

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Н.Б. Семенова*
Современные стратегии профилактики суицида
у коренных народов: обзор зарубежной
литературы 3
- A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfitto,
E. Stella, M. Mari, L. Steardo, A. Bellomo*
Суицидальное поведение в дебюте шизофрении .. 20
- Е.Б. Любов, Е.С. Носова*
Суицидальное поведение в начале психических
расстройств: отчаяние и надежда 28
- Tobias Teismann, Larissa Pläp,
Sarah Prinz, Jan C. Cwik*
Бесстрашие к смерти и ощущаемая способность
покончить с собой у учеников седьмого, восьмого
и девятого классов 32
- К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов,
Е.А. Николаев, А.Г. Магурдумова*
Бесстрашие к смерти – статика или динамика? .. 40
- Е.Б. Любов, Л.Б. Васькова, М.В. Тяпкина*
Уровни суицидов и потребление антидепрессантов
в России и её регионах 49
- Ю.Е. Разводовский*
Суицид как индикатор психосоциального
дистресса: опыт глобального экономического
кризиса 2008 года 54
- П.Б. Зотов*
Суицидальное поведение заключённых
под стражу и осуждённых 60
- И.С. Карауш, И.Е. Куприянова,
Ю.В. Дроздовский, Г.М. Усов*
Дети и подростки с сенсорными нарушениями:
проблемы депрессии и суицидального риска 70
- А.В. Лукашук, А.В. Меринов*
Клинико-психологическая характеристика отцов
девушек подросткового возраста, совершивших
суицидальную попытку 82

| | |
|--|--|
| EDITOR IN CHIEF | |
| P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia) | |
| RESPONSIBLE SECRETARY | |
| M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia) | |
| EDITORIAL COLLEGE | |
| N.A. Bokhan, acad. RAS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia) | |
| Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia) | |
| N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia) | |
| J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia) | |
| E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia) | |
| A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia) | |
| N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia) | |
| G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine) | |
| B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia) | |
| Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus) | |
| K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia) | |
| V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine) | |
| V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia) | |
| N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia) | |
| A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia) | |
| V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia) | |
| V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia) | |
| L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine) | |
| Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan) | |
| Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland) | |
| Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D., prof. (Sweden) | |
| William Alex Pridemore, Ph. D., prof. (USA) | |
| Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland) | |
| Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof. (Poland) | |
| Журнал «Суицидология» включен в: | |
| 1) Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) | |
| 2) международную систему цитирования Web of Science (ESCI) | |
| Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74 | |
| Адрес редакции: 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 | |
| Заказ № 79. Тираж 1000 экз. | |
| Подписан в печать 27.06.2017 г. | |
| Распространяется по подписке | |
| ISSN 2224-1264 | |

Информация для авторов 88

Contents

| | |
|---|----|
| <i>N.B. Semenova</i> | |
| Modern strategies of preventive measures against suicide in native people: foreign literature review | 3 |
| <i>A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfitto, E. Stella, M. Mari, L. Steardo, A. Bellomo</i> | |
| Suicide in the early stage of schizophrenia | 20 |
| <i>E. Lyubov, E.S. Nosova</i> | |
| Suicidal behavior at the beginning of the mental disorders: despair vs hope | 28 |
| <i>Tobias Teismann, Larissa Pläp, Sarah Prinz, Jan C. Cwik</i> | |
| Fearlessness about death and perceived capability to die by suicide in seventh, eighth and ninth graders | 32 |
| <i>K.A. Chistopolskaya, S.N. Erikolopov, E.L. Nikolaev, L.G. Magurdumova</i> | |
| A commentary: fearlessness about death – a static or a dynamic quality?r..... | 40 |
| <i>E.B. Lyubov, L.B. Vaskova, M.V. Tiapkina</i> | |
| Suicide rates and antidepressant utilization in Russia and its regions ... | 49 |
| <i>Y.E. Razvodovsky</i> | |
| Suicide as an indicator of psychosocial distress: the outcomes of the 2008 global economic crisis | 54 |
| <i>P.B. Zotov</i> | |
| Suicide behavior of detained in custody and convicted prisoners . | 60 |
| <i>I. Karaush, I. Kupriyanova, Yu. Drozdovsky, G. Usov</i> | |
| Children and adolescents with sensory impairments: problems of depression and suicidal risk | 70 |
| <i>A.V. Lukashuk, A.V. Merinov</i> | |
| Clinical and psychological characteristics of fathers of teenage girls who have committed a suicidal attempt | 82 |
| Information | 88 |

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru, www.psychiatr.ru,
<http://www.tyumsmu.ru/aspirantam/journal-suicidology.html>
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology>
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Psihologiya-i-pedagogika/suicidology/>

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

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА У КОРЕННЫХ НАРОДОВ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Н.Б. Семенова

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

Контактная информация:

Семенова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий 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

Высокий уровень суицида среди коренных народов является серьезной проблемой общественного здравоохранения во многих странах, в том числе, в США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Бразилии. Подобная ситуация отмечается и в России, где показатели самоубийств среди коренных популяций непропорционально высоки. В большинстве зарубежных стран, разработаны программы по предотвращению суицида среди аборигенов, опыт которых может быть полезен при составлении профилактических мероприятий для коренного населения нашей страны.

Цель исследования: анализ рецензируемой зарубежной литературы и изучение современных стратегий предотвращения суицида среди коренных народов.

Метод: Проведен систематический анализ публикаций, касающихся вопросов профилактики суицида среди коренных народов. Поиск проведен в научных электронных базах pubmed и medline с использованием ключевых слов: «suicide», «native people», «indigenous», «aborigines», «prevention», «strategies», «protective factors». Глубина научного поиска составила 10 лет за период с 2007 по 2017 годы.

Результаты: За указанный период времени найдено 72 печатные работы. Большинство работ выполнено в США – 43 источника (59,7%), Канаде – 12 (16,7%) и Австралии – 11 работ (15,3%). В Норвегии и Швеции выполнено 4 работы (5,5%), в Англии – 1 (1,4%), в Новой Зеландии – 1 (1,4%). Стратегия предупреждения самоубийств у коренных народов включает три вида вмешательств: универсальные, селективные и индивидуальные. Именно селективные мероприятия определяют специфику направлений и типов вмешательств, адресованных уязвимым группам населения, в том числе, коренным популяциям.

Выводы: Программы по предотвращению суицида среди коренных народов имеют свою специфику и должны включать важные направления, без которых они не будут работать. К таким направлениям относятся: 1) восстановление культурной преемственности; 2) привлечение членов коренного сообщества к участию в разработке и реализации мероприятий; 3) соединение знаний современной медицины с традиционными практиками; 4) повышение жизнестойкости коренной молодежи.

Ключевые слова: суицид, коренные народы, аборигены, профилактика, факторы защиты.

Коренные народы США, Канады, Австралии, Новой Зеландии и Бразилии имеют непропорционально высокие показатели самоубийств, которые в несколько раз превышают значения, регистрируемые среди некоренных популяций. Причины, объясняющих данное социальное явление довольно много, в том числе последствия культурно-исторической травмы, утрата традиционной культуры и традиционного образа жизни, потеря родного языка, разобщенность поколений, продолжающаяся дискриминация, нарушения психического здоровья, злоупотребление ПАВ, алкогольная и наркотическая зависимость, проживание в условиях хронической бедности, низкий образовательный уровень и т.д. [1].

Показатели суицида среди коренных народов России также высоки, и на протяжении многих лет остаются без явной тенденции к снижению [2–9]. Это представляет собой социальную проблему, требующую адекватного решения на государственном уровне.

Первый в истории план действий в области психического здоровья, включающий предотвращение самоубийств, был утвержден на шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г. [10]. Перед Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была поставлена цель добиться снижения уровня суицида к 2020 г. в странах на 10%. Экспертами ВОЗ разработана всесторонняя стратегия предупреждения самоубийств, кото-

рая включает три вида вмешательств: универсальные, селективные и индивидуальные. Универсальные вмешательства направлены на всё население и решают такие задачи, как повышение доступа к услугам здравоохранения, укрепление психического здоровья, снижение уровня чрезмерного употребления алкоголя, ограничение доступа к средствам совершения самоубийства и контроль за более ответственным поведением средств массовой информации. Селективные вмешательства адресованы уязвимым группам населения, к которым относятся лица, перенесшие стресс аккультурации и перемещения, травму или жестокое обращение, страдающие от дискриминации. Индивидуальные вмешательства включают адресную помощь уязвимым лицам, в том числе, имевшим суицидальную попытку или случаи суицида в семье, испытывающим финансовые проблемы или ощущение безнадежности, лицам с психическими расстройствами или хроническим болевым синдромом [10].

В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ, мероприятия по предотвращению суицида в рамках модели общественного здравоохранения должны осуществляться в четыре этапа: эпидемиологическое наблюдение; выявление факторов риска и защитных факторов; разработка, осуществление и оценка эффективности вмешательства; наращивание масштабов эффективных стратегий и программ. В настоящее время национальные стратегии предотвращения самоубийств имеются в 28 странах.

Суицидологическая служба России нуждается в совершенствовании как на государственном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации [11]. Несмотря на высокую смертность от внешних причин среди коренных популяций, лишь в немногих национальных субъектах проводятся мероприятия по профилактике самоубийств [12–15]. В то же время, в большинстве зарубежных стран разработаны программы по предотвращению самоубийств среди аборигенов, опыт которых может быть полезен при составлении профилактических мероприятий для коренного населения нашей страны.

Цель данного обзора заключалась в анализе зарубежной рецензируемой литературы и изучении современных стратегий предотвращения суицида у коренных народов зарубежных стран.

Методы. Проведен систематический анализ научных статей по вопросам профилактики

самоубийств среди коренных популяций. Использованы традиционные каналы поиска в научных электронных базах pubmed и medline с введением ключевых слов: «suicide», «native people», «indigenous», «aborigines», «prevention», «strategies», «protective factors». Глубина научного поиска составила 10 лет за период с 2007 по 2017 годы. За указанный период времени найдено 72 печатные работы. Большинство работ выполнено в США – 43 источника (59,7%), Канаде – 12 (16,7%) и Австралии – 11 работ (15,3%). В Норвегии и Швеции выполнено 4 работы (5,5%), в Англии – 1 (1,4%), в Новой Зеландии – 1 (1,4%).

Результаты. Программы по предотвращению суицида среди коренных народов имеют свою специфику и должны включать важные направления, без которых они не будут работать. К таким направлениям относятся: восстановление культурной преемственности, привлечение членов коренного сообщества к участию в разработке и реализации мероприятий, соединение знаний современной медицины с традиционными практиками, повышение жизнестойкости коренной молодежи [16–20].

Учёт этнической специфики и восстановление культурной преемственности. Самоубийства определяются целым рядом факторов, которые проявляются в зависимости от культурного и социального контекста, поэтому цели, задачи и действия по предотвращению самоубийств должны быть адаптированы к каждой конкретной культуре. Необходимость использования этнокультурного подхода при разработке программ предотвращения самоубийств у коренных народов подчеркивается многими авторами [21–24], которые в качестве подтверждения приводят примеры неэффективности работы профилактических программ, составленных без учета этнической специфики. На примере коренного населения Аляски было показано, что профилактические программы, составленные для европеоидов, не отвечают повседневным реалиям и требованиям общинной психологии коренных популяций. Из-за отсутствия культурной конгруэнтности результативность таких программ оказалась низкой, а профилактические вмешательства не уменьшили уровень суицида [23, 24]. В то же время, обзор стратегии предотвращения самоубийств у коренных народов, проживающих в Австралии, США, Канаде и Новой Зеландии показал, что профилактические меры на уровне местного сообщества, разработанные с учётом куль-

турной специфики, успешно снижают ощущение безнадежности и уменьшают риск суицида [16]. Наибольшего успеха достигали вмешательства, включающие активное вовлечение членов коренного сообщества, и проводимые под его контролем, что гарантировало культурную приемлемость проводимых мероприятий.

Установлено, что сохранение традиционной идентичности, является важным защитным фактором для индейцев и других коренных жителей Северной Америки [25, 26]. Chandler и Lalonde (1998) доказали, что сохранение культурной преемственности в коренных общинах является самым мощным защитным фактором, формирующим устойчивость к суициду. Проанализировав шесть компонентов культурной преемственности, среди которых рассматривались самоуправление, права на землю, образование, медицинские услуги, культурная автономия, наличие полицейского и пожарного участков, авторы пришли к выводу, что малочисленные народы со всеми факторами культурного продолжения имели чрезвычайно низкие уровни самоубийств [27]. При наличии некоторой формы самоуправления относительный риск самоубийств снижался на 85%, наличие образовательных услуг снижало риск суицида на 52%, а права на землю – на 41%. Совокупное воздействие факторов культурной преемственности в тех общинах, где присутствовали все шесть компонентов, снижало показатель суицида среди коренной молодежи до 0 на 100000. В то время как в общинах, где не имелось ни одного из компонентов культурного продолжения, уровень самоубийств составлял 137,5 на 100000 населения.

Hallett с соавт. [28] добавили ещё один фактор культурной преемственности – использование родного языка. Авторы доказали, что языковой компонент является более сильным предиктором резистентности к самоубийству, чем любой из вышеперечисленных шести факторов. Они также показали, что уровень самоубийств фактически упал до нуля в тех немногих общинах, в которых не менее половины членов группы разговаривали на родном языке. На сегодняшний день проблемой большинства коренных народов, испытавших стресс колонизации, является неспособность к общению и выражению собственных чувств на родном языке. Лишь одно–два поколения назад аборигенам бывших колониальных стран не разрешалось использовать родной язык, в связи с

чем способность общаться явно уменьшилась. Данное положение сказывается на будущих поколениях, которые не научились у родителей важности обмена мыслями и эмоциями. Местные сообщества должны поощрять организацию более открытых диалогов, чтобы все члены коренного сообщества, особенно молодежь, могли наслаждаться собственной культурой и говорить о своей истории, развивать более тесные связи внутри общин.

Привлечение членов коренного сообщества к участию в программах. Привлечение добровольцев из этнического сообщества к разработке и осуществлению программ по предупреждению самоубийств значительно повышает эффективность проводимых мероприятий. Правительство государств может предоставить ресурсы, информацию и необходимую поддержку, но инициативные решения о проведении профилактики должны исходить из местных сообществ. Очень важно выделить лидеров и других заинтересованных лиц в коренных общинах. Создание инициативной группы позволит получить поддержку других членов сообщества и повысит вероятность того, что начатая инициатива будет услышана.

Сотрудничество с инициативной группой из числа представителей коренного сообщества необходимо на всех этапах профилактики. Стоит признать, что потребности этнических сообществ в профилактических мероприятиях будут различаться в зависимости от стадии, в которой они находятся относительно давности совершения суицида. Члены сообщества, в котором недавно произошло самоубийство, будут пребывать в совершенно ином настроении и иметь другие потребности, чем те, кто пережил такой опыт некоторое время назад. Поэтому этнические сообщества можно условно разделить на сообщества «групп риска», сообщества в состоянии кризиса, и здоровые сообщества. К ним должен быть разный подход.

Чтобы составить представление о готовности коренной общины к профилактическим вмешательствам и определиться с их объемом, следует провести эпидемиологические исследования. Если к эпидемиологическим наблюдениям привлекаются члены коренной общины, это приводит к пониманию ценности информации, основанной на научных доказательствах, другими представителями коренного сообщества. В качестве примера можно привести результаты плодотворного сотрудничества вождей индейцев апачей и ученых из универ-

ситета Джонса Хопкинса. Итогом совместной деятельности коренных лидеров с учеными явилась разработка национальной стратегии по предотвращению самоубийств, включающая регулярный анализ распространенности суицида и проявлений суицидального поведения среди индейцев апачей племен Белых Гор [29–32]. В рамках национальной стратегии по предотвращению самоубийств среди индейцев апачей племен Белых Гор разработаны мероприятия по борьбе с членовредительством и токсикоманией у коренной молодежи [33].

Ценность совместного сотрудничества важна при отработке и корректировке различных звеньев вмешательства. Так, при совместном сотрудничестве ученых с инициативными группами коренных общин на Аляске выполняются профилактические мероприятия программы Qungasvik [34]. Программа составлена на основе синкретического смешения западных подходов и традиционных практик и включает мероприятия по привлечению молодежи к трезвому образу жизни и уменьшению уровня суицида. Ученые и лидеры коренных общин регулярно собираются вместе для совместного обсуждения результатов с целью корректировки мероприятий и выработки новых направлений по профилактике самоубийств и злоупотребления алкоголем среди молодежи.

Передача культурных традиций молодым поколениям является важным звеном профилактики суицида среди коренных народов, и эта инициатива должна исходить от старейшин. Старейшины, обладающие богатым опытом и философским взглядом на существующие проблемы, выполняют ответственную роль в повышении ресурсов жизнестойкости у членов коренного сообщества, особенно у молодежи. В качестве подтверждения можно привести пример заботы старейшин о молодом поколении в коренных общинах юпиков на Аляске [35]. Старейшины общин, опираясь на собственный опыт и знания, полученные от своих предков, передают молодежи сильные стороны традиционной юпикской культуры, которые некогда способствовали приспособляемости и выживанию их народов, особенно во времена невзгод и социальных потрясений. Общинные процессы и традиционные практики способствуют повышению стрессоустойчивости и благополучию у членов коренной общины на индивидуальном и коллективном уровнях.

К разработке и проведению мероприятий по профилактике самоубийств следует активно

вовлекать коренную молодежь. В период взросления молодые люди пытаются определить свое место в окружающем мире и часто испытывают чувство одиночества. Расширение социальных связей, укрепление отношений со старшим поколением, получение нового социального опыта помогает обрести чувство уверенности, ответственности и самодостаточности. Молодые люди должны участвовать в планировании, управлении и оценке проводимых профилактических мероприятий. Раскрытие потенциала молодежи посредством их активного участия в программах может осуществляться через партнерские отношения с взрослыми. Взрослые берут на себя дополнительные функции наставничества и оказывают помощь молодежи в принятии решений. Подключение молодежи к активной реализации профилактических программ существенным образом помогает расширить их знания в области здоровья и, в свою очередь, воспитывает ответственность и чувство собственной значимости. В качестве примера можно привести участие коренной молодежи в выполнении научно-исследовательского проекта СРА, или «Путь коренной молодежи ко взрослой жизни» [36]. Проект СРА выполняется в США, Канаде и Норвегии. Многие инициативные группы состоят из молодых членов коренных общин, которые проводят изучение проблем и благополучия у инуитов и саамов. Участие молодежи в проекте вызывает у них интерес к проведению научных исследований и получению результатов. Опрос молодежи, участвующей в проекте, показал, что у них происходит формирование чувства коллективной ответственности и общинной взаимосвязи, возникает желание вносить собственный вклад, приносить пользу, заботиться о других и служить образцом для подражания, что вызывает этническую гордость и формирует жизнестойкость.

Привлечение молодежи к выполнению профилактических мероприятий в коренных общинах на Гавайских островах в рамках проекта «Kuleana», или «Ответственность» [37], показало, как молодые люди, создававшие ранее проблемы в своих общинах, в последствии становятся частью их решения. Участие молодых людей в проекте формирует чувство ответственности, позволяет приобрести ощущение собственной значимости среди других членов общины, расширяет их права и возможности в коллективе. Данный проект демонстрирует, что привлечение молодых людей к кол-

лективному выполнению мероприятий является одним из средств по устранению целого ряда негативных проблем в коренных сообществах, таких как злоупотребление наркотиками и насилие.

Интеграция современной медицины с традиционными практиками. Как оказалось, западная модель здравоохранения не может обеспечить восстановления нарушений психического здоровья у коренных народов, вызванного исторической травмой. Клинические последствия культурно-исторической травмы проявляются высоким уровнем суицида, алкоголизма, наркомании, злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) и уменьшают продолжительность жизни последующих поколений [38]. Показано, что мероприятия, направленные на профилактику суицида и лечение алкоголизма у коренных народов являются малоэффективными, если они включают западные модели оказания помощи и не ориентированы на традиционные методы лечения, которые до сих пор поддерживаются коренными народами. Так, Morgan и Freeman [22], на протяжении двух десятилетий участвовавшие в разработке и реализации реабилитационных программ по исцелению зависимости от употребления ПАВ у коренного населения Аляски, пришли к выводу, что все усилия врачей были неадекватны поставленным задачам, так как подавляющая часть причин недуга уходила корнями в историческую травму. Программы восстановления психического здоровья коренных народов, перенесших историческую травму, должны составляться с учетом социального, культурного и исторического контекстов [39]. Чтобы западная система по охране психического здоровья стала более эффективной, она должна сосуществовать с традиционной народной медициной.

В настоящее время появилось понимание того, что знания современной медицины необходимо сочетать с традиционной практикой целительства. К сожалению, в ходе колонизации многие традиционные целебные практики были запрещены и насильственным образом прекращены. На современном этапе исцеления от последствий исторической травмы приоритет следует отдавать традиционным учениям и практикам, а общий акцент делать на восстановлении духовной и телесной гармонии [40]. Многие коренные народы не разделяют физического начала от духовной составляющей, эмоционального и ментального образов, по-

этому важно убедиться, что духовность включена в профилактику и лечение. Использование традиционного подхода в комплексном исцелении предполагает взаимосвязь физического, духовного, психического и эмоционального в индивидуальном и социальном благополучии личности. Общность этих отношений означает, что чувства и эмоции личности неотделимы от чувств коллективного сообщества. Такой целостный взгляд на психическое здоровье не только обеспечивает восстановление личности с учетом культурных особенностей, но также поддерживает связь молодежи с коренным сообществом [28].

Народные целители используют широкий спектр оздоровительных услуг, начиная от лечения физических недугов с помощью лекарственных трав, заканчивая духовным исцелением с применением методов психологического воздействия и церемониальных обрядов. Marsh с соавт. [38] в своём обзоре описывают ритуальные церемонии исцеления от последствий исторической травмы, которые проводятся в коренных общинах Онтарио, Канада. Один из обрядов включает использование тепловых процедур, происходящих в куполообразном домике с подогревом, где тепло и пар «очищают тело, ум и дух от вредных веществ». С целью очищения людей и жилищ от «злых духов» применяется сожжение священной травы в небольшой миске с дальнейшим смазыванием жилья. Для обмена духовной энергией используются групповые методы исцеления, когда все участники, включая старейшин, становятся в круг, где все считаются равными, а информация, духовность, и эмоции являются объединяющими. Как способ соединения с Творцом и духами коренные целители применяют церемониальную дробь на барабанах с ритуальными песнопениями.

Зарубежные авторы подчеркивают, что совместное существование западной медицины и традиционного целительства не ожидается легким, но поставленную задачу можно осуществить наиболее деликатным способом как с этической, так и с культурной точки зрения. Rowan с соавт. [41] приводят пример использования интегрированного подхода в лечении наркомании у коренных народов североамериканского племени микмак, который объединяет современные методы лечения и народные целебные практики, и получил метафоричное название «Two-Eyed Seeing», или «Видение двумя глазами». Принцип «видения двумя гла-

зами» означает, что данный подход позволяет посмотреть на проблему гораздо шире и понять ее глубже. Врачи, использующие методы современной медицины, начинают лучше понимать мировоззрение коренных народов, которое проникнуто глубоким почитанием природы. А целители из числа представителей коренных популяций начинают лучше понимать вопросы современного здравоохранения, с которыми сталкиваются коренные общины. Привнесение ясности и «прозрения» в отношении позволяет приобрести новые перспективы для совместного сотрудничества в решении общей задачи.

Своевременная диагностика суицидального риска. Лица, подверженные риску самоубийства, редко обращаются за помощью, однако у них могут наблюдаться признаки, указывающие на суицидальную уязвимость. Помощь специально обученных «вахтеров», способных распознавать суицидальные намерения, оказывается чрезвычайно важной в таких случаях [42]. В число потенциальных «вахтеров» входят медицинские работники, учителя и сотрудники учебных заведений, лидеры местных сообществ, работники полиции, пожарные и представители других служб экстренного реагирования, социальные работники, традиционные целители, старейшины и духовные лидеры. Цель программы обучения «вахтеров» – совершенствование знаний в области идентификации лиц, находящихся в группе риска, определение степени риска и направление этих лиц на лечение. Содержание обучения должно быть адаптировано к культуре и включать в себя местную информацию о доступе к услугам медицинской помощи. Адаптированные программы показали положительные результаты в тех случаях, когда они были приспособлены к конкретной группе населения [16, 43].

Применение скрининга на выявление депрессии и суицидальных мыслей в условиях амбулаторных медицинских учреждений также может способствовать уменьшению риска суицида. Это было доказано Ballard с соавт. [44] при обследовании 72 подростков апачей в возрасте 13–19 лет, имевших в анамнезе попытку самоубийства. Авторы обнаружили, что в течение предыдущего года 82% подростков из числа обследованных по разным причинам посетили отделение неотложной помощи, из них 26% молодых людей имели жалобы на состояние психического здоровья, включая

суицидальные мысли и самоповреждения. Данное исследование показывает, что проведение скрининга на суицидальный риск для всех пациентов отделения неотложной помощи может способствовать более раннему выявлению и лечению пациентов, относящихся к уязвимым группам.

Niven [45] считает, что проведение скрининга на депрессию и суицидальный риск в учреждениях доврачебной помощи на Аляске будет способствовать повышению уровня диагностики депрессивных состояний и суицидальных мыслей у коренного населения, обратившегося за медицинской помощью. Прямые вопросы, направленные на выявление депрессивных симптомов и риск самоубийства, возможно, являются самым простым и эффективным способом выявления этих серьезных проблем. Кроме того, скрининг должен включать вопросы об употреблении алкоголя пациентами: известно, что алкоголь часто используется в качестве средства самолечения людьми, у которых имеются симптомы депрессии.

Многие коренные народы не могут своевременно получить медицинскую помощь, так как общины, где они проживают, расположены в труднодоступных и удаленных местах. Это особенно актуально для циркумполярных районов – территорий Аляски и Канады, а также мест проживания аборигенов Австралии. На примере коренного населения Аляски было показано, что особенности климата – географической ситуации, разбросанность и удаленность поселков, плохое качество дорог, отсутствие круглогодичного сообщения между населенными пунктами являются причиной низкой доступности к учреждениям здравоохранения, что способствует ухудшению психического здоровья. Поэтому для улучшения качества оказания психиатрической помощи необходимо регулярно, не реже, чем раз в год, проводить скрининг–диагностику психического здоровья в первичном звене здравоохранения [46, 47]. Это позволит начать своевременное лечение и будет способствовать предупреждению суицида.

Бесспорно, что скрининг на депрессию может способствовать своевременному выявлению суицидальных наклонностей. Главная проблема заключается в том, что большинство опросников составлены с учетом клинических проявлений депрессии у европеоидов и использование их при тестировании коренного населения без предварительной адаптации мо-

жет давать искаженные результаты. Ученые из Австралии доказали, что применение скрининговых опросников в работе с коренными народами нуждается в адаптации с учетом культурных и лингвистических особенностей, а также особенностей восприятия и переживания эмоций у аборигенов [48]. Адаптация опросников для аборигенов довольно сложна как в методологическом, так и в концептуальном плане, что связано с использованием европейской системы классификации болезней при проведении исследований в кросс-культурной среде. В конечном итоге, важно понимать, каким образом у пациентов из разных культур переживаются и выражаются симптомы психических расстройств, в том числе, депрессивные состояния. Процесс перевода и адаптации опросника на депрессию для аборигенов Австралии, которым занимались Brown с соавт. [48], занял около шести месяцев. Авторы адаптировали шкалу PHQ, или Patient Health questionnaire, которая включает в себя 11 модулей, проста в обработке и ранее показала высокую эффективность на практике. Brown с коллегами использовали один из вариантов шкалы, PHQ-9, который включает всего 9 утверждений. Процесс работы над опросником потребовал длительных переговоров с представителями нескольких языковых групп из числа австралийских аборигенов. Каждое утверждение многократно обсуждалось, прежде чем участники принимали общее решение. Австралийским аборигенам было сложно понять вопросы, касающиеся чувств и эмоций, без контекстной подсказки или конкретных примеров из жизни. Поиск концептуальной эквивалентности первоначальных утверждений происходил чрезвычайно медленно, особенно это касалось таких понятий как «безысходность» или «подавленность» и др. Сложность понятийного аппарата заключалась в том, что австралийские аборигены не отделяют духовного начала от телесного, не видят разницы между социальными, биологическими и психологическими сторонами болезни. В ходе работы над опросником были выделены наиболее часто встречающиеся симптомы депрессивного аффекта у коренных мужчин, среди которых были чувство «ослабленного духа», частое и интенсивное использование алкоголя, марихуаны и других веществ, и акты спонтанного насилия. На удивление редко отмечались чувство вины, безысходности, ангедония и проявления тревожности.

Группой других учёных из Австралии был разработан специальный опросник для оценки социального и эмоционального благополучия подростков, который авторы назвали «Strong Souls», или «Сильные души» [49]. В опросник включены ряд утверждений, направленных на выявление тревоги, депрессии и суицидального риска у коренной молодежи. Апробация опросника, проведенная на выборках коренной и некоренной молодежи, проживающей в Северных территориях Австралии, показала высокую достоверность и надежность инструментария. В ходе апробации авторы сделали два важных вывода, касающихся особенностей проявления симптомов депрессии и тревоги у аборигенов: чувства печали и плохого настроения не были связаны с тревогой и депрессией, в то время как проявления гнева являлись уникальным симптом депрессии у австралийских аборигенов..

Беседы о суициде. Беседы о самоубийстве являются важным аспектом профилактики суицида среди коренных народов. DeCou и соавт. [50] в своих исследованиях доказали необходимость проведения подобных бесед. Авторы проводили работу с 25 студентами колледжа, приехавшими из сельской местности Аляски. Все студенты были коренными жителями и имели в анамнезе попытку суицида. Работа проводилась с использованием метода углубленного полуструктурированного интервьюирования, в ходе которого молодых людей просили рассказать о своих впечатлениях, связанных с *самоубийством*. После прохождения собеседования большинство участников заявили о том, что они стали чувствовать себя лучше, ни один из участников не сообщил об ухудшении самочувствия. Кроме того, все участники высказали заинтересованность в продолжении исследований. Авторы пришли к выводу, что обсуждение попытки самоубийства оказывает положительное влияние на лицо, которое ее совершило. Были сделаны важные выводы, касающиеся опыта обсуждения прошлых травм и положительного влияния переживания этого опыта на самочувствие суицидента.

Одна из моделей профилактики суицида, существующая на Аляске, включает регулярные беседы о самоубийстве [51]. Эта модель была разработана совместно с лидерами коренных общин для объединения членов коренного сообщества, получения поддержки и по-

зитивного настроения с целью снижения суицидального риска и пропаганды здорового образа жизни. Модель основана на обмене знаниями о самоубийствах и опирается в большей степени не на универсальные образовательные подходы, а на культурную самобытность. С точки зрения лидеров общины, образование – это «способность к преобразованию», порождающее новое понимание и действие. К участию в форумах приглашаются все заинтересованные лица коренного сообщества: племенные лидеры, сотрудники сельских учреждений здравоохранения и социальных служб, правоохранительных органов, руководители религиозных организаций и многие другие. Члены общины собираются вместе каждый месяц для изучения «того, что мы знаем, думаем и хотим сделать» о самоубийстве и его предупреждении. Группу ведут специально обученные кураторы. Вместо того, чтобы давать участникам конкретные советы, кураторы настраивают участников группы вести открытый диалог о суициде и рассматривать разные точки зрения. Главное условие проведения группы – структурирование беседы и поддержка безопасной среды при обсуждении темы самоубийства. Коренные жители заинтересованы в проведении таких форумов и видят в них смысл, так как подобные образовательные структуры позволяют участникам включиться в совместные исследования причин самоубийств и сообща находить выход из ситуации.

Авторы из Австралии описали опыт открытого обсуждения темы суицида с учащимися средних школ в рамках образовательных профилактических программ [52]. Занятия на тему суицида проводились в школах северной Австралии, где регистрируется наибольшее число самоубийств среди коренной молодежи. Авторы считают, что вовлечение учащихся в дискуссию о самоубийстве и способах борьбы с суицидальными наклонностями имеет положительный результат в виде уменьшения попыток самоубийства. Каких-либо доказательств неблагоприятного исхода подобных бесед не было зафиксировано. Положительный опыт, полученный в северной Австралии, может быть использован в образовательных программах других школ и поддержан на национальном уровне.

Повышение жизнестойкости коренной молодежи. Главная идеология, которая лежит в основе любой программы по предот-

вращению суицида среди коренных народов, – это повышение жизнестойкости молодежи [20, 27]. Несмотря на то, что суицидальное поведение является серьезной проблемой, большинство молодых людей всё же не склонны к самоубийству. Поэтому важным вкладом в понимание суицидального поведения и профилактики самоубийств являются знания о защитных факторах и жизнестойкости коренных популяций [53]. Английское слово *resilience* (*жизнестойкость*) происходит от латинского *resilio*, которое означает «упругость», «эластичность» (Мануева, 2006). Способность некоторых людей и сообществ выдерживать и восстанавливать жизненные силы после жестоких испытаний и стрессовых жизненных событий называется жизнестойкостью. По определению М. Раттера (Rutter, 1999, 2000), жизнестойкость – это интерактивное понятие, связанное с комбинацией серьёзных событий, сопряжённых с опасностью и относительно позитивным психологическим результатом, несмотря на эти события.

Показано, что у коренных народов ресурсы жизнестойкости обусловлены защитными факторами, которые работают на семейном, индивидуальном и общинном уровнях. На сегодняшний день выделено более 40 защитных факторов и раскрыты механизмы их влияния [19, 20, 27]. Огромная роль в формировании жизнестойкости у коренных детей и подростков принадлежит семье и семейным отношениям (табл. 1). Тёплые семейные отношения и сплоченность, забота и поддержка со стороны родителей формируют у ребенка чувство безопасности и защищенности [27, 54, 55–58]. В дружной и сплочённой семье у ребенка формируется позитивное самовосприятие и высокая самооценка, поэтому для ребенка важны похвала и одобрение его поступков со стороны родителей [59–61]. Воспитание в родной семье даёт возможность усваивать родной язык, национальную культуру и традиционные практики, что служит базой для формирования этнической идентичности и чувства принадлежности к национальной культуре [27, 59, 62, 63]. Расширенная семья, состоящая из нескольких поколений, формирует чувство общности и сплоченности, может оказать поддержку и заботу в случае, если по каким-то причинам ребенок не воспитывается в родной семье [54, 59, 61, 62, 64, 65].

Защитные факторы семейного уровня

| Фактор | Автор |
|---|---|
| Использование родного языка в семье | Fleming et al., 2008 (USA) Bals et al., 2010 (Northern Norway) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Northern Norway) |
| Устойчивые и безопасные отношения в семье | Kral et al., 2014 (Nunavut, Canada) |
| Семейная сплоченность и забота | Fleming et al., 2008 (USA) Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) Stuart et al., 2014 (New Zealand) Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Близкие отношения с родителями | Spein et al., 2013 (Greenland and North-Norway) |
| Расширенная семья, т.е. семья, состоящая из нескольких поколений | Bals et al., 2010 (Northern Norway) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Northern Norway) Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Формирование чувства общности между поколениями | Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Семейная поддержка и помощь со стороны родителей | Fleming et al., 2008 (USA) |
| Привязанность и похвала | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Одобрение выбора друзей родителями | Bals, Turi, Vitters et al., 2011 (Northern Norway) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Northern Norway) |
| Модели трезвости в семье | Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Воспитание и взросление в кругу родной семьи, формирование этнической социализации в условиях семьи | Bals et al., 2010 (Northern Norway) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Northern Norway) Wexler, 2014 (Alaska, USA) |

К индивидуальным факторам защиты относятся соматические, физические, конституциональные, когнитивные, коммуникативные и личностные качества (табл. 2). Большое значение имеют знания традиционной культуры и традиционных практик, так как это наследие формирует этническую идентичность и навыки саморегуляции. Обмен культурными знаниями повышает сплоченность и групповую поддержку, основанные на осознании смысла общей принадлежности, что вызывает этническую гордость и формирует позитивную самооценку [36, 54, 58, 59, 61, 62, 64–66]. Свободное владение родным языком, как важная часть этнической идентичности, имеет индивидуальное и реляционное значение, усиливает внутригрупповое единство, формирует чувство гордости и принадлежности к истории и культуре [27, 59, 62]. Высокие академические достижения также являются источником позитивной самооценки и открывают перспективы для более успешной жизни [27, 55]. Некоторые виды деятельности, такие как занятия спортом, стимулируют школьную успеваемость, так как для участия в спортивной команде необходимо иметь высокие академические показатели [61].

Физическая активность положительно влияет на самооценку, семейные отношения и отношения со сверстниками, развивает чувство собственной значимости, умение справляться со стрессами [61, 65, 67].

Развитие ответственности происходит в ходе выполнения различных обязанностей, таких как учебные задания, обязанности по дому, уход за младшими братьями и сестрами, сбор денег для сообщества. Благодаря выполнению возложенных на них обязанностей, у молодежи появляется возможность вносить свой вклад в значимое дело, достигать результата и получать чувство удовлетворения. Развитие ответственности одновременно формирует личную автономию и сохраняет связь с сообществом [61, 65]. Формирование коммуникативных навыков и просоциального поведения позволяет молодежи брать на себя разные роли взрослого типа и помогать другим людям, что развивает такие качества, как эмпатия, отзывчивость и надежность, вызывает ответственное доверие и взаимность со стороны других людей, дает шанс получить понимание и поддержку в трудные моменты жизни [27, 36, 58, 61, 65].

Защитные факторы индивидуального уровня

| Фактор | Автор |
|--|---|
| Свободное владение родным языком | Fleming et al., 2008 (USA) Bals et al., 2010 (Northern Norway) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Northern Norway) |
| Знание традиционной культуры, традиционных практик и ценностей | Bals et al., 2010 (Northern Norway) Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) DeCou et al., 2013 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Преданность сообществу и культуре | Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Этническая гордость | Ford et al., 2012 (Alaska, USA) Bals, Turi, Skre et al., 2011 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Хорошее соматическое здоровье | Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Физическая активность | Spein et al., 2013 (Greenland and North-Norway) DeCou et al., 2013 (Alaska, USA) |
| Здоровый образ жизни | Spein et al., 2013 (Greenland and North-Norway) Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Активная жизненная позиция | Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Занятия спортом | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Высокая академическая успеваемость | Fleming et al., 2008 (USA) Spein et al., 2013 (Greenland and North-Norway) |
| Занятость, принадлежность к группе | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Ориентация на социальные нормы и правила | Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Позитивная самооценка | Fleming et al., 2008 (USA) Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Умение справляться со стрессами | Fleming et al., 2008 (USA) Rasmus et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Уверенность в себе | Fleming et al., 2008 (USA) Bals et al., 2010 (Northern Norway) |
| Самостоятельность, самообеспечение | Fleming et al., 2008 (USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Целеустремленность | Allen et al., 2014 (Alaska, USA) Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Система взаимоотношений и внешних связей | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) Henson et al., 2017 (Alaska, USA) |
| Чувство ответственности перед собой, семьей или обществом | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Желание приносить пользу и заботиться о других (просоциальное поведение) | Fleming et al., 2008 (USA) Ford et al., 2012 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) |

Защитные факторы на уровне коренного сообщества включают принадлежность к традиционной культуре и духовности, владение методами и формами хозяйственной деятельности, формирование этнической идентичности и многочисленные аспекты системы взаимоотношений (табл. 3). Обеспечение культурной преемственности и принадлежности к своей культуре развивает стрессоустойчивость у молодежи, дает ощущение самодостаточности

и волю к жизни, особенно в период драматических перемен. Коренная молодежь должна быть хорошо знакома с культурным наследием своего народа, национальными легендами, рассказами и песнями. Это позволяет молодым людям чувствовать себя более компетентными, помогает изменить свою жизнь к лучшему. Национальная идентичность является мощным защитным фактором, усиливает чувство любви и взаимной поддержки в семье и обществе,

ограждает человека от отчаяния, саморазрушения и самоубийства.

Для коренных этносов большое значение имеют духовные ценности. Духовность является неотъемлемой составляющей психического здоровья и эмоционального благополучия, объединяющей в одно целое тело, ум, душу и чувства. У коренных народов имеется особое мировоззрение – поклонение духам и олицетворение всего, что их окружает. Эти знания на протяжении многих веков давали им нравственные силы для выживания и сохранения семьи, родовых и племенных связей. Анимизм, культ Природы, вера в добрых и злых духов сохраняются в сознании коренных популяций до сих пор. Жизнь в балансе с природой – это и есть их истинная душевная гармония, порядок и контроль. Поэтому в этнических сообществах необходимо сохранять те духовные ценности, которые существовали у их предков. Традиционная духовность является сильным защитным фактором. Доказано, что коренная молодежь, имевшая духовные ориентиры, в 2 раза реже

совершает суицидальные попытки и в 3–4 раза реже злоупотребляет алкоголем, по сравнению с молодежью, у которой такая ориентация отсутствует [20].

Позитивная культурная идентичность обеспечивает у молодых поколений ощущение принадлежности к этнической группе, повышает самооценку, чувство собственного достоинства и гордости, формирует целеустремленность, развивает саморегулирование и навыки преодоления [57, 68]. Воспитание и существование в условиях традиционной культуры укрепляет отношения между молодежью и родной землей, а также между молодежью и их семьями, формирует коллективную ответственность [4, 57, 63]. Приобретение жизненных навыков учит выживанию, умению реагировать в стрессовых ситуациях, сохранять стойкость перед лицом трудностей. Защитные факторы традиционной культуры некогда помогали выживанию народам во времена социальных потрясений.

Таблица 3

Защитные факторы на уровне сообщества

| Фактор | Автор |
|--|---|
| Традиционная культура, традиционные методы и формы хозяйственной деятельности | Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) DeCou et al., 2013 (Alaska, USA) Allen et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Воспитание и проживание в условиях традиционной культуры. Формирование этнической идентичности и гордости | Goodkind et al., 2010 (Alaska, USA) Bals, Turi, Vitters et al., 2011 (Northern Norway) Cwik et al., 2015 (Arizona, USA) |
| Традиционная духовность | Fleming et al., 2008 (USA) |
| Проведение традиционных мероприятий | Fleming et al., 2008 (USA) |
| Народная медицина и традиционные методы лечения | Fleming et al., 2008 (USA) |
| Чувство коллективной ответственности и общинной взаимосвязи | Wexler, 2014 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Наставничество старших поколений | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Принадлежность к своей этнической группе | Stuart et al., 2014 (Greenland and North-Norway) |
| Положительные примеры для подражания | Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Дружные, сплоченные сообщества, которые заботятся о молодых и поддерживают их | DeCou et al., 2013 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Прочные отношения между членами сообщества | DeCou et al., 2013 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Joule et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Непрерывность общения и взаимодействия в коренной общине | Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) Wexler, Moses, Hopper, et al., 2013 (Alaska, USA) Allen et al., 2014 (Alaska, USA) Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Контроль со стороны коренного сообщества | Kral et al., 2011 (Nunavut, Canada) |
| Признание и уважение со стороны других членов коренного сообщества | Wexler, Jernigan et al., 2014 (Alaska, USA) |
| Позитивное влияние педагогов | Fleming et al., 2008 (USA) |

Знания и опыт, полученные от предков, должны быть эффективными в преодолении жизненных трудностей у молодежи [54, 60, 61, 65, 66]. Наставничество старших поколений – это источник поддержки для молодых людей, руководство по решению жизненных ситуаций, примеры того, как преодолевать трудности, это развитие уверенности в том, что молодые люди способны справляться с проблемами также, как их наставники и предки [61].

В настоящее время ряд авторов объясняют формирование жизнестойкости у коренной молодежи с позиции нарративного подхода. Метафора нарратива представляет собой последовательность событий во времени, объединенных единой темой и сюжетом. В логике нарративного подхода принято считать, что жизнь каждого человека складывается из разных историй, но какая-то из них доминирует и является ключевой для понимания жизненных событий и переживаний людей. События, происходящие в жизни каждого человека, носят контекстуализированный характер и объясняются социальными, культурными и историческими условиями, в которых они порождены. На примере коренной молодежи Аляски показано, что жизнестойкость снижается в том случае, когда прерывается связь между поколениями. Коренные общины на Аляске претерпели стремительные социальные изменения, в связи с чем, три поколения, от молодежи до старейшин, выросли в совершенно разных социальных, экономических и политических реалиях. Векслер с соавт. [61, 64, 69], изучив жизненные истории у подростков и молодежи двух возрастных групп 11–14 и 15–18 лет, показали, что у подростков и молодежи главной и доминирующей историей было повествование о потере близких отношений. Авторы пришли к выводу, что для большинства коренной молодежи стратегия формирования жизнестойкости будет заключаться в восстановлении системы межличностных связей. В рамках проекта СРА коренная молодежь стремится расширить систему межличностных отношений, включая родственные связи. В ходе межличностного взаимодействия они приобретают большую уверенность, ответственность, чувство компетентности и самоуважения.

Современные программы предотвращения самоубийств среди коренных

народов. Обзор статей, посвященных программам предотвращения суицида среди коренных популяций и оценке эффективности проводимых мероприятий, показал, что в зарубежной рецензируемой литературе представлены только вмешательства, которые проводятся в США, Канаде и Австралии. Нам не встретились сообщений из Бразилии и Новой Зеландии. Авторы обзорных статей, которые осуществляли поиск по данной проблематике в рецензируемой и серой литературе, пришли к выводу, что многие результаты не публикуются в академических журналах и изданиях, поэтому тексты трудно найти при использовании традиционных каналов поиска [16, 17, 18]. Эти ограничения препятствуют полному пониманию объемов профилактических мероприятий в коренных сообществах и оценке их результативности. Ниже мы приводим примеры профилактических вмешательств, которые освещены в рецензируемой литературе.

Крупномасштабная программа профилактики суицида существует на Аляске под названием *People awakening*, или «Пробуждение людей». Программа была инициирована коренными жителями Аляски в 1994 году, которые обратились с просьбой к учёным университета Аляски в Фэрбенксе исследовать проблемы алкоголизации среди местного населения. Начало работы проекта было связано с профилактикой алкоголь-ассоциированного суицида, в настоящее время проект охватил практически весь штат. В отличие от предыдущих проектов, которые были сфокусированы на изучении негативных сторон алкоголизма, программа «Пробуждение людей» изучает пути, ведущие к трезвому образу жизни. Основная идея проекта заключается в том, что понимание путей, ведущих к трезвости, поможет разработать программу профилактики алкоголизма и ассоциированного с ним суицида. Организационные мероприятия и внедрение программы заняло много времени, проходило в несколько этапов, включали много направлений и исследовательских многоуровневых проектов [72]. Первый этап проходил с 1999 по 2004 годы и преследовал цель выявления защитных факторов при изучении жизненного пути у коренных жителей, ведущих трезвый образ жизни [70, 71]. Вторая стадия проекта включала разработку культурно обоснованных превентивных

вмешательств, основанных на модели трезвости, и апробацию их в двух местных сообществах с разной степенью готовности [73]. Третья стадия проекта представляла дальнейшую адаптацию и разработку культурно обоснованной оценки эффективности проводимых мероприятий. В настоящее время проект находится на четвертой стадии реализации, в ходе которой проводится изучение эффективности и целесообразности профилактического вмешательства для коренной молодежи [74]. Проект *People awakening* существует более 20 лет. За это время авторами проекта составлена эвристическая модель защитных факторов [75, 76] и разработаны коррекционные воздействия, представляющие собой не культурные вмешательства, а вмешательства, основанные на культурном знании [77]. Одно из профилактических вмешательств, получившее название «Эллангнек», направлено на молодых людей 12–18 лет и включает защитные факторы всех уровней: культурного, индивидуального и семейного. Результатом этого вмешательства явилась разработка универсального инструментария «Къунгасвик», который позволяет приспособить программу к уникальным особенностям любой коренной общины [34, 78]. Разработана оценочная шкала для диагностики уровня осознания негативных последствий от злоупотребления алкоголем. Шкала прошла апробацию в исследовании *Umuuangaaruqaq* («Отражение») на выборке подростков и молодежи в возрасте 12–18 лет, проживающих в отдаленных общинах Аляски [79, 80]. Целесообразность, необходимость и эффективность проведения мероприятий регулярно оценивается в таких исследованиях как *Elluam Tungiinun* и *Yupriucimta Asvairtuumallerkaa* [74].

В Канаде с 2004 г. работает программа по предотвращению суицида среди молодежи под названием *Tunngajuq*, или «Выбираем жизнь». Создание Совета *Tunngajuq* приходится на 2003 г., когда возникла острая потребность в объединении усилий общественных и государственных органов для снижения высокого уровня самоубийств среди инуитов, проживающих в Нунавуте. Совет был учрежден с целью выработки позитивного подхода к жизни и улучшения благополучия коренной молодежи и взрослых. Идея проекта *Tunngajuq* заключалась в побуждении инуитов к тому, чтобы це-

нить жизнь. Для повышения жизнестойкости у приполярной молодежи проведено изучение их социального опыта, стратегий преодоления трудностей, факторов защиты и устойчивости. К проекту были привлечены учёные и программисты, которые разработали научную методологию сбора данных в виде структурированного интервью для использования на сайте [56]. Это позволило молодежи описать те проблемы, которые являются наиболее важными, осветить свои успехи. Развитие более тесных и безопасных отношений с друзьями и членами семьи позволило инуитской молодежи стать более устойчивыми к стрессам, вызванным социальными изменениями в канадской Арктике.

Помимо крупномасштабных проектов в литературе встречаются описания отдельных профилактических мероприятий, направленных на различные звенья формирования жизнестойкости у молодежи. Проект *Kòts'iihitla*, или «Мы зажигаем огонь», предложенный в Канаде, использует идеологию укрепления психического здоровья и устойчивости у северной молодежи через вовлечение в искусство [81]. По мнению авторов проекта, молодые люди, приобретая творческие навыки и умения, соответствующие их культурным потребностям, приобретают большую уверенность в себе.

Для укрепления психического здоровья и профилактики самоубийств среди коренных северных народов микмак группа старейшин племён совместно с междисциплинарной группой учёных предложили использование кукол-марионеток. Основная идеология заключается в воссоединении традиционных знаний микмак с учениями западной науки для разработки стратегии культурной преемственности. Использование кукол-марионеток, сделанных из естественных лесных материалов, помогает лучшему развитию родного языка и приобщению к традиционной культуре и истории [82].

Для формирования позитивного развития молодежи и снижения уровня суицида также используются современные цифровые технологии, в частности, метод цифрового сторителлинга. Проект цифрового сторителлинга, или рассказ историй, проводится на Аляске. Авторы и участники проекта, в основном это молодежь, записывают короткие цифровые истории,

в которых делятся своими соображениями, ради чего стоит жить [83]. Участники проекта в ходе повествования могут комбинировать голосовую запись с видеосюжетами, фотографиями и музыкой. Молодые люди имеют возможность рассказывать о своих достижениях и важных событиях, происходящих в жизни. Показано, что участие в проекте положительно влияет на улучшение психического здоровья молодежи.

В Австралии также имеется Национальная стратегия предотвращения самоубийств, которая направлена на ранние вмешательства, в том числе, развитие устойчивости и самоэффективности у молодежи, повышение грамотности в области психического здоровья [84]. Австралийская Национальная стратегия считается прогрессивной, однако имеющегося объема услуг недостаточно, в частности, отсутствуют крупномасштабные профилактические программы для аборигенов. Отдельные вмешательства по снижению уровня суицида среди коренной молодежи представлены в литературе. В качестве примера можно привести проект по формированию жизнестойкости у подростков, приехавших на учебу в школы–интернаты Квинсленда с островов Торрессова пролива, где нет средних школ [85]. Проект был инициирован Австралийской Национальной системой здравоохранения и медицинским исследовательским Советом в декабре 2014 г. в ответ на рост самоубийств среди учащихся интернатов. Проект включает многокомпонентное вмешательство в виде наставничества для молодых людей с целью повышения психологической устойчивости. В настоящее время проект принят к исполнению и рассчитан на 5 лет.

С целью приближения медицинской помощи населению, особенно молодым людям, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах Австралии, разработаны приложения для мобильных телефонов, позволяющие получить медицинскую помощь в режиме on–line консультирования [86]. Цель внедрения мобильного приложения заключается в уменьшении суицидальных мыслей, признаков депрессии, психологического стресса и импульсивности среди коренной молодежи, проживающей в отдаленных районах, таких как Кимберли, Северо–Западная Австралия. Оценка эффективности данного вида помощи показала,

что мобильные приложения уменьшают проявления стресса и депрессии, но не снижают суицидальных идеаций и не уменьшают импульсивность.

Результативность мероприятий по предупреждению самоубийств. Оценка мероприятий по предупреждению самоубийств в местных сообществах позволит сделать ценные выводы о том, какие механизмы наиболее эффективны и рентабельны. Основная проблема при оценке эффективности профилактических программ связана с трудностью отнесения наблюдаемых результатов или конечных эффектов именно за счет проводимых мероприятий, поскольку существует множество других факторов, оказывающих воздействие на частоту самоубийств [10]. Ещё одна причина состоит в том, что из–за нехватки ресурсов не всегда есть возможность обеспечить оценку профилактических мероприятий, основанную на фактах.

Кроме того, программы по предотвращению суицида, имеют разную методологию, объем и направленность воздействий, что не позволяет провести их сравнительный анализ и оценить результативность [16–18]. Для более адекватной оценки профилактические программы должны содержать единую методологию и структурированный набор мероприятий. Однако это является сложной задачей вследствие культурных, социальных, экономических и прочих различий в коренных сообществах. Также до сих пор не решён вопрос, какие критерии взять за основу оценивания результатов.

Sahota и соавт. [87] утверждают, что в нынешних условиях строгая научная оценка профилактических мероприятий, проводимых в традиционных сообществах, является трудно выполнимой. Авторы рекомендуют проводить более гибкую политику оценки результатов и перейти к доказательствам, подтвержденным на практике. Непосредственно после проведения вмешательства необходимо оценивать практические результаты, которые подкреплены фактическим материалом и помогают провести анализ эффективности работы коррекционных вмешательств.

Выводы.

Таким образом, анализ зарубежного опыта по предотвращению самоубийств среди коренных народов показал, что при разработке про-

филактических программ необходимо учитывать культурную специфику, знания о защитных факторах, этнопсихологические особенности эмоционального реагирования и клинические проявления психических расстройств у представителей коренных популяций. Национальная стратегия профилактики суицида среди коренных народов должна включать направления по восстановлению культурной

преимственности, привлечение членов коренного сообщества, соединение знаний современной медицины с традиционными культурными практиками и повышение жизнестойкости коренной молодежи. Оценка результативности программ должна быть гибкой и опираться на практические результаты, подкрепленные фактическим материалом.

Литература:

1. Семенова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы // Суицидология. – 2017. – Том 8, № 1. – С. 17–38.
2. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. и др. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу // Суицидология. – 2017. – Том 8, № 1. – С. 68–76.
3. Говорит Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 48–54.
4. Лубсанова С.В., Базаров А.А. Суицидальное поведение и религиозность (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей) // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 79–83.
5. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г. Смертность от внешних причин и ее связь с употреблением алкоголя в республике Тыва // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 48–50.
6. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктеноол С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 11–18.
7. Семенова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 23–25.
8. Семенова Н.Б., Долгушина Е.Е. Нарушения психического здоровья у подростков Бурятии как клинический фактор риска суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 24–26.
9. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48–51.
10. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – 102 с.
11. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина В.Е. Местные суицидологические службы России: проблемы и решения // Социальная клиническая психиатрия. – 2014. – Том 24. – Вып. 4. – С. 10–20.
12. Артюхов И.П., Манчук В.Т., Семенова Н.Б. Сохранение психического здоровья детей коренного населения республики Тыва // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – №2. – С. 12–15.
13. Любов Е.Б., Сумароков Ю.А., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3. – С. 23–30.
14. Мартынова Т.Ф. Основные направления профилактики деструктивного поведения в детско-подростковой и молодежной среде республики Саха (Якутия) // Суицидология. – 2010. – №1. – С. 71–72.
15. Семенова Н.Б. Профилактика суицидального поведения у подростков республики Тыва // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – №2. – С. 30–33.

References:

1. Semenova N.B. Suicidal prevalence and risk factors in native peoples: the review of foreign data // Suicidology. – 2017. – Vol. 8, № 1. – P. 17-38. (In Russ)
2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. et al. Alcoholism and suicidality factors among indigenous population of territories given the same status as Far North // Suicidology. – 2017. – Vol. 8, № 1. – P. 48-54. (In Russ)
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – Vol. 4, № 1. – P. 48-54. (In Russ)
4. Lubsanova S.V., Bazarov A. A. Suicidal behavior and religiosity (for example, young people Buryat and Russian nationalities) // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3. – P. 79-83. (In Russ)
5. Openko T.G., Chukrova M.G. Mortality from external causes and its connection with alcohol consumption in Tyva Republic // Suicidology. – 2011. – Vol. 2, № 1. – P. 48-50. (In Russ)
6. Polozhy B.S., Kuular L.Y., Dukten-ool S.M. Peculiarities of suicidal situation in the regions with ultrahigh suicide rate (on an example of The Republic of Tyva) // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 11-18. (In Russ)
7. Semenova N.B. Prerequisites of suicidal behavior of the indigenous population of the Republic of Tuva // Suicidology. – 2010. – Vol. 1, № 1. – P. 23-25. (In Russ)
8. Semenova NB, Dolgushina E.E. Mental health disorders in adolescents in Buryatia as a clinical risk factor for suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 24-26. (In Russ)
9. Tsyrempilov S.V. Suicides in Republic Buryatiya: the impact of ethnocultural factors and passionarity ethnic groups // Suicidology. – 2012. – Vol. 3, № 3. – P. 48-51. (In Russ)
10. Predotvrashhenie samoubijstv: global'nyj imperativ. – Zheneva: Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija, 2014. – 102 s. (In Russ)
11. Ljubov E.B., Kabizulov V.S., Cuprun V.E., Chubina V.E. Mestnye suicidologicheskie sluzhby Rossii: problemy i reshenija // Social'naja klinicheskaja psihiatrija. – 2014. – Tom 24. – Vyp. 4. – S. 10-20. (In Russ)
12. Artjuhov I.P., Manchuk V.T., Semenova N.B. Sohranenie psihicheskogo zdorov'ja detej korenного naselenija respubliky Tyva // Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2009. – №2. – S. 12–15. (In Russ)
13. Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 23-30. (In Russ)
14. Martynova TF The main directions of prevention of destructive behavior in the children's and adolescent and youth environment of the Sakha Republic (Yakutia) // Suicidology. – 2010. – Vol. 1, № 1. – P. 71-72. (In Russ)
15. Semenova N.B. Profilaktika suicidal'nogo povedenija u podrostkov respubliky Tyva // Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii. – 2009. – №2. – S. 30–33. (In Russ)

16. Clifford A.C., Doran C.M., Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand // *BMC Public Health*. – 2013. – Vol. 13. – P. 463.
17. Redvers J., Bjerregaard P., Eriksen H., et al. A scoping review of Indigenous suicide prevention in circumpolar regions // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2015. – Vol. 4, № 74. – P. 27509.
18. Harlow A.F., Bohanna I., Clough A. A systematic review of evaluated suicide prevention programs targeting indigenous youth // *Crisis*. – 2014. – Vol. 35, № 5. – P. 310–321.
19. MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C., et al. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2013. – Vol. 72.
20. Fleming J., Ledogar R.J. Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review // *Pimatisiwin*. – 2008. – Vol. 6, № 2. – P. 47–64.
21. Berman M. Suicide among young Alaska Native men: community risk factors and alcohol control // *Am. J. Public Health*. – 2014. – Vol. 104, № 3. – P. 329–335.
22. Morgan R., Freeman L. The healing of our people: substance abuse and historical trauma // *Subst. Use Misuse*. – 2009. – Vol. 44, № 1. – P. 84–98.
23. Wexler L. Behavioral health services "Don't work for us": cultural incongruities in human service systems for Alaska Native communities // *Am. J. Community Psychol.* – 2011. – Vol. 47 (1–2). – P. 157–169.
24. Wexler L.M., Gone J.P. Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: unexamined assumptions and new possibilities // *Am. J. Public Health*. – 2012. – Vol. 102, № 5. – P. 800–806.
25. Wexler L., Chandler M., Gone J.P., et al. Advancing suicide prevention research with rural American Indian and Alaska Native populations // *Am. J. Public Health*. – 2015. – Vol. 105, № 5. – P. 891–899.
26. Chandler M. The "Mental" Health of Canada's Indigenous Children and Youth: Finding New Ways Forward // *Healthc Q.* – 2011. – Vol. 14, № 2. – P. 50–57.
27. Fleming J., Ledogar R.J. Resilience, an evolving concept: a review of literature relevant to aboriginal research // *Pimatisiwin*. – 2008. – Vol. 6, № 2. – P. 7–23.
28. Hallett D., Chandler M.J., Lalonde C.E. Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*. – 2007. – Vol. 22. – P. 392–399.
29. Cwik M.F., Barlow A., Goklish N., et al. Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system // *Am. J. Public Health*. – 2014. – Vol. 104. – P. 18–23.
30. Cwik M.F., Tingey L., Maschino A., et al. Decreases in Suicide Deaths and Attempts Linked to the White Mountain Apache Suicide Surveillance and Prevention System, 2001–2012 // *Am. J. Public Health*. – 2016. – Vol. 106, № 12. – P. 2183–2189.
31. Cwik M.F., Barlow A., Tingey L., et al. Nonsuicidal self-injury in an American Indian reservation community: results from the White Mountain Apache surveillance system, 2007–2008 // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 50, № 9. – P. 860–869.
32. Mullany B., Barlow A., Goklish N., et al. Toward understanding suicide among youths: results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001–2006 // *Am. J. Public Health*. – 2009. – Vol. 99, № 10. – P. 1840–1848.
33. Barlow A., Tingey L., Cwik M., et al. Understanding the relationship between substance use and self-injury in American Indian youth // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2012. – Vol. 38, № 5. – P. 403–408.
34. Rasmus S.M., Charles B., Mohatt G.V. Creating Qungasvik (a Yup'ik intervention "toolbox"): case examples from a community-developed and culturally-driven intervention // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54 (1–2). – P. 140–152.
35. Ayunerak P., Alstrom D., Moses C., et al. Yup'ik culture and context in Southwest Alaska: community member perspectives of tradition, social change, and prevention // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54 (1–2). – P. 91–99.
36. Ford T., Rasmus S., Allen J. Being useful: achieving indigenous youth involvement in a community-based participatory research project in Alaska // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2012. – Vol. 8, № 71. – P. 1–7.
37. Trinidad A.M. Toward Kuleana (Responsibility): A case study of a contextually grounded intervention for Native Hawaiian youth and young adults // *Aggress. Violent Behav.* – 2009. – Vol. 14, № 6. – P. 488–498.
38. Naseba T. Marsh, Coholic D., Cote-Meek S., et al. Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in Northeastern Ontario, Canada // *Harm. Reduct J.* – 2015. – Vol. 12. – P. 14.
39. Gone J.P. A community-based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence-based practice // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2009. – Vol. 77, № 4. – P. 751–762.
40. Goodkind J.R., Ross-Toledo K., John S., et al. Promoting healing and restoring trust: policy recommendations for improving behavioral health care for American Indian/Alaska Native adolescents // *Am. J. Community Psychol.* – 2010. – Vol. 46. – P. 386–394.
41. Rowan M., Poole N., Shea B., et al. A scoping study of cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: methods, strategies and insights from a Two-Eyed Seeing approach // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. – 2015. – Vol. 4, № 10. – P. 26.
42. Nasir B.F., Hides L., Kisely S., et al. The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review // *BMC Psychiatry*. – 2016. – Vol. 21; 16, № 1. – P. 357.
43. Sareen J., Isaak C., Bolton S.L., et al. Gatekeeper training for suicide prevention in First Nations community members: a randomized controlled trial // *Depress. Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, № 10. – P. 1021–1029.
44. Ballard E.D., Tingey L., Lee A., et al. Emergency department utilization among American Indian adolescents who made a suicide attempt: a screening opportunity // *J. Adolesc. Health*. – 2014. – Vol. 54, № 3. – P. 357–359.
45. Niven J.A. Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for Use in Alaska's village clinics // *Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res.* – 2007. – Vol. 14, № 2. – P. 16–28.
46. Hiratsuka V.Y., Smith J.J., Norman S.M., et al. Guideline concordant detection and management of depression among Alaska Native and American Indian people in primary care // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2015. – Vol. 74, № 10.
47. Dillard D.A., Muller C.J., Smith J.J., et al. The impact of patient and provider factors on depression screening of American Indian and Alaska Native people in primary care // *J. Prim. Care Community Health*. – 2012. – Vol. 3. – P. 120–124.
48. Brown A.D., Mentha R., Rowley K.G., et al. Depression in Aboriginal men in central Australia: adaptation of the Patient Health Questionnaire 9 // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 20, № 13. – P. 271.
49. Thomas A., Cairney S., Gunthorpe W., et al. Strong Souls: development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 44, № 1. – P. 40–48.
50. 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. – Vol. 19, № 1. – P. 67–75.
51. Wexler L., McEachern D., DiFulvio G., et al. Creating a community of practice to prevent suicide through multiple channels: describing the theoretical foundations and structured learning of PC CARES // *Int. Q. Community Health Educ.* – 2016. – Vol. 36, № 2. – P. 115–122.
52. Bridge S., Hanssens L., Santhanam R. Dealing with suicidal thoughts in schools: information and education directed at secondary schools // *Aust. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 15, № 1. – P. 58–62.
53. Mackin J., Perkins T., Furrer C. The power of protection: a population-based comparison of Native and non-Native youth suicide attempters // *Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res.* – 2012. – Vol. 19, № 2. – P. 20–54.
54. 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. – Vol. 48 (3–4). – P. 426–438.
55. Spein A.R., Pedersen C.P., Silviken A.C., et al. Self-rated health among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates // *Int. J. Circumpolar Health*. 2013. – Vol. 72. – P. 86.

56. Kral M.J., Salusky I., Inuksuk P., et al. Tunngajuq: stress and resilience among Inuit youth in Nunavut, Canada // *Transcult. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 51, № 5. – P. 673–692.
57. Stuart J., Jose P.E. The protective influence of family connectedness, ethnic identity, and ethnic engagement for New Zealand Māori adolescents // *Dev. Psychol.* – 2014. – Vol. 50, № 6. – P. 1817–1826.
58. 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. – Vol. 38 (1-2). – P. 5–26.
59. 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. – Vol. 70, № 1. – P. 37–45.
60. 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. – Vol. 34, № 4. – P. 759–766.
61. 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. – Vol. 15, № 1. – P. 10–17.
62. Bals M., Turi A.L., Skre I., et al. Internalization symptoms, perceived discrimination, and ethnic identity in indigenous Sami and non-Sami youth in Arctic Norway // *Ethn. Health*. – 2010. – Vol. 15, № 2. – P. 165–179.
63. Wexler L. Looking across three generations of Alaska Natives to explore how culture fosters indigenous resilience // *Transcult. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 51, № 1. – P. 73–92.
64. Allen J., Hopper K., Wexler L., et al. Mapping resilience pathways of Indigenous youth in five circumpolar communities // *Transcult. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 51, № 5. – P. 601–631.
65. 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. – Vol. 51, № 5. – P. 693–712.
66. DeCou C.R., Skewes M.C., López E.D. Traditional living and cultural ways as protective factors against suicide: perceptions of Alaska Native university students // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2013. – Vol. 5. – P. 72.
67. Rasmus S.M., Allen J., Ford T. "Where I have to learn the ways how to live" youth resilience in a Yup'ik village in Alaska // *Transcult. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 51, № 5. – P. 713–734.
68. Cwik M., Barlow A., Tingey L., et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide // *Arch. Suicide Res.* – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 172–189.
69. Wexler L., Moses J., Hopper K., et al. Central role of relatedness in Alaska native youth resilience: Preliminary themes from one site of the Circumpolar Indigenous Pathways to Adulthood (CIPA) study // *Am. J. Community Psychol.* – 2013. – Vol. 52(3-4). – P. 393–405.
70. Mohatt G.V., Rasmus S.M., Thomas L., et al. Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse for Alaska Natives // *Addiction*. – 2008. – Vol. 103, № 2. – P. 205–215.
71. Henry D., Allen J., Fok C.C., et al. Patterns of protective factors in an intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska Native youth // *Am. J. Drug. Alcohol Abuse*. – 2012. – Vol. 38, № 5. – P. 476–482.
72. Allen J., Mohatt G.V. Introduction to Ecological Description of a Community Intervention: Building Prevention through Collaborative Field Based Research // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54. – P. 83–90.
73. Allen J., Mohatt G., Fok C.C., et al. Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes // *Int. J. Circumpolar Health*. 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 274–291.
74. Mohatt G.V., Fok C.C., Henry D., et al. Feasibility of a community intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska Native youth: the Elluam Tunginun and Yupiucimta Asvairtuumallerkaa studies // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54 (1-2). – P. 153–169.
75. Allen J., Mohatt G.V., Fok C.C., et al. A protective factors model for alcohol abuse and suicide prevention among Alaska Native youth // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54 (1-2). – P. 125–139.
76. Mohatt N.V., Fok C.C., Burket R., et al. Assessment of awareness of connectedness as a culturally-based protective factor for Alaska native youth // *Cultur. Divers Ethnic Minor. Psychol.* – 2011. – Vol. 17, № 4. – P. 444–455.
77. Allen J., Mohatt G.V., Beehler S., et al. People awakening: collaborative research to develop cultural strategies for prevention in community intervention // *Am. J. Community Psychol.* – 2014. – Vol. 54 (1-2). – P. 100–111.
78. Philip J., Ford T., Henry D., et al. Relationship of Social Network to Protective Factors in Suicide and Alcohol Use Disorder Intervention for Rural Yup'ik Alaska Native Youth // *Interv. Psicosoc.* – 2016. – Vol. 25, № 1. – P. 45–54.
79. Fok C.C., Allen J., Henry D., et al. Multicultural Mastery Scale for youth: multidimensional assessment of culturally mediated coping strategies // *Psychol. Assess.* – 2012. – Vol. 24, № 2. – P. 313–327.
80. Allen J., Fok C.C., Henry D., et al. Umyuangcaryaraq "Reflecting": multidimensional assessment of reflective processes on the consequences of alcohol use among rural Yup'ik Alaska Native youth // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. – 2012. – Vol. 38 (5). – P. 468–475.
81. Fanian S., Young S.K., Mantla M., et al. Evaluation of the Kòts'ihtla ("We Light the Fire") Project: building resiliency and connections through strengths-based creative arts programming for Indigenous youth // *Int. J. Circumpolar Health*. – 2015. – Vol. 10, № 74. – P. 27672.
82. Jacono J., Jacono B. The use of puppetry for health promotion and suicide prevention among Mi'kmaq youth // *J. Holist. Nurs.* – 2008. – Vol. 26, № 1. – P. 50–55.
83. Wexler L., Gubrium A., Griffin M., et al. Promoting positive youth development and highlighting reasons for living in Northwest Alaska through digital storytelling // *Health Promot. Pract.* – 2013. – Vol. 14, № 4. – P. 617–623.
84. McNamara P.M. Adolescent suicide in Australia: rates, risk and resilience // *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 18, № 3. – P. 351–369.
85. McCalman J., Bainbridge R., Russo S., et al. Psycho-social resilience, vulnerability and suicide prevention: impact evaluation of a mentoring approach to modify suicide risk for remote Indigenous Australian students at boarding school // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 1, № 16. – P. 98.
86. Tighe J., Shand F., Ridani R., et al. Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial // *BMJ Open*. – 2017. – doi: 10.1136/bmjopen-2016-013518
87. Sahota P.C., Kastelic S. Culturally appropriate evaluation of tribally based suicide prevention programs: a review of current approaches // *Wicazo Sa Rev.* – 2012. – Vol. 27. – P. 99–127.

MODERN STRATEGIES OF PREVENTIVE MEASURES AGAINST SUICIDE IN NATIVE PEOPLE: FOREIGN LITERATURE REVIEW

N.B. Semenova

State Federal Budgetary Scientific Institution «Federal Research Centre «Krasnoyarsk Scientific Centre of Siberian Department of Russian Academy of Sciences», Krasnoyarsk, Russia

Abstract:

High level of suicides among the native peoples is the serious problem of public health in many countries, including the USA, Canada, Australia, New Zealand, Brazil. In Russia, this problem is critical to the same extent as it is in the

listed countries. In our country, the share of suicide cases among the native populations is disproportionately high. In the majority of foreign countries, there are special programs for the prevention of suicides among aborigines. This experience might be useful for working out preventive measures related to the native peoples of Russia.

Aim: The aim of the present review is to analyze foreign literature and study modern strategies targeted at the prevention of suicides among native peoples.

Methods: The author carried out the systematic analysis of publications related to the issues of suicide prophylaxis in native populations. The search was concentrated on scientific databases PubMed and MedLine with the implementation of the following keywords: «suicide», «native people», «indigenous», «aborigines», «prevention», «strategies», «protective factors». The depth of the search was 10 years in regard to the period from 2007 to 2017 years.

Results: There were 72 papers found in relation to the said period of time. The majority was issued by the authors from the USA, namely 43 scientific works (59.7%), Australia 11 (15.3%) and Canada 12 (16.7%). There were 4 scientific works from Norway and Sweden (5.5%), 1 from New Zealand (1.4%) and 1 from England (1.4%). The strategy of suicide prevention in native peoples includes three types of intervention: universal, selective and individual. Selective ones determine specific directions and types of intervention, addressed to sensitive groups of population, including native populations. **Conclusions:** Programs aimed at suicide prevention in native peoples are very specific and should involve important directions, critical for their execution. Among those directions are: 1) rehabilitation of cultural traditions, 2) involvement of members of the native communities into the working out and realization of the preventive measures, 3) integration of modern medical knowledge and traditional practices, 4) strengthening of the viability of native young people.

Key words: suicide, native peoples, indigenous, aborigines, preventive programs, protection factors

УДК: 616.89-008

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ¹

A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfitto, E. Stella, M. Mari, L. Steardo, A. Bellomo

Университет Фоджа, г. Фоджа, Италия

Отдел психиатрической помощи, область Марке, г. Ези, Италия

Второй Университет Неаполя, г. Неаполь, Италия

Контактная информация:

Antonio Ventriglio – кафедра клинической и экспериментальной медицины, Университет Фоджа, г. Фоджа, Италия. Отдел психиатрической помощи, область Марке, г. Ези, Италия. Электронный адрес: a.ventriglio@libero.it

Alessandro Gentile – отдел психиатрической помощи, область Венетто, г. Мирано, Италия.

Iris Bonfitto – кафедра клинической и экспериментальной медицины, Университет Фоджа, Фоджа, Италия.

Eleonora Stella – кафедра клинической и экспериментальной медицины, Университет Фоджа, г. Фоджа, Италия.

Massimo Mari – отдел психиатрической помощи, Марке, г. Ези, Италия.

Luca Steardo – кафедра психиатрии, Второй Университет Неаполя, Неаполь, Италия.

Antonello Bellomo – кафедра клинической и экспериментальной медицины, Университет Фоджа, г. Фоджа, Италия.

Суицид – ведущая причина преждевременной смерти при шизофрении. Хотя суицидальные мысли могут быть на всех стадиях процесса, описаны отличия между суицидальным риском больных в первом эпизоде и хронических пациентов. В частности, риск выше на первом году расстройства и устойчиво снижено в последующем. Суицидальные мысли и попытки не редки у переживших субпсихотический опыт. К факторам риска суицида на ранних этапах шизофрении отнесены предыдущие суицидальные попытки, социальные (малая социальная поддержка, недостаток стабильных родственных связей, снижение статуса), психопатологические симптомы (бредовые идеи с настороженностью, императивные галлюцинации, дезинтеграция мышления, психомоторное возбуждение, негативные симптомы, депрессия, безнадёжность) и злоупотребление ПАВ. Склонность к перфекционизму и высокий уровень критики лиц с недавними психотическими симптомами тесно связаны с высоким риском суицидальных попыток. Дисфункция префронтальной коры мозга может быть связана с суицидом на ранних стадиях шизофрении.

Ключевые слова: суицид, суицидальные попытки, первый эпизод психоза, шизофрения.

¹Обзор Ventriglio A. et al. Suicide in the early stage of schizophrenia // Front. Psychiatry. 2016. 7. 116. опубликован с любезного разрешения авторов и редакции журнала. Перевод с английского: Е.С. Носова, психиатр КОПБ им. А.Е. Лифшица, г. Калуга.

Суицидальные мысли, намерения и планы представляют начальный этап суицидогенеза. Здесь, как и на этапах суицидальной попытки и суицида, крайне важна оценка суицидального риска. Психиатрическая коморбидность повышает суицидальный риск [1] в течение жизни: у здоровых 0,3%, с психиатрическим диагнозом – 3,4%, с сочетанными – 6,2%. Суицидальные мысли – предиктор суицида и мишень профилактики [2].

Суицид первенствует среди причин смерти при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Уровень суицидальных попыток 10-50% [3, 4]. Больные (40–79%) сообщают о суицидальных мыслях хотя бы единожды на протяжении процесса [5, 6]. Ожидаемый уровень суицидов (на 100000 населения в год) – 579, риск смерти в течение жизни – 5,6% [7, 8], но уровни суицидов и попыток самоубийств больных шизофренией ниже, чем при иных психических расстройствах: 0,24 и 0,74 соответственно [9]. Суицидальная смертность выше у больных с недавним (≤5 лет) диагнозом [9], а суицидальный риск в дебюте психоза вдвое выше, чем на последующих стадиях [8, 10, 11].

Структура первого эпизода психоза (ПЭП) представлена последовательными периодами: продромальным, нелеченого психоза (ПНП), острого психоза и ремиссии с определённым уровнем суицидального риска (табл. 1).

Метод. Обзор указывает взаимосвязь суицидального поведения (СП) и ПЭП с опорой на результаты уместных исследований 1997-2016 гг. Поиск при помощи электронных ресурсов PubMed, Cochrane Library, Web of Science/Web и Google Scholar с использованием ключевых слов «Первый эпизод психоза и суицид», «Шизофрения и суицид», «ПЭП и суицид», «ПЭП», «Суицид», «Самоповреждение

при шизофрении» и «Шизофрения и аутоагрессия».

Эпидемиология СП в ПЭП. По данным британского десятилетнего исследования, показатели гибели от неестественных причин пациентов в ПЭП выше, чем в общем населении в 13 раз. Большинство смертей в первые 2 года верифицированного диагноза вследствие суицида [21]. Не менее 23% впервые госпитализированных в психозе совершали ранее суицидальную попытку, 15% предприняли её накануне госпитализации [22]. Профилактические мероприятия привели к снижению суицидального риска в ПЭП: за последние два десятилетия с 11 до 2,4% [4, 11]. Возможно, ранние вмешательства уменьшают актуальность СП в ПЭП даже при суицидальной попытке в анамнезе. Однако уровни смертности занижены из-за неучтённых суицидов до профессиональной помощи [8]. Распространённость преднамеренных самоповреждений (ПС), предшествовавших манифесту психоза – 18,4% [23].

Субпсихотические симптомы и суицид при шизофрении. В последние десятилетия отмечена важность раннего вмешательства в ПЭП с целью сокращения ПНП. Длительный ПНП связан с худшим исходом шизофрении и более высоким уровнем СП [24]. На ранних стадиях ПЭП 38,8% больных отмечали суицидальные мысли, а 25,9% совершили суицидальную попытку до лечения [24]. К «основным симптомам» психоза на ранних стадиях шизофрении при их субклиническом, скрытом, едва уловимом характере относятся вызывающие тревогу и беспокойство нарушения восприятия, мышления, памяти, моторики, настроения [25, 26]. Подчеркнута важность выявления этих симптомов на ранних стадиях психоза с целью укорочения периода нелеченой болезни (ПНБ).

Таблица 1

Факторы суицидального риска в дебюте шизофрении

| Период | Эпидемиология | Вероятные факторы риска |
|------------------------------|--|---|
| Продромальный период психоза | Суицидальные мысли у 90% молодых больных с факторами риска [12]. | Дистресс, обусловленный переживанием неизведанных субпсихотических симптомов. |
| Период нелеченого психоза | У 25% суицидальная попытка до первого обращения к психиатру. Группа высокого риска самоубийств [13]. | Средний срок ожидания (поиска) специализированной помощи – год. Суицидальный риск выше при длительном периоде [14]. |
| Острый психоз | 11% суицидальных попыток связаны с галлюцинациями, страхом, стыдом, виной, отчаянием, стигматизацией, потерей и осуждением [15]. | Переживания пациента: галлюцинации, страх, стыд, стигма, вина, потеря, осуждение, отчаяние. |
| Ремиссия | В течение 1,5 лет после острой фазы у 15% больных повышен суицидальный риск [16-19]. | Даже при купировании симптомов психоза, нейрокогнитивный дефицит ухудшает обучение, работу и реабилитационный потенциал [20]. |

В третьем разделе DSM-V указано «мягкое психотическое расстройство» (МПР). Клиника МПР представлена субпсихотическими симптомами молодых. Симптомы МПР достаточно важны, чтобы привлечь внимание клинициста и могут помочь выявлению молодых людей группы риска развития психоза. Ранние стадии психоза маркируют и как «ультравысокий риск» (УВР), «риск психического расстройства» (РПР), и «клинически высокий риск» (КВР).

Самоповреждающее (суицидальное) поведение распространено в выборке УВР. Уровень СП сходен с таковым у пациентов с диагностированными психозами [27]. Так, около 50% молодых в группе КВР сообщали о суицидальных мыслях на момент опроса [28, 29]. Распространённость суицидальных мыслей в выборке 42,9%, реже – антивитальные переживания [29].

Мета-анализ показал, что в ПНП, в первый и седьмой годы диагноза частота ПС составили 18,4; 9,8 и 11,4% соответственно [30].

Субпсихотические симптомы часты в общем населении, и связаны с неблагоприятными социальными последствиями без психоза [31]. У обратившихся за психиатрической помощью молодых эти важные симптомы мало распознаваемы как указатели тяжелой психопатологии наряду с низким уровнем функционирования и СП. Так, у лиц с субпсихотическим опытом уровень СП сходен с таковым у больных шизофренией и другими психозами.

Неясно, насколько риск зависит от типа субпсихотического феномена [32]. Вербальные галлюцинации связаны с двукратным учащением суицидальных мыслей и планов и четырехкратным увеличением риска суицидальных попыток в неклинической группе молодых по сравнению с общим населением [33]. Гипомания, ощущение контроля мыслей, паранойяльные и необычные переживания, слуховые галлюцинации без явных признаков психоза тесно взаимосвязаны с более высоким риском суицидальных мыслей и суицидальных попыток [34]; хронифицированные обманы восприятия и идеи отношения связаны с высоким риском СП на протяжении жизни [35].

Показатели смертности больных шизофренией связаны с психотическим опытом в 24-27 лет с поправкой на социо-демографические показатели и психиатрический диагноз; не последнюю роль в этом играет суицид [31].

Факторы риска. С целью ранней диагностики и профилактических мероприятий очерчен круг прогностических факторов суицидального риска больных шизофренией [11].

Возраст дебюта шизофрении. Взаимоотношения между суицидальным риском и возрастом на момент дебюта неоднозначны и строго не доказаны. У большинства подростков, предпринявших суицидальную попытку, диагностированы расстройства шизофренического спектра [36]. Возможно, у них риск самоповреждающего поведения в ПЭП выше [37–39]. Найдена взаимосвязь между повышенным суицидальным риском и дебютом в более позднем возрасте [40–43]. Отсюда принято считать возраст на момент дебюта независимым фактором риска с приростом суицидального риска на 1,1% ежегодно [4, 40, 42–45]. ПЭП в зрелом возрасте, как правило, осложняет критику и принятие факта внезапной остановки карьерного роста, социального дрейфа и нарушения жизненных планов [4]. Возможно, у больных с более поздним началом процесса ниже суицидальный риск за счёт того, что учащаяся молодёжь нередко живёт в семье, играющей роль защитного фактора [41].

Длительность нелеченого психоза (ПНП) – распространенный фактор риска суицида больных шизофренией [41]. У не вовлеченных в программы раннего выявления ПЭП выше риск суицида [14] в сравнении с задействованными в ранних диагностических мероприятиях. Вероятно, ранние терапевтические вмешательства оказывают независимый эффект на СП, независимо от длительности ПНП [14], определяющего отчасти прогноз шизофрении [46].

В ходе длительных (10-летних) исследований показано, что смертность от неестественных причин (суициды и несчастные случаи) связана не только с длительностью ПНП, но и демографическими, личностными и клиническими факторами, как длительность ремиссии [47].

Пол. Данные о гендерных особенностях СП противоречивы. Ряд исследований не обнаружил половых различий в оценке суицидального риска [4, 29, 41]. В других – у мужчин [48–50] или женщин [14, 37, 39] выше риск СП в ПЭП.

Жизненные условия. Только 20% предпринявших суицидальную попытку отмечали благоприятные жизненные условия, но большинство – ощущение одиночества. Итак, семейная жизнь и устойчивые родственные связи служат защитными факторами [4]. Показан рост суицидального риска у переживших утрату спутника жизни или резкое изменение социального положения [51]. Поэтому разумно направлять психотерапевтические усилия на чувство потери. При участии семьи в первичном обращении

к психиатру риск смерти от неестественных причин снижен на 90% [21]. Вовлечённость семьи и её сплочённость влияют на исход шизофрении, наряду с социально-экономическим положением, уровнем образования [21]. Также хорошим подспорьем служит вовлечение семей и неформальных помощников в программы раннего вмешательства для улучшения последствий ПЭП [47].

Когнитивные функции и образование. Высшее образование и высокий уровень когнитивного функционирования связан с риском суицида в ПЭП [2, 4, 43, 52, 53]. Так, описана взаимосвязь между нейрокогнитивными расстройствами и СП при расстройствах шизофренического спектра. Высокий уровень когнитивного функционирования, предположительно, связан со способностью планировать суицид [38]. Более высокие показатели скорости психомоторных реакций, внимания, беглости речи, словесной и оперативной памяти, исполнительных функций связаны с суицидальным риском [54]; возможно сходство нейрокогнитивного функционирования принявших попытку и несуйцидентов [24].

Хотя морфологические изменения, обуславливающие СП, не обнаружены, нейровизуализационные и посмертные исследования предполагают, что префронтальная кора (ПФК) вовлечена в механизмы суицидогенеза. Так, активность ПФК во время визуализации цели (важная функция когнитивного контроля), вероятно, связана с долгосрочным суицидальным риском в дебюте шизофрении, а СП может быть следствием ухудшения функций ПФК как планирование и осуществление контроля [55].

Возможно, увеличение суицидального риска связано с низкой успеваемостью в школе [56, 57]. Предположительно, пациенты с высшим образованием могут чувствовать себя более стигматизированными и пристыженными вследствие психического расстройства, что повысит суицидальный риск [57].

Психотические симптомы в ПЭП. Негативные симптомы увеличивают частоту СП в группе КВР [4, 5, 29, 58]. Однако пациенты с выраженными негативными симптомами ограничено испытывают эмоциональный дистресс, вызванный болезнью, что, возможно, уменьшает ощущение безнадежности и снижает риск суицидальных мыслей [2]. Клинически значимо разграничение и выявление суицидальных мыслей, негативной симптоматики и/или депрессии в дебюте шизофрении. Показана сильная корреляция негативной симптоматики и выраженности суицидальных мыслей

с поправкой на тяжесть депрессии [29]. Признаки дезорганизации мышления, вероятно, мало связаны с суицидальным риском, но «очевиден» альянс императивных галлюцинаций и самоповреждения [41, 59]. Влияние позитивной симптоматики на риск СП не доказано [4, 29, 44, 45]. Лица с суицидальными мыслями в продроме шизофрении обнаруживают более выраженные продуктивные и негативные симптомы, чем несуйциденты [29, 60].

Аффективные нарушения в ПЭП. В продроме шизофрении депрессивные симптомы часто связаны с СП на протяжении следующего за выпиской года [61]. Депрессивная симптоматика коррелирует с повышенной суицидальностью [39, 62], с большей частотой депрессии после первого эпизода психоза и его рецидивов [63, 64]. Возможно, депрессия и СП в дебюте шизофрении – следствие идей отношения [65]; ощущение безнадежности связано с СП в ПЭП [2]. Прослежена четкая связь между СП и депрессивным синдромом в рамках личностных расстройств [66]. Гипотетически СП в ПЭП связано с основным чувством тревоги. Роль личностных расстройств в ПЭП обусловлена особым ощущением обособленности и одиночества [6, 67], отличных от «обычных» переживаний чуждостью. Колебания настроения (депрессия) с самообвинением и тревогой оживляют латентные суицидальные переживания [68]. С учётом высокого суицидального риска на первом году шизофрении, раннее терапевтическое вмешательство при депрессии в ПЭП является ключевым в минимизации СП [2].

В группах РПР и ПЭП выше уровни ажитации, импульсивности и агрессивности, СП [69].

Шизофрения и аффективные расстройства: континуальная модель. С высокой долей вероятности суицид – следствие аффективного расстройства или шизофрении. Депрессивное, биполярное расстройства (БАР), шизофрения связаны с высоким риском СП [70], как объяснено континуальной моделью психических расстройств, где симптомы, параметры или синдромы, включая суицид, разных нозографических категорий связаны основополагающим принципом. В гипотезе о психопатологическом континууме объединены шизофрения и расстройства настроения [71]. Нейробиологические исследования указывают сходство дисфункциональных и морфометрических характеристик при шизофрении и аффективных расстройствах, в том числе БАР с психотическими чертами [73, 74]. На ранних этапах расстройств маркеры уязвимости в одних хромосомах [72].

Суицидальный анамнез. Суицидальные попытки обуславливают рост суицидального риска и служат мощным прогностическим фактором последующих попыток и суицида [2, 9, 75]. История самоповреждающего и агрессивного поведения – факторы риска суицидов в ПЭП: и то, и другое подразумевает импульсивность, связанную с высоким риском СП [76].

Профессиональное функционирование. Шизофрения вызывает ухудшение функционирования уже в продроме. Пациенты с актуальными суицидальными мыслями испытывают трудности в повседневном функционировании [29, 41, 60]. Социальный «дрейф» – общая черта психотических расстройств и больных в ПЭП. Показана связь социального снижения с депрессией, безнадежностью и СП в ПЭП. Однако безнадежность отмечена и у сохраняющих социальный статус. Амбициозность, трудолюбие, хороший уровень социальной мобильности и целеустремленности играют роль камня преткновения в адаптации к новым стратегиям совладания в дебюте шизофрении, препятствующем жизненному росту [77].

Критика (инсайт) определена как осознание психического расстройства и понимание необходимости лечения. Хороший уровень критики, возможно, связан с СП в ПЭП [78–82] с поправкой на сопутствующие депрессию и безнадежность [37, 54, 15, 83–85]. Вмешательства, нацеленные на улучшение критики, улучшают прогноз и снижают суицидальный риск [85] спустя год психообразовательных занятий. Возможно «ранняя» критика качественно отличается от таковой при лечении. Первая подразумевает негативную самооценку, переход от здоровой личности к больной, осознание последствий психического расстройства и стигму [86]. С течением недуга возникает зависимость между уровнем критики, прогнозом шизофрении и суицидальным риском [87]. Предположительно, осознание психического расстройства, женский пол, длительный ПНП увеличат риск СП, а коморбидная депрессия усиливает корреляцию между суицидом и уровнем критики.

Психотравма. Неблагоприятные жизненные события ведут к возникновению тревоги, депрессии, способствуют развитию психоза [88]. Стрессогенные события выявлены у 83% амбулаторных пациентов в ПЭП [89], сообщивших, по крайней мере, об одном таком в жизни, 34% – о физическом и/или сексуальном насилии (особо женщины). Такие пациенты чаще обнаруживали признаки ПТСР и злоупотребляли ПАВ в преддверие парасуицида.

Психотравмы в анамнезе и коморбидность ПТСР могут увеличить риск СП в ПЭП. Так, 80% больных в дебюте шизофрении ощущали себя травмированными, 38% соответствовали критериям ПТСР [83]. Суицидальные мысли у 40% больных, 31% сообщили о попытках суицида. Уровни СП выше у страдающих ПТСР и без связи психотравмы с дебютом психоза [83]. Итак, лечение ранней шизофрении должно учитывать детскую травму и сочетание с ПТСР [90].

Другие факторы. По данным психологической аутопсии, жертвы суицида обнаруживали более пассивные стратегии совладания и высокий уровень нейротизма последние 2 года ПЭП [4]; у суицидентов завышена самооценка [91]. Семейный анамнез, отягощенный в первом поколении шизофренией, БАР, злоупотреблением ПАВ, другими психическими расстройствами предположительно способствовал риску суицида в ПЭП [76]. Злоупотребление ПАВ связано с 2-4-кратным ростом риска смертности вследствие неестественных причин с поправкой на возраст и пол [47, 92], повышает уровень СП и агрессии в ПЭП [93]. Данных об антисуицидальной эффективности антипсихотиков в ПЭП недостаточно, но клозапин в резистентных случаях снижает суицидальный риск в 3,3 раза [70].

Ограничения обзора связаны с несистематическим отбором уместной, по мнению соавторов, литературы.

Выводы.

Суицид – одна из главных причин преждевременной смерти при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра при высоком риске суицидальных попыток [94]. Обзор подтверждает неуклонный рост интереса к ПЭП в последние годы. Наиболее важными факторами риска СП в ПЭП служат возраст к началу расстройства, длительность ПНП, социо-демографические характеристики, психопатологическая симптоматика, травма и критика (табл. 2).

Клиницисты должны оценивать риск СП на протяжении всего течения шизофрении [95] и проводить регулярный мониторинг для раннего выявления, лечения и профилактики СП [92, 96]. Антипсихотики остаются препаратами первой линии, назначаемыми с целью коррекции суицидального риска в ПЭП [97] с клозапином, лидером в этом ряду [70]. Дальнейшие исследования помогут оценить эффективность новых психотерапевтических и психосоциальных подходов к профилактике СП психически больных.

Сравнительная характеристика защитных факторов и факторов суицидального риска у пациентов с ПЭП

| Факторы риска | Защитные факторы |
|--|--|
| Острые психотические симптомы. | Тесные родственные связи. |
| Колебания настроения, депрессия. | Поддержка семьи. |
| Преморбидные или коморбидные психопатологические симптомы, личностные расстройства, злоупотребление ПАВ. | Причины для жизни: планы, дети, питомцы. |
| Индивидуальная реакция на проявления и последствия шизофрении. | Мощные позитивные, культуральные, религиозные, личностные ценности и антисуицидальная позиция. |
| Неблагоприятные (стрессогенные) жизненные события. | Социальная стабильность. |
| ПТСР, связанное с предшествовавшей суицидальной попытке травмой, психотравмой в анамнезе | Терапевтическая связь с врачом и оптимизм касательно шансов выздоровления. |
| Неудовлетворенность качеством психиатрической помощи. | Приверженность лечению. |
| Некритичность. | Полноценная критика. |
| Длительный ПНП. | Краткий ПНП. |

Специализированные полипрофессиональные бригады для работы (психиатр, психотерапевт, социальный работник) занимаются всесторонними вмешательствами для поддержки больных в ПЭП и их семей.

Вклад авторов: Antonio Ventriglio, Alessandro Gentile, Iris Bonfitto, Eleonora Stella – проект и обзор литературы. Massimo Mari, Luca Steardo, Antonello Bellomo завершили и отредактировали обзор.

Литература:

- Holmstrand C., Bogren M., Mattisson C., Bradvik L. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997 // Acta Psychiatr. Scand. – 2015. – Vol. 132. – P. 459–469.
- Chung Chang W., Chen E.S.M., Hui C.L.M. et al. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis // Schizophr. Res. – 2014. – Vol. 157. – P. 12–18.
- Aleman A., Denys D. Mental health: a road map for suicide research and prevention // Nature. – 2014. – Vol. 509. – P. 421–423.
- Castelein S., Liemburg E.J., de Lange J.S. et al. Suicide in recent onset psychosis revisited: significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort // PLoS One. – 2015. – Vol. 10.
- Fenton W.S., Mc Glashan T.H., Victor B.J., Blyler C.R. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154. – P.199–204.
- Skodlar B., Tomori M., Parnas J. Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia // Compr. Psychiatry. – 2008. – Vol. 4. – P. 482–488.
- Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // J. Psychopharmacol. – 2010. – Vol. 24. – P. 81–90.
- Nordentoft M., Madsen T., Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis // J. Nerv. Ment. Dis. – 2015. – Vol. 203. – P. 387–392.
- Fleischhacker W.W., Kane J.M., Geier J. et al. Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial // J. Clin. Psychiatry. – 2014. – Vol. 75. – P. 184–190.
- Osby U., Correia N., Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm country, Sweden // Schizophr Res. – 2000. – Vol. 45. – P. 21–28.
- Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 247–253.
- Adlard S. An Analysis of Health Damaging Behaviours in Young People at High Risk of Psychosis [FRANZCP Dissertation] // Melbourne: The Royal College and New Zealand College of Psychiatrists, 1997.
- Addington J., Williams J., Young J., Addington D. Suicide behaviour in early psychosis // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109. – P. 116–120.
- Melle I., Johannesen J.O., Friis S. et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – P. 800–804.
- Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behavior; suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One year follow-up of a randomized controlled trial // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 98–106.
- Hunt I.M., Kapur N.N., Webb R.T. et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study // Psychol. Med. – 2009. – Vol. 39. – P. 443–449.
- Heilä H., Heikkinen M.E., Isometsä E.T. et al. Life events and completed suicide in schizophrenia: a comparison of suicide victims with and without schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1999. – Vol. 25. – P. 519–531.
- Rossau C.D., Mortensen P.B. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 171. – P. 355–359.
- Power P., Bell R., Mills R. et al. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 37. – P. 414–420.
- Power P., McGowan S. Suicide Risk Management in Early Intervention. // 2011. <http://www.mhpf.org.uk/resources/legislation-and-guidance/suicide-risk-management-in-early-intervention>.
- Dutta R., Murray R.M., Hotopf M. et al. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – Vol. 67. – P. 1230–1237.
- Cohen S., Lavelle J., Rich C.L., Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients // Acta Psychiatr. Scand. – 1994. – Vol. 90. – P. 167–171.
- Perez J. Review: about one in five people with first-episode psychosis have a history of deliberate self-harm // Evid. Based Ment. Health. – 2013. – Vol. 16. – P. 113.
- Barrett E.A., Sundet K., Simonsen C. et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders // Compr. Psychiatry. – 2011. – Vol. 52. – P. 156–163.
- Gross G. The 'basic' symptoms of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 7. – P. 21–25.

26. Comparelli A., De Carolis A., Emili E. et al. Basic symptoms and psychotic symptoms: their relationships in the at risk mental states, first episode and multi-episode schizophrenia // *Compr. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 55. – P. 785–791.
27. Taylor P.J., Hutton P., Wood L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* – 2015. – Vol. 45. – P. 911–926.
28. De Vylder J.E., Oh A., Ben-David S. et al. Obsessive compulsive symptoms in individuals at clinical risk for psychosis: association with depressive symptoms and suicidal ideation // *Schizophr. Res.* – 2012. – Vol. 140. – P. 110–113.
29. Gill K.E., Quintero J.M., Poe S.L. et al. Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis // *Schizophr. Res.* – 2015. – Vol. 165. – P. 152–156.
30. Challis S., Nielssen O., Harris A., Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2013. – Vol. 127. – P. 442–454.
31. Sharifi V., Eaton W.W., Wu L.T. et al. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 year follow-up of the epidemiologic catchment area study // *Br. J. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 207. – P. 1–7.
32. Kelleher I., Corcoran P., Keeley H. et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70. – P. 940–948.
33. De Vylder J.E., Hilimire M.R. Suicide risk, stress sensitivity, and self-esteem among young adults reporting auditory hallucinations // *Health Soc. Work.* – 2015. – Vol. 40. – P. 175–181.
34. Koyanagi A., Stickley A., Haro J.M. Subclinical psychosis and suicidal behavior in England: findings from the 2007 adult psychiatric morbidity survey // *Schizophr. Res.* – 2015. – Vol. 168. – P. 62–67.
35. Capra C., Kavanagh D.J., Hides L., Scott J.G. Subtypes of psychotic-like experiences are differentially associated with suicidal ideation, plans and attempts in young adults // *Psychiatry Res.* – 2015. – Vol. 228. – P. 894–848.
36. Krajewska K., Gawlik-Kotelnicka O., Gmitrowicz A. The relation of selected psychiatric disorders to occurrence of suicide attempts among teenage psychiatrically hospitalized patients // *Pol. Merkur. Lekarski*. – 2015. – Vol. 38. – P. 329–331.
37. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial // *Br. J. Psychiatry. Suppl.* – 2007. – Vol. 51. – P.140–146.
38. Nangle J.M., Clarke S., Morris D.W. et al. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 85. – P. 196–200.
39. Austad G., Joa I., Johannessen J.O., Larsen T.K. Gender differences in suicidal behaviour in patients with first-episode psychosis // *Early Interv. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 9. – P.300–307.
40. Kuo C.J., Tsai S.Y., Lo C.H. et al. Risk factors for completed suicide in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66. – P. 579–585.
41. Mitter N., Subramaniam M., Abidin E. et al. Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2013. – Vol. 151. – P. 274–278.
42. Pompili M., Lester D., Grispini A. et al. Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study // *Psychiatry Res.* – 2009. – Vol. 167. – P. 251–257.
43. Reutfors J., Brandt L., Jonsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study // *Schizophr Res.* – 2009. – Vol. 108. – P. 231–237.
44. Pratt D., Gooding P., Johnson J. et al. Suicide schemas in non-affective psychosis: an empirical investigation // *Behav. Res. Ther.* – 2010. – Vol. 48. – P. 1211–1220.
45. Fedyszyn I.E., Robinson J., Harris M.G. et al. Predictors of suicide-related behaviors during treatment following a first episode of psychosis: the contribution of baseline, past, and recent factors. // *Schizophr. Res.* – 2012. – Vol. 140. – P. 17–24.
46. Clarke M., Whitty P., Browne S. et al. Suicidality in first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 86. – P. 221–225.
47. Revier C.J., Reininghaus U., Dutta R. et al. Ten-year outcomes of first-episode psychoses in the MRC AESOP-10 study // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2015. – Vol. 203. – P. 379–386.
48. Healy D., Le Noury J., Harris M. et al. Mortality in schizophrenia and related psychoses: data from two cohorts, 1875-1924 and 1994-2010 // *BMJ. Open*. – 2012. – Vol. 2. – P. 10.
49. Dutta R., Murray R.M., Allardyce J. et al. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 126. – P. 11–19.
50. Lester D. Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: a meta-analysis. // *Suicide Life Threat Behav.* – 2006. – Vol. 36. – P. 50–56.
51. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education, and marriage: a suicidal cocktail among psychiatric patients // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64. – P. 1377–1384.
52. Drake R.E., Gates C., Whitaker A., Cotton P.G. Suicide among schizophrenics: a review. // *Compr. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 26. – P. 90–100.
53. Delaney C., McGrane J., Cummings E. et al. Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single suicide attempts in schizophrenia // *Schizophr Res.* – 2012. – Vol. 140. – P.232–236.
54. Kim C.H., Jayatilake K., Meltzer H.Y. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 60. – P. 71–80.
55. Minzenberg M.J., Lesh T.A., Niendam T.A., et al. Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 157. – P. 19–25.
56. Alaraisanen A., Miettunen J., Launonen E. et al. Good school performance is a risk factor of suicide in psychoses: a 35-year follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 114. – P. 357–362.
57. Björkenstam C., Weitoft G.R., Hjern A. et al. School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study // *J. Epidemiol. Community Health*. – 2011. – Vol. 65. – P. 993–998.
58. Mc Girr A., Tousignant M., Routhier D. et al. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 84. – P.132–143.
59. Kjelby E., Sinkeviciute I., Gjestad R. et al. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions // *Eur. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 30. – P. 830–836.
60. Andriopoulos I., Ellul J., Skokou M., Beratis S. Suicidality in the “prodromal” phase of schizophrenia // *Compr Psychiatry*. – 2011. – Vol. 52. – P. 479–485.
61. Sanchez-Gistau V., Baeza I., Arango C. et al. The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 56. – P. 747–755.
62. Barret E.A., Mork E., Færden A. et al. The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2015. – Vol. 162. – P. 97–102.
63. Uptegrove R. Depression in schizophrenia and early psychosis: implications for assessment and treatment // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2009. – Vol. 15. – P. 372–379.
64. Uptegrove R., Birchwood M., Ross K. et al. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2010. – Vol. 122. – P. 211–218.
65. Uptegrove R., Ross K., Brunet K. et al. Depression in first episode psychosis: the role of subordination and shame // *Psychiatry Res.* – 2014. – Vol. 217. – P. 177–184.
66. Hauga E., Melle I., Andreassen O.A. et al. The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. // *Compr. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53. – P. 456–460.
67. Skodlar B., Parnas J. Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia. // *Compr. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 51. – P. 363–366.
68. Palmier-Claus J., Shryane N., Taylor P. et al. Mood variability predicts the course of suicidal ideation in individuals with first and second episode psychosis // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 206. – P. 240–245.
69. Huber C.G., Smieskova R., Schroeder K. et al. Evidence for an agitated-aggressive syndrome predating the onset of psychosis // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 157. – P. 26–32.
70. Tondo L., Isacsson G., Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention // *CNS Drugs*. – 2003. – Vol. 17. – P. 491–511.
71. Craddock N., Owen M.J. The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone // *Br. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 196. – P. 92–95.

72. Möller H.J. Bipolar disorder and schizophrenia: distinct illnesses or a continuum? // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 23–27.
73. Cardno A.G., Owen M.J. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. // *Schizophr. Bull.* – 2014. – Vol. 40. – P. 504–515.
74. Mamah D., Alpert K.I., Barch D.M. et al. Subcortical neuromorphometry in schizophrenia spectrum and bipolar disorders // *Neuroimage Clin.* – 2016. – Vol. 11. – P. 276–286.
75. Sanchez-Gistau V., Baeza L., Arango C. et al. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 74. – P. 59–66.
76. Björkenstam C., Björkenstam E., Hjern A., et al. Suicide in first episode psychosis: a nationwide cohort study // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 157. – P. 1–7.
77. O'Donoghue B., Lyne J.P., Fanning F. et al. Social class mobility in first episode psychosis and the association with depression, hopelessness and suicidality // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 157. – P. 8–11.
78. Crumlish N., Whitty P., Kamali M. et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2005. – Vol. 112. – P. 449–455.
79. Robinson J., Cotton S., Conus P. et al. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis // *Aust NZ J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 43. – P. 149–157.
80. Barrett E.A., Sundet K., Faerden A. et al. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 119. – P. 11–17.
81. Foley S., Jackson D., McWilliams S. et al. Suicidality prior to presentation in first-episode psychosis. // *Early Interv. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 2. – P. 242–246.
82. Amador X.F., Friedman J.H., Kaspis C. et al. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1185–1188.
83. Tarrier N., Khan S., Joanne C., Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2007. – Vol. 42. – P. 29–35.
84. Bakst S., Rabinowitz J., Bromet E.J. Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – P. 880–889.
85. Bourgeois M., Swendsen J., Young F. et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 1494–1496.
86. Lysaker P.H., Vohs J., Hillis J.D., Kukla M. et al. Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches // *Expert Rev. Neurother.* – 2013. – Vol. 13. – P.785–793.
87. Lysaker T.M., Lüllmann E., Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33. – P. 1324–1342.
88. Latatser T., van Os J., Drukker M. et al. Childhood victimization and developmental expressions of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: victimisation and non-clinical psychotic experiences // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2006. – Vol. 41. – P. 423–428.
89. Conus P., Cotton S., Schimmelmann B.G. et al. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – P. 1105–1114.
90. NICE Clinical Guideline. 178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management Issued, 2014. / <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.
91. Hassan S., Flett G.L., Ganguli R., Hewitt P.L. Perfectionistic self-presentation and suicide in a young woman with major depression and psychotic features // *Case Rep. Psychiatry.* – 2014. – P. 901–981.
92. Chung Chang W., Chen E.S.M., Hui C.L.M. et al. Prevalence and risk factors for suicidal behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2015. – Vol. 50. – P. 219–226.
93. Cantwell R., Brewin J., Glazebrook C. et al. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 150–153.
94. Payne J., Malla A., Norman R. et al. Status of first – Episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area // *Can. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 51. – P. 42–47.
95. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 129. – P. 1–11.
96. Svetic J., De Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications // *Ment Illn.* – 2012. – Vol. 4. – P. 15.
97. Birchwood M., Spencer E. Early intervention in psychotic relapse // *Clin. Psychol Rev.* – 2001. – Vol. 21. – P. 1211–1226.

SUICIDE IN THE EARLY STAGE OF SCHIZOPHRENIA

Antonio Ventriglio^{1,2}, Alessandro Gentile³, Iris Bonfitto¹,
Eleonora Stella¹, Massimo Mari², Luca Steardo⁴, Antonello Bellomo¹

¹Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia, Italy

²Department of Mental Health, Regione Marche, ASUR, Area Vasta 2, Jesi, Italy

³Department of Mental Health, Regione Veneto, ULSS 13, Mirano, Italy

⁴Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Abstract

Suicide is a relevant leading cause of death among patients affected by schizophrenia. Even if suicidal ideation may be present in different stages of disease, some differences have been described between the risk of suicide in patients experiencing first episode of psychosis and those with long-term schizophrenia. It is particularly higher during the first year of illness and reaches a steady decline over the following years. Suicidal ideation and attempts may also be common among subjects with subthreshold psychotic experiences. Factors associated with the risk of suicide in the early phase of schizophrenia are previous suicidal attempts and social aspects: the lack of social support and stable relationships, social drift after the first episode, and social impairment. Also, several psychotic symptoms (suspiciousness, paranoid delusions, mental disintegration and agitation, negative symptoms, depression and hopelessness, and command hallucinations) and substance abuse are associated with higher risk of suicide. It has been described that perfectionism and good levels of insight among individuals who have recently developed psychotic symptoms are significantly associated with higher numbers of suicidal attempts. Moreover, recent evidences show that prefrontal cortex-based circuit dysfunction may be related to suicide in the early stage of schizophrenia. This narrative review summarizes available evidences on suicide in the early stage of schizophrenia and deals with issues to be further studied and discussed.

Key words: suicide, suicidal attempts, first episode of psychosis, schizophrenia

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В НАЧАЛЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОТЧАЯНИЕ И НАДЕЖДА

Е.Б. Любов, Е.С. Носова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГБУЗ КО «Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица», г. Калуга, Россия

Контактная информация

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

Носова Евгения Сергеевна – психиатр. Место работы и должность: заведующая отделением ГБУЗ КО «Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица». Адрес: 248009, г. Калуга, ул. Маяковского, д. 55, корп. 6. Телефон: 8 (910) 865-29-48, электронный адрес: nosova.evgenya@lenta.ru

Продолжено обсуждение организационных и клинико-социальных проблем выявления и ведения пациентов в дебюте психических расстройств (на примере шизофрении) и подчеркнута необходимость развития специальных лечебно-профилактических программ с опорой на бригадный биопсихосоциальный подход как научно доказанного антисуицидального (защитного) фактора. Программы включают длительную (≥ 1 года) фармакотерапию с выбором препаратов с оптимальным соотношением риск / польза (как атипичные антипсихотики и антидепрессанты нового поколения) и психосоциальную работу с пациентами и их близкими с привлечением групп самопомощи, участием обученных добровольцев, желательно с опытом успешного преодоления недуга и кризисных состояний. Показано, что необходим регулярный мониторинг риска суицидального поведения, депрессии, переносимости и клинической эффективности на последовательных этапах лечения и профилактики

Ключевые слова: психические расстройства, дебют, суицидальное поведение, лечение, профилактика

Тяжелую болезнь в начале легко вылечить, но трудно распознать. Когда же она усилилась, её легче распознать, но уже труднее вылечить.

Макиавелли

Обзор посвящён важной и недостаточно изученной научно-практической проблеме суицидального поведения (СП) «свежезаболевших». Психические расстройства служат наиболее весомым фактором риска СП [1] при выделении «критических точек» особо высокой опасности как первые годы верифицированного психиатрического диагноза (шизофрении, аффективных расстройств). СП сопровождается и проявляет (психоз) – «немотивированным» поступком как парагномен. Чем менее знакома жертва – тем более «случаен» для прохожего («импульсивен») трагический поступок, знаменующий (как деликт) кульминацию нелеченой депрессии (психоза), дотоле, как писали старые патологи, тлеющей годами «при зыбком пламени свечи» и бывшей до поры «частным делом» больного.

Из лучших крепких ниток
Петлю себе связал.
Повесился на балке он.
А почему? – не знал.
Бил колокол к вечерне.
Его он не слышал.
Он полвосьмого умер.
Зачем? – никто не знал.

Из Георга Веерта

Он был богат – богаче королей
Он был прекрасен – и сказать по чести,
Всяк полагал, что нет судьбы светлей,
И жаждал быть на дивном этом месте.
Мы трепетали, думая о нём,
И кляли черствый хлеб, и спину гнули,
А Ричард Кори тихим летним днем,
Придя домой, отправил в сердце пулю.

Э. Робинсон. Ричард Кори

Так, К. Conrad описал предполье шизофрении, чреватое самоповреждающим поведением: трему (утрата понимания внутреннего и внешнего мира, болезненной отчужденности).

Суицидальная попытка (возможно, не первая, но с тяжелыми медицинскими последстви-

ями) приводит больного в отделение многопрофильной больницы и / или становится основанием первой психиатрической госпитализации. Доля недобровольных госпитализаций первичных больных многократно выше, чем у «хронических», подчеркивая тяжесть состояния.

Авторы обзора не разделяют истинного СП от самоповреждающего в рамках бредового поведения. Личностные реакции отражают отношение к содержанию психоза, либо к реальным обстоятельствам, несущим субъективно неразрешимые противоречия. Внешние и внутренние суицидогенные конфликты в любом случае имеют субъективный характер реальности и непереносимости [цит. по 2]:

Рвется вся грудь от тоски...
 Боже! куда мне деваться?
 Все васильки, васильки...
 Как они смеют смеяться?

Анхтин. «Сумасшедший»

Мандельштама страшила смерть от «их» (НКВД) рук. «Они» мерещились четверо суток без сна под конвоем в ссылку. «А казнь-то будет какая-то петровская», – шептал Мандельштам, увидев бородача в кроваво-красной рубахе с топором. ... Внизу были два этажа и перекопанная клумба. Дефенестрация закончилась переломом плеча Осипа Эмильевича. «Стук дятла сбросил с плеч. Прыжок. И я в уме» «Стансы». Май 1935 г.

Интересен критический выход поэта от острого психоза с его вытеснением физическим страданием (сродни «исцеляющим» самоповреждениям при психалгии). По Ф.М. Достоевскому, покушение на самоубийство ведёт к катарсису (просветлению, преображению).

Прострелив себе плечо, Версиков разом избавляется от терзавших его бесов, получив «дар слезный»: стал «простодушен и искренен, как дитя», и «всё, что было в нем идеального, еще сильнее выступило вперед».

В ложной реальности возможно убийство-самоубийство (выдуманная история, похожая на материал психологической аутопсии): балерина Нина, в психозе убивая мнимую соперницу, зарезалась осколком зеркала. Умирая после триумфа на сцене, шепчет: «Я почувствовала... совершенство. Я постигла его. Я совершенна».

«Черный лебедь» (США, 2010).

Пациенты в первом эпизоде шизофрении составляют типовую группу риска СП с сочетанными клинико-социальными проблемами, особо «молодые хроники»: агрессивные, часто госпитализированные, злоупотребляющие ПАВ (нередко как самолечение депрессии), незанятые и одинокие, без социальной поддержки, помимо инвалидности. Они проваливаются меж ячей тугоподвижной психиатрической

помощи старого типа, не вписываются в жесткий хронотоп ПБ («законники», «бегуны»), голосуют ногами против качества лечения.

Нет больше Рыжего Бориса
 Мир обворован, как больница
 где нет у стольких государств
 от безнадежности лекарств.

... шел дождь за окном дурки... куда свозят со всего Екатеринбурга алкашей и наркоманов со всеми их однообразными глюками, страхами, болью. Я сидел в сортире, единственном месте, где позволялось курить, и глядел в окно, когда сосед по палате, сухой человек с жестким взглядом, предложил мне побег. Он сказал, что замок на оконной решетке открыть, как два пальца обо...ть, что второй этаж, конечно, хел..ня, но лучше использовать верёвку, которая у него есть, а относительно погони сказал, что мы на фиг никому не нужны. В эту же ночь мы бежали. В больничных тапочках и пижамах – он своей дорогой, я своей, к школьному другу... не к жене же, не к родителям.

Из письма Бориса Рыжего.

Очевидно внимание обзора к депрессивным нарушениям как облигатным проявлениям шизофрении (более – шизоаффективного расстройства) на всех этапах её развития и регрессивности. Депрессия может быть неочевидной в отличие от СП. Своевременно недиагностированная, приписанная пресловутому «дефекту», депрессия повышает риск СП. Назначение антидепрессантов в остром периоде шизофрении не показано в отличие от депрессивно-параноидного синдрома шизоаффективного расстройства, но необходимо в постпсихотической депрессии. Пока такой диагноз МКБ редок в амбулаторных картах пациентов.

СП – один из ключевых диагностических критериев депрессии; безнадежность и отчаяние (известные суицидогенные факторы) способствуют отвержению «бесполезного» лечения, что в фармакозависимых ремиссиях ведет к новому витку порочного круга страданий.

Обостренная критика обычна при шизоаффективных расстройствах и, как отмечено в обзоре, связана с депрессией. Страх перед разрушительной («распад Я») «неизлечимой» болезнью («безумием»), безнадежность и отчаяние (ипостаси депрессии) чаще сопутствуют суициду, чем психоз. Обратимся к самоописаниям эры «симптоматической» терапии.

«Ах, это невозможно! Этого нельзя перенести!.. Знаете ли, я всего больше боюсь слабости. И если бы нашёлся друг с характером, который бы покончил со мною из жалости, когда я потеряю рассудок! Ничего не могу делать, ни о

чем думать... Это была бы неоценимая услуга: друга мне...». *В. Гаршин*

«Я чувствую, что снова схожу с ума... И я не могу поправиться на этот раз. Я начинаю слышать «голоса» и не могу сосредоточиться. Поэтому делаю то, что считаю лучшим». *Вирджиния Вульф в прощальной записке мужу.*

Однако и сегодня на всех языках больные вопиют против бездушного обезличенного медицинского подхода вне связи с насыщением препаратами нового поколения.

Все мы несём весть надежды и восстановления людям. Мне поставили диагноз серьёзного психического заболевания. Психиатр сказал, что у меня болезнь типа диабета, и, если я буду всю жизнь принимать лекарства и избегать стресса, то, может быть, я с ней совладаю. Мой подростковый мир (мечтала стать достойным человеком, играть в сборной США, стать добровольцем «Корпуса мира») начал рушиться. Как будто у меня отобрали индивидуальность – я превратилась в «шизофреника». Глубочайшее полное одиночество укрепило ощущение, что я ничего не стою. Многие говорили со мной о симптомах, но никто не разговаривал со мной о том, каково мне. Для меня психическая болезнь означала «буйных психов» в смиренных рубашках, и специалисты говорили мне, что я одна из них. Никто не подошёл и не сказал: «Эй, я знаю, что ты живёшь, как в аду, потеряна в дурном сне. Ты думаешь, что выхода нет. Я прошла через это и скажу, что выход есть. Ты не обречена жить в психиатрических больницах». *Патриция* [цит. по 4].

У истории болезни жизнеутверждающее завершение – Патриция, «раненый целитель», ныне – руководитель реабилитационных программ «с человеческим лицом» для душевнобольных [4]. Мучительные переживания (по выписке бесконечно тягучее пустое время отмеряла выкуренными сигаретами) специалист ретроспективно не расценивает депрессивными. Тем не менее, «библиотека выздоровления» от первого лица – неременный атрибут отделения первого эпизода болезни [3] и, конечно, любого реабилитационного.

Болезнь проникает внезапно, как что-то чуждое, она нечаянно набрасывается на объятую страхом душу, и берedit в ней множество вопросов. Ибо если откуда-то со стороны явился он, злой враг, то кто же наслал его? Останется он или уйдет? Доступен он заклятию, мольбе, преодолению? Жесткими своими когтями извлекает болезнь из сердца противоречивейшие чувства: страх, веру, надежду, обреченность, проклятие, смирение, отчаяние. Она учит больного спрашивать, думать и молиться, поднимать полный испуга взор в пустоту и обретать там существо, коему можно поведать о своём страхе. Только

страдание создало в человечестве религиозное чувство, мысль о Боге... *С. Цвейг.*

Сообщение диагноза любого тяжелого недуга (главный критерий – длительное снижение функционирования) должно быть щадящим: «... всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьезности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться. .. никогда не обнаруживать своей неуверенности и нервной спешки, а распространять спокойствие и уверенность. ... никогда не вызывать болезни неосторожными приговорами.

Э. Кречмер «Медицинская психология».

Следует объяснить возможности «дружественного» (с оптимизированным соотношением риск / польза) сочетанного лечения и активной позиции самих пациентов, с упором на выявление и стимуляцию ресурсов выздоровления (восстановления) как реальной цели современной психиатрии.

При доказанном антисуицидальном эффекте клозапин – вряд ли перепарат первой линии (необходимость гематологического мониторинга, плохая переносимость в терапевтических дозах, отсутствие депонированных инъекционных форм), но резервирован для резистентной шизофрении. В целом, любая гарантированная длительная терапия несёт антисуицидальный потенциал. Хорошо оградить больного от «вилки Мортон»: дилеммы выбора побочных действий лечения или ПБ (рецидива) при отказе от лечения.

Молодые без опыта лечения, болезни и выстрадавших навыков её преодоления обострённо реагируют на неожиданные (информированное согласие на лечение – формально) побочные действия лекарств (вызывающие дополнительный дистресс, нарушающие и без того сниженное функционирование и стигматизирующие). Обычно пациенты, как порой и их врачи, смешивают с ними остаточные проявления недуга (вялость, подавленность) и планируют отказ от «ненужных» (врачи не объясняют, казалось бы, очевидную связь продолжения лечения с достижением лично значимых целей – как минимум, не попадать более в ПБ) и «пытающих» (более, чем недуг?) лекарств – сразу по выписке [5], причём первый месяц после (первой) госпитализации – пациент ещё не дошел до ПНД – наиболее суицидоопасен. По правилам «запечатления», пациенты годами помнят первые острые побочные действия, грубые неумелые

руки санитаров при сдерживании, проходят университеты утаивания лекарств и безнадежности у «хронических больных» в безрадостных и бездельных коридорах ПБ [6]. Вспомним снова опустошенную и скованную «ремиттированную» Патрицию, жгуче ощущающую растущую дистанцию до устремленных вперед бодрых сверстников.

Самоповреждающее поведение может быть следствием предотвратимых (подбор минимальных терапевтических доз) и легко купируемых острых экстрапиримидных расстройств (акатизия – на всех языках пациенты говорят о «желании выскочить из своей кожи» или хотя бы – из окна, разбить голову о стену). При неверной диагностике врач повышает дозу нейролептика, множит страдания больного, или мучает бессмысленными многочасовыми капельницами с «витаминами».

До 90% суицидов совершается в ремиссии, особо на фоне стихийной реабилитации. Изначально уязвимый к дистрессам повседневной жизни пациент на фоне невыявленной / недолеченной депрессии (возможно, субсиндромальной) особо суицидоопасен. Усугубляют риск и когнитивные расстройства (можно оспорить авторов обзора: выраженные – лишь облегчат самоповреждающее поведение), предшествующие манифесту и подчеркнутые депрессией.

Исландский (2000) фильм «Ангелы Вселенной» (судьба героя списана автором романа-первоосновы с брата), годный для занятий психообразования.

Молодой человек, регулярно сбегающий из ПБ, наконец, выписан, но оказывается не у дел. Поселенный в «жиле под защитой» (не хочет и не может вернуться в семью), обеспеченный наличностью на мелкие расходы (живи да радуйся), скитается одиноко и бесцельно по городу и выбрасывается из окна.

Проблемой длительного (не менее года после первого приступа, реально – до 5 лет) лечения становятся и отставленные (как ожирение) побочные действия лекарств, служащие

спусковым крючком «парадоксального» (в русле клинической ремиссии) СП [4].

Необходимо мониторировать на каждом рутинном визите риск СП (депрессии), комплаенс, переносимость и эффективность лечения с выработкой кризисного плана совместно с пациентом и его близкими.

Невнимание к переносимости (невыявленные и / или некорректируемые субъективно значимые побочные действия) и результативности (пренебрежение к остаточным симптомам расстройства) лечения, как и их результирующая – СП – отражает низкое качество помощи.

Однако альтернатива СП апробирована [3, 7]. Обзор указывает антисуицидальный эффект целевых программ для больных в первом эпизоде шизофрении (таковые есть и для других расстройств), сокращающих период нелеченой болезни (психоза) и за счёт гибкого и дифференцированного биопсихосоциального подхода бригады специалистов. Пока даже при наличии отделений (в РФ) суицидентам они не доступны. Антисуицидальные модули (в нашей стране) на последовательных этапах лечения для обширной (каждый пятый на участках отечественных ПНД) группы-мишени пациентов пока не разработаны. Неиспользованный резерв помощи – группы самопомощи с участием обученных добровольцев с опытом успешного преодоления недуга (кризисных состояний). Континуальная «наднозологическая» модель СП, приведённая авторами, высвечивает сходные мишени терапевтических и профилактических усилий (как депрессия, одиночество). Перспективно, с привлечением возможностей качественного анализа, изучение внутренней картины начальных проявлений душевной болезни, путей поиска помощи (барьеров и благоприятствующих факторов), эмпирических адаптивных способов совладания с недугом (саморазрушительными, агрессивными тенденциями), интегральных частей выздоровления (зантисуицидальных факторов), среди которых необходимые, пока жив человек, – вера, надежда, любовь [4, 6].

Литература:

1. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15–28.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
3. Былим И.А. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и экономический эффекты целевой психосоциальной помощи // Психическое здоровье. – 2011. – № 1 (56). – С. 60–65.
4. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе: откровенное и сокровенное / Под ред. И.Я. Гуровича / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов – М.: ООО «Новые возможности», 2009. – 129 с.

References:

1. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15–28. (In Russ)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii. M., 1980. 48 s. (In Russ)
3. Bylim I.A. Ljubov E.B. Pervyj jepizod shizofrenii: kliniko-social'nyj i jekonomicheskij jeffekty celevoj psihosocial'noj pomoshhi // Psihicheskoe zdorov'e. – 2011. – № 1 (56). – S. 60–65. (In Russ)
4. Preodolenie: Ljudi s psihiatricheskim opytom i ih blizkie o sebe: otkrovennoe i sokro-vennoe / Pod red. IJa. Gurovicha / Sost. N.B. Levina, E.B. Ljubov – M.: OOO «Novye vozmozhnosti», 2009. – 129 s. (In Russ)

- Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 51–56.
- Любов Е.Б., Левина Н.Б. Жизнь в шизофрении и после нее в картинах и образах // Независимый психиатрический журнал. – 2014. – Вып. III. – С. 27–32.
- Первый психотический эпизод: проблемы и психиатрическая помощь / Ред. И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М.: Медпрактика-М, 2010. – 543 с.
- Ljubov E.B. i grupa issledovatelej. Ocenka bol'nichnymi pacientami svoih potrebnostej i udovletvorennosti psihiatricheskoj pomoshh'ju // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2012. – Tom 22. – Vyp. 4. – S. 51–56. (In Russ)
- Ljubov E.B., Levina N.B. Zhizn' v shizofrenii i posle nee v kartinah i obrazah // Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal. – 2014. – Vyp. III. – S. 27–32. (In Russ)
- Pervyj psihoticheskij jepizod: problemy i psihiatricheskaja pomoshh' / Red. I.Ja. Gurovich, A.B. Shmukler. – M.: Medpraktika-M, 2010. – 543 s. (In Russ)

SUICIDAL BEHAVIOR AT THE BEGINNING OF THE MENTAL DISORDERS: DESPAIR vs HOPE

E. Lyubov¹, E.S. Nosova²

¹Moscow Institute of Psychiatry—branch of Federal medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Russia

²Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Russia

Abstract

In the comments, the discussion of organizational and clinical-social problems of identifying and managing patients in the debut of mental disorders (e.g., schizophrenia) was continued and the need for the development of special (target) therapeutic and prophylactic programs based on the multidisciplinary team biopsychosocial approach as an evidence-based antisuicidal (protective) factor. The programs include a long (≥ 1 year) pharmacotherapy (drugs of choice with an optimal risk / benefit ratio, e.g., atypical antipsychotics and antidepressants of the new generation) and psychosocial work with patients and their families involving self-help groups and the peer support of trained volunteers with successful experience in overcoming the disease and crisis conditions. It is necessary to monitor the risk of suicidal behavior, depression, and clinical efficacy at consistent stages of treatment and prevention on a routine basis.

Key words: mental disorders, debut, suicidal behavior, treatment, prevention

УДК: 616.89-008

БЕССТРАШИЕ К СМЕРТИ И ОЩУЩАЕМАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОКОНЧИТЬ С СОБОЙ У УЧЕНИКОВ СЕДЬМОГО, ВОСЬМОГО И ДЕВЯТОГО КЛАССОВ¹

Tobias Teismann, Larissa Pläp, Sarah Prinz, Jan C. Swik

Рурский университет г. Бохума, Германия

Контактная информация:

Tobias Teismann – психолог, кандидат психологических наук, кафедра клинической психологии и психотерапии, факультет психологии, Рурский университет г. Бохума. Адрес: Massenbergsstraße 11, 44787 Bochum, Germany. Телефон: 00492343227787. Электронный адрес: tobias.teismann@rub.de

Larissa Pläp – психолог, аспирант кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет психологии, Рурский университет города Бохума.

Sarah Prinz – психолог, кандидат психологических наук, кафедра клинической психологии и психотерапии, факультет психологии, Рурский университет города Бохума.

Jan C. Swik – психолог, кандидат психологических наук, кафедра клинической психологии и психотерапии, факультет психологии, Рурский университет города Бохума.

Межличностная теория суицида постулирует, что для тяжёлой попытки суицида или завершённого суицида суицидент должен обладать желанием умереть и способностью совершить самоубийство. Способность, предположительно, обретается со временем путем повторяющегося опыта болезненных и провокационных событий. Цель настоящего исследования – изучить линейные тренды двух граней приобретённой способности к суициду (бесстрашие к смерти, ощущаемая способность убить себя), среди учеников седьмого, восьмого и девятого классов ($n=373$). Результаты показывают, что мальчики обнаруживают линейный рост в бесстрашии к смерти, в то время как девочки растут в ощущаемой способности. Исследование в целом поддерживает предположения межличностной теории.

¹Статья опубликована в Suicidology Online. – 2016. – Vol. 7. – P. 32-39. Публикация с разрешения редакции. Перевод с английского К.А. Чистопольская (Москва).

Ключевые слова: самоубийство, бесстрашие к смерти, межличностная теория суицида, подростки.

Суицид – значимая проблема здравоохранения: около 1 миллиона людей по всему миру погибают при совершении суицида каждый год [1]. Данные по суициду показывают, что это вторая по значимости причина смерти людей 10-24 лет. Несмертельные подростковые попытки суицида колеблются от 4 до 23%, со средним уровнем 10,5% в европейских странах [2] и от 6,5 до 9% среди девятиклассников Германии [3, 4]. В среднем, девочки совершают больше суицидальных попыток, чем мальчики [5], в то время как больше мальчиков погибает от суицида, чем девочек [1]. Кривые возраста начала суицидального поведения остаются низкими в 12 лет и растут линейно к 15 годам [5]. Мы знаем, что факторы риска для подростковых суицидальных попыток и завершенных суицидов включают душевные расстройства, предшествующее суицидальное поведение, несуйцидальные самоповреждения, суицидальные мысли и жестокое обращение в детстве [6].

В соответствии с межличностной теорией суицида [7], должны присутствовать три фактора риска, чтобы человек захотел и был способен совершить самоубийство. В эти факторы входят одновременное наличие чувства брошенности, или, иначе, недостаток принадлежности: ощущение, что человек не является ценным членом важной для него группы, – а также ощущение себя как обузы, будто его существование ложится тяжким бременем на семью и друзей – всё это вызывает желание самоубийства. При этом Т.Е. Joiner [7] утверждает, что одного только желания совершить самоубийство недостаточно для летальной попытки. Человек должен развить в себе бесстрашие к смерти, а также способность выдерживать боль, чтобы суметь действовать в соответствии с желанием совершить самоубийство. По концепции Т.Е. Joiner, эта так называемая приобретенная способность к суициду состоит из повышенной толерантности к боли и бесстрашия к смерти – и последнее стало главным фокусом текущего исследования. Т.Е. Joiner [7] утверждает, что самый лёгкий способ обрести способность к суициду – это вовлекаться в суицидальное поведение, особенно суицидальные попытки, или практиковать и подготавливать суицидальные поступки. Однако Т.Е. Joiner [7] указывает на тот факт, что можно научиться меньше бояться боли, травм и смерти не только посредством суицидальных попыток (например, с помощью болезненных и провокационных событий, таких как жестокое об-

ращение в детстве, участие в военных событиях, драках, контактных видах спорта и неразборчивости в сексе). Автор [7] предполагает, что механизмы, с помощью которых люди обретают способность к летальным самоповреждениям – это привычка и закрепление ответа на страх и боль [8]. Соответственно, Т.Е. Joiner [7] описывает приобретенную способность к суициду как довольно статичный процесс, нарастающий по мере того, как переживаются болезненные и провокационные события.

Подтверждение обоснованности межличностной теории суицида растёт, как и число исследований, раскрывающих связи между ключевыми переменными концепции и суицидальными мыслями и попытками [см. 9]. Исследования, проверяющие конструкт приобретённой способности к суициду, обнаружили, что люди с историей суицидальных попыток, в отличие от тех, у кого такой истории нет, проявляют повышенный уровень приобретённой способности суицида [10], и эта приобретённая способность предсказывает суицидальные попытки и суицид [11, 12, 13, 14].

В соответствии с концепцией, повышенный болевой порог и опыт провокационных событий значимо предсказывают повышенный уровень приобретённой способности к суициду [15, 16, 17, 14]. Дальнейшие исследования обнаружили, что опыт участия в военных действиях [18], жестокие видеоигры [19] и наблюдение эвтаназии у ветеринаров [20] связаны повышенным бесстрашием к смерти. А также несуйцидальные самоповреждения [21] и чрезмерные занятия спортом, сочетающиеся с нарушениями питания [22, 23] сигнализируют о повышенном уровне суицидальной смертности среди мужчин, по сравнению с женщинами [1]. В попытке объяснить гендерные различия Витте и коллеги [23] обнаружили, что поиск новых ощущений отвечал за позитивную связь между полом и бесстрашием к смерти, то есть мужчины демонстрировали повышенный уровень бесстрашия к смерти, потому что были более склонны к рисковому поведению.

Вместе с ростом суицидального поведения в отрочестве [5] также наблюдается связанный с возрастом рост различных форм рискового поведения, включая злоупотребление алкоголем и ПАВ [24], а также делинквентное поведение [25] и несуйцидальные самоповреждения. Например, Sourander и коллеги [26] обнаружили значимый рост самоотчетов по самоповреждениям в возрасте от 12 до 15, особенно среди девочек [см. 27].

Похоже, что всё это вместе: не только суицидальное поведение, но и различные формы болезненных и провокационных событий быстро растут во время раннего отрочества. И все же наблюдаются значимые гендерные различия: поведение, связанное с жестокостью (например, драки), злоупотребление алкоголем и ПАВ, а также рискованный секс чаще наблюдаются среди мальчиков, в то время как девочки более склонны сообщать о сексуальном насилии, в том числе об изнасилованиях и жестокости на свидании [28]. Более того, девочки из седьмых и девярых классов сообщают о несуицидальных самоповреждениях в два раза чаще, чем мальчики [4, 27], что свидетельствует о том, что девочки более склонны к суицидальным мыслям, планам и попыткам, чем мальчики [5].

Если смотреть на эти факты через призму межличностной теории суицидов, можно ожидать, что бесстрашие к смерти растёт так же, как опыт с разного рода болезненными и провокационными событиями, а с ними и уровень суицидальных попыток. Таким образом, целью настоящего исследования было прояснение вопроса, существует ли связанный с возрастом рост в бесстрашии к смерти и ощущаемой способности совершить самоубийство в выборке 12-16-летних, с седьмого по девятый класс. Учитывая вышесказанное, мы предположили, что суицидальные мысли и поступки, несуицидальные самоповреждения и опыт болезненных и провокационных событий растут линейно, с седьмого через восьмой и по девятый классы, и предположительно в девятом классе оба пола сообщат о сниженном страхе смерти, в восьмом классе оба пола будут сообщать о среднем уровне страха, а в седьмом классе оба пола сообщат о самом высоком страхе смерти. Кроме того, мы ожидали повторить уже хорошо представленные данные о гендерных различиях, касающихся бесстрашия к смерти, суицидальных мыслей и поступков, несуицидальных самоповреждений и болезненных и провокационных событий.

Методы исследования.

Участники. Выборка состояла из 373 учеников, из которых 54,2% (n=202) – девочки, 45,8% (n=171) – мальчики. Возраст разнился от 12 до 16 лет, M=13,88 (SD=1.10). 154 были из девярых классов (41,3% возраст M=14,82 (SD=0,64), мальчиков – 81, девочек – 73); 108 были из восьмых классов (28%, возраст M=13,78 (SD=0,66), мальчиков – 45, девочек – 63; и 111 семиклассников (29,8%, возраст M=12,67(SD=0,62), девочек – 66, мальчиков – 45. Все участники были белыми.

250 учеников (67,0%) посещали академический лицей, 106 (28,4%) среднюю общеобразовательную школу и оставшиеся 17 учеников (4,6%) неполную среднюю школу. Высокий достаток, оцененный по «Шкале семейного достатка» [29], был у ¾ выборки (77,6%, n=281).

Процедура. Участников вербовали в школах Рурской области (n=2 академических лицеев, n=2 средних общеобразовательных школ, n=1 неполной средней школы). Опрос проходил между октябрём 2013 и маем 2014. Когда школа изъявляла желание участвовать, ответственные за проведение исследования учителя информировались о цели исследования и формах полноценного родительского согласия, были розданы бланки подросткового согласия. Подросткам напоминали, что участие является добровольным и анонимным. Все оценочные шкалы раздавались в классе, в запечатанных конвертах, тем, кто принёс подписанные родительское и подростковое согласия. Один из исследователей присутствовал в классе, к нему можно было обращаться с вопросами. После того как ученики заполняли бланки, они вкладывали их снова в конверт и запечатывали их. Заполнение занимало 30-35 минут. Чтобы обеспечить безопасность, каждый участник получал «карточку с контактом», которая включала (1) общую контактную информацию телефонов доверия и (2) контакты координатора исследования и двух сотрудничающих психотерапевтов.

Исследование и его процедуры были одобрены этическим комитетом факультета психологии Рурского университета города Бохума.

Методики.

Приобретенная способность к суициду.

Бесстрашие к смерти измерялось субшкалой «бесстрашие к смерти», состоящей из 5 пунктов из «Немецкого опросника способности к суициду» [30]. Пример утверждений «Я очень боюсь умереть», «Перспектива собственной смерти вызывает у меня беспокойство». Все пункты оценивались по пятибалльной шкале Лайкерта от 1 (полностью согласен) до 5 (совершенно не согласен), где бóльший балл по шкале соответствовал снижению страху смерти и умирания. Субшкала бесстрашия к смерти очень похожа на «Шкалу приобретенной способности к суициду» (Acquired Capability for Suicide Scale) Ribeiro и коллег [22] и имеет хорошую внутреннюю согласованность ($\alpha=0,90$ [30]). Соответственно, внутренняя согласованность была высока и в текущей выборке: $\alpha=0,88$. Ощущаемая способность к суициду измерялась одним пунктом («Я бы

мог(-ла) убить себя, если бы хотел(-а)», её взяли из оригинальной «Шкалы приобретенной способности к суициду» [14]. Она также является частью «Немецкого опросника способности к суициду». В недавнем исследовании этот знаковый пункт различал людей, совершивших и не совершавших попытки суицида [30]. В подтверждение дискриминантной валидности, этот пункт не нагружается на фактор бесстрашия к смерти в «Немецком опроснике способности к суициду» [30].

Суицидальные мысли и поведение.

Суицидальные мысли в течение жизни, суицидальные планы и попытки оценивались с помощью пункта 1 («Вы когда-либо думали о том, чтобы покончить с собой или пытались это сделать?») из «Переработанного опросника суицидального поведения» (Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R [31]). Этот пункт рекомендовался для скрининга и часто использовался в клинических и неклинических подростковых выборках [31]. Граничный балл 2 в этом пункте данной шкалы показал свою эффективность в различении суицидальных и несуйцидальных подростков [31].

Болезненные и провокационные события.

Болезненные и провокационные события оценивались с помощью адаптированной версии 16-пунктовой «Шкалы болезненных и провокационных событий» (Painful and Provocative Events Scale, PPES [32]). В этой шкале респондента просят сообщить, сколько раз он переживал определенные события, которые по межличностной теории суицида ведут к приобретенной способности к суициду (например, ломал кость, делал пирсинг, был участником автоаварии, стрелял из ружья, намеренно причинял боль животным, участвовал в драках, прыгал с высоты, становился жертвой избиения). Все пункты ранжированы по 5-балльной шкале Лайкерта от 1 (никогда) до 5 (более 20 раз). Некоторые пункты были убраны в целях цензуры, так как были неуместны с точки зре-

ния директоров школ (например, «Были ли вы жертвой / свидетелем сексуальных домогательств?»), казались неуместными для выборки младших подростков (например, «Вы когда-нибудь принимали наркотики внутривенно?»), или потому что это можно спутать с суицидальным поведением («Вы когда-нибудь делали удавку?»). Внутренняя согласованность данной шкалы была весьма умеренной в текущем исследовании ($\alpha=0,69$). Однако умеренная согласованность ($\alpha<0,70$) – частый случай с этой шкалой, и обычно её связывают с тем фактом, что она состоит из списка разнородных поступков [15, 33, 22].

Несуйцидальное самоповреждение.

Несуйцидальное самоповреждение оценивалось пунктами из «Шкалы импульсивности» (Impulsivity Scale, IS-27 [34]). Пункты звучали так: «За последний месяц... я причинял себе боль, прижигая себя», «...я причинял себе боль, делая глубокие порезы», «...я причинял себе боль, делая поверхностные порезы или царапины», «...я причинял себе боль, так как сознательно бился головой, рукой или другими частями тела о твердую поверхность». Все пункты оценивались по 5-балльной шкале Лайкерта от 0 (никогда) до 4 (несколько раз в день). Внутренняя согласованность в этом исследовании была $\alpha=0,85$.

Результаты исследования.

Описательные данные: Суицидальные мысли и поведение

299 учеников (80,2%) никогда не планировали и не совершали суицидальных попыток (пункт 1 шкалы SBQ-R ≤ 2), в то время как 19,8% ($n=74$) имели опыт суицидальных мыслей и/или поведения (пункт 1 шкалы SBQ-R > 2). Данные по этому пункту отсутствовали у двоих человек. Как видно из таблицы 1, 16 респондентов совершали суицидальные попытки в течение жизни. Суицидальные попытки были более распространены среди 9-классников, нежели чем у 8- и 7-классников.

Таблица 1

Распределение ответов на пункт 1 SBQ-R

| Вы когда-либо думали о том, чтобы покончить с собой, или пытались это сделать? | 7-классники | | 8-классники | | 9-классники | |
|--|-------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Никогда | 73 | 66,4 | 72 | 66,7 | 85 | 55,6 |
| Была такая мысль мимоходом | 21 | 19,1 | 16 | 14,8 | 30 | 19,6 |
| У меня хотя бы однажды был план покончить с собой, но я не пытался воплотить его в жизнь | 12 | 10,9 | 11 | 10,2 | 20 | 13,1 |
| У меня хотя бы однажды был план покончить с собой, и я действительно хотел умереть | 2 | 1,8 | 6 | 5,6 | 7 | 4,6 |
| Я пытался покончить с собой, но я не хотел умирать | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,7 |
| Я пытался покончить с собой, и я действительно надеялся умереть | 2 | 1,8 | 3 | 2,7 | 10 | 6,5 |

SBQ-R – «Переработанный опросник суицидального поведения»

Корреляции между изучаемыми переменными

| Показатель | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Суицидальные мысли и поступки | – | 0,55** | 0,31** | -0,12 | 0,37** |
| Несуицидальные самоповреждения | 0,60*** | – | 0,52** | 0,00 | 0,09 |
| Болезненные и провокационные события | 0,30** | 0,39** | – | -0,02 | 0,12 |
| Бесстрашие к смерти | 0,12 | 0,08 | 0,09 | – | 0,00 |
| Ощущаемая способность к суициду | 0,56** | 0,47** | 0,38** | 0,24** | – |

Примечание: Корреляции для мальчиков сообщены над диагональю, а для девочек – под диагональю. Уровень значимости *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$.

Гендерные различия в суицидальных мыслях и поступках, несуйцидальных самоповреждениях, болезненных и провокационных событиях, бесстрашии к смерти и ощущаемой способности к суициду.

Независимо от класса, мальчики сообщали о большем опыте болезненных и провокационных событий $F(1, 343) = 25,31$; $p < 0,001$, чем девочки. Однако девочки имели некоторую склонность к большим несуйцидальным повреждениям $F(1, 360) = 3,67$; $p = 0,057$, и к более частым суицидальным мыслям и поступкам $F(1, 369) = 4,57$; $p = 0,033$. О суицидальных попытках сообщали 5,9% девочек ($n=12$) и 2,3% ($n=4$) мальчиков. Как и в предыдущих исследованиях [22, 23], мальчики сообщали о большем бесстрашии к смерти $F(1, 350) = 18,53$; $p < 0,001$, чем девочки, но, тем не менее, мальчики и девочки не различались в ощущаемой способности к суициду $F(1, 361) = 0,03$; $p = 0,851$.

И у девочек, и у мальчиков суицидальные мысли и поступки были значимо связаны с несуйцидальным самоповреждением, с опытом болезненных и провокационных событий и ощущаемой способностью к суициду (табл. 2). Бесстрашие к смерти не было связано с суицидальными мыслями и поступками.

Линейные тренды суицидальных мыслей и поступков, несуйцидального самоповреждения и болезненных и провокационных событий

Линейные тренды среди 9-, 8- и 7-классников были проанализированы методом линейных контрастов с помощью следующих контрастных весов: 7-классники = -1, 8-классники = 0, 9-классники = 1. Как видно из таблицы 3, 9-классники оценивали себя выше по суицидальным мыслям и поступкам, несуйцидальным самоповреждениям и опыту болезненных и провокационных событий, 8-классники давали средний результат, а 7-

классники были ниже всех по этим показателям. Более тщательный анализ обнаружил, что девочки, но не мальчики обнаруживали линейный рост в суицидальных мыслях и поступках и опыту болезненных и провокационных событий, в то время как мальчики демонстрировали лишь линейный рост в несуйцидальных самоповреждениях.

Линейные тренды бесстрашия к смерти и ощущаемой способности к суициду.

Как и ожидалось, анализ линейных контрастов обнаружил, что 9-классники показали больше бесстрашия к смерти, за ними шли 8-классники, а замыкали цепочку 7-классники. Этот паттерн был обнаружен во всей выборке и в выборке мальчиков, но не у девочек. Однако у девочек наблюдался линейный рост в ощущаемой способности к суициду, чего не было замечено у мальчиков (табл. 3).

Обсуждение.

Данное исследование было призвано проверить, существует ли линейный рост в бесстрашии к смерти и ощущаемой способности покончить с собой в 7-м, 8-м и 9-м классах. Было сделано три значимых вывода:

1. Линейный рост бесстрашия к смерти был выявлен. Однако были обнаружены значимые гендерные различия: мальчики демонстрировали линейный рост бесстрашия к смерти, но не ощущаемую способность к суициду, в то время как девочки демонстрировали линейный рост в ощущаемой способности к суициду, но не бесстрашие к смерти.

2. Гендерные различия были обнаружены в других переменных: девочки демонстрировали связанный с возрастом рост суицидальных мыслей и поступков, а также болезненных и провокационных событий, в то время как у мальчиков наблюдался линейный рост только в несуйцидальных самоповреждениях.

Средние, стандартные отклонения и линейный анализ контрастов

| Инструмент | Выборка | Группа | | | F-статистики | p |
|--------------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-------|
| | | 7-классники M (SD) | 8-классники M (SD) | 9-классники M (SD) | | |
| Суицидальные мысли и поступки | Все | 0,58 (1,12) | 0,71 (1,39) | 1,03 (1,65) | F(1, 368) = 6,11 | 0,014 |
| | Девочки | 0,64 (1,31) | 0,92 (1,66) | 1,26 (1,79) | F(1, 198) = 5,26 | 0,023 |
| | Мальчики | 0,50 (0,73) | 0,42 (0,84) | 0,81 (1,50) | F(1, 167) = 1,99 | 0,159 |
| Несуицидальные самоповреждения | Все | 0,23 (0,66) | 0,71 (2,11) | 0,72 (2,00) | F(1, 359) = 4,95 | 0,027 |
| | Девочки | 0,28 (0,78) | 1,17 (2,68) | 0,77 (2,00) | F(1, 191) = 2,09 | 0,150 |
| | Мальчики | 0,16 (0,42) | 0,08 (0,35) | 0,68 (2,02) | F(2, 165) = 4,79 | 0,030 |
| Болезненные и провокационные события | Все | 7,39 (5,53) | 8,18 (5,63) | 9,83 (7,17) | F(1, 342) = 8,90 | 0,003 |
| | Девочки | 6,15 (5,26) | 6,61 (4,62) | 8,41 (5,73) | F(1, 187) = 5,99 | 0,015 |
| | Мальчики | 9,21 (5,46) | 10,42 (6,23) | 11,22 (8,13) | F(1, 152) = 2,13 | 0,147 |
| Бесстрашие к смерти | Все | 3,15 (1,20) | 3,37 (1,12) | 3,47 (1,16) | F(1, 349) = 4,81 | 0,029 |
| | Девочки | 3,08 (1,13) | 3,07 (1,15) | 3,15 (1,20) | F(1, 183) = 0,10 | 0,748 |
| | Мальчики | 3,24 (1,29) | 3,79 (0,95) | 3,75 (1,05) | F(1, 163) = 6,19 | 0,014 |
| Ощущаемая способность к суициду | Все | 2,10 (1,46) | 2,12 (1,50) | 2,46 (1,64) | F(1, 360) = 3,22 | 0,074 |
| | Девочки | 2,04 (1,45) | 2,12 (1,51) | 2,60 (1,63) | F(1, 193) = 4,26 | 0,040 |
| | Мальчики | 2,18 (1,50) | 2,11 (1,51) | 2,33 (1,64) | F(1, 164) = 0,25 | 0,621 |

3. В соответствии с предыдущими исследованиями мальчики сообщали о большем бесстрашии к смерти и о большем количестве болезненных и провокационных событий, в то время как девочки показали тренд к большей вовлеченности в несуйцидальные самоповреждения, а также больше суицидальных мыслей и попыток. В подтверждение валидности собранных данных, уровень учеников, сообщавших о суицидальных попытках в течение жизни (6,5% у 9-классников) был практически идентичен с предыдущими исследованиями, в которых сообщается от 6,5 до 7,9% немецких 9-классников, признающих в суицидальных попытках [4].

В соответствии с предположениями межличностной теории суицида [7], бесстрашие к смерти более распространено в старших классах, так же как и опыт болезненных и провокационных событий, несуйцидальных самоповреждений и суицидальных поступков – все это становится более частым во время раннего отрочества. И все же, в пику нашим ожиданиям, были обнаружены значимые гендерные различия: только мальчики сообщали о росте бесстрашия к смерти. Это особенно удивительно, так как девочки показали только рост болезненных и провокационных событий и

суицидальные мысли и поступки во всех классах [7]. В то же время, эта находка приводит нас в замешательство: почему девочки и женщины сообщают о более низком бесстрашии к смерти, чем мальчики и мужчины [22; 23], хотя они более склонны к несуйцидальным и суицидальным самоповреждениям [5]? Как было уже упомянуто, [23] обнаружил, что больший поиск ощущений положительно коррелирует с мужским полом и бесстрашием к смерти. Однако это не объясняет, почему более высокий уровень несуйцидальных и суицидальных самоповреждений не обуславливает более высокое бесстрашие к смерти среди женщин. В целом, относительно мало известно (а) о том, как люди становятся бесстрашными к смерти, (б) модулирующих факторах (например, интенсивности и частоте провокационных событий, личностных чертах, генетических факторах) в обретении бесстрашия к смерти, и (в) об относительном влиянии разных типов болезненных и провокационных событий на приобретаемую способность к суициду. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы прояснить эти вопросы, в том числе гендерные различия в бесстрашии к смерти. В связи с этим, вероятно, что опыт девочек в несуйцидальных и суицидальных самоповреждениях не приводит к росту

общего бесстрашия к смерти (оцениваемого с помощью субшкалы «Немецкого опросника способности к суициду»), но к специфической приписываемой себе способности покончить с собой. Так, в текущем исследовании девочки продемонстрировали рост в ощущаемой способности умереть от суицида (а мальчики – нет), хотя у них не наблюдался рост общего бесстрашия к смерти. Вследствие отсутствия исследований на эту тему, пока неясно, что более значимо для (будущего) суицидального поведения – бесстрашие к смерти или ощущаемая способность покончить с собой. Однако в предыдущих исследованиях, так же, как и в текущем, лишь один пункт, измерявший ощущаемую способность к суициду, был значимо связан с суицидальностью, которая измерялась SBQ-R [35] или с прошлыми суицидальными попытками [30]. Таким образом, есть вероятность, что пункт, оценивающий ощущаемую способность к суициду, особенно чувствителен к изменениям в показателях о несуицидальных и суицидальных повреждениях. Требуются дальнейшие исследования, чтобы прояснить этот момент.

Следует учесть различные ограничения, интерпретируя результаты этого предварительного исследования. Во-первых, так как вся выборка состояла из белых европейцев, возможно, что данные выводы не распространяются на учеников других этнических групп. Во-вторых, вследствие исследования методом срезов, мы не можем делать выводы о траекториях развития бесстрашия к смерти и ощущаемой способности покончить с собой. Будущие исследования должны использовать лонгитюд, проспективный дизайн. В-третьих, вследствие низкой внутренней согласованности шкалы переносимости боли из «Немецкого опросника способности к суициду» [30], в данном исследовании не было возможности исследовать эту грань приобретенной способности к суициду. Однако лонгитюдные исследования и исследования методом срезов уже показали, что дети между 6 и 16 годами с возрастом становятся менее чувствительными к болезненным стимулам [36, 37]. Наконец, пункт SBQ-R, который использовался в данном исследовании, не позволяет разделять анализ суицидальных мыслей и суицидальных поступков. Вследствие этого возможно, что линейный тренд, обнаруженный у девочек, объясняется либо суицидальными мыслями, либо суицидальными поступками.

Выводы этого исследования имеют скромные последствия для клинических оценок суицидального риска. Учитывая, что Т.Е. Joiner [7]

описывает приобретенную способность к суициду как довольно стабильную и не очень пластичную характеристику, возможно, это не слишком многообещающая мишень для превенции. Тем не менее, программы школьной превенции суицидов могут интегрировать бесстрашие к смерти и ощущаемую способность совершить суицид в скрининговые кампании: либо с помощью скрининга с помощью шкал самоотчета, либо, обучая школьный персонал распознавать учеников с повышенным риском [38]. Однако в будущем следует проверить временной аспект и причинность между болезненными и провокационными событиями, бесстрашием к смерти и суицидальным поведением в отрочестве – это критично, прежде чем делать громкие заявления о принятии во внимание приобретенной способности к суициду и внедрять ее в программы школьной превенции.

Насколько нам известно, это исследование – первое, посвященное приобретенной способности к суициду в отрочестве. Результаты в целом подтверждают допущения межличностной модели суицида. И всё же на результаты влиял пол респондентов. Поэтому будущие исследования в рамках межличностной теории должны учитывать гендерные различия. Так как суицидальное поведение – острая проблема детства и отрочества, обязательно нужно уточнить наше понимание приобретенной способности суицида в этой возрастной группе и роль потенциальных предикторов и модераторов, значимых для её развития.

Благодарности. Авторы благодарят Сабрину Зейтц и Йанника Либерта за помощь в сборе данных.

Литература:

1. WHO Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO Press, 2014.
2. Kokkevi A., Rotsika V., Arapaki A., Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53. – P. 381–389.
3. Donath C., Graessel E., Baier D., Bleich S., Hillemacher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? // *BMC Pediatr*. – 2014. – Vol. 14. – P. 113–125.
4. Plener P.L., Libal G., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA // *Psychol. Med*. – 2009. – Vol. 39 – P. 1549–1558.
5. Nock M.K., Green J.G., Hwang I., McLaughlin K.A., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Kessler R.C. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents // *JAMA Psychiatry* – 2013. – Vol. 70. – P. 300–310.
6. Esposito-Smythers C., Weismore J., Zimmermann R.P., Spirito A. Suicidal behaviors among children and adolescents. // *In The Oxford handbook of suicide and self-injury* / Ed. by N. Nock. Oxford: Oxford University Press, 2014. – P. 61–81.
7. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
8. Solomon R.L., Corbit, J.D. An opponent-process theory of motivation: Temporal dynamics of affect // *Psychol. Rev.* – 1974. – Vol. 81. – P. 119–145.

9. Ma J., Batterham P.J., Calear A.L., Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of suicidal behavior // *Clin. Psychol. Rev.* – 2016. – Vol. 46. – P. 34–45.
10. Smith P.N., Wolford-Clevenger C., Mandracchia J.T., Jahn D.R. An exploratory factor analysis of the Acquired Capability for Suicide Scale in male prison inmates // *Psychol. Serv.* – 2013. – Vol. 10. – P. 97–105.
11. Anestis M.D., Joiner T.E. Examining the role of emotion in suicidality // *J. Affect. Disorders.* – 2011. – Vol. 129. – P. 261–269.
12. Bryan C.J., Clemans T.A., Hernandez A.M. Perceived burdensomeness, fearlessness of death and suicidality among deployed military personnel // *Pers. and Ind. Diff.* – 2012. – Vol. 52. – P. 374–379.
13. Nademin E., Jobes D.A., Pflanz S.E., Jacoby A.M., Ghahramanlou-Holloway M., Campise R., Joiner T.E., Wagner B.M., Johnson L. An investigation of interpersonal-psychological variables in Air Force suicides: a controlled-comparison study // *Arch. Suicide Res.* – 2008. – Vol. 12. – P. 309–326.
14. Van Orden K.A., Witte T.K., Gordon K.H., Bender T.W., Joiner T.E. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2008. – Vol. 76. – P. 72–83.
15. Anestis M.D., Joiner T.E. Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality // *J. Psychiatr. Res.* – 2012. – Vol. 46. – P. 703–707.
16. Bryan C.J., Cukrowicz K.C. Associations between types of combat violence and the acquired capability for suicide // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2011. – Vol. 41. – P. 126–136.
17. Smith A.R., Fink E.L., Anestis M.D., Ribeiro J.D., Gordon K.H., Davis H., Keel P.K., Bardone-Cone A.M., Peterson C.B., Klein M.H., Crow S., Mitchell J.E., Crosby R.D., Wonderlich S.A., le Grange D., Joiner T.E. Exercise caution: Over-exercise is associated with suicidality among individuals with disordered eating // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 206. – P. 246–255.
18. Bryan C.J., Hernandez A.M., Allison S., Clemans T. Combat exposure and suicide risk in two samples of military personnel // *J. Clin. Psychol.* – 2013. – Vol. 69. – P. 64–77.
19. Gauthier J.M., Zuromski K.L., Gitter S.A., Witte T.K., Cero, I.J., Gordon K.H., Ribeiro J., Anestis M., Joiner T.E. The interpersonal-psychological theory of suicide and exposure to video game violence // *J. Soc. and Clin. Psychol.* – 2014. – Vol. 33. – P. 512–535.
20. Witte T.K., Correia C.J., Angarano D. Experience with euthanasia is associated with fearlessness about death in veterinary students // *Suicide Life-Threat. Behav.* – 2013. – Vol. 43. – P. 125–138.
21. Willoughby T., Heffer T., Hamza C.A. The link between nonsuicidal self-injury and acquired capability for suicide: a longitudinal study // *J. Abnorm. Psychol.* – 2015. – Vol. 124. – P. 1110–1115.
22. Ribeiro J.D., Witte T.K., Van Orden K.A., Selby E.A., Gordon K.H., Bender T.W., Joiner T.E. Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale // *Psychol. Assess.* – 2014. – Vol. 26. – P. 115–126.
23. Witte T.K., Gordon K.H., Smith P.N., Van Orden K.A. Stoicism and sensation seeking: male vulnerabilities for the acquired capability for suicide // *J. Res. in Pers.* – 2012. – Vol. 46. – P. 384–392.
24. SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings. – 2014. [last accessed 11 January 2017]. Available from: www.samhsa.gov
25. Moffitt T.E. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy // *Psychol. Rev.* – 1993. – Vol. 100. – P. 674–701.
26. Sourander A., Aromaa M., Pihlakoski L., Haavisto A., Rautava P., Helenius H., Sillanpää M. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15 // *J. Affect. Disorders.* – 2006. – Vol. 93. – P. 87–96.
27. Patton G.C., Hemphill S.A., Beyers J.M., Bond L., Toumbourou J.W., McMorris B.J., Catalano R.F. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 46. – P. 508–514.
28. CDC Youth risk behavior surveillance – United States, 2013 // *Morbidity and Mortality Weekly Report* – 2014. – Vol. 63. – P. 1–170.
29. Boyce W., Torsheim T., Currie C., Zambon A. The Family Affluence Scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure // *Soc. Indicators Res.* – 2006. – Vol. 78. – P. 473–487.
30. Wachtel S., Vocks S., Edel M.A., Nyhuis P., Willutzki U., Teismann T. Validation and psychometric properties of the German Capability for Suicide Questionnaire // *Compr. Psychiatry.* – 2014. – Vol. 55. – P. 1292–1302.
31. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and non-clinical samples // *Assess.* – 2001. – Vol. 8. – P. 443–454.
32. Bender T.W., Gordon K.H., Joiner T.E. Impulsivity and suicidality: A test of the mediating role of painful experiences, Unpublished manuscript, 2007.
33. Pennings S.M., Anestis M.D. Discomfort intolerance and the acquired capability for suicide // *Cogn. Ther. Res.* – 2013. – Vol. 37. – P. 1269–1275.
34. Kröger C., Kosfelder J. IES-27. Skala zur Erfassung der Impulsivität und emotionalen Dysregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Hogrefe, 2011.
35. Spangenberg L., Hallensleben N., Friedrich M., Teismann T., Kapusta N., Glaesmer H. Dimensionality, psychometric properties and population-based norms of the German version of the revised Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS-FAD) // *Psychiatry Res.* – 2016. – Vol. 238. – P. 46–52.
36. Blankenburg M., Boekens H., Hechler T., Maier C., Krumova E., Scherens A., Magerl W., Aksu F., Zernikow B. Reference values for quantitative sensory testing in children and adolescents: developmental and gender differences of somatosensory perception // *Pain.* – 2010. – Vol. 149. – P. 76–88.
37. Hirschfeld G., Zernikow B., Kraemer N., Hechler T., Aksu F., Krumova E., Maier C., Magerl W., Blankenburg M. Development of somatosensory perception in children: a longitudinal QST-study // *Neuropediatr.* – 2012. – Vol. 43. – P. 10–16.
38. Katz C., Bolton S.L., Katz L.Y., Isaak C., Tilston-Jones T., Sareen J. A systematic review of school-based suicide prevention programs // *Depress. Anxiety.* – 2013. – Vol. 30. – P. 1030–1045.

FEARLESSNESS ABOUT DEATH AND PERCEIVED CAPABILITY TO DIE BY SUICIDE IN SEVENTH, EIGHTH AND NINTH GRADERS

Tobias Teismann, Larissa Pläp, Sarah Prinz & Jan C. Cwik

Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Ruhr-Universität Bochum, Germany

Abstract

The interpersonal theory of suicide postulates that, for a serious suicide attempt or a suicide one has to possess a desire to die and the capability to die by suicide. The capability is proposed to be acquired over time by repeated experiences with painful and provocative events. Aim of the present study was to examine linear trends in two facets of acquired capability (fearlessness about death, perceived capability to kill oneself) across seventh, eighth and ninth grade (n=373). Results indicate that boys showed a linear increase in fearlessness about death, whereas girls showed a linear increase in perceived capability. The study generally supports assumptions of the interpersonal theory.

Key words: suicide, fearlessness about death, interpersonal theory of suicide, adolescence

БЕССТРАШИЕ К СМЕРТИ – СТАТИКА ИЛИ ДИНАМИКА?

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.А. Николаев, А.Г. Магурдумова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Контактная информация:

Чистопольская Ксения Анатольевна – младший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук. Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой социальной и клинической психологии факультета управления и социальных технологий ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. Электронный адрес: pzdorovie@bk.ru

Магурдумова Людмила Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России. Адрес: г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

По поводу исследования Т. Teismann и коллег о бесстрашии к смерти у школьников возникает вопрос: насколько статична и стабильна эта характеристика? Возможно ли, что она меняется в течение жизни вследствие каких-то событий в ту или иную сторону? Действительно ли отношение к смерти различается у мужчин и женщин и если да, то насколько сильно? Целью данной статьи было исследовать данные вопросы.

Материалы: В работе в кратком виде представлены результаты двух исследований студентов (2012-2015 г.г., n=944, из них 451 юноша и 493 девушки; сборная выборка по стране и 2016 года, n=221, 50 юношей, 171 девушка, студенты Чувашского государственного университета) и одного исследования суицидентов 2010-2012 годов (n=185, 65 юношей, 120 девушек, M=21,3, SD=2,42, пациенты мужского и женского отделений острой токсикологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, в сравнении с выборкой студентов из Государственного университета управления: 156 человек, 39 юношей, 117 девушек, M=19,9, SD=2,85), посвященных отношениям к смерти и страхам смерти. В исследовании суицидентов использовались методики «Отношение к смерти», «Страх личной смерти», «Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо», «Тест жизнестойкости», «Опыт близких отношений», «Опросник депрессии А. Бека». Из первого исследования студентов были взяты данные по опроснику «Отношение к смерти», шкала «Страх смерти». Из исследования чебоксарских студентов сообщены данные по методикам «Будущее Я», «Сочувствие к себе», «Отношение к смерти» и «Причины для жизни».

Результаты: Наши исследования показывают, что хотя студенты-юноши (M=3,7, SD=1,37) действительно отличаются от девушек (M=4,06, SD=1,46) меньшим страхом смерти, $t(942) = -3,989$ $p < 0,0001$ ($d_{\text{Cohen}} = 0,254$ – низкая практическая значимость), сами суициденты (и мужчины, и женщины) после неудачной попытки боятся смерти больше, чем люди в обычных обстоятельствах, в то время как люди с суицидальными мыслями (до попытки) отличаются относительным бесстрашием. Логистическая регрессия показала, что люди в остром постсуициде, как юноши, так и девушки, отличаются от выборки нормы более высоким страхом последствий смерти для личности, избеганием темы смерти и депрессией, а также высоким негативным прошлым и низким принятием-приближением смерти (точность классификации 78,3% при разделяющем значении 0,5; R^2 Кокса и Снелла = 0,36, R^2 Нэйджелкерка = 0,48). Кроме того, анализ различий людей с отказом от попытки (n=43), одной (n=105) и несколькими попытками (n=37) и нормы (n=156) с помощью ANOVA post hoc, критерия Геймса-Хоуэлла, показал постепенное повышение негативной временной перспективы, тревожного стиля привязанности и депрессии и снижение жизнестойкости в зависимости от тяжести суицидального опыта. Страхи смерти были повышены во всех категориях суицидентов, однако выше всего они были у людей с одной попыткой, а принятие смерти – у людей с несколькими попытками. Кроме того, приведены данные о негативных связях сочувствия к себе со страхом смерти и боязни суицида.

Выводы: Представленные факты свидетельствуют о том, что бесстрашие к смерти – лабильная характеристика, преходящее чувство, оно не постоянно, но зависит от других качеств и событий в жизни человека. То, что страхи смерти повышаются в постсуициде, должно учитываться в скринингах наряду с бесстрашием к смерти у людей с антивитальными переживаниями, но без опыта попыток. Несуицидологические методики

также должны применяться в скринингах, так как они показывают общее психологическое неблагополучие и намечают векторы коррекционной работы. Последнее исследование также подтверждает важность учёта повышенного страха смерти в суицидальной динамике.

Ключевые слова: бесстрашие к смерти, страх смерти, принятие смерти как бегства, межличностная теория суицида, теория управления страхом смерти, теория управления смыслом, теория посттравматического роста, скрининг

Межличностная теория суицида Т. Джойнера [1], в рамках которой проведено исследование Т. Teismann и коллег, предполагает в качестве значимого фактора самоубийства желание покончить с собой, которое формируется из чувства брошенности и ощущения себя как обузы [2]. На основе этой концепции был создан «Опросник межличностных потребностей», который уже переведён на русский [3]. Однако авторы работы не внесли желание смерти в дизайн своего исследования и сфокусировались лишь на бесстрашии и факторах, которые могут его повысить и привести к приобретенной способности покончить с собой. Исследование показало, что ощущаемая способность покончить с собой и бесстрашие к смерти у мальчиков не связаны между собой, а бесстрашие к смерти не связано с суицидальными мыслями и поступками как у мальчиков, так и у девочек.

Сам Т. Джойнер [1] пишет, что бесстрашие не обязательно связано с суицидальностью – это фактор, который лишь облегчает суицидальное поведение, делает человека способным довести дело до конца. Суициденты действительно намеренно снижают имеющийся у себя страх смерти, совершая опасные для жизни поступки, просматривая пугающие видео, в том числе имитации и действительные суицидальные попытки (в частности, этим опасны так называемые «группы смерти» в интернете – они аккумулируют такой контент), «прогуливаясь» к намеченному месту совершения собственной попытки, проигрывая акт у себя в голове. Принятие смерти также формируется у людей с несколькими попытками суицидов [4, 5]. При этом существует множество профессий, в которых необходимо бесстрашие к смерти: это полицейские, военные, пожарные, спасатели, врачи. Например, исследование десантников, обучающихся прыжкам с парашютом, показало, что курсанты изначально низко оценивают свою эффективность и средне-высоко – свой страх, а после обучения – наоборот, сообщают о сниженном осознаваемом страхе и незначительных физиологических симптомах страха в момент прыжка и более высокой эффективности. Страх и эффективность коррелируют у них отрицательно [6]. Наши исследования показали, что студенты-медики различных специализаций и врачи с

различным стажем работы по сравнению со студентами технических и гуманитарных дисциплин имеют не пониженный, а *повышенный* осознаваемый страх смерти [7], то есть в своей профессиональной деятельности они работают, преодолевая себя и свой страх, и больше ценят жизнь, понимая её хрупкость.

Следует различать случаи бесстрашия как разрушения культурного буфера тревожности в модели теории управления страхом смерти [8] и бесстрашие вследствие посттравматического роста [9] – это в корне противоположные явления. Посттравматический рост – это опыт позитивных изменений, который возникает в результате борьбы с тяжелыми жизненными кризисами и проявляется различным образом: через осознание ценности жизни в целом, большую осмысленность межличностных отношений, повышенное осознание своих сильных сторон, смену приоритетов, более богатую духовную жизнь. Авторы теории R. Tedeschi и L. Calhoun полагают, что так же, как и обретение бесстрашия, это длящийся процесс, а не статичный результат.

Показано, что медики склонны идти путем посттравматического роста и, несмотря на травматический опыт на работе (наблюдение страданий и смертей), остаются или даже становятся более жизнестойкими (*resilient*) [10], в то время как некоторые люди после тяжелых травматических событий (землетрясение, война, домашнее насилие, смерть близкого) проходят стадию разрушения культурного буфера тревоги (этот буфер состоит из мировоззрения, самооценки, надежного стиля привязанности, ностальгии [11]) и не активируют эти дистальные защиты от страха смерти, при этом развивая более тяжелую посттравматическую симптоматику (ПТСР). Актуальный повышенный страх смерти (показатель того, что плохо работают и дистальные (мировоззрение), и проксимальные (рационализация) защиты от страха смерти [12]) – неадаптивное явление, он связан с пониженной жизнестойкостью, депрессией, негативной временной перспективой, тревожным и избегающим стилями привязанности [13, 14, 15], и люди, которым удалось его победить, которые опираются преимущественно на нейтральное принятие смерти, чувствуют себя более спокойно и уравновешенно в повсе-

дневной жизни, предлагающей множество напоминаний о смерти (в новостях и в непосредственной реальности).

Между теорией управления страхом смерти и теорией посттравматического роста существовал спор: одна показывала, что напоминание о смерти провоцирует на «поверхностные» решения – защиты через мировоззрение и самооценку, а другая – что человек растёт над собой и обращается к внутренним ресурсам, своей подлинности [11]. Спор разрешился благодаря проведению качественных экспериментов: выяснили, что более длительное столкновение с темой смерти (и благодаря этому – более глубокое осознание проблемы смерти, её проработка) способствует росту, а сильное, но краткое упоминание, взгляд на смерть «походя» – защитному поведению [16]. Теория посттравматического роста в некоторых случаях может объяснить интерес подростков к смерти – порой так они учатся лучше осознавать и ценить жизнь, так они после значимых потерь проводят «работу горя» и поддерживают воспоминания об ушедших, но, к сожалению, возможен и обратный эффект: постоянный избыток сильных, не успевающих пройти глубокий процесс осознания напоминаний о смерти лишь пробивает брешь в защитах и приводит к своеобразному болезненному онемению, временному отключению инстинкта самосохранения и бесстрашию – этот процесс очень хорошо описан Т. Джойнером [1]. В нашем исследовании суициденты отмечали, что имеют больший опыт смерти родственников, друзей, незнакомых людей, собственной смерти (опасные для жизни события), мыслей о ней [4] – провокационных событий по Т. Джойнеру. Но сам Т. Джойнер замечает, что инстинкт самосохранения очень трудно «отключить», и поэтому после неудачных попыток люди, которые действительно хотели покончить с собой, часто сообщают о том, что сам факт выживания «отрезвляет» и хочется спросить себя: «Что я сделал?!»

Наши исследования показали, что пониженный страх смерти наблюдается у людей с антивитальными переживаниями [17], в то время как у людей, уже совершивших попытку, различные страхи смерти в остром постсуициде повышаются [4, 5]. При этом в целом не важно, отрицает человек попытку самоубийства или это уже не первый его поступок – страх смерти у данных пациентов всё равно выше, чем в норме, различается лишь уровень и количество страхов (см. табл. 1 – данные собраны в мужском и женском отделениях токсикологии НИИ СП Н.В. Склифосовского в

2012 году; норма – студенты Государственного университета управления), хотя пациенты с несколькими попытками имеют тенденцию к большему относительному бесстрашию, по сравнению с другими двумя категориями – людьми с отказом от попытки и одной попыткой. Они отличаются большим принятием смерти – и религиозным (принятием – приближением, верой, что попадут в рай), и принятием смерти как бегства (избавления от страданий), и это подтверждает закон «перехода количества в качество»: им психологически легче удаётся каждая следующая попытка. Это основная проблема лечения людей с множественными попытками – вернуть их на эту сторону, где всё самое ценное пребывает в жизни, а не за её порогом, и сделать так, чтобы этот порог вновь было трудней переступить.

На наш взгляд, в скринингах гораздо лучше дифференцировать группу риска от нормы с помощью шкалы «Принятие смерти как бегства» из опросника «Отношение к смерти» П. Вонга, автора теории управления смыслом [14, 18], что соответствует и позиции А.Г. Амбрумовой: суициденты отличаются позитивно-ценностным отношением к смерти [19]. Это дополняет подход Т. Джойнера.

Так как исследование Т. Teismann и коллег не предполагало разделение суицидальных (антивитальных) мыслей и поступков, нам сложно интерпретировать полученные результаты. Возможно, исследователи застали девочек вскоре после суицидальных действий, и поэтому они не отличаются бесстрашием, а вспоминают суицидальные акты с полным осознанием своего актуального страха, в то время как мальчики заявляют о меньшем страхе смерти и совершают несуйцидальные самоповреждения, не считая их суицидальными попытками (однако корреляции между этими переменными у мальчиков не выявлено). Тем не менее, работа подтверждает известную, обозначенную в самой статье статистику [20]: мальчики и мужчины совершают меньше суицидальных попыток, но у них больше завершённых суицидов. Возможно, не считая за попытку несуйцидальные самоповреждения, они, тем не менее, готовят себя к фатальному акту.

На наш взгляд, отсутствие в дизайне исследования опросника, измеряющего мотивацию к суициду (брошенность («В настоящее время я не безразличен другим людям» – обратный вопрос) и ощущение себя как обузы («В настоящее время мне кажется, что окружающие будут счастливее без меня»)) [3], обеднило данную работу.

Таблица 1

Анализ различий людей с отказом от попытки (n=43), одной (n=105) и несколькими попытками (n=37) и выборки нормы (n=156) в отношении к смерти и страхам смерти с помощью ANOVA критерия post hoc Геймса-Хоуэлла

| Показатель | | Отказ от попытки | 1 попытка | Несколько попыток | Норма | F Уэлча | Отказ – 1 попытка | Отказ – несколько | Отказ – норма | 1 попытка – несколько | 1 попытка – норма | несколько – норма |
|------------|----|------------------|-----------|-------------------|-------|---------|-------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| ППС | М | 3,0 | 3,4 | 3,8 | 3,7 | 6,3*** | -0,39 | -0,74** | -0,71*** | -0,34 | -0,32 | 0,2 |
| | SD | 1,0 | 1,2 | 1,0 | 1,0 | | | | | | | |
| ИТС | М | 5,1 | 4,5 | 4,2 | 3,9 | 10,9*** | 0,53 | 0,85** | 1,2*** | 0,31 | 0,66*** | 0,34 |
| | SD | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,6 | | | | | | | |
| СС | М | 4,2 | 4,3 | 4,2 | 3,8 | 3,6** | -0,14 | -0,06 | 0,35 | 0,08 | 0,49** | 0,40 |
| | SD | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 1,3 | | | | | | | |
| ПСБ | М | 2,7 | 3,3 | 4,0 | 2,9 | 5,7*** | -0,56 | -1,3** | -0,26 | -0,71 | 0,31 | 1,0** |
| | SD | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,2 | | | | | | | |
| НПС | М | 5,3 | 5,1 | 5,2 | 5,4 | 1,6 | 0,12 | 0,02 | -0,14 | -0,10 | -0,26 | -0,16 |
| | SD | 0,95 | 0,87 | 0,93 | 1,1 | | | | | | | |
| ПДЛ | М | 4,8 | 4,8 | 4,5 | 3,6 | 17,9*** | -0,06 | 0,29 | 1,2*** | 0,35 | 1,2*** | 0,87** |
| | SD | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,6 | | | | | | | |
| ПДТ | М | 3,6 | 3,9 | 3,4 | 2,9 | 6,9*** | -0,23 | 0,24 | 0,72 | 0,47 | 0,95*** | 0,48 |
| | SD | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,6 | | | | | | | |
| ПДС | М | 5,0 | 5,1 | 4,6 | 4,4 | 4,9** | -0,06 | 0,38 | 0,59* | 0,45 | 0,66** | 0,21 |
| | SD | 1,2 | 1,3 | 1,7 | 1,6 | | | | | | | |
| ТП | М | 4,2 | 4,5 | 4,3 | 4,2 | 0,77 | -0,28 | -0,8 | 0,02 | 0,2 | 0,3 | 0,1 |
| | SD | 1,6 | 1,5 | 1,9 | 1,9 | | | | | | | |
| ПДБ | М | 5,1 | 5,1 | 5,1 | 4,7 | 2,1 | 0,02 | -0,00 | 0,41 | -0,02 | 0,39 | 0,41 |
| | SD | 1,3 | 1,4 | 1,4 | 1,5 | | | | | | | |
| СЗ | М | 2,3 | 3,2 | 3,7 | 2,2 | 11,9*** | -0,88*** | -1,3** | 0,07 | -0,48 | 0,95*** | 1,4*** |
| | SD | 1,0 | 1,8 | 2,0 | 1,3 | | | | | | | |
| Пол | М | 20 | 29 | 16 | 39 | | | | | | | |
| | Ж | 23 | 76 | 21 | 117 | | | | | | | |

Примечание: ППС – принятие-приближение смерти, ИТС – избегание темы смерти, СС – страх смерти, ПСБ – принятие бегства от смерти, НПС – нейтральное принятие смерти, ПДЛ – последствия смерти для личности, ПДТ – последствия смерти для тела, ПДС – последствия смерти для личных стремлений, ТП – трансцендентные последствия смерти, ПДБ – последствия смерти для близких, СЗ – страх забвения.
Уровень значимости: * – p<0,05; ** – p<0,01, *** – p<0,001

Недавнее популяционное исследование с участием Т. Teismann показало, что с суицидальностью связано взаимодействие переменных: брошенности, ощущения себя как обузы и бесстрашия [21], причем пол не является значимой переменной. К счастью, суицид, если можно так выразиться, похож на искусно приготовленное блюдо, и если будет отсутствовать хотя бы один компонент, акта не случится. В недавнем исследовании военных с ПТСР [22] было показано, что у них наличествует мотивационная составляющая – брошенность и ощущение себя как обузы, но нет осознанного желания умереть, и поэтому в выборке антивитальные (суицидальные) настроения были незначительными.

По нашему мнению, в скрининг следует брать методики, измеряющие не только суицидальность по Т. Джойнеру, не только поведен-

ческие характеристики (констатация мыслей или попыток), но и, в частности, исходя из теории Э. Шнейдмана, «Шкалу душевной боли» [23], и защитные факторы (методику М. Линехан «Причины для жизни», составленную на основе диалектико-поведенческой терапии [23]); а также методики, вовсе не относящиеся к суицидологическим теориям (временную перспективу [24] (в частности, длительность Я в будущем), сочувствие к себе [25], жизнестойкость [26], стили привязанности [27]). Например, в том же нашем исследовании (табл. 2), видно, что суициденты значительно превышают норму по баллам негативной временной перспективы (негативному прошлому и фаталистическому настоящему), тревожный стиль привязанности усиливается по мере обретения «опытности» в попытках, жизнестойкость снижается у суицидальных личностей, особенно с

несколькими попытками суицида. Конечно, само по себе снижение жизнестойкости, повышение негативной временной перспективы, депрессии и тревожного стиля привязанности не могут свидетельствовать о суицидальности, но вместе с суицидологическими методиками они дают более полную картину ситуации, так как показывают, на что человек может опереться, какие характеристики психологического благополучия у него, наоборот, «провисают», а психологам, в дальнейшем работающим с проблемными подростками, показывают векторы для коррекции и психотерапии.

Чтобы проверить, какие переменные играют наибольшую роль в постсуициде, мы объединили все группы суицидентов (с отказом, одной и несколькими попытками) в одну и применили логистическую регрессию на сводной выборке молодых суицидентов (185 человек, возраст $M=21,3$, $SD=2,42$) и нормы (156

студентов, $M=19,9$, $SD=2,85$). Лучше всего (точность классификации 78,3% при разделяющем значении 0,5; R^2 Кокса и Снелла = 0,36, R^2 Нэйджелкерка = 0,48) нам удалось классифицировать суицидентов (81,6%) и норму (74,3%) по баллам шкал «Негативное прошлое», «Избегание темы смерти», «Принятие-приближение смерти», «Страх последствий для личности» и «Шкала депрессии» А. Бека, то есть с применением как суицидологических, так и несуйцидологической методики временной перспективы личности (табл. 3). Следует обратить внимание на важность шкалы принятия смерти: в целом для суицидентов не характерно религиозное «Принятие-приближение смерти» (вера в рай после смерти). Эта вера появляется только у людей с несколькими попытками суицида, которых в популяции не так много.

Таблица 2

Анализ различий людей с отказом от попытки ($n=43$), одной ($n=105$) и несколькими попытками ($n=37$) и выборки нормы ($n=156$) в отношении к жизни с помощью ANOVA критерия post hoc Геймса-Хоуэлла

| | | отказ | 1 попытка | Несколько | Норма | F Уэлча | Отказ – 1 попытка | Отказ – несколько | Отказ – норма | 1 попытка – несколько | 1 попытка – норма | несколько – норма |
|-----|----|-------|-----------|-----------|-------|---------|-------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| НП | M | 3,0 | 3,2 | 3,5 | 2,7 | 20,7*** | -0,25 | -0,55** | 0,38** | -0,30 | 0,62*** | 0,92*** |
| | SD | 0,68 | 0,78 | 0,84 | 0,75 | | | | | | | |
| ГН | M | 3,3 | 3,4 | 3,6 | 3,6 | 2,9** | -0,12 | -0,24 | -0,24** | -0,12 | -0,12 | 0,003 |
| | SD | 0,48 | 0,57 | 0,52 | 0,63 | | | | | | | |
| Б | M | 3,6 | 3,5 | 3,3 | 3,4 | 1,8 | 0,08 | 0,25 | 0,15 | 0,16 | 0,07 | -0,09 |
| | SD | 0,48 | 0,54 | 0,53 | 0,68 | | | | | | | |
| ПП | M | 3,5 | 3,6 | 3,5 | 3,7 | 1,2 | -0,10 | 0,02 | -0,16 | 0,12 | -0,07 | -0,19 |
| | SD | 0,66 | 0,58 | 0,62 | 0,71 | | | | | | | |
| ФН | M | 2,7 | 2,9 | 3,1 | 2,5 | 13,3*** | -0,28 | -0,45** | 0,17 | -0,17 | 0,45*** | 0,61*** |
| | SD | 0,59 | 0,68 | 0,76 | 0,63 | | | | | | | |
| ТСП | M | 3,2 | 3,9 | 4,1 | | 4,16** | -0,65** | -0,85** | | -0,20 | | |
| | SD | 1,4 | 1,2 | 1,3 | | | | | | | | |
| ИСП | M | 2,6 | 2,7 | 2,9 | | 1,6 | -0,15 | -0,39 | | -0,25 | | |
| | SD | 0,96 | 0,91 | 0,93 | | | | | | | | |
| В | M | 3,0 | 2,8 | 2,7 | 3,0 | 6,7*** | 0,19 | 0,34** | -0,001 | 0,15 | -0,19** | -0,34** |
| | SD | 0,51 | 0,53 | 0,53 | 0,44 | | | | | | | |
| К | M | 2,8 | 2,6 | 2,5 | 2,7 | 6,4*** | 0,23** | 0,29** | 0,03 | 0,06 | -0,20** | -0,26* |
| | SD | 0,44 | 0,43 | 0,57 | 0,45 | | | | | | | |
| ПР | M | 2,6 | 2,5 | 2,3 | 2,9 | 28,2*** | 0,10 | 0,29 | -0,37*** | 0,19 | -0,47*** | -0,66*** |
| | SD | 0,46 | 0,54 | 0,61 | 0,42 | | | | | | | |
| Ж | M | 8,4 | 7,9 | 7,5 | 8,7 | 14,1*** | 0,52 | 0,93** | -0,34 | 0,40 | -0,86*** | -1,26*** |
| | SD | 1,3 | 1,4 | 1,5 | 1,1 | | | | | | | |
| Д | M | 34,3 | 38,5 | 39,2 | 29,2 | 33,3*** | -4,2* | -4,9 | 5,1** | -0,73 | 9,3*** | 10,0*** |
| | SD | 7,9 | 8,2 | 10,9 | 7,3 | | | | | | | |

Примечание: НП – негативное прошлое, ГН – гедонистическое настоящее, Б – будущее, ПП – позитивное прошлое, ФН – фаталистическое настоящее, ТСП – тревожный стиль привязанности, ИСП – избегающий стиль привязанности, В – вовлеченность, К – контроль, ПР – принятие риска, Ж – жизнестойкость, Д – депрессия.

Уровень значимости: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$

Также суицидентам свойственно повышенное избегание смерти и страх последствий смерти для личности. Шкала «Принятие смерти как бегства» не отразилась в этом варианте логистической регрессии, однако, на наш взгляд, её все равно следует учитывать при анализе индивидуальных случаев, как и другие переменные (жизнестойкость, страх забвения), не вошедшие в данную классификацию вследствие мультиколлинеарности.

Таблица 3

Логистическая регрессия. Классификация выборки на суицидентов и норму по показателям шкал временной перспективы личности, жизнестойкости, отношения к смерти и личных страхов смерти

| Переменные | B | Станд. ошибка | Exp(B) |
|--------------------------------|-----------|---------------|---------|
| Негативное прошлое | -0,664** | 0,193 | 0,515 |
| Принятие-приближение смерти | 0,350** | 0,132 | 1,420 |
| Избегание темы смерти | -0,385*** | 0,102 | 0,679 |
| Страх последствий для личности | -0,388*** | 0,109 | 0,676 |
| Депрессия | -0,126*** | 0,020 | 0,882 |
| Константа | 7,930*** | 1,130 | 2779,66 |

Уровень значимости: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

Стоит заметить, что хотя людей в остром постсуициде достаточно легко дифференцировать от нормы с помощью описанных методик, перед специалистом, проводящим скрининг, часто стоит другая задача: найти не тех, кто недавно совершил попытку суицида, а тех, кто о ней только помышляет – людей с антивитальными переживаниями. Как мы уже говори-

ли, их показатели в корне отличаются от людей после недавней попытки самоубийства [17].

Если вернуться к основной идее статьи: мальчики меньше боятся смерти, чем девочки – это подтверждается нашими исследованиями студентов. По нашим данным (материал готовится к публикации), страх смерти у российских юношей ($n=451$, $M=3,7$, $SD=1,37$) действительно отличаются от уровня страха смерти у девушек ($n=493$, $M=4,06$, $SD=1,46$): $t(942)=-3,989$ $p < 0,0001$, однако, в соответствии с $d_{Cohen}=0,254$, он имеет низкую практическую значимость (1/4 от стандартного отклонения).

Возможно, в некоторых случаях выборки следует разделять по гендерному признаку, однако часто оказывается, что у юношей и девушек работает одна и та же тенденция – повышение страха смерти свидетельствует о более выраженном психологическом неблагополучии. Так, если проверить гендерные различия в исследовании с людьми в остром постсуициде и их сравнении с нормой, то можно обнаружить, что для юношей (65 суицидентов и 39 студентов) характерны те же предикторы. У юношей точность классификации составила 87,5% при разделяющем значении 0,5; R^2 Кокса и Снелла = 0,49, R^2 Нэйджелкерка = 0,66. А вот для девушек (120 суициденток и 116 студентов) «Негативное прошлое» и «Принятие-приближение смерти» оказались на грани значимости ($p=0,069$ и $p=0,062$ соответственно). Если убрать эти переменные, оставив только три («Страх последствий смерти для личности», «Избегание темы смерти» и «Депрессию»), у девушек точность классификации составит 74,2% при разделяющем значении 0,5; R^2 Кокса и Снелла = 0,29, R^2 Нэйджелкерка = 0,39 (табл. 4).

Таблица 4

Логистическая регрессия. Классификация выборки на суицидентов и норму по показателям шкал временной перспективы личности, жизнестойкости, отношения к смерти и личных страхов смерти с учетом пола

| Переменные | Юноши | | | Девушки | | |
|--------------------------------|-----------|---------------|-----------|-----------|---------------|----------|
| | B | Станд. ошибка | Exp(B) | B | Станд. ошибка | Exp(B) |
| Негативное прошлое | -1,362** | 0,431 | 0,256 | - | - | - |
| Принятие-приближение смерти | 0,810* | 0,376 | 2,249 | - | - | - |
| Избегание темы смерти | -0,638** | 0,225 | 0,528 | -0,342** | 0,129 | 0,710 |
| Страх последствий для личности | -0,451* | 0,222 | 0,637 | -0,425*** | 0,117 | 0,654 |
| Депрессия | -0,196*** | 0,049 | 0,822 | -0,127*** | 0,022 | 0,880 |
| Константа | 11,355*** | 2,627 | 85425,757 | 7,513*** | 1,119 | 1832,443 |

Уровень значимости: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

Таким образом, ведущей стратегией для обоих полов в остром постсуициде является депрессия, страх и избегание темы смерти. Наши исследования показывают, что гораздо больше различий можно найти, если исследовать профессиональную принадлежность [15]: сравнение студентов по специальностям демонстрирует гораздо более широкую осмысленную вариативность в уровнях и конstellациях отношений к смерти, нежели чем их сравнение по гендерной принадлежности.

Что касается методик на длительность Я в будущем и сочувствие к себе, мы только начали применять их к суицидальным пациентам, но наше недавнее исследование на студентах из Чебоксар (221 человек, 50 юношей, 171 девушка) показало, что краткосрочная (неделя, месяц) и долгосрочная (год) перспектива будущего положительно связана с избеганием темы смерти ($r=0,17$, $p=0,01$; $r=0,25$, $p<0,001$), а также с сочувствием к себе: краткосрочное – с бережностью к себе ($r=0,19$, $p=0,005$), долгосрочное – с общим сочувствием ($r=0,18$, $p=0,008$). Сочувствие к себе обнаружило отрицательную корреляцию с общим страхом смерти ($r= -0,14$, $p=0,037$), а бережность к себе отрицательно коррелирует с баллами по шкале «Боязнь суицида, осуждения и моральных запретов» из методики М. Линехан «Причины для жизни» ($r= -0,16$, $p=0,016$). Таким образом, наши предварительные данные по норме показывают, что сочувствие и бережное отношение к себе в трудных ситуациях (безусловно, положительное качество) отрицательно связано с различными проявлениями страха смерти (шкала «Боязнь суицида...» заявила себя как формальная характеристика, скорее, негативного рода [23]).

Литература:

1. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press. – 2005.
2. Van Orden K.A., Cukrowicz K.C., Witte T.K., Joiner T.E. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity of the Interpersonal Needs Questionnaire // Psychol. Asses. – 2012. – Vol. 24. – P. 197–215.
3. Меньшикова А.А., Герсамия А.Г., Канаева Л.С., Акжигитов Р.Г. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: Адаптация Опросника межличностных потребностей (INQ) // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 2. – С. 51–60.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.01.2017).
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Том 11, № 1. – С. 8-20.

Исследование Т. Teismann и коллег безусловно очень важное, так как оно иллюстрирует многосторонность такого явления, как суицидальное поведение, его нелинейность. Бесстрашие к смерти является важной предпосылкой суицидального поведения, свидетельствует о бреши в культурном буфере тревожности, однако, с одной стороны, этот фактор не является достаточным условием для совершения акта суицида и может быть связан с просоциальным опытом столкновения со смертью (мальчики могут тренировать бесстрашие, чтобы научиться управлять этим чувством и стать хорошими врачами, пожарными, военными, чтобы справляться с трудной эмоцией в повседневной жизни), а с другой стороны, это лабильная характеристика, которая превращается в страх смерти после совершения суицидальных действий. Это следует помнить специалисту, который решит выявлять суицидальные тенденции на выборке условной нормы: важно учитывать не только бесстрашие, но и повышенные страхи смерти.

Кроме того, работа показывает важность скринингов: в казалось бы благополучных классах (373 человека) в стране с невысоким уровнем суицидов (9,2 на 100 тыс. населения в 2012 году) обнаруживается довольно много детей, пытавшихся всерьез покончить с собой (15 человек) или задумывавшихся о попытке самоубийства с разной степенью планирования (125 человек). Это свидетельствует о необходимости разработки программ профилактики суицидов, обучению школьников и студентов совладанию с антивитальными переживаниями и утверждению важности позитивных навыков (позитивной временной перспективы, сочувствию к себе, безопасной привязанности, жизнестойкости), преодолению провокационных событий и посттравматическому росту.

References:

1. Joiner T.E. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press. – 2005.
2. Van Orden K.A., Cukrowicz K.C., Witte T.K., Joiner T.E. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity of the Interpersonal Needs Questionnaire // Psychol. Asses. – 2012. – Vol. 24. – P. 197–215.
3. Men'shikova A.A., Gersamija A.G., Kanaeva L.S., Akzhigitov R.G. Teorija suicidal'nogo povedenija T. Dzhojnera: Adaptacija Oprosnika mezhlichnostnyh potrebnostej (INQ) // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2016. – № 2. – С. 51–60. (In Russ)
4. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Problema otnoshenija k smerti posle suicidal'noj popytki [Elektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (15.01.2017). (In Russ)
5. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubijstva: stigmatizacija i samostigmatizacija suicidal'nyh pacientov // Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii. – 2015. – Tom 11, № 1. – С. 8-20. (In Russ)

6. Rachman S. Part V – Fear and fearlessness among trainee parachutists // *Adv. Behav. Res. Ther.* – 1983 – Vol. 4. – P. 153-160.
7. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Игнатенко С.А., Озоль С.Н., Семикин Г.И. Отношение к жизни и смерти у студентов медицинских, социальных и инженерных дисциплин // *Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты: учебное издание* / Под ред. Н.Л. Белопольской. – Москва: Когито-Центр, 2015. – С. 139-152.
8. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder // *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal.* – 2011. – Vol. 24. – P. 3–26.
9. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychol. Inq.* – 2004. – Vol. 15, № 1. – P. 1–18.
10. Haglund M.E.M., aan het Rot M., Cooper N.S., Nestadt P.S., Muller D., Southwick S.M., Charney D.S. Resilience in the third year of medical school: A prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being // *Acad. Med.* – 2009. – Vol. 84. – P. 258–268.
11. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие // *Вопросы психологии.* – 2014. – № 2. – С. 125-142.
12. Greenberg J., Arndt J., Simon L., Pyszczynski T., Solomon S. Proximal and distal defenses in response to reminders of one's mortality: Evidence of a temporal sequence // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 91-99.
13. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2012. – Том 22, № 2. – С. 35–42.
14. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмелашвили В.В., Казанцева В.Н., Журавлева Т.В. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // *Суицидология.* – 2014. – Том 5, № 2. – С. 60–69.
15. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмелашвили В.В., Казанцева В.Н. Отношение к смерти у студентов медицинских, гуманитарных и технических специальностей: вопрос суицидального риска [Электронный ресурс] // *Психологическая наука и образование psyedu.ru.* 2014. №3. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (дата обращения: 15.01.2017)
16. Lykins E., Segerstrom S., Averill A., Evans D., Kemeny M. Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* – 2007. – Vol. 33, № 8. – P. 1088-1099.
17. Журавлева Т.В., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к суициду при антивитаальных переживаниях // *В кн.: Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием* / Под общей ред. Н.Г. Незнанова. – 2015. – С. 891–892.
18. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. // *In Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application.* / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis. – 1994. – P. 121–148.
19. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологические аспекты самоубийства // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1998. – Том 8. – Вып. 4. – С. 53–56.
20. WHO Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO Press – 2014.
21. Glaesmer H., Hallensleben N., Forkmann T., Spangenberg L., Kapusta N., Teismann T. Testing the main prediction of the Interpersonal Theory of Suicide in a representative sample of German general population // *J. Affect. Disord.* – 2017. – Vol. 211. – P. 150-162.
22. Pennings S.M., Finn J., Houtsma C., Green B.A., Anestis M.D. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and the Interpersonal Theory of Suicide in a large military sample // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2016. – URL:
6. Rachman S. Part V – Fear and fearlessness among trainee parachutists // *Adv. Behav. Res. Ther.* – 1983 – Vol. 4. – P. 153-160.
7. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Ignatenko S.A., Ozol' S.N., Semikin G.I. Otnoshenie k zhizni i smerti u studentov medicinskih, social'nyh i inzhenernyh disciplin // *Sovremennye predstavlenija o psihicheskoj norme i patologii: Psihologicheskij, klinicheskij i social'nyj aspekty: uchebnoe izdanie* / Pod red. N.L. Belopol'skoj. – Moskva: Kogito-Centr, 2015. – С. 139-152. (In Russ)
8. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder // *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal.* – 2011. – Vol. 24. – P. 3–26.
9. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychol. Inq.* – 2004. – Vol. 15, № 1. – P. 1–18.
10. Haglund M.E.M., aan het Rot M., Cooper N.S., Nestadt P.S., Muller D., Southwick S.M., Charney D.S. Resilience in the third year of medical school: A prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being // *Acad. Med.* – 2009. – Vol. 84. – P. 258–268.
11. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Teorija upravljenja strahom smerti: osnovy, kritika i razvitie // *Voprosy psihologii.* – 2014. – № 2. – С. 125-142. (In Russ)
12. Greenberg J., Arndt J., Simon L., Pyszczynski T., Solomon S. Proximal and distal defenses in response to reminders of one's mortality: Evidence of a temporal sequence // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 91-99.
13. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Badaljan A.V., Sarkisov S.A. Adaptacija metodik issledovanija otnoshenij k smerti u ljudej v ostrom postsuicide i v otnositel'nom psihologicheskom blagopoluchii // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2012. – Tom 22, № 2. – S. 35–42. (In Russ)
14. Chistopolskaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V. Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample // *Suicidology.* – 2014. – Vol. 5, № 2. – P. 60–69. (In Russ)
15. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazantseva V.N. Otnoshenie k smerti u studentov medicinskih, gumanitarnyh i tehniceskikh special'nostej: vopros suicidal'nogo riska [Elektronnyj resurs] // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru.* 2014. №3. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (15.01.2017) (In Russ)
16. Lykins E., Segerstrom S., Averill A., Evans D., Kemeny M. Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* – 2007. – Vol. 33, № 8. – P. 1088-1099.
17. Zhuravleva T.V., Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k suicidu pri antivital'nyh perezhivanijah // *V kn.: Psihiatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy. XVI S#ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem* / Pod obshhej red. N.G. Neznanova. – 2015. – S. 891–892. (In Russ)
18. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. // *In Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application.* / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis. – 1994. – P. 121–148.
19. Ambrumova A.G., Kalashnikova O. Je. Kliniko-psihologicheskie aspekty samoubijstva // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 1998. – Tom 8. – Vyp. 4. – С. 53–56. (In Russ)
20. WHO Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO Press – 2014.
21. Glaesmer H., Hallensleben N., Forkmann T., Spangenberg L., Kapusta N., Teismann T. Testing the main prediction of the Interpersonal Theory of Suicide in a representative sample of German general population // *J. Affect. Disord.* – 2017. – Vol. 211. – P. 150-162.
22. Pennings S.M., Finn J., Houtsma C., Green B.A., Anestis M.D. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and the Interpersonal Theory of Suicide in a large military sample // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2016. – URL:

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12317/full> (дата обращения 15.01.2017).
23. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2017. – Том 14, № 1. – С. 61-87.
 24. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41–54.
 25. Neff K.D. The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion // Mindfulness. – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 264-274.
 26. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник московского университета. – 2013. – Сер. 14. Психология. – № 2. – С. 147–165.
 27. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Казанцева В.Н. Адаптация методики "Опыт близких отношений – переработанный опросник" на русскоязычной выборке и изучение стилей привязанности молодых людей в остром постсуициде // Психол. диагн.: науч.-метод. и практич. журнал. – 2015. – № 1. – С. 6-23.
 23. Chistopol'skaja K.A., Zhuravleva T.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L. Adaptacija metodik issledovanija suicidal'nyh aspektov lichnosti // Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki. – 2017. – Tom 14, № 1. – S. 61-87. (In Russ)
 24. Syrcova A., Mitina O.V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti // Voprosy psihologii. – 2008. – № 2. – S. 41–54. (In Russ)
 25. Neff K.D. The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion // Mindfulness. – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 264-274.
 26. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaja versija testa zhiznestojkosti: psihometricheskie harakteristiki i primenenie v organizacionnom kontekste // Vestnik moskovskogo universiteta. – 2013. – Ser. 14. Psihologija. – № 2. – S. 147–165. (In Russ)
 27. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Kazanceva V.N. Adaptacija metodiki "Opyt blizkih otnošenij – pererabotannyj oprosnik" na russkojazyčnoj vyborke i izuchenie stilej privjazannosti molodyh ljudej v ostrom postsuicide // Psihol. diagn.: nauch.-metod. i praktich. zhurnal. – 2015. – № 1. – S. 6-23. (In Russ)

A COMMENTARY: FEARLESSNESS ABOUT DEATH – A STATIC OR A DYNAMIC QUALITY?

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev, L.G. Magurdumova

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the Federal State Institution “Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Abstract:

Introduction: The work by T. Teismann et al. on the fearlessness about death raises a question: is it a static and stable quality? Is it possible that it changes during life in one way or another because of some events?

Objectives: The objective of this article is to explore these problems.

Methods: The article includes the results of three studies on attitudes and fears of death. Two studies explored these questions in students (2012-2015, N=944, 451 males, 493 females, national sample, and 2016, N=221, 50 males, 171 females, M=19,7, SD=1,19, Cheboksary), and one study addressed these issues in people in acute postsuicide, administered to the Sklifosovsky Emergency Research Institute, male and female departments of toxicology (N=185, 65 males, 120 females of 18-25 years of age, M=21,3, SD=2,42) in comparison with the sample of students from the State University of Management (N=156, 39 males, 117 females, M=19,9, SD=2,85). In the study of suicidals we used following instruments: Death Attitude Profile-Revised, Fear of Personal Death Scale, Experience in Close Relationships-Revised, Zimbardo Time Perspective Inventory, Hardiness Survey, Beck Depression Inventory. We present the results from Death Attitude Profile Revised, Fear of Death scale from the national study. From Cheboksary study we give the results on Self-Compassion Scale, Future Self Scale and Death Attitude Profile Revised and Reasons for Living Scale.

Results: Our studies show that though male university students (M=3,7, SD=1,37) differ from female students (M=4,06, SD=1,46) in fear of death: $t(942) = -3,989$, $p < 0,0001$ ($d_{\text{Cohen}} = 0,254$, low practical significance), suicidals (both male and female) after an unsuccessful attempt fear death more than people in normal conditions, while people with suicidal thoughts (before the attempt) are characterized by relative fearlessness. The logistic regression showed that people in acute postsuicide, both males and females, differ from the normative sample. They exhibit higher fears of consequences of death for personality, avoidance of death in ordinary life, and depression, as well as higher negative past and lower approach-acceptance of death (belief in the afterlife): classification accuracy 78,3% with the cut-off 0,5; $R^2_{\text{Cox}} = 0,36$, $R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,48$. Besides, analysis of differences of people with the denial of suicidal attempt (N=43), with one (N=105) and several suicidal attempts (N=37) and norm (N=156) with ANOVA Games-Howell post-hoc test showed a gradual escalation of negative time perspective, anxious style of attachment and depression, and decrease of hardiness with the raise of suicidal experience. Fears of death were elevated in all categories of suicidal patients, but in people with one suicidal attempt they were the most prominent, while acceptance of death was the most pronounced in people with several attempts. Moreover, results of a new study is provided (2016): there is a negative correlation of self-compassion with fear of death and fear of suicide.

Conclusion: These facts suggest that fearlessness about death is a labile characteristic, a transient feeling, it's not permanent, but is dependent on other personal qualities and life events. One should consider this result in screenings along with the fearlessness of death in people with suicidal ideation, but without actual attempts. Non-suicidological questionnaires need to be included into screenings, as they can reveal general psychological ill-being and provide vectors for psychological correction. The last study also confirms the necessity to acknowledge the raise of the death fears in suicidal dynamics.

Key words: fearlessness about death, fear of death, escape acceptance of death, interpersonal theory of suicide, terror management theory, meaning management theory, posttraumatic growth theory, screening

УДК: 616.89-008

УРОВНИ СУИЦИДОВ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В РОССИИ И ЕЁ РЕГИОНАХ

Е.Б. Любов, Л.Б. Васькова, М.В. Тяпкина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

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

Васькова Лариса Борисовна – кандидат фармацевтических наук. Место работы и должность: доцент кафедры организации и экономики фармации Института фармации и трансляционной медицины ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ. Адрес: 105043, г. Москва, ул. 4-я Парковая, д. 31/8. Телефон: (499) 367-11-63, электронный адрес: vaskovalb@mail.ru

Тяпкина Марина Владимировна – ассистент кафедры организации и экономики фармации Института фармации и трансляционной медицины ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ. Адрес: 105043, г. Москва, ул. 4-я Парковая, д. 31/8. Телефон: (499) 367-11-63, электронный адрес: marina-tya@ro.ru

Для выявления взаимосвязи уровней суицидов (УС) на национальном и региональном уровнях в Российской Федерации (РФ) и потребления антидепрессантов (Ад) проведен ретроспективный количественный фармакоэпидемиологический анализ данных о продажах и потреблении Ад в привязке к динамике уровней суицидов (УС) в 2010-2015 гг. Взаимосвязь между УС и потреблением Ад в стандартизованных международных единицах установленных суточных доз оценена посредством коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Потребление Ад в РФ возросло почти на 1/3 (30%) при снижении УС на ¼ (26%) за 6-летний период. Назначение «классических» трициклических Ад снижено, а группы СИОЗС выросло на 13%. Выявлена тесная корреляционная связь между снижением УС и ростом потребления Ад за ряд лет в РФ, но не всегда на региональном уровне.

Ключевые слова: уровень суицидов, антидепрессанты, потребление

Уровни потребления антидепрессантов (Ад) и суицидов (УС) в стране и на региональном уровне могут быть связаны [1], что объяснимо лучшей диагностикой и большим охватом лечения депрессии как основного клинического фактора риска [2, 3] суицидального поведения (СП), но взаимосвязи неоднозначны из-за биопсихосоциальной природы суицида.

Цель исследования: выявление связи между динамикой УС и потреблением Ад на уровнях субъектов, федеральных округов (ФО) и РФ.

Задачи исследования: изучить на федеральном и региональном уровнях

- 1) потребление Ад;
- 2) изменение структуры назначаемых Ад;
- 3) динамику УС;
- 4) связь между потреблением Ад и УС;
- 5) факторы, влияющие на возможную связь потребления Ад и УС на уровнях Российской Федерации, Федеральных округов и отдельных субъектов.

Материалы и методы.

Ретроспективный количественный фармакоэпидемиологический анализ [3] определил потребление Ад на федеральном и региональном уровнях в международных стандартизованных единицах «установленные суточные дозы» (Defined Daily Dosage, или DDD) [4] с пересчетом на 1000 жителей в день [1] в сопоставлении с динамикой УС в течение 6 лет (2010-2015 гг.). Информация об объемах продаж Ад в РФ с выделением субъектов и ФО в натуральном (упаковки) и денежном (руб. 2010-2015 гг.) выражении предоставлена маркетинговым агентством DSM Group [5]. Потребление Ад рассчитано суммарно для больничного, розничного и льготного сегментов рынка. Показатели DDD отдельных Ад определены по методологии лекарственной статистики Центра ВОЗ [6]. Показатели УС за изученный период получены из официальной базы данных Росстата [7]. Для уточнения связи между потреблением Ад и УС рассчитан, как принято и в зарубежных исследованиях [1],

через коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) по формуле [8]:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

где d – разность между рангами, n – число сопоставляемых пар. При $r_s > 0,7$ корреляционная связь полагается тесной; $< 0,7$ – средней; $< 0,4$ – слабой. При объёме выборки субъектов РФ > 30 , нулевая гипотеза проверена через r_s с вычислением критического значения по формуле:

$$T_{кр} = t(\alpha, k) \sqrt{\frac{1-p^2}{n-2}},$$

где n – объём выборки; p – выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена; $t(\alpha, k)$ – критическая точка двусторонней критической области, согласно таблице критических точек распределения Стьюдента при уровне значимости α и числе степеней свободы $k = n - 2$. При $r_s > T_{кр}$ – нулевая гипотеза отвергнута, корреляционная связь статистически значима.

Осуществлен корреляционный анализ УС и потребления Ад в динамике за 6 лет на региональном и федеральном уровнях, корреляционный анализ уровня УС и потребления Ад между субъектами РФ для каждого года анализа.

Проанализирована в динамике структура фармацевтического рынка Ад.

Проведен однофакторный анализ чувствительности: сценарий 1 – расчёт потребления Ад на основе DDD для всех Ад – 75 мг/сутки амитриптилинового эквивалента [4]; сценарий 2 – вошли и Ад, для которых отсутствуют (пока) DDD, и, по рекомендации ВОЗ, использованы среднесуточные назначаемые дозы PDD (Prescribed Daily Dose) [9,10].

Результаты и обсуждение. Уровень суицидов в РФ снизился на $\frac{1}{4}$ (на 26%): с 23,4 в 2010 г. до 17,4 в 2015 г., или на 4-8% ежегодно за 6 лет, как и в федеральных округах (рис. 1), согласно общемировой тенденции [3]. При резком снижении УС в ФО с изначально сверхвысокими и высокими показателями (приведены усредненные данные) в ФО с относительно низкими показателями – динамика ближе к плато.

В 77 из 83 субъектах (93%) РФ УС снижены, причём в Астраханской области УС снижен в 33 (!), в Чувашии в 6, в Тыве в 5 раз. Однако в 6 субъектах УС, напротив, выросли: в Белгородской, Костромской, Воронежской областях, Карачаево-Черкесской Республике: на 5, 7, 8, 32% (!) соответственно; в Чеченской Республике (ЧР) и Ингушетии – на 190 и 327% (!) при исходных минимальных (близких к нулю) показателях в РФ. С учетом эпидемиоло-

гически малых величин суицидов и относительно малом населении территории «прирост» или «убыль» 1-2 смертей выражается в видимом (пусть и не существенном статистически) изменении УС.

В большинстве (78%) субъектов РФ за 6 лет наблюдения подушевое потребление антидепрессантов выросло, как и в РФ в целом, но в 17 – снижено: в 3-х субъектах Центрального ФО (ЦФО) и Дальневосточного ФО (ДФО), в 2-х субъектах Южного ФО (ЮФО), Северо-Кавказского ФО (СКФО), Приволжского ФО (ПФО), Уральского ФО (УрФО) и Сибирского ФО (СФО), в одном субъекте Северо-Западного ФО (СЗФО). Наибольший спад потребления Ад в Ханты-Мансийском АО (ХМАО) в составе Тюменской области (УрФО) – в 22 раза (с 0,24 до 0,02 DDD/1000/день). В ЧР потребление Ад возросло в 3,3 раза в 2010-2013 гг., но к 2015 г. снижено до исходного уровня. Динамика уровней потребления Ад и УС в РФ показана на рис. 2.

Потребление Ад в РФ возросло почти на $\frac{1}{3}$ (на 30%) при среднем темпе прироста $> 5\%$ в год. Средний темп снижения УС составил те же $> 5\%$ в год. Отмечен эффект при исходно высоком (> 20) УС в 53-х субъектах РФ (65%): из них в 98% УС снижен за 6 лет в среднем на 28% (в одном субъекте – возрос) при одновременном росте уровня потребления Ад в среднем в 2,4 раза в 40 субъектах (75%), из которых в 35-ти выросла и доля СИОЗС (в среднем на 18%). При среднем УС (10-20) в 20 субъектах (24%) в 90% УС снижен, средний темп падения – 27%, в 14-ти субъектах (70%), напротив, рост Ад в среднем вдвое, в большинстве (13) – доля СИОЗС выросла (в среднем 16%).

На уровне РФ тесна обратная корреляционная связь ($r_s = -1,00$ при $p < 0,05$) меж уровнем потребления Ад и УС за ряд лет.

Согласующиеся данные в большинстве (6 из 8) ФО: Центральном, Северо-Западном, Южном, Приволжском, Уральском (r_s макс. = -1,0; r_s мин. = -0,77 при $p < 0,05$); в Сибирском – результат значим при $p < 0,1$. Однако в СКФО средняя прямая зависимость ($r_s = 0,43$; не значим при $p < 0,05$), в ДФО – слабая отрицательная ($r_s = -0,09$; не значим при $p < 0,05$).

На региональном уровне обратная связь между УС и потреблением Ад слаба: $r_s < 0,4$ (0,008-0,166), за исключением 2014 г. (зависимость слабая, но прямая); коэффициент ранговой корреляции статистически не значим при $p < 0,05$ и $p < 0,1$.

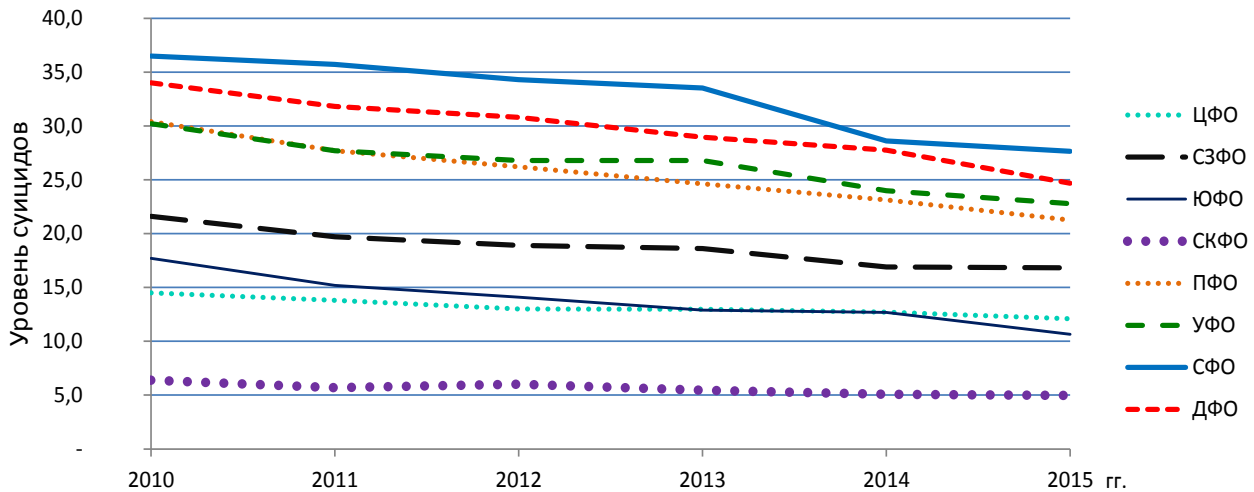


Рис. 1. Динамика уровня суицидов в Федеральных округах РФ в 2010-2015 гг.

Однако на региональном уровне выявлена статистически значимая ($p < 0,1$) тесная обратная корреляция в почти 1/3 (32%), или в 17 из 53 субъектов РФ с изначально высокими УС (> 20) – r_s максимальный $= -0,94$; r_s минимальный $= -0,74$ при $p < 0,1$. В большинстве (15) субъектов этой группы исходный уровень потребления Ад ниже среднего по стране (1,16 DDD/1000/день).

Не показана искомая связь для субъектов с средним (10-20) и низким исходным УС (< 10), согласно данным литературы [1].

Структура потребления Ад. На отечественном фармрынке представлены 16 препаратов основных групп СИОЗС, СИОЗСН и ТЦА. За 6-летний период увеличена доля СИОЗС (45% и 58% в 2010 и 2015 гг. соответственно) при снижении доли ТЦА (51% и 38%

в 2010 и 2015 гг. соответственно) и сохранении (4%) «ниши» СИОЗСН. Лидеры продаж среди СИОЗС – пароксетин и флуоксетин – 33 и 29% в 2010 г. и 25 и 33% в 2015 г. соответственно, и эсциталопрам – 7% в 2010 г., 16% – в 2015 г. Корреляция УС в отдельный год – DDD СИОЗС в отдельный год – сильная, $r = 1,0$.

Доли реализации в натуральном выражении обратимого ингибитора MAO моклобемида (аурорикса) за 6 лет сократилась с 3 до 2%, агомелатина и тетрациклика мirtазапина – с 4 до 3%. Восемь антидепрессантов представлены оригинальными и генерическими формами. Стоимость в расчете на 1 мг действующего вещества на воспроизведенные препараты в среднем на 62% ниже (исключение – дулоксетин: его генерик дороже на 44%).

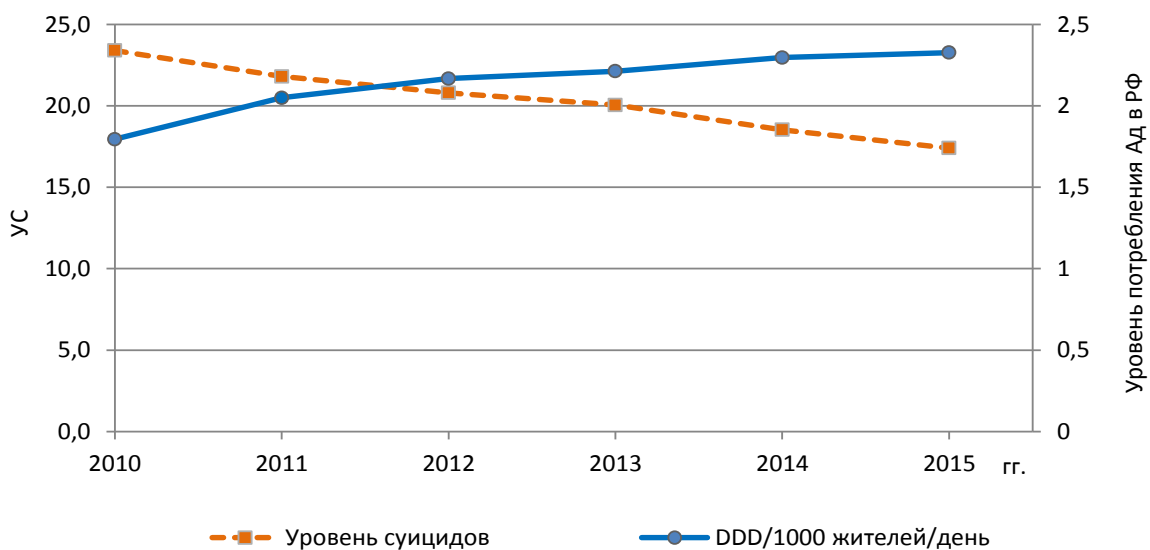


Рис. 2. Изменение уровня потребления антидепрессантов и уровня суицидов в Российской Федерации в 2010-2015 гг..

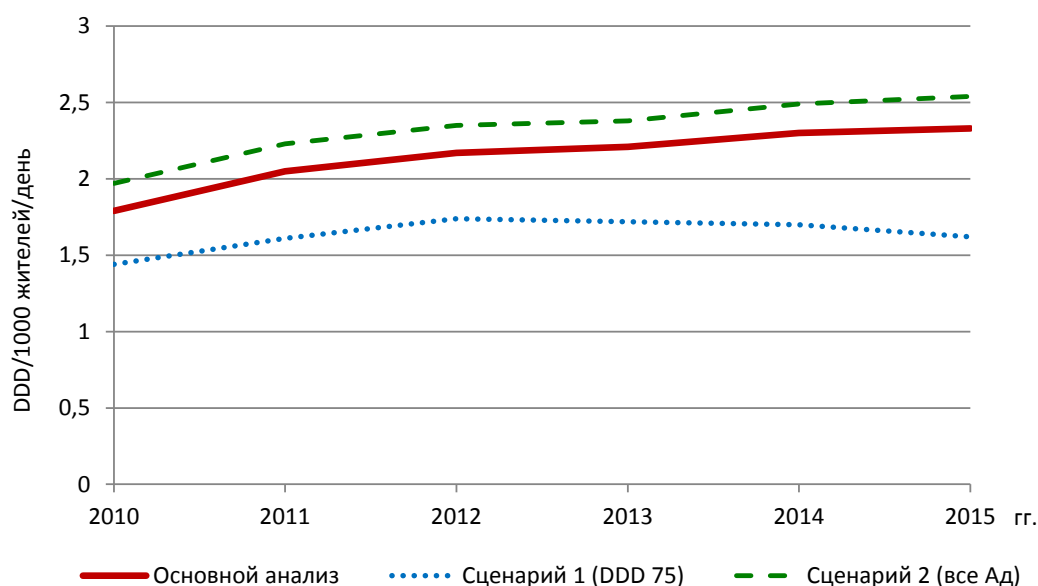


Рис. 3. Результаты анализа чувствительности потребления АД.

Доля оригинальных АД по частоте назначения снижена незначительно (с 29 до 26%), при сохранении доли рынка по количеству реализованных упаковок (24 и 23% в 2010 и 2015 гг. соответственно) и в денежном выражении (54 и 53 в 2010 и 2015 гг.) при доминировании на рынке генериков. Инъекционные формы составили десятую объема реализации ТЦА в денежном выражении при доле в общем объеме DDD <2%.

Доля оригинальных АД снижена с 19 до 16% по количеству реализованных упаковок при доминировании генериков. Инъекционные формы АД (ампулированные ТЦА) составили ¼ (26%) объема реализации в денежном выражении при малом росте потребления с 4 до 6%.

Анализ чувствительности.

Результаты анализа чувствительности по сценарию 1 (расчет потребления по усредненной DDD дозе АД – 75 мг амитриптилинового эквивалента) и сценарию 2 (расчет потребления по всем АД) представлены на рис. 3.

Тренд роста потребления АД отчетливее при анализе на основе индивидуальных DDD для каждого АД (основной анализ) – прирост потребления АД на 30% относительно 2010 г. При расчете потребления по средневзвешенной DDD для АД в амитриптилиновом эквиваленте прирост вдвое меньше (13%) (сценарий 1), а при включении в выборку всех АД – 29% (сценарий 2), то есть методика занижает (в среднем на 23% в год) реальный уровень, и стойкой тенденции к росту потребления АД не показано. Включение всех АД увеличивает уровень потребления АД в среднем на 9% за год.

Результаты корреляционного анализа чувствительны к методике расчета потребления АД по средневзвешенной DDD дозе АД (сценарий 1). Включение всех АД в анализ (сценарий 2) незначительно влияет на результаты исследования.

Ряд АД (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин из группы ТЦА, сертралин и флувоксамин из группы СИОЗС) назначаем детям и подросткам, и расчет потребления охватил все население. Расчет уровня потребления АД лицами ≥ 18 лет показал, что результаты исследования достоверны (результаты статистического анализа – коэффициенты Спирмена неизменны), но уровень потребления АД по РФ и ФО на ¼ выше, чем при пересчете на все население.

Ограничения исследования вытекают из методологии расчета DDD [4] и экологических исследований [1]. Для большинства АД из группы «других» (помимо ТЦА, СИОЗС и СИОЗСН) не определены DDD, что не позволяет провести оценки потребления, но суммарная доля неучтенных АД ≤ 5% объема реализации. Период ретроспективного анализа ограничен 2010-2015 гг. Согласно Конституции РФ, с 21 марта 2014 г. в составе РФ 85 субъектов, объединенных в 9 ФО. УС оценены в 83-х субъектах РФ (без Крыма и Севастополя) и 8 ФО (без Крымского ФО), в корреляционный анализ включены 82 субъекта РФ – исключены Ненецкий АО, Крым и Севастополь за отсутствием данных об УС и потребления АД. Из данных 2014 г. исключён ХМАО, ввиду отсутствия данных потребления АД. Результаты не

позволяют разделить показатели потребления Ад для сопоставления с поло-возрастными УС. Выписка (продажи) антидепрессантов не позволяет судить, принимает ли пациент лекарство, в рекомендованной ли дозе. При этом несоблюдение режима лечения повышает риск СП (в том числе при намеренной передозировке) и завышает фактическое потребление антидепрессантов.

Нельзя объяснить биопсихосоциальный феномен СП одним фактором – на местном уровне, так как суицидальный риск связан с рядом переменных, помимо терапии Ад – с доказанным антисуицидальным эффектом [1, 2].

Заключение и выводы.

Согласно данным фонда независимого мониторинга «Здоровье», 2/3 (67%) регионов РФ не выполнили план снижения смертности, в связи с чем, смертность в стране не снижена до показателя программы «Развитие здравоохранения» на 2016 год. При этом УС достиг целевого показателя. Оставив вне обсуждения достоверность официальной статистики (иной у нас нет), отметим, что УС РФ складывается из разнонаправленных на уровнях ФО и их субъектов показателей.

При синхронном росте потребления Ад (усредненные отечественные данные ниже, чем в странах ЕЭС в 20 раз [1]) и снижении УС понятна тесная обратная корреляционная связь, но оценка взаимосвязи между потреблением Ад и УС в субъектах РФ не выявила корреляционной связи ни в одном из временных промежутков ($r_s < 0,4$; статистически не значим).

Обращают внимание малый охват Ад (не равен реальному потреблению) при архаичности паттернов назначения при некоторых положительных (общемировых) подвижках: рост удельного веса СИОЗС и генериков (отдель-

ный вопрос – биоэквивалентности замены оригинальных препаратов некоторыми из последних) с сохранением позиций морально устаревших ТЦА первого поколения, отличающихся и высоким риском смертности при случайной и намеренной передозировке. Против научной доказательности, неизменно в ходу инъекционные формы ТЦА, удорожающие небезопасное лечение.

Умозрительно, если бы УС зависел лишь от терапии Ад, рост потребления СИОЗС вдвое (8 DDD/1000/день) сопряжен со снижением УС в РФ на 67%, что сохранит не менее 20000 жизней в год. При снижении УС на 20% (стратегическая цель ВОЗ) ресурсосберегающий потенциал программы предупреждения суицидов определен 30 млрд. руб. (2009 г.) [11].

Если 10 DDD/1000/день соответствуют охвату 1% населения СИОЗС, то рост потребления до 10 DDD/1000/день позволит снизить УС на 21 /100000 населения, что эквивалентно почти 31000 сохранённым жизням. Рост продаж СИОЗС на 1 рубль/душу населения позволит снизить УС на 1,3 (≈ 2 тыс. спасённых жизней). При усредненных затратах на 1 DDD СИОЗС 21,8 руб., или < 8 тыс. руб. / год лечения – «цена» жертвы суицида, мужчины и женщины, ≈ 5 млн. и 8000 тыс. руб. (2009 г.) соответственно. Таким образом, многократно превышен порог стоимостной результативности выбора Ад как препарата первой линии с позиции народосбережения. Итак, назначение Ад – не антисуицидальная панацея, но лечить рационально психическое расстройство (депрессию) гуманно и выгодно.

Благодарность. Авторы благодарят аналитическое маркетинговое агентство DSM-group за необходимые материалы.

Литература:

1. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Уровни суицидов и назначений антидепрессантов: неоднозначные взаимосвязи // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 3. – С. 40-53.
2. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
3. Любов Е.Б., Чубина С.А. Статистика суицидов в мире: Корни и крона // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Том 26. – Вып. 2. – С. 26-30.
4. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2003. – 264 с.
5. Аналитическое маркетинговое агентство DSM-group. <http://www.dsm.ru>
6. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment Oslo, 2015. http://www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/

References:

1. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Antidepressant prescription and suicide rates: equivocal relationships // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 3. – P. 40-53. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)
3. Ljubov E.B., Chubina S.A. Statistika suicidov v mire: Korni i krona // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2016. – Tom 26. – Vyp. 2. – S. 26-30. (In Russ)
4. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakoepidemiologija i farmakoeconomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika, 2003. – 264 s. (In Russ)
5. Analiticheskoe marketingovoe agentstvo DSM-group. <http://www.dsm.ru> (In Russ)
6. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment Oslo, 2015. http://www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/

7. Статистический справочник Росстат. – М., 2015. – 62 с. <http://www.gks.ru/>
 8. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. 459 с.
 9. Introduction to Drug Utilization Research, 2003. – P. 48. http://www.whocc.no/filearchive/publications/drug_utilization_research.pdf
 10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
 11. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23. – Вып. 2. – С. 38-44.
7. Statisticheskij spravochnik Rosstat. – M., 2015. – 62 s. <http://www.gks.ru/> (In Russ)
 8. Glanc S. Mediko-biologicheskaja statistika. Per. s angl. – M.: Praktika, 1998. 459 s. (In Russ)
 9. Introduction to Drug Utilization Research, 2003. – P. 48. http://www.whocc.no/filearchive/publications/drug_utilization_research.pdf
 10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
 11. Ljubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Social'no-jekonomicheskoe bremja suici-dal'noj smertnosti v Rossii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2013. – Tom 23. – Vyp. 2. – S. 38-44. (In Russ)

SUICIDE RATES AND ANTIDEPRESSANT UTILIZATION IN RUSSIA AND ITS REGIONS

E.B. Lyubov, L.B. Vaskova, M.V. Tiapkina

Moscow Institute of Psychiatry – branch of Federal medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Russia, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Abstract:

Research concerning the association between use of antidepressants and rates of suicide has yielded inconsistent results.

The aims of this study were to evaluate the evolution in the amount and structure of antidepressant consumption at national and regional level in Russian Federation and to investigate the possible relationship between antidepressant sales and trends in suicide rates.

Methods. Retrospective analysis of data on antidepressant sales and utilization during a 6-year period (2010-2015) was performed, applying the ATC/DDD methodology developed by World Health Organization. Consumption data have been expressed in daily-defined dose (DDD) per 1,000 inhabitants per day of treatment (DDD/1000/day) total for hospital, retail and reimbursable pharmaceuticals. The total number of DDD/1000/day was calculated for Russian Federation, for each Federal district and regions of the Russian Federation, by adding up the DDD/1000/day for the individual antidepressants. The association between antidepressant utilization and suicide rates was measured by Spearman's correlation.

Findings. The nationwide utilization of antidepressants increased by 1/3 in the studied 6-year period, while suicide rates decreased by one quarter. The usage of tricyclic antidepressants decreased by 13% of the previous value, while the usage of selective serotonin reuptake inhibitors increased by 13%. There was found significant correlation between increased antidepressant consumption and decreased suicide rates at nationwide level for 6-year period by statistical analysis. Suicide rates tended to decrease more in regions with very high suicide rates (i.e., > 20) where there had been a greater increase in the use of antidepressants

Conclusions. These findings underline the importance of the appropriate use of antidepressants as part of routine care for people diagnosed with depression, therefore reducing the risk of suicide.

Key words: suicide rate, antidepressants, utilization, prevention

УДК: 616.89-008

СУИЦИД КАК ИНДИКАТОР ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ДИСТРЕССА: ОПЫТ ГЛОБАЛЬНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА 2008 ГОДА

Ю.Е. Разводовский

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

Контактная информация:

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

Представлен обзор исследований, посвященных связи между глобальным финансово-экономическим кризисом 2008 г. и уровнем суицидов. Показана причинно-следственная связь и наличие эффекта «доза-ответная реакция» между ростом безработицы и повышением уровня суицидов: в среднем, уровень безработицы в 2009 г. по сравнению с 2008 г. вырос на 37%, а уровень валового внутреннего продукта (ВВП) снизился на 3%. В

странах Европы рост уровня безработицы варьировал от 17 до 35%, в странах Северной Америки от 94 до 101%, в странах Центральной Америки от 40 до 45%, в странах Восточной Азии от 20 до 27%. Группу риска составили мужчины, среди которых рост уровня суицидов был зафиксирован в 27 странах Европы (в среднем на 4,2%) и в 18 странах Америки (в среднем на 6,4%). При этом данный показатель среди женщин в странах Европы не изменился. Таким образом, исследования, посвященные финансово-экономическому кризису 2008 г. подтвердили опыт предыдущих кризисов, согласно которому в контексте экономической рецессии молодые мужчины трудоспособного возраста в наибольшей степени подвержены риску суицида. Представленные данные указывают на то, что суцидогенный эффект экономического кризиса может быть митигирован посредством протекционистской политики на рынке труда в виде государственной программы трудоустройства безработных и усиления социальной поддержки наименее защищенных слоев населения.

В обзоре так же обращено внимание на тот факт, что глобальный финансово-экономический кризис практически не оказал влияния на динамику уровня суицидов в славянских республиках бывшего Советского Союза. Делается предположение, что это может быть объяснено относительной автономностью финансово-экономических систем этих стран.

Ключевые слова: суицид, безработица, финансово-экономический кризис 2008 г.

Уровень суицидов является чувствительным индикатором психосоциального дистресса [1-6]. С тех пор, как Э. Дюркгейм впервые указал на связь между нестабильностью экономических циклов и колебанием уровня суицидов [1], этот феномен был многократно документирован, в том числе в странах бывшего Советского Союза, после его распада в начале 1990-х годов прошлого века [2], в Юго-Восточной Азии в период экономического кризиса в конце 1990-х годов [7]. Исследования, изучавшие связь между состоянием экономики и уровнем суицидов показали, что, как правило, уровень суицидов колеблется в соответствии с изменениями уровня экономической активности, увеличиваясь в периоды экономической рецессии [6, 8, 9, 10]. В качестве индикатора экономического кризиса обычно используется уровень безработицы [11]. Данный показатель является постоянным атрибутом кризиса и ассоциируется с психосоциальным дистрессом не только в связи со снижением уровня доходов, но и в смысле снижения социального статуса, социальной поддержки и самооценки [12, 13, 14].

Глобальный финансово-экономический кризис 2008 года был самой тяжелой экономической рецессией со времен Великой Депрессии в 1930-х гг. [15]. Во многих странах мира проблемы в банковском секторе привели к снижению экономической активности и росту уровня безработицы [16-22]. По данным Международной организации труда, численность безработных в мире в 2009 г. достигла 212 миллионов, увеличившись по сравнению с 2007 г. на 34 миллиона [23]. В среднем, уровень безработицы в 2009 г. по сравнению с 2008 г. вырос на 37%, в то время как уровень валового внутреннего продукта (ВВП) снизился на 3% [23]. В странах Европы рост уровня безработицы варьировал от 17 до 35%, в странах Северной Америки от 94 до 101%, в странах Центральной Америки от 40 до 45%, в

странах Восточной Азии от 20 до 27% [24]. Кризис имел серьезные последствия для общественного здоровья, одним из которых был существенный рост уровня суицидов во многих странах мира [24-29].

В странах Европейского Союза тенденция к снижению уровня суицидов, отмечавшаяся вплоть до 2007 г., сменилась ростом [28]. В 2008 г. рост уровня суицидов в «старых» странах Евросоюза составил 7%, в то время как в «новых» странах этот показатель вырос на 1% [16]. При этом наиболее значительный рост уровня данного показателя отмечался в странах, подвергшихся кризису в наибольшей степени (Греция, Ирландия, Испания, Латвия) [20]. Сравнительный анализ трендов уровня безработицы и уровня суицидов в странах Западной Европы показал рост уровня суицидов на 0,3% в ответ на рост уровня безработицы на 10%. Наиболее выраженным данный эффект был в Голландии (0,7%), Англии (1,0%) и Франции (1,9%) [18].

Экономическая рецессия и рост уровня безработицы являются главной детерминантой роста уровня суицидов в Англии [25]. В период с 2008 по 2010, по сравнению с 2007 г. число безработных мужчин в Англии ежегодно росло на 25,6%, а ежегодный прирост уровня суицидов в этот период составил 3,6% [25]. В 2008 году уровень самоубийств среди мужчин и женщин в Англии стал расти на фоне предшествовавшего двадцатилетнего тренда к снижению данного показателя. В 2010 г. уровень суицидов стал снижаться, хотя и продолжал оставаться выше уровня предкризисного 2007 г. [25]. В одном из исследований был проведен сравнительный анализ реального тренда уровня суицидов в Англии и экстраполяции тренда, предшествовавшего экономической рецессии. Расчёты показали, что в период с 2008 по 2010 гг. было совершено на 1001 самоубийств больше (846 среди мужчин и 155 среди жен-

щин), чем ожидалось исходя из исторического тренда [29]. При этом наиболее значительный рост отмечался в регионах с наиболее высоким уровнем безработицы. Кроме того, оказалось, что уровень безработицы влияет на уровень суицидов среди мужчин, в то время как связь между этими переменными для женщин статистически не значима. Анализ показал, что рост уровня безработицы среди мужчин на 10% ассоциируется с ростом уровня суицидов на 1,4% [29]. Результаты данного исследования также показали, что рост уровня безработицы оказался ответственным за 2/5 роста уровня суицидов среди мужчин в период с 2008 по 2010 гг.

Сравнительный анализ актуального числа самоубийств в 2009 г. и числа суицидов, предсказанного на основании тренда, предшествовавшего кризису, основанный на данных из 54 стран мира показал, что финансово - экономический кризис 2008 г. ответственен за 4884 случаев добровольных смертей [26]. Рост уровня суицидов среди мужчин был зафиксирован в 27 странах Европы (в среднем на 4,2%) и в 18 странах Америки (в среднем на 6,4%). При этом данный показатель среди женщин в странах Европы не изменился, в то время как в странах Америки он вырос, хотя и в меньшей степени, чем среди мужчин (в среднем на 2,3%) [26]. В Европе максимальный рост уровня суицидов отмечался среди мужчин возрастной группы 15-24 года (+11,7%), в то время как в Америке среди мужчин возрастной группы 45-64 года (+5,2%). При этом прирост уровня суицидальной смертности среди мужчин был пропорционален росту безработицы, в особенности в странах с низким уровнем безработицы накануне кризиса [26].

Важные аргументы в пользу существования причинно-следственной связи между экономическим кризисом и ростом уровня суицидов были представлены в исследовании, проведенном на индивидуальном уровне в Италии [27]. В период с 2000 по 2007 гг. в этой стране отмечалась тенденция к снижению уровня суицидов с темпом 8 суицидов в год, в то время как в период с 2008 по 2010 гг. данный показатель демонстрировал существенный рост с темпом 110 суицидов в год. При этом в период кризиса выросло число летальных случаев и покушений, связанных с экономическими причинами, в то время как уровень суицидального поведения, не связанного с экономическими причинами, оставался стабильным [27]. В Испании экономический кризис сопровождался существенным ростом уровня суицидов (на 8%), особенно среди молодых мужчин, уровень

безработицы среди которых достигал 50% [10]. На фоне кризиса в этой стране был отмечен рост уровня заболеваемости тревожно - депрессивными, соматоформными и связанными со злоупотреблением алкоголем расстройствами [16].

Следует отметить, что результаты исследований, посвященных влиянию финансово-экономического кризиса 2008 г. на уровень суицидов существенно варьируют, что может быть обусловлено различием в методологических подходах, а также гетерогенностью социально-экономических условий и применяемых антикризисных стратегий. Большинство исследований, посвященных изучению влияния кризиса на уровень суицидов, выполнены согласно экологическому дизайну, то есть, оценивают связь между уровнем безработицы и уровнем суицидов на популяционном уровне. Недостатком экологических исследований является сложность экстраполяции их результатов на индивидуальный уровень и, следовательно, невозможность делать вывод о причинно-следственных связях. Эту задачу решают исследования, проведенные на индивидуальном уровне, количество которых, к сожалению, не велико.

Существенным ограничением популяционных исследований является то обстоятельство, что экологическая связь между безработицей и суицидом может «оттеняться» сопутствующими факторами экономическими кризиса (так называемый «эффект кризиса»). Влияние безработицы на уровень суицидов может быть объяснено комбинацией эффекта на индивидуальном уровне (рост уровня суицидов среди безработных) и контекстуальным эффектом на рынок труда (повышение уровня тревоги и напряженности из-за страха потерять работу) [30]. Иными словами, чувство незащищенности может повышать риск суицида среди лиц, имеющих работу. Подтверждением этому служат результаты исследований на индивидуальном уровне, в которых был показан негативный эффект ожидания потерять работу [30]. В некоторых странах Европы был показан рост распространённости тревожно-депрессивных расстройств в период экономического кризиса, особенно у лиц, не имеющих постоянной работы и испытывающих финансовые проблемы [31,32]. В целом, распространённость психологических проблем среди безработных в два раза выше, чем среди работающих (34% vs. 16%) [32].

В какой-то степени «эффект кризиса» может быть последствием урезания бюджетных расходов на социальную сферу. Ограничение

расходов местных бюджетов сопровождается ростом безработицы и сокращением финансирования различных социальных программ [30]. Опосредованно меры бюджетной экономии ведут к росту уровня суицидов. Было показано, что наибольший прирост уровня суицидов отмечается в регионах с максимальным урезанием местных бюджетов [20]. Кроме того, одним из механизмов «эффект кризиса» может быть аггравация экономической ситуации в средствах массовой информации, что создает у населения ощущение незащищенности и пессимизма [11].

Связь между безработицей и суицидом может быть в разной степени подвержена влиянию «эффект кризиса» в разных странах. К примеру, несмотря на то, что уровень трудовой защищенности во Франции один из самых высоких, связь между безработицей и уровнем суицидов в этой стране достаточно сильна [17]. Оказалось также, что более тесная связь между безработицей и суицидами имеет место в странах с низким базовым уровнем безработицы [8]. По всей видимости, в этих странах рост безработицы вызвал психосоциальный дистресс, одним из симптомов которого является рост уровня суицидов. Кроме того, в странах с низким уровнем безработицы стигматизация безработных может быть больше, чем в странах с высоким уровнем безработицы [9].

Следует отметить, что рост уровня суицидов не является неизбежным атрибутом экономического кризиса. Имеются данные, указывающие на то, что суицидогенный эффект экономического кризиса может быть митигирован посредством протекционистской политики на рынке труда в виде государственной программы трудоустройства безработных и усиления социальной поддержки наименее защищенных слоев населения [22]. В странах с сильной социальной защитой уровень суицидов в период кризиса снижался. Примером может служить Австрия, где сильная социальная поддержка позволила снизить уровень суицидов в период с 2007 по 2009, несмотря на рост уровня безработицы [8]. На индивидуальном уровне было показано, что негативный эффект безработицы на психическое здоровье был менее выражен в странах с сильной социальной защитой безработных [22]. Представленные данные говорят о том, что уровень суицидов в период экономического кризиса определяется взаимодействием двух переменных: тяжестью кризиса и степенью социальной защиты.

Таким образом, несмотря на имеющиеся различия, в большинстве исследований была

показана причинно-следственная связь между экономическим кризисом 2008 г. и ростом уровня суицидов. При этом результаты ряда исследований позволяют говорить о существовании эффекта доза-ответная реакция между ростом безработицы и повышением уровня суицидов. Исследования, посвященные кризису 2008 г. подтвердили опыт предыдущих кризисов, согласно которому в контексте экономической рецессии молодые мужчины трудоспособного возраста в наибольшей степени подвержены риску суицида. В целом эти данные говорят о том, мужчины более уязвимы при воздействии различных социально-экономических потрясений.

На примере глобального финансово - экономического кризиса видно, как экономическая рецессия со своими неперенными спутниками – безработицей, снижением доходов и усилением неравномерности в их распределении, деградацией социальных отношений негативным образом отражается на психическом здоровье населения. Гендерные различия влияния экономического кризиса на уровень суицидов говорят о том, что психосоциальные стрессоры действуют опосредованно, преломляясь через личностные факторы. В связи с традиционной гендерной ролью кормильца семьи мужчины оказались более уязвимы в условиях кризиса. Мужская гендерная роль также предполагает игнорирование проблем и опасностей, то есть фактическое их отрицание [33]. Кроме того, с позиций стереотипа маскулинности обращение за помощью рассматривается как проявление слабости. Неотреагированные отрицательные эмоции на фоне хронического дистресса проявляются чувством потери контроля, беспомощности, тревожно-депрессивной реакцией [34]. В то же время с точки зрения мужского стереотипа поведения тревожно-депрессивная симптоматика считается типично женской эмоциональной реакцией. Поэтому обычными моделями мужской экспрессивности в условиях дистресса является агрессивное и аутоагрессивное поведение, а так же злоупотребление психоактивными веществами. Такие дезадаптивные копинг-стратегии в настоящее время считаются эквивалентом мужского депрессивного синдрома [3].

Экономический кризис в меньшей степени оказал свое негативное влияние на женщин. В отличие от мужчин, женщины лучше социально интегрированы, и поэтому получают больше поддержки со стороны общества [33]. Женщины активно используют свои социальные связи для профилактики дистресса. Они

охотно делятся своими переживаниями с родственниками и подругами, «проговаривая» проблемы и, таким образом, получают психологическую помощь. Кроме того, женская гендерная роль в меньшей степени предполагает стремление к успеху и власти, что снижает риск стрессовых ситуаций [34].

В заключении хотелось бы обратить внимание на тот факт, что глобальный финансово-экономический кризис практически не оказал влияния на динамику уровня суицидов в славянских республиках бывшего Советского Союза [35-37]. По всей видимости, это объясняется относительной автономностью финансово-

экономических систем этих стран. Тенденция к снижению уровня суицидов в России и Беларуси продолжилась на фоне нынешнего экономического кризиса, вызванного падением цен на энергоносители и введения экономических санкций [38]. Однако, учитывая существование четкой связи между экономическим кризисом и аутодеструктивным поведением можно ожидать рост уровня суицидов на фоне ухудшения экономической ситуации. Поэтому ключевой стратегией профилактики суицидального поведения должно являться усиление социальной поддержки незащищенных слоев населения, в особенности безработных.

Литература:

1. Durkheim E. Le Suicide. Felix Alcan: Paris, 1897.
2. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суцидология. – 2012. – № 4. – С. 28–40.
3. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. – СПб: «Экспертные решения», 2017. – 192 с.
4. Юрьева Л.Н. Клиническая суцидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 470.
5. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics // Population Research and Policy Review. – 2008. – Vol. 27, № 5. – P. 551–574.
6. Lester B.Y. Learnings from Durkheim and beyond: the economy and suicide // Suicide Life Threat Behav. – 2001. № 31. – P. 15–31.
7. Chang S.S, Gunnell D., Sterne J.A. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand // Soc. Sci. Med. – 2009. – № 68 – P. 1322–1331.
8. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence // Ulster Med J. – 2009. – Vol.78, № 3. – 142–145.
9. Zivin K., Paczkowski M., Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities // Psychol. Med. – 2011. – № 41. – P. 1343–1348.
10. Stuckler D., Basu S., Meissner C., Fishback P., McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1927-1939 // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. – № 66. – P. 410–419.
11. Blakely T., Collings S., Atkinson J. Unemployment and suicide: evidence for a causal association? // J. Epidemiol. Community Health. – 2003. – № 57. – P. 594-600.
12. McKee-Ryan Z., Song C.R., Wanberg A.J., Kinicki A. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study // J. Appl. Psychol. – 2005. – Vol. 90, № 1. – P. 53–76.
13. Yip P.S., Caine E.D. Employment status and suicide: the complex relationships between changing unemployment rates and death rates // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. – № 65. – P. 733–736.
14. Brenner M. Influence of the economy on mental health and psychophysiological illness: international perspective // Community Mental Health in New Zealand. – 1990. – № 5. –P. 2–10.
15. Temin P. The great recession and the great depression. National Bureau of Economic Research, Inc. Cambridge, Massachusetts, USA: NBER Working Papers: 15645, 2010.
16. Saurina C., Bragulat B., Saez M., López-Casasnovas G. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides // European Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 23, № 5. – P. 732–736.
17. Crawford M.J., Kuforiji B., Ghosh P. The impact of social context on socio-demographic risk factors for suicide: a synthesis of data from case-control studies // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – Vol. 64. – P. 530–534.
18. James A., Bernal L., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M., Laanani M, Ghosh W., Jougla E., Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European coun-

References:

1. Durkheim E. Le Suicide. Felix Alcan: Paris, 1897.
2. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 28-40. (In Russ)
3. Merinov A.V. Rol' i mesto fenomena autoagresii v sem'jah bol'nyh alkohol'noj zavisi-most'ju. – SPb: «Jekspertnye reshenija», 2017. – 192 s.
4. Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – S. 470.
5. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics // Population Research and Policy Review. – 2008. – Vol. 27, № 5. – P. 551–574.
6. Lester B.Y. Learnings from Durkheim and beyond: the economy and suicide // Suicide Life Threat Behav. – 2001. № 31. – P. 15–31.
7. Chang S.S, Gunnell D., Sterne J.A. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand // Soc. Sci. Med. – 2009. – № 68 – P. 1322–1331.
8. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence // Ulster Med J. – 2009. – Vol.78, № 3. – 142–145.
9. Zivin K., Paczkowski M., Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities // Psychol. Med. – 2011. – № 41. – P. 1343–1348.
10. Stuckler D., Basu S., Meissner C., Fishback P., McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1927-1939 // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. – № 66. – P. 410–419.
11. Blakely T., Collings S., Atkinson J. Unemployment and suicide: evidence for a causal association? // J. Epidemiol. Community Health. – 2003. – № 57. – P. 594-600.
12. McKee-Ryan Z., Song C.R., Wanberg A.J., Kinicki A. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study // J. Appl. Psychol. – 2005. – Vol. 90, № 1. – P. 53–76.
13. Yip P.S., Caine E.D. Employment status and suicide: the complex relationships between changing unemployment rates and death rates // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. – № 65. – P. 733–736.
14. Brenner M. Influence of the economy on mental health and psychophysiological illness: international perspective // Community Mental Health in New Zealand. – 1990. – № 5. –P. 2–10.
15. Temin P. The great recession and the great depression. National Bureau of Economic Research, Inc. Cambridge, Massachusetts, USA: NBER Working Papers: 15645, 2010.
16. Saurina C., Bragulat B., Saez M., López-Casasnovas G. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides // European Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 23, № 5. – P. 732–736.
17. Crawford M.J., Kuforiji B., Ghosh P. The impact of social context on socio-demographic risk factors for suicide: a synthesis of data from case-control studies // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – Vol. 64. – P. 530–534.
18. James A., Bernal L., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M., Laanani M, Ghosh W., Jougla E., Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European coun-

- tries (2000–2010) // Journal Epidemiol. Community Health. – 2015. – Vol. 69. – P. 103–109.
19. Sargent-Cox K., Butterworth P., Anstey K.J. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study // Soc. Sci. Med. – 2011. – Vol. 73. – P. 1105–1112.
 20. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 315–323.
 21. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data // Lancet. – 2011. – Vol. 378. – P. 124–125.
 22. Stuckler D., Basu S., McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 3311.
 23. International Labour Organization. ILO global employment trends 2010—unemployment reaches highest level on record in 2009. wilo.org/manila/info/public/pr/WCMS_124768/lang--en/index.htm.
 24. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. WHO, 2009.
 25. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time-trend analysis // BMJ. – 2012. – Vol. 345. – P. 5142.
 26. Chang Ch., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries // BMJ. – 2013. – Vol. 347. – P. 5239 doi: 10.1136/bmj.f5239
 27. De Vogli R., Marmot M., Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession // J. Epidemiol. Community Health. – 2012. – Vol. 23. – P. 127–1230.
 28. Parmar D., Stavropoulou Ch., Ioannidis J.P.A. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review // BMJ. – 2016. – Vol. 354. – P. 4588.
 29. Saurina C., Bragulat B., Saez M., López-Casasnovas G. A conditional model for estimating the increase in suicides associated with the 2008–2010 economic recession in England. // J. Epidemiol. Community Health. – 2013. – Vol. 67, № 9. – P. 779–787.
 30. Turner R. J., Wheaton B., Lloyd D.A. The epidemiology of social stress // American Sociological Review. – 1995. – Vol. 60. – P. 194–205.
 31. Uutela A. Economic crisis and mental health // Curr. Opin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 23. – P. 127–1230.
 32. Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010 // Eur. J. Public Health. – 2013. – Vol. 23. – P. 103–108.
 33. Matud M.P. Gender differences in stress and coping styles. Personality and Individual Differences. – 2004. – Vol. 37. – P. 1401–1415.
 34. Sigmon S.T., Stanton A.L., Snyder C.R. Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories // Sex Roles. – 1995. – Vol. 33. – P. 565–587.
 35. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси и России: сравнительный анализ трендов // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 37–43.
 36. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 1. – С. 3–10.
 37. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3. – С. 41–49.
 38. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // Journal of Sociolomics. – 2015. – № 5. – P. 1–2.
 19. Sargent-Cox K., Butterworth P., Anstey K.J. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study // Soc. Sci. Med. – 2011. – Vol. 73. – P. 1105–1112.
 20. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 315–323.
 21. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data // Lancet. – 2011. – Vol. 378. – P. 124–125.
 22. Stuckler D., Basu S., McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 3311.
 23. International Labour Organization. ILO global employment trends 2010—unemployment reaches highest level on record in 2009. wilo.org/manila/info/public/pr/WCMS_124768/lang--en/index.htm.
 24. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. WHO, 2009.
 25. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time-trend analysis // BMJ. – 2012. – Vol. 345. – P. 5142.
 26. Chang Ch., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries // BMJ. – 2013. – Vol. 347. – P. 5239 doi: 10.1136/bmj.f5239
 27. De Vogli R., Marmot M., Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession // J. Epidemiol. Community Health. – 2012. – Vol. 23. – P. 127–1230.
 28. Parmar D., Stavropoulou Ch., Ioannidis J.P.A. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review // BMJ. – 2016. – Vol. 354. – P. 4588.
 29. Saurina C., Bragulat B., Saez M., López-Casasnovas G. A conditional model for estimating the increase in suicides associated with the 2008–2010 economic recession in England. // J. Epidemiol. Community Health. – 2013. – Vol. 67, № 9. – P. 779–787.
 30. Turner R. J., Wheaton B., Lloyd D.A. The epidemiology of social stress // American Sociological Review. – 1995. – Vol. 60. – P. 194–205.
 31. Uutela A. Economic crisis and mental health // Curr. Opin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 23. – P. 127–1230.
 32. Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010 // Eur. J. Public Health. – 2013. – Vol. 23. – P. 103–108.
 33. Matud M.P. Gender differences in stress and coping styles. Personality and Individual Differences. – 2004. – Vol. 37. – P. 1401–1415.
 34. Sigmon S.T., Stanton A.L., Snyder C.R. Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories // Sex Roles. – 1995. – Vol. 33. – P. 565–587.
 35. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide in Belarus and Russia: a comparative analysis of trends // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – P. 37–43. (In Russ)
 36. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicides in Russia, Ukraine and Belarus: a comparative analysis of trends // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 1. – P. 3–10. (In Russ)
 37. Razvodovsky Y.E., Smirnov V.Y., Zotov P.B. Forecasting of suicides rate using time series analysis // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 41–49. (In Russ)
 38. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // Journal of Sociolomics. – 2015. – № 5. – P. 1–2.

SUICIDE AS AN INDICATOR OF PSYCHOSOCIAL DISTRESS: THE OUTCOMES OF THE 2008 GLOBAL ECONOMIC CRISIS

Y.E. Razvodovsky

Grodno State Medical University, Belarus

Abstract:

The article reviews researches on the connection between 2008 global financial economic crisis and levels of suicide. The causal relationship and ‘dose-response’ effect between unemployment and growth of suicide is stated: on average from 2008 to 2009 unemployment level grew 37% and GDP fell 3%. Unemployment level growth varied between 17% and 35% in European countries, from 94% and 101% in North America countries, from 40% to 45% in Central

America, from 20% to 27% in East Asia. Risk group comprised males among whom suicide growth rate found in 27 European countries (4,2% average) and 18 American countries (6,4% average). For females this index has not changed. So researches on 2008 financial and economic crisis confirmed experience of previous crises according to which young males of able-bodied age are highly subject to suicide risk during times of economic recession. The presented data indicates that suicidogenic effect of economic crisis can be mitigated through protectionist policy in labor market in the form of state employment programme and strengthening of social support of least protected population strata.

The review also draws attention to the fact that global financial and economic crisis almost had no effect on the suicide levels in Slavic republics of the former USSR. We suggest that it can be explained through relative autonomy of financial and economic systems of these countries.

Key words: suicide, unemployment, the 2008 global financial-economic crisis

УДК: 616.89-008

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЗАКЛЮЧЁННЫХ ПОД СТРАЖУ И ОСУЖДЁННЫХ

П.Б. Зотов

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры 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) 270-552

Представлен обзор данных литературы о суицидальном поведении заключенных под стражу и осуждённых. Показано, что смертность от самоубийств среди этого контингента в России превышает среднепопуляционные в 2-3 раза. Количество суицидальных попыток точно неизвестно, что обусловлено высокой распространенностью в условиях изоляции самоповреждений – от 19 до 37%, чаще совершаемых с несуйцидальной целью, а так же сложностью верификации их отдельных форм. Для дифференциальной диагностики большое значение имеет наличие мотивов и суицидального анамнеза, присутствие суицидальных мыслей, на которые указывают – до 40% заключённых мужчин и до 53,7% женщин. К общим группам и факторам риска суицида относятся: молодые мужчины; склонность к агрессии; первый случай заключения под стражу; психосоциальная дезадаптация до заключения; тяжело переносимая социальная депривация; злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ; принуждение к гомосексуальным связям; издевательства со стороны других заключенных (до 34% лиц, совершивших суицидальные действия). Наибольший суицидальный риск регистрируется среди заключенных следственных изоляторов: до 32-38% суицидов во всей системе ФСИН, при их 17%-ной доле от общей численности лиц, содержащихся в местах лишения свободы. До 38% завершённых суицидов совершается в течение первого месяца пребывания в СИЗО; около 25% – после вынесения приговора суда или его вступления в законную силу; значительная часть (от 30 до 55%) – в одиночной камере. Основным способом летальных случаев является повешение (83%), покушений – самопорезы (60%). Большинство регистрируемых суицидов (до 60%) совершаются в исправительных колониях для взрослых. Важными про-суицидальными факторами являются алкоголь и зависимость от психоактивных веществ, психические нарушения и личностные расстройства, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др. В колониях для несовершеннолетних случаи самоубийств единичны; среди лиц, отбывающих пожизненный срок – практически не регистрируются, что обусловлено преимущественно системой контроля. Меры профилактики требуют комплексного и многоуровневого подхода на всех этапах временного и длительного заключения, более широкого привлечения специалистов в области психического здоровья, улучшения условий содержания, доступности медицинской помощи, подготовки немедицинского (ведомственного) персонала учреждений системы исполнения наказания.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальное поведение, заключенные под стражу, осуждённые, следственный изолятор, СИЗО, тюрьма

В последние годы в России отмечается устойчивая тенденция снижения уровня преступности и числа заключенных, что, несо-

мненно, является отражением улучшения социально-экономической ситуации в стране в целом. Несмотря на это количество лиц, со-

державшихся в местах лишения свободы, остаются значительным: в 2000 г. – 925,1; в 2015 г. – 639,9 тыс. человек. Из них в 2015 г.: мужчин – 483,2 тыс., женщин – 41,5; соотношение М : Ж – 11,6 : 1. При этом доля лиц, содержащихся в следственных изоляторах (СИЗО), от общего числа составляет – 17,73% (в 2015 г. – 113,5 тыс.), в исправительных колониях для взрослых – 82,0% (в 2015 г. – 524,7 тыс.), в исправительных колониях для несовершеннолетних – 0,27% (в 2015 г. – 1,7 тыс.) [1].

Содержащихся в местах лишения свободы традиционно относят к группе повышенного суицидального риска [2, 3 и др.]. По данным статистических служб пенитенциарной системы различных стран уровень суицидов среди осуждённых может превышать таковой в общей популяции до 6-10 [4], а по более ранним публикациям – 16-ти раз [5]. При этом на долю самоубийств приходится от 41 до 68% от всех случаев смерти заключённых [4, 6]. В странах Западной Европы и США суицид является ведущей причиной смерти заключённых [5, 7].

В России общая смертность осуждённых в 1,6 раза ниже этого показателя для общего населения аналогичного возраста, что обусловлено более низкими показателями их смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а так же травм и отравлений – основных причин смерти граждан РФ трудоспособного возраста [8]. Показатели суицидальной смертности среди этого контингента, напротив, как и во многих странах мира превышают среднепопуляционные, но оцениваются на менее значимых уровнях – в 2-3 раза [9], что, скорее всего, связано с более высоким относительно других стран среднероссийским уровнем суицидов. Например, в учреждениях УИС Республики Татарстан [8] этот показатель составил в 2011 г. – 68,5 (в РФ – 21,8); в 2012 г. – 50,1 (в РФ – 20,8) на 100000 человек, и формируется преимущественно за счет суицидов мужчин (75,5% заключённых). Уровень суицидальной смертности женщин значительно ниже, и составляет лишь 2,6% в общей структуре лет потерянной жизни в результате преждевременной смертности [10].

При оценке показателя суицидов в 35-55 на 100000 осуждённых, подозреваемых и обвиняемых (в 2015 году 639,9 тыс.), абсолютное число может составлять в целом в Российской Федерации – 220-350 самоубийств в год, или 1-2% в общей структуре суицидальной смертности по стране.

Количество суицидальных попыток точно неизвестно, что обусловлено высокой распро-

страненностью среди данного контингента самоповреждений – от 19 до 37%, чаще совершаемых с несуицидальной целью (в том числе «на спор», игра в карты и др.), а так же сложностью верификации их отдельных форм [11, 12].

Для дифференциальной диагностики большое значение имеет присутствие суицидальных мыслей, на которые указывают – до 40% заключённых мужчин и до 53,7% женщин, наличие мотивов и суицидальных попыток в анамнезе [5, 7, 13, 14].

К общим группам и факторам риска суицида относятся [13, 15]:

- молодые мужчины;
- склонность к агрессии;
- первый случай заключения под стражу;
- психосоциальная дезадаптация до заключения под стражу;
- тяжело переносимая социальная депривация;
- злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ;
- психические нарушения;
- принуждение к гомосексуальным связям;
- издевательства со стороны других заключённых (до 34% лиц, совершивших суицидальные действия [15]).

Следственный изолятор (СИЗО).

Суициды. Наибольший суицидальный риск регистрируется среди заключённых следственных изоляторов. На них приходится до 32-38% суицидов во всей системе ФСИН [8, 9], при их 17%-ной доле от общей численности лиц, содержащихся в местах лишения свободы [1].

Среди регистрируемых случаев завершённые суициды составляют 5,1%, а суицидальные попытки – 6,9% в общей структуре деструктивных форм поведения заключённых СИЗО. В общей структуре аутоагрессивных актов доминируют членовредительства и самоповреждения (68,0%). Реже регистрируются отказы от приема пищи и голодовки (11,4%), групповые конфликты с сокамерниками (8,6%) [16].

Следственные изоляторы предусматривают содержание подследственных, но в них могут содержаться подсудимые, а также осуждённые до отправки их в соответствующее учреждение исполнения наказаний уголовно-исполнительной системы; осуждённые, которых по договоренности с ними администрация СИЗО оставила отбывать лишение свободы в СИЗО, чтобы они выполняли работы, которые поручают осуждённым [8]. Разнородность контингента определяет различие в мотивах, спо-

ках и способах (*доступность*) совершения суицидальных действий.

До 38% завершённых суицидов совершается в течение первого месяца пребывания в СИЗО, и, как правило, связано с переживаниями в связи с арестом, вынужденной необходимостью общаться и жить в одной камере с другими людьми, нередко, потерей смысла жизни, социального статуса, репутации, чувством позора. Негативно влияют на человеческую психику в этих условиях сохранившиеся ритуалы встречи «новичков», проверки их осведомлённости о тюремных обычаях и терминологии, камерные игры, которые имеют целью подавить личность новичка, подчинить его влиянию криминальных «авторитетов». У многих подсудимых в этот период наблюдаются признаки угнетённости, подавленности, безнадежности, обречённости, тоски по дому, родным и близким, чувство вины перед ними, неверие в свои силы, в том числе в возможность снова обрести прежний статус. Это нередко ведёт к аффективным реакциям с возбуждением, напряженным отношением к окружающим, раздражительностью, нетерпимостью, повышенной ранимостью, обидчивостью и завышенной реактивностью. Расширяется спектр возможных конфликтных ситуаций [3, 9]. Особенно уязвимы в отношении неблагоприятных воздействий в условиях изоляции лица с психической патологией, частота которой среди данного контингента в 3 с лишним раза выше, чем в общей популяции [17, 18].

Около 25% самоубийств совершаются после вынесения приговора суда или его вступления в законную силу. Обычно эти случаи обусловлены неоправданными надеждами на смягчение приговора, решением суда не соответствующим ожиданиям осуждённого [9].

В общей структуре от 30 до 55% суицидов совершаются в одиночной камере следственного изолятора, где, как правило, содержатся лица с признаками психических отклонений, трудно адаптируемые к условиям лишения свободы, порой, притесняемые другими осуждёнными [9, 19].

Способы. Основным способом летальных суицидов в СИЗО является повешение – 83% [8].

Попытки суицида. Частота суицидальных попыток в СИЗО точно неизвестна, что обусловлено, как недостатками учёта, так и сложностью их дифференциальной диагностики с другими широко распространёнными формами аутоагрессивных действий. В отдельных пуб-

ликациях указывается, что у мужчин этот показатель может достигать 27%; и до 44% женщин, находящихся в предварительном заключении, совершали в своей жизни суицидальную попытку [20].

Среди регистрируемых случаев доминируют шантажные формы суицидальной активности – до 71,0%, целью которых, как правило, является манипулирование персоналом или сокамерниками, получение предпочтений [21]. Однако, несмотря на явно демонстративные формы поведения, значительное число попыток характеризуется высоким летальным риском, и требует от персонала своевременного вмешательства и оказания помощи [22].

Актуальность мотивов у следственно-арестованных может определяться сроками пребывания в СИЗО. В период до 2 месяцев большинство мотивов суицидальной активности обусловлены преимущественно участием в судебно-следственных действиях и собственно-депрессивными переживаниями, связанных с ограничением свободы. Частота покушений в этот период наиболее высока – 52,0%. В сроки от 2 до 6 месяцев преобладают конфликты с другими обвиняемыми и недостаток информации от близких (27,0%). Через 6 месяцев повышается роль ожидания наказания, защита своих прав и связанные с ними депрессивные переживания (21,0%). Средний период пребывания в СИЗО до совершения попытки в целом составляет $2,8 \pm 0,4$ месяца [21].

Способы покушений на суицид в условиях СИЗО ограничены в выборе вследствие условий содержания. Преобладают повреждения целостности кожных покровов (до 60,0%) с использованием лезвия бритвы («мойка»), осколков стекла или проволоки. Нанесение ран чаще регистрируется в области предплечий, локтевых сгибов, шеи, реже – грудной клетки или живота. Поверхностные порезы, как правило, отражают демонстративно-шантажный характер проявлений. Нередко повреждения включают две и более зон тела, что обычно наблюдается у лиц с возбудимыми чертами личности. Реже причинённые раны носят более глубокий, проникающий характер. В этих случаях могут быть использованы заранее приготовленные «заточки» из ложки, вилки или гвоздя. Иногда используются экзотические способы, например, острый предмет, изготовленный из хлеба, обожжённый определённым образом, что делает его твёрдым, как камень [21].

Среди других способов значительное число заключённых (до 27,0%) принимают с суи-

цидальной целью инородные тела внутрь. Заглатывают шурупы-саморезы, сапожные гвозди, «скрутки» из проволоки, металлическую производственную стружку, осколки стекла лампочек накаливания или мелкие кусочки лезвия бритвы. Предпочтение этого способа обычно свидетельствует о достаточно тщательной подготовке попыток, накоплении и хранении использованных лезвий, шурупов и гвоздей, нередко предварительно напиленных и связанных по 2-4 штуки в «капсулы» для заглатывания. Шурупы, как правило, предварительно выворачиваются из строительного материала или стен помещений. Гвозди – из обуви [21, 23].

В меньшем проценте случаев (13%) совершаются попытки самоповешенья. В условиях ограниченного доступа для реализации суицида заключенные под стражу выбирают подручные средства: скрученный жгут из обрывков постельного белья, ремень или шнурки от обуви. Точкой фиксации жгута (ремня) могут быть уровни не обязательно выше роста суицидента. В качестве таковых могут быть использованы дверные ручки, стойки кроватей и др., а попытка совершена в положении сидя, иногда лежа с опусканием головы и верхней части туловища ниже уровня кровати (данный вариант наблюдается чаще у больных). Выбор такого способа суицида, не всегда характеризуется шантажностью, и может свидетельствовать об истинности намерений погибнуть.

Попытки самоотравления, доминирующие в общей популяции, совершаются заключенными значительно реже. Обычно эти случаи наблюдаются у лиц, госпитализируемых в медицинскую часть по объективным причинам (соматическое, инфекционное, наркологическое заболевание) или с целью получения доступа к медикаментам (симуляция или аггравация). В этих случаях в качестве средств покушения выступают медикаменты [21, 23, 24].

Риск суицидальной попытки в период предварительного заключения повышен [9, 11, 21 и др.]:

1. У впервые помещенных в СИЗО.
2. При ограничении / отсутствии контактов (переписки) с семьей и близкими, особенно у впервые заключенных под стражу.
3. Негативные последствия ситуации заключения для семьи: оставшиеся долги, переложенные на семью, угрозы для членов семьи и др.
4. Разрыв отношений с семьей и близкими: подача заявления на расторжение брака,

отказ от поддержания отношений (переписки), смена фамилии, места проживания и др.

5. Смерть родственника, близкого человека (произошедшая в период пребывания заключенного в СИЗО.).

6. Пребывание в одиночной камере.

7. Скученность людей в камерах.

8. Ненормативные отношения с другими заключенными: попытки подчинить влиянию криминальных «авторитетов», сексуальные девиации и др.

9. Психические расстройства.

10. Личностные черты и расстройства (высокая агрессивность, упрямство, эгоцентризм, демонстративность, пессимистическая личностная оценка, малодушие, склонность к депрессии, импульсивность в принятии решений, аффективно-эмоциональный тип личности).

11. Суицидальный анамнез.

12. Тяжесть инкриминируемых криминальных действий: 68% лиц, совершающих суицидальные действия, привлекаются к уголовной ответственности по особо тяжким статьям Уголовного кодекса и ожидают длительные сроки наказаний. Из них: каждый третий (31,0%) – за убийство (ст. 105 УК РФ); 14,0% – за насильственные действия сексуального характера (ст. 131, ст. 132 УК РФ); 9,0% – нанесение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ) и разбойное нападение (ст. 162 УК РФ) [21].

13. Укрепление дисциплины и режима содержания заключенных.

14. ВИЧ-инфицирование. Практически каждый второй носитель вируса узнаёт о своем заболевании в период нахождения в СИЗО, что может на этапе установления диагноза в сочетании с другими факторами потенцировать суицидальную активность [19].

Психические нарушения, не связанные с потреблением ПАВ, выявляются у большинства (до 70-86%) помещенных в СИЗО, и чаще носят характер расстройств адаптации. Среди лиц, проявляющих суицидальную активность, частота психических нарушений может достигать 100%, и чаще обусловлена коморбидной психической патологией, зависимостью от алкоголя, ПАВ, высокой представленностью психоорганических расстройств, патологии характера и др. [3, 17, 18, 25]. Снижение индивидуальных компенсаторных психологических возможностей на фоне усиливающегося «пенитенциарного» стресса повышает суицидальный риск.

Алкоголь, традиционно выступающий в качестве одного из ведущих просуицидальных факторов в общей популяции, среди заключен-

ных СИЗО имеет меньшее значение, ввиду ограничения его доступности в условиях изоляции. В то же время, у зависимых личностей, депривация алкоголя может потенцировать суицидальную активность, и чаще имеет демонстративно-шантажный характер, или проявляться в форме самоповреждений (преобладает).

Психоактивные вещества и зависимость от них имеют большое значение на суицидальную активность ввиду высокой распространённости среди данного контингента. Повышение суицидального риска обычно ассоциируется с начальным периодом заключения под стражу и, как правило, проявляется на фоне развития абстинентного синдрома. Высокая частота зависимости от ПАВ среди помещенных в СИЗО (до 84%), вынужденное прерывание потребления наркотиков, на фоне сочетанного негативного воздействия факторов «пенитенциарного стресса» способствуют повышению суицидальной активности, совершению попыток преимущественно демонстративно-шантажной направленности. Так же повышается риск истинных суицидов [20, 26, 27].

Исправительные колонии для взрослых содержат 82,0% всех заключенных ФСИН [1], на долю которых приходится около 60% всех завершённых суицидов.

Основными мотивами суицидальной активности среди этого контингента являются [9, 11, 19]:

- конфликт с представителями администрации исправительного учреждения (реакция на законные требования, факты притеснения);

- конфликт с другими осужденными (физическое, психическое насилие, принуждение к вступлению в гомосексуальную связь, долги). Среди осужденных, испытавших физическое насилие частота суицидальных попыток достигает 26,8% [28];

- приобретение авторитета в глазах других осужденных;

- раскаяние в содеянном;

- длительный срок предстоящего заключения [29];

- заболевание: ВИЧ, туберкулез, другие тяжелые заболевания;

- зависимость от психоактивных веществ;

- отсутствие жизненной перспективы после отбывания наказания;

- осуждение за развратные действия и изнасилование: частота суицидов среди осужденных, совершивших преступления против половой свободы и половой неприкосновенно-

сти личности, является одной из самых высоких – до 23% [9, 29, 30].

Наименее склонны к суициду заключенные – осужденные за сбыт наркотиков [29].

Алкоголь и психоактивные вещества (ПАВ), являясь ведущими просуицидальными факторами в общей популяции, имеют важное значение и в суицидальной активности лиц, заключенных исправительных колоний, несмотря на объективные ограничения доступности.

Контингент осужденных мужчин характеризуется высокой распространённостью алкоголизма (25,3–35,9%), наркомании (16,9–37,1%) и сочетанной (алкоголизм + наркомания) зависимости от ПАВ (7,2–13,3%). Из видов наркоманий чаще присутствует опийная (13,3–18%) и каннабиоидная (14–23,7%). Общая доля зависимости от ПАВ мужчин составляет 41,1–49,4% [27, 28, 31]. Частота наркоманий у женщин может достигать 74% [32]. От 16 до 60% заключенных склонны продолжать потребление наркотиков и в тюрьмах [20].

Среди заключенных, зависимых от алкоголя и ПАВ, 32,5% сообщают о суицидальных идеях, 24,1% – об одной или более суицидальной попытке, большинство из которых (64%) были совершены в состоянии опьянения, нередко по импульсивному типу. Суицидальный риск наиболее повышен при компульсивном влечении к алкоголю [28].

Этих осужденных характеризует слабость адаптационных, приспособительных процессов, эмоциональная и аффективная несдержанность и неуравновешенность, слабость волевых и сдерживающих механизмов особенно в момент наступления наркотического голода. Они острее переживают ситуационные кризисы, которые сопровождаются, как правило, проявлением агрессии и аутоагрессии (членовредительство, реакции злобного состояния, изменения поведения с тенденцией к разрушительству, суицидальные действия и т.д.) [33].

Потребление алкоголя и ПАВ, как и в общей популяции, ассоциируется с повышением суицидального риска. Среди осужденных мужчин с суицидальным поведением злоупотребление алкоголем присутствует в 48,8%, наркомании – 25,6%, при сочетанной зависимости – 25,6% [25].

Психические нарушения, не связанные с потреблением ПАВ, выявляются у 70% осужденных мужчин и 36% женщин [32, 33]. Наличие психической патологии, нередко сочетающейся с аддиктивными нарушениями, резко повышает риск суицида – до 51,4% [25]. По-

вышенный суицидальный риск ассоциируется с депрессией и чувством безысходности, тревогой, личностными расстройствами, органическими поражениями ЦНС, СДВГ в анамнезе, меньший – с неврастенией [27, 34].

Расстройства личности у заключенных колоний регистрируются в 5,5 раз чаще, чем в общей популяции [35], и среди лиц с суицидальным поведением режимного контингента достигает максимальных показателей в 27,9–35,7% [25]. Преобладают нарушения диссоциального, параноидного, эпилептоидного и шизоидного типа, повышающие риск аутоагрессии, и чаще характеризующиеся совершением «жестких» суицидов. У 17,8% присутствуют смешанные типы с достаточно выраженным истероидным радикалом (истероидные и эмоционально-неустойчивые – 22-31%; истероидные и параноидные – 19-26,7%; пограничные и истероидные – 30-42,3%), что в случае реализации суицидальных действий чаще проявляется в нанесении демонстративных самопорезов в области предплечья [36].

Среди заключенных с суицидальным поведением более высокий процент лиц с органическими психическими и поведенческими расстройствами (7-50%), легкой умственной отсталостью (11,6-14,3%) [25]. Органический радикал психических нарушений обычно ассоциируется с большей спонтанностью, но предпочтением жестких форм суицидальных действий.

ВИЧ-инфекция среди осужденных как и в общей популяции регистрируется преимущественно у потребителей парентерально вводимых наркотиков. Большинство заключенных (88,6%) имеют 4 стадию заболевания [26], и в 98,08% ассоциируется с вирусными гепатитами (в общей популяции – 61,50%) [37], реже – туберкулезом, заболеваемость которым среди данного контингента в среднем в 9,8 раз выше, чем популяции и неуклонно растёт [38]. ВИЧ занимает ведущее место (42,4%), в общей структуре лет потерянной жизни в результате преждевременной смертности осужденных женщин [10].

ВИЧ-инфицированные осужденные, как правило, имеют достаточно высокий образовательный и интеллектуальный уровни. Вместе с тем в первые дни нахождения в исправительном учреждении в большей степени становятся уязвимыми, поскольку сильнее переживают утрату свободы, и подвержены депрессии [19]. Если в СИЗО суицидальное поведение может быть обусловлено, в том числе, первичным выявлением ВИЧ (психотравмирующий фак-

тор), то при прогрессировании заболевания в период пребывания в колонии, характер суицидальной активности может измениться, с одной стороны, вследствие повышения роли прогрессирующих негативных соматогенных факторов, а с другой – снижением роли психологических защит «... так как терять нечего» [19]. Нередко они пытаются манипулировать сотрудниками, в том числе с помощью суицидального поведения, чтобы получить определенные льготы и привилегии.

Несовершеннолетние заключенные в исправительных колониях составляют 0,27% от общего числа (в 2015 г. – 1,7 тыс.) [1].

Количество регистрируемых суицидов среди этого контингента, в отличие от старших возрастных групп невелико: в 1997-1999 гг. в России было зарегистрировано 14 случаев самоубийств несовершеннолетних осужденных (4-5 за год) – 23-29 случая на 100000 человек. В 2000–2009 годы количество суицидов этой категории осужденных сократилось до 1-2 год. В 2010–2012 годах летальных самоубийств не зарегистрировано. В 2013 году вновь отмечено несколько самоубийств, в том числе, один групповой [9].

Снижение суицидальной смертности среди несовершеннолетних рассматривается как результат влияния нескольких факторов: существенного сокращения численности несовершеннолетних осужденных в воспитательных колониях (в 8-9 раз); развитие психологической службы и совершенствование психопрофилактической работы; усиление надзора за поведением осужденных, склонных к суицидальному поведению. Однако ситуация остается сложной. Тем не менее, на профилактическом учете, как склонные к самоубийству и членовредительству, стоят до 45% от среднесписочной численности несовершеннолетних в воспитательной колонии [9].

Суициды среди несовершеннолетних осужденных в исправительном учреждении регистрируются чаще: в начале и в конце срока заключения; в начале весны, поздней осенью; с 5 до 6 часов [39].

Самоубийства, совершаемые в начальный период пребывания в местах лишения свободы, объясняются следующими причинами:

– встреча с шокирующими отношениями, имеющими место в среде лиц, оказавшихся в конкретных помещениях для проживания, в связи с чем, несовершеннолетний делает для себя страшный вывод о степени крайнего цинизма, «процветающего» здесь со стороны себе

подобных, подавлении слабых сильными, и при этом здоровье и жизнь другого человека – это ничто;

– невозможность принятия личностью изменений, связанных с попаданием в места лишения свободы: условий проживания и пребывания в социуме лиц, которые, реализуя волю лиц, занявших лидерские позиции, издеваются над всеми другими;

– протест привлечения к уголовной ответственности, в то время как им кажется, что более виноватые остаются на свободе;

– развитие конфликта между оценками, обстоятельствами и событиями, которые интерпретирует адвокат, и ситуацией, которая реально складывается по уголовному делу;

– несогласие с тем, что происходит крушение всех их жизненных планов, predeterminedенных совместно с родителями;

– протест против действий конкретных лиц из правоохранительных органов;

– подготовка и реализация ответных действий на якобы совершённый в отношении их акт предательства со стороны друзей, родных и близких;

– выполнение заданий спасения от уголовной ответственности по-настоящему виновных взрослых лиц, либо более авторитетных в сложившейся преступной группе способом «несовершеннолетнему идти паровозом», то есть организатором совершения преступления), но проявившимся внутренним психологическим несогласием с такой постановкой вопроса лидерами преступной группы;

– месть правоохранительным структурам за то, что докопались, захотели раскрыть дело, но «были неправы и довели несовершеннолетнего невиновного до самоубийства» [39].

Какие бы ни были причины и мотивы самоубийства, его психологические предпосылки вызревают несиюминутно у всех, его замысливающих несовершеннолетних лиц, находящихся в местах лишения свободы. Чаще несовершеннолетний совершает акт самоубийства как ответ на беспросветность борьбы за существование [39].

Психические нарушения у многих подростков, являясь одним из ведущих факторов, приведших их к нарушению закона и осуждению, во многих случаях поддерживают высокий суицидальный риск. Распространённость пограничных психических расстройств у заключённых подростков достаточно высока – до 69%. У многих регистрируются зависимость от алкоголя и ПАВ (до 41%), расстройства лично-

сти (до 36%), поведения (до 31%). Реже выявляется шизофрения (2%) и шизотипическое расстройство (2%). Не менее 10% ранее обращались к психиатру [40].

Осуждённые к пожизненному лишению свободы составляют немногочисленную категорию заключённых. Большинство из них склонны проявлять агрессию, особенно, после отбывания наказания 10 лет и более [41], 12% склонны к самоубийству [42]. Вместе с тем попытки суицида среди этих осуждённых встречаются крайне редко. В качестве сдерживающих факторов наибольшее значение имеют: тотальный контроль поведения, принудительность существования, невозможность включения в тюремную иерархию, покорность, сохранившиеся контакты с родственниками, относительная психическая сохранность, обращение к религии [43, 44].

Мерами профилактики суицидов в местах лишения свободы, могут выступать следующие мероприятия [8, 19, 44, 45-49]:

1. Выявление категорий осуждённых и факторов риска суицидального поведения:

– имеющие психические заболевания и наркотическую зависимость;

– ВИЧ-инфицированные, больные туберкулезом, инвалиды I и II групп;

– осуждённые, у которых в период содержания в СИЗО или карантинном отделении произошел разрыв социально полезных связей (например, смерть родственника);

– имеющие низкий уровень образования, трудовых навыков;

– отбывающие длительные сроки наказания за насильственные преступления;

– «отвергнутые» осуждённые и/или совершившие отрицательные поступки, которые могут быть восприняты другими осуждёнными крайне негативно;

– лица, ведущие разговор о необоснованно вынесенном приговоре суда;

– лица, принудительно вовлеченные в однополье сексуальные отношения, и т.д.

2. Мониторинг «внутренних форм» суицидального поведения (в том числе лица, проявляющие повышенный интерес к теме суицида, рассуждающие об отсутствии смысла жизни и др.).

3. Повышение осведомленности о лицах, склонных к деструктивному поведению.

4. Психологическое тестирование заключённых.

5. Улучшение профессиональной подготовки персонала, качество профилактической работы.

6. Создание условий для оптимальной адаптации заключенных, особенно на начальном этапе несения наказания.

7. Увеличение количества и качества контактов заключенных с близкими.

8. Повышение качества медицинского обеспечения заключенных.

9. Более активное привлечение к указанной работе представителей различных религиозных конфессий.

10. Ограничение меры пресечения в виде заключения под стражу на предварительном этапе расследования до вынесения судебного решения в случае незначительных преступлений.

При работе с *несовершеннолетними* суицидентами в качестве дополнительных мер профилактики необходимо [39]:

1. Установить за данным осужденным круглосуточное и постоянное наблюдение.

2. Обеспечить постоянное получение информации о поведении лиц, поставленных на профилактический учёт как склонные к суициду.

3. Представить таких лиц (суицидентов) под благовидным предлогом медицинскому персоналу (врачу психиатру).

4. Определиться совместно со специалистами (врач, психолог, специалист по социальной работе, инспектор отдела безопасности, учитель, оперативный работник), с кем пойдет на контакт подросток, склонный к суициду, для того, чтобы выявить основные причины, приведшие его к таким мыслям.

5. Создать условия и, используя преимущественно метод убеждения, провести цикл необходимых бесед, направленных на

склонение осужденного к отказу от таких намерений.

6. Привлечь при необходимости для проведения профилактической работы родственников осужденного, тех, кто ему дорог, близок.

7. Обеспечить занятость такого осужденного в трудовой, образовательной деятельности, закрепление шефствующего сотрудника.

8. Продумать возможность выполнения суицидентом конкретных поручений, к которым он отнесется ответственно.

9. Обратиться с просьбой к представителям общественных организаций, взаимодействующих с ИУ, о том, чтобы в пределах возможного и разрешённого законодательством ему оказали социальную поддержку чем-либо.

Заключение. Заключённые под стражу и осуждённые относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий. Среди факторов повышенного суицидального риска ведущее значение имеют условия ограничения свободы, «пенитенциарный» стресс, высокая частота психических расстройств, патохарактерологических особенностей личности, а так же соматогенные (инфекционные) факторы. Снижение суицидальной активности и предупреждение самоубийств этого контингента является важной задачей и требует комплексного и многоуровневого подхода на всех этапах пребывания заключенных и осужденных в системе ФСИН, в том числе, более широкого привлечения специалистов в области психического здоровья, улучшения условий содержания, доступности медицинской помощи, подготовки немедицинского (ведомственного) персонала учреждений системы исполнения наказания.

Литература:

1. Российский статистический ежегодник. 2016: Стат.сб. / Росстат. – М., 2016 – 725 с.
2. Blasko B.L., Jeglic E.L., Malkin S. Suicide risk assessment in jails // J. Forens. Psychol. Pract. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 67-76.
3. Кузнецов П.В. Факторы риска суицидального (аутоагрессивного) поведения у лиц, содержащихся под стражей // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 35-36.
4. O'Driscoll C., Samuels A., Zacka M. Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005. Towards a better understanding // Austral. and N. Z. J. Psych. – 2007. – Vol. 41, № 6. – P. 519-524.
5. Hayes L.M. And darkness closes in... a national study of jail suicides // Criminal Justice and Behavior. – 1983. – Vol. 10, № 4. – P. 461-484.
6. Dooley E. Unnatural deaths in prison // British Journal of Criminology. – 1990. – Vol. 30, № 2. – P. 229.
7. Charles D.R., Abram K.M., McClelland G.M., Teplin L.A. Suicidal ideation and behavior among women in jail // Journal of Contemporary Criminal Justice. – 2003. – Vol. 19, № 1. – P. 65-81.
8. Тимерзянов М.И., Газизянова Р.М., Низамов А.Х. Анализ завершённых суицидов среди заключенных в системе УФСИН России по РТ (по г. Казани) // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Том 8, вып. 6. – С. 85-89.

References:

1. Rossijskij statističeskij ezhegodnik. 2016: Stat.sb. / Rosstat. – M., 2016 – 725 s.
2. Blasko B.L., Jeglic E.L., Malkin S. Suicide risk assessment in jails // J. Forens. Psychol. Pract. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 67-76.
3. Kuznetsov P.V. Risk factors for suicidal (autoaggressive) behavior in detainees // Tyumen Medical Journal. – 2012. – № 3. – P. 35-36. (In Russ)
4. O'Driscoll C., Samuels A., Zacka M. Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005. Towards a better understanding // Austral. and N. Z. J. Psych. – 2007. – Vol. 41, № 6. – P. 519-524.
5. Hayes L.M. And darkness closes in... a national study of jail suicides // Criminal Justice and Behavior. – 1983. – Vol. 10, № 4. – P. 461-484.
6. Dooley E. Unnatural deaths in prison // British Journal of Criminology. – 1990. – Vol. 30, № 2. – P. 229.
7. Charles D.R., Abram K.M., McClelland G.M., Teplin L.A. Suicidal ideation and behavior among women in jail // Journal of Contemporary Criminal Justice. – 2003. – Vol. 19, № 1. – P. 65-81.
8. Timerzjanov M.I., Gazizjanova R.M., Nizamov A.H. Analiz zavershjonnyh sui-cidov sredi zaključennyh v sisteme UFSIN Rossii po RT (po g. Kazani) // Vestnik sovremennoj kliničeskoj mediciny. – 2015. – Tom 8, vyp. 6. – S. 85-89. (In Russ)

9. Дебольский М.Г., Матвеева И.А. Суицидальное поведение осужденных, подозреваемых и обвиняемых в местах лишения свободы // Психология и право. – 2013. – № 3. – С. 1-11.
10. Туленков А.М. Потерянные годы жизни (YLL) в результате преждевременной смертности женщин в местах лишения свободы Приволжского федерального округа за 2014 год // Проблемы женского здоровья. 2015. – Том 10, № 4. – С. 44-47.
11. Сысоев А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. – Рязань, 2002. – 44 с.
12. Caponetti T., Caponetti R., Fierro A. Autolesionismo e syndrome ansioso-depressiva in pazienti afferenti alla Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma // Clin. Ter. – 2010. – Vol. 161, № 2. – P. 139-141.
13. Дресвянников В.Л., Простяков А.И. Динамические и феноменологические особенности психогенно обусловленного реагирования // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2 (53). – С. 119-121.
14. Вальцдорф Е.В., Иванова О.В. Психологическая характеристика подследственных, совершивших аутоагрессивные действия // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 40.
15. Blaauw E., Winkel F.W., Kerkhof Ad J.F.M. Bullying and suicidal behavior in jails // Criminal Justice and Behavior. – 2001. – Vol. 28, № 3. – P. 229-279.
16. Кузнецова М.Г., Фоменко Е.Н. Особенности психологического сопровождения подозреваемых и обвиняемых, содержащихся под стражей // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2012. – № 11. – С. 30-34.
17. Ботти Д. Швейцария: две трети заключённых нуждаются в помощи психиатра // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2011. – № 11. – С. 33-35.
18. Насруллаев Ф.С. Раннее выявление психических расстройств у осужденных: Методические рекомендации. – М., 1996. – 20 с.
19. Новиков Е.Е. Основные направления работы с осуждёнными с суицидальным поведением, страдающими алкоголизмом и наркоманией, ВИЧ-инфицированными в карантинных отделениях: теоретический и организационные аспекты // Прикладная юридическая психология. – 2016. – № 3. – С. 108-117.
20. Вартанян Ф.Е., Шаховский К.П. Наркомании и ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы // Психическое здоровье. – 2008. – Том 6, № 1. – С. 67-70.
21. Кузнецов П.В. Суицидальные попытки следственно-арестованных мужчин: способы и средства // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 30-32.
22. Dear G.E., Thomson D.M., Hills A.M. Self-harm in prison. Manipulators can also be suicide attempters // Criminal Justice and Behavior. – 2000. – Vol. 27, № 2. – P. 160-175.
23. Зотов П.Б., Габсалиямов И.Н., Кузнецов П.В. Средства суицидальных действий, совершаемых осужденными (прием иностранных предметов внутрь) // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 2. – С. 27-28.
24. Вальцдорф Е.В. Манипуляции с телом при нефатальном суициде у подэкспертных // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 6. – С. 83-84.
25. Кривулин Е.Н., Бецков А.С., Юркина Н.Ю., Кривулина О.Е., Асланбекова Н.В. Психические и аддитивные расстройства у осужденных лиц молодого возраста с суицидальным поведением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2 (83). – С. 57-61.
26. Загдын З.М., Данилова Т.И., Ковалев Н.Ю. и др. Выявление запущенных форм туберкулеза среди освобожденных и отбывающих наказание заключенных и бездомных лиц, инфицированных ВИЧ, в многоцентровом когортном исследовании // Медицинский альянс. – 2016. – № 3. – С. 42-50.
27. Пронина М.Ю., Масагутов Р.М., Искандаров Р.Р., Мухитова И.Э., Буйлова Л.В. Распространенность алкогольной и наркотической зависимости у осужденных мужчин с историей синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в детском возрасте // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 23-27.
28. Масагутов Р.М., Кадырова Э.З., Салихова И.А., Богатырёва Т.Р., Вагизов К.Р. Особенности агрессии наркозависимых заключённых мужчин // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 66-68.
29. Литвишков В.М., Калаганова С.А. Особенности проявления симптомов суицидального риска у осужденных за разные виды преступных действий // Вестник Нижегородского института управления РАНХиГС. – 2015. – № 4. – С. 29-34.
9. Debol'skij M.G., Matveeva I.A. Suicidal'noe povedenie osuzhdennyh, podo-zrevaemyh i obvinjaemyh v mestah lisheniya svobody // Psihologija i pravo. – 2013. – № 3. – S. 1-11. (In Russ)
10. Tulenkov A.M. Poterjannye gody zhizni (YLL) v rezul'tate prezhd'veremennoj smertnosti zhenshhin v mestah lisheniya svobody Privolzhskogo federal'nogo okruga za 2014 god // Problemy zhenskogo zdorov'ja. 2015. – Tom 10, № 4. – S. 44-47. (In Russ)
11. Sysoev A.M. Psihologija autoagressivnogo povedenija osuzhdennyh i ego preduprezhdenie: Avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. – Rjazan', 2002. – 44 s. (In Russ)
12. Caponetti T., Caponetti R., Fierro A. Autolesionismo e syndrome ansioso-depressiva in pazienti afferenti alla Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma // Clin. Ter. – 2010. – Vol. 161, № 2. – P. 139-141.
13. Dresvyannikov V.L., Prostyakov A.I. Dynamic and phenomenological features of psychogenic response // Siberian herald of psychiatry and addiction psychiatry. – 2009. – № 2 (53). – P. 119-121. (In Russ)
14. Valdzorf E.V., Ivanova O.V. Psychological characteristics of those who are under investigation, who have committed autoaggressive actions // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 6. – P. 40. (In Russ)
15. Blaauw E., Winkel F.W., Kerkhof Ad J.F.M. Bullying and suicidal behavior in jails // Criminal Justice and Behavior. – 2001. – Vol. 28, № 3. – P. 229-279.
16. Kuznecova M.G., Fomenko E.N. Osobennosti psihologicheskogo soprovozhdenija podozrevaemyh i obvinjaemyh, soderzhashhijhsja pod strazhej // Vedomosti ugovolno-ispolnitel'noj sistemy. – 2012. – № 11. – S. 30-34. (In Russ)
17. Botti D. Shvejcarija: dve treti zakljuchjonnyh nuzhdajutsja v pomoshhi psihiatra // Vedomosti ugovolno-ispolnitel'noj sistemy. – 2011. – № 11. – S. 33-35. (In Russ)
18. Nasrullaev F.S. Rannee vyjavlenie psihicheskikh rasstrojstv u osuzhdennyh: Metodicheskie rekomendacii. M., 1996. 20 s. (In Russ)
19. Novikov E.E. Osnovnye napravlenija raboty s osuzhdjonnymi s suicidal'nym povedeniem, stradajushhimi alkogolizmom i narkomaniej, VICH-inficirovannyimi v karantinnyh otdelenijah: teoreticheskij i organizacionnye aspekty // Prikladnaja juridicheskaja psihologija. – 2016. – № 3. – S. 108-117. (In Russ)
20. Vartanjan F.E., Shahovskij K.P. Narkomanii i VICH-infekcii v uchrezhdenijah penitenciarnoj sistemy // Psihicheskoe zdorov'e. – 2008. – Tom 6, № 1. – S. 67-70. (In Russ)
21. Kuznetsov P.V. Suicide attempts of investigative-arrested men: ways and means // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 30-32. (In Russ)
22. Dear G.E., Thomson D.M., Hills A.M. Self-harm in prison. Manipulators can also be suicide attempters // Criminal Justice and Behavior. – 2000. – Vol. 27, № 2. – P. 160-175.
23. Zotov P.B., Gabsalyamov I.N., Kuznetsov P.V. Means of suicidal actions committed by convicts (taking foreign objects inside) // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 2. – S. 27-28. (In Russ)
24. Valdzorf E.V. Manipulation with the body for non-fatal suicide in subexjective // Academic Journal of West Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 6. – P. 83-84. (In Russ)
25. Krivulin E.N., Betskov A.S., Yurkina N.Y., Krivulina O.E., Aslanbekova N.V. Mental and substance use disorders of prisoners with suicidal behavior // Siberian herald of psychiatry and addiction psychiatry. – 2014. – № 2 (83). – P. 57-61. (In Russ)
26. Zagdyn Z.M., Danilova T.I., Kovalev N.Ju. i dr. Vyjavlenie zapushhennyh form tuberkuleza sredi osvobozhdennyh i otbывajushhijh nakazanie zakljuchennyh i bezdomnyh lic, inficirovannyh VICH, v mnogocentrovom kogortnom issledovanii // Medicinskij al'jans. – 2016. – № 3. – S. 42-50. (In Russ)
27. Pronina M.Ju., Masagutov R.M., Iskandarov R.R., Muhitova I.E., Bujlova L.V. Rasprostranjonnost' alkogol'noj i narkoticheskoj zavisimosti u osuzhdennyh muzhchin s istoriej sindroma deficita vnimanija i giperaktivnosti (SDVG) v detskom vozraste // Narkologija. – 2012. – Tom 11, № 1. – S. 23-27. (In Russ)
28. Masagutov R.M., Kadyrova Je.Z., Salihova I.A., Bogatyrjova T.R., Vagizov K.R. Osobennosti agressii narkozavisimyh zakljuchjonnyh muzhchin // Narkologija. – 2006. – № 1. – S. 66-68. (In Russ)
29. Litviskov V.M., Kalaganova S.A. Osobennosti pojavlenija simptomov suicidal'nogo riska u osuzhdennyh za raznye vidy prestupnyh dejstvij // Vestnik Nizhegorodskogo instituta upravlenija RANHiGS. – 2015. – № 4. – S. 29-34. (In Russ)

30. Spaderova N.N., Zotov P.B. Suicidal behavior in a sub-expert, accused of committing depraved acts against minors // Medical science and education of Urals. – 2013. – № 2. – P. 109-111. (In Russ)
31. Korobitsina T.V., Nakhodkin E.G. Распространенность зависимости от психоактивных веществ среди мужчин, впервые осужденных к лишению свободы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 3 (92). – С. 60-64.
32. Green B.L., Miranda J., Daroowalla A., Siddique J. Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail // Crime & Delinquency. - 2005. – Vol. 51, № 1. – P. 133-151.
33. Кротова Н.Д., Дебольский М.Г. Профилактика факторов риска пенитенциарной преступности // Журнал «Психология и право». – 2013. – № 3. – С. 1-13.
34. Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ неврастении у осуждённых // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. – 2014. – № 4. – С. 31-37.
35. Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ расстройств личности у осуждённых // Всероссийский криминологический журнал. – 2014. – № 2. – С. 33-40.
36. Диденко А.В. Клинико-динамическая характеристика и социальная адаптация к местам лишения свободы осуждённых со смешанным расстройством личности // Вестник Кузбасского института. – 2012. – № 4 (12). – С. 91-101.
37. Старостина И.С., Троценко О.Е., Иванов А.Н. и др. Этиологическая структура парентеральных вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных заключённых на разных этапах пребывания в пенитенциарных учреждениях // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2010. – № 17. – С. 49-57.
38. Корецкая Н.М., Элярт В.Ф., Левина Е.Б., Стыка О.Ю. Впервые выявленный туберкулез в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения Красноярского края // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – № 5. – С. 89-92.
39. Ананьев О.Г., Александров Б.В. О некоторых социально-психологических проблемах суицидального поведения несовершеннолетних на свободе, в местах лишения свободы и способах их разрешения // Прикладная юридическая психология. – 2017. – № 1. – С. 93-100.
40. Gosden N.P., Kramp P., Gabrielsen G., Sestoft D. Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2003. – Vol. 107, № 2. – P. 102-110.
41. Узлов Н.Д., Сайдали Е.А. От подавленной к аккумулятивной агрессии: как осужденные к пожизненному лишению свободы оценивают свою агрессивность // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 47-49.
42. Вавилова Л.В., Кирюхина Е.Л. Особенности личности осужденных, отбывающих наказание в виде пожизненного лишения свободы // Российский следователь. – М.: Юрист, 2005. – № 6. – С. 44-47.
43. Узлов Н.Д. Приговорённые к жизни: самооценка агрессивности и чувства вины осуждёнными к пожизненным срокам лишения свободы // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 42-53.
44. Вальдздорф Е.В., Матвеева М.Г. Наличие семьи как сдерживающий фактор для возникновения правонарушений у суицидентов // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 14.
45. Петушкова А.М. Аспекты психодиагностического прогнозирования аутоагрессивного поведения осужденных, подозреваемых, обвиняемых // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 32-33.
46. Вальдздорф Е.В., Рожкова Н.Ю. Значимость использования экспериментально-психологических методов исследования для выявления личностных особенностей и приверженности подэкспертных к совершению аутоагрессивных актов // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 5-8.
47. Шабанов В.Б., Кашинский М.Ю. Организационно-правовые проблемы противодействия суицидальным и несуицидальным аутоагрессивным проявлениям осужденных в местах лишения свободы // Вестник Воронежского института МВД России. – 2012 – № 3. – С. 17-24.
48. Кротова Н.Д., Дебольский М.Г. Профилактика факторов риска пенитенциарной преступности // Психология и право. – 2013. – № 3. – С. 1-13.
30. Spaderova N.N., Zotov P.B. Suicidal behavior in a sub-expert, accused of committing depraved acts against minors // Medical science and education of Urals. – 2013. – № 2. – P. 109-111. (In Russ)
31. Korobitsina T. V., Nakhodkin E.G. Prevalence of dependence on the psychoactive substances among the men, for the first time condemned to the deprivation of freedom // Siberian herald of psychiatry and addiction psychiatry. – 2016. – № 3 (92). – P. 60-64. (In Russ)
32. Green B.L., Miranda J., Daroowalla A., Siddique J. Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail // Crime & Delinquency. - 2005. – Vol. 51, № 1. – P. 133-151.
33. Krotova N.D., Debol'skij M.G. Profilaktika faktorov riska penitenciar-noj prestupnosti // Zhurnal «Psihologija i pravo». – 2013. – № 3. – S. 1-13. (In Russ)
34. Spasennikov B.A. Kliniko-kriminologicheskij analiz nevrastenii u osuzhdjonnyh // Kriminologicheskij zhurnal Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta jekonomiki i prava. – 2014. – № 4. – S. 31-37. (In Russ)
35. Spasennikov B.A. Kliniko-kriminologicheskij analiz rasstrojstv lichnosti u osuzhdennyh // Vserossijskij kriminologicheskij zhurnal. – 2014. – № 2. – S. 33-40. (In Russ)
36. Didenko A.V. Kliniko-dinamicheskaja harakteristika i social'naja adaptacija k mestam lishenija svobody osuzhdjonnyh so smeshannym rasstrojstvom lichnosti // Vestnik Kuzbasskogo instituta. – 2012. – № 4 (12). – S. 91-101. (In Russ)
37. Starostina I.S., Trocenko O.E., Ivanov A.N. i dr. Jetiologicheskaja struktura parenteral'nyh virusnyh gepatitov u VICH-inficirovannyh zakljuchjonnyh na raznyh jetapah prebyvanija v penitenciarnyh uchrezhdenijah // Dal'nevostochnyj zhurnal infekcionnoj patologii. – 2010. – № 17. – S. 49-57. (In Russ)
38. Koreckaja N.M., Jeljart V.F., Levina E.B., Styka O.Ju. Vpervye vyjavlennyj tuberkulez v penitenciarnoj i grazhdanskoj sistemah zdzravoohraneniya Krasnojarskogo kraja // Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). – 2014. – № 5. – S. 89-92. (In Russ)
39. Anan'ev O.G., Aleksandrov B.V. O nekotoryh social'no-psihologicheskix problemah suicidal'nogo povedeniya nesovershennoletnih na svobode, v mestah lishenija svobody i sposobah ih razresheniya // Prikladnaja juridicheskaja psihologija. – 2017. – № 1. – S. 93-100. (In Russ)
40. Gosden N.P., Kramp P., Gabrielsen G., Sestoft D. Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2003. – Vol. 107, № 2. – P. 102-110.
41. Uzlov N.D., Saydali E.A. From the suppressed to the accumulated aggression: as those sentenced to life imprisonment assess their aggressiveness // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 47-49. (In Russ)
42. Vavilova L.V., Kirjuhina E.L. Osobennosti lichnosti osuzhdennyh, otbyva-jushhhil nakazanie v vide pozhiznennogo lishenija svobody // Rossijskij sledovatel'. – M.: Jurist, 2005. – № 6. – S. 44-47. (In Russ)
43. Uzlov N.D. Sentenced to life: self-assessment of aggression and sense of guilt of condemned to lifelong terms of imprisonment // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1 (18). – P. 42-53. (In Russ)
44. Valdzorf E.V., Matveeva M.G. The presence of family as a deterrent to the occurrence of offenses in suicides // Academic Journal of West Siberia. – 2011. – № 2. – P. 14. (In Russ)
45. Petushkova A.M. Aspects of psychodiagnostic prediction of the auto-aggressive behavior of convicts, suspects, defendants // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 32-33. (In Russ)
46. Valdzorf EV, Rozhkova N.Yu. Importance of the use of experimental psychological methods of research for revealing personal characteristics and adherence of experts to the commission of autoaggressive acts // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 5-8. (In Russ)
47. Shabanov V.B., Kashinskij M.Ju. Organizacionno-pravovye problemy protivodejstvija suicidal'nym i nesuicidal'nym autoagressivnym projavlenijam osuzhdennyh v mestah lishenija svobody // Vestnik Voronezhskogo instituta MVD Rossii. – 2012 – № 3. – S. 17-24. (In Russ)
48. Krotova N.D., Debol'skij M.G. Profilaktika faktorov riska penitenciar-noj prestupnosti // Psihologija i pravo. – 2013. – № 3. – S. 1-13. (In Russ)

49. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. – 2008. – Vol. 47, № 4. – P. 433-449.

49. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. – 2008. – Vol. 47, № 4. – P. 433-449.

SUICIDE BEHAVIOR OF DETAINED IN CUSTODY AND CONVICTED PRISONERS

P.B. Zotov

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

Abstract:

The article reviews literature on suicidal behavior of individuals detained in custody and convicted. It is stated that death by suicide among this category exceeds average rates for general population 2-3 times. The exact number of suicide attempts is not known because on one hand it is hard to verify some forms of suicide, and on the other self harming behavior is rather prevalent under isolation even though it does not contain suicide intention – 19 to 37%. For differentiation diagnostics it is important to be able to observe suicide ideation (reported by 40% male and 53,7% female prisoners), suicide motivation and suicide history. General groups and factors of suicide risk include: young males, aggressiveness, first conviction, psychosocial desadaptation before custody, heavy social deprivation, substance abuse and addiction, forcing homosexual relationships, mockery (up to 34% of suicide attempters). The highest suicide risk is registered among prisoners of remand centers: up to 32-38% suicide cases of all cases registered in Federal Penitentiary Service with 17% share of suicide cases registered among people under confinement. Up to 38% of completed suicides happen during first month in detention unit, around 25% right after sentencing or its coming into force, significant share (30 to 55%) of suicide take place when prisoner is held in a single chamber. Most prevalent means of suicide is hanging (83%), most prevalent means of self harm is – self cutting (60%). Most registered suicides (up to 60%) take place in adult prisons. Important prosuicide factors include alcohol consumption and substance addiction, psychiatric and personality disorders, HIV, tuberculosis and so on. Suicide cases in prisons for underage criminals are rare especially for convicted to life imprisonment, which is mostly due to the system of control. Prevention measures require complex and multilevel approach at all stages of temporary and long-term detention, wider involvement of mental health specialists, improvement of detention conditions, accessibility of medical care, training of non-medical (departmental) staff of penitentiary system bodies.

Key words: suicide, suicide behavior, imprisonment, detention, convicted, remand center, prison

УДК: 616.89-008

ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

И.С. Карауш, И.Е. Куприянова, Ю.В. Дроздовский, Г.М. Усов

НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, Россия
ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, Россия

Контактная информация:

Карауш Ирина Сергеевна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. Адрес: 634004, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (913) 820-32-21. Электронный адрес: anir7@yandex.ru

Куприянова Ирина Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. Адрес: 634004, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (913) 826-47-01. Электронный адрес: irinakupr@gambler.ru

Дроздовский Юрий Викентьевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 464043, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (3812) 233-289. Электронный адрес: jwdrozd@mail.ru

Усов Григорий Михайлович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 464043, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (3812) 233-289. Электронный адрес: usovgm@list.ru

Данные литературы о распространенности, характере депрессий и уровня суицидов у детей и подростков с сенсорными нарушениями немногочисленны и несистемны, касаются небольших по численности групп, и основаны на разных методологических подходах. Однако, учитывая, что даже доклинические проявления депрессии могут сопровождать ребёнка или подростка длительное время, оказывая разрушительное влияние на общение со сверстниками, обучение и другие жизненные сферы, необходимо выявлять ранние симптомы депрессии и суицидального поведения. Цель исследования: изучение уровня риска депрессии и суицидального риска у учащихся коррекционных школ с нарушениями слуха и зрения. Материалы. Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специализированных (коррекционных) школ-интернатов: 186 слабослышащих и глухих и 182 слабовидящих. Методы: клинический, психологический (шкала депрессии для детей М. Ковак, адаптированный опросник выявления суицидального риска), статистический. Результаты. Депрессивные расстройства выявлены у 3,5% детей в рамках расстройств адаптации и депрессивного эпизода легкой или средней степени. 20,8% имеют повышенный и 3,1% высокий уровень риска развития депрессии, без значимой разницы между группами. Значимые различия средних баллов учащихся с нарушениями слуха и зрения по критерию U Манна-Уитни выявлены по шкале D «Ангедония» ($p=0,011$). Уровень суицидального риска определялся у подростков 13-18 лет с помощью специально адаптированного опросника (64 слабовидящих и 65 подростков с нарушениями слуха). Слабовидящие подростки значимо чаще сообщали о наличии суицидальных мыслей ($p=0,0002$), снижения настроения ($p=0,00001$), чувства одиночества. Важную роль в возникновении конфликтных ситуаций детей с признаками суицидального поведения играют нарушенные семейные взаимоотношения. Средний уровень суицидального риска определен у 19,4%, высокий – у 6,9% подростков. Выводы. Выделенная группа нуждается в динамическом наблюдении, повторном клинико-психологическом обследовании и проведении превентивных мероприятий.

Ключевые слова: слабослышащие и глухие дети; слабовидящие дети, депрессия, суицидальный риск

Категория «дети с ограниченными возможностями здоровья» объединяет разные когорты детей с нарушениями онтогенеза, имеющих свои клинические, социальные, психологические, социокультурные характеристики, изучение которых позволяет оптимизировать процессы реабилитации и интеграцию в общество [1-3]. Для детей и подростков с дефицитарным типом дизонтогенеза, примером которого являются дефекты слуха и зрения, характерны проблемы функционирования на разных уровнях – здоровья, коммуникации и социализации [4, 5], повышение риска развития психопатологии [6], нарушения познавательной деятельности, интеллекта и социального развития [7-9], обусловленные трудностями взаимодействия с окружающей средой [10].

Данные о распространенности психических расстройств у этой категории пациентов немногочисленны и, нередко, противоречивы. Широкий диапазон показателей распространенности психической патологии у слабослышащих и глухих детей – от 15% до 60% [11] – можно объяснить трудностями взаимодействия с ними (специфика восприятия речи, дефицит коммуникативных навыков), отсутствием специалистов в области психического здоровья, владеющих специфическими языковыми средствами (жестовая, тактильная речь), а также отсутствием стандартизированных для этих групп психологических методов. Несмотря на то, что глухие имеют более высокий уровень распространённости психических расстройств в сравнении со слышащими, они сталкиваются с трудностями в доступе к службам охраны

психического здоровья и социального обслуживания [12].

Данные литературы о распространенности, характере депрессий, самоповреждающих действиях и уровне суицидов у детей и подростков с сенсорными нарушениями немногочисленны и несистемны, касаются небольших по численности групп, основаны на разных методологических подходах. Так, по данным J. Fellingner с соавт. (2009), при исследовании учащихся с нарушениями слуха и нормальными показателями невербального интеллекта психические расстройства выявлены у 32,6%, среди которых депрессивные расстройства – у 7,4%, что выше, чем в целом по популяции [13]. О высокой распространённости депрессии среди детей с нарушениями слуха и отсутствии связи между депрессией и степенью нарушения слуха свидетельствуют и данные других исследований [14, 15]. При этом дети, у которых использование устной речи является предпочтительным способом общения, сообщают о значимо меньшем количестве симптомов депрессии, чем дети, использующие язык жестов или сочетание жестовой и устной речи (исследование 83 детей 9-15 лет с потерей слуха не менее 40 дБ на лучше слышащее ухо) [16]. Также меньшее количество симптомов депрессии выявляется у детей, обучающихся в общеобразовательных школах, в сравнении со специальными. S.G. Koenes, J.F. Karshmer [15] отмечают значимо более высокую частоту выявления депрессий среди слепых подростков в сравнении со зрячими, без связи с демографическими характеристиками (сравнение 22 слепых от

рождения подростков 12-18 лет с 29 зрячими того же возраста). По данным N. Volat с соавт. [17], обследовавших 40 учащихся специализированной школы с врожденным полным нарушением зрения (средний возраст $12,82 \pm 1,17$) и 40 нормально видящих подростков того же возраста, уровни депрессии и самооценки слепых подростков сопоставимы со зрячими при значительно более высоком уровне тревожности.

Получены данные о более высоком уровне предполагаемого риска суицидов среди глухих, чем среди контрольных групп [18]. По сравнению с нормально слышащими сверстниками, глухие дети и подростки 4-17 лет имеют более высокий уровень расстройств дефицита внимания и гиперактивности, поведения, аутистического спектра и биполярных расстройств; в 14% случаев – умеренно-серьезный риск суицидального поведения [19].

Недостаток исследований подтверждает перспективы в области определения стратегий предотвращения суицидов у людей с ограниченными интеллектуальными возможностями [20], в том числе, высказывающими суицидальные намерения. Мероприятия, проводимые в настоящее время, включают в себя обучение медицинского персонала, повышение доступности специалистов служб охраны психического здоровья для глухих людей [12]. В специальных образовательных учреждениях к стандартным мероприятиям, проводимым в отношении учащихся, высказывающих суицидальные намерения, относятся: сообщение родителям, наблюдение учащихся, ведение полной письменной документации, информирование руководителя, консультации психолога [21]. Только малая часть педагогов имеют конкретные представления о возможностях решения проблемы суицидального поведения у учащихся [12, 22]. Принятие превентивных антисуицидальных мер «на глазок», на основании внешних впечатлений – запрет подросткам пользование Интернетом, запугивание учителей, которые и без того зажаты грудой бюрократических обязанностей и т.д. – является неэффективным [23].

Таким образом, анализ литературы по проблемам суицидального поведения детей и подростков с сенсорными нарушениями позволяет выявить следующие важные аспекты: разрозненные данные по распространенности, клинической динамике депрессии и суицидального поведения, отсутствие универсальных скрининговых инструментов диагностики, проблемах применения традиционного вербального

психопатологического обследования и психодиагностических методов.

Цель исследования: изучение уровня риска депрессии и суицидального риска у учащихся коррекционных школ с нарушениями слуха и зрения.

Материал исследования.

Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7-18 лет специализированных (коррекционных) школ-интернатов: 186 слабослышащих и глухих (100% имеют статус инвалида) и 182 слабовидящих (45% имеют статус инвалида); 227 мальчиков (61,7%) и 141 девочка (38,3%). Мальчики значимо ($p=0,00001$) преобладали в обеих изучаемых группах. Группой сравнения при изучении уровня суицидального риска случае была группа учащихся, обучающихся в общеобразовательной школе, сопоставимая по полу и возрасту, в количестве 60 человек.

В изучаемой выборке среди детей с нарушением зрения было примерно равное количество 7-12-летних и 13-18-летних, а среди детей с нарушениями слуха значимо преобладали учащиеся старшего возраста ($\chi^2=7,27$, d.f.=1, $p=0,007$) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей и подростков с сенсорными нарушениями по возрасту

| Возраст | Дети с нарушениями: | | | | Итого (n=368) | |
|-----------|---------------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| | зрения (n=182) | | слуха (n=186) | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 7-12 лет | 92 | 50,5 | 80 | 43,0 | 172 | 46,7 |
| 13-18 лет | 90 | 49,5 | 106* | 57,0 | 196 | 53,3 |
| Всего: | 182 | 100,0 | 186 | 100,0 | 368 | 100,0 |

Примечание: * – значимость, $\chi^2=7,27$, d.f.=1, $p=0,007$

Критерии включения в исследование: наличие выраженных нарушений слуха и зрения (сенсоневральная тугоухость III-IV степени, сенсоневральная глухота, врожденная или приобретенная в раннем возрасте патология органа зрения – атрофия диска зрительного нерва, артефакция, миопия высокой степени, косоглазие, амблиопия, астигматизм, нистагм и т.п.), обуславливающие обучение в специализированных (коррекционных) школах I, II, III и IV вида; получение информированного согласия на обследование от родителей (законных представителей) и от самого ребенка при достижении им 14 лет; возраст 7–18 лет; отсутствие обострения соматической патологии.

Критерии исключения: отказ родителей (опекунов) и/или самого ребенка от участия в

исследовании; возраст младше 7 и старше 18 лет; наличие психотических расстройств (таких учащихся не было); наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период проведения исследования.

Коррекционные образовательные учреждения, в которых проводилось исследование, являются областными, и принимают на обучение и воспитание детей из города и области. Среди детей с сенсорными нарушениями большая часть (почти 70%) – это жители областного центра, 30% – жители сельской местности, которые, в зависимости, от удаленности места проживания, находятся в условиях школы-интерната в течение рабочей недели (понедельник-пятница) или учебной четверти. Значимо чаще ($p=0,03$) в селах проживали дети с нарушениями слуха.

Методы исследования: клинико - психопатологический, психологический (использовались шкала депрессии для детей Марии Ковак CDI (Children`s Depression Inventory M. Kovacs [24, 25]), опросник выявления суицидального риска для подростков с сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития [26] и статистический. Обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA, v.8.0. Распределения признаков в отдельных группах сравнения с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса было

признано отличным от нормального, в связи с чем, для анализа количественных признаков применялись непараметрические методы, в качестве центральных тенденций – медиана и интерквартильный размах (Q25%; Q75% квантили). Для анализа показателей распространенности использовался критерий χ^2 Пирсона с определением уровня значимости p и числа степеней свободы $d.f.$ Для сопоставления двух групп по количественным признакам использовался непараметрический U критерий Манна-Уитни

Результаты исследования.

Спектр психических расстройств и нарушений у детей с сенсорными нарушениями представлен в таблице 1.

У большинства обследуемых слабослышащих и глухих детей и подростков выявлены психические расстройства. Преимущественно это смешанные специфические расстройства развития, умственная отсталость и органические расстройства. У детей и подростков с нарушением зрения чаще отмечались донозологические состояния [27], смешанные специфические расстройства развития, органические расстройства. У 27,7% детей с сенсорными нарушениями выявлялась сочетанная психическая патология – два психиатрических диагноза, значимо чаще ($p=0,002$, $\chi^2=14,12$) – у детей с нарушениями слуха.

Таблица 2

Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями (основной диагноз*)

| Нозология | Дети с нарушениями зрения (n=182) | | Дети с нарушениями слуха (n=186) | | Всего (n=368) | | P | Значение χ^2 при d.f.=1 |
|--|-----------------------------------|------|----------------------------------|------|---------------|------|------------|------------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Норма психического развития | 27 | 14,8 | 6 | 3,2 | 33 | 9,0 | $p=0,0001$ | $\chi^2=15,2$ |
| Донозологические (психозадаптационные состояния) | 41 | 22,5 | 3 | 1,6 | 44 | 12,0 | $p=0,0000$ | $\chi^2=38,2$ |
| Аффективные расстройства (F3) | 3 | 1,6 | – | – | 3 | 0,8 | – | – |
| Невротические, связанные со стрессом расстройства (F4) | 9 | 4,9 | – | – | 9 | 2,4 | – | – |
| Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06) | 35 | 19,2 | 14 | 7,5 | 49 | 13,3 | $p=0,001$ | $\chi^2=10,9$ |
| Умственная отсталость (F70-79) | 6 | 3,3 | 40 | 21,5 | 46 | 12,5 | $p=0,0000$ | $\chi^2=27,9$ |
| Специфические расстройства психического развития (F 81, F 83) | 37 | 20,3 | 119 | 63,9 | 156 | 42,4 | $p=0,0000$ | $\chi^2=71,8$ |
| Гиперкинетические расстройства (F90) | 24 | 13,2 | 4 | 2,1 | 28 | 7,6 | $p=0,0001$ | $\chi^2=15,9$ |
| Расстройства развития речи (F80) | 37 | 20,3 | 176 | 94,6 | 213 | 57,9 | $p=0,0000$ | $\chi^2=208,3$ |

Примечание: * – у части детей диагностировано более одного психического расстройства, в числе «вторых» чаще отмечались невротические, аффективные.

Депрессивные реакции у подростков с сенсорными нарушениями определялись в рамках нарушений адаптации (F43.2) как кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, аффективных расстройств (F33) как депрессивный эпизод легкой (1,7% слабоблудящих) и средней степени (0,5% слабоблудящих), дистимического варианта донозологических нарушений, чаще как второй диагноз, например, на фоне расстройства психологического развития. Причинами, приводящими к развитию депрессивных реакций у подростков с сенсорными нарушениями, обычно являлась внешние психотравмирующие ситуации, изменение социальной ситуации.

Для 17% детей было характерно длительное субдепрессивное состояние – аффективная лабильность, преходящее снижение настроения, снижение работоспособности и мотивации основной деятельности, пессимистическая оценка происходящего.

У детей и подростков изучаемой группы можно выделить следующие особенности развития и воспитания, препятствующие адекватному телесному восприятию себя: нарушения восприятия (зрительного, слухового, пространственно-образного) как проявления сенсорного дефекта, недостаток тактильных проявлений любви значимыми близкими (патологические типы воспитания в 69,6% случаев, материнская депривация, дети-сироты, воспитание в условиях школы-интерната), отсутствие адекватных моделей поведения, демонстрирующих образцы самопринятия, заботы о себе, поддержания определённого уровня безопасности.

Для изучения уровня депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии для детей М. Ковак [25]. Важное условие её применения – необходимо убедиться, что ребенок понимает значение вопроса полностью. Шкала была заполнена 95,1% детей с нарушениями зрения (n=173) и 74,7% детей с нарушениями слуха (n=139).

Таблица 3
Результаты анализа шкалы депрессии М. Ковак

| Уровень | Дети с нарушениями: | | | | Всего (n=312) | |
|------------|---------------------|------|---------------|------|---------------|------|
| | зрения (n=173) | | слуха (n=139) | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Низкий | 4 | 2,3 | – | – | 4 | 1,3 |
| Средний | 124 | 71,7 | 109 | 78,4 | 233 | 74,8 |
| Повышенный | 38 | 22,0 | 27 | 19,4 | 65 | 20,8 |
| Высокий | 7 | 4,0 | 3 | 2,2 | 10 | 3,1 |

При исследовании уровня риска депрессии у учащихся с нарушениями слуха и зрения значимых различий между группами не выявлено (табл. 3). Доля учащихся с низким и средним уровнем риска депрессии суммарно составила 76,1% от числа ответивших на вопросы шкалы. Группа детей с повышенным (20,8%) и высоким (3,1%) уровнем риска депрессии нуждается в динамическом наблюдении, повторном клиническом и психологическом обследовании и превентивных коррекционных мероприятиях.

Средние значения Т-показателей шкалы депрессии детей исследуемой группы (с учётом возраста и пола) представлены в табл. 4. Согласно авторской интерпретации, уровень 56-60 баллов (чуть выше среднего) и выше оценивается как проявление эмоционального неблагополучия – «50 баллов – это критическое значение, после которого глубина симптоматики нарастает» [25].

Таблица 4

Средние значения, стандартное отклонение медиана и значения квартилей показателей шкалы депрессии М. Ковак у детей с сенсорными нарушениями

| Показатель | Дети с нарушениями: | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | зрения (n=173), Me ¹ | слуха (n=139), Me ¹ |
| Общий показатель шкалы | 54 [49; 61] | 53 [49; 58] |
| Шкала А Негативное настроение | 50 [44; 59] | 50 [48; 59] |
| Шкала В Межличностные проблемы | 57 [50; 67] | 56 [50; 64] |
| Шкала С Неэффективность | 52 [44; 58] | 49 [48; 54] |
| Шкала D Ангедония | 55* [50; 58] | 51 [48; 56] |
| Шкала E Негативная самооценка | 51 [46; 60] | 51 [46; 60] |

Примечание: ¹ – [Q25%; Q75%]; * – значимые различия средних баллов по критерию U Манна-Уитни (p=0,011).

Самыми высокими (соответствующими уровню чуть выше среднего) оказались показатели шкалы «Межличностные проблемы». Сфера межличностного взаимодействия является проблемной для детей как в связи с возрастными аспектами, семейной ситуацией, так и с учётом трудностей коммуникации, связанными с наличием дефекта. Этот аспект должен учитываться в психотерапевтических и психокоррекционных мероприятиях.

Значимые различия средних баллов учащихся с нарушениями слуха и зрения по критерию U Манна-Уитни выявлены по шкале D «Ангедония» (p=0,011).

Таблица 5

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) различия показателей шкалы депрессии М. Ковак в зависимости от пола (критерий U Манна-Уитни)

| Показатель | Мальчики | Девочки | Значимость различий по U критерию теста Манна-Уитни | | |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|----------|----------|
| | | | Rank Sum | Rank Sum | U |
| Общий показатель шкалы депрессии | 6576,500 | 8474,500 | 2803,500 | 2,329361 | 0,019841 |
| Шкала «Негативное настроение» | 6762,500 | 8288,500 | 2617,500 | 2,908975 | 0,003626 |
| Шкала «Ангедония» | 21289,50 | 27538,50 | 9772,50 | 2,415429 | 0,015717 |
| Шкала «Негативная самооценка» | 21961,50 | 26866,50 | 9100,50 | 3,277212 | 0,001048 |
| | Слабовидящие мальчики | Слабовидящие девочки | | | |
| Общий показатель шкалы депрессии | 6576,500 | 8474,500 | 2803,500 | 2,329361 | 0,019841 |
| Шкала «Негативное настроение» | 6762,500 | 8288,500 | 2617,500 | 2,908975 | 0,003626 |
| Шкала «Негативная самооценка» | 6498,000 | 8553,000 | 2882,000 | 2,084739 | 0,037094 |
| | Мальчики с нарушениями слуха | Девочки с нарушениями слуха | | | |
| Общий показатель шкалы депрессии | 4597,000 | 5133,000 | 1730,000 | 2,599387 | 0,009339 |
| Шкала «Межличностные проблемы» | 4760,000 | 4970,000 | 1567,000 | 3,297410 | 0,000976 |
| Шкала «Ангедония» | 4568,500 | 5161,500 | 1758,500 | 2,477340 | 0,013237 |
| Шкала «Негативная самооценка» | 4574,500 | 5155,500 | 1752,500 | 2,503034 | 0,012314 |

Выявленные статистически значимые различия показателей шкалы М. Ковак по полу представлены в таблице 5. Как в целом по группе, так и в группе детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, у девочек выявлены значимо более высокие баллы.

Необходимо отметить, что иногда при количественных показателях шкал депрессии, характерных для низкого или среднего уровней, следует качественно анализировать ответы детей. Примером «настораживающих» ответов по шкале депрессии М. Ковак было согласие со следующими утверждениями – «я часто бываю грустный», «я часто испытываю беспокойство», «я часто (всегда) чувствую себя одиноким», «я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит», «я чувствую себя одиноким с людьми». Если суммарный показатель набранных баллов даёт количественную оценку спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, то при значениях «средний» или «(чуть) ниже среднего» качественный анализ может дать ценную информацию о переживаниях ребёнка, как правило, не вербали-

зируемых. Согласие с подобными утверждениями может явиться поводом для дополнительных (уточняющих или наводящих) вопросов и быть первым признаком внутреннего конфликта или беспокойства. Непостоянные или единичные клинические симптомы дополняются «знаковыми» ответами в клинических шкалах, что может являться отражением, как преходящего дискомфорта, так и начальным этапом формирующегося пограничного расстройства. Эта группа детей нуждается в динамическом наблюдении.

Нами так же был проведён сравнительный анализ данных выявления уровня депрессивности детей и подростков, полученных разными исследователями [23, 25, 28-30]. Средние значения и краткие характеристики групп приводятся в табл. 6. Результаты изучения уровня депрессивности детей публиковались авторами без учёта конвертации в T-показатели, поэтому для сравнения нами также рассматривались «сырые» баллы.

Учитывая данные таблицы 6, дети с сенсорными нарушениями имеют больший риск развития депрессии в сравнении с учащимися общеобразовательных школ.

Сравнение средних показателей уровня депрессивности детей и подростков по данным разных исследований (с использованием шкалы депрессии для детей М. Ковак)

| Авторы | Группы исследуемых, возраст | | Средние показатели (М) шкалы депрессии М. Ковак |
|---|---|-----------------------|---|
| Covacs M. (1992) | n=860 | 8-14 лет 12-15 лет | M=9,28 M=9,72 |
| Tweng J.M. (2002), метаанализ 310 исследований | 13-16 лет | мальчики девочки | M=8,9 M=10,1 |
| Белова А.П., Малых С.Б., Сабирова Е.З., Лобаскова М.М. (2008) | 713 подростков из Москвы, Бишкека, Ижевска мальчики девочки | | M=9,0 M=9,4 |
| Холмогорова А.Б., Воликова С.В. (2012) | 413 учащихся общеобразовательных школ, средний возраст 13,4 лет | | M=11,9 |
| Bolat N., Doğangün B., Yavuz M., Demir T., Kayaalp L. (2011) | 40 детей с врожденной патологией зрения 11-14 лет 40 нормально видящих детей | | M=10,8±5.5 M=10,3±5.7 |
| Карауш И.С. (2016) | дети с тяжёлыми нарушениями слуха и зрения | | |
| | 13-18 лет, n=190 | мальчики девочки | M=14 M=15 |
| | 7-12 лет, n=122 | мальчики девочки | M=14 M=11 |

Поэтому скрининг детей этой категории на уровень депрессии должен быть обязательным в дополнении к клиническому обследованию с целью выявления симптомов, часто не фиксируемых ни родителями, ни педагогами, ни самими детьми.

Для определения суицидального риска у категории подростков, имеющих расстройства психологического развития, был разработан

адаптированный опросник [26], с помощью которого обследовано 64 слабовидящих подростков и 65 учащихся с нарушениями слуха 13-18 лет (табл. 7). Дети с нарушением зрения статистически чаще (39,1%), чем учащиеся с нарушениями слуха (10,8%), сообщали о наличии суицидальных мыслей (табл. 7), но сравнения с учащимися общеобразовательной школы значимых различий не выявило (30,0%; $p=0,289$).

Таблица 7

Основные статистически значимые различия показателей, характеризующих суицидальное поведение, по опроснику суицидального риска

| Вопросы опросника | Учащиеся: | | | | | | d.f | χ^2 | p |
|--|----------------------------|------|---------------------------|------|-----------------------------|------|-----|-------------------|----------|
| | с нарушением зрения (n=64) | | с нарушением слуха (n=65) | | общеобразоват. школы (n=60) | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Наличие суицидальных мыслей | 25 | 39,1 | 7 | 10,8 | 18 | 30,0 | 1 | 13,8 ¹ | 0,0002 |
| Бывает ли тебе так плохо, что хочется умереть? | 35 | 54,7 | 10 | 15,4 | 23 | 38,3 | 1 | 21,9 ¹ | <0,00001 |
| Наличие близкого человека, с которым можно поделиться бедами и удачами | 52 | 81,3 | 53 | 81,5 | 50 | 83,3 | – | – | – |
| Пытался ли ты когда-нибудь, даже в шутку, убить себя? | 2 | 3,1 | – | – | 17 | 28,3 | 1 | 15,2 ² | 0,0001 |
| Снижение настроения | 43 | 67,2 | 16 | 24,6 | 32 | 53,3 | 1 | 23,5 ¹ | <0,00001 |
| Причины сниженного настроения | | | | | | | | | |
| Проблемы с родителями, опекунами, близкими | 18 | 28,1 | 36 | 55 | 21 | 35,0 | 1 | 9,9 ¹ | 0,0017 |
| Проблемы, связанные с чувством влюблённости | 18 | 28,1 | 14 | 21,5 | 15 | 25,0 | – | – | – |
| Одиночество | 22 | 34,4 | 6 | 9,2 | 12 | 20,0 | 1 | 12,0 ¹ | 0,0005 |
| Проблемы в школе | 32 | 50,0 | 24 | 36,9 | 37 | 61,7 | – | – | – |

Примечание: ¹ – сравнение показателей колонок 1 и 3; ² – сравнение показателей колонок 1 и 5.

О том, что «бывает так плохо, что хочется умереть» также значимо чаще в сравнении с детьми с нарушениями слуха сообщали слабовидящие учащиеся, при этом также не наблюдалось значимых различий с учащимися общеобразовательной школы ($p=0,068$). Большинство учащихся во всех группах сообщали о наличии близкого человека (чаще сверстника), с которым можно разделить беды и неудачи, что является определённым «антисуицидальным фактором». При этом у части детей с нарушением зрения выявлялось противоречие в ответе на данный вопрос (81,3%) с признанием о снижении настроения из-за чувства одиночества (34,4%). Вероятно, первый ответ отражал желаемую ситуацию, а второй реальную.

О снижении настроения, чувстве одиночества значимо чаще сообщали слабовидящие подростки, что вызвано, в том числе, с осознанием своего дефекта и ограничений собственных возможностей (ежедневные трудности при передвижении по городу, учебой: «... я не смогу поступить в ВУЗ из-за плохого зрения»).

Как правило, самую важную роль в конфликтных ситуациях подростков с признаками суицидального поведения играли проблемные взаимоотношения в семье. Высокая частота деструктивных форм семейного взаимодействия, семейных конфликтов и алкогольной зависимости родителей в семьях подростков, совершивших завершённые суициды, описана в литературе [31, 32]. Дисгармоничность в семейных отношениях, наряду с дисгармоничностью структуры личности, являются потенциальными факторами, «создающим почву» суицидального поведения [33, 34]. В семьях детей с сенсорными нарушениями (приводятся данные для всей исследуемой группы) мы наблюдали признаки как явного («внешнее») семейного неблагополучия – патологические типы воспитания (69,6%), психологическое или физическое насилие, аддиктивные проблемы у одного или обоих родителей (24,7%), воспитание опекуном (5,4%) при лишении родителей их прав, так и скрытое («внутреннее») – дисфункциональные паттерны взаимодействия в семье, систематические конфликты, проблемы взаимодействия с неродным родителем, амбивалентное отношение к ребёнку («слияние любви и агрессии»), не совсем или отчасти не осознаваемое родителями. В случаях суицидальных намерений или попыток на фоне длительного семейного конфликта и хронической стрессовой ситуации школьный конфликт или конфликт со сверстниками мог быть «последней» значимой каплей. При сравнении групп

детей с нарушениями слуха и зрения значимых различий не выявлено.

Утвердительно на вопрос «Пытался ли ты когда-нибудь, даже в шутку, убить себя?» ответили 3% слабовидящих учащихся и, значимо чаще 28,3% ($p=0,0001$) учеников общеобразовательной школы; среди слабослышащих и глухих подростков таких не оказалось. Причинами, ограничивающими учащихся коррекционной школы от самоповреждающих действий (несмотря на более часто возникающие суицидальные мысли и подавленное настроение), могут быть, как, с одной стороны, инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решения, так, с другой стороны, проживание и обучение в условиях интерната, где обеспечивается бóльший контроль со стороны взрослых, организованный досуг, возможность наблюдения. Мы не наблюдали умышленных и неумышленных самоповреждений у данной когорты детей.

По результатам проведенного скрининга средний уровень суицидального риска выявлен у 19,4% ($n=25$) и высокий – у 6,9% ($n=9$) подростков. При клиническом обследовании лиц с высоким уровнем суицидального риска выявлено психодезадаптационное состояние доклинического уровня – у 4 человек, расстройство адаптации (F43.2) – у 2, легкий депрессивный эпизод (F32.00) – у 2 учащихся и депрессивный эпизод средней степени (F32.10) – у 1 подростка.

Для подростков сенсорными нарушениями, имеющих признаки аутоагрессивного поведения, были характерны следующие особенности поведения и взаимоотношений с окружающими:

- внезапные аффективные вспышки, приступы вербальной или физической агрессии, чередующиеся с эпизодами апатии и отсутствия заботы о себе;
- неадекватная оценка собственных возможностей и способностей;
- неспособность отстаивать свои интересы;
- отсутствие «изолированного», «локализованного в одной сфере жизни» конфликта. Как правило, неблагополучие выявляется в нескольких сферах – сверстники, школа, принятие себя, но всегда при этом есть длительные конфликтные семейные отношения (в большинстве случаев семья не может являться достаточным ресурсом для реабилитационных мероприятий);
- стремление рассказывать о своих несчастьях, преувеличенных или реальных, вызывая

у слушателей эмоциональный отклик (жалость, вину, гнев);

– отсутствие четких границ между истинными суицидальными намерениями и демонстративно-шантажирующим стилем поведения, в большей степени характерного для лиц с низким уровнем развития навыков социальной компетентности;

– отсутствие типичного для подросткового возраста «подражательного» (кумиру, сверстнику и т.п.) мотива.

Иногда собственным неадекватным поведением подростки провоцировали негативное отношение к себе родителей, сверстников, педагогов, как бы подтверждая собственную роль «жертвы».

37,9% детей с нарушениями зрения в той или иной степени отмечали влияние дефекта на их функционирование (более явно это осознаётся в подростковом возрасте): «... раньше сильно депрессовал из-за своей болезни, это меня прямо «ело изнутри». Когда поступил в специализированную школу-интернат, долго привыкал, не хотел оставаться ночевать, чувствовал себя «брошенным детдомовским ребенком» (П., ВАР зрительного анализатора, 16 лет).

Ситуации, когда наличие дефекта воспринимается как психотравмирующая ситуация, могут сопровождаться эмоциональными проявлениями (колебанием настроения, аффективными вспышками), снижением самооценки, негативным видением будущего. Часто подростки расстраиваются при обсуждении вопросов о будущих перспективах, которые им могут быть недоступны, в отличие от их сверстников, например, возможность водить машину, обучаться в ВУЗе на определённой специальности или участия в каких-либо общественных мероприятиях.

В качестве примеров приводим описание двух клинических наблюдений.

Клиническое наблюдение 1.

Даша Н., 14 лет, диагноз: Н90.3 двусторонняя сенсоневральная тугоухость III ст., F83 смешанное специфическое расстройство развития, F80.88 другие расстройства развития речи, F 43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций.

При проведении скринингового обследования с помощью опросника суицидального риска утвердительно ответила на вопросы о наличии суицидальных мыслей и сниженного настроения, как причину указав «чувство одиночества», «непонимание со стороны родителей»; согласилась с утверждениями: «я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие», «стала меньше общаться с друзьями», периодически бывает «так

плохо, что хочется умереть» и «думала, как можно умереть». Отрицательно ответила на вопросы о занятиях (увлечениях), от которых получает удовольствие и наличии определённых планов на будущее. Набранная сумма баллов соответствовала высокому уровню суицидального риска [26].

Родители девочки глухие, старший брат (19 лет) слабослышащий, учится в профессиональном училище, с сестрой взаимоотношения проблемные. Полгода назад родители развелись, отец ушел «к другой женщине». Отношения между родителями долгое время были конфликтными, такими сохраняются до настоящего времени. Общение отца с дочерью сокращено до редких формальных встреч, её жизнью он не интересуется, что является стрессорным фактором для девочки. Стиль воспитания в семье был по типу «скрытой гипопротекции», когда на фоне формально имеющегося присмотра за детьми имелся реальный недостаток тепла и заботы, невключённость в жизнь ребенка; при этом авторитетом в большей степени был отец.

Из беседы с классным руководителем: в течение последних месяцев девочка стала хуже учиться, отмечаются колебания настроения, периодически становится «неуправляемой» – срывает, прогуливает уроки, грубит учителям и детям, отказывается подчиняться школьным требованиям. Вспышки гнева и раздражительности отмечаются, когда видит в школе отца, который приводит сына новой жены, обучающегося в той же коррекционной школе; при этом отец не проявляет заинтересованности в общении с дочерью.

Из беседы с мамой (при участии сурдопереводчика): после ухода отца из семьи дочь стала «нервной», «не слушается», настроение часто меняется, грозит «что-то с собой сделать», несколько раз после конфликта с мамой уходила «к папе», где её не принимали, после чего не хотела идти домой, бродила по улицам, один раз была найдена полицией в приюте г. Новосибирска. Обещает, что следующий раз «будет последний...».

Жалоб активно не предъявляет, негативно настроена на общение с врачом, «все бесполезно», «не надо мне помогать». Сообщает о проблемах в семье, из-за которых чувствует себя ненужной, одинокой («меня никто не любит», «никто не понимает»), часто появляющихся мыслях, что «лучше бы меня не было», «пора всё прекратить». При клиническом обследовании и наблюдении в условиях школы выявлено: колебания настроения, с тенденцией к снижению, аффективные реакции – раздражительность, негативизм, импульсивные поступки, благодаря чему отношения со сверстниками стали напряжёнными, конфликтными, близких друзей не имеет; во время учебных занятий – снижение концентрации и объёма внимания, отвлекаемость, низкий темп умственной работоспособности. Общий уровень депрессии по шкале М. Ковак соответствует характеристике «выше среднего», с наиболее высокими баллами по шкалам «межличностные проблемы» (соответствует высокому уровню) и «неэффективность».

Клиническое обследование подтвердило высокий уровень суицидального риска, выявленный при скрининге. Состояние подростка требовало проведения индивидуальной психотерапии, направленной на повышение стрессоустойчивости, формирование навыков адекватного эмоционального отреагирования и разделения ответственности за происходящее в семье, отвлечение от ситуации, участие в занятиях со сверстниками (учеба, хобби, спорт).

При отсутствии четких границ между истинными суицидальными намерениями и демонстративно-шантажирующим стилем поведения, тактика ведения строится с учётом максимально серьезной оценки ситуации и вероятности неблагоприятных исходов.

Клиническое наблюдение 2.

Вика, 15 лет. Диагноз – ВАР органа зрения (атрофия ДЗН ОД, сходящееся косоглазие), смешанное специфическое расстройство развития F83.

При проведении скринингового обследования с помощью опросника суицидального риска утвердительно ответила на вопросы о наличии суицидальных мыслей и сниженного настроения, как причину указав «проблемы в школе», «чувство одиночества»; согласилась с утверждениями: «стала меньше общаться с друзьями», периодически бывает «так плохо, что хочется умереть» и «думала, как можно умереть». Отрицательно ответила на вопросы о занятиях (увлечениях), от которых получает удовольствия и наличии определенных планов на будущее. Набранная сумма баллов соответствовала высокому уровню суицидального риска [26].

Ранний анамнез отягощен (токсикоз, угроза прерывания, мать злоупотребляла алкоголем во время беременности). Мать лишена родительских прав, отец находится в местах лишения свободы, проживает с опекуном (тётя).

Настроение – неустойчивое с тенденцией к снижению, отмечается «чувство безнадежности», негативизм при необходимости выполнения нестандартных заданий или школьных поручений, начале чего-то нового. На фоне конфликтной ситуации в школе (отвержение сверстников, несчастная любовь) появились аффективные колебания – от вспышек гнева, раздражительности, «ярости», до ощущения апатии, скуки, появилось чувство «собственной ненужности», стала плаксивой, часто пропускает уроки, снизилась учебная мотивация. Одной из главных причин пессимистического видения будущего считает свое основное заболевание, «я такая никому не нужна», «есть ли смысл что-то делать, если всё равно ничего не получается и ничего не могу». Сообщает, что периодически размышляет о способах возможного ухода из жизни, читает об этом в Интернете. Какие-либо увлечения, хобби отсутствуют. С раннего возраста – страх темноты. Курит в течение полугода, последний месяц до 8-10 сигарет в день.

Общий уровень депрессии по шкале М. Ковак соответствует характеристике «выше среднего», с наиболее высокими баллами по шкалам «межличностные проблемы» (соответствует высокому уров-

ню) и «негативная самооценка» (с выбором из трех вариантов: «Я не думаю о том, чтобы покончить с собой» – «Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его» – «Я хочу убить себя» последнего ответа). Уровень тревоги по шкале детской тревожности СМАС повышенный.

С подростком также проводилась индивидуальная психотерапия, включающая такие составляющие, как эмоциональная поддержка, повышение самооценки и стрессоустойчивости, формирование навыков адекватного эмоционального отреагирования и адаптированности, расширение спектра социальных контактов, «моделирование» уверенного поведения, преодоление «личной неэффективности».

Еще одно клиническое наблюдение ребенка с суицидальным поведением, имеющего суицидальные намерения и план, было нами подробно описано ранее [22]. Педагоги коррекционных школ, как правило, демонстрируют недостаточную психологическую готовность к взаимодействию с учащимися с суицидальными мыслями и/или намерениями. Часто педагоги не знают, как вести беседу с таким подростком, высказывая замечания «другие живут ещё хуже» или «ты понимаешь, что будет с твоими родителями?», демонстрирующие страх и внутреннее осуждение, испытываемые взрослым и провоцирующие ещё большую подавленность, замкнутость и нежелание общения. С педагогическим коллективом школы проводились семинары и консультирование о причинах и проявлениях суицидального поведения детей и подростков, обсуждалась тактика взаимодействия с ними.

Обсуждение.

Для детей с сенсорными нарушениями, в целом, характерны показатели шкалы депрессии на уровне «норма» – «чуть выше среднего», с максимальными значениями по шкале «межличностные проблемы». Для учащихся с нарушениями зрения значимо чаще характерны более высокие баллы по шкалам «ангедония» и «неэффективность», что необходимо учитывать при психотерапевтической работе. Скрининг детей с сенсорными нарушениями на уровень депрессии должен быть обязательным в дополнении к клиническому обследованию с целью выявления симптомов, часто не фиксируемых ни родителями, ни педагогами, ни самими детьми. Депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются ими самими именно как сниженное настроение, и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя [23]. Даже на доклиническом уровне депрессия может оказывать значительное негативное

влияние на жизнь детей и подростков [35]. Доклинические проявления депрессии могут сопровождать ребёнка или подростка месяцами или даже годами, оказывая разрушительное влияние на общение со сверстниками, обучение и другие жизненные сферы [29]. Подростки, которые имеют высокий уровень депрессивности, но не отвечают диагностическим критериям депрессии, зачастую страдают от столь же высокого уровня социальной дезадаптации, как и лица с клинически диагностированной депрессией [36]. Помимо количественного анализа шкалы депрессии, особенно в ситуации ребёнка с речевыми, интеллектуальными нарушениями, важен и качественный анализ ответов на вопросы шкалы депрессии.

Проявлениями склонности к суицидальным действиям у обсуждаемой категории детей являются не только собственно суицидальные намерения и попытки, но и культивирование неспособности заботиться о себе, нежелание приобретать навыки самостоятельности, а также раннее начало курения, употребления алкоголя, вовлечение в криминальные группировки, делинквентное поведение. Депрессивная реакция у подростков с сенсорными нарушениями

может оцениваться в качестве индикатора нарушения целостности «Я» и угрозы позитивного переживания социального опыта и дальнейшего развития.

В исследуемой выборке у слабослышащих учащихся чаще, чем у слабослышащих / глухих и учеников общеобразовательной школы возникали суицидальные мысли, подавленное настроение, чувство одиночества. Одной из возможных причин является осознание имеющихся проблем со здоровьем, дефекта, что должно являться мишенью для психокоррекционной и психотерапевтической работы. Меньшая частота суицидальных попыток детей с сенсорными нарушениями может быть объяснена как индивидуальными особенностями таких детей (инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решений), так и большим контролем и наблюдением в условиях специализированной коррекционной школы.

Учащиеся в системе коррекционного обучения (как в относительно закрытом пространстве) нуждаются в длительной работе по формированию навыков психологической устойчивости и социальной компетентности.

Литература:

1. Гранкина И.В., Иванова Т.И. Ведущие факторы формирования психопатоподобных расстройств поведения у детей с психической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 2 (91). – С. 66–71.
2. Jones C.R., Pickles A., Falcato M. et al. A multimodal approach to emotion recognition ability in autism spectrum disorders // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2010. – Vol. 18. – P. 122–126.
3. Hogan A., Shipley M., Strazdins L. Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders // Australian and New Zealand journal of public health. – 2011. – Issue. 4. – P. 377–383.
4. Engel-Yeger B., Durr D., Josman N. Comparison of memory and meta-memory abilities of children with cochlear implant and normal hearing peers // Disability and Rehabilitation. – 2011. – Vol. 33, № 9. – P. 770–777.
5. Parker A.T., Ivy S.E. Chapter four – communication development of children with visual impairment and deaf blindness: a synthesis of intervention research // International Review of Research in Developmental Disabilities. – 2014. – Vol. 46. – P. 101–143.
6. Saisky Y., Hasid S., Ebert T., Kosov I. Issues in psychiatric evaluation of children and adolescents with visual impairment Harefuah // 2014. – Vol. 153, № 2. – P. 109–112.
7. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // Child Psychiatry Hum. – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42–51.
8. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431–440.
9. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
10. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // Child Psychiatry Hum. – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42–51.
11. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431–440.

References:

1. Grankina I.V., Ivanova T.I. Vedushhie faktory formirovaniya psihopatopodobnyh rasstrojstv povedeniya u detej s psihicheskoj patologiej // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2016. – № 2 (91). – S. 66–71. (In Russ)
2. Jones C.R., Pickles A., Falcato M. et al. A multimodal approach to emotion recognition ability in autism spectrum disorders // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2010. – Vol. 18. – P. 122–126.
3. Hogan A., Shipley M., Strazdins L. Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders // Australian and New Zealand journal of public health. – 2011. – Issue. 4. – P. 377–383.
4. Engel-Yeger B., Durr D., Josman N. Comparison of memory and meta-memory abilities of children with cochlear implant and normal hearing peers // Disability and Rehabilitation. – 2011. – Vol. 33, № 9. – P. 770–777.
5. Parker A.T., Ivy S.E. Chapter four – communication development of children with visual impairment and deaf blindness: a synthesis of intervention research // International Review of Research in Developmental Disabilities. – 2014. – Vol. 46. – P. 101–143.
6. Saisky Y., Hasid S., Ebert T., Kosov I. Issues in psychiatric evaluation of children and adolescents with visual impairment Harefuah // 2014. – Vol. 153, № 2. – P. 109–112.
7. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // Child Psychiatry Hum. – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42–51.
8. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431–440.
9. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
10. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // Child Psychiatry Hum. – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42–51.
11. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431–440.

12. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
13. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
14. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
15. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
16. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
17. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
18. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
19. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
20. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
21. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
22. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электронный науч. журнал.* – 2013. – № 2 (19). – Режим доступа: <http://medpsy.ru>
23. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электронный научный журнал.* – 2012. – № 2. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 21.08.2015).
24. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school aged children // *Acta Paedopsychiatr.* – 1981. – Vol. 46. – P. 305-315.
25. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda. – New York: Multi-Health Systems, 1992.
26. Патент 2539400. Способ выявления суицидального риска для последующей коррекции у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития, учащихся коррекционных школ / Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Заявка. № 2013152564, 26.11.2013 г. опубл. 20. 01.2015. Бюл. № 2.
27. Семке В.Я. Профилактическая психиатрия. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.
28. Twenge J.M., Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2002. – Vol. 111, № 4. – P. 578-588.
29. Белова А.А., Малых С.П., Сабирова Е.З. и др. Оценка депрессивности в подростковом возрасте // *Вестник ЮУрГУ.* – 2008. – № 32. – С. 10-18.
30. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. – Томск, 2016. – 49 с.
31. Кривулин Е.Н., Кривулина О.Е. Социально-демографическая и клиничко - психологическая характеристика лиц детско-подросткового возраста с завершёнными суицидами и суицидальным поведением // *Тюменский медицинский журнал.* – 2014. – Том 16, № 1. – С. 6-8.
32. Ворсина О.П. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2016. – № 3 (92). – С. 51-54.
12. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
13. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
14. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
15. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
16. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
17. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
18. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
19. Landsberger S.A., Diaz D.R., Spring N.Z., Sheward J., Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents // *Child Psychiatry Hum.* – 2014. – Vol. 45, № 1. – P. 42-51.
20. Ludi E., Ballard E. D., Greenbaum R. et al. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 431-440.
21. Dudzinski E.F. An analysis of administrative response patterns to suicide ideation among deaf young adults. PhD thesis. – Washington DC: Gallaudet University, 1998.
22. Kuprijanova I.E., Dashieva B.A., Karash I.S. Osobennosti suicidal'nogo povede-nija detej i podrostkov s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja [Jelektronnyj re-surs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchn. zhurnal.* – 2013. – № 2 (19). – Rezhim dostupa: <http://medpsy.ru> (In Russ)
23. Holmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovanij faktorov suicidal'nogo riska u podrostkov na osnove psihosocial'noj mnogofaktornoj modeli rasstrojstv affektivnogo spektra [Jelektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal.* – 2012. – № 2. – Rezhim dostupa: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (data obrashhenija: 21.08.2015). (In Russ)
24. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school aged children // *Acta Paedopsychiatr.* – 1981. – Vol. 46. – P. 305-315.
25. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI) manual North Tanawanda. – New York: Multi-Health Systems, 1992.
26. Patent 2539400. Sposob vyjavlenija suici-dal'nogo riska dlja posledujushhej korek-cii u podrostkov s narushenijami opornodvigatel'nogo apparata i sensornymi narushenijami, soprovozhdajushhimisja rasstrojstvami psihologicheskogo razvitiija, uchash-hijsja korekcionnyh shkol / Kuprija-nova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Zajav-ka. № 2013152564, 26.11.2013 g. opubl. 20. 01.2015. Bjul. № 2. (In Russ)
27. Semke V.Ja. Preventivnaja psihiatrija. – Tomsk: Izd-vo Tomskogo un-ta, 1999. – 403 s. (In Russ)
28. Twenge J.M., Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2002. – Vol. 111, № 4. – P. 578-588.
29. Belova A.A., Malyh S.P., Sabirova E.Z. i dr. Ocenka depressivnosti v podrostkovom vozraste // *Vestnik JuUrGU.* – 2008. – № 32. – С. 10-18. (In Russ)
30. Karaush I.S. Psihicheskoe zdorov'e detej s sensornymi narushenijami: Avtoref. diss. ...dokt. med. nauk. – Tomsk, 2016. – 49 s. (In Russ)
31. Krivulin E. N., Krivulina O. E. Socio-demographic, clinical and psychological characteristics of patients children and adolescents with completed suicides and suicidal behavior // *Tyumen Medical Journal.* – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 6-8. (In Russ)
32. Vorsina O.P. Social'no-demograficheskie i klinicheskie karakter-istiki detej i podrostkov, sovershivshih zavershennye suicidy // *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii.* – 2016. – № 3 (92). – S. 51-54. (In Russ)

33. Лукашук А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей // Академический журнал Западной Сибири. – 2016. – Том 12, № 3. – С. 90-93.
34. Федунина Н.Ю., Банников Г.С. Связь семейной сплоченности и адаптивности по опроснику FACES-3 с проявлениями социально-психологического неблагополучия несовершеннолетних // Тюменский медицинский журнал. – 2016. – Том 18, № 4. – С. 22-35.
35. Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E. Sex differences in depression and explanatory style in children // Journal of youth, adolescence. – 1991. – Vol. 20. – P. 233–245.
36. Gotlib I.H., Lewinsohn P.M., Seeley I.R. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 63. – P. 90–100.
33. Lukashuk A.V. The role of family functioning in the genesis of suicidal activity among children // Academic Journal of West Siberia. – 2016. – Vol. 12, № 3. – P. 90-93. (In Russ)
34. Fedunina N.Yu., Bannikov G.S. Association of family cohesion and adaptation in FACES-3 scale with psychological wellbeing in adolescence // Tyumen Medical Journal. – 2016. – Vol. 18, № 4. – P. 22-35. (In Russ)
35. Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E. Sex differences in depression and explanatory style in children // Journal of youth, adolescence. – 1991. – Vol. 20. – P. 233–245.
36. Gotlib I.H., Lewinsohn P.M., Seeley I.R. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – Vol. 63. – P. 90–100.

CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SENSORY IMPAIRMENTS: PROBLEMS OF DEPRESSION AND SUICIDAL RISK

I. Karaush¹, I. Kupriyanova¹, Yu. Drozdovsky², G. Usov²

¹Mental Health Research Institute Tomsk NRMС, Tomsk, Russia

²Omsk state medical University, Omsk, Russia

Abstract:

The literature data on the prevalence, the nature of depression and suicide rates in children and adolescents with sensory impairments are few and inconsistent, relate to groups small in size and based on different methodological approaches. However, given that even preclinical symptoms of depression can accompany the child or adolescent for a long period of time, exerting a destructive influence on communication with peers, education and other life spheres, it is necessary to identify the early symptoms of depression and suicidal behavior. Aim: to study the level of depression risk and suicide risk in students of specialized (corrective) boarding-schools with hearing and vision impairments. Materials: Continuous sampling of 368 7-18 years pupils of specialized boarding schools are interviewed. The sampling consisted of: 186 deaf and hard hearing-impaired children and adolescents and 182 partially sighted children and adolescents. Methods: clinical, psychological (Children's Depression Inventory M. Kovacs (CDI), an adapted questionnaire for identifying suicide risk), statistical. Results. Depressive disorders were detected in 3.5% of children in the context of adjustment disorders and depressive episode of mild and moderate degree. 20.8% of children have an increased and 3.1% have a high risk of depression, without significant differences between groups. The significant differences with the Mann-Whitney U criterion in the average score between the groups of pupils with hearing and vision impairment were identified on the scale «Anhedonia» ($p=0.011$). The level of suicidal risk was identified in adolescents aged 13-18 years with the help of the adapted questionnaire (64 visually impaired and 65 students with hearing impairments). Compared to hearing-impaired and deaf children, the visually impaired children were more often subject to suicidal thoughts ($p=0.0002$), depressed mood ($p=0.00001$), the feeling of loneliness. Troubled family relationship were found to play the most important role in the emergence of conflict situations of adolescents with signs of suicidal behavior. 19,4% of the studied group revealed average level of suicide risk 6,9% showed high level of suicidal risk. Conclusion. The identified group requires dynamic observation, repeated clinical and psychological examination and preventive measures.

Key words: deaf and hard of hearing children, partially sighted children, depression, suicide risk

УДК 616.89-008

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТЦОВ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

А.В. Лукашук, А.В. Меринов

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

Контактная информация:

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: lukashuk-alex62@yandex.ru

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

Цель работы заключается в комплексной клинико-психологической оценке отцов, чьи дочери подросткового возраста совершили попытку суицида. Материалы и методы исследования: обследован 31 мужчина, чья дочь совершила попытку суицида. В качестве диагностического инструмента, использовались следующие методики, имеющие широкое распространение в суицидологической практике: опросник Плутчика - Келлермана-Конте, опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory, тест жизнестойкости – Hardiness Survey, опросник временной перспективы Зимбардо – Zimbardo Time Perspective Inventory, опросник суицидального риска, опросник Анализ семейных взаимоотношений – ABC. Результаты показали, что группа отцов имеет собственный высокий аутоагрессивный потенциал, доминирует отрицательная концепция своей личности, а также сниженный общий уровень жизнестойкости. В качестве защитных психологических механизмов они преимущественно используют вытеснение и проекцию. Общий анализ внутрисемейных отношений соответствует гипопротекции на фоне неустойчивого стиля воспитания, что в целом характеризует исследуемую группу как неблагополучную по многим значимым суицидологическим параметрам, что, возможно, диктует необходимость при работе с суицидентками подросткового возраста, параллельную коррекцию просуицидальных особенностей родителей, учитывая вероятную «семейную системность» в отношении суицидальных реакций ребенка.

Ключевые слова: подростковый суицид, аутоагрессия, родители подростков, совершивших суицид

Проблема суицида долгие годы привлекает внимание исследователей. Суицид изучается на стыке многих наук. В философии иногда его расценивают как стремление к полной автономности, в медицине – как патологический процесс, теологи видят в суициде утрату веры в Бога, а социологи понимают его как волевой акт, спровоцированный внешними обстоятельствами [1, 2]. Для снижения суицидальной активности населения во всех странах мира активно ведется целенаправленная работа, но, несмотря на это, уровень смертности от самоубийств остаются достаточно высокими. По данным ВОЗ, каждый день около 2500 человек совершают суицид (причем 1000 из них подростки), а ежегодно погибает более 800 тысяч человек [3]. Это значит, что каждые 40 секунд в мире погибает один человек, который совершил самоубийство [4, 5]. При этом наибольшее количество суицидальных попыток приходится на возраст от 16 до 24 лет [6].

Наиболее малоизученной, но крайне важной составляющей подросткового самоубийства, является внутрисемейная атмосфера [7-9]. Большинство авторов, изучающих проблему детско-подросткового суицида, отмечали высокую ее значимость и в генезе, и в превенции суицида [10-12]. Но имеющиеся сведения в основном несут констатирующий характер и не претендуют на создание единой концепции. Эти данные представляют большой интерес, но являются лишь объективными наблюдениями, без попытки параллельного анализа аутоагрессивных спектров детей и их родителей.

Цель исследования: сравнительный анализ суицидологически значимых клинико-психологических профилей отцов в семьях, где дети – девочки подросткового возраста – совершили суицидальную попытку.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в период с 2014 по 2016

годы были обследованы 31 отец из семей, в которых девушки-подростки совершили попытку суицида (ОДСП) и 60 отцов, чьи дочери не проявляли суицидальной активности (ОДнСП). С каждого из родителей получено информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено локальной этической комиссией.

Средний возраст в группе ОДСП составил $42,22 \pm 4,15$ года, семейный стаж – $18,87 \pm 3,03$ лет. Средний возраст в группе ОДнСП составил $40,6 \pm 2,43$ лет, семейный стаж – $17,7 \pm 1,9$ лет. Средний возраст дочерей – $15,93 \pm 1,22$ лет в экспериментальной группе, и $15,91 \pm 1,24$ года – в контрольной.

В качестве диагностического инструмента, использовались следующие методики, имеющие широкое распространение в суицидологической практике: опросник Плутчика-Келлермана-Конте, опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI, тест жизнестойкости – Hardiness Survey, опросник временной перспективы Зимбардо – Zimbardo Time Perspective Inventory, опросник суицидального риска, опросник Анализ семейных взаимоотношений – ABC [12-18].

Статистический анализ и обработку данных, проводили посредством непараметрических метода математической статистики (с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни). Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их об-суждение.

В первую очередь рассмотрим результаты опросника суицидального риска, являющегося экспресс-методикой, позволяющей оценить общий вероятный риск респондента совершения суицидальных действий. Его основные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень диагностических концептов опросника суицидального риска в группе ОДСП

| Показатель | ОДСП n=31, Ед. | ОДнСП n=60, Ед. | U эмп. |
|-------------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| Несостоятельность | 69,677 | *41,666 | 372,5 |
| Максимализм | 59,677 | *23,333 | 423 |
| Временная перспектива | 38,851 | *21,71 | 529 |
| Антисуицидальный фактор | 48,387 | **45 | 614 |

Примечание: * – P<0,01; ** – P<0,05

Уровень шкалы «Несостоятельность» соответствуют высокому уровню. Это говорит о концепции личности по типу – «Я – плохой». В сознании доминируют представления о собственной несостоятельности. Аналогично, преобладающий уровень демонстрирует шкала «Максимализм». Это характеризует личность как фиксированную на собственных неудачах, переносящую локальные личные проблемы на все аспекты жизни. Шкала «Временная перспектива» также значительно выше в группе ОДСП. Это говорит о сложностях с планированием будущего, а так же о страхе и тревоге за свое будущее. Оно видится бесперспективным, не сулящим ничего позитивного, в целом опасным. В то же время мы можем обнаружить выраженный «Антисуицидальный фактор», преобладающий над группой ОДнСП. Он играет роль защитного механизма, даже в случае высоких показателей по другим шкалам. Антисуицидальный фактор складывается из боязни за близких людей, страха боли, чувства долга и ответственности, греховности суицида и пр. В каком-то смысле этот фактор может быть отправной точкой для психокоррекционной работы [19].

Далее оценим результаты опросника State-Trait Anger Inventory, который определяет уровень и вектор направленности гнева. Интересующие нас параметры указаны в таблице 2.

Таблица 2

Особенности и вектор гнева в группе ОДСП

| Показатель | ОДСП n=31, Ед. | ОДнСП n=60, Ед. | U эмп. |
|--|----------------------|-----------------------|-----------|
| Агрессия как темперамент (TRATE-ANGER/T) | 6,516 | *3,95 | 246 |
| Аутоагрессия (АХ/IN) | 16,032 | *11,65 | 331,5 |
| Контроль агрессии (АХ/CON) | 24,935 | **19,5 | 518 |

Примечание: * – P<0,01; ** – P<0,05

Как мы можем заметить, согласно данным теста, группа ОДСП достоверно чаще обладает «гневливым» темпераментом. Кроме того, мы видим высокие показатели направленности гнева на себя и выраженное сдерживание собственной агрессивности. Можно утверждать, что отцы из группы ОДСП имеют сложности с контролем собственного гнева, с тенденцией «запирать» его в себе.

Не менее важные данные выявляются при анализе преобладающих механизмов психологической защиты, ведущие особенности которых отображены в таблице 3.

Таблица 3

Профиль психологических защитных механизмов в группе ОДСП

| Профиль защиты | ОДСП n=31, Ед. | ОДнСП n=60, Ед. | U эмп. |
|----------------|-------------------|--------------------|-----------|
| Вытеснение | 8,387 | *3,05 | 709 |
| Проекция | 11,548 | *7,9 | 665,5 |

Примечание: * – P<0,05

При оценке результатов выявлено, что высокий уровень присущ двум механизмам психологической защиты личности. Вытеснению – механизму, который дает возможность личности «переместить» определенные мысли, желания, вызывающие тревогу, в бессознательную часть. Тем не менее, подавленные импульсы, сохраняют способность вызывать эмоциональные и психовегетативные реакции. Механизм проекции подразумевает перенос личных негативных, отвергаемых и даже постыдных черт личности во вне (обычно другим людям), делая их вторичными. Так, например, респонденты ОДСП отмечают, что окружающий мир враждебен, несправедлив, агрессивен, что коррелирует со склонностью к депрессивным реакциям и неровным отношениям с окружением. Отметим, что указанные личностные характеристики, по мнению респондентов, в значительной степени касаются стиля общения с собственными детьми.

Далее рассмотрим данные опросника временной перспективы и теста жизнестойкости. Наиболее значимые показатели этих тестов отражены в таблице 4.

Вовлеченность базируется на убежденности, что чем активнее личность участвует в окружающем, тем больше шансов у неё найти что-то стоящее и ценное. В нашем же случае, её низкий уровень свидетельствует об ощущении членом группы ОДСП себя «вне жизни», отверженности миром.

Таблица 4
Жизнестойкость и временная перспектива респондентов из группы ОДСП

| Показатель | ОДСП n=31, Ед. | ОДнСП n=60, Ед. | U эмп. |
|---------------------------|-------------------|--------------------|--------|
| Вовлеченность | 28,774 | *36,6 | 512,5 |
| Принятие риска | 13,354 | *17,35 | 448,5 |
| Общая жизнестойкость | 69,096 | *83,316 | 551,5 |
| Гедонистическое настоящее | 4,558 | *3,316 | 200,5 |
| Фаталистическое настоящее | 2,174 | *1,058 | 645 |

Примечание: * – P<0,01

Более низкое принятие риска, чем в группе ОДнСП, так же говорит о неспособности респондентов предпринимать активные действия без чётких гарантий успеха. Неудачи и разочарования воспринимаются не как неизбежный жизненный опыт, своеобразная школа жизни, а как личная ошибка, недоработка. Также мы можем говорить об общем низком уровне жизнестойкости группы ОДСП. То есть на основании вышеизложенных данных теста, мы можем сказать, что у группы ОДСП существуют сложности с принятием себя в окружающей действительности, они крайне уязвимы к трудностям, стрессам, не обладают достаточной личностной гибкостью.

Не менее интересные данные получены при анализе временной перспективы. Так, шкала «Гедонистического настоящего» предполагает рискованное отношение к жизни, ориентированное на получение удовольствия, наслаждения и отсутствие заботы о собственном будущем. Это также подтверждается уровнем шкалы фаталистического настоящего, отражающей беспомощное отношение к соб-

ственному будущему. Будущее воспринимается как неизбежность, на которую нельзя повлиять и его остается покорно ждать.

При анализе семейных взаимоотношений также получена обширная информация, нашедшая отражение в таблице 5.

В первую очередь хотелось бы отметить выраженный уровень родительской гипопротекции. Это означает, что подросток находится вне поля внимания родителей, и «руки до него доходят» лишь в случае каких-либо серьезных происшествий. Естественно, именно это, в ряде наблюдений, подталкивало девушек к свершению демонстративного самоубийства с целью получения внимания. Обращает на себя недостаточность требований-обязанностей и запретов. Подросток мало привлекается родителями к помощи по дому. Для ребенка существует мало запретов и, даже нарушая существующие, он понимает, что не понесет серьезного наказания. Подобные воспитательные акценты могут привести к формированию гипертимной или неустойчивой личности подростка.

Далее отметим выраженную фобию утраты ребёнка. Обычно она формируется в случае гиперпротективного воспитания, но, вероятно, в этих случаях она стала реакцией родителей на попытки суицида дочерей. Этот страх потери вызвал полученную нами шкалу потворствования, которая редко формируется на фоне гипопротекции.

Нельзя не отметить данные шкалы проекции родителями собственных нежелательных качеств на ребенка. Её выраженность говорит о борьбе родителя с какой-либо чертой характера подростка, часто мнимой, но которая есть и у него самого.

Таблица 5
Анализ внутрисемейных отношений в группе ОДСП

| Показатель | ОДСП n=31, Ед. | ОДнСП n=60, Ед. | U эмп. |
|---|-------------------|--------------------|--------|
| Гипопротекция (шкала Г-) | 5,548 | *2,166 | 199 |
| Потворствование (шкала У+) | 5,290 | *3,933 | 632 |
| Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-) | 3,096 | *1,1 | 244,5 |
| Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-) | 2,870 | *1,983 | 541,5 |
| Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н) | 3,935 | *1,75 | 548,5 |
| Фобия утраты ребенка (шкала ФУ) | 4,677 | *1,75 | 267,5 |
| Проекция на подростка собственных нежелательных качеств (шкала ПНК) | 2,290 | *1,166 | 560 |

Примечание: * – P<0,01

Присутствие психических отклонений в группе ОДСП

| Показатель | ОДСП n=31 | | ОДнСП n=60 | |
|--|--------------|-------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| Алкогольная зависимость, вторая стадия. Нестойкая ремиссия (F10.2) | 7 | 22,58 | 2 | 3,33 |
| Депрессивный эпизод легкой степени (F31.1) | 3 | 9,67 | 1 | 1,66 |
| Преимущественно навязчивые мысли или размышления (F42.0) | 4 | 12,9 | 2 | 3,33 |
| Ипохондрическое расстройство (F45.2) | 1 | 3,22 | – | – |
| Бессонница неорганической этиологии (F51.0) | 4 | 12,9 | 1 | 1,66 |

В таком случае в борьбе с этой чертой родитель получает эмоциональную выгоду, веря в то, что конкретно у него таких черт характера нет. Например, часто родители борются с ленью, агрессивностью, несдержанностью, влечением к алкоголю своих детей.

Эти семейные особенности венчает неустойчивость стиля воспитания. Подразумевается частая и хаотичная смена родительских установок от лояльных до крайне строгих.

Так же, во время очной беседы с каждым респондентом, были обнаружены некоторые психические отклонения, отражённые в табл. 6.

Обобщая данные, мы можем констатировать, что стиль отцовского воспитания в данных семьях стремится к гипопротекции. Выполнение запретов никто не контролирует, что часто связано с сильной занятостью родителей. На фоне этого подросток испытывает одиночество, приучается существовать самостоятельно и часто попадает в плохие компании, начинает употреблять алкоголь и наркотические вещества.

Литература:

1. Мочарь С.В., Мещерякова Э.И. Семейный миф и формирование суицидальных тенденций // Сибирский психологический журнал. – 2001. – № 14-15. – С. 86-90.
2. Глазнев Д.И., Кутбидинова Р.А. Факторы суицидального риска в студенческом возрасте // Психология и педагогика в системе гуманитарного знания: материалы V Международной научно-практической конференции, г. Москва, 27-28 декабря 2012 г. В 2 т.: т. 1 / Науч. - инф. издат. центр «Институт стратегических исследований». – М.: «Спецкнига», 2012. – С. 79-85.
3. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
4. Всемирная организация здравоохранения (WHO). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. // Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды, 2001. – 215 с.
5. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. – Geneva: World Health Organization, 2001. – 186 p.
6. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. Public Health. – 2000. – Vol. 90. – P. 85-91.

Выводы.

Группа ОДСП демонстрирует отрицательную «Я – концепцию», неудовлетворенность большинством аспектов своей жизни, а также имеют проблемы с совладанием со стрессами. Также имеется повышенный уровень аутоагрессивности. Общий уровень жизнестойкости снижен, но, в то же время, они обладают низким потенциалом к непосредственным суицидальным действиям ввиду высокой степени родительской и социальной ответственности.

В качестве защитных психологических механизмов наиболее часто встречаются вытеснение, проекция. Их общая суть в отношении исследуемых феноменов, вероятно, заключается в вытеснении собственных суицидальных импульсов в бессознательную часть, переносе собственных негативных качеств и эмоций на личность ребенка.

В отношении воспитательного процесса отмечаются черты формализма, стиль воспитания стремится к гипопротекции на фоне его неустойчивости.

References:

1. Mocar' SV, Meshherjakova Je.I. Family myth and the formation of suicidal tendencies // Siberian psychological journal. – 2001. – № 14-15. – P. 86-90. (In Russ)
2. Glaznjov D.I., Kutbiddinova R.A. Faktory suicidal'nogo riska v studencheskom vozraste // Psihologija i pedagogika v sisteme humanitarnogo znanija: materialy V Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, g. Moskva, 27-28 dekabrya 2012 g. V 2 t.: t. 1 / Nauch. - inf. izdat. centr «Institut strategicheskikh issledovanij». M.: «Speckniga», 2012. – S. 79-85. (In Russ)
3. Starshenbaum G.V. Suicide-studying and crisis psychotherapy. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 376 p. (In Russ)
4. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija (WHO). Report on world health, 2001 // Mental health: new understanding, new hope, 2001. – 215 p. (In Russ)
5. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. – Geneva: World Health Organization, 2001. – 186 p.
6. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. Public Health. – 2000. – № 90. – P. 85-91.

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. – Том 6, № 4 (21). – С. 21-33.
8. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – № 2. – С. 137-143.
9. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – № 2. – С. 67-71.
10. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
11. Меринов А.В., Лукашук А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2014. – № 4 (7). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>.
12. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 81-87.
13. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology. – Springer US, 1979. – P. 227-257.
14. Spielberger C.D., Krasner S.S., Solomon E.P. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology. – Springer, New York, 1988. – P. 89-108.
15. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
16. Boyd J.N., Zimbardo P.G. Constructing time after death the transcendental-future time perspective // Time & Society. – 1997. – Vol. 6, № 1. – P. 35-54.
17. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. – СПб: Питер, 2005. – 1020 с.
18. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. – Шадринск, 1993. – 26 с.
19. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения: возрастной аспект // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 52-54.
7. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potential and actual risk factors for suicidal behavior in adolescents (literature review) // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4 (21). – P. 21-33. (In Russ)
8. Lukashuk A.V., Filippova M.D., Somkina O.Ju. Characteristics of the child and adolescent suicide // I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. – 2016. – Vol. 2. – P. 37-143. (In Russ)
9. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Self-harm in adolescents: approaches to therapy // Young Science (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 2. – P. 67-71. (In Russ)
10. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Clinical and a suicide and experimentally-psychological characteristics of young people brought up in the "spirits" of young families // Young Science (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – P. 82-87. (In Russ)
11. Merinov A.V., Lukashuk A.V. Especially children, who grew up in families where a parent has suffered alcohol dependence [Electronic resource] // Person in a changing world: health, adaptation, development: the electron. scientific. Zh. – 2014. – № 4 (7). (In Russ) Mode of access: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>.
12. Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju. Autoaggressive characteristic of women who are married to men who suffer from alcoholism // I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. – 2015. – № 4. – P. 81-86. (in Russ)
13. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. Emotions in personality and psychopathology. Springer US, 1979. – P. 227-257.
14. Spielberger C.D., Krasner S.S., Solomon E.P. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology. – Springer: New York, 1988. – P. 89-108.
15. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test of viability. – M.: Smysl, 2006. – 63 p. (in Russ)
16. Boyd J.N., Zimbardo P.G. Constructing time after death the transcendental-future time perspective // Time & Society. – 1997. – Vol. 6, № 1. – P. 35-54.
17. Jeydemiller Je.G. Child psychiatry. – SPb.: Piter, 2005. – 1020 p. (in Russ)
18. Razuvaeva T.N. Diagnosis of personality. – Shadrinsk, 1993. – 26 p. (in Russ)
19. Zotov P.B. Therapy of suicidal behavior: age-specific // Academic Journal of West Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 3. – P. 52-54.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FATHERS OF TEENAGE GIRLS WHO HAVE COMMITTED A SUICIDAL ATTEMPT

A.V. Lukashuk, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

Abstract:

The aim of this work is to run a comprehensive clinical and psychological assessment of fathers whose teenage daughters attempted suicide. Materials and methods: 31 men whose daughters attempted suicide were examined. As diagnostic tools we used the following popular methods: a Plutchik-Kellerman-Konte questionnaire, State Anger Inventory questionnaire, Hardiness Survey, Zimbardo Time Perspective Inventory, Suicide Risk Questionnaire, Family Relations Analysis Questionnaire. The results showed that the group of fathers has rather high autoaggressive potential, with negative self-evaluation and low level of vitality dominating. They tend to use displacement and projection as protective psychological mechanisms. An overall analysis of family relationships indicates hypoprotection accompanied with instable parenting style, which in general characterizes the studied group as vulnerable in many significant suicidological aspects. Possible 'family systematics' in relation to child suicidality makes it necessary to run a parallel correction of parents' prosuicidal features when working with female teenage suicide attempters.

Key words: teen suicide, autoaggression, parents of teenagers who committed suicide

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

7. К статье прилагается резюме объемом до 250 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели.

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

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются рецензентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

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

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