацией при запросе «суицид передозировкой X». К «сайтам самоубийств» обращались реже. Кто-то «вдохновлён» кадрами публичной казни, статьёй Википедии, новостными живописаниями («труп к завтраку») обычно брутального СП, как дефенестрации.

Увлечение болезненным и жестоким описанием, «кровавыми картинками» суть отыгрывание агрессивных импульсов и / или бунт против господствующей культуры [17].

Однако у 1% опрошенных по телефону 1500 подростков 10-17 лет в США доступ к сайтам, поощряющим самоповреждения или СП, тесно связан с суицидальными мыслями [18]. С учётом примерной частоты таких мыслей в возрастной субпопуляции, у каждого 20-30-го помышляющего. Тематический интерес связан с СП, историей самоповреждений [16].

Каждый пятый (18%) школьник после парасуицида сообщил, что интернет (социальные сети) влиял на его решение [19].

Сообщения СМИ и вымышленные истории «заражают» уязвимых (в кризисе), перенимающих суицидальный сценарий [20]. Интерактивный интернет влияет более печатных СМИ на подражателей [21]. Молодые (подростки), активнейшие в сети, восприимчивее к «заражению» СП (выборе метода) при группировании и отождествлении себя с жертвой СП. У пользователей социальных платформ описан эффект Вертера [22] в «цифровых» фразе и жилете. Среди немецких психиатров и психотерапевтов разнородны объяснения влияния СМИ на депрессию и СП от упрощенных (теория «волшебной пули»: аудитория принимает сообщения мгновенно и единообразно) до гибких (модели усиления, особая восприимчивость) концепций [23].

Среда сайта может быть насыщенной оскорблениями и издевательствами над и без того униженными и оскорблёнными. Сайты особо пагубны для отторгаемых обществом (сверстников), с психическим недугом. Кибербуллинг [8, 24] – пример виктимизации, вторичной (со стороны профессионалов) – тоже. Процесс может быть запущен «нормализованным» в субкультуре секстингом – обменом откровенными фото и видеозаписями через компьютер или смартфон. Около 15% опрошенных подростков отправляли их и почти вдвое больше – получали, но 12% – пересылали контент третьим лицам без согласия отправителя, а 8% получали, не желая того [25].

Так, 38-летний житель Амстердама за шесть лет создал 96 фальшивых страниц в Facebook под разными именами, где знакомился с сотнями подростков, убеждая их раздеться перед камерой, затем грозил разослать фото и видео их знакомым: «Разрушу твою жизнь, буду преследовать, пока не покончишь с собой». В результате шантажа покончила с собой 15-летняя канадка. Незадолго до смерти записала видео, где признается, что не спит ночами, потеряла друзей и уважение окружающих.

С начала XXI века описаны единичные киберсуициды [26], онлайн демонстрации самоубийства с шлейфом лайков и репостов. Полумифические «группы смерти» (памятные с античных времён) катализировали страхи общества и профессионалов (врачи, психологи, педагоги), но лишь 5% последних допускают прямую связь СП с «сетевыми убийцами», «психологическими техниками» [27]. Суицидальная игра «Синий кит» [28] стала международной формой киберсуицида через киберзапугивание, пособничество и подстрекательство.

Так, множатся сообщения о распространении игры в арабских странах. Правительство Туниса напомнило родителям об опасностях

интернета («жасминовый бунт» в стране, возможно, спровоцирован документами WikiLeaks. *Прим. соавт.*). Дочь бывшего депутата египетского парламента заявила, что её брат, покончивший с собой 2 апреля, стал жертвой игры "Синий кит", доводящей подростков до самоубийства. Она обнаружила в комнате брата записки с посланиями и символами. И изображения кита. Мальчик выполнил 50 заданий игры, последнее – покончить с собой.

Рассказы о «Синем ките» и пришедших ему на смену суть городские легенды, а «кураторы смерти» столь же молоды, как «игроки со смертью». Отечественные (и не только) СМИ лишь нагнетают «моральную панику», распространяя массовую истерию относительно якобы повинных в суицидах «сотен и тысяч» детей неких «кураторов смерти», крысоловов XXI века. Основная черта «вулкана, извергающего вату» (С.М. Эйзенштейн – по другому поводу): непропорциональность реакции на гипертрофированную угрозу (жертвы «Кита» превысили число детей и подростков, погибших от суицида в стране за год) с огульными призывами закрытия «подозрительных» сайтов, наказания «виновных» вместо внятной и последовательной антикризисной программы.

Договоры о самоубийстве, их организация и выполнение, облегчены чатами, досками объявлений [4, 11]. Киберсуициды и интернет-суицидальные пакты составляют малую часть самоубийств при их резонансе. По мере роста пользователей сети, потенциальные онлайн-риски СП возрастают.

Факторы, связанные с доступом к «полезным» (антисуицидальным) и «вредоносным» (суицидогенным) сайтам, занимающим первые страницы поисковых систем, сходны и взаимосвязаны; их перехлест затрудняет различия.

*Предупреждение СП и интернет: что делать?*

Интернет занимает ведущие позиции в концепции «мобильного здоровья»: реализации организационных, клиничко-эпидемиологических, профилактических (образовательных) аспектов здравоохранения посредством мобильных устройств связи, сетевых информационных ресурсов, прикладного программного обеспечения мобильных и персональных устройств (более 60% российской онлайн-аудитории выходит в сеть с смартфонов, по данным Google). Практики и исследователи смелее используют информационно-коммуникационные технологии (Information and Communication Technology, ICT), прощаясь с «доцифровой эрой»; сосредоточиться на соци-

альных платформах, как Facebook, Instagram, YouTube, видео / изображениях, столь популярных у молодых. Подходы лечения и предотвращения СП развиваются в русле тенденций ICT. Так, «Siri» (интерфейс интерпретации и распознавания речи) – интеллектуальный личный помощник и навигатор знаний, приложение операционной системы Apple, переадресует запросы на веб-сервисы iPhone. Google Images, помогает искать изображения и фото.

Профилактические мероприятия электронного здравоохранения (E-health) в суицидологии развиваются по следующим направлениям [29]: 1) самоконтроль риска СП и / или психического нездоровья (депрессии). Выявленных скринингом направляют в онлайн-программы или традиционные психиатрические службы; 2) оценка риска СП по содержанию твитов, комментариев и постов в режиме реального времени другими пользователями или при компьютерной обработке; 3) приложения психологических антикризисных вмешательств помогают прицельно (через электронную почту, телефон) или не дифференцировано (в общественных автоматизированных программах).

Информационная эпидемиология, или инфодемология изучает распределение и детерминанты информации о здоровье в электронной среде [30] через «надзор», отслеживание открытых онлайн-данных для изучения поискового поведения, например, потенциальных суицидентов методом предложения / спроса при введении в популярные поисковые системы ключевых слов «суицид», «способы суицида» [4]. Обычно довольствуются запросами из пары слов и первой страницей результатов. Отсюда поиск в сети по связанным с СП словам прогнозирует последнее. По «теории использования и удовлетворения» («uses and gratifications theory») [31], мера удовлетворения (релевантность) поисковой системой определена переменными популярности у пользователей, надёжностью домена и качеством (хорошо сделаны и содержательны) сайтов. Негативная информация (здесь: просуицидные сайты) легко доступна в СМИ, но её усвоение зависит от потребностей и желаний пользователей. Обычно и к счастью, они ищут развлечение (сомнительного свойства тоже), научную информацию, новости без ключевого слова «суицид». Данные о естественном поисковом поведении в основных системах (Google, Bing и Yahoo!) важны для эмпирически обоснованных стратегий предотвращения СП в интернете, но выводы основаны на выборах «веб-

подкованных» и / или суицидентов. Межнациональное изучение мотивов «обычных» пользователей, ищущих данные о СП, возможно, выявит культурные различия пользования Сетью.

Универсальная / селективная (группы риска) / индикативная модель [32] и концептуальная [33] модели СП составляют теоретическую основу эффективных интернет-программ профилактики. При недостаточности доказательств антисуицидальной роли СМИ (эффекта Папагено), можно улучшить суицидологическую грамотность населения: осведомлённость, понимание, мотивацию поиска доступной профессиональной и неформальной помощи [34-37].

*Социальные платформы* включают совместные проекты (как Википедию), блоги и микроблоги (как Twitter), контент-сообщества (как YouTube), социальные сети (как Facebook), виртуальный мир игр (как World of Warcraft), социальные миры (Second Life). После порабощения ПК социальные сети захватывают мобильные устройства.

Онлайн-общение укрепляет неформальную сеть поддержки с опорой на уникальный выстраданный опыт, эмпатию [38] в равноправной полифонии чата с приятелями - сверстниками. Интерактивный форум – открытая арена исповедальных чувств (катарсиса) и обсуждения мыслей без самоцензуры и табу для бегущих от стигматизирующей и негибкой типовой помощи, не отвечающей эластическим реальным нуждам юных суицидентов и / или его близких [24].

Меньшинство пользователей посещает «вредоносные» сайты и не обязательно с намерением суицида. Участники «суицидальных» форумов ищут поддержку и способы совладания, решение социальных и психологических проблем [4]. Более 80% посещавших вредоносные сайты интересовались и антисуицидальными [16], что указывает борьбу двойственного (до последней черты) суицидента с негативной эмоциональностью и эмоциональной неустойчивостью [39, 40]. У ищущих в сети сведения о СП или психическом здоровье более суицидальных мыслей, сильнее депрессия / тревога [41].

Расхожий миф суицидологии: заявляющие о СП себе не опасны [42]. «Разговоры», «угрозы», «поиск способов» служат настораживающими, «предупреждающими знаками» острого риска самоубийства [43, 44], а улучшение осведомлённости граждан о предупреждающих знаках и обучение «привратников» – апробированные стратегии предотвращения СП [45, 46]. Объединение «теорий» предупреждающих

знаков и «крика помощи» облегчает определение риска заявляющих о самоубийстве [47].

Изучение лингвистических особенностей (ключевых слов) суицидальных сообщений в постах социальных сетей [цит. по 47] позволяет оценить риск СП и / или депрессии, но не ясен настрой суицидентов, не отработан алгоритм действий в ответ на суицидальные угрозы. *Ретро-анализ* онлайн-сообщений облегчает понимание «суицидального ума», событий, предшествовавших трагедии [48-50] как часть психологической аутопсии. *Не склонные к самоубийству обычно не говорят о нём всуе, но любопытствующие грозят самоубийством, испытывая программу профилактики самоубийств на платформе Facebook.*

«Поисковики» (информация) влияют на внутреннюю картину болезни, её управление (поиск помощи) и контакты с профессионалами [51].

Профессионалы используют социальные сети для предупреждения СП, но иначе, чем молодежь [52]. Онлайн-скрининг приемлем молодежи, поддерживая результаты РКИ, что скрининг не увеличивает риск СП [29]. Так, анонимные психиатрические онлайн консультации не провоцируют суицидальные мысли, но обостряют депрессию / тревогу [41], возможно, в связи с клиническим зондажом. Онлайн – индивидуальная самооценка риска СП и помощь онлайн-клинициста сопряжены с побуждением к дальнейшему лечению. Заманчива профилактика СП (психообразование) школьников и студентов в социальных сетях [11, 52]. Молодые резонно вовлечены в разработку кампании по предотвращению СП, создавая контент, стратегию с учётом своих взглядов и предпочтений. Удачна идея привлечения молодых к разработке компьютерных программ кризисной КБТ депрессии и психоза [53].

Обязательно внимание к третичной профилактике (поственции) – работа с «выжившими» (близкими, приятелями суицидента) [54].

Социальные сети, открывая возможности общения молодых с профессионалами, – чуткий индикатор риска СП в географических районах, мониторинга групп-мишеней и на индивидуальном уровне [55] в режиме реального времени.

На индивидуальном уровне помощь охватывает психически больных и/или одиноких подростков. Немного известно о месте СМИ (сети) в снижении риска СП в группах-мишенях с сочетанными клинико-социальными проблемами (как психически больные одино-



кие подростки, ищущие «отдушину» в онлайн общении). Интернет-помощь привлекает лиц с ограничением функциональных возможностей, представителей ЛГБТ сообщества [56], депрессивных, намеревающихся решить проблемы и / или справиться с отрицательными эмоциями через СП [4] или рискованное поведение.

Обнадёживает привлечение игровыми веб-сайтами социально отстранённых молодых [57].

Систематические обзоры последних лет [8, 11, 58, 59] наряду с негативными аспектами интернета подчеркивают пользу онлайн-вмешательств / лечения, выгоду (затратную эффективность) социальных сетей, благодаря доступности, приемлемости вмешательств в лечении и предупреждении СП. Впереди контролируемые исследования онлайн-скрининга (уменьшение риска СП, побуждение к помощи). Оценка результативности затруднена методологическими проблемами в связи с быстротой, аморфностью и анонимностью платформ. Предсказуемы трудности контроля поведения пользователей и оценки риска, заражения, этические вопросы конфиденциальности («большой брат на страже») и уточнения границ помощи. При этом анонимность аккаунта соцсети под вопросом.

*Рекомендации по ответственным сообщениям СМИ* составляют неотъемлемую часть *многокомпонентной и многоуровневой* профилактики СП [37, 60]. Потребители традиционных СМИ (газеты, радио и телевидение) полагались субъектами информации, и ряд стран разработал руководства по безопасному и ответственному освещению СП традиционными СМИ [цит. по 60], имеющих ограниченное влияние на социальные сети [61]. Чрезмерный интерес к СМИ (ныне – интернету. *Прим. авт.*) объясним социальным избеганием; одинокие развивают «парасоциальные отношения» [62] с медиа-персонами (дикторами, обозревателями телевидения): «говорящие головы» должны вещать в унисон профессионалам здравоохранения.

Руководства разработаны и для веб-платформ, но менее четверти рекомендаций для СМИ учитывают новые медиа [63], как международной ассоциацией предупреждения суицидов в помощь блогерам, сообщающим о СП [64], или австралийской Национальной медиа-инициативы Mindframe [цит. по 11]. Апробированы инициативы по предотвращению СП на государственном уровне (в Австралии, Японии, Ю. Корее, России) [цит. по 10]: 1) поставщики интернет-услуг («хозяева соцсетей»)

и веб-хостинговые компании удаляют просуицидные сайты посредством интернет-фильтров, мониторинга сайтов киберполицейскими; поставщики интернет-услуг облегчают доступ уязвимых и/или лиц в кризисе к «полезным» сайтам, а вредоносные блокируют. В 2012 г. в России вступил в силу ФЗ 139 «О внесении изменений в ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». Досудебным порядком в 2011-2016 гг. заблокировано 1000 сайтов и страниц в соцсетях, «пропагандирующих суициды» и потому введённых в «Единый реестр запрещённых сайтов» после жалоб в Роспотребнадзор (кибердружинники, равнодушные граждане обращаются на горячие линии Лиги) и экспертизы Лиги безопасного интернета. *Запретительные меры не привели к снижению уровня суицидов подростков.*

Без обращения к целевой группе молодых рекомендации не изменяют акценты обсуждения СП в социальных сетях, где творцы информации – сверстники, а не профессионалы. Нужны особые подходы обучения молодых безопасным и чутким сообщениям о СП и поддержка эмоционального дистресса других он- и офлайн. Так, кибербуллинг – культурная и образовательная проблема. Подросток, нередко единственный знакомый с сетью в семье, заблуждается, что его слова, «картинку» легко стереть / забыть. Удаление аккаунта на Facebook не прервет издевательства: они возвращаются в реальную жизнь.

Рекомендации (2017 г.) для родителей по выявлению подростков, участников игры «Синий кит» Минпроса, например, Израиля следующие. Настораживают резкие изменения поведения как замкнутость и отчужденность, раннее пробуждение и ночные бдения. Увлечение фильмами ужасов. Вырезание знаков F57, F58 или 420, изображения кита на руке или «Да» на ноге. Фраза «Я – кит» в соцсетях. Обнаружившим участника "игры" следует воздержаться от наказаний, гнева и нотаций, а обратиться к специалистам (психологу); выяснить «стаж» участия и меру вовлеченности в «игру», выслушать, дать понять подростку, что близкие – его союзники и помогут справиться с проблемой.

Рекомендации указывают признаки возможной депрессии подростков (типично нарушение ритма сна и бодрствования), более характерные для СП, чем «выпиливание». Советы слушать и слышать, обратиться к специалисту разумны, но, без попытки стигматизации «выживших», жертвы суицида – обычно из

разобщённых семей. Понятны и перенесение ответственности (совладание с чувством вины) близких жертвы на правоохранительные органы, Сеть, уход в конспирологические схемы, где все строго логично на ложном основании (как в систематизированном бреде) в отличие от хаотичного мира.

Полезны обучение мерам безопасности в социальных сетях, установка родителями веб-фильтров в русле широкомасштабной кампании по предотвращению СП. Хорошо бы старшим стать образцами разборчивого (не без брезгливости) отношения к неким страницам интернета.

Сайты анонимных сообщений оценены неоднозначно. Так, сообщено о трех суицидах за два года подростков после комментариев на Formspring.me

Вслед трагедии представители платформы посетили конференцию под патронатом Белого дома для предотвращения травли. Ресурс закрыт в 2013, а с 2015 г. стал частью платформы Twoo. Страницы ASKfm, конкурента Formspring, общались о суицидах; ассоциация родителей и критики платформы обвинили ресурс в недостаточном контроле. Приложение Yik Yak за год выбрало более 60 млн пользователей, работая для предотвращения виртуальной травли в образовательных учреждениях, но в 2017 г. закрыто после раскрытия имён пользователей. Приложение After School, «личный форум для твоей школы», названо рассадником буллинга.

Ограничительные законодательные меры, государственный и общественный контроль отчасти защищают уязвимых от навещающего на дурные мысли материала, переключая на ресурсы помощи, но мало учитывают способы создания, поиска и доступа к онлайн информации. Так, киберрегулирование (ограничение или удаление веб-сайтов – «миссия почти не выполняема»: интернет явно не подпадает под любую юрисдикцию, идентификация безотчётного (и порой безответственного) пользователя ненадёжна. Содержание просуицидного сайта можно скопировать, переустановить, кэшировать и воспроизвести на зеркальных сайтах (как WikiLeaks); заблокированные – обойти через зашифрованные соединения. Свойства новой среды затрудняют и непрактично ограничивают доступ и к антисуицидальным сай-

там. Помимо трудоемкой стратегии поиска, сортировки и удаления суицидоопасных сайтов предстоит разрабатывать альтернативные качественные, информативные, интерактивные и удобные антисуицидальные сайты (так, у отечественного Победишь.ру и др. заделы развития), обращенные к жизнелюбию и духовности [65].

Эксперты рекомендуют при сетевой травле не терять самообладание (беда, что жертва потому и жертва, что слаб и «другой»). Здесь и далее *прим. соавт.*), не мстить, видимо, и своей смертью, блокировать и игнорировать троллей, попросить их прекратить «так делать» (возможно, лишь распалит обидчиков); поговорить, просить близких о моральной поддержке (универсальный совет в кризисе).

Заключение.

Всепроникающий интернет стал основным источником порой противоречивых и малодоказательных (зыбки границы «правильного и неправильного», «истинного и ложного») сведений и общения на полузапретную («кое-где порой») и недооценённую тему СП. Неразумно недооценивать и переоценивать риск интернета для уязвимых к СП лиц, но изначальная его «вредоносность» сомнительна – инструмент не бывает дурным или хорошим в отличие от поступков. Интернет (медиа) – составляющая социальной среды, но не главенствует в ряду факторов риска СП. Роль интернета в многообразном СП молодых как активнейших потребителей сети двоякая: провоцирующая и полезная, в чём его «парадокс» [66].

Клиницистам следует обсуждать особенности пользования интернетом в рутинной беседе с пациентом и особо при оценке риска СП, нивелировать негативные и подкреплять положительные эффекты (электронных) СМИ, согласно целям и курсу лечения.

При пользовании «как должно», интернет служит ключевым ресурсом помощи суицидентам и их близким. Вторгаясь в личный мир и поведение разнообразных групп пользователей, – способствует распространению и обмену научно доказательных знаний, важных в деле охраны и восстановления психического здоровья, лечения и предотвращения СП.

#### Литература:

1. Zickuhr K., Smith A. Digital differences, 2012. [2012-05-22]. [webcitehttp://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/IP\\_Digital\\_differences\\_041312.pdf](http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/IP_Digital_differences_041312.pdf).
2. Moreno M.A., Jelenchicka L., Koffb R. et al. Internet use and multitasking among older adolescents: An experience sampling approach. *Computers Human Behav.* 2012; 28: 1097-102.

#### References:

1. Zickuhr K., Smith A. Digital differences, 2012. [2012-05-22]. [webcitehttp://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/IP\\_Digital\\_differences\\_041312.pdf](http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/IP_Digital_differences_041312.pdf).
2. Moreno M.A., Jelenchicka L., Koffb R. et al. Internet use and multitasking among older adolescents: An experience sampling approach. *Computers Human Behav.* 2012; 28: 1097-102.

3. Manago A.M., Taylor T., Greenfield P.M. Me and my 400 friends: The anatomy of college students' Facebook networks, their communication patterns, and well-being. *Develop. Psychology*. 2012; 48: 369-80.
4. Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M., Carli V. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011; 8: 3938-52.
5. Romer D., Bagdasarov Z., More E. Older versus newer media and the well-being of United States youth: Results from a national longitudinal panel. *J. Adolesc. Health*. 2013; 52: 613-9.
6. Mark G., Ganzach Y. Personality and internet usage: A large-scale representative study of young adults. *Comput. Hum. Behav.* 2014; 36: 274-81.
7. Maris R.W., Berman A.L., Silverman M.M. Comprehensive Textbook of Suicidology. 1 st. ed. The Guilford Press; NY: USA, 2000. P. 266-83.
8. Marchant A., Hawton K., Stewart A. et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017; 12: e0181722.
9. Segev E., Ahituv N. Popular searches in Google and Yahoo!: A "digital divide" in information uses? *Information Society*. 2010; 26: 17-37.
10. Wong P.W., Fu K.W., Yau R.S. et al. Accessing Suicide-Related Information on the Internet: A Retrospective Observational Study of Search Behavior. *J. Med. Internet Res.* 2013; 15: e3.
11. Robinson J., Cox G., Bailey E. et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv. Psychiatry*. 2016; 10: 103-21.
12. Hagihara A., Miyazaki S., Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 262: 39-46.
13. Kemp C.G., Collings S.C. Hyperlinked suicide: assessing the prominence and accessibility of suicide websites. *Crisis*. 2011; 32: 143-51.
14. Biddle L., Gunnell D., Owen-Smith A. et al. Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *J. Affect. Dis.* 2012; 136: 702-9.
15. Prior T.I. Suicide methods from the internet. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161: 1500-1.
16. Mars B., Heron J., Biddle L. et al. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J. Affect. Disord.* 2015; 185: 239-45.
17. Westerlund M. The production of pro-suicide content on the Internet: a counter-discourse activity. *New Media & Society*. 2011.
18. Mitchell K.J., Wells M., Priebe G., Ybarra M.L. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *J. Adolesc.* 2014; 37: 1335-44.
19. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *J. Affect. Disord.* 2014; 159: 46-52.
20. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3: 20-9.
21. Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2004; 43: 246-7.
22. Mok K., Jorm A.F., Pirkis J. Suicide related Internet use: A review. *Austral. NZ J. Psychiatry*. 2015; 49: 697-705.
23. Arendt F., Scherr S. A qualitative study on health practitioners' subjective theories regarding the media effects on depression-related outcomes. *Suicidology Online*. 2017; 8: 78-88.
24. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Двухлицкая социальная сеть: Вертер vs Папагено. *Суицидология*. 2016; 7 (4): 41-51.
25. Madigan S., Ly A., Rash Ch. L. et al. Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior Among Youth. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2018.
26. Starcevic V., Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21<sup>st</sup> century? *World Psychiatry*. 2015; 14: 97-100.
27. Зислин И., Архипова А.С., Радченко Д.А. "Синий Кит" и моральные паники: антрополого-психиатрический подход. «Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда», 14-15 ноября 2017 г., г. Москва. Сб. статей под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, [Электронное издание] М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», 2017: 51-3.
28. Mok D. Show care to youngsters playing deadly 'Blue Whale' game, Hong Kong. *Suicidology Online*. 2017; 8: 84-9.
29. Christensen H., Batterham P.J., O'Dea B. E-health interventions for suicide prevention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2014; 11: 8193-212.
3. Manago A.M., Taylor T., Greenfield P.M. Me and my 400 friends: The anatomy of college students' Facebook networks, their communication patterns, and well-being. *Develop. Psychology*. 2012; 48: 369-80.
4. Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M., Carli V. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011; 8: 3938-52.
5. Romer D., Bagdasarov Z., More E. Older versus newer media and the well-being of United States youth: Results from a national longitudinal panel. *J. Adolesc. Health*. 2013; 52: 613-9.
6. Mark G., Ganzach Y. Personality and internet usage: A large-scale representative study of young adults. *Comput. Hum. Behav.* 2014; 36: 274-81.
7. Maris R.W., Berman A.L., Silverman M.M. Comprehensive Textbook of Suicidology. 1 st. ed. The Guilford Press; NY: USA, 2000. P. 266-83.
8. Marchant A., Hawton K., Stewart A. et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017; 12: e0181722.
9. Segev E., Ahituv N. Popular searches in Google and Yahoo!: A "digital divide" in information uses? *Information Society*. 2010; 26: 17-37.
10. Wong P.W., Fu K.W., Yau R.S. et al. Accessing Suicide-Related Information on the Internet: A Retrospective Observational Study of Search Behavior. *J. Med. Internet Res.* 2013; 15: e3.
11. Robinson J., Cox G., Bailey E. et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv. Psychiatry*. 2016; 10: 103-21.
12. Hagihara A., Miyazaki S., Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 262: 39-46.
13. Kemp C.G., Collings S.C. Hyperlinked suicide: assessing the prominence and accessibility of suicide websites. *Crisis*. 2011; 32: 143-51.
14. Biddle L., Gunnell D., Owen-Smith A. et al. Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *J. Affect. Dis.* 2012; 136: 702-9.
15. Prior T.I. Suicide methods from the internet. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161: 1500-1.
16. Mars B., Heron J., Biddle L. et al. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J. Affect. Disord.* 2015; 185: 239-45.
17. Westerlund M. The production of pro-suicide content on the Internet: a counter-discourse activity. *New Media & Society*. 2011.
18. Mitchell K.J., Wells M., Priebe G., Ybarra M.L. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *J. Adolesc.* 2014; 37: 1335-44.
19. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *J. Affect. Disord.* 2014; 159: 46-52.
20. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3: 20-9. (In Russ)
21. Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2004; 43: 246-7.
22. Mok K., Jorm A.F., Pirkis J. Suicide related Internet use: A review. *Austral. NZ J. Psychiatry*. 2015; 49: 697-705.
23. Arendt F., Scherr S. A qualitative study on health practitioners' subjective theories regarding the media effects on depression-related outcomes. *Suicidology Online*. 2017; 8: 78-88.
24. Lyubov E.B., Antochin E.Y., Palaeva R.A. A comment two-faced web: Werther vs Papageno. *Suicidology*. 2016; 7 (4): 41-51. (In Russ)
25. Madigan S., Ly A., Rash Ch. L. et al. Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior Among Youth. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2018.
26. Starcevic V., Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21<sup>st</sup> century? *World Psychiatry*. 2015; 14: 97-100.
27. Zislin I., Arkhipova A.S., Radchenko D.A. "Sinij Kit" i moral'nye paniki: antropologo-psikhiatricheskij podkhod. «Sukharevskie chteniya. Suitsidal'noe povedenie detej i podrostkov: ehffektivnaya profilakticheskaya sreda», 14-15 noyabrya 2017 g., g. Moskva. Sb. statej pod obshhej redaktsiej k.m.n. M.A. Bebchuk, [Ehlektronnoe izdanie] M.: GBUZ «NPTS PZDP im. G.E. Sukharevoj DZM», 2017: 51-3. (In Russ)
28. Mok D. Show care to youngsters playing deadly 'Blue Whale' game, Hong Kong. *Suicidology Online*. 2017; 8: 84-9.
29. Christensen H., Batterham P.J., O'Dea B. E-health interventions for suicide prevention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2014; 11: 8193-212.

30. Eysenbach G. Infodemiology and infoveillance: framework for an emerging set of public health informatics methods to analyze search, communication and publication behavior on the Internet. *J. Med. Internet Res.* 2009; 11: e11.
31. Katz E., Blumler J.G., Gurevitch M. Utilization of mass communication by the individual. / Blumler J.G., ed. The uses of mass communications: Current perspectives on gratifications research. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1974: 19-32.
32. Wasserman D., Durkee T. Strategies in Suicide Prevention / Wasserman D., Wasserman C., eds. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective. Oxford University Press; Oxford, UK: 2009. P. 381-388.
33. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология.* 2015; 6 (1): 3-7.
34. Acosta J., Ramchand R., Becker A. Best practices for suicide prevention messaging and evaluating California's "know the signs" media campaign. *Crisis.* 2017; 38: 287-99.
35. Ftanou M., Cox G., Nicholas A. et al. Suicide prevention public service announcements (PSAs): examples from around the world. *Health Commun.* 2017; 32: 493-501.
36. Pirkis J., Rossetto A., Nicholas A., Ftanou M. Advancing knowledge about suicide prevention media campaigns. *Crisis.* 2016; 37: 319-22.
37. Torok M., Calear A., Shand F., Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 47: 672-87.
38. Mauri M., Cipresso P., Balgera A. et al. Why is Facebook so successful? Psychophysiological measures describe a core flow state while using Facebook. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2011; 14: 723-31.
39. Nock M.K., Kessler R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *J. Abnormal Psychol.* 2006; 115: 616-23.
40. Owen G., Belam J., Lambert H. et al. Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Soc. Sci. Med.* 2012; 75: 419-28.
41. Sueki H., Yonemoto N., Takeshima T., Inagaki M. The Impact of Suicidality-Related Internet Use: A Prospective Large Cohort Study with Young and Middle-Aged Internet Users. *PLoS One.* 2014; 9: e94841.
42. Joiner T. Myths about Suicide. Harvard University Press; Cambridge, MA, USA: 2010.
43. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. Москва, 1980. 48 с.
44. Mandrusiak M., Rudd M.D., Joiner T.E. et al. Warning signs for suicide on the internet: A descriptive study. *Suicide Life-Threaten Behav.* 2006; 36: 263-71.
45. Isaac M., Elias B., Katz L.Y. et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Can. J. Psychiatry.* 2009; 54: 260-8.
46. Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E. Jr. et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2006; 36: 255-62.
47. Cheng Q., Kwok C.L., Zhu T. et al. Suicide Communication on Social Media and Its Psychological Mechanisms: An Examination of Chinese Microblog Users. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2015; 12: 11506-27.
48. Li T.M.H., Chau M., Yip P.S.F., Wong P.W.C. Temporal and computerized psycholinguistic analysis of the blog of a Chinese adolescent suicide. *Crisis.* 2014; 35: 168-75.
49. O'Dea B., Larsen M.E., Batterha P.J. et al. A linguistic analysis of suicide-related Twitter posts. *Crisis.* 2017; 38: 319-29.
50. Wong P.W.C., Wong G.K.H., Li T.M.H. Suicide communications on Facebook as a source of information in suicide research: A case study. *Suicidology Online.* 2017; 8: 84-9.
51. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Cur. Direct. Psychol. Sci.* 2012; 21: 60-5.
52. Robinson J., Bailey E., Hetrick S. et al. Developing Social Media-Based Suicide Prevention Messages in Partnership With Young People: Exploratory Study. *JMIR Ment. Health.* 2017; 4: e40.
53. Sundram F., Hawken S.J., Stasiak K. et al. Tips and traps: lessons from codesigning a clinician e-monitoring tool for computerized cognitive behavioral therapy. *JMIR Ment. Health.* 2017; 4: e3.
54. 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 клиническая психиатрия.* 2014; 24 (4): 24-6.
30. Eysenbach G. Infodemiology and infoveillance: framework for an emerging set of public health informatics methods to analyze search, communication and publication behavior on the Internet. *J. Med. Internet Res.* 2009; 11: e11.
31. Katz E., Blumler J.G., Gurevitch M. Utilization of mass communication by the individual. / Blumler J.G., ed. The uses of mass communications: Current perspectives on gratifications research. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1974: 19-32.
32. Wasserman D., Durkee T. Strategies in Suicide Prevention / Wasserman D., Wasserman C., eds. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective. Oxford University Press; Oxford, UK: 2009. P. 381-388.
33. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology.* 2015; 6 (1): 3-7. (In Russ)
34. Acosta J., Ramchand R., Becker A. Best practices for suicide prevention messaging and evaluating California's "know the signs" media campaign. *Crisis.* 2017; 38: 287-99.
35. Ftanou M., Cox G., Nicholas A. et al. Suicide prevention public service announcements (PSAs): examples from around the world. *Health Commun.* 2017; 32: 493-501.
36. Pirkis J., Rossetto A., Nicholas A., Ftanou M. Advancing knowledge about suicide prevention media campaigns. *Crisis.* 2016; 37: 319-22.
37. Torok M., Calear A., Shand F., Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 47: 672-87.
38. Mauri M., Cipresso P., Balgera A. et al. Why is Facebook so successful? Psychophysiological measures describe a core flow state while using Facebook. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2011; 14: 723-31.
39. Nock M.K., Kessler R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *J. Abnormal Psychol.* 2006; 115: 616-23.
40. Owen G., Belam J., Lambert H. et al. Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Soc. Sci. Med.* 2012; 75: 419-28.
41. Sueki H., Yonemoto N., Takeshima T., Inagaki M. The Impact of Suicidality-Related Internet Use: A Prospective Large Cohort Study with Young and Middle-Aged Internet Users. *PLoS One.* 2014; 9: e94841.
42. Joiner T. Myths about Suicide. Harvard University Press; Cambridge, MA, USA: 2010.
43. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya. Metodicheskie rekomendatsii. Moskva, 1980. 48 s. (In Russ)
44. Mandrusiak M., Rudd M.D., Joiner T.E. et al. Warning signs for suicide on the internet: A descriptive study. *Suicide Life-Threaten Behav.* 2006; 36: 263-71.
45. Isaac M., Elias B., Katz L.Y. et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Can. J. Psychiatry.* 2009; 54: 260-8.
46. Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E. Jr. et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2006; 36: 255-62.
47. Cheng Q., Kwok C.L., Zhu T. et al. Suicide Communication on Social Media and Its Psychological Mechanisms: An Examination of Chinese Microblog Users. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2015; 12: 11506-27.
48. Li T.M.H., Chau M., Yip P.S.F., Wong P.W.C. Temporal and computerized psycholinguistic analysis of the blog of a Chinese adolescent suicide. *Crisis.* 2014; 35: 168-75.
49. O'Dea B., Larsen M.E., Batterha P.J. et al. A linguistic analysis of suicide-related Twitter posts. *Crisis.* 2017; 38: 319-29.
50. Wong P.W.C., Wong G.K.H., Li T.M.H. Suicide communications on Facebook as a source of information in suicide research: A case study. *Suicidology Online.* 2017; 8: 84-9.
51. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Cur. Direct. Psychol. Sci.* 2012; 21: 60-5.
52. Robinson J., Bailey E., Hetrick S. et al. Developing Social Media-Based Suicide Prevention Messages in Partnership With Young People: Exploratory Study. *JMIR Ment. Health.* 2017; 4: e40.
53. Sundram F., Hawken S.J., Stasiak K. et al. Tips and traps: lessons from codesigning a clinician e-monitoring tool for computerized cognitive behavioral therapy. *JMIR Ment. Health.* 2017; 4: e3.
54. Lyubov E.B. Profilaktika suitsidov molodykh: inostrannyj opyt i Rossijskaya perspektiva (kommentarij k stat'e Dzhо Robinson, Helen Herrman. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya molodezhi v Avstralii). *Sotsial'naya klinicheskaya psikhii-atriya.* 2014; 24 (4): 24-6. (In Russ)

55. Nordentoft M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2011; 35: 848-53.
56. Ruder T.D., Hatch G.M., Ampanozi G. et al. Suicide announcement on Facebook. *Crisis*. 2011; 32: 280-2.
57. Li T.M.H., Wong P.W.C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Austral. NZ J. Psychiatry*. 2015; 49: 595-609.
58. Daine K., Hawton K., Singaravelu V. et al. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One*. 2013; 8: e77555.
59. Sisask M, Varnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 123-38.
60. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ. *Суицидология*. 2012; 4: 10-22.
61. Maloney J., Pfuhlmann B., Arensman E. et al. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch. Suicide Res*. 2014; 18: 156-69.
62. Horton D., Wohl R.R. Mass Communication and Para-social Interaction: Observations on Intimacy at a Distance. *Psychiatry*. 1956; 19: 215-29.
63. Maloney J., Pfuhlmann B., Arensman E. et al. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch. Suicide Res*. 2014; 18: 156-69.
64. Bloggingonsuicide. 2017. [2017-02-28]. Recommendations for blogging on suicide <http://www.bloggingonsuicide.org/> website.
65. Узлов Н.Д., Семёнова М.Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид. *Суицидология*. 2017; 8 (3): 40-53.
66. Kraut R., Patterson M., Lundmark V. et al. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am. Psychol*. 1998; 53: 1017-31.
55. Nordentoft M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2011; 35: 848-53.
56. Ruder T.D., Hatch G.M., Ampanozi G. et al. Suicide announcement on Facebook. *Crisis*. 2011; 32: 280-2.
57. Li T.M.H., Wong P.W.C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Austral. NZ J. Psychiatry*. 2015; 49: 595-609.
58. Daine K., Hawton K., Singaravelu V. et al. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One*. 2013; 8: e77555.
59. Sisask M, Varnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 123-38.
60. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals. *Suicidology*. 2012; 4: 10-22. (In Russ)
61. Maloney J., Pfuhlmann B., Arensman E. et al. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch. Suicide Res*. 2014; 18: 156-69.
62. Horton D., Wohl R.R. Mass Communication and Para-social Interaction: Observations on Intimacy at a Distance. *Psychiatry*. 1956; 19: 215-29.
63. Maloney J., Pfuhlmann B., Arensman E. et al. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch. Suicide Res*. 2014; 18: 156-69.
64. Bloggingonsuicide. 2017. [2017-02-28]. Recommendations for blogging on suicide <http://www.bloggingonsuicide.org/> website.
65. Uzlov N.D., Semenova M.N. Game, transgression and network suicide. *Suicidology*. 2017; 8 (3): 40-53. (In Russ)
66. Kraut R., Patterson M., Lundmark V. et al. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am. Psychol*. 1998; 53: 1017-31.

## SUICIDES OF YOUTH AND INTERNET: THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY

E.B. Lyubov<sup>1</sup>, R.I. Palayeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Moscow Institute of Psychiatry branch of Nacional medical research Centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Russia, lyubov.evgeny@mail.ru

<sup>2</sup>Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia, rozaliana8@mail.ru

### Abstract:

The review analyses the influence of the Internet on the risks of suicidal behavior (SB). The Internet has both positive and negative influence on people who are susceptible to suicidal behavior, *SB*. At the same time, if the Internet is used properly, it can also be a key resource for helping potentially suicidal individuals (people at risk of suicide do not seek help before an attempt, and do not remain connected to health services following an attempt). E-health interventions are now being considered as a means to identify at-risk individuals, offer self-help through web interventions or to deliver proactive interventions in response to individuals' posts on social media. Research studies focus on three aspects of SB and the internet: the use of online screening, the effectiveness of e-health interventions aimed to manage suicidal thoughts, and studies which aim to proactively intervene when individuals at risk of SB are identified by their social media postings. There is a need for additional robust controlled studies to establish whether suicide screening can effectively reduce SB risk, and in what settings and/or target groups online screening might be most effective. The evidence for the use of intervention practices using social media is possible, although validity, feasibility and implementation remains highly uncertain. It is unreasonable to underestimate and overestimate the risk of the Internet for vulnerable individuals, but its "harmfulness" is questionable a priori: the tool is not bad or good, unlike actions. The Internet is a component of the social environment, but does not dominate the risk factors of the joint venture. The role of the Internet in youth as the most active users of the network is twofold: provoking and useful.

*Key words:* suicide, suicidal behavior, social media, prevention

Финансирование: Обзор написан при финансовой поддержке ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (РФФИ) в рамках научного проекта «Разработка модели комплексной нейropsychологической и психофизиологической оценки суицидального риска и прогноза развития аффективных расстройств у подростков и учащейся молодежи» № 18-013-00015|18.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 72-81.

For citation: Lyubov E.B., Palayeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 72-81. (In Russ)

УДК 616.89–008.44

## РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ И АКТУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Г.С. Банников, Т.С. Павлова, Н.Ю. Федунина, О.В. Вихристюк, Л.А. Гаязова, М.Д. Баженова

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия  
Институт консультативной психологии и консалтинга, г. Москва, Россия

### Контактная информация:

Банников Геннадий Сергеевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2063-4444; Researcher ID: I-4003-2013; ORCID iD: 0000-0003-4929-2908). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076 Москва, ул. Потешная, д. 3; заведующий лабораторией научно-методического обеспечения экстренной психологической помощи Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: 127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: bannikov68@mail.ru

Павлова Татьяна Сергеевна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 4110-0605; ORCID iD: 0000-0003-1295-316X; Researcher ID: N-5843-2011). Место работы и должность: старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: 127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-15-01, электронный адрес: pavlovats@mgppu.ru

Федунина Наталия Юрьевна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 4508-5490; ORCID iD: 0000-0002-0720-102X; Researcher ID: L-6436-2013). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: 127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29. Электронный адрес: natalia\_fedunina@mail.ru

Вихристюк Олеся Валентиновна – кандидат психологических наук (ORCID iD: 0000-0001-5982-1098; Researcher ID: W-3558-2017) Место работы и должность: руководитель Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: 127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29. Электронный адрес: vikhristukov@mgppu.ru

Гаязова Лариса Альфисовна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 9666-6307; Researcher ID: I-4035-2013; ORCID iD: 0000-0003-0542-6687). Место работы и должность: заместитель руководителя Центра экстренной психологической помощи по науке ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: 127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29. Электронный адрес: gayazoval@mgppu.ru

Баженова Марина Дмитриевна (SPIN-код 9400-3341; Researcher ID: W-2984-2017; ORCID iD: 0000-0002-0173-9687). Место работы и должность: руководитель образовательного проекта по человекоцентрированному подходу Института консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт). Адрес: г. Москва, ул. Борисовские пруды, д. 8. Электронный адрес: maribazh@gmail.com

Представлены результаты скрининга потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения подростков. Целью исследования являлось изучение связи потенциальных и актуальных факторов риска с суицидальным поведением у подростков 13-18 лет. Выборку составили обучающиеся образовательных организаций г. Москвы (n=2071), в возрасте 13-18 лет. В качестве группы сравнения обследованы 75 несовершеннолетних пациентов с различными формами суицидального поведения. Методы: Тестирование включало Шкалу безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck), Шкалу одиночества (UCLA версия 3, Д. Расселл 1993), опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Buss, М.Р. Perry), индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ), Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Nyer, 1987), Шкала семейной гибкости и сплоченности (FACES-3, Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптация М. Перри). Результаты: Норма составила 63,5% (n=1307), группа риска 36,5% (n=764). Выделены 2 группы риска, существенно различающиеся по степени тяжести психического состояния и стратегиям медико-психологического сопровождения: 1. Несовершеннолетние с кризисным состоянием, телесными самоповреждениями – 13,9%. Характеризуются высокими показателями по шкалам безнадежности, одиночества, депрессии. 2. Кризисное состояние, агрессия, акцентуации характера – 23,9%. На основании сравнения указанных групп выделены ключевые пункты опросников, статистически связанные с суицидальным поведением. Выделение группы риска предлагается проводить на основании данных «ключевых» вопросов, а общие баллы опросников использовать для дополнительной информации. Внимание специалистов школьной психологической службы в первую очередь требуют обучающиеся с риском самоповреждающего поведения, и имеющие признаки кризисного состояния (безнадежность, одиночество, депрессия, агрессивность). Описан алгоритм стратегии сопровождения в зависимости от попадания в ту или иную группу риска. Выявлены гендерные различия в тревожно-депрессивных переживаниях обследованных подростков: девушки подростки чувствуют больше недостатка в дружеском общении, у них обнаружена большая

выраженность симптомов депрессии, чем у юношей. Также обнаружены различия в склонности к агрессии у юношей и девушек. У юношей показатели по всем шкалам опросника склонности к агрессии (физическая агрессия, гнев, враждебность, вербальная агрессия) выше, чем у девушек на статистически значимом уровне.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, подросток, скрининг, профилактика суицидального поведения.

Выявление неспецифических факторов риска суицидального и самоповреждающего поведения в общей популяции при помощи скрининговых процедур, является одним из базовых форматов первичной профилактики [1]. В зарубежных программах, чаще всего проводят диагностику следующих факторов риска: депрессия, злоупотребление ПАВ, прошлые попытки суицида и случаи самоповреждения. Такие масштабные скрининговые проекты, как Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention ориентированы на оценку риска суицидального поведения в общей популяции подросткового и юношеского возраста. Оппонентами применения скрининговой системы наиболее часто выступают сотрудники первого контакта (учителя, директора школ, участковые терапевты). В качестве основного опасения они отмечают вероятность ложноположительных и ложноотрицательных результатов и потенциальный ятрогенный эффект [2, 3]. Однако рандомизированные контролируемые исследования и метаанализы не выявляют ятрогенного эффекта, повышения дистресса или суицидальных мыслей [4, 5, 6]. Напротив, повышение дистресса для подростков, имеющих суицидальные мысли и намерения, можно ожидать при умолчании этой темы. Тем не менее, и сторонники, и противники сходятся в том, что ключевым требованием является наличие системы реагирования и специализированных учреждений, куда можно было бы направить подростков по результатам скрининга. В соответствии с принятыми международными стандартами проведения скрининга, авторами была разработана поэтапная система оценки риска суицидального поведения.

Анализ отечественной и зарубежной литературы по психологическим факторам риска позволил нам выделить [7] актуальные (кризисные) и потенциальные факторы риска. На основании этого анализа были подобраны опросники, позволяющие оценить выделенные переменные. Данная статья является продолжением нашей предыдущей работы [7].

По опыту проведения предыдущих исследований [6, 7], оценка отдельных вопросов опросников давала более точные результаты для выделения группы риска по суицидальному поведению. В связи с этим, отдельной зада-

чей данного исследования явилось выделение так называемых «ключевых» вопросов методик, связанных с риском развития суицидального поведения подростков.

Цель исследования: изучение связи потенциальных и актуальных факторов риска с суицидальным поведением у обучающихся 13-18 лет.

Задачи исследования:

1. Изучение структуры кризисных состояний на основании соотношения потенциальных и актуальных факторов риска.

2. Выделение «ключевых» вопросов методик риска развития суицидального поведения подростков.

3. Выделение групп риска в зависимости от тяжести состояния и «ключевых» показателей потенциального и актуального риска.

*Теоретико-методологическое обоснование* предлагаемого скрининга: интерперсональная теория суицида [8], модель развития суицидального поведения у подростков [9], когнитивная модель суицидального поведения [10], теория социально-психологической дезадаптации А.Г. Амбрумовой [11].

Методы:

Обследование проводилось в два этапа: фронтальное тестирование и индивидуальное обследование обучающихся группы риска. В данном исследовании приведены результаты скрининга, проведенного в 2017 г. на базах образовательных организаций г. Москвы с применением информационно - коммуникативных технологий.

Сравнение между группами проводилось с использованием критерия Колмогорова - Смирнова в программе STATISTICA 10.0.

Выборка: обследован 2071 обучающийся образовательных организаций г. Москвы: 1146 (55,3%) подростков мужского пола и 925 (44,7%) женского. Средний возраст составил 15,6 лет.

Результаты исследования.

На вопрос о полной и неполной семье ответили 1580 (76,3%) подростков. Из них у 1173 (74,2%) семья полная, а у 427 (27,0%) – неполная.

Не отметили стрессовых событий в своей жизни 1386 (66,9%) человек, часть подростков не стали отвечать – 313 (15,1%).

Таблица 1

Перечень методик для скрининговой диагностики потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения среди обучающихся 13-18 лет

Название методики	Время заполнения (мин.)	Задача
Актуальные факторы риска		
Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, А. Бека)	5-10	Оценка восприятия настоящего и будущего.
Шкала одиночества (UCLA версия 3, Д. Расселл)	10	Оценка выраженности субъективного переживания одиночества.
Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А.Н. Бусс, М.Р. Перри)	7	Выявление степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности.
Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ)	2	Выявление депрессивной симптоматики.
Потенциальные факторы риска		
Опросник личностных расстройств. (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Nyer, 1987)	5	Оценка личностных характеристик, отражающих эмоциональную нестабильность, импульсивность, самовлюбленность с повышенной чувствительностью и нарциссическую уязвимость.
Шкала семейной гибкости и сплоченности. (FACES-3, Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптация М. Перри)	5-10	Оценка семейной сплоченности (степень эмоциональной связи между членами семьи) и адаптации (способность приспосабливаться и изменяться при воздействии стрессоров).
Итого:	45-60	

Наличие стрессовых событий в жизни распределено следующим образом: «Смерть родных или близких» – 57 (2,8%), «Трудности в школе» – 34 (1,6%), «Развод родителей» – 19 (0,9%), «Конфликтные отношения с друзьями» – 15 (0,7%), «Другое» – 247 (11,9%).

Результаты изучения структуры кризисных состояний на основании оценки актуальных и потенциальных факторов риска по общим баллам опросников.

*Актуальные факторы:*

К актуальным факторам риска нами были отнесены показатели психо-эмоционального состояния испытуемого: представления о своём будущем, субъективное ощущение социальной интеграции / дезинтеграции, симптомы депрессии, склонность к агрессии. По результатам заполнения представленных выше опросников 16,0% подростков демонстрировали умеренную или тяжелую степень переживания безнадежности. У 24,9% респондентов отмечалась высокая выраженность субъективного переживания одиночества. Симптомы депрессии (по формальным критериям Индекса хорошего самочувствия) наблюдались у 39,9% человек. Склонность к физической агрессии отметили 38,9%, гневу – 40,0%, враждебности – 42,9% опрошенных.

*Потенциальные факторы:*

По данным обследования можно сделать предварительный вывод о наличии у респондентов следующих ведущих паттернов поведения: эмоционально-неустойчивый – 40,0%,

нарциссический – 38,0% и негативистический – 36,0%. Несбалансированность семейной структуры отмечается у 14,0% подростков.

Общая группа риска по актуальным и потенциальным факторам составила 36,8% (n=764).

Исследуемые группы. В зависимости от сочетания потенциальных и актуальных факторов риска и результатов предыдущей индивидуальной работы с общей группой риска [5, 6] было сделано предположение о необходимости выделения из неё двух групп, существенно различающихся по степени тяжести психического состояния и стратегиям психологического сопровождения:

1. Группа «Риск» (1) (кризисное состояние + акцентуации) – 495 (23,9%). Характеризуется высоким показателем по хотя бы одной из шкал Опросника личностных расстройств PDQ, и высокими баллами по шкалам безнадежности, одиночества, депрессии (достаточно неблагоприятно по одной из шкал).

2. Группа «СП» (2) (самоповреждение + кризисное состояние) – 269 (12,9%). В данную группу вошли подростки, отметившие наличие эпизодов самоповреждающего поведения. Характеризуется высокими показателями по шкалам безнадежности, одиночества, депрессии.

В качестве группы сравнения с двумя предыдущими выступала группа «Суицидальные тенденции» (3). Были проанализированы результаты исследования группы несовершеннолетних с суицидальными тенденциями, наблюдавшихся амбулаторно, в большинстве



случаев с диагнозом: Расстройство адаптации (F43), коморбидные с личностными расстройствами, представленными преимущественно кластером В. В неё вошли 75 человек в возрасте 15-18 лет. У 15 (20,0%) из них в анамнезе были попытки суицида, у 60 (80,0%) устойчивые суицидальные мысли и намерения.

В группу «Норма» (0) вошли 1307 (63,1%) обучающихся, не имеющих признаков кризисного состояния по актуальным факторам риска и не выделяющихся по потенциальному риску.

Основная цель сравнения выше перечисленных групп – выявление статистически значимых различий как по отдельным пунктам

опросников, предположительно отвечающих за риск развития суицидального поведения, так и по интегральным показателям. Ключевыми считались вопросы, по которым были получены статистически значимые различия между группой подростков с суицидальными тенденциями и всеми остальными группами. Использование ключевых вопросов – важный аспект диагностики, так как испытуемый может иметь средний интегральный показатель по опроснику, но при этом демонстрировать неблагоприятное по ключевым вопросам, связанным с риском суицидального поведения.

Таблица 2

Средние показатели Опросника безнадежности Бека в группах «Норма» – «Риск» и «Самоповреждающее поведение (СП)» – «Суицидальные намерения», M±SD

Вопросы шкалы	Норма n=1307 (63,1%)	Риск n=495 (23,9%)	P	СП n=269 (12,9%)	Суицид. намерения n=75	P
Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом	0,14±0,34	0,34±0,47	<0,005	0,41±0,49	0,75±0,43	<0,001
Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему	0,02±0,14	0,15±0,36	>0,10	0,23±0,42	0,55±0,50	<0,001
Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда	0,16±0,37	0,31±0,46	<0,10	0,41±0,49	0,90±0,29	<0,001
Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет	0,48±0,53	0,69±0,46	<0,005	0,67±0,47	0,98±0,11	<0,001
У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься	0,29±0,45	0,56±0,49	<0,001	0,61±0,48	0,46±0,50	>0,10
В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится	0,03±0,17	0,13±0,34	>0,10	0,08±0,28	0,55±0,50	<0,001
Будущее представляется мне во тьме	0,11±0,31	0,41±0,49	<0,001	0,50±0,50	0,75±0,43	<0,01
Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек	0,08±0,28	0,22±0,42	>0,10	0,23±0,42	0,76±0,42	<0,001
У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем	0,06±0,24	0,21±0,41	<0,10	0,32±0,47	0,55±0,50	<0,025
Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему	0,27±0,44	0,42±0,49	<0,10	0,42±0,49	0,36±0,48	>0,10
Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости	0,08±0,27	0,45±0,50	<0,001	0,48±0,50	0,55±0,50	>0,10
Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу	0,20±0,40	0,40±0,49	<0,005	0,40±0,49	0,67±0,47	<0,005
Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас	0,16±0,36	0,15±0,36	>0,10	0,07±0,27	0,26±0,44	>0,10
Дела идут не так, как мне хочется	0,28±0,45	0,70±0,46	<0,001	0,84±0,36	1,00±0,0	>0,10
Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть	0,01±0,13	0,22±0,41	<0,005	0,38±0,48	0,26±0,44	>0,10
Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем	0,10±0,30	0,42±0,49	<0,001	0,52±0,50	0,75±0,43	<0,05
Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым	0,38±0,48	0,69±0,46	<0,001	0,67±0,47	0,80±0,40	>0,10
В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих	0,05±0,22	0,38±0,48	<0,001	0,28±0,45	0,55±0,50	<0,005
Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого	0,01±0,13	0,23±0,42	<0,005	0,33±0,47	0,55±0,50	<0,05
Сумма	3,13±2,38	7,54±4,12	<0,001	8,42±3,83	12,60±5,83	<0,001

Поэтому в группу риска нами были отнесены обучающиеся как с высокими баллами по интегральным показателям, так и проявившие неблагополучие по ключевым вопросам методик. Выделение ключевых вопросов проводилось путём сравнения двух групп риска: группы амбулаторных пациентов с суицидальными намерениями и группы «нормы», в которой не выявлялось потенциальных и актуальных суицидальных факторов.

1. *Уровень безнадёжности.*

Выделение ключевых вопросов по шкале безнадёжности А. Бека (табл. 2). Статистически значимых различий между группами «Риск» и «Самоповреждающее поведение» получено не было. В группе «Норма» уровень безнадёжности ниже, чем во всех остальных

группах. Обращает на себя внимание, что группа риска по «самоповреждающему поведению» практически не различается от группы риска «Акцентуации + Кризисное состояние».

«Ключевые» вопросы касаются отношения к будущему, настоящему, прошлому. Примерами таких вопросов, связанных с риском развития суицидального поведения, являются: «Мне пора сдать, так как я ничего не могу изменить к лучшему», «Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда», «Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет», «Дела идут не так, как мне хочется», «Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого» (табл. 2).

Таблица 3

Средние показатели опросника одиночества Расселла в группах «Норма» – «Риск» и «Самоповреждающее поведение (СП)» – «Суицидальные намерения», M±SD

Утверждение: «КАК ЧАСТО...»	Норма n=1307 (63,1%)	Риск n=495 (23,9%)	P	СП n=269 (12,9%)	Суицид. намерения n=75	P
Вы чувствуете себя "на одной волне" с окружающими людьми?	0,60±0,65	1,12±0,83	<0,001	1,21±0,90	1,39±0,78	<0,05
Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	1,19±0,80	1,58±1,04	<0,005	1,92±0,91	2,14±1,11	<0,10
Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	0,98±0,86	1,67±1,12	<0,001	1,95±1,02	2,55±0,52	<0,001
Вы чувствуете себя одиноким?	1,005±0,81	1,91±1,06	<0,001	2,08±0,97	2,19±1,13	<0,10
Вы чувствуете себя частью группы друзей?	0,46±0,70	0,97±0,93	<0,001	1,06±0,96	1,82±0,95	<0,001
Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	0,89±0,88	1,40±0,94	<0,001	1,34±0,99	1,92±0,27	<0,001
Вы чувствуете, что Вы больше не испытываете близости к кому-либо?	1,09±0,73	1,73±0,97	<0,001	1,71±0,95	2,09±0,81	<0,10
Вы чувствуете, что окружающие Вас люди не разделяют Ваших интересов и идей?	1,36±0,78	1,76±0,92	p<0,01	1,91±0,93	2,31±0,78	<0,10
Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?	0,52±0,80	1,03±0,92	<0,001	0,97±0,97	1,52±1,05	<0,025
Вы чувствуете близость, единение с другими людьми?	0,89±0,83	1,35±0,94	<0,005	1,33±0,87	1,39±0,78	>0,10
Вы чувствуете себя покинутым?	0,77±0,76	1,60±1,05	<0,001	1,96±0,93	2,18±1,13	<0,025
Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?	1,29±0,83	1,64±1,00	<0,025	1,92±0,97	2,69±0,46	<0,001
Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	1,41±0,95	2,3±1,03	<0,001	2,23±0,93	2,48±0,57	<0,025
Вы чувствуете себя изолированным от других?	0,66±0,79	1,41±1,06	<0,001	1,55±1,08	2,32±0,77	<0,005
Вы чувствуете, что можете найти себе компанию, если Вы этого захотите?	0,99±0,97	1,29±1,09	<0,025	1,48±1,10	1,38±0,78	<0,025
Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	0,82±0,90	1,29±0,95	<0,005	1,32±0,91	1,36±0,79	>0,10
Вы чувствуете стеснительность?	1,63±0,87	1,83±0,96	>0,10	1,94±1,02	2,31±0,78	>0,10
Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	1,37±0,84	1,90±1,00	<0,001	2,17±0,88	2,98±0,11	<0,001
Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	0,43±0,64	1,04±0,98	<0,001	1,22±0,90	1,07±0,68	>0,10
Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	0,55±0,71	1,15±0,94	<0,001	1,33±0,97	1,65±1,00	<0,05
Сумма	21,53±7,22	30,60±9,15	<0,001	32,6±10,72	40,1±10,27	<0,001

Выявлены гендерные различия в ответах на вопросы шкалы безнадежности. У мальчиков показатели ответов на вопрос «Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу» статистически значимо выше, чем у девочек (жен.  $M=0,09$ , муж.  $M=0,23$ ;  $p<0,005$ ). Девочки чаще считают, что «В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих» (жен.  $M=0,55$ , муж.  $M=0,42$ ;  $p<0,005$ ).

Таким образом, с учётом критериев тяжести переживания безнадежности (нормы, заложенные в методики) и данных по ключевым вопросам были получены следующие результаты: у 36,6% испытуемых безнадежность не выявлена, 36,6% наблюдается лёгкая степень выраженности переживания безнадежности, 12,2% имеют умеренную степень и 1,7% страдают от тяжёлой выраженности переживания безнадежности. 6,9% дали положительные ответы по ключевым вопросам (от 3-х и больше положительных ответов).

2. Субъективное переживание одиночества.

Выделение ключевых вопросов по опроснику одиночества Расселла (табл. 3).

Таблица 4

Гендерные различия в проявлениях одиночества

Утверждение	Девушки M (mean)	Юноши M (mean)
2. Как часто Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	1,503	*1,094
3. Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	1,356	*0,940
4. Как часто Вы чувствуете себя одиноким?	1,534	*1,023
7. Как часто Вы чувствуете, что Вы больше не испытываете близости к кому-либо?	1,513	**1,145
11. Как часто Вы чувствуете себя покинутым?	1,297	*0,798
12. Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?	1,664	*1,261
13. Как часто Вы чувствуете, что Вас никто не знает по настоящему?	1,965	*1,522
14. Как часто Вы чувствуете себя изолированным от других?	1,059	*0,752
17. Как часто Вы чувствуете стеснительность?	2,003	*1,470
18. Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	1,702	*1,347
Сумма	25,37	*20,99

Примечание: \* $P<0,001$ ; \*\* $P<0,005$

В группе «Норма» показатели одиночества ниже, чем в выделенных группах риска. «Ключевые» вопросы касаются переживаний невозможности разделения с кем-либо своих мыслей, эмоций, отдалённости, изолированности от др. Примерами таких вопросов, связанных с одиночеством являются отрицательные ответы на вопросы: «Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?», «Вы чувствуете себя частью группы друзей?», «Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?», «Вы чувствуете себя изолированным от других?», «Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?» и др. (табл. 3).

Обнаружены различия в выраженности переживания одиночества у юношей и девушек. Девушки-подростки чувствуют больше недостатка в дружеском общении, меньше возможности к кому-либо обратиться, чаще чувствуют себя одинокими, покинутыми и изолированными от других, чем юноши (табл. 4).

Таким образом, с учётом критериев глубины переживания одиночества (нормы, заложенные в методики) и данных по ключевым вопросам были получены следующие результаты: у 65,3% испытуемых одиночество не выявлено, у 21,5% суммарный балл по шкале одиночества выше 30, что может указывать на неблагополучие в сфере межличностных отношений, и 4,1% человек по ключевым вопросам (таб. 4) напрямую выражают одиночество, отсутствие поддержки (от 3-х и больше положительных ответов).

3. Склонность к агрессии.

Выделение ключевых вопросов по опроснику одиночества Басса-Перри (табл. 5).

Закономерно, что самые высокие показатели по всем шкалам, статистически достоверно отличающиеся от всех других групп риска, получены в группах 1 – «Самоповреждающее поведение» и 2 – «Акцентуации + Кризисное состояние». Группы риска «Самоповреждающее поведение», «Акцентуации + Кризисное состояние» так же, как и в других опросниках статистически не различались друг от друга. Статистически значимые различия между группами «риск» и «СП (Самоповреждающее поведение)» выявлялись только по шкале гнева (риск:  $22,22\pm6,42$ ; СП:  $24,2\pm6,69$ ).

Группа с самоповреждающим поведением статистически значимо отличалась от группы пациентов с суицидальными намерениями более высокими показателями по шкале «физическая агрессия», относительно низкими показателями по шкале «гнева» и проявлениями вербальной агрессии, но не различалась по проявлениям враждебности.

Таблица 5

Средние показатели опросника агрессии Басса-Перри в группах «Норма» – «Риск» и «Самоповреждающее поведение (СП)» – «Суицидальные намерения», M±SD

Шкалы опросника Басса – Перри	Норма n=1307 (63,1%)	Риск n=495 (23,9%)	Р	СП n=269 (12,9%)	Суицид. намерения n=75	Р
Физическая агрессия	19,93±7,5	25,20±8,19	<0,001	24,73±8,34	20,76±6,14	<0,001
Гнев	18,18±5,90	22,22±6,42	<0,005	24,20±6,69	28,60±4,82	<0,001
Враждебность	17,81±5,37	24,01±6,59	<0,001	25,50±6,57	24,65±7,50	<0,10
Вербальная агрессия	14,28±3,74	15,31±4,40	<0,001	15,50±4,60	17,00±5,12	<0,001

Наибольший вклад внесли вопросы (макс. 5 баллов): «Иногда я не могу сдержать желание ударить другого человека», «Если меня спровоцировать я могу ударить другого человека», «Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь», «Мне трудно сдерживать раздражение» и «Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи».

Были обнаружены различия в склонности к агрессии у юношей и девушек. У юношей показатели по всем шкалам опросника склонности к агрессии (физическая агрессия, гнев, враждебность, вербальная агрессия) выше, чем у девушек на статистически значимом уровне.

Таблица 6

Гендерные различия в проявлениях агрессии (Опросник Басса-Перри)

Шкалы опросника склонности к агрессии Басса-Перри	Девушки M (mean)	Юноши M (mean)
Физическая агрессия	22,310	*25,212
Гнев	22,106	*19,152
Враждебность	23,287	*20,740
Вербальная агрессия	14,915	**15,232

Примечание: \*P<0,001; \*\*P<0,01

Таким образом, с учётом показателей (нормы, заложенные в методику) и данных по ключевым вопросам были получены следующие результаты показатели по шкале «физическая агрессия» превышали нормативные в 38,9%, по шкале «гнев» – в 40,0%, и по шкале «враждебность» – в 42,9% и в 17,7% случаев по ключевым вопросам.

#### 4. Симптомы депрессии.

Депрессивное состояние у детей и подростков рассматривается как один из ведущих факторов риска развития суицидального поведения. Являясь сложным клиническим синдромом, его часто трудно распознать и дифференцировать, особенно у подростков. Опросник «Индекс хорошего самочувствия» позволяет оценить выраженность основных симптомов депрессии за последние две недели, оценивая основные параметры – настроение, уровень энергии, сон и способность получать удовольствие.

Выделение ключевых вопросов по опроснику, отвечающему за депрессию (Индекс хорошего самочувствия (WHO-5), (табл. 7).

Статистически значимых различий между группами «Риск» и «СП» выявлено не было.

Таблица 7

Средние показатели опросника шкале депрессии Индекс хорошего самочувствия в группах «Норма» – «Риск» и «Самоповреждающее поведение (СП)» – «Суицидальные намерения», M±SD

Шкалы опросника Индексу хорошего самочувствия (WHO-5)	Норма n=1307 (63,1%)	Риск n=495 (23,9%)	Р	СП n=269 (12,9%)	Суицид. намерения n=75	Р
У меня было хорошее настроение и чувство бодрости	3,42±1,70	2,71±1,31	<0,001	2,8±1,81	1,56±1,04	<0,001
Я чувствовал себя спокойным и раскованным	3,18±1,30	2,25±1,42	<0,001	2,20±1,49	0,60±0,80	<0,001
Я чувствовал себя активным и энергичным	3,50±1,27	2,81±1,67	<0,001	1,50±1,57	1,45±1,50	<0,10
Я просыпался с чувством свежести и отдыха	2,43±1,54	1,74±1,66	<0,005	1,50±1,45	1,22±0,51	<0,10
Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями	3,58±1,54	1,74±1,66	<0,001	1,6±1,55	1,45±1,11	<0,005
Сумма	16,04±4,53	12,24±5,50	<0,001	6,1±5,54	4,54±3,7	<0,005

Таблица 8  
Различия в выраженности симптомов депрессии у девушек и юношей

В течение двух последних недель	Девушки M (mean)	Юноши M (mean)
У меня было хорошее настроение и чувство бодрости	2,84615	*3,32054
Я чувствовал себя спокойным и раскованным	2,60140	*3,25336
Я чувствовал себя активным и энергичным	2,65734	*3,31478
Я просыпался с чувством свежести и отдыха	1,74476	*2,36276
Моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями	2,92657	*3,43954
Сумма	12,77622	*15,69098

Примечание: \*P<0,001

Сравнительные средние показатели по группам риска, отличаются от результатов, полученных по выше описанным опросникам. Если в опросниках безнадёжности Бека, одиночества Расселла и агрессии Басса-Перри различий между группами риска «Самоповреждающее поведение», «Акцентуации + Кризисное состояние» различий не наблюдалось, то в опроснике «Индекс хорошего самочувствия» группа риска «Акцентуации + Кризисное состояние» демонстрирует более глубокие депрессивные переживания. Между группой «Норма» и группой с риском самоповреждающего поведения обнаружены различия по выраженности симптомов депрессии на высоком уровне значимости (p<0,001) – в группе с риском самоповреждающего поведения симптомы депрессии выражены значительно сильнее. В группе пациентов с подтверждёнными суицидальными тенденциями симптомы депрессии выражены в два раза сильнее, чем в группе подростков с риском самоповреждающего поведения (p<0,001). Ключевыми вопросами, отвечающими за тяжесть депрессивного состояния, являются: «У меня было хорошее настроение и чувство бодрости» «Я чувствовал себя спокойным и раскованным» и «Моя жизнь была наполнена интересными для меня

событиями» и (табл. 8). Требуют внимания результаты, сигнализирующие о большой загруженности обучающихся и недостаточном количестве отдыха – на вопрос «Я просыпался с чувством свежести и отдыха» ответили «никогда» и «иногда» 39,5% подростков. У девушек обнаружена большая выраженность симптомов депрессии, чем у юношей. Они отмечали меньшую частоту хорошего настроения, реже чувствовали себя спокойными, раскованными и активными, реже просыпались с чувством отдыха и свежести, отмечали меньшее количество интересных событий в жизни.

С учётом критериев опросника направленного на выявление депрессии Индекс хорошего самочувствия и данных по ключевым вопросам были получены следующие результаты: у 60,0% признаков депрессии не выявлено, у 40,0% – сумма симптомов соответствовала депрессивному состоянию, и 8,2% ответили положительно по ключевым вопросам (от 3-х и больше положительных ответов).

#### 5. Акцентуации характера.

Выделение ключевых вопросов по трем шкалам опросника личностных расстройств представлены в табл. 9.

Как видно из табл. 9 наиболее высокие показатели по трём шкалам опросника личностных расстройств PDQ-IV наблюдаются в группе риска «Самоповреждающее поведение (СП)». По шкале нарциссизма значимых различий между группами не установлено. Основные различия выявляются по шкалам «эмоциональная нестабильность» и «негативизм». Обращает на себя внимание, что у группы «Суицидальные намерения», по сравнению с другими группами риска отмечаются статистически значимо более низкие показатели по всем трём шкалам, что возможно связано с выраженным депрессивным состоянием, заниженной самооценкой. Нормативные показатели (выше 4 баллов) по шкалам «нарциссизм» – в 38,0%, по шкале «эмоциональная неустойчивость» – в 40,0%, по шкале «негативизм» – в 36,0% случаев, и 19,0% ответили положительно на вопрос «я наносил себе физический вред».

Таблица 9

Средние показатели по трем шкалам опросника личностных расстройств PDQ-IV в группах «Норма» – «Риск» и «Самоповреждающее поведение (СП)» – «Суицидальные намерения», M±SD

Шкалы опросника Личностных расстройств	Норма n=1307 (63,1%)	Риск n=495 (23,9%)	P	СП n=269 (12,9%)	Суицид. намерения n=75	P
Нарциссизм	62,75±27,99	63,91±15,01	<0,10	64,75±14,83	63,60±21,27	<0,10
Эмоциональная неустойчивость	59,15±13,40	69,60±15,36	<0,001	79,43±9,89	77,51±11,25	<0,001
Негативизм	58,46±12,7	68,70±14,5	<0,001	71,6±10,8	67,97±15,5	<0,05

Гендерных различий по выделенным акцентуациям и самоповреждающему поведению выявлено не было.

Таким образом, ранжирование групп риска позволяет быстро и эффективно выявлять группы риска по их клинической значимости, а также даёт возможность дифференцирования мишеней профилактической психолого - социальной работы. Однако без индивидуальных консультаций несовершеннолетних из групп риска, направленных на подтверждение или опровержение полученных в результате скрининга данных, окончательные выводы делать ещё рано.

Выводы:

1. Выделение потенциальных и актуальных факторов риска при организации профилактики суицидального поведения в образовательных учреждениях позволяет определить очередность и приоритетность оказания медико-психологической помощи обучающимся группы риска.

2. В ходе исследования определены ключевые пункты опросников, статистически связанные с суицидальным поведением. Выделение группы риска предлагается проводить на основании данных «ключевых» вопросов, а общие баллы опросников использовать для дополнительной информации.

В первую очередь требуют внимания специалистов школьной психологической службы, обучающиеся с *риском самоповреждающего поведения*, и *имеющие признаки кризисного состояния* (безнадёжность, одиночество, депрессия, агрессивность). Отдельного внимания требует лица с высокими показателями исклю-

чительно по опросникам, отражающих актуальное кризисное состояние, в силу наибольшего сходства с профилем группы пациентов с суицидальными тенденциями.

Подгруппа риска обучающихся с выявленными *потенциальными факторами риска* должна находиться в зоне внимания специалистов школьной психологической службы, для осуществления планового психолого - педагогического сопровождения.

3. Выявлены гендерные различия в тревожно-депрессивных переживаниях и склонности к агрессии обследованных подростков. Девушки-подростки чувствуют больше недостатка в дружеском общении, меньше возможности к кому-либо обратиться, чаще чувствуют себя одинокими, покинутыми и изолированными от других, чем юноши. У девушек обнаружена большая выраженность симптомов депрессии, чем у юношей. Они отмечают меньшую частоту хорошего настроения, реже чувствуют себя спокойными, раскованными и активными, реже просыпаются с чувством отдыха и свежести и отмечают меньшее количество интересных событий в жизни. У юношей показатели по всем шкалам опросника склонности к агрессии (физическая агрессия, гнев, враждебность, вербальная агрессия) выше, чем у девушек на статистически значимом уровне.

4. Полученные результаты могут быть использованы при определении стратегии сопровождения в образовательном учреждении в зависимости от попадания в ту или иную группу риска.

Литература:

1. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 42–68. doi:10.17759/cpp.2016240304
2. Hayden D.C., Lauer P. Prevalence of suicide program in schools and roadblocks to implementation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000; 30: 39–251.
3. Bocquier A., Pambrum E., Dumesnil H., Villania P., Verdoux H., Verger P. Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: A French panel survey of general practitioners / *PLoS One*. 2013; 8 (12).
4. Decou C.R., Schumann M.E. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2017. doi: 10.1111/sltb.12368.
5. Gould M.S., Marrocco F.A., Kleinman M., et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005; 293(13):1635–1643. doi:10.1001/jama.293.13.1635
6. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивита́льных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков

References:

1. Bannikov G.S., Fedunina N.YU., Pavlova T.S., Vihristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Vedishchie mekhanizmy samopovrezhdayushchego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nyh organizaciyah. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2016; 24 (3): 42–68. doi:10.17759/cpp.2016240304 (In Russ)
2. Hayden D.C., Lauer P. Prevalence of suicide program in schools and roadblocks to implementation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000; 30: 239–51.
3. Bocquier A., Pambrum E., Dumesnil H., Villania P., Verdoux H., Verger P. Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: A French panel survey of general practitioners / *PLoS One*. 2013; 8 (12).
4. Decou C.R., Schumann M.E. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2017. doi: 10.1111/sltb.12368.
5. Gould M.S., Marrocco F.A., Kleinman M., et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005; 293(13):1635–1643. doi:10.1001/jama.293.13.1635
6. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vihristyuk O.V. Skriningovaya diagnostika antivital'nyh perezhivaniy i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniyu u podrostkov

- (предварительные результаты) [Электронный ресурс]. *Психологическая наука и образование psyedu.ru*. 2014; 6 (1): 127–46. doi:10.17759/psyedu.2014060116
7. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Суицидология*. 2015; 6 (4): 21-32.
  8. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. P. 64.
  9. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3/4): 372–94.
  10. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
  11. Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид. *Актуальные проблемы суицидологии*. 1981; 92: 69-81.
7. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review). *Suicidology*. 2015; 6 (4): 21-32. (In Russ)
  8. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. P. 64.
  9. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47 (3/4): 372–94.
  10. Bek A., Rash A., SHO B., EMeri G. Kognitivnaya terapiya depressii. SPb.: Piter, 2003. 304 s. (In Russ)
  11. Ambrumova A.G. Psihologiya odinochestva i suicid. *Aktual'nye problemy suicidologii*. 1981; 92: 69-81. (In Russ)

## EARLY DETECTION OF POTENTIAL AND ACTUAL RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

G.S. Bannikov<sup>1,2</sup>, T.C. Pavlova<sup>2</sup>, N.Yu. Fedunina<sup>2</sup>, O.V. Whirlwind<sup>2</sup>, L.A. Gayazova<sup>2</sup>, M.D. Bazhenova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Moscow Institute of Psychiatry branch of National medical research Centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Russia, [bannikov68@mail.ru](mailto:bannikov68@mail.ru)

<sup>2</sup>Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

### Abstract:

The article presents the results of a screening of potential and actual risk factors for suicidal behavior of adolescents. The aim of the study was to investigate the relationship between potential and actual risk factors and suicidal behavior in adolescents aged 13-18. The sample consisted of students from educational organizations in Moscow (n = 2071), aged 13-18. As a comparison group, 75 underage patients with various forms of suicidal behavior were examined. Methods: Testing included the Hopelessness Scale (A.Beck), the Loneliness Scale (UCLA version 3, D. Russell 1993), the Bassa Perry (BPAQ, A.H. Buss, M.P. Perry) questionnaire, the wellness index (WHO -5, Well-Being Index, WHO), Personality Disorder (PDQ-IV, 3 Scales: Narcissistic, Borderline and Negative, Hyler, 1987), Family Flexibility and Cohesion Scale (FACES-3, D.X. Olson, J. Portner, I. Lavi, adaptation of M. Perry). Results: The normative group made up 63.5%, the risk group made up 36.5%. 2 risk groups were indicated. They were found to differ significantly in the degree of severity of the mental state and strategies for medical and psychological support. The first group – 13.9% – included mostly teenagers in a crisis condition with corporal self-harm. They were characterized with high scores on the scales of hopelessness, loneliness, depression. For the second group – 23.9% – the crisis state was associated with aggression as a character accentuation. Based on a comparison of these groups, the key points of the questionnaires, statistically related to suicidal behavior, were identified. The allocation of a risk group is suggested to be based on the data of "key" questions, while other questions of the questionnaires should be used for additional information. The group of teenagers with a risk of self-damaging behavior and signs of a crisis state (hopelessness, loneliness, depression, aggressiveness) require school psychological service specialists attention in the first place. For each group the algorithm of the coping strategy is described. Also gender specific differences in anxiety-depressive feelings of the examined adolescents were revealed: adolescent girls feel the lack of friendly communication more, they have more severe symptoms of depression than boys. At the same time aggression traits are more severe in young men than girls. In young men, scores on all scales of aggression (physical aggression, anger, hostility, verbal aggression) tend to be higher than that of girls at a statistically significant level.

*Key words:* suicidal behavior, adolescent, screening, prevention of suicidal behavior

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Баженова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 82-91.

For citation: Bannikov G.S., Pavlova T.C., Fedunina N.Yu., Whirlwind O.V., Gayazova L.A., Bazhenova M.D. Early detection of potential and actual risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 82-91. (In Russ)

УДК 616.89-008

## СЕМЬИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ СУИЦИДОЛОГИИ

А.В. Меринов, М.А. Байкова, А.Ю. Алексеева

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

Контактная информация:

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

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

Алексева Алевтина Юрьевна – студентка (SPIN-код: 5577-2705; ORCID: iD 0000-0001-7311-3282; Researcher ID: I-6896-2018). Место учёбы: кафедра психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: enjoy.the.silence@icloud.com

Целью исследования являлось изучение аутоагрессивных характеристик супругов в семьях, где муж страдает алкогольной зависимостью, а также выявление гендерных особенностей антивиталяного поведения. Материалы и методы. Методом анкетирования обследовано 125 семей, в которых супруг страдал алкогольной зависимостью. Изучены суицидальные и несуйцидальные паттерны аутоагрессивного поведения, а также их предикторы в прошлом и настоящем, в сравнении с контрольной группой, состоящей из 62 семей мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью. Результаты исследования. Обнаружено, что мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, склонны реализовывать деструктивные установки через суицидальное поведение, а также рискованно-виктимные модели поведения. В частности, наличие суицидальной попытки в анамнезе выявлено у 32% зависимых от алкоголя мужчин, аналогичный показатель за последние два года составил 12%, что значительно превышает подобные показатели в контрольной группе. 28,8% мужчин, страдающих алкогольной зависимостью подвергаются физическому насилию, 24% склонны к употреблению наркотических средств, 29,6% имеют опыт общения с суицидентом. В тоже время, их жёны имеют аутодеструктивные показатели также выше нормативных – параалкогольная аутоагрессия: 16% из них имеют в анамнезе суицидальную попытку, 26,4% – суицидальные мысли, 17,6% подвергались физическому или сексуальному насилию. При сравнении самих супругов внутри «алкогольных» семей – отчетливо видно, что жён в большей степени характеризуют «просуйцидальный» комплекс эмоциональных состояний в виде чувств стыда, вины и безысходности. Выявлены гендерные отличия в способах реализации суицидальных попыток. Это позволяет говорить о несколько различной направленности в реализации аутоагрессивного радикала, о его распределении внутри «алкогольной» семьи, гендерных особенностях, что может быть использовано в практической наркологической и суицидологической работе.

*Ключевые слова:* суицидология, аутоагрессивное поведение, самоубийство, алкогольная зависимость, со-зависимость, алкогольная аутоагрессия, параалкогольная аутоагрессия

Исследования, касающиеся «алкогольных» семей констатируют, в основном, парадоксальную стабильность подобной системы [1-3], а также – широту распространения рассматриваемого феномена – согласно официальной статистике в России более 10 миллионов мужчин страдает алкогольной зависимостью, большинство из них (до 75%) – состоят в брачных отношениях и имеют детей (так называемый, созависимый контингент) [1, 3]. Подобный семейный «гомеостаз», особенно с учётом его распространённости, часто рассматривается с позиций патологических личностных особен-

ностей супругов, где семейная жизнь является возможностью «легитимного» отреагирования неких бессознательных импульсов, в том числе – аутоагрессивных [1]. Саморазрушение супругов, как один из факторов, объясняющих семейную динамику, начинает упоминаться в целом ряде работ [3-5]. Продолжает расширяться спектр, феноменология алкогольной аутоагрессии и мортирологии вообще [5-7]. Достаточно вспомнить, что именно больные алкогольной зависимостью составляют от 25 до 40% среди лиц, покончивших с собой [2, 4-6].



Алкогольная аутоагрессия, безусловно, не ограничивается самим пациентом. В подобных семьях аутоагрессивная «эстафета» передаётся кругу созависимых лиц – в первую очередь – супруге, а так же – в значительной степени – потомству [1, 3, 4, 8]. Несложно посчитать, что для Российской Федерации – это как минимум 7,5 миллионов женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, а также – от 12,5 до 30 миллионов детей, выросших в подобных семьях, чьи аутоагрессивные показатели значительно превышают таковые в нормативных группах [3]. Таким образом, масштаб и размах рассматриваемой проблемы колоссален и требует, учитывая медико-социальную значимость, активной научно-практической разработки.

Цель исследования: оценка качественной разницы аутоагрессивной направленности у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, а также их жён; выявление различий в проявлениях классических и неклассических аутодеструктивных паттернов поведения, выявление возможной гендерной разницы.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач методом анкетирования обследовано 125 мужчин, страдающих алкоголизмом, а так же их жён. Все обследованные мужчины, страдающие алкогольной зависимостью (МСАЗ), клинически находились во II стадии заболевания. Формой злоупотребления алкоголем являлась псевдозапойная. Средний возраст больных составил 41,8±4,3 года. Срок семейной жизни в последнем браке – 15,3±6,3 года. Возраст жён мужчин,

страдающих алкогольной зависимостью (жён МСА3), составил 40,5±4,7 года. Срок семейной жизни в последнем браке – 16,5±5,3 года.

В качестве контрольных групп исследованы 62 семьи, в которых муж и жена не имели признаков алкогольной зависимости (62 мужчины и 62 женщины), возраст обоих супругов был в пределах 30-50 лет. Средний возраст женатых мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (МНАЗ), составил 43,9±4,6 года. Длительность семейной жизни в последнем браке – 20,2±5,1 года. Средний возраст жён мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (жён МНАЗ) – 42,3±5,2 года. Длительность семейной жизни в последнем браке – 20,2±5,1 года.

В работе использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и статистический методы. В качестве стимульного материала использовался опросник, направленный на выявление суицидальных и несуйцидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем [3].

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде  $M \pm m$  (средней  $\pm$  стандартное квадратичное отклонение). Достоверность различий параметрических величин определялась по t-критерию Стьюдента (для данных, удовлетворяющих критерию нормальности выборки); по критерию Вилкоксона (для данных не удовлетворяющим критерию нормальности выборки, но схожих по степени дисперсии данных).

Результаты и их обсуждение.

Суицидальные паттерны в группе МСА3 представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнение показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и мужчин, не имеющих алкогольной зависимости

Признак	МСАЗ		МНАЗ		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Суицидальная попытка в анамнезе	40	32,0	1	1,61	20,62	0,00001
Суицидальная попытка в последние два года	15	12,0	0	0	6,54	0,0105
Суицидальные мысли в анамнезе	39	31,2	4	6,45	12,97	0,0003
Суицидальные мысли в последние два года	20	16,0	0	0	9,50	0,0021
Несчастные случаи	44	35,2	9	14,5	8,73	0,0031
Травматическая патология	76	60,8	11	17,7	30,88	0,00001
ЧМТ	48	38,4	3	4,84	21,87	0,00001
Опасные для жизни хобби	40	32,0	4	6,45	15,03	0,0001
Подверженность насилию	36	28,8	0	0	20,30	0,00001
Употребление ПАВ	30	24,0	0	0	15,99	0,0001
Неоправданный риск	58	46,4	6	9,6	23,22	0,00001
Общение с суицидентом	37	29,6	4	6,4	12,97	0,0003
Суицид родственника	25	20,0	0	0	12,64	0,0004
Депрессивные эпизоды	59	47,5	6	9,6	25,73	0,00001
Моменты безысходности	54	43,2	7	11,3	19,20	0,00001
Отсутствие смысла жизни	41	32,8	6	9,7	11,78	0,0006

Таблица 2

Сравнение показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии жён МСАЗ и жён МНАЗ

Признак	Жёны МСАЗ		Жёны МНАЗ		$\chi^2$	P
	n	%	n	%		
Суицидальная попытка в анамнезе	20	16,0	1	1,6	7,22	0,0072
Суицидальная попытка в последние два года	9	7,2	0	0	4,69	0,0304
Суицидальные мысли в анамнезе	33	26,4	3	4,8	11,05	0,0009
Суицидальные мысли в последние два года	24	19,2	0	0	11,99	0,0005
Соматические заболевания >3	57	45,6	15	24,2	15,20	0,0001
Наличие неоднократных оперативных вмешательств	28	22,4	6	9,7	4,51	0,0337
Подверженность насилию	22	17,6	1	1,6	8,39	0,0038
ЧМТ в анамнезе	20	16,0	2	3,2	5,34	0,0208
Опасные для жизни хобби	18	14,4	2	3,2	5,42	0,0199
Курение	40	32,0	7	11,3	9,45	0,0021
Употребление ПАВ	13	10,4	1	1,6	4,62	0,0316
Общшения с суицидентом	12	9,6	1	1,6	4,09	0,0432
Острое одиночество	57	45,6	6	9,7	23,94	0,00001
Депрессивные эпизоды	72	57,6	24	38,7	5,92	0,0150
Безысходность	76	60,8	11	17,7	30,88	0,00001
Навязчивые угрызения совести	51	40,8	15	24,2	5,00	0,0253
Склонность к отказу от пищи	77	61,6	23	37,1	10,00	0,0016
Ощущение неполноценности	43	34,4	10	16,1	6,81	0,0091
Отсутствие смысла жизни	3	28,8	2	3,2	15,20	0,0001

Из данных таблицы видно, что отличия между группами имеются в отношении различных путей реализации аутоагрессивной активности. В группе МСАЗ значительно выше показатели классических суицидальных аутоагрессивных паттернов, что является характерным для данного заболевания и обнаруживается в других исследованиях [2, 9]. Также разнообразен спектр несуйцидальных аутоагрессивных паттернов поведения (виктимность, травматическая патология, приём психоактивных веществ, антисоциальное поведение). Обращает на себя внимание достоверное преобладание у МСАЗ важнейших в суицидологической практике предикторов аутодеструктивного поведения, таких как: безысходность, отсутствие смысла жизни и депрессивные переживания, формирующие общий депрессивный фон алкогольных переживаний [2, 3].

Все это позволяет охарактеризовать рассматриваемую группу МСАЗ как срез популяции, обладающий выраженной аутоагрессивной напряженностью.

Перейдем к описанию суицидальных и парасуйцидальных феноменов жён МСАЗ.

Можно отметить, что жёны МСАЗ, также как и их мужья, имеют значительное количество отличий от женщин, чьи мужья не имеют алкогольной зависимости, по целому ряду факторов суицидогенности и сформированный негативный аутодеструктивный профиль.

Наиболее заметны эти различия в отношении классических суицидальных типов реакций, где жёны МСАЗ почти в десять раз чаще имеют в анамнезе суицидальную попытку по сравнению с контрольной группой. Это перекликается с полученными результатами в отношении большого количества несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, относящихся к основным направлениям реализации антивитаальных импульсов (травматическая, соматическая и оперативная патология, аддиктивное поведение). Такие предикторы суицидального поведения, как одиночество, безысходность, депрессивные реакции, навязчивое переживание вины и стыда, отсутствие смысла жизни остаются константой жизненного «фона» как для жён МСАЗ, как и для их мужей.

Подробнее остановимся на описании суицидальной аутоагрессивности, встретившейся у МСАЗ и их жён. Распределение суицидальных феноменов наглядно отражено в табл. 3.

Из представленной таблицы видно, что суицидальные паттерны реагирования в большей степени характеризуют самих мужчин страдающих алкогольной зависимостью и затрагивают более 40% обследованных, что согласуется с данными, приводимыми в современной литературе [3, 6, 9, 10]. Количество суицидальных паттернов у жён МСАЗ достигает 28%, что также позволяет выделить данных респондентов в группу существенного суицидологического риска.

Таблица 3

Распределение суицидальных паттернов у МСАЗ и их супругов

Признак	МСАЗ		Жены МСАЗ	
	n	%	n	%
Суицидальная попытка в последние два года	15	12,0	9	7,2
Суицидальная попытка в добрачный период	11	8,8	5	4,0
Суицидальная попытка в период брака	30	24,0	18	14,4
Наличие суицидальной попытки в анамнезе вообще	40	32,0	20	16,0
Суицидальные мысли в последние два года	20	16,0	24	19,2
Суицидальные мысли в добрачный период	16	12,8	14	11,2
Суицидальные мысли в период брака	33	26,4	28	22,4
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе вообще	39	31,2	33	26,4

Охарактеризуем специфику суицидальных попыток в рассматриваемых группах. Добрачная суицидальная активность МСАЗ распределилась следующим образом: из 11 случаев суицидальных попыток 6 были спровоцированы реактивными причинами (ссора, обида, неразделённая любовь и пр.) – 54,4%; двум – предшествовала затяжная депрессия с эндогенным оттенком – 18,18%; две попытки самоубийства были осуществлены на фоне алкогольного абстинентного синдрома (18,18%) и одна – в результате героиновой абстиненции (9,09%). Стоит заметить, что из 6 «реактивных» суицидальных попыток в четырёх (66,67%) присутствовало алкогольное опьянение.

Суицидальная активность МСАЗ в браке имеет иную специфику. Большинство попыток самоубийств возникали на фоне алкогольного абстинентного синдрома 73,33% (n=22); четыре (13,3%) носили психотический характер в результате алкогольного делирия; три (10%) – импульсивный характер на фоне алкогольного опьянения (причём, возникновению попытки самоубийства в двух случаях не предшествовали суицидальные мысли, которые впрочем, у них не отмечались и ранее). В одном случае попытка суицида возникла как реакция на психотравмирующую ситуацию на работе (увольнение) и не сопровождалась алкогольным опьянением. Четыре МСАЗ имели повторные попытки самоубийства (10,0%). Предсмертную записку перед суицидом оставили пять человек (16,67%).

Предпочитаемыми способами ухода из жизни в мужской алкогольной популяции, по-прежнему, остаются самоповешение (47,5%) и нанесение себе порезов (22,5%), что согласуется с более ранними данными [6, 11]. Следую-

щее по частоте место занимают отравление (17,5%), падение с высоты (5%), уход из жизни с помощью огнестрельного оружия (5%), самоубийство с использованием механических средств (например, автомобиля) – 2,5%.

Отметим один любопытный факт. «Наследственная» отягощённость завершённым суицидом близкого родственника в группе в целом составила 20,0% (25 суицидов). Однако в изолированную выборку МСАЗ с наличием у них суицидальной активности (n=52), вошли 20 вышеуказанных родственников, совершивших самоубийство, то есть 80% от общего числа, что указывает на важность данного фактора для формирования суицидальной карьеры у МСАЗ. С другой стороны, в выборке МСАЗ без признаков суицидальной активности (n=73) – суициды у родственников встретились только у пяти человек.

Парасуициды в группе жён МСАЗ были представлены следующим образом: добрачная суицидальная активность жён МСАЗ, встретившаяся у 4,0% респонденток, во всех случаях носила реактивный характер, вызванный значимыми внешними причинами (три случая – из-за личных отношений, один – из-за проблем с учёбой), то есть – полностью отсутствовали просуицидальные факторы, встретившиеся у МСАЗ – проблемы наркологического характера.

Брачная суицидальность жён МСАЗ в основном была связана с «семейными проблемами», неспособностью контролировать алкогольную зависимость мужа и вызываемыми этими моментами безысходности – 83,33%. В 16,67% случаев были указаны другие причины (проблемы на работе, тяжёлое заболевание, неспособность уйти к другому человеку). Таким образом, основная причина суицидальных

попыток жён МСАЗ может быть обозначена как парасозависимая.

Самоотравление является наиболее предпочтительным способом парасуицида для жён МСАЗ, отражающим общепопуляционные особенности женского суицида вообще (75%). Следующими по частоте встречаемости стоят самоповешание (10%), нанесение самопорезов (10%), отравление газом (пропан-бутановая смесь) – 5%.

Отдельно стоит отметить, что в женской группе не встретилось, описанного у МСАЗ, «распределения» родственников, покончивших с собой. Общее число родственников, погибших в результате самоубийства в группе жён МСАЗ, составило 15 человек (то есть, 12,0% жён МСАЗ имели такового). В изолированной подгруппе жён МСАЗ с наличием у них суицидальной активности (n=36) наличие погибшего родственника обнаружилось только у шести человек (16,67%). То есть, остальные относились к подгруппе жён МСАЗ без наличия у них суицидальной активности (n=89) и их влияние в большей степени нивелировалось.

В качестве иллюстрации позволим себе привести пример «динамики» брака МСАЗ с позиции суицидологии.

*Больной И., 42 лет, монтажник.* Находится на амбулаторном наблюдении с декабря 2014 по настоящее время. Диагноз: алкогольная зависимость, II стадия, среднепрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. Ранее за наркологической помощью не обращался.

Анамнестические данные: отец больного злоупотреблял алкоголем, часто жестоко бил ребёнка. И. рос легко возбудимым, капризным и своевольным. Школу окончил на «три». Служил в армии. После демобилизации окончил профессиональное училище, работал по специальности. Женат второй раз. Первый раз женился в 24 года, в браке прожил один год, «не сошлись характерами». В имеющийся брак вступил в 26 лет. Отношения в семье оценивает как «хорошие». Воспитывает дочь.

Наркологический анамнез: длительность злоупотребления алкоголем более 16 лет. Похмельный синдром сформирован в течение девяти лет. Псевдозапой в среднем по одной неделе. Толерантность достигает 1,5 литра водки. Светлые промежутки обычно не превышают одного месяца. Употреблял неоднократно суррогаты алкоголя в виде одеколонов, лосьонов. Обращение к наркологу связано с тяжёлым выходом из последнего псевдозапоя и выраженными соматическими осложнениями.

Аутоагрессивный анамнез: дядя по материнской линии страдал «депрессией», покончил жизнь самоубийством. Отец утонул, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Сам больной неоднократно пытался покончить жизнь самоубийством: один раз в 19 лет после ссоры с девушкой пытался отравиться по примеру друга (находился в состоянии алкогольного опьянения), второй раз пытался повеситься год назад после запоя – супруга с дочерью вытащили его из петли. В состоянии опьянения и, особенно во время абстинентного синдрома, с легкостью актуализируются суицидальные мысли, сопровождающиеся идеями виновности, депрессивным аффектом с тревожным компонентом, ощущением никомуненужности. Последние два года участились периоды безысходности. Дважды была травматическая патология: перелом левого предплечья в 14 лет, ключицы и лучевой кости в 36 лет (получил в «пьяной» драке). На службе в армии были неоднократные черепно-мозговые травмы в результате неуставных отношений. В состоянии опьянения агрессивен, выступает инициатором драк, неоднократно подвергался избиениям. Дважды сотрудниками правоохранительных органов применялась физическая сила за оказание сопротивления при задержании. Характеризует себя как азартного человека, легко идущего на неоправданный риск (но только в состоянии алкогольного опьянения). Четыре года назад был уволен с предприятия «за вино», с трудом устроился на менее оплачиваемую работу. В беседе не может сформулировать смысл своей жизни, при подсказках говорит: «Да, дети», «Да, работа», «Да, семья». Однако уверен, что его обязательно будут помнить после его смерти, но, не может сказать кто и за что.

Проведён курс противоалкогольного лечения с использованием мортально-ориентированных методов. Катамнез: от алкоголя воздерживается, отношения в семье спокойные. Жену боготворит «если бы не она, то умер бы, наверное...». Суицидальных паттернов не отмечает, про бывшие, аналогичные переживания говорит без желания. Склонен связывать их с приёмом спиртного и «детскостью». Раз в год охотно посещает врача (контрольные явки), активно строит планы на ближайшие 5-10 лет.

*К., 36 лет, супруга больного И.* Работает продавцом.

Анамнестические сведения: отец больной и дед по материнской линии злоупотребляли алкоголем. Отец и мать к девочке относились хорошо, хотя отец часто ругал. Отца очень любит. Успешно окончила школу и училище, работала в банке, восемь лет назад «сократили», с тех пор работает

продавцом. Замужем первый раз, возраст вступления в брак 21 год, имеет ребёнка десяти лет. В момент обследования считала, что браку угрожает развод.

Аутоагрессивный анамнез: Три года назад после того, как избил муж, хотела отравиться – выпила большое количество «киках-то» таблеток, была госпитализирована. Суицидальные тенденции после психотравмирующих ситуаций возникали и ранее. От суицида останавливает мысль о ребёнке и родителях, своей собственной смерти не боится. Жизнь в целом считала неудавшейся. Последние годы отмечает учащение моментов безысходности по поводам, которые «раньше не трогали», особенно в отношении перспектив семейной жизни. Респондентка склонна к длительному переживанию вины, идеям самообвинения. Стала отмечать «беспричинные» эпизоды снижения настроения с оттенком эндогенности депрессивных переживаний, в эти моменты становится неусидчивой, тоскливой, куда-то хочется уйти – «места себе не нахожу». Из соматической патологии отметим хронический пиелонефрит, аднексит. К врачам не обращается, старается терпеть «до последнего». Неоднократно подвергалась избиениям со стороны мужа. Три года назад после избиения лечилась по поводу сотрясения головного мозга и отравления неустановленными лекарственными препаратами. Была пострадавшей в автоаварии, когда села в автомобиль, за рулём которого находился заведомо нетрезвый водитель (супруг). Часто испытывает неудобства из-за своей внешности, считала себя некрасивой. Последние два года, чтобы удержать мужа дома, стала выпивать вместе с ним. Изредка стала курить.

После обращения за наркологической помощью сама отказывалась принимать участие в терапии, считая, что это проблема только мужа. Предложение принять участие в группе терапии созависимости отвергла. Однако после начала лечения мужа и по его настоятельной просьбе, стала посещать группу, затем приняла участие в супружеской терапии мужа. Осознала свою роль в семейных отношениях, свою потенциальную аутоагрессивность и варианты её внутрисемейной реализации. Особенно отметим момент проработки механизма активной провокации гетероагрессии со стороны мужа, как варианта реализации собственных антивитальных импульсов. Группу для созависимых женщин посещала в течение двух лет. Прошла индивидуальную терапию с целью дезактуализации собственных антивитальных тенденций.

Таким образом, в группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, и их жён

широко представлены суицидальные паттерны, которые находят свое выражение в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах, с сохранением гендерных особенностей суицидального поведения вообще. Это должно формировать специфическое в суицидологическом плане отношение к лицам этих групп, что принципиально шире суицидологической парадигмы предлагаемой в отечественной наркологии, где акцент в основном делается на самих наркологических пациентах без включения в поле зрения созависимого контингента [6]. Более того, мы считаем целесообразным, наряду с использованием термина «алкогольная аутоагрессия», говорить и о феномене параалкогольной аутоагрессии, затрагивающий созависимый контингент [3].

Выводы:

1. Семьи мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, представляют собой суицидальный срез популяции, требующий повышенного внимания в плане профилактики и терапии просуицидальных тенденций, феноменов и модусов поведения.

2. Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, в большей степени склонны реализовывать свои антивитальные установки через суицидальные модусы поведения, а также через социально приемлемые «эквиваленты» самоубийства: рискованное поведение, агрессивные формы употребления алкоголя. Их жёны, помимо классической суицидальности, часто реализуют собственные аутодеструктивные стимулы опосредовано – через соматическое звено и мазохистические модели поведения.

3. Полученные данные позволяют утверждать, что наряду с алкогольной аутоагрессией, целесообразно введение в суицидологический обиход понятия параалкогольной аутоагрессии, затрагивающей широко представленную когорту созависимых лиц.

4. Полученные данные, во-первых, представляют, теоретический научный интерес, расширяя наши знания о роли и месте феномена аутоагрессии в клинике алкогольной болезни. Во-вторых, имеют непосредственное практическое значение, акцентируя внимание наркологов на значении выявления аутоагрессивных, в частности, суицидальных паттернов у пациентов, зависимых от алкоголя и их жён, что должно быть использовано в практической наркологической и суицидологической работе.

## Литература:

1. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕР СЭ, 2002. 336 с.
2. Башкинова Н.В. Связь феноменов созависимости и аутоагрессии. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 66-7.
3. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. СПб.: «Экспертные решения», 2017. 192 с.
4. Меринов А.В., Шустов Д.И. Влияние суицидальных тенденций у страдающих алкогольной зависимостью мужчин на аутоагрессивное суицидальное поведение, психологические феномены и аддиктивные расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 5: 44-8.
5. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts. *J. Stud. Alcohol*. 1986; 1: 78-81.
6. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232 с.
7. Miller N.S., Mahler J.C., Gold M.S. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *J. Addict. Dis.* 1991; 3: 46-61.
8. Байкова М.А. Клинико-психологические особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью (обзор). *Научный форум. Сибирь*. 2016; 2 (3): 53-6.
9. Разводовский Ю.Е., Немцов А.В. Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. *Вопросы наркологии*. 2016; 3: 63-70.
10. Уманский М.С., Зотов П.Б. Ведущие социальные характеристики больных алкоголизмом позднего возраста. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 56-7.
11. Murphy G.E., Wetzel R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1990; 4: 383-92.

## References:

1. Moskalenko V.D. 2002. Zavisimost': semeinaya bolezni'. Moskva: PER Se, 336 s. (In Russ)
2. Bashkinova N.V. The connection of the phenomena of codependency and self-aggression. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 66-7. (In Russ)
3. Merinov A.V. Rol i mesto fenomena autoagressii v semyah bolnyih alkoholnoy zavisimostyu. FGBOU VO RyazGMU Minzdrava Rossii. SPb.: «Ekspertynye resheniya». 2017. 192 s. (In Russ)
4. Merinov A.V., Shustov D.I. Vliyanie suitsidalnyh tendentsiy u stradayushih alkoholnoy zavisimostyu muzhchin na autoagressivnoe nesuitsidalnoe povedenie, psihologicheskie fenomeny i addiktivnyie rasstroystva. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012; (5): 44-8. (In Russ)
5. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts. *J. Stud. Alcohol*. 1986; 1: 78-81.
6. Polozhiy B.S. Suitsidalnoe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i etnokulturalnyie aspektyi). M.: RIO «FGU GNTs SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. 232 s. (In Russ)
7. Miller N.S., Mahler J.C., Gold M.S. Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *J. Addict. Dis.* 1991; 3: 46-61.
8. Baikova M.A. Clinical and psychological features of children who grew up in families where the parent suffered from alcohol addiction (review). *Scientific forum. Siberia*. 2016; 2 (3): 53-6. (In Russ)
9. Razvodovskiy Yu.E., Nemtsov A.V. Alkoholnaya sostavlyayushchaya snizheniya smertnosti v Rossii posle 2003 g. *Voprosy narkologii*. 2016; (3): 63-70. (In Russ)
10. Umansky M.S., Zotov P.B. The main social characteristics of patients with alcoholism of late age. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 56-7. (In Russ)
11. Murphy G.E., Wetzel R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1990; 4: 383-92.

## FAMILIES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL ADDICTION: A VIEW FROM THE SUICIDOLOGY PERSPECTIVE

A.V. Merinov, M.A. Bačkova, A.Yu. Alekseeva

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia, merinovaalex@gmail.com

### Abstract:

The purpose of our study was to study the autoaggressive characteristics of spouses in families where the husband suffers from alcohol addiction, as well as the identification of gender characteristics of antivital behavior. Materials and methods. We examined 125 families in which men suffered from alcohol addiction. Suicidal and non-suicidal patterns of autoaggressive behavior, as well as their predictors in the past and present, were studied in comparison with the control group consisting of 62 families where men were not addicted to alcohol. Results of the study. It was found that men who are alcohol addicted tend to implement destructive attitudes through suicidal behavior, as well as patterns of risky and victim behavior. In particular, a suicide attempt in history was detected in 32% of alcohol-addicted men, the same index for the last two years was 12%, which significantly exceeds similar indicators in the control group. 28.8% of men who suffer from alcohol addiction are subjected to physical violence, 24% are addicted to drugs, 29.6% have communicated with suicide attempters. At the same time, their wives' autodestructive indicators are also higher than those of control group which can be called paraalcoholic autoaggression. 16% of them have a history of suicide attempts, 26.4% have suicidal ideation, 17.6% have been physically or sexually abused. When comparing the spouses themselves within the "alcoholic" families – it is clearly seen that wives are more characterized with "prosuicidal" complex of emotional states in the form of feelings of shame, guilt and hopelessness. Gender differences in the ways of realization of suicidal attempts are revealed. This allows us to talk about several different directions in the implementation of an autoaggressive radical, its distribution within an "alcoholic" family, gender characteristics, which can be used in practical narcological and suicidal work.

**Key words:** suicidology, autoaggressive behavior, suicide, alcohol addiction, codependence, alcoholic autoaggression, paraalcoholic autoaggression

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Меринов А.В., Байкова М.А., Алексеева А.Ю. Семьи мужчин, страдающих алкогольной зависимостью: взгляд с позиции суицидологии. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 92-98.

For citation: Merinov A.V., Bačkova M.A., Alekseeva A.Yu. Families of men suffering from alcohol addiction: a view from the suicidology perspective. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 92-98. (In Russ)

УДК: 616.89-008

## **АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОР ГЕНДЕРНОГО ГРАДИЕНТА УРОВНЯ СУИЦИДОВ В РОССИИ**

*Ю.Е. Разводовский*

УО «Гродненский государственный медицинский университет» МЗ Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь, г. Гродно

Контактная информация:

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

Несмотря на бóльшую распространённость тревожно-депрессивных расстройств среди женщин, а также то, что женщины чаще предпринимают суицидальные попытки, в большинстве стран мира мужчины чаще совершают завершённый суицид. Так называемый гендерный парадокс суицидального поведения не получил исчерпывающего объяснения вплоть до настоящего времени. Одним из факторов высокого гендерного градиента уровня суицидов в России может быть высокий уровень потребления алкоголя. Целью настоящего исследования была проверка алкогольной гипотезы гендерного градиента уровня суицидов в России. Материалы и методы: В сравнительном аспекте изучена динамика уровня потребления алкоголя и динамика гендерного градиента уровня суицидов (соотношение уровня суицидов среди мужчин и женщин) в России в период с 1980 по 2010 гг. Оценка связи между динамикой уровня потребления алкоголя и гендерного градиента уровня суицидов проводилась с помощью метода авторегрессии-проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС). Результаты: Согласно результатам анализа, общий уровень потребления алкоголя статистически значимо связан с гендерным градиентом уровня суицидов во всех возрастных группах. Оценка алкогольной фракции показала, что вклад алкогольного фактора в гендерный градиент уровня суицидов колеблется от 26,3% в возрастной группе 30-44 лет до 47,2% в возрастной группе 45-59 лет. Выводы: Представленные данные говорят в пользу того, что алкоголь является ключевым фактором высокого гендерного градиента уровня смертности от самоубийств, а также резких колебаний данного показателя на протяжении последних десятилетий в России.

*Ключевые слова:* потребление алкоголя, суициды, гендерный градиент, Россия, 1980-2010

Социальная значимость суицидального поведения обуславливает необходимость изучения данного феномена с целью разработки стратегии профилактики. Хотя проблеме самоубийства посвящено достаточно много исследований, остаётся целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения. К числу недостаточно разработанных проблем в области суицидологии относится гендерный аспект суицидального поведения. В частности, несмотря на бóльшую распространённость тревожно - депрессивных расстройств среди женщин, а также то, что женщины чаще предпринимают суицидальные попытки, в большинстве стран мира мужчины чаще совершают завершённый суицид [1]. Так называемый гендерный парадокс суицидального поведения не получил исчерпывающего объяснения вплоть до настоящего времени. По всей видимости, он объясняется целым комплексом факторов, включая различия в социальной роли мужчин и женщин, гендерные особенности социализации и реагирования на стресс, а также особенности копинг-стратегии [2, 3].

Гендерная разница в уровне суицидов особенно выражена в странах Восточной Европы [3]. Следует отметить, что степень гендерных различий в уровне самоубийств варьирует не только в разных странах, но и в течение времени в одной и той же стране. В Беларуси, например, соотношение уровня суицидов среди мужчин и женщин выросло с 4,3:1 в 1990 г. до 6,7:1 в 2000 г. [4]. Предполагается, что росталкогольных проблем среди мужчин является главной причиной этой тенденции. В частности, было установлено, что коэффициент, характеризующий соотношение уровня суицидов среди мужчин и женщин положительно коррелирует с уровнем продажи водки на душу населения [4].

В ряде исследований была показана тесная связь между суицидальной активностью и потреблением алкоголя в России на индивидуальном и популяционном уровнях [5-8]. Характерно, что мужской суицид более тесно ассоциируется с потреблением алкоголя, нежели женский суицид: алкогольная фракция в структуре мужских и женских суицидов составила соответственно 61,0% и 35% [9]. На основании

этих данных можно предположить, что алкоголь является ключевым фактором высокого гендерного градиента уровня суицидов в России. С целью проверки данной гипотезы в настоящей работе в сравнительном аспекте изучена динамика уровня потребления алкоголя и динамика гендерного градиента уровня суицидов в России.

Материалы и методы.

Использованы стандартизированные половые и возрастные коэффициенты смертности от самоубийств (в расчёте на 100000 населения) за период с 1980 по 2010 годы. Общий

уровень потребления алкоголя рассчитан с помощью непрямого метода с использованием в качестве индикатора алкогольных проблем уровня смертности от острого алкогольного отравления [10]. Оценка связи между динамикой уровня потребления алкоголя и гендерного градиента уровня суицидов (соотношение уровня суицидов среди мужчин и женщин) проводилась с помощью метода авторегрессии - проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС). С целью приведения временного ряда к стационарному виду использовалась процедура дифференцирования [11].

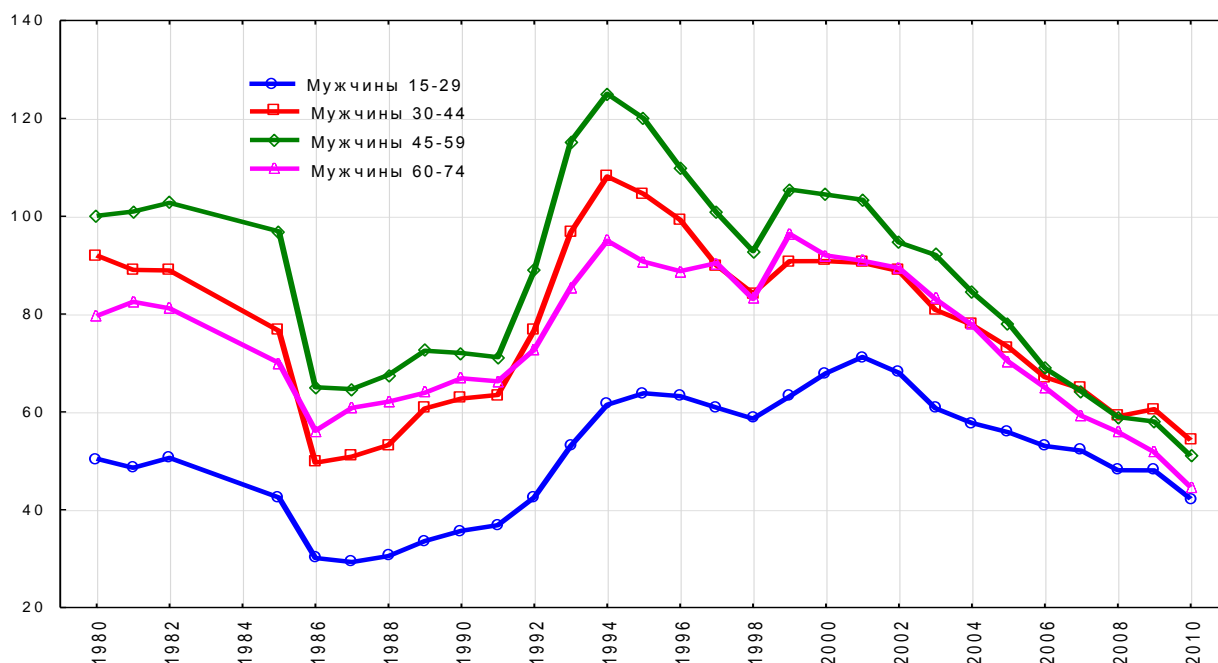


Рис. 1. Динамика уровня суицидов среди мужчин разных возрастных групп в России в период с 1980 по 2010 гг.

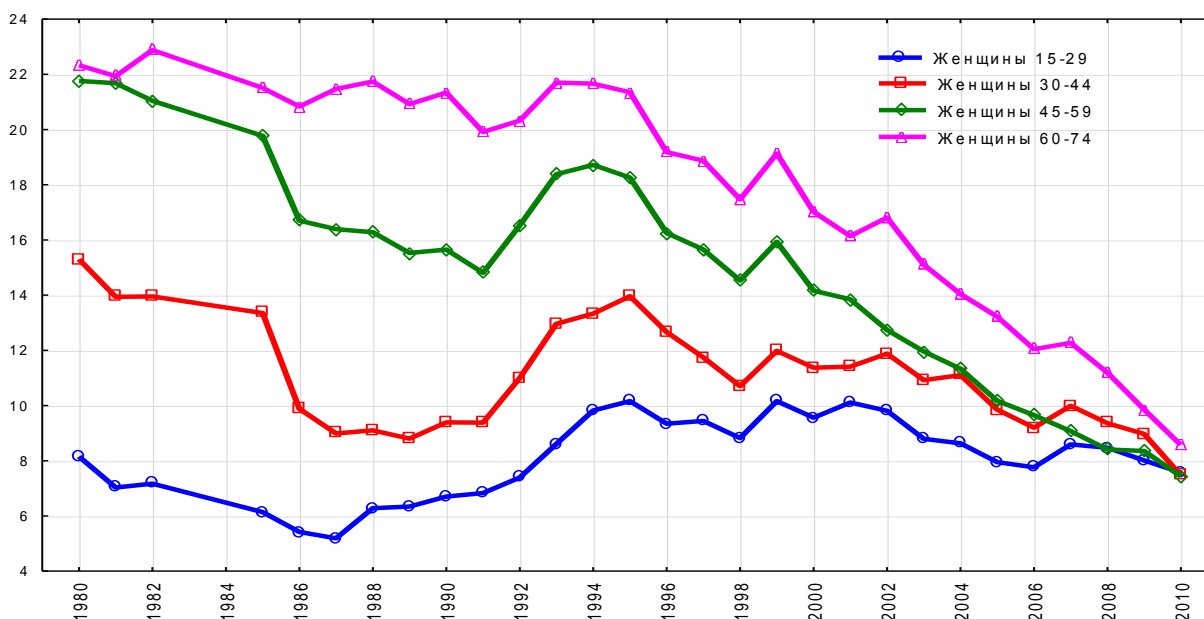


Рис. 2. Динамика уровня суицидов среди женщин разных возрастных групп в России в период с 1980 по 2010 гг.



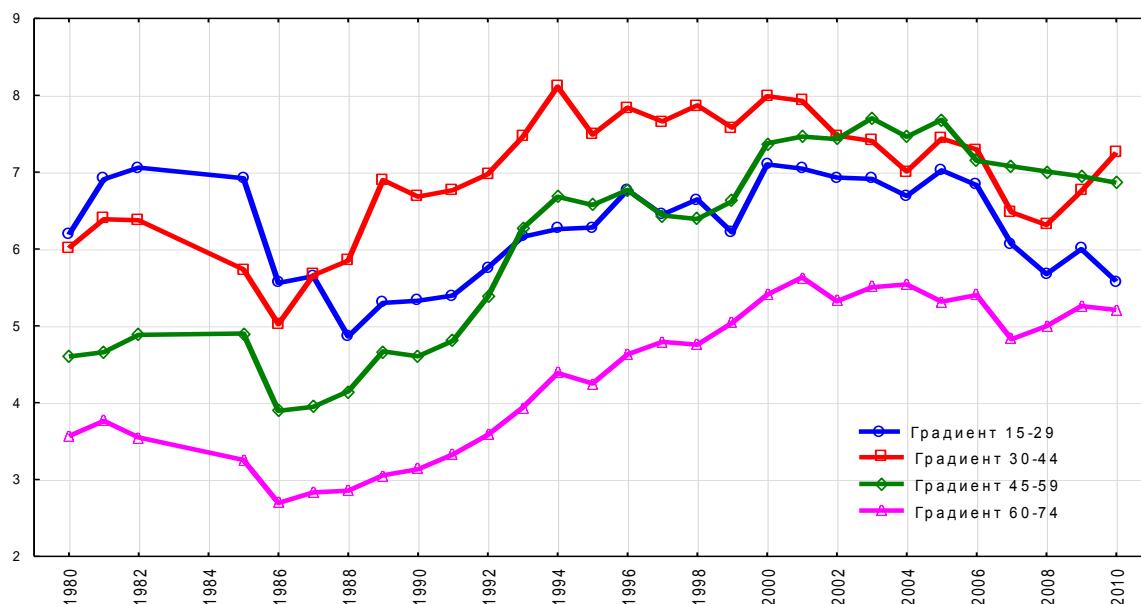


Рис. 3. Динамика гендерного градиента уровня суицидов в России в период с 1980 по 2010 гг.

Оценка вклада алкогольного фактора (алкогольной фракции) в гендерный градиент уровня смертности от самоубийств производилась с помощью метода, предложенного шведским исследователем Norström [12].

Результаты исследования.

Графические данные (рис. 1) свидетельствуют о схожем паттерне колебаний уровня суицидов среди мужчин разных возрастных групп. Данный показатель существенно снизился в середине 1980-х гг., затем резко вырос в первой половине 1990-х гг., после чего снижался вплоть до 1998 г., затем снова несколько вырос и, наконец, стал снижаться. Динамика уровня суицидов среди женщин существенно отличалась от динамики уровня суицидов мужчин (рис. 2).

Основным отличием является менее выраженный скачок уровня суицидов среди женщин в первой половине 1990-х гг. В целом, амплитуда колебаний уровня суицидов среди женщин была менее выраженной. Следует также отметить некоторые отличия в колебаниях уровня суицидов среди женщин разных возрастных групп. В частности, снижение уровня суицидов среди женщин возрастных групп 30-44 и 45-59 лет отмечалось вплоть до начала 1990-х гг.

Обращает на себя внимание также тот факт, что вследствие более низких темпов снижения уровня самоубийств среди мужчин и женщин возрастной группы 15-29 лет, к концу рассматриваемого периода разница в уровне данного показателя по сравнению с другими возрастными группами значительно сократилась.

В среднем, за весь период, самый высокий гендерный градиент уровня суицидов отмечался в возрастной группе 30-44 лет ( $7,0 \pm 0,79$ ), в то время как самый высокий прирост данного показателя отмечался в возрастной группе 45-59 лет (+50%).

Таблица 1  
Гендерный градиент уровня суицидов в России

Возраст	Среднее	1980	2010	2010-1980 (%)
15-29	$6,3 \pm 0,65$	6,2	5,6	-9,6
30-44	$7,0 \pm 0,79$	6,0	7,3	+21,7
45-59	$6,1 \pm 1,3$	4,6	6,9	+50,0
60-74	$4,3 \pm 0,98$	3,6	5,2	+44,4

Характерно, что рост гендерного градиента отмечался во всех возрастных группах, кроме возрастной группы 15-29 лет, где этот показатель несколько снизился (табл. 1). В целом, динамика гендерного градиента уровня суицидов в разных возрастных группах была достаточно схожей (рис. 3).

Данный показатель существенно снизился в середине 1980-х гг., затем существенно вырос в 1990-е гг., после чего стабилизировался и, даже, несколько снизился. Рост гендерного градиента во всех возрастных группах в первой половине 1990-х гг. был обеспечен за счёт более быстрых темпов роста уровня суицидов среди мужчин.

Результаты корреляционного анализа Спирмана выявили положительную, статистически значимую связь между уровнем потребления алкоголя и гендерным градиентом уровня суицидов во всех возрастных группах (табл. 2).

Таблица 2  
Результаты анализа временных серий

Возраст	Корреляции Спирмана		Оценка АРПСС		Алкогольная фракция (%)
	г	р	оценка	р	
15-29	0,67	0,000	0,023	0,05	27,4
30-44	0,66	0,000	0,022	0,05	26,3
45-59	0,61	0,000	0,046	0,000	47,2
60-74	0,58	0,003	0,028	0,009	32,2

Анализ графических данных свидетельствует о том, что изучаемые временные ряды не являются стационарными, поскольку имеют выраженный тренд. Поэтому следующим этапом было удаление нестационарной компоненты с помощью метода дифференцирования.

После удаления детерминированной составляющей была оценена связь между временными сериями. Согласно результатам оценки с помощью метода АРПСС общий уровень потребления алкоголя статистически значимо ассоциируется с гендерным градиентом уровня суицидов во всех возрастных группах. Оценка алкогольной фракции показала, что вклад алкогольного фактора в гендерный градиент уровня суицидов колеблется от 26,3% в возрастной группе 30-44 лет до 47,2% в возрастной группе 45-59 лет.

#### Обсуждение результатов.

Результаты анализа говорят о существовании связи между потреблением алкоголя и гендерным градиентом уровня суицидов на популяционном уровне. Установлено также, что максимальный вклад алкогольный фактор вносит в гендерный градиент уровня суицидов в возрастной группе 45-59 лет. Эти данные соотносятся с результатами исследования, основанного на данных опроса населения, в котором было показано, что злоупотребление алкоголем наиболее распространено среди мужчин в возрасте 40-59 лет [13]. В пользу алкогольной гипотезы гендерного градиента уровня суицидов в России свидетельствуют также и эмпирические данные.

Причиной снижения гендерного градиента уровня смертности от самоубийств в середине 1980-х гг., по всей видимости, было снижение доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании [14]. Можно также предположить, что основной причиной роста гендерного

градиента уровня суицидов в 1990-х годах было увеличение доступности алкоголя вследствие отмены государственной алкогольной монополии в 1992 году [15].

Следует, однако, признать, что данное исследование имеет методологические ограничения, одним из которых является пренебрежение неучтёнными переменными, которые могли оказать влияние как на динамику уровня потребления алкоголя, так и на динамику гендерного градиента уровня суицидов. Одной из таких переменных является психосоциальный дистресс, который мог явиться одной из причин резкого роста уровня суицидов среди мужчин в 1990-х годах [16].

Некоторые авторы указывают на то, что мужчины были более подвержены психосоциальному дистрессу [17]. Известно, что типичной дезадаптивной копинг стратегией мужчин в состоянии дистресса является увеличение уровня потребления алкоголя [16]. В одном из исследований, проведённом в России, было показано, что в состоянии дистресса мужчины увеличивают потребление алкоголя, в то время как потребление алкоголя женщинами не растёт, даже если они испытывают более высокий уровень дистресса [18]. В другой работе было показано, что экономические проблемы у российских мужчин ассоциируются с употреблением больших доз крепких алкогольных напитков в течение короткого времени [19].

Те не менее, в исследовании, проведённом с использованием белорусских данных, было показано, что число случаев САК (содержание алкоголя в крови) – позитивных суицидов в начале 1990-х годов резко выросло при значительном росте числа случаев САК - негативных суицидов [20], что свидетельствует о ключевой роли алкогольного фактора в резком росте уровня суицидов в переходный период.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о существовании связи между алкоголем и гендерным градиентом уровня суицидов в России на популяционном уровне. Представленные данные говорят в пользу того, что алкоголь является ключевым фактором высокого гендерного градиента уровня смертности от самоубийств, а также резких колебаний данного показателя на протяжении последних десятилетий в России.

#### Литература:

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–5.
2. Möller-Leimkühler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2003; 53: 1–8.

#### References:

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–5.
2. Möller-Leimkühler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2003; 53: 1–8.

3. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39: 165–75.
4. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004; 2: 48–52.
5. Немцов А.В., Шельгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 3–12.
6. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2006; 16: 127–39.
7. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 3–10.
8. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 41–8.
9. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67–74.
10. Немцов А.В., Шельгин К.В. Потребление алкоголя в России: 1956-2013. *Вопросы Наркологии*. 2015; 5: 28–32.
11. Box GEP, Jenkins GM. Time Series Analysis: forecasting and control. London. Holden-Day Inc. 1976.
12. Norström T. The use of aggregate data in alcohol epidemiology. *British Journal of Addiction*. 1989; 84: 969–77.
13. Perlman F.J.A. Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994-2004. *BMC. Public Health*. 2010; 10: 691–8.
14. Nemtsov A.V., Razvodovsky Y.E. Russian alcohol policy in false mirror. *Alcohol & Alcoholism*. 2016; 4: 21.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21 (3): 290–6.
16. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология*. 2012; 4: 28–40.
17. 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; 19: 397–419.
18. Cockerham C.W., Hinote B.P., Abbot P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science & Medicine*. 2006; 63: 2381–94.
19. Yukkala T., Makinen I.H., Kislitsyna O., Ferlander S. Economic strain, social relations, gender, and binge drinking in Moscow. *Social science & Medicine*. 2008; 66 (3): 663–74.
20. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005. *Crisis*. 2007; 28 (2): 61–6.
3. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39: 165–75.
4. Razvodovsky Y.E. Alcohol I suitsydy: populatsionnyi uroven vsaimosviasi. *Jurnal neurologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. [Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2004; 2: 48–52. (in Russ)
5. Nemtsov A.V., Shellygin K.V. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1959-2013. *Suicidology*. 2016; 7 (3): 3–12. (in Russ)
6. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2006; 16: 127–39.
7. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicides in Russia, Ukraine and Belarus: a comparative analysis of trends. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 3–10. (in Russ)
8. Razvodovsky Y.E., Smirnov V.Y., Zotov P.B. Forecasting of suicides rate using time series analysis *Suicidology*. 2015; 6 (3): 41–48. (in Russ)
9. Razvodovsky YE. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67–74.
10. Nemtsov A.V., Shelyigin K.V. Potreblenie alkogolya v Rossii: 1956-2013. // *Voprosyi Narkologii*. 2015; 5: 28–32. (in Russ)
11. Box GEP, Jenkins GM. Time Series Analysis: forecasting and control. London. Holden-Day Inc. 1976.
12. Norström T. The use of aggregate data in alcohol epidemiology. *British Journal of Addiction*. 1989; 84: 969–77.
13. Perlman F.J.A. Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994-2004. *BMC. Public Health*. 2010; 10: 691–8.
14. Nemtsov A.V., Razvodovsky Y.E. Russian alcohol policy in false mirror. *Alcohol & Alcoholism*. 2016; 4: 21.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21 (3): 290–6.
16. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology*. 2012; 4: 28-40. (in Russ)
17. 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; 19: 397–419.
18. Cockerham C.W., Hinote B.P., Abbot P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science & Medicine*. 2006; 63: 2381–94.
19. Yukkala T., Makinen I.H., Kislitsyna O., Ferlander S. Economic strain, social relations, gender, and binge drinking in Moscow. *Social science & Medicine*. 2008; 66 (3): 663–74.
20. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005. *Crisis*. 2007; 28 (2): 61–6.

## ALCOHOL AS A FACTOR OF THE GENDER GRADIENT OF THE LEVEL OF SUICIDES IN RUSSIA

Y.E. Razvodovsky

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

**Abstract:** Despite the greater prevalence of anxiety-depressive disorders among women, and the fact that women are more likely to make suicide attempts, in most countries of the world men tend to commit suicide more often. The so-called gender paradox of suicidal behavior has not received an exhaustive explanation up to the present time. One of the factors of a high gender gradient in the level of suicides in Russia can be a high level of alcohol consumption. The purpose of this study was to test the alcohol hypothesis of the gender gradient of suicide rates in Russia. Materials and methods: In the comparative aspect, the dynamics of the level of alcohol consumption and the dynamics of the gender gradient of suicide rates (the ratio of the level of suicides among men and women) in Russia in the period from 1980 to 2010 was studied. The relationship between the dynamics of alcohol consumption and the gender gradient of suicide rates was estimated using the autoregressive-integrated moving average method (ARIMAM). Results: According to the results of the analysis, the overall level of alcohol consumption is statistically significant with the gender gradient of the suicide level in all age groups. An assessment of the alcoholic fraction showed that the contribution of the alcohol factor to the gender gradient of suicide rates varies from 26.3% in the age group of 30-44 to 47.2% in the age group of 45-59 years. Conclusions: The presented data speak in favor of the fact that alcohol is a key factor in the high gender gradient of the suicide mortality rate, as well as sharp fluctuations of this indicator over the last decades in Russia.

**Key words:** alcohol consumption, suicides, gender gradient, Russia, 1980-2010

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Разводовский Ю.Е. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня суицидов в России. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 99-103.

For citation: Razvodovsky Y.E. Alcohol as a factor of the gender gradient of the level of suicides in Russia. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 99-103. (In Russ)

УДК: 616.89-008

## РЕГИСТРАЦИЯ И УЧЁТ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, И.М. Петров, В.А. Жмуров,  
В.Э. Шнейдер, Е.В. Безносков, А.А. Севастьянов

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень, Россия  
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

### Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Родяшин Евгений Владимирович – врач-психиатр (ORCID iD: 0000-0003-4168-0906, Researcher ID: V-8653-2017). Место работы и должность: главный врач ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19.

Петров Иван Михайлович – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1629-7597; ORCID iD: 0000-0001-7766-1745; Scopus Author ID: 7101601614; ResearcherID: D-7613-2015). Место работы и должность: проректор по научной работе, профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Телефон: (3452) 20-21-91

Жмуров Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Электронный адрес: zhmuovva@yandex

Шнейдер Владимир Эдуардович – доктор медицинских наук (ORCID iD: 0000-0002-8575-5503). Место работы и должность: заведующий кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24.

Безносков Евгений Викторович (ORCID iD: 0000-0001-5806-9922). Место учёбы: врач-ординатор второго года ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24.

Севастьянов Алексей Александрович – кандидат технических наук (SPIN-код: 7459-8877; Researcher ID: L-3574-2018; ORCID iD: 0000-0003-3926-1059). Место работы: ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 28-36-60. Электронный адрес: contact@ogtcentre.ru

Обсуждаются вопросы выявления, регистрации и учёта суицидального поведения. Отмечены сложности и основные организационные принципы работы в этом направлении. Обоснована организационная модель суицидологического регистра. В качестве примера приводится опыт работы суицидологической службы в Тюмени (Западная Сибирь). Показано, что открытие в регионе Суицидологического регистра способствовало повышению эффективности выявления, регистрации и учёта суицидальных попыток. Одним из критериев работы регистра выбрано соотношение числа завершённых суицидов и покушений. В первый год исследования (2012) число попыток превысило количество летальных случаев в 5,6 раза. В последующие годы на фоне совершенствования системы прослеживается тенденция увеличения разрыва, максимально отмеченная в 2014 г. (1 : 15,2) и 2017 г. (1 : 13,7). В среднем за 6 лет (2012-2017 гг..) это соотношение составило 1 : 8,5. Повышение числа выявлений суицидальных попыток способствовало увеличению контингента лиц, получающих необходимый объём психокоррекционной помощи. Это явилось фактором снижения показателей суицидальной смертности в Тюмени в 3,8 раза – с 25,2 в 2010 году до 6,6 в 2017 г. (на 100000 населения). В заключении авторы делают вывод о достаточной эффективности предложенной модели учёта и предлагают её более широкое использование в работе региональных суицидологических служб. Авторами так же разрабатывается и предлагается модель федерального суицидологического регистра.

*Ключевые слова:* суицид, самоубийство, суицидальная попытка, уровень самоубийств, учет суицидальных попыток, выявление суицидальных попыток, соотношение попыток и суицидов, суицидологический регистр, Тюмень, Западная Сибирь

Самоубийство в рамках статистики общей смертности составляет немногим больше процента – 1,21% [1], значительно отставая от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Тем не менее, 20278 погибших в 2017 году – и это только учтённые [1], отражают количество жизней, которые можно было спасти. Суицид, являясь финальным этапом личной трагедии, обычно свидетельствует о крайней степени дезадаптации у человека в предшествующий период, выявление признаков которой и её коррекция потенциально возможны [2]. Это определяет важность профилактических мероприятий всех уровней. Однако превентивные меры наиболее эффективны лишь при глубоком знании контингента и максимальном приближении помощи на индивидуальном уровне.

Многочисленные исследования сегодня дают возможность объяснить причины и механизмы формирования суицидальной активности, выделить факторы и группы риска [3, 4, 5, 6 и др.], отмечая при этом, что суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в большинстве случаев с отчётливыми этапами, имеющими достаточно характерные когнитивные и поведенческие проявления [7]. Имея такие данные, казалось бы, что проблема выявления потенциальных суицидентов, оказание помощи и предупреждение их гибели должна быть успешно решена. Тем не менее, ежегодная печальная статистика свидетельствует о невосполнимых утратах, сравнимых с потерями в военное время.

Среди возможных причин такого диссонанса можно указать отсутствие как *системы выявления*, так и *системы учёта* данного контингента. И речь идёт, прежде всего, о живых.

Система выявления лиц с суицидальной активностью – один из важнейших элементов суицидальной превенции. В её задачи должно входить как минимум:

1. Определение контингентов повышенного риска.

2. Акцентное внимание специалистов к любым внутренним формам суицидальной активности (антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы, намерения, суицидальный шантаж).

3. Внимание специалистов к любым формам аутоагрессии.

4. Внимание специалистов к отдельным формам девиантного (в том числе, рискованного) поведения.

5. Выявление суицидальных попыток.

Данные литературы [3, 5, 6, 8], свидетельствуют о тесной взаимосвязи указанных выше элементов. Тем не менее, организационные подходы будут различны при выявлении внутренних форм суицидального поведения и покушений на суицид (внешние формы). Рассмотрим их отдельно.

*Внутренние формы.*

Инструменты их выявления достаточно хорошо разработаны, и помимо интервьюирования, могут включать анкеты, опросники, тесты и др. системы. Для клинической практики не менее важны другие, организационные вопросы – кто и где их может или будет обязан использовать (*специалисты*), какой профиль пациентов нуждается в реализации программы выявления (*контингенты*), как обеспечить и облегчить формализованный этап сбора и обработки информации врачом (*специалисты*) и др.?

Если рассматривать суицидологию как междисциплинарную науку [9], а предупреждение самоубийства – задача не только психиатров, то идеальным можно рассматривать вариант, когда специалист любого профиля и любого ЛПУ, ориентируясь на принцип «суицидологической настороженности», при выявлении отдельных признаков суицидальной активности, аутоагрессивного или рискованного поведения, реализует более целенаправленный комплекс диагностических мер. При подтверждении диагноза он планирует и проводит индивидуально ориентированную коррекционную работу. Под этим так же подразумевается, что у врача имеются инструменты диагностики, доступ к системе учёта и возможность оказания помощи самостоятельно (при соответствующей подготовке) или направления к специалисту в области психического здоровья.

Опыт успешной реализации отдельных элементов такого подхода в России имеется. Так, разработанная профессором Н.А. Корнетовым «Мультиаспектная модель профилактики суицидов» [10] делала акцент на перенос диагностики суицидального поведения с психиатрического приёма на общее первичное звено городских и сельских ЛПУ. Врачи разных специальностей проходили плановую подготовку по профильной программе, где рассматривались вопросы постановки диагноза депрессивных расстройств и успешного их лечения, коморбидности соматических заболе-

ваний и депрессивных расстройств. К работе были так же подключены специалисты социальных служб, психолого-педагогические работники. Результатом этой программы явилось значительное снижение показателей суицидальной смертности в г. Томске и Томской области.

Опыт сибирских коллег достаточно показателен, и хорошо согласуется с данными статистики, согласно которым большинство лиц, совершивших суицидальную попытку (64-83%), ранее к психиатру не обращались и не лечились в связи с психическими расстройствами [11, 12], но могут быть регулярными посетителями врачей других специальностей. С другой стороны нельзя отрицать большую роль психиатров и психотерапевтов в системе суицидальной превенции. Именно специалисты этой службы чаще приходят на помощь в кризисных ситуациях.

Таким образом, выявление внутренних форм суицидального поведения может и должно быть включено как в задачи работы психиатров, так и врачей других специальностей. Оптимально, если в основе будет лежать принцип «суицидологической настороженности». Однако, как показывают практика и данные литературы [3, 5, 13], даже психиатр, имеющий значительный опыт работы, не всегда и не у каждого пациента оценивает суицидальный риск, чему может быть масса и организационных, и личностных, и др. причин. Нередко лишь ретроспективный анализ ситуации после суицида больного, заставляет изменить взгляд на его жалобы, поведение и клиническую динамику в предшествующий период.

В этих условиях, возможным вариантом некой алгоритмизации поведения специалиста в отношении выявления суицидального поведения может выступать широко вводимый в клиническую практику электронный документооборот, в частности электронная медицинская карта (ЭМК) больного. Не вдаваясь в лишние подробности можно рассмотреть схематичный вариант и указать на отдельные ключевые принципы работы системы (пример для *врача психиатра* – см. Схема 1).

Базовые условия работы системы включают:

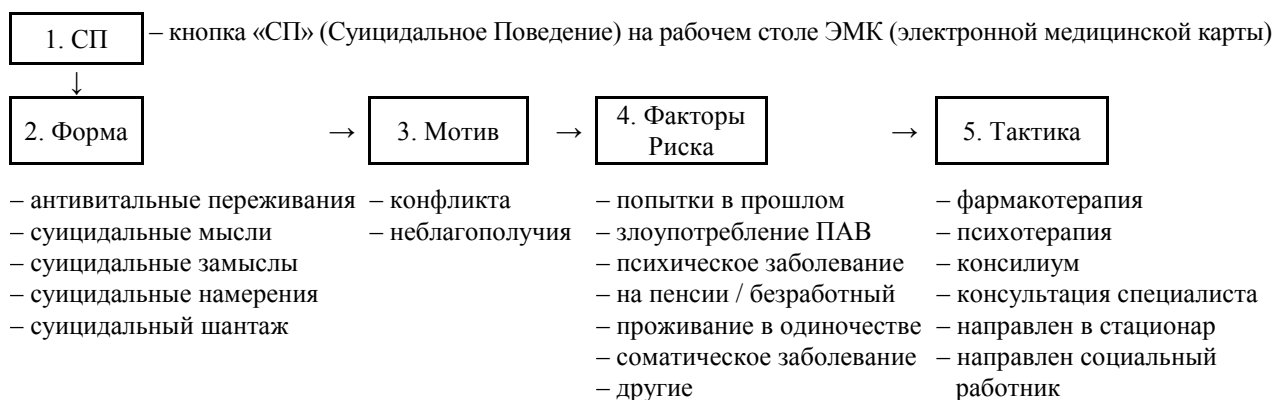
1. В окно оформления приёма ЭМК каждого пациента выносится отдельная кнопка «СП» – суицидальное поведение, инициируемая врачом самостоятельно, а при отсутствии «клика» перед выходом из приёма обязательно предьявляется системой активно. При подтверждении специалистом отсутствия СП приём завершается. Возможность игнорирования врачом кнопки «СП» должна быть исключена.

2. При наличии СП система актуализирует унифицированные варианты ответа для выбора. Врач отмечает предлагаемые системой варианты характеристики суицидальной активности и выбранной тактики.

Для получения минимально необходимой информации и облегчения работы врача в условиях лимитированного времени приёма, на наш взгляд, допустимо ограничиться небольшим количеством этапов («кликов») работы – в данном случае до 5. При необходимости количество оцениваемых факторов может быть изменено с учётом требований клиники (схема 1).

Схема 1

Схема работы системы учёта СП (суицидального поведения) на приёме врача-психиатра



Примечание: для упрощения схемы варианты аутоагрессии и других форм девиантного поведения, подлежащих учёту, не включены, но могут быть дополнены в рабочей версии для практического здравоохранения в соответствии с требованиями и уровнем работы клиники.

Например, для ЛПУ психиатрического и наркологического профиля вполне обосновано включение категорий по отдельным формам девиантного и/или делинквентного поведения. Для врачей общей практики могут быть так же предложены дополнительные варианты с учётом их специфики. Но в случае формирования федерального регистра необходим отбор минимального количества ключевых категорий, входящих во все системы выявления и учёта.

Данный подход по выявлению и учёту СП организационно достаточно прост и доступен практически для клиники любого уровня. Тем не менее, включение даже этой простой пятиуровневой схемы позволит создать электронную базу (регистр) данных внутренних форм суицидального поведения. Прямое следствие – возможность эпидемиологической, клинической, динамической и катamnестической оценки, а в случае совершения покушения или суицида – материал для ретроспективного анализа случая.

Практическая значимость данной системы учёта вполне обоснована. Программный продукт уже в завершающей стадии разработки (проф. Зотов П.Б., д.м.н. Петров И.М.), но перед рекомендацией для внедрения в клиническую практику считаем важным этап согласования и унификации клинических форм суицидального поведения, в том числе с профильными федеральными институтами. Внедрение принятой единой системы позволит получать сравнимые результаты по различным территориям, отдельным контингентам больных, этническим группам и др.

*Внешние формы СП (попытки, суициды).*

Наиболее полная база в России, конечно, по завершённым суицидам. Однако она включает лишь поло-возрастные показатели и способы. Имеются так же вопросы к качеству данного статистического материала [14].

Тем не менее, с позиций совершенствования системы профилактики, наиболее важным является работа с лицами, совершившими покушение на суицид. Выявление, учёт и адресная работа с этими людьми является одной из наиболее важных, так как известно, что значительная часть из них (по разным данным до 30%) способны повторить суицидальные действия в ближайший и отдалённый периоды, нередко предпочитая выбор более brutальных способов самоубийства [15, 16].

Несмотря на высокую значимость выявления этого контингента, в настоящее время единичных официальных инструментов, позволяющих регистрировать суицидальные попытки, нет. В инициативных территориях учёт чаще всего проводится на основе данных по обращениям в Службу скорой медицинской помощи. При этом в качестве сравнительного контингента берётся число летальных суицидов, зарегистрированных в данной территории. Так, согласно данной методике, соотношение Суицид : Попытка в Одессе в 2001-2005 гг. составило 1 : 1,5 [17], а при оценке в динамике на фоне внедрения системы контроля и учёта авторами было отмечено улучшение показателей до 1 : 2,69 [18].

Подобная ситуация характерна и для многих регионов Российской Федерации. Так, согласно данным, приводимым в литературе, отношение количества суицидов к числу покушений в Тамбовской области составляет – 1 : 1,4 [11], в Тульской области – 1 : 2,6 [12]. В Усть-Ордынском Бурятском автономном округе, относящемся к территориям со сверхвысоким уровнем суицидальной смертности, это соотношение составило 1 : 1,7-2,1 [19].

Между тем, принято считать, что на 1 суицид должно приходиться не менее 10 покушений, при этом в подростковом возрасте данный показатель может быть значительно превышен – до 50-100 [16, 20, 21]. С практической точки зрения знание этого соотношения достаточно важно, так как позволяет рассчитать примерное количество суицидальных попыток в территории, и соответственно оценить объём невыявленного контингента. Сравнивая приведённые выше данные, можно сделать вывод, что при указанном механизме регистрации выявляется и учитывается в лучшем случае не более трети суицидальных попыток, а оставшиеся две трети суицидентов выпадают из поля зрения специалистов и не получают необходимую помощь.

В качестве примера решения данной проблемы может быть опыт Тюменской области, где с 2012 года на базе Областной клинической психиатрической больницы действует Суицидологический регистр, в основе работы которого лежит талонный принцип организации системы выявления, регистрации и учёта суицидальных действий [22, 23].

Первоначальным этапом задействования системы является заполнение «Талона первич-

ной регистрации», который включает минимум необходимой информации: ФИО, пол, возраст, адрес, контактный телефон, способ и место суицидальных действий. После заполнения Талон высылается в Суицидологический регистр, где поступившая информация вносится в электронную базу, и далее передаётся участковому психиатру, в задачи которого входит осмотр пациента, определение тактики и предложение помощи (на основе информированного согласия).

Важным условием эффективной работы регистра является этап оформления талона, так как важна достоверность информации. В нашем случае функция оформления талона возложена только на медицинские учреждения и службы, впервые столкнувшиеся с суицидальными действиями. Считаем, что это оправданно, так как установление факта суицидальной попытки нередко затруднено, и даже в практике врачей Скорой медицинской помощи, чаще первыми оказывающими помощь при этих состояниях, возникают сложности в диагностике и диффдиагностике с другими очень схожими ситуациями – несчастный случай, повреждение с неопределёнными намерениями, попытка убийства и др. [24]. Перекалывание обязанностей на сотрудников образовательных, социальных или других учреждений не даёт никаких преимуществ, тем более что в случае реального покушения на суицид будут привлечены медицинские службы, в обязанности которых и входит оформление талона.

Ситуация неучёта совершённой попытки, конечно, так же реальна даже при эффективно действующей системе суицидологического регистра. Наш опыт показывает, что такие случаи есть, и, как правило, они присутствуют в малых (сельских) территориях, а основной причиной сокрытия является угроза стигматизации суицидента и его близких. Но количество таких случаев невелико, и они не определяют эффективность работы регистра в целом.

При разработке модели регистра мы выделили четыре основные задачи, которые должна была решать данная система:

1. Организация системного персонифицированного учёта случаев суицидальных попыток (*первичный талон регистрации*).

2. Координация помощи лицам, совершившим покушение на суицид (направление психиатра по месту жительства суицидента с целью осмотра, рекомендаций о необходимости и возможности коррекционной работы. Заполнение Вторичного *уточняющего* талона).

3. Организация персонифицированного системного учёта и анализа случаев летальных суицидов.

4. Координация и сверка персонифицированных данных покушений и летальных суицидов с другими базами медицинских данных.

Более подробно работа суицидологического регистра (как элемента территориальной системы суицидальной превенции освещена в наших предыдущих публикациях) [22, 25, 26]. Остановимся лишь на отдельных моментах, соответствующих теме данной статьи, в частности, системе учёта, и сравнению числа покушений с количеством самоубийств.

Данные о числе суицидальных действий в г. Тюмени в 2012-2017 гг.. приведены в таблице 1.

Можно отметить снижение частоты суицидов за исследуемый период более, чем в 2 раза (с 109 в 2012 г. до 49 случаев в 2017 г.). Динамика числа покушений в этот же временной интервал подвержена меньшей регрессии.

Обращает внимание соотношение этих двух показателей. Уже в первый год системного учёта число попыток превысило количество летальных случаев в 5,6 раза. В последующие годы на фоне совершенствования системы прослеживается тенденция увеличения разрыва, максимально отмеченная в 2014 г. (1 : 15,2) и 2017 г. (1 : 13,7). В среднем за 6 лет это соотношение составило 1 : 8,5 (рис. 1).

Таблица 1

Соотношение числа завершённых суицидов и попыток в г. Тюмени в 2012-2017 гг..

Вид	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Суицид летальный, n	109	145	56	73	76	49	508
Попытки, n	611	848	853	709	632	673	4326
Соотношение	1 : 5,6	1 : 5,8	1 : 15,2	1 : 9,7	1 : 8,3	1 : 13,7	1 : 8,5





Рис. 1. Соотношение числа самоубийств и покушений на суицид в г. Тюмени (2012-2017 гг.) и ряда других территорий России.

Даже первичный анализ этих данных позволяет сделать вывод о высокой эффективности действующей системы выявления, регистрации и учёта. Отмеченные показатели выявления суицидальных попыток в Тюмени, с другой стороны, так же свидетельствуют о значительном повышении числа лиц, получивших необходи-

мую помощь в постсуицидальный период (вторичная профилактика). Это не могло не отразиться и на общих показателях суицидальной смертности. Можно отметить (табл. 1, рис. 2), что уже спустя 2 года после начала работы регистра количество случаев завершённых суицидов снизилось более, чем в 2 раза.

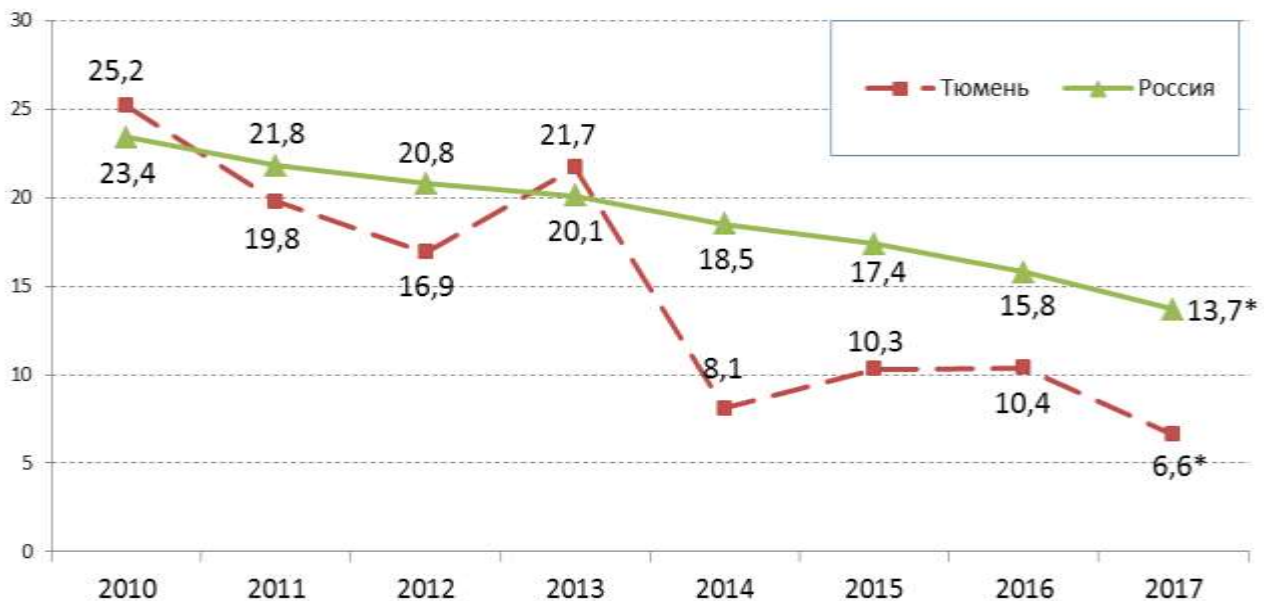


Рис. 2. Динамика показателей суицидальной смертности в г. Тюмени и Российской Федерации в 2010-2017 г. (на 100000 населения). Примечание: \*предварительные данные.

В целом, в г. Тюмени показатель суицидальной смертности за 8 лет снизился в 3,8 раза – с 25,2 в 2010 году до 6,6 в 2017 г. (на 100000 населения).

Приведённые результаты работы региональной системы регистрации и учёта суицидальных попыток в условиях практического здравоохранения свидетельствуют о её достаточной эффективности. Данный опыт может быть положен в основу федерального суицидологического регистра, модель и программный продукт которого в настоящее время разрабатывается (проф. Зотов П.Б., д.м.н. Петров И.М.). Уточнения требуют: количество и объём учитываемых категорий – могут быть различия для регионального и федерального уровней; совместимость программного обеспечения и др.

#### Заключение.

Система выявления и учёта суицидального поведения – важный элемент не только статистической оценки ситуации, но и всей системы суицидальной превенции. Обоснованной является работа на всех этапах суицидальной динамики – начиная с внутренних форм и заканчивая летальными случаями.

#### Литература:

1. [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации, 1980. 14 с.
3. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
4. Положий Б.С. Клиническая суицидология. Этнокультуральные подходы. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. 207 с.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Днепропетровск: «Пороги», 2006. 472 с.
6. Rozanov V. Stress and epigenetics in suicide. 1<sup>st</sup> Edition, Academic Press, 2017. 227 p.
7. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-7.
8. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков. *Академический журнал Западной Сибири*. 2012; 5: 31-2.
9. Положий Б.С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 3-9.
10. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 13 (1): 11-2.
11. Гажа А.К., Баранов А.В. Организация суицидологической помощи населению Тамбовской области. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 63-7.
12. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико - эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 66-75.
13. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35.
14. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Запорожченко В.Г., Землянова Е.В., Никитина С.Ю. Факторы искажения структуры причин смертности трудоспособного населения России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2013. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/>
15. Войцех В.Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2002; 3: 14-21.

Имеющиеся сегодня возможности электронного документооборота позволяют акцентировать внимание специалиста к данной теме при работе с большими группами риска. При этом допустимы различные, но сопоставимые по ключевым категориям оценки, варианты программного обеспечения для специалистов в области психического здоровья и врачей других специальностей.

Случаи покушений на суицид как категория с наибольшей витальной угрозой, требуют более системного подхода, в качестве которого может быть реализован вариант Суицидологического регистра. Имеющийся региональный опыт двухталонной системы учёта позволяет не только расширить выявленный контингент суицидентов, но и увеличить количество лиц, получивших необходимую помощь в постсуицидальный период (вторичная профилактика), что в конечном итоге ведёт к снижению числа самоубийств.

Разрабатываемые программы суицидологических регистров федерального и регионального уровней могут быть основой формируемой системы суицидальной превенции.

#### References:

1. [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii, 1980. 14 s. (In Russ)
3. Wojczech V.F. Klinicheskaja suicidologija. M.: Miklosh, 2007. 280 s. (In Russ)
4. Polozhij B.S. Klinicheskaja suicidologija. Jethnokul'tural'nye podhody. M.: RIO FGU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2006. 207 s. (In Russ)
5. Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija: Dnepropetrovsk: «Porigi», 2006. 472 s. (In Russ)
6. Rozanov V. Stress and epigenetics in suicide. 1<sup>st</sup> Edition, Academic Press, 2017. 227 p.
7. Zotov P.B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-7. (In Russ)
8. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Interrelation of suicidal and risky behavior in adolescents. *Academic Journal of West Siberia*. 2012; 5: 31-2. (In Russ)
9. Polozhy B. Suicidology as multidisciplinary field of knowledge. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 3-9. (In Russ)
10. Kornetov N.A. Multi-aspect model of suicide prevention. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 13 (1): 11-2. (In Russ)
11. Gaza A.K., Baranov A.V. The organization of the prevention of suicidal behavior in the population of the Tambov region. *Suicidology*. 2016; 7 (3): 63-7. (In Russ)
12. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 66-75. (In Russ)
13. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35. (In Russ)
14. Ivanova A.E., Sabgajda T.P., Semenova V.G., Zaporozhchenko V.G., Zemljanova E.V., Nikitina S.Ju. Faktory iskazhenija struktury prichin smertnosti trudospobnogo naselenija Rossii. *Jelektronnyj nauchnyj zhurnal «Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija»*. 2013. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/> (In Russ)
15. Wojczech V.F. Faktory riska povtornyh suicidal'nyh popytok. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2002; 3: 14-21. (In Russ)

16. Chandrasekaran R., Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: a two-years follow-up study. *Hong Kong J. Psychiat.* 2008; 18 (4): 131-5.
17. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2009; 19 (2): 35-41.
18. Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. *Суицидология.* 2012; 4: 3-10.
19. Ворсина О.П. Суицидальное поведение населения, проживающего в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2009; 3: 101-2.
20. Амбрумова А.Г., Гилод В.М., Серпуховитина Т.В. и др. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 г. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1998; 8 (2): 76-81.
21. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. In: *Suicide and attempted suicide* / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.), N-Y: J. Wiley and Sons, 2000. P. 49-64.
22. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета. *Суицидология.* 2012; 1: 3-7.
23. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С. Необходимость и сложности суицидологического учета. *Академический журнал Западной Сибири.* 2010; 4: 48-9.
24. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Принципы организации психиатрического лечения лицам с умышленным самоотравлением, поступившим по скорой помощи в многопрофильный стационар. *Скорая медицинская помощь.* 2013; 14 (1): 24-7.
25. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 1: 8-10.
26. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Кудряков А.Ю., Хохлов М.С., Юсупова Е.Ю., Коровин К.В. Система суицидальной профилактики в Тюменской области. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 72-80.
16. Chandrasekaran R., Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: a two-years follow-up study. *Hong Kong J. Psychiat.* 2008; 18 (4): 131-5.
17. Rozanov V.A., Zaharov S.E., Zhuzhulenko P.N., Krivda G.F. Dannie monito-ringa suicidal'nyh popytok v g. Odesse za period 2001-2005 gg.. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* 2009; 19 (2): 35-41. (In Russ)
18. Zaharov S.Ye., Rozanov V.A., Kryvda G.F., Zhuzhulenko P.N. Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011. *Suicidology.* 2012; 4: 3-10. (In Russ)
19. Vorsina O.P. Suicidal'noe povedenie naselenija, prozhivajushhego v Ust'-Ordynskom Burjatskom avtonomnom okruge. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii.* 2009; 3: 101-2. (In Russ)
20. Ambrumova A.G., Gilod V.M., Serpuhovitina T.V. i dr. Kliniko-statisticheskij analiz suicidal'nyh popytok po g. Moskve za 1996 g. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* 1998; 8 (2): 76-81. (In Russ)
21. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. In: *Suicide and at-tempted suicide* / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.), N-Y: J. Wiley and Sons, 2000. R. 49-64.
22. Zotov P.B., Ryahina N.A., Rodyashin E.V. Suicidological register: methodological approaches and primary accounting documentation. *Suicidology.* 2012; 1: 3-7. (In Russ)
23. Zotov P.B., Umansky S.M., Umansky M.S. The need and complexity of suicidal accounting. *Academic Journal of West Siberia.* 2010; 4: 48-9. (In Russ)
24. Prokopovich G.A., Pashkovskij V.Je., Sofronov A.G. Principy organizacii psihiatricheskogo lechenija licam s umyshlennym samootravleniem, postupivshim po skoroj pomoshhi v mnogoprofil'nyj stacionar. *Skoraja medicinskaja pomoshh'.* 2013; 14 (1): 24-7. (In Russ)
25. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide attempts in Tyumen. *Tyumen Medical Journal.* 2013; 1: 8-10. (In Russ)
26. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Kudryakov A.Yu., Hohlov M.S., Yusupova E.Yu., Korovin K.V. The system of suicide prevention in Tyumen' region (West Siberia). *Suicidology.* 2018; 9 (1): 72-80. (In Russ)

## REGISTRATION AND ACCOUNT OF SUICIDAL BEHAVIOR

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin, I.M. Petrov, V.A. Zhmurov, V.E. Shneider, E.V. Beznosov, A.A. Sevastianov

Tyumen state medical University, Tyumen, Russia, note72@yandex.ru  
Regional clinical psychiatric hospital, Tyumen, Russia  
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

### Abstract:

Issues of detection, record and registration of suicidal behavior are discussed. Major complexities and basic organizational principles of work in this direction are noted. The organizational model of the suicidological register is substantiated. As an example, the work experience of the suicidal service in Tyumen (Western Siberia) is given. It is shown that the opening of the Suicidological Register in the region helped to increase the effectiveness of identifying and recording suicidal attempts. One of the criteria of the work of the register is the ratio of the number of completed suicides and attempts. In the first year of the study (2012), the number of attempts exceeded the number of lethal cases by 5.6 times. In the following years, along with the system's improvement, there is a tendency to widen the gap, which was maximum marked in 2014 (1: 15.2) and 2017 (1: 13.7). On average, in 6 years (2012-2017 гг.) this ratio has become to equal 1: 8.5. An increase in the number of cases of suicide attempts contributed to an increase in the number of people receiving the necessary volume of psycho-correctional care. This was a factor in reducing suicide mortality in Tyumen by 3.8 times – from 25.2 in 2010 to 6.6 in 2017 (per 100,000 population). In conclusion, the authors conclude that the proposed recording model is sufficiently effective and offer its wider use in the work of regional suicidal services. The authors also develop and propose a model of the federal suicidological register.

**Keywords:** suicide, suicide attempt, suicide rate, suicide attempts record, suicide attempts detection, suicide attempts and suicides ratio, Suicidological register, Tyumen, Western Siberia

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносков Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учёт суицидальных попыток. *Суицидология.* 2018; 9 (2): 104-111.

For citation: Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneider V.E., Beznosov E.V., Sevastianov A.A. Registration and account of suicidal attempts. *Suicidology.* 2018; 9 (2): 104-111. (In Russ)

## ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ МЕРЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ СУИЦИДА

*М.А. Зинковский, И.Н. Озеров, А.В. Максименко, Е.А. Переверзев, Е.Е. Новопавловская, Т.С. Колесова, Е.А. Глушков*

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород  
ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина», г. Белгород, Россия

Контактная информация:

**Зинковский Максим Александрович** – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 4069-2733; ORCID iD: 0000-0001-8964-3472; Researcher ID: B-5962-2017). Место работы и должность: доцент кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85; адвокат Адвокатской палаты Белгородской области. Адрес: Россия, 308001, г. Белгород, ул. Нагорная, д. 2. Телефон: +7(905) 679-34-84, электронный адрес: zinkovsky2010@mail.ru

**Озеров Игорь Николаевич** – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 2615-6053; ORCID iD: 0000-0002-7850-0772). Место работы и должность: заместитель начальника по научной работе ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

**Максименко Александр Владимирович** – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 3836-7614; ORCID iD: 0000-0002-9200-9138). Место работы и должность: начальник кафедры уголовно-правовых дисциплин ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

**Переверзев Евгений Анатольевич** – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 2933-2275; ORCID iD: 0000-0002-9721-6064). Место работы и должность: заместитель начальника кафедры государственно-правовых дисциплин ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

**Новопавловская Елена Евгеньевна** – кандидат юридических наук, доцент (SPIN-код: 9039-2139; ORCID iD: 0000-0002-5103-1427). Место работы и должность: профессор кафедры государственно-правовых дисциплин ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

**Колесова Татьяна Станиславовна** – кандидат юридических наук (SPIN-код: 1536-4736; ORCID iD: 0000-0002-4219-9551). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры гражданско-правовых дисциплин ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

**Глушков Евгений Леонидович** (SPIN-код: 1133-5340; ORCID iD: 0000-0001-8754-1683). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры оперативно-розыскной деятельности ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России им. И.Д. Путилина». Адрес: 308024 г. Белгород, ул. Горького, 71. Телефон: (4722) 55-71-13, электронный адрес: belui@mvd.ru

Целью статьи является изучение гражданско-правовых мер повышения качества и конкурентоспособности медицинских услуг в области суицида. Используются: метод научного анализа и формально-юридический метод. Медицинские услуги в области суицида рассматриваются исходя из существующей в настоящее время политики сдерживающих санкций в отношении России. Качество и конкурентоспособность медицинских услуг в области суицида с точки зрения науки гражданского права изучены в трех ключевых моментах. Результаты. Первый момент: причинение вреда здоровью субъекта суицида в результате оказания медицинских услуг в области суицида. Отмечается, что интересы врача и пациента, совершившего суицид, могут носить характер дисбаланса. Формулируется вывод о том, что институт качества медицинских услуг в области суицида взаимосвязан с вопросом причинения вреда здоровью пациента, как со стороны самого пациента в случае актов суицида, так и со стороны врачей в результате оказания специальных медицинских услуг. При этом вред от суицида и вред от действий врачей законом никак не ограничен, чего быть не должно. Второй момент: врачебная (медицинская ошибка). Утверждается, что в юридической и медицинской практике вполне очевидна модель спора между физическим лицом, совершившим акт суицида и медицинской организацией (врачом), суть которого может сводиться к некачественным медицинским услугам, основанным на том, что врач совершил ошибку при оказании медицинской помощи в области суицида. Несмотря на существование в практике однозначных (явных и доказанных) врачебных ошибок вне зависимости от причин их возникновения (низкая квалификация врача, нехватка лекарств, потеря времени и т.п.) следует помнить о поведении

субъекта суицида, его действиях, направленных на причинение себе вреда. Вред от суицида носит одну цель – причинение смерти. Третий момент: гражданско - правовая ответственность врача. К медицинским организациям, врачам подаются иски о компенсации морального вреда, жалобы в отношении действий медицинского персонала, качества медицинских услуг, проведённых операций, процедур. Пациенты пытаются также взыскать убытки. В заключении предлагаются гражданско-правовые меры повышения качества и конкурентоспособности медицинских услуг в области суицида в виде отдельных выводов и понятий.

*Ключевые слова:* суицид; медицинские услуги в области суицида; осуществление и защита гражданских прав физических лиц субъектов суицида

Санкции западных стран против Российской Федерации определили новые задачи отечественной экономики. Отрасли народного хозяйства вынуждены восполнять экспортный объём недостающих товаров, работ, услуг за счёт собственных производственных и финансовых ресурсов. В профессиональной и общественной среде существуют разные позиции на этот вопрос. С одной стороны, кризис и санкции – это негативные явления экономики, которые приводят к ослаблению курса рубля, инфляции, спаду экономических показателей. С другой – названные обстоятельства могут служить стимулом или предпосылкой для экономического роста и благосостояния России.

Особую роль приобретает вопрос о повышении качества и конкурентоспособности товаров, работ, услуг, когда могут отсутствовать элементы конкуренции со стороны иностранных компаний. Важно, чтобы показатели качества и конкурентоспособности в условиях кризиса и санкций не снизились, а удержались на удовлетворительном для конечного потребителя уровне, и продолжили путь в сторону улучшения.

В свете изложенного актуальным для научного исследования являются гражданско-правовые меры повышения качества и конкурентоспособности медицинских услуг, оказываемых физическим лицам, совершившим попытку суицида. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, с точки зрения гражданского права медицинские услуги ежедневно оказываются физическим лицам – пациентам со стороны лечащего врача или иного медицинского работника. Во-вторых, медицинские услуги, которые оказываются физическим лицам, совершившим попытку суицида, имеют некоторую специфику, так как физическое лицо пыталось уйти из жизни, готовилось к акту суицида, нанесло своему здоровью вред определённой степени тяжести, то есть имеет место умысел, а не случай. Заранее нельзя предвидеть конкретный вид медицинской помощи для лиц, оставшихся в живых после суицида. Медицинские услуги, как правило, будут оказываться по фактическому состоянию здоровья и

в зависимости от повреждения конкретных органов человека.

В-третьих, качество и конкурентоспособность медицинских услуг – это понятия, которые носят оценочный характер, иногда остро воспринимаются со стороны пациента, особенно в аспекте права на защиту своего здоровья. Здесь нужно учитывать права и законные интересы не только пациента, но и медицинских работников, так как в практике могут быть ситуации, когда пациента вернуть к жизни невозможно, происходит естественный процесс смерти, а ответственный врач может принять от родственников умершего весь объём устных и письменных претензий в свой адрес, в том числе в отношении будущих судебных процессов.

Отправной точкой в изучении качества и конкурентоспособности вышеуказанных медицинских услуг является факт суицида физического лица.

В медицинской науке суицид может пониматься как динамично (стадийно) развивающееся поведение, направленное на осознанный поиск условий и средств прекращения собственной жизни, включая непосредственную подготовку и реализацию суицидальных действий [1, 2].

Цель суицида – смерть физического лица. Попытка суицида может окончиться смертью. От качества первой медицинской помощи и последующих медицинских услуг зависит жизнь и здоровье субъекта суицида. Гражданское законодательство институт суицида физического лица практически не регламентирует. В результате чего в настоящее время нет действенного гражданско-правового механизма оказания медицинских услуг на различных стадиях суицидального процесса, а именно:

- медицинские услуги до суицида;
- медицинские услуги в момент покушения;
- медицинские услуги после попытки суицида.

Элемент конкурентоспособности названных медицинских услуг лежит в плоскости скорее экономических отношений между частными и государственными лечебными учре-

ждениями. Однако многие состоятельные физические лица могут получать такие услуги и за рубежом, следовательно, национальные медицинские услуги в области суицида имеют все перспективы для своего совершенствования в сторону улучшения качества.

Рассуждая на тему суицида, возникает вопрос о гражданско-правовой природе медицинской услуги в области суицида, а также категорий качества и конкурентоспособности таких услуг.

Согласно п. 4, п. 21 ст. 2 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская услуга – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [3].

В указанном акте есть смешение понятий медицинской услуги, медицинской помощи и скорой медицинской помощи. Названные категории близки к общему родовому понятию «медицинская услуга». На практике возможна ситуация, когда физическое лицо имеет диагностируемые тенденции к суициду, его совершает, родственники или Скорая медицинская помощь человека спасают и доставляют в обычную больницу, либо в психиатрическую клинику. Согласно ст. 29 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжёлым 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 [4].

Таким образом, медицинские услуги в области суицида по своей гражданско-правовой природе могут относиться к деятельности обычных лечебных учреждений или специализированных психиатрических клиник.

Отмеченные факты позволяют классифицировать медицинские услуги (помощь) в области суицида по временному признаку:

- 1) медицинские услуги до суицида;
- 2) медицинские услуги в момент покушения;
- 3) медицинские услуги после суицидальной попытки;
- 4) медицинские услуги (психиатрическая помощь), предоставляемые организацией, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Научное выделение таких разновидностей медицинских услуг, во-первых, позволяет наглядно понять этапы суицида во времени. Во-вторых, выработать юридические подходы к пониманию суицида, как социального явления. В-третьих, дает возможность сформулировать определение понятия медицинских услуг в области суицида для их возможного закрепления в российском законе.

Результаты и обсуждение.

Качество и конкурентоспособность медицинских услуг в области суицида с точки зрения науки гражданского права целесообразно рассмотреть в свете трех моментов: 1) вред здоровью в результате оказания медицинских услуг в области суицида; 2) врачебная (медицинская) ошибка; 3) гражданско-правовая ответственность врача.

*1. Вред здоровью в результате оказания медицинских услуг в области суицида.*

Истоки этой проблемы берут своё начало в ст. 12 Гражданского кодекса РФ (способы защиты гражданских прав). На этот счёт в юридической науке есть интересная точка зрения А.В. Тихомирова, согласно которой любые телесные повреждения при оказании медицинской помощи в составе медицинской услуги образуют физический вред. Однако в юридическом смысле не могут быть квалифицированы в качестве физического вреда охваченные информированным добровольным согласием неизбежные и допустимые при оказании медицинской помощи телесные повреждения. В то

же время являются вредообразующими недопустимые телесные повреждения, которые не могут быть оформлены информированным добровольным согласием пациента. Любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых известно, наступят они или не наступят. Для каждого воздействия на здоровье такие последствия являются не всегда предотвращаемыми, но прогнозируемыми [5].

С юридической стороны будет не просто в рамках судебно-следственных действий отграничить вред, который субъект суицида причинил сам себе во время совершения суицида и вред со стороны медицинских работников, оказывающих медицинские услуги в этом конкретном случае. Можно поддержать точку зрения автора в части того, что любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых известно, наступят они или не наступят. Это вполне логично и в отношении медицинских услуг в области суицида, но не в полном объеме. Говоря о суициде, следует иметь в виду, что врачи, оказывающие медицинские услуги после попытки суицида имеют только свершившиеся факты объективной действительности в виде повреждения организма субъекта суицида по принципу как есть. Институт прогнозирования возможного причинения вреда со стороны такой медицинской услуги представляется не совсем подходящим, так как акт суицида (время, место, способ, сами действия и последствия) находятся за рамками компетенции врачей. Более того, субъект суицида согласно ч. 2 ст. 1 Гражданского кодекса РФ приобретает и осуществляет свои гражданские права своей волей и в своём интересе, то есть такое физическое лицо, если оно не лишено или не ограничено в свободе может совершать любые действия, в том числе суицидальные действия над своим телом.

Т.В. Шепель [6] отмечает, что *ответственность за причинение вреда* пациенту при оказании психиатрической помощи наступает по общим правилам о деликтах, предусмотренным ГК РФ. В то же время условия этой ответственности имеют особенности, обусловленные, прежде всего, спецификой сферы причинения вреда. Особенности ответственности за вред, причинённый пациентам психиатрическим вмешательством, обусловлены и спецификой их психического состояния. Предлагается предусмотреть в ГК РФ правила, учитывающие такие особенности потерпевших:

– закрепить в ст. 151 ГК РФ правило о презумпции причинения морального вреда потерпевшему с психическим расстройством, в том числе при незаконной госпитализации в психиатрический стационар без его согласия;

– дополнить п. 2 ст. 1083 ГК РФ положением о том, что вина потерпевшего, страдающего психическим расстройством, доказывается причинителем вреда [6].

Ключевой особенностью выводов автора является специфика сферы причинения вреда и специфика психического состояния. Юридическая наука в некоторых случаях медицинские психиатрические услуги обуславливает тем, что физическое лицо обладает, если можно так корректно выразиться, степенью понимания значения своих действий (деяний), сделок или непонимания таковых. Психическое расстройство, вероятно, сопутствует волеизъявлению физического лица, направленному на совершение акта суицида. Однако представляется, что вред от суицида, который физическое лицо нанесло само себе, и в особенности последствия такого вреда, трудно отграничить, например, от врачебной ошибки или от вреда, который был причинен субъекту суицида врачом при оказании медицинских услуг в области суицида.

Интересы врача и пациента, совершившего суицид, могут носить характер дисбаланса. Если предположить факт наличия вреда пациенту со стороны медицинской услуги или врача, то обоснованно в юридической судебно-следственной практике и прикладной медицине в области суицида иметь гражданско-правовой и уголовно-правовой барьер или механизм, который с определённой точностью позволит отделить вред «суицидный» от вреда «врачебного». Иначе механизм правосудия будет ориентирован в сторону защиты гражданских прав пациента, выжившего после суицида и считающего, что его состояние здоровья после суицида – это вред со стороны врачей или медицинской услуги в области суицида. К слову сказать, медицинская услуга в области суицида подпадает под действие Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», положения, которого дают физическому лицу – субъекту суицида широкий набор прав: на компенсацию морального вреда; взыскание расходов и убытков, договорных и законных неустоек с медицинского учреждения; освобождение от уплаты госпошлины; выбор подсудности.

Л.Т. Гибадуллина отмечает, что меры ответственности за правонарушения в сфере оказания медицинских услуг следует применять независимо от вины исполнителя медицинской услуги исходя из ст. 1095 ГК РФ. В этом случае потребитель доказывает факт наличия недостатка услуги (с помощью экспертизы качества). Отсутствие объективных критериев определения размера убытков, в том числе расходов, в правовых спорах по качеству медицинских услуг, предопределяет обращение к институту компенсации морального вреда, не требующего отдельной процедуры доказывания [7].

Выводы автора интересны и наталкивают на дальнейшее рассуждение. Можно согласиться с тем, что потребитель обязан доказать факт наличия недостатка медицинской услуги. На практике есть вероятность, что субъект суицида не выступит в суде по причине своей смерти (последствия суицида, повторная попытка суицида, осложнения болезни и т.д.), слабости здоровья, невозможности сформулировать притязания, также может не быть живых родственников или иных представителей, которые бы доказали факт недостатка медицинской услуги. Следовательно, даже при наличии объективных юридических оснований для компенсации вреда за некачественные услуги в области суицида, восстановление нарушенных прав субъекта суицида на практике является относительным вопросом.

С другой стороны, в судебной практике нежелательна картина одностороннего бремени судебного доказывания обстоятельств дела со стороны врача и медицинского учреждения на основе того, что пациент (субъект суицида) – это физическое лицо и одновременно потребитель согласно Закона РФ «О защите прав потребителей». Иначе врач и медицинское учреждение в судебном процессе будут выступать по аналогии с субъектами бизнеса (индивидуальные предприниматели и юридические лица), которые несут повышенную гражданско-правовую ответственность и обязаны доказывать все, в том числе непреодолимую силу и умысел пациента. Следовательно, врач, медицинское учреждение и субъект суицида должны обладать неким свойством паритета взаимных гражданских и процессуальных прав. В противном случае медицинскую услугу в области суицида с точки зрения качества и конкурентоспособности не улучшить. Могут возникать

две крайности: первая – потребитель (субъект суицида) «всегда прав», а вторая – все бремя судебного доказывания ложится только на врача или медицинское учреждение.

Таким образом, институт качества медицинских услуг в области суицида взаимосвязан с вопросом причинения вреда здоровью пациента, как со стороны самого пациента в случае актов суицида, так и со стороны врачей в результате оказания специальных медицинских услуг. Вред от суицида и вред от действий врачей законодательно никак не ограничен.

#### *2. Врачебная (медицинская) ошибка.*

В юридической и медицинской практике вполне очевидна модель спора между физическим лицом, совершившим акт суицида и медицинской организацией (врачом), суть которого может сводиться к некачественным медицинским услугам, основанным на том, что врач совершил ошибку при оказании медицинской помощи после суицида. В бытовом смысле медицинская ошибка будет, скорее всего, пониматься субъектом суицида именно как некачественная медицинская услуга в области суицида.

В науке гражданского права существует ряд точек зрения на природу врачебной или медицинской ошибки.

Первая точка зрения основана на том, что медицинская ошибка – это профессиональное незнание, которое выражается в неправильных, ошибочных действиях медицинского персонала, повлекших причинение вреда жизни и здоровью пациента, что приводит независимо от добросовестности или недобросовестности незнания медицинского персонала к наступлению гражданско-правовой ответственности [8].

Точка зрения логична и закономерна. Действительно критерий незнания в области профессиональной подготовки медицинского персонала, влекущий смерть или причинение ещё большего вреда здоровью для субъекта суицида вполне оправдан. Однако медицинская ошибка в таком понимании должна чётко ограничивать вред субъекта суицида, который он нанёс себе сам и вред со стороны медицинских работников. Это замечание в медицинской и юридической практике должно быть реализовано максимально точно, так как осуществление современной качественной и конкурентоспособной медицинской услуги невозможно без баланса защиты прав пациента и врача. Иначе практика таких случаев будет реализовываться через призму однозначной



вины врача и качество медицинской услуги, безусловно, ухудшится. Пациент, в свою очередь, также может воспользоваться этим и обвинить больницу и медицинский персонал в причинённом вреде здоровью без видимых на то оснований.

Вторая точка зрения сводится к тому, что медицинская ошибка – это основание возникновения обязательств из причинения вреда жизни или здоровью граждан, под которой следует понимать непреднамеренное ненадлежащее действие (бездействие) медицинского работника, повлекшее причинение вреда жизни или здоровью пациента, наступление которого медицинский работник имел реальную возможность избежать, действуя иначе [9].

Представляется, что вторая точка зрения дополняет первую тем, что появляется квалифицирующий признак врачебной ошибки – наличие объективной возможности избежать наступление вреда здоровью. Здесь только напрашивается незначительное уточнение или вопрос о степени предвидения со стороны врача перспективного вреда. Лечащий врач в разрезе статистики течения болезни или последствий суицида должен иметь средние перспективные показатели, но такой вывод, вероятно, лишён точности, поэтому в судебных тяжбах будет требовать сложного процесса доказывания с привлечением мнений дополнительных врачей, например, в виде медицинской экспертизы.

Третья точка зрения под медицинской ошибкой понимает результат невиновного, но противоправного причинения вреда здоровью пациента медицинским вмешательством, должна приводить к освобождению медицинских государственных и муниципальных учреждений от ответственности за причинение вреда при оказании медицинской помощи, кроме случаев причинения вреда источником повышенной опасности. Специальным основанием частичного освобождения медицинской организации от ответственности является существенное нарушение пациентом предписаний врача, способствующее возникновению или увеличению неблагоприятных для его здоровья последствий [10].

Такой подход близок к сбалансированному понимаю взаимных интересов прав пациента и врача. Несмотря на существование в практике однозначных врачебных ошибок вне зависимости от причин их возникновения (низкая ква-

лификация врача, нехватка лекарств, потеря времени и т.п.) следует помнить о поведении субъекта суицида, его действиях, направленных на причинение себе вреда. Вред от суицида носит одну цель – причинение смерти. В то же время, высока вероятность получения увечий субъектом суицида, попадания такого лица в угрожающие состояния (потеря сознания, кома, инсульт, инфаркт, клиническая смерть, инвалидность и т.д.), которые могут наносить вред такому лицу несоизмеримо больший, нежели врачебная ошибка.

Четвертая точка зрения квалифицирует врачебную ошибку, как вид ятрогении являющегося вредом для жизни или здоровью пациента, причинённым противоправными виновными действиями (бездействиями) медицинских работников вследствие их добросовестного заблуждения. Она служит основанием освобождения медицинского учреждения от гражданско-правовой ответственности за причинение вреда, кроме случаев ответственности, наступающей независимо от вины. Несчастный случай как вид ятрогении представляет собой неблагоприятные для жизни или здоровья пациента последствия, обусловленные обстоятельствами, не находящиеся в прямой причинной связи с действиями (бездействиями) медицинских работников. При несчастном случае гражданско-правовая ответственность за причинение вреда не возникает [6].

Положительным моментом названной позиции является указание на категорию несчастного случая и причинной связи. Это позволяет повысить показатели точности в определении медицинской ошибки, связанной с суицидом. Причинно-следственная связь – это логическая связь, которая с разной степенью точности позволяет причине быть предпосылкой следствия, а следствию вытекать из причины. Причинно-следственная связь прямо или косвенно может устанавливать вину врача, оказывающего медицинские услуги в области суицида, выявлять формы умысла пациента в невыполнении предписаний врача и медицинского учреждения, разделять вред акта суицида от вреда, причиненного действиями врачей, повышать качество и конкурентоспособность медицинской услуги в области суицида.

Поэтому категория врачебной ошибки играет важную роль в вопросе качества и конкурентоспособности медицинских услуг в области суицида.

### 3. Гражданско-правовая ответственность врача.

Качество и конкурентоспособность медицинских услуг в области суицида помимо важнейших аспектов – вреда здоровью пациента и врачебной ошибки, понимается также в свете гражданско-правовой ответственности лечащего врача или медицинского учреждения.

Согласно ч. 2, ч. 3 ст. 98 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причинённый жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объёме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Предметная область суицида в теории юридической гражданско-правовой ответственности практически не выделяется в самостоятельные блоки исследований по разным причинам. Научные разработки учёных в большинстве случаев ограничиваются общими моментами гражданско-правовой ответственности.

В юридической практике сейчас преобладает принцип: потребитель всегда прав. В суде очень трудно поддаются доказыванию так называемые случаи «потребительского экстремизма», когда потребитель стремится заработать деньги, опираясь на придуманный спор и положения Закона РФ «О защите прав потребителей», который не содержит практически ни одной статьи о реабилитации или снижении размера гражданско-правовой ответственности врача или медицинской клиники.

Согласно положений Закона РФ «О защите прав потребителей» получателем медицинских услуг в области суицида выступает физическое лицо, то есть обычный потребитель, поэтому, акцент современных научных исследований смещается в сторону потребительского права [7, 11] или договора возмездного оказания медицинских услуг [12].

Вместе с тем, проведённый анализ научных точек зрения и практических проблем позволяет судить о том, что отдельные аспекты гражданско-правовой ответственности врача, оказывающего медицинские услуги физиче-

скому лицу после попытки суицида, нуждаются в более детальной научной разработке по ряду оснований. Во-первых, суицид по своей юридической природе сильно тяготеет к умышленному убийству, которое человек совершает или пытается совершить в отношении собственной жизни (собственного тела). Признать это рядовым медицинским случаем, несчастным случаем, и тем более стандартным юридическим фактом затруднительно. В этом случае действия врачей реанимации, скорой помощи и других специальностей призваны спасти субъекта суицида. Следовательно, вопрос умысла в любой форме в отношении врача здесь не этичен и не корректен, а если и имеет место быть, то только в явной – прямой и письменно доказанной форме.

Во-вторых, суицид – это такое событие в жизни физического лица, которое предвидеть Скорая медицинская помощь и иные врачи с должной степенью заботливости не в состоянии, поэтому категории добросовестности или недобросовестности врачей в аспекте их ответственности спорны. В-третьих, современные тенденции в науке гражданского права в области гражданско-правовой ответственности врачей основаны на институте страхования [13] их гражданско-правовой ответственности.

Традиционно к медицинским организациям, врачам подаются иски о компенсации морального вреда, жалобы в отношении действий медицинского персонала, качества медицинских услуг, проведённых операций / процедур. Пациенты пытаются также взыскать убытки и иные расходы.

Закключение. Изложенные обстоятельства позволяют выделить гражданско - правовые меры повышения качества и конкурентоспособности медицинских услуг в области суицида в форме следующих выводов.

Медицинская услуга в области суицида – это комплекс медицинских вмешательств и предупредительных мер, направленных на выявление, предотвращение и предупреждение актов суицида физических лиц со стороны Скорой медицинской помощи, врачей психиатров, психологов, социологов, реаниматологов, иных врачей, специалистов и медицинских учреждений.

Медицинские услуги в области суицида по временному критерию можно подразделить на: медицинские услуги до суицида; медицинские услуги в момент покушения; медицинские услуги после суицидальной попытки.

Субъект суицида – это физическое лицо, которое имеет устойчивое намерение причинить себе смерть различными способами и уже совершившее как минимум одну документально подтвержденную попытку суицида.

Качество медицинской услуги в области суицида – это количественная и качественная характеристика правового, экономического положения врачей разных специальностей, медицинского персонала и медицинских учреждений, сферы высшего медицинского образования, направленная на персонализированную результативную помощь субъектам суицида.

Конкурентоспособность медицинской услуги в области суицида – это возможность медицинскими превентивными, фактическими и перспективными мерами снижать смертность от актов суицида, уменьшать число больных алкоголизмом и наркоманией субъектов суицида, быть лидером в этой области для российских медицинских учреждений.

В медицинской и юридической практике необходимо разделять вред от суицида от вреда, нанесённого медицинской услугой в области суицида.

Категория медицинской ошибки требует строгого паритета прав и законных интересов врача и пациента. При этом нужно учитывать умысел пациента, его нежелание подчиняться режиму лечебного учреждения, отказ от медицинских процедур и госпитализаций.

Медицинская ошибка в области суицида – это документально установленный юридический факт того, что врач или лечебное учре-

ждение вопреки запрету вышестоящей начальствующей медицинской структуры или обязательным требованиям закона оказали (или не оказали) субъекту суицида такие медицинские услуги, которые либо привели к смерти, либо привели к тяжелой форме инвалидности такого лица, но только на основе прямой причинно-следственной связи между действиями врачей или лечебного учреждения и наступившими последствиями вреда для субъекта суицида.

Гражданско-правовая ответственность врача и лечебного учреждения не должна носить характер массовости. Институт ответственности должен быть обоснован, сбалансирован, например, механизмом страхования рисков. Качество и конкурентоспособность медицинских услуг в области суицида повысится тогда, когда улучшатся следующие факторы: повысится качество высшего медицинского образования; повысится заработная плата врачей и медицинского персонала; будет введена система обязательного страхования риска профессиональной ответственности врача в области оказания услуг, связанных с суицидом; будет создана электронная база учёта лиц, страдающих алкогольной зависимостью [14] в сочетании с лицами, состоящими на учёте у психиатра и потенциально входящие в группу риска по суициду.

Указанные выводы могут найти свое отражение в ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

Литература:

1. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 26-36.
2. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-7.
3. Федеральный закон от 21.11.2011. № 323-ФЗ (в редакции от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Собрание законодательства РФ*. 2011; 48: 6724.
4. Закон РФ от 02.07.1992. № 3185-1 (в редакции от 03.07.2016.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). *Ведомости СНД и ВС РФ*. 1992; 33: 1913.
5. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дис... канд. юрид. наук. М., 2008. 31 с.
6. Шепель Т.В. Деликт и психическое расстройство: цивилистический аспект: Автореф. дис... докт. юрид. наук. Кемерово, 2006. 42 с.
7. Гибадуллина Л.Т. Гражданско-правовая охрана прав потребителей медицинских услуг: Автореф. дис... канд. юрид. наук. Казань, 2015. 34 с.
8. Сидорович Ю.С. Гражданско-правовая ответственность за медицинскую ошибку: Автореф. дис... канд. юрид. наук. М., 2005. 30 с.

References:

1. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Magurdumova L.G. Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior. *Suicidology*. 2013; 4 (3): 26-36. (In Russ)
2. Zotov P.B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-7. (In Russ)
3. Federalnyj zakon ot 21.11.2011. № 323-FZ (v redakcii ot 07.03.2018) «Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v Rossijskoj Federacii». *Sobranie zakonodatelstva RF*. 2011; 48: 6724. (In Russ)
4. Zakon RF ot 02.07.1992. № 3185-1 (v redakcii ot 03.07.2016.) «O psixiatricheskoj pomoshi i garantiyah prav grazhdan pri ee okazanii» (s izm. i dop., vstup. v silu s 01.01.2017). *Vedomosti SND i VS RF*. 1992; 33: 1913. (In Russ)
5. Tihomirov A.V. Problemy pravovoj kvalifikacii vreda zdorovyu pri okazanii medicinskih uslug: Avtoref. dis... kand. jurid. nauk. M., 2008. 31 s. (In Russ)
6. Shepel T.V. Delikt i psihicheskoe rasstrojstvo: civilisticheskij aspekt: Avtoref. dis... dokt. jurid. nauk. Kemerovo, 2006. 42 s. (In Russ)
7. Gibadullina L.T. Grazhdansko-pravovaya ohrana prav potrebitel'ej medicinskih uslug: Avtoref. dis... kand. jurid. nauk. Kazan, 2015. 34 s. (In Russ)
8. Sidorovich Yu.S. Grazhdansko-pravovaya otvetstvennost za medicinskuyu oshibku: Avtoref. dis... kand. jurid. nauk. M., 2005. 30 s. (In Russ)

9. Костикова Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки: Автореф. дис... канд. юрид. наук. М., 2009. 26 с.
10. Берилло М.С. Основания освобождения медицинской организации от ответственности за причинение вреда здоровью пациента: Автореф. дис... канд. юрид. наук. Томск, 2014. 23 с.
11. Кириченко Д.Ф. Правовое регулирование защиты прав потребителей медицинских услуг: Автореф. дис... канд. юрид. наук. М., 2010. 27 с.
12. Шаяхметова А.Р. Договор возмездного оказания медицинских услуг: проблемы теории и практики: Автореф. дис... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2012. 22 с.
13. Капранова С.Ю. Страхование гражданской ответственности исполнителя медицинской услуги: Автореф. дис... канд. юрид. наук. СПб, 2007. 19 с.
14. Razvodovsky Yu.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67-74.
9. Kostikova E.O. Vozmeshenie vreda, prichinennogo zhizni ili zdorovyu grazhdan vsledstvie medicinskoj oshibki: Avtoref. dis... kand. yurid. nauk. M., 2009. 26 s.
10. Berillo M.S. Osnovaniya osvobodzheniya medicinskoj organizacii ot otvetstvennosti za prichinenie vreda zdorovyu pacienta: Avtoref. dis... kand. yurid. nauk. Tomsk, 2014. 23 s. (In Russ)
11. Kirichenko D.F. Pravovoe regulirovanie zashity prav potrebitel'ej medicinskih uslug: Avtoref. dis... kand. yurid. nauk. M., 2010. 27 s. (In Russ)
12. Shayahmetova A.R. Dogovor vozmeznogo okazaniya medicinskih uslug: problemy teorii i praktiki: Avtoref. dis... kand. yurid. nauk. Ekaterinburg, 2012. 22 s. (In Russ)
13. Kapranova S.Yu. Strahovanie grazhdanskoj otvetstvennosti ispolnitelya medicinskoj uslugi: Avtoref. dis... kand. yurid. nauk. SPb, 2007. 19 s. (In Russ)
14. Razvodovsky Yu.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011; 2: 67-74.

### CIVIL-LEGAL MEASURES OF INCREASING THE QUALITY AND COMPETITIVENESS OF MEDICAL SERVICES IN THE FIELD OF SUICIDE

*M.A. Zinkovsky, I.N. Ozerov, A.V. Maksimenko, E.A. Pereverzev, E.E. Novopavlovskaya, T.S. Kolesova, E.L. Glushkov*

Belgorod National Research University, Legal institute, Belgorod, Russia  
Belgorod Law Institute MIA of the Russian Federation named after I.D. Putilina, Belgorod, Russia

#### Abstract:

The purpose of the article is to study civil law measures to improve the quality and competitiveness in the field of suicide. In the course of the study, the methods of scientific analysis and the formal legal method were used. Medical services in the field of suicide are considered proceeding from the current policy of restraining sanctions against Russia. We studied the quality and competitiveness of medical services in the field of suicide from the point of view of civil law science in three key moments. The first point: causing harm to the health of the subject of suicide as a result of the provision of medical services in the field of suicide. It is noted that the interests of the doctor and the patient who committed suicide may have the character of imbalance. The conclusion is drawn that the institution of quality of medical services in the field of suicide is interlinked with the issue of harm to the patient's health, both on the part of the patient himself in the event of the act of suicide, and on the part of doctors as a result of the provision of poor medical services. In this case, the harm from suicide and harm from the actions of doctors by law is not in any way delimited. That should not be. The second point: medical error. It is alleged that in legal and medical practice the model of the dispute between an individual who committed an act of suicide and a medical organization (doctor) is quite obvious, the essence of which can be reduced to poor medical services based on the fact that the doctor made a mistake in providing medical assistance in the field of suicide. Despite the existence of unambiguous (obvious and proven) medical errors in practice (regardless of the reasons for their occurrence such as low doctor's qualifications, lack of medicines, loss of time, etc.), one should remember the behavior of the subject of suicide, his actions aimed at causing himself harm. Harm from suicide has one goal – causing death. The third point: civil and legal responsibility of the doctor. In medical organizations, doctors are sued for compensation for moral harm, they receive complaints about the actions of medical personnel, the quality of medical services, conducted operations, procedures. Patients are also trying to recover damages. In conclusion, civil-law measures are proposed to improve the quality and competitiveness of medical services in the field of suicide in the form of separate conclusions and concepts.

*Key words:* suicide; medical services in the field of suicide; implementation and protection of civil rights of individuals of suicide subjects

Примечание: Данная статья является результатом научного исследования Зинковского М.А. в рамках работы над Грантом Президента РФ 2018-2019 гг. (МК-918.2018.6) по государственной поддержке молодых российских ученых кандидатов наук. Тема гранта: «Юридические проблемы повышения качества и конкурентоспособности товаров, работ, услуг в условиях санкционного режима гражданского оборота Российской Федерации».

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зинковский М.А., Озеров И.Н., Максименко А.В., Переверзев Е.А., Новопавловская Е.Е., Колесова Т.С., Глушков Е.Л. Гражданско-правовые меры повышения качества и конкурентоспособности медицинских услуг в области суицида. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 112-120.

For citation: Zinkovsky M.A., Ozerov I.N., Maksimenko A.V., Pereverzev E.A., Novopavlovskaya E.E., Kolesova T.S., Glushkov E.L. Civil-legal measures of increasing the quality and competitiveness of medical services in the field of suicide. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 112-120. (In Russ)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) и международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте [elibrary.ru](http://elibrary.ru) В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац начинается 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 развёрнутое резюме объемом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели.

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

Для каждого автора целесообразно указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
- б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
- в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются рецензентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

14. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав,

произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: [note72@yandex.ru](mailto:note72@yandex.ru) и письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».