

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, член-корр. 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 Korkeala, профессор
(Финляндия)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

<i>А.В. Немцов, К.В. Шельгин</i> Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг.	3
<i>Б.С. Положий, В.В. Руженкова</i> Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. 12	12
<i>В.А. Розанов, А.И. Уханова, А.С. Волканова, А.С. Рахимкулова, А. Пизарро, Б.В. Бирон</i> Стресс и суицидальные мысли у подростков ..	20
<i>С.И. Букин, Е.М. Тищенко</i> Личность и общественное мнение в этиопатогенезе самоубийств	32
<i>Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова</i> Уровни суицидов и назначений антидепрессантов: неоднозначные взаимосвязи	40
<i>О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова</i> Суицидологические аспекты женского алкоголизма	53
<i>С.В. Кондричин, Ю.Е. Разводовский</i> Качество региональной статистики самоубийств в Беларуси	58
<i>А.К. Гажа, А.В. Баранов</i> Организация суицидологической помощи населению Тамбовской области	63
Информация для авторов	68

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

- N.A. Bokhan, corresp. RAMS,
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof.
(Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
E.B. Lyubov, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
A.V. Merinov, Ph. D.
(Ryazan, Russia)
N.G. Neznanov, Ph. D., prof.
(St. Petersburg, Russia)
G. Pilyagina, Ph. D., prof.
(Kiev, Ukraine)
B.S. Polozhy, Ph. D., prof.
(Moscow, Russia)
Y.E. Razvodovsky, M.D.
(Grodno, Belarus)
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof.
(Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.
(Odessa, Ukraine)
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof.
(Belgorod, Russia)
N.B. Semenova, Ph. D.
(Krasnoyarsk, Russia)
A.V. Semke, Ph. D., prof.
(Tomsk, Russia)
V.A. Soldatkin, Ph. D.
(Rostov-on-Don, Russia)
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof.
(Ufa, Russia)
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof.
(Dnipropetrovsk, Ukraine)
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)
Jyrki Korkeala, Ph. D., prof.
(Finland)
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D.,
prof. (Sweden)
William Alex Pridemore, Ph. D.,
prof. (USA)
Niko Seppälä, M.D., Ph.D.
(Finland)

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

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

Адрес редакции: г. Тюмень,
ул. 30 лет Победы, д. 81А,
оф. 201, 202
Адрес для переписки: 625041,
г. Тюмень, а/я 4600
Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru

Заказ № 107. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 23.09.2016 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

Contents

A.V. Nemtsov, K.V. Shellugin
Suicides and alcohol consumption in Russia, 1959-2013 ..3

B.S. Polozhy, V.V. Ruzhenkova
Stigmatization and self-stigmatization by persons with
mental disorders who committed suicidal attempts12

*V.A. Rozanov, A.I. Ukhanova, A.S. Volkanova,
A.S. Rakhimkulova, A. Pizarro, B.V. Biron*
Stress and suicidal thoughts in adolescents 20

S.I. Bukin, E.M. Tischenko
Personality and public opinion
in the ethiopathogenesis of suicide 32

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova
Antidepressant prescription and suicide rates:
equivocal relationships40

O.Y. Somkina, A.V. Merinov, M.A. Baykova
Suicilological aspects of female alcoholism 53

S.V. Kondrychyn, Y.E. Razvodovsky
The quality of regional statistic of suicides in Belarus 58

A.K. Gaza, A.V. Baranov
The organization of the prevention of suicidal behavior
in the population of the Tambov region 63

Information 68

Интернет-ресурсы:

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

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

САМОУБИЙСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ, 1956-2013 гг.*А.В. Немцов, К.В. Шельгин*

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава РФ, г. Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Архангельск, Россия

Контактная информация:

Немцов Александр Викентьевич – доктор медицинских наук. Место работы и должность: руководитель отдела информатики 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: 8 (495) 963-25-31. Электронный адрес: nemtsov33@gmail.com

Шельгин Кирилл Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 163000, г. Архангельск, пр-т Троицкий, д. 51. Телефон: 8 (8182) 285-766. Электронный адрес: shellugin@yandex.ru

На популяционном материале исследовали значение употребления алкоголя для завершённых самоубийств (СУ) мужчин и женщин в 1959-2013 гг. В этот период происходило снижение доли СУ женщин с 20% до 14%. Отмечено существенное снижение уровня СУ с 2002 г., темпы которого начали прогрессивно замедляться с 2009 г. Показана линейная связь уровня СУ с потреблением алкоголя в пределах 13-22 литров в год на человека 15+, а также корреляция СУ с уровнем потребления алкоголя (0,735 для мужчин и 0,416 для женщин). Главный результат работы – в России 46% СУ мужчин и 38% женщин напрямую связаны со злоупотреблением алкоголя. Дан пример соотношения алкогольного и социально-экономического фактора СУ.

Ключевые слова: самоубийства, потребление алкоголя, мужчины и женщины.

Алкоголь в России уже более полувека стал системообразующим фактором. Его действие выходит далеко за пределы бытовой жизни населения. В стране прямо или косвенно с потреблением спиртных напитков связаны многие процессы, как фундаментальные (например, бюджет), так и разрушительные. В их числе самоубийства. Их связь с алкоголем показана многократно и разными способами. Например, на основе обнаружения алкоголя в крови значительной части суицидентов [1-5]. В более ранних работах обращалось внимание на другое доказательство – большую долю больных алкоголизмом среди суицидентов [6-7]. И это только русские работы, за рубежом таких доказательств много больше, но немногие описывают ситуацию в России.

Наконец, самое главное обоснование связи двух явлений – эпидемиологические исследования на основе больших выборок и различных корреляционных методов [8-13]. Эти методы сами по себе не способны обнаружить причинно-следственные отношения. Но в случае самоубийств возникает нестандартная для корреляции ситуация: суициды, как показано выше, могут зависеть от потребления, тогда как зави-

симость потребления от самоубийств ничтожна (за счет уменьшения потребителей). Несмотря на это и многое другое, есть публикация, в которой высказано сомнение по поводу зависимости самоубийств от злоупотребления алкоголем [14]. Это сделано только потому, что синхронизм динамики суицидов и смертельных отравлений алкоголем был нарушен после 2000 года (о возможных причинах этого см. ниже).

Характерно, что отношение к алкоголю, как фактору самоубийств довольно быстро менялось со временем. Например, в руководстве 2003 г., посвященном риску суицидального поведения, алкоголь выступает только как сопутствующий феномен [15], в связи с чем, рекомендовано удалять алкоголь из дома в случае возможного суицида. Но уже в руководстве 2014 г. алкоголь назван фактором самоубийства наряду с другими: дискриминацией, чувством изоляции, жестоким обращением или насилием, конфликтными взаимоотношениями, предыдущими суицидальными попытками, психическими расстройствами, финансовыми потерями, хроническим болевым синдромом и случаями самоубийства в семье [16].

В связи с частым и часто неадекватным использованием слова «фактор» стоит вспомнить, что *фактор* – движущая сила, причина какого-либо процесса, явления, определяющая его характер (словарь русского языка). В соответствии с [16] и другими источниками самоубийство – многофакторное явление. Но алкогольный фактор суицидов сам по себе – также сложно-структурированное явление, от фатального до триггерного [17]. А это значит, что вклад алкоголя в суицидальную активность имеет широкий диапазон, который в части перекрывается социально-психологическими факторами. И в этой композиции также стоит разобраться, хотя бы отчасти.

Задача исследования: ещё раз обратить внимание на проблему связи самоубийств с потреблением алкоголя и оценить силу (размеры) и характер этой связи динамически.

Материалы и методы

Период анализа: 1959–2013 гг. Коэффициенты смертности от самоубийств мужского и женского населения получены в Российской базе данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской экономической школы (обращение 07.03.2016, http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data).

Коэффициенты смертности стандартизованы прямым методом по Европейскому стан-

дарту населения на 100000 населения [18]. Расчеты потребления алкоголя на душу населения получены в [19]. Основой этих расчетов послужили показатели смертности при отравлении алкоголем и некоторые соображения о переводе количества смертей в литры алкоголя [20].

В расчетах использованы показатели для населения в возрасте 15 лет и старше. Оценка доли смертности связанной с потреблением алкоголя сделана с помощью метода ARIMA (модель авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего [21]), а также индексного метода [22].

Результаты исследования:

В России показатели смертности при самоубийствах, как мужчин, так и женщин, во второй половине XX и начале XXI века проделали дугообразную динамику (рис. 1) и, снижаясь в последние 15 лет, практически вернулись к исходному уровню.

Самое существенное отклонение от этого произошло в начале антиалкогольной кампании (1985-1986 гг.), но уже в 1987 году у мужчин начался возвратный рост, который в 1992 году принял галопирующий характер и в 1994 году достиг для России и мира в послевоенную пору рекордного уровня.

Возвратный рост у женщин начался только в 1992 г., и в сравнении с мужчинами пик был достигнут на год позже (1995 г.).

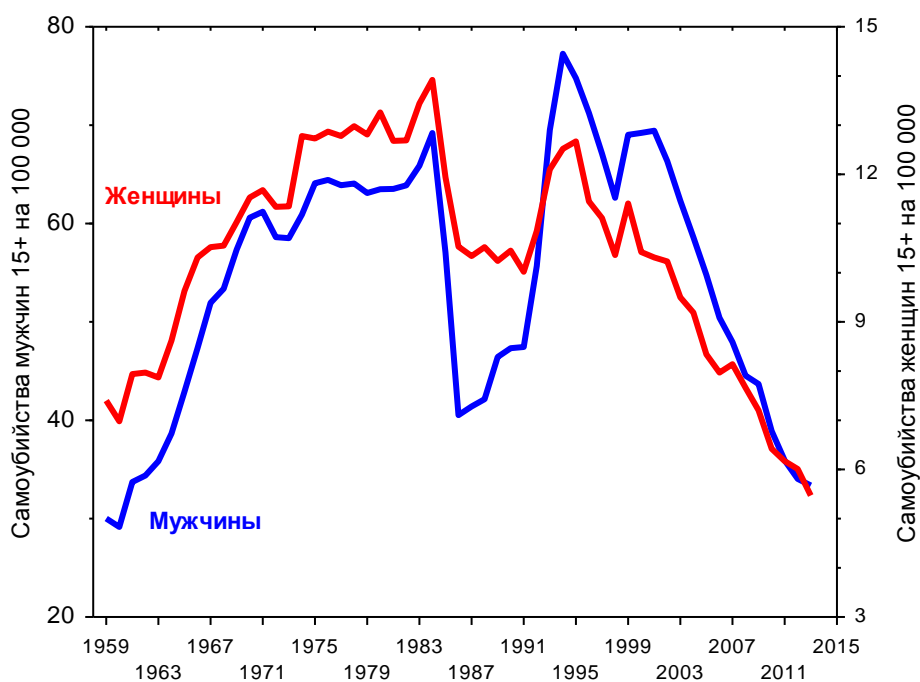


Рис. 1. Динамика самоубийств в России в 1959-2013 гг.

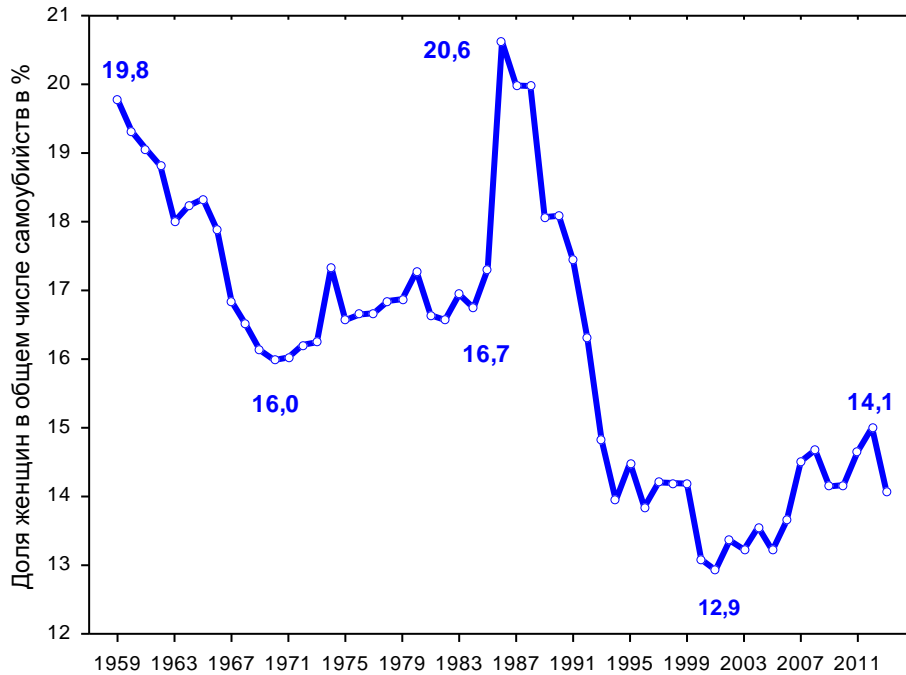


Рис. 2. Доля самоубийств женщин в общем количестве самоубийств (%) в России в 1959-2013 гг. Цифры на графике – процент в экстремальных точках.

Скорее всего, это отставание связано с тем, что во все время анализа происходило уменьшение доли самоубийств женщин в общем числе суицидов (рис. 2). Резкое отклонение от этой динамики в 1986-1988 гг. произошло за счет того, что недоступность алкоголя во время антиалкогольной кампании сказалась сильнее

на потреблении мужчин, чем женщин, в силу их большей зависимости от этого продукта.

После 2001 г. началось снижение уровня самоубийств. Однако после 2008 г. темп снижения замедляется, и, чем далее, тем все более

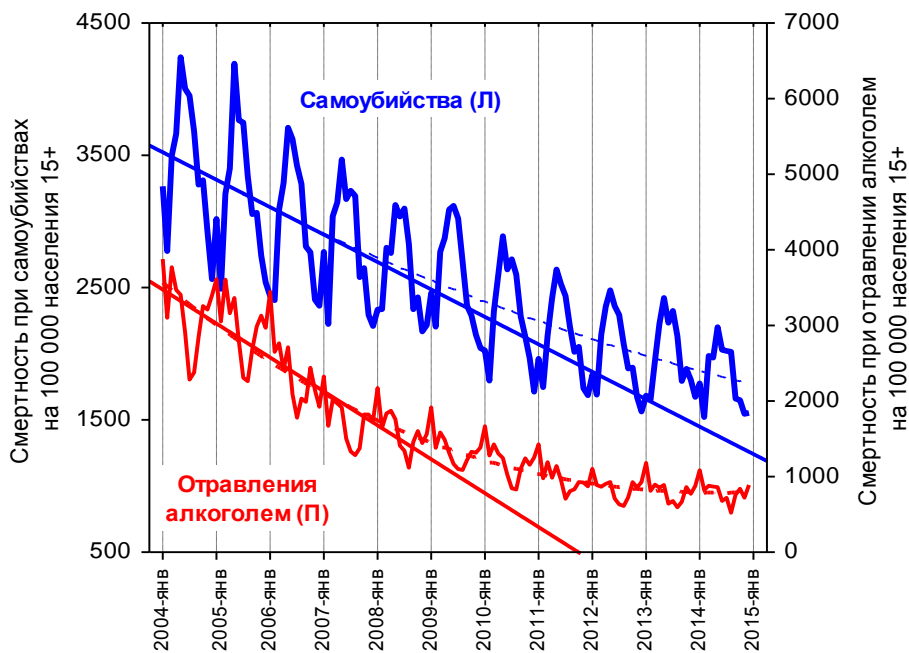


Рис. 3. Месячные показатели самоубийств (синяя линия, ордината слева) и смертей при отравлении алкоголем (красная линия, ордината справа). Прямые – линии регрессии для 2004-2008 гг., пунктир – полином третьей степени для 2004-2014 гг. (данные Росстата, представлены А.М. Андреевым).

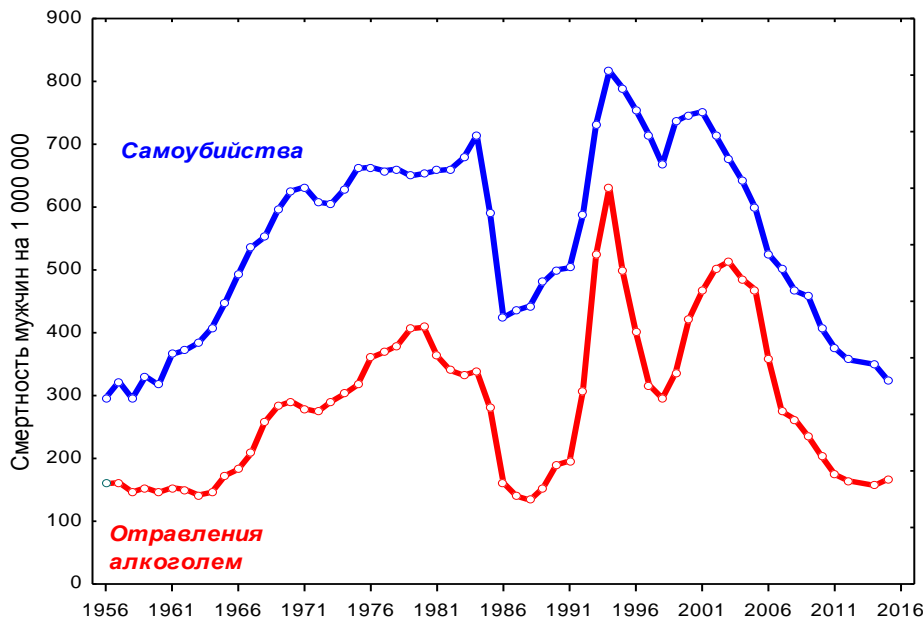


Рис. 4. Самоубийства мужчин (ордината слева) и оценка реального потребления алкоголя в России в 1965-2013 гг. [19].

Сходным образом замедляется смертность при отравлении алкоголем. Этот показатель наилучшим образом отражает уровень реального потребления алкоголя, поскольку для отравления не имеет значения какой алкоголь при этом употреблял человек, легальный или нелегальный. Поскольку отравления алкоголем в значительно большей степени зависят от потребления, отклонение этого показателя от тенденции, наметившейся в 2004-2008 гг., вы-

ражены значительно больше, а в 2013-2014 гг. практически вышли на плато.

При сопоставлении самоубийств мужчин с оценкой реального потребления алкоголя видна почти синхронная динамика (рис. 4). Однако, чисто иллюстративно совместив максимумы этих процессов (рис. 5), видно, что есть периоды большего (например, 2004-2006) и меньшего сходства (например, 1995-1998).

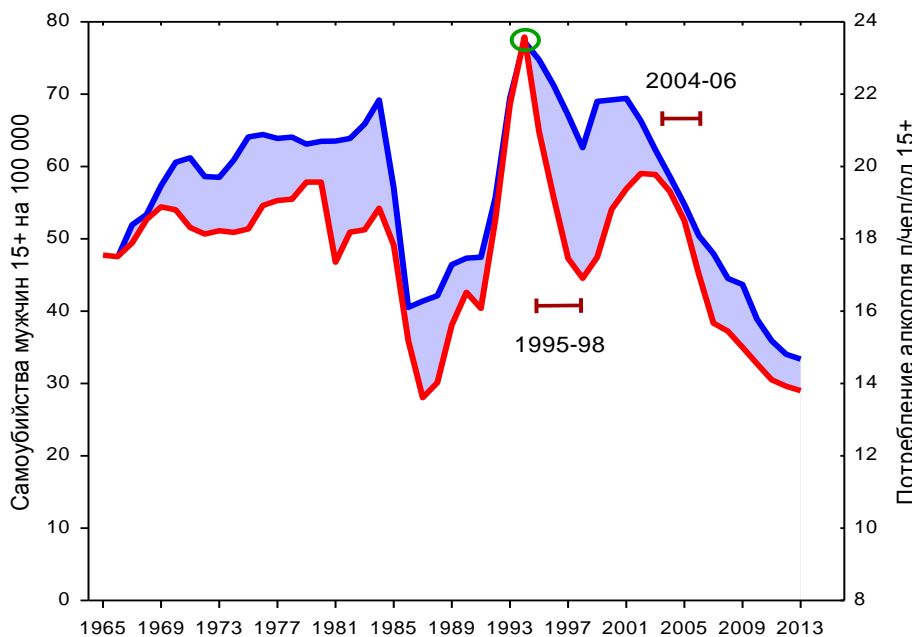


Рис. 5. Соотношение самоубийства мужчин (синяя линия) и потребления алкоголя (красная линия) при совмещении максимумов (зеленый кружок, 1994 г.). Голубая зона – различие двух кривых. Отмечены периоды 1995-1998 и 2004-2006 гг.

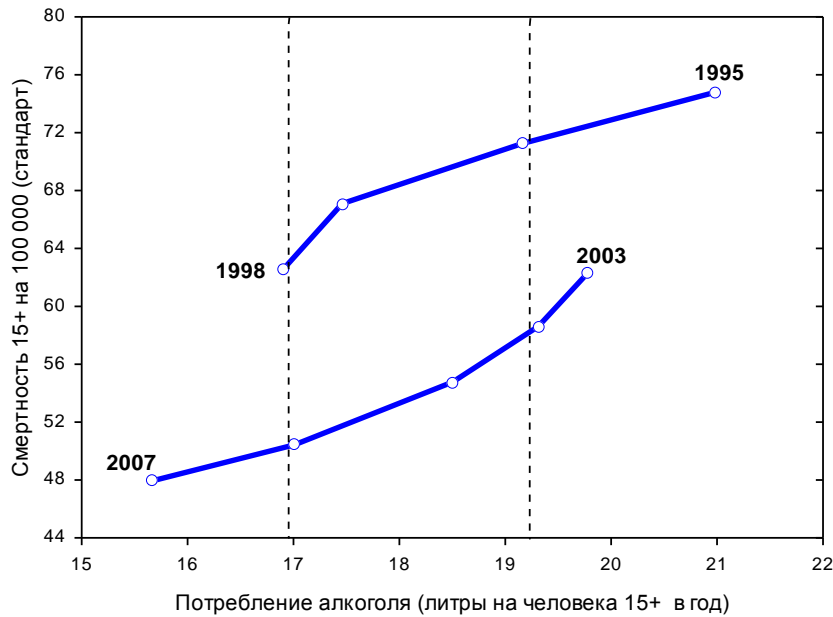


Рис. 6. Соотношение самоубийств и потребления алкоголя в 1995-1998 и 2003-2007 гг. Пунктиром отмечен диапазон потребления 16,9-19,3 литра на человека 15+ в год.

Можно изолированно сравнить эти два периода в отношении потребления алкоголя (рис. 6). При этом видно, что при сходном уровне потребления алкоголя (16,9-19,3 л/чел/год) имеется значительное различие уровня самоубийств. В эти периоды существенно различались также социально - экономические показатели (табл. 1, данные Росстата).

Таблица 1

Социально-экономические показатели двух периодов (Россия)

Показатели / Периоды	1994-1997	2004-2012
Реальные денежные доходы населения по отношению к предыдущему году (% в среднем)	- 2,97	+ 7,68
Население с доходами ниже прожиточного минимума (% от общей численности населения)	22,53	15,05
Цена на нефть марки Brent (доллары за баррель)	21,3	46,1

Последнее и самое главное – расчет доли самоубийств, зависимых от алкоголя (рис. 7). При этом важно, что эта зависимость имеет прямолинейный характер (рис. 8).

Обсуждение.

Издавна самоубийства воспринимаются как один из существенных показателей социального неблагополучия общества. Потребления алкоголя само по себе может быть отражением неблагополучия. Однако при высоком уровне потребления спиртного алкоголь может быть не только индикатором, но и фактором неблагополучия, что проявляется рядом негативных явлений. Одно из них – самоубийства. Это проявилось в настоящем исследовании: чем выше потребление, тем выше уровень суицидов (рис. 8).

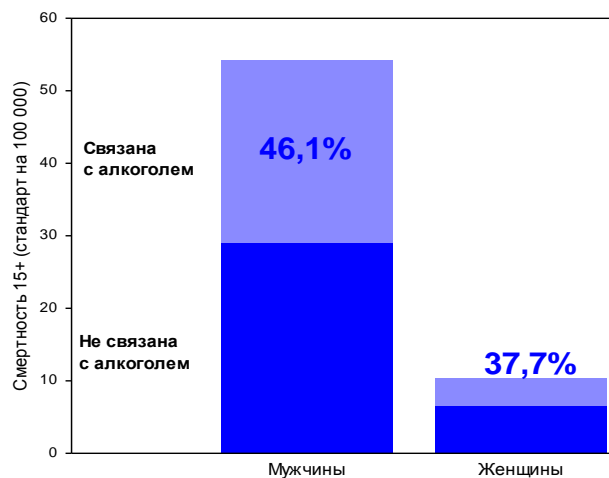


Рис. 7. Соотношение самоубийств мужчин и женщин, а также их доли, зависимые от алкоголя (%).

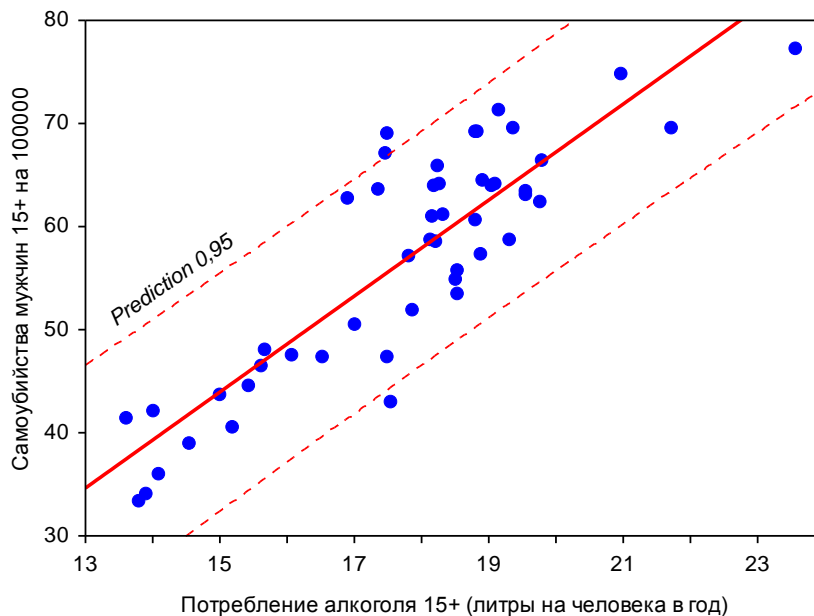


Рис. 8. Соотношение самоубийств мужчин и уровня потребления алкоголя в России в 1965-2013 гг.

Главный результат работы – расчет зависимой от алкоголя смертности при самоубийствах. Расчет показал, что на протяжении 1959-2013 гг. 45% самоубийств в стране связаны с алкоголем (46,1% у мужчин и 37,7% у женщин). Такой расчет стал возможным в связи с быстрыми и значительными перепадами уровня потребления алкоголя и, соответственно, смертности при самоубийствах. Началось это в 1985 г. в связи с антиалкогольной кампанией,

приняло циклический характер (рис. 4) и продолжается до последнего времени. Такая динамика суицидов и стала уникальным явлением, как для России, так и для мира. Нашей стране есть чем удивить мир.

Расчёт вклада алкоголя в самоубийства был сделан ранее [24]. Однако этот результат отличается от расчетов в настоящем исследовании большей величиной (61,0% vs. 46,1%).

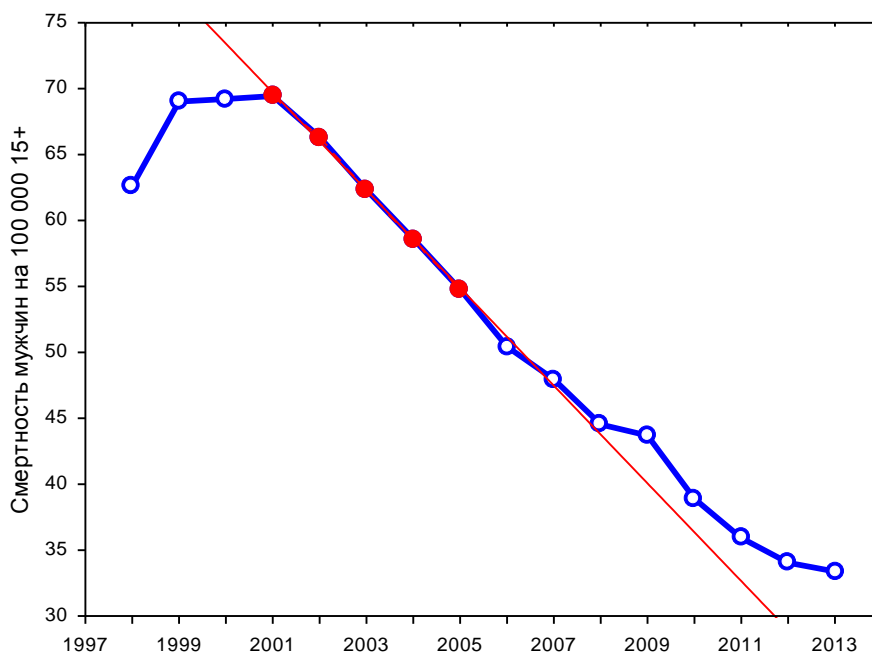


Рис. 9. Динамика самоубийств мужчин в 1998-2013 гг. Прямая красная линия – регрессия для 2001-2005 гг. (помечены красными кружками).

Различие можно связать с тем, что в двух исследованиях разная эпоха анализа: больше в настоящем (1956-2013 гг.) и меньше в (1980-2005 гг.) [24]. К последнему периоду в настоящем исследовании добавились два обрамляющие (1956-1979 и 2006-2013 гг.) с более низким суммарным уровнем потребления алкоголя (17,1 vs. 18,4 л/чел/год 15+) и, соответственно, суицидальной смертностью (51,0 vs. 65,3 на 100000 15+). Отсюда различие вклада алкоголя в уровень суицидов: выше потребление – больший вклад алкоголя в суицидальную активность населения, и наоборот. Никак не умаляя расчеты в [24], все-таки следует сказать, что репрезентативность показателей для популяции тем выше, чем длиннее временной ряд.

Остается решить, почему в двух исследованиях и разных по продолжительности периодах вклад алкоголя в самоубийства женщин оказался близок: 37,7% и 35,0% [24]. Скорее всего, это связано с тем, что самоубийства женщин меньше зависят от потребления алкоголя – корреляция по Спирмену для женских суицидов 0,416 ($p=0,0012$) в отличие от мужских 0,735 ($p=0,0000$) для 1959-2013 гг. Еще большие различия корреляций при том же методе анализа были обнаружены в [24] (0,79 и 0,12). Об этом также свидетельствует относительный рост самоубийств женщин во время антиалкогольной кампании (рис. 2). Это произошло за счет более резкого снижения самоубийств мужчин в сравнении с суицидами женщин. Иначе говоря, общий уровень потребления алкоголя меньше влияет на суицидальную активность женщин в сравнении с самоубийствами мужчин.

Попытку связать продолжительное снижение уровня самоубийств с эффективной антиалкогольной политикой в стране в виде законов 2005 г. (№ 102-ФЗ и № 209-ФЗ), которую предпринял W. Pridemore в нескольких публикациях [25-27], следует признать неудачной. Во-первых, потому, что снижение началось в 2002 г., еще до вступления в действие этих законов в 2006 г. Во-вторых, в ближайшие три года (2006-2008) не произошло изменения тренда уровня суицидов, намеченного в 2002-2005 гг., (рис. 9), и только в 2009 г. началось существенное и прогрессивное замедление темпов снижения самоубийств. Эта же динамика суицидов хорошо просматривается на графиках в работе W. Pridemore (рис. 1 в [26]). Однако, странное дело, такая динамика не бы-

ла замечена автором, который, по-видимому, хотел показать важность политических решений для снижения уровня самоубийств и потребления алкоголя. Но и это было не так: в 2006-2007 гг. ускорение снижения потребления и смертей при отравлении алкоголем было связано с непрямым эффектом законов-2005, с дезорганизацией и хаосом на алкогольном рынке [19]. А весь период снижения потребления алкоголя вплоть до 2013 г. обусловлен второй антиалкогольной кампанией, цель которой была в поиске источника пополнения бюджета за счет алкогольного рынка [28]. Снижение потребления, общей смертности и некоторых её составляющих было, главным образом, побочным результатом усилий по преодолению финансовых трудностей, хотя были постановления и законы прямого действия (запрет продажи спиртного подросткам; запрет продаж в ночное время оказался неэффективным [28]).

В отличие от смертности при отравлениях самоубийства никак не отреагировали на снижение потребления в 2006-2007 гг. (рис. 9). Можно предположить, что в это время включились новые или усилились прежде действующие неалкогольные факторы.

Обсуждая роль алкоголя для суицидальной активности населения, нельзя забывать, что в условиях России алкоголь существенный, но далеко не единственный фактор самоубийств. Его доля, во-первых, имеет переменное значение в зависимости от уровня потребления (рис. 8) и, во-вторых, от вклада социально-психологических факторов (рис. 6 и табл. 1).

Последнее, что следует обсудить, кто были те 45% самоубийц, которые в нашем исследовании погибли в связи с алкоголем. Эпидемиологическое исследование не может дать развернутый ответ на этот вопрос. Тут требуется ретроспективное социологическое исследование. На основе эпидемиологических данных можно только высказать предположение о том, что 45% – это те погибшие, кто был связан с алкоголем не случайно, то есть алкоголики и тяжелые пьяницы. Дело в том, что в нескольких исследованиях с использованием судебно-медицинских данных доля самоубийц с алкоголем в крови колеблется вокруг 60% (60,2% в 1981-1984 гг. [23], 65,8% в 1979-1984 и 64,4% в 2000-2007 [29], 60,7% в 2005-2007 гг. [12]). Можно предположить, что приблизительно у 15-20% самоубийц алкоголь был случайным,

триггерным фактором. Но это только гипотеза, которая требует проверки.

И последнее, что произойдет с самоубийствами в ближайшие годы? Последнее снижение смертности при суицидах началось в 2002 г., но с 2009 г. происходит прогрессивное замедление темпов снижения (рис. 3). Такое же, но более значительное замедление, свойствен-

но смертям при отравлении алкоголем (рис. 3), которые могут служить индикатором реального потребления алкоголя. Для прогноза важно, что в 2014 г. произошёл рост этой смертности на 6% [30]. Поэтому в ближайшие годы можно ожидать стабилизации или роста самоубийств, по меньшей мере, в той части, которая зависит от алкоголя.

Литература:

1. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне // Суцидология. – 2015. – Том 6, № 2. – С. 35-45.
2. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. – М.: NALEX, 2003. – 136 с.
3. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.
4. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Том 90.
5. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дисс... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 145 с.
6. Гольдштейн Р.И. Причины смертности больных алкоголизмом // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Том 85. – Вып. 8. – С. 1235-1238.
7. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., Калачев Б.П. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 804-805.
8. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – № 2. – С. 49-52.
9. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86-93.
10. Немцов А.В., Нечаев А.К. Потребление алкоголя и насильственные смерти // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 34-36.
11. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.
12. Кладов С.Ю., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С. Роль алкогольного фактора в формировании суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 31-34.

References:

1. Sakharov A.V., Govorin N.V. Suicidal behavior and alcohol: estimation of correlations at the population level // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 2. – P. 35-45. (In Russ)
2. Nemcov A.V. Alkogol'nyj uron regionov Rossii. – M.: NALEX, 2003. – 136 s. (In Russ)
3. Gladyshev M.V. Kliniko-social'nye aspekty rasprostranennosti suicidov v period radikal'nyh preobrazovanij v Rossii (1990-2003 gg.): Avtoref. diss... kand. med. nauk. – M., 2006. – 19 s. (In Russ)
4. Stoljarov A.V., Borohov A.D., Zhamanbaev E.K. Alkogol' kak provocirujushhij faktor suicidal'nyh dejstvij // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1990. – Tom 90. (In Russ)
5. Saharov A.V. Rol' alkogol'nogo faktora v suicidal'nom povedenii v Vostochnom Zabajkale: diss... kand. med. nauk. – Tomsk, 2007. – 145 s. (In Russ)
6. Gol'dshtejn R.I. Prichiny smertnosti bol'nyh alkogolizmom // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1985. – Tom 85. – Vyp. 8. – S. 1235-1238. (In Russ)
7. Pelipas V.E., Miroshnichenko L.D., Kalachev B.P. Smertnost' bol'nyh alkogolizmom (po dannym sploshnogo jepidemiologicheskogo issledovanija v g. Moskve) // Materialy XII s'ezda psihiatrov Rossii. – M., 1995. – S. 804-805. (In Russ)
8. Razvodovskij Ju.E. Alkogol' i suicidy: populjacionnyj uroven' vzaimosvjazi // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2004. – № 2. – S. 49-52. (In Russ)
9. Shustov D.I., Valentik Ju.V. Alkogol', alkogolizm i suicidal'noe povedenie (jepidemiologicheskij i klinicheskij aspekty) // Voprosy narkologii. – 1998. – № 3. – S. 86-93. (In Russ)
10. Nemcov A.V., Nechaev A.K. Potreblenie alkogolja i nasil'stvennye smerti // Voprosy narkologii. – 1991. – № 1. – S. 34-36.
11. Gladyshev M.V. Kliniko-social'nye aspekty rasprostranennosti suicidov v period radikal'nyh preobrazovanij v Rossii (1990-2003 gg.): Avtoref. diss... kand. med. nauk. – M., 2006. – 19 s. (In Russ)
12. Kladv S.Ju., Konobeevskaja I.N., Karpov R.S. Rol' alkogol'nogo faktora v formirovanii suicidal'ного povedenija // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – № 4. – S. 31-34. (In Russ)

13. Шелыгин К.В. Алкогольная атрибутивность смертности от самоубийств на Европейском Севере России в различные исторические периоды // Наркология. – 2012. – № 8. – С. 44-48.
14. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22-27.
15. The assessment and management of people at risk of suicide // www.nzgg.org.nz click on “Guidelines” then “Mental Health”, 2003. – P. 72.
16. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014. (Перевод с англ.).
17. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. – СПб.: Сотис, 2002. – 144 с.
18. Waterhouse J.A.H., Muir C.S., Correa P., Powell J., eds. Cancer incidence in five continents. – Lyon. IARC, 1976. – № 3. – P. 456.
19. Немцов А.В., Шелыгин К.В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 3-12.
20. Nemtsov A. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign // Addiction. – 1998. – Vol. 93, № 10. – P. 1501-1510.
21. Халфин А.А. (2008) Современные статистические методы медицинских исследований // URSS. – Москва. – 316 с.
22. Баканов М.И., Шеремет А.Д. Теория экономического анализа: Учебник. – 4-е изд-е, доп. и перераб. – М. Финансы и статистика, 1997. – 118 с.
23. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and Alcohol Dependence. – 2003. – № 71. – P. 161-168.
24. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси и России: сравнительный анализ трендов // Суцидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 37-43.
25. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Socisl forces. – Chpel Hill. – 2006. – Vol. 85, № 1. – P. 413-424.
26. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – P. 2021-2026.
27. Pridemore W.A., Chamlin M. B., Kaylen M.T., Andreev E. The Effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis // Alcoholism: clinical and experimental research. – 2014. – Vol. 38, № 1. – P. 257-266.
28. Немцов А.В. Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. – 2016. – Том 2, № 4. – С. 111-135.
29. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. – 2008. – № 6. – С. 67-72.
13. Shelygin K.V. Alkogol'naja atributivnost' smertnosti ot samoubijstv na Evropejskom Severe Rossii v razlichnye istoricheskie periody // Narkologija. – 2012. – № 8. – S. 44-48. (In Russ)
14. Vojcch V.F. Dinamika i struktura samoubijstv v Rossii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2006. – № 3. – S. 22-27. (In Russ)
15. The assessment and management of people at risk of suicide // www.nzgg.org.nz click on “Guidelines” then “Mental Health”, 2003. – P. 72.
16. Preventing suicide: a global imperative / Geneva: World Health Organization, 2014.
17. Zinov'ev S.V. Suicid. Popytka sistemnogo analiza. – SPb.: Sotis, 2002. – 144 s. (In Russ)
18. Waterhouse J.A.H., Muir C.S., Correa P., Powell J., eds. Cancer incidence in five continents. – Lyon. IARC, 1976. – № 3. – P. 456.
19. Nemcov A.V., Shelygin K.V. Potreblenie alkogolja v Rossii: 1956-2012 gg. // Voprosy narkologii. – 2014. – № 5. – S. 3-12. (In Russ)
20. Nemtsov A. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign // Addiction. – 1998. – Vol. 93, № 10. – P. 1501-1510.
21. Halfin A.A. (2008) Sovremennye statisticheskie metody medicinskih issledovanij // URSS. – Moskva. – 316 s. (In Russ)
22. Bakanov M.I., Sheremet A.D. Teorija jekonomicheskogo analiza: Uchebnik. – 4-e izd-e, dop. i pere-rab. – M. Finansy i statistika, 1997. – 118 s. (In Russ)
23. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and Alcohol Dependence. – 2003. – № 71. – P. 161-168.
24. Razvodovskij Y.E. Alcohol consumption and suicide in Belarus and Russis: a comparative analysis of trends // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – P. 37-43. (In Russ)
25. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Socisl forces. – Chpel Hill. – 2006. – Vol. 85, № 1. – P. 413-424.
26. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American Journal of Public Health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – P. 2021-2026.
27. Pridemore W.A., Chamlin M. B., Kaylen M.T., Andreev E. The Effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis // Alcoholism: clinical and experimental research. – 2014. – Vol. 38, № 1. – P. 257-266.
28. Nemcov A.V. Rossijskaja smertnost' v svete potreblenija alkogolja // Demograficheskoe obozrenie. – 2016. – Tom 2, № 4. – S. 111-135. (In Russ)
29. Razvodovskij Ju.E. Potreblenie alkogolja i suicidy v Belarusi // Voprosy narkologii. – 2008. – № 6. – S. 67-72. (In Russ)

30. Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем // Демоскоп Weekly. – 2016. – № 673-674. – С. 1-18.
30. Andreev E.M. Pravit'no li schitajut umershih ot sluchajnyh otravlenij alkogolem // Demoskop Weekly. – 2016. – № 673-674. – S. 1-18. (In Russ)

SUICIDES AND ALCOHOL CONSUMPTION IN RUSSIA, 1959-2013

A.V. Nemtsov, K.V. Shellugin

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

The value of alcohol for suicide (SU) of men and women examined in the Russian population in 1959-2013. Reducing the share of women SU was from 20% to 14% in this period. A substantial reduction of SU since 2002 slowed. Its pace began to 2009. Shows a linear relationship of SU and alcohol consumption within 13-22 liters per person 15+, as well as the correlation of SU with alcohol consumption level (0.735 for men and 0.416 women). The main result – 46% men SU and 38% of women are directly related to alcohol abuse.

Keywords: suicide, alcohol consumption, men and women.

УДК 616.89:616.052:616.058:614.253.1:614.253.52

СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ СУИЦИДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.С. Положий, В.В. Руженкова

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Телефон: (906) 776-24-68, электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Руженкова Виктория Викторовна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: 308015, г.Белгород, ул. Победы, д. 85. Телефон: (4722) 34-43-81, электронный адрес: ruzhenkova@bsu.edu.ru

С целью выяснения отношения к лицам, совершившим суицидальные попытки, методом анонимного анкетирования с использованием психологических тестов опрошено 1255 человек: 65 врачей-психиатров, 402 медицинские сестры, 437 санитарок и 351 человек из общей популяции. Для верификации стигматизации и самостигматизации клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 125 пациентов психиатрического стационара, имеющих в анамнезе суицидальные попытки. Установлено, что стигма суицидента проявляется во всех социальных сферах как на уровне населения, так и специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи – минимальная со стороны врачей-психиатров и наиболее выраженная со стороны санитарок. При непсихотических расстройствах стигма суицидента более значима, чем стигма психического расстройства, в семейной, личной и производственной сферах, а при психотических – превалирует стигма психически больного, несмотря на то, что суициденты чаще чувствуют вину и стыдятся своей попытки самоубийства.

Ключевые слова: самоубийство, психическое расстройство, стигматизация, самостигматизация.

Несмотря на происходящее в последние годы улучшение суицидальной ситуации, Российская Федерация продолжает оставаться страной с высокой частотой завершенных суи-

цидов – 17,1 на 100000 населения в 2015 г. Ещё более высокой является частота покушений на самоубийство, точная величина которой неизвестна. По данным литературы, соотношение завершённых суицидов и суицидальных попыток составляет от 1 : 8,5 [1] до 1 : 40 [2]. При этом, согласно последним сведениям ВОЗ [3], психические расстройства диагностируются не менее чем у 90% суицидентов, а среди них выражено преобладают лица с психической патологией непсихотического уровня [4].

Стигматизация суицидентов, также как и лиц с психическими расстройствами, имеет продолжительную историю [5, 6] и до сих пор широко распространена в обществе [7, 8, 9]. При оказании психиатрической помощи суициденты сталкиваются с патерналистским отношением со стороны медицинского персонала, пренебрежительным или гиперпротективным – со стороны членов семьи, а также с социальными ограничениями, связанными с реализацией гражданских прав [10, 11]. Все это является причиной дополнительных страданий суицидентов, препятствует их включению в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию [12]. Вместе с тем, проблема стигматизации лиц с психическими расстройствами, совершивших покушение на самоубийство, остается практически не изученной.

Учитывая вышеизложенное, нами было проведено исследование влияния клиничко-психопатологических и социально - психологических факторов на формирование и восприятие стигмы у страдающих психическими расстройствами суицидентов с целью разработки методов их дестигматизации.

Материалы и методы.

Исследование проводилось в два этапа. На первом из них (социальном) с помощью специально разработанной нами анкеты изучался социальный прессинг стигматизации суицидентов. Обследовано 1255 человек: 65 врачей-психиатров, 402 медицинские сестры и 351 человек из общей популяции. Дополнительно для верификации влияния индивидуально-личностных факторов на отношение к суицидентам применялись психологические методы (шкала социальной фрустрированности Вассермана, шкала враждебности Кука-Мадлей).

На втором (клиническом) этапе обследовано 125 суицидентов, страдающих психическими расстройствами, в возрасте от 18 до 77 лет. Первая группа (с психотическими расстрой-

ствами) включала в себя 61 пациента, в том числе 37 – с шизофренией и 24 – с шизоаффективным расстройством. Вторая группа (с непсихотическими расстройствами) состояла из 64 пациентов. Среди них с расстройствами личности – 33 человека (51,6%), дистимией – 16 (25,0%), смешанной тревожной и депрессивной реакцией – 9 (14,5%) и с органическим эмоционально-лабильным расстройством – 6 (9,4%).

Применялись клиничко - психопатологический, суицидологический и психометрический методы. При этом, «Шкала позитивных и негативных синдромов» (PANSS) и «Шкала нарушения осознания психического расстройства (SUMD) использовались только в первой группе. Восприятие стигматизации изучалось с помощью теста «Негативные социальные последствия психического расстройства» [13], а самостигматизации – по «Шкале интернализации стигмы психического расстройства» [14] с модификацией этих тестов для суицидентов.

Статистическая обработка материала проводилась при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6. Применялись непараметрические методы: медиана (Me) и интерквартильный размах (Q25-Q75), критерий Манна-Уитни, Вилкоксона, χ^2 для таблиц сопряженности 2x2 и корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты и обсуждение.

На первом этапе исследования изучалось отношение специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, а также населения к лицам, совершившим суицидальные попытки. Анализировались следующие сферы: личная, интимная, семейная, духовная, общественно - политическая, административно-правовая и профессиональная.

В сфере личных взаимоотношений выявлены противоречия в декларируемом и реальном отношении к суициденту. Так, более половины опрошенных во всех группах декларируют сохранение дружеских отношений даже после того, как их знакомый совершит попытку самоубийства. Среди таковых 54 (83,1%) врача-психиатра, 295 (73,4%) медицинских сестер и 269 (61,6%) – санитарок. Представители общей популяции (n=208; 59,3%) солидарны с младшим медицинским персоналом. В то же время менее половины респондентов каждой группы (47,7% среди врачей - психиат-

ров; 42,5% среди медсестер, 33,9% из числа младшего медицинского персонала и 40,5% из общей популяции) пошли бы к нему в гости.

Что касается *интимной сферы*, то 61,5% врачей-психиатров, 77,4% медицинских сестер и 78,3% санитарок (большая доля, чем среди врачей-психиатров) не допустили бы интимных отношений с человеком, у которого в анамнезе была попытка самоубийства. Среди представителей населения такую же точку зрения разделяли 59,3% опрошенных (меньше, чем среди среднего и младшего медицинского персонала).

В *семейной сфере* значительная часть (44,6% врачей-психиатров и 45% медицинских сестер) были противниками заключения брака с человеком, совершившим попытку самоубийства, считая такую семью неполноценной. Такой точки зрения придерживалась примерно по одной трети опрошенных среди младшего медицинского персонала и среди представителей населения (меньшая доля, чем среди врачей-психиатров [$p < 0,002$] и медицинских сестер). Тем не менее, подавляющее большинство опрошенных (90,8% врачей-психиатров, 91% медицинских сестер, 79,9% санитарок и 78,1% представителей общей популяции) готовы оказывать супругу, который совершил попытку самоубийства, психологическую поддержку.

Изучение отношения опрошенных к суицидентам в *духовной сфере* показало, что значительная часть считают людей, пытавшихся покончить с собой, «эгоистами»: 40% врачей-психиатров, более половины (52%) медицинских сестер и 58,1% лиц из числа младшего медицинского персонала. Аналогичная точка зрения была характерна и для 55,6% представителей населения.

Изучение отношения к суицидентам в *общественно-политической сфере* показало, что запретили бы суициденту быть общественным или политическим деятелем около трети (29,2%) врачей-психиатров, 58,7% человек из среднего и 68% из младшего медицинского персонала. Такой же точки зрения придерживались 60,7% представителей населения.

Что касается отношения к суицидентам в *административно-правовой сфере*, то 16,9% врачей-психиатров и 32,3% медицинских сестер считали, что суицидент не должен иметь права голоса. Эту точку зрения разделяли 40% опрошенных из числа младшего медицинского

персонала и 23,9% представителей населения. Часть опрошенных придерживались ещё более жесткой позиции, считая, что «за попытку самоубийства человек должен привлекаться к уголовной ответственности» (4,6% врачей-психиатров, 6,5% медицинских сестер, 12,1% младшего медицинского персонала и 15,1% из числа населения).

В *профессиональной сфере* более половины респондентов не доверили бы суициденту ответственную работу: 65,9% медицинских сестер, 66,4% санитарок и 55,6% из общей популяции. Реже разделяли эту точку зрения врачи-психиатры – 35,4%.

Около половины врачей-психиатров и подавляющее большинство обследованных других групп ($p < 0,005$) не позволили бы суициденту работать во врачебной и педагогической сфере, более половины респондентов (несколько реже врачи-психиатры) – в сфере юриспруденции. Как ни парадоксально, но стигматизирующее отношение отражает и тот факт, что некоторые респонденты – от 6,1% врачей-психиатров до 47,9% санитарок запретили бы суициденту занимать должность квалифицированного рабочего.

Изучение распространенности суицидального поведения (суицидальных попыток, мыслей, замыслов, намерений) среди опрошенных медицинских работников и населения показало, что оно было в анамнезе у 18 (27,7%) врачей-психиатров, что статистически достоверно чаще ($\chi^2 = 7,665$; $p = 0,006$), чем у медицинских сестер – 52 (13,4%) и младшего медицинского персонала – 57 (13,5%) человек. Среди населения и суицидальные попытки, и другие стадии суицидального процесса (мысли, замыслы, намерения) встречаются чаще среди лиц женского пола по сравнению с мужчинами.

Наличие случаев собственного суицидального поведения в анамнезе смягчало отношение медицинских сестер и представителей населения к суицидентам. Указанная закономерность не характерна для врачей-психиатров и санитарок.

Клинический анализ суицидентов с психическими заболеваниями (первая группа) показал, что большинство из них (77,0%) на период исследования не работали, лишь 27,8% состояли в браке, а у 24,6% близкие родственники страдали психическими расстройствами. Каждый пятый пациент (19,6%) этой группы отметил, что у ближайших родственников бы-

ли попытки самоубийства, почти в половине (41,7%) случаев завершившиеся летальным исходом. В общей сложности пациенты первой группы совершили 144 попытки самоубийства (в среднем 2,4 попытки на одного человека), из них 85,4% – истинных и 14,6% – демонстративных.

Степень выраженности психопатологической симптоматики по шкале PANSS у суицидентов мужского и женского пола была одинаковой. Среди позитивных симптомов преобладали нерезко выраженные расстройства мышления (3,0 балла) и бред (2,4 балла). Из негативных симптомов умеренно выраженным был притупленный аффект (3,8 балла) и незначительная эмоциональная отгороженность (3,3 балла). Среди общих психопатологических симптомов наиболее представленными были расстройства воли – 3,2 балла и загруженность психическими переживаниями – 3,0 балла. Депрессия также была выражена незначительно (2,2 балла), преобладая у лиц женского пола (2,5 балла) по сравнению с мужчинами (2,1 балла).

Шкала SUMD показала, что наличие психического расстройства и необходимость лечения обследованные осознавали не полностью – 2,8 балла. Отмечались неполная критика к эффекту медикаментов (2,6 балла) и частичное (2,9 балла) осознание социальных последствий психического заболевания. Его симптомы пациенты осознавали не в полной мере (2,9 балла).

Анализ субъективного восприятия изменения отношения к себе со стороны медицинского персонала в связи с суицидальной попыткой показал, что недоброжелательность со стороны врачей-психиатров отмечали 8,2% обследованных, со стороны медицинских сестер – 14,8% и со стороны младшего медицинского персонала – 16,4%. При этом 45,9% пациентов отмечали ухудшение отношения со стороны знакомых, а 40,9% – от членов семьи и других родственников.

По результатам тестов «Негативные социальные последствия попытки самоубийства» и «Негативные социальные последствия психического расстройства», негативные социальные последствия попытки самоубийства в сфере работы и трудоустройства (10,8% обследованных) были достоверно реже, чем собственно психического расстройства (27,8%). В семейной сфере уровень дискриминации вследствие

попытки самоубийства и вследствие психического расстройства был практически одинаковым (соответственно 36,6 и 43,6%). Стигматизирующее отношение по признаку психического расстройства и суицида со стороны друзей и знакомых, а также личные негативные переживания, связанные с дискриминацией из-за попытки самоубийства и психического расстройства, пациенты оценивали с одинаковой частотой: 44 и 46,9% соответственно.

Почти половина (45,9%) пациентов первой группы считали лиц, совершивших покушение на самоубийство, психически больными. Более половины (50,8–67,2%) – не доверили бы суициденту работу в сфере медицины, 44,2–67,2% – педагогики и 59–63,9% – юриспруденции.

Выраженность отчужденности, связанной с суицидом и с психическим расстройством, была одинаковой: соответственно 39,3 и 40,3% стигматизирующих утверждений. Пациенты были разочарованы в себе, не могли найти понимания со стороны других людей. Уровень подтверждения стигматизации оказался более высоким (34,3%) по признаку психического расстройства, по сравнению с суицидом (21,5%). В последнем случае у лиц женского пола (26,5%) он оказался выше, чем у мужчин (10,5%). Дискомфорт, связанный с социальной дискриминацией по признаку суицида и психического расстройства, оказался одинаковым: 36,7 и 31,8% утвердительных ответов соответственно. У женщин он был более высоким по признаку психического расстройства (42,6%), чем у мужчин (23,7%). Выраженность социальной изоляции, связанной с попыткой самоубийства (39,6%) и психическим расстройством (36,7%), была практически одинаковой. Степень устойчивости к стигматизации и дискриминации из-за попытки самоубийства составила 65,2%, и оказалась несколько выше, чем из-за психического расстройства – 59,9%.

Таким образом, для пациентов первой группы стигматизация по признаку психического расстройства была более значима, чем стигматизация по признаку самоубийства. Например, трудности с устройством на работу чаще были связаны с психическим расстройством (27,9%), чем с попыткой самоубийства (11,5%). Более половины (57,4%) обследованных чувствовали снижение своего социального положения и социального статуса после начала психического расстройства, и только треть (34,4%) после попытки самоубийства. Более половины (59%)

заявляли, что испортило им жизнь психическое расстройство, и лишь одна треть (29,5%) – попытка самоубийства.

В то же время, члены семей большинства (73,8%) пациентов первой группы скрывали от окружающих наличие у родственника попытки самоубийства, в то время как наличие у него психического расстройства скрывалось достоверно реже – 54,1% случаев.

Чувство вины обследованные чаще испытывали из-за попытки самоубийства (73,8%), чем из-за психического расстройства (49,2%). При этом в 25,6% случаев дискриминация по признаку психического расстройства вызывала у них суицидальные мысли.

Корреляционный анализ показал, что уровень подтверждения стигмы самоубийцы и уровень социальной изоляции из-за самоубийства в определенной мере связаны со степенью выраженности тревоги. Переживания дискриминации, отчужденности и социальной изоляции обнаруживали прямую корреляционную зависимость с чувством вины.

Среди суицидентов с непсихотическими расстройствами (вторая группа) только половина (50%) работали. Лишь 32,8% пациентов на момент исследования состояли в браке. Также у 32,8% близкие родственники лечились у врача-психиатра. У 20,3% пациентов у ближайших родственников были попытки самоубийства, более чем в половине (61,5%) случаев завершенные. Всего пациенты этой группы совершили 139 суицидальных попыток (2,2 на 1 человека), среди них 72,6% – истинные и 27,4% – демонстративные.

Анализ субъективного восприятия изменения отношения к себе со стороны медицинского персонала в связи с суицидальной попыткой показал, что недоброжелательность со стороны врачей-психиатров отмечали 3,1% обследованных, медицинских сестер – 14,1% и младшего медицинского персонала – 11%. В то же время, более трети (36,1%) пациентов чувствовали ухудшение отношения со стороны знакомых, а 39,1% – со стороны родственников.

Негативные социальные последствия попытки самоубийства и негативные социальные последствия психического расстройства в сфере работы и трудоустройства обследуемые испытывали одинаково часто (соответственно 11,8 и 10,4%). Тем не менее, предчувствия отстранения от работы чаще были связаны с попыткой самоубийства (39,1%), по сравнению с

психическим расстройством – 25%. В семейной сфере уровень дискриминации из-за попытки самоубийства (42,2%) был более значимым, чем из-за психического расстройства (27,5%). Стигматизирующее отношение из-за попытки самоубийства со стороны друзей и знакомых (50,9%) пациенты оценивали чаще, чем из-за наличия психического расстройства (29,5%). Свои собственные негативные переживания, связанные с дискриминацией по признаку суицида (33,5%) и психического расстройства (28,5%) пациенты оценивали одинаково.

Около четверти (23,4%) обследованных второй группы считали суицидентов психически больными. Более половины (50 – 57,8%) отказали бы суициденту в работе педагогом и воспитателем детского сада, а от 18,7 до 39,1% – в работе врачом. Уровень отчужденности, связанный с попыткой самоубийства и с психическим расстройством, был одинаковым – соответственно 33,1% и 33,3% стигматизирующих утверждений. Частота подтверждения стигматизации, связанной с попыткой самоубийства – 11,4%, оказался ниже связанной с психическим расстройством – 19,7%. Выраженность дискомфорта, испытываемого в связи со стигматизацией по признаку суицида (23,1%) и психического расстройства (20,0%), оценивалась пациентами второй группы одинаково. Степень социальной изоляции, связанной с попыткой самоубийства (39,6%), была выше, чем обусловленная психическим расстройством (29,5%). Устойчивость к стигматизации и дискриминации по признаку попытки самоубийства составила 60,6% утверждений и оказалась выше, чем в связи с психическим расстройством – 51,3%.

Таким образом, для обследованных второй группы более значимой являлась стигматизация по признаку самоубийства, Они чаще скрывали свою попытку самоубийства, нежели психическое расстройство от коллег по работе. Более половины (65,6%) чувствовали вину за суицид, при этом у 21,9% дискриминация, связанная с психическим расстройством, вызывала мысли о нежелании жить.

Корреляционный анализ показал, что уровень дискриминации со стороны семьи по признаку суицида был связан с неудовлетворенностью материальным положением и жилищными условиями, а уровень дискомфорта, испытываемого из-за попытки самоубийства, с не-

удовлетворенностью содержанием и условиями работы. При этом враждебность пациента снижала у него интенсивность переживания дискриминации из-за суицида. Устойчивость к стигме по признаку суицида коррелировала с удовлетворенностью работой, отношениями с супругом(-ой) и друзьями, а также с выраженностью собственной агрессивности.

Степень стигматизации из-за попытки самоубийства воспринималась обследованными обеих групп одинаково. Тем не менее, уровень самостигматизации из-за попытки самоубийства у лиц с психотическими расстройствами был выше, чем у лиц с непсихотическими. В то же время, большая часть пациентов с психотическим уровнем расстройств (62,3%) и достоверно меньшая – пациентов с непсихотическим уровнем

(40,6%) утверждали, что жизнь после суицидальной попытки сделала их более стойкими по отношению к трудностям и невзгодам.

Лечение и комплекс медико - психологических мероприятий, направленных на снижение стигматизированности и самостигматизированности пациентов с суицидальным поведением, проводились в три этапа (схема 1).

Таким образом, I этап предусматривал проведение психофармакотерапии основного заболевания после поступления пациента в стационар.

II этап – собственно дестигматизация. По мере становления терапевтической ремиссии начинались психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия.

Схема 1

Алгоритм лечения и дестигматизации суицидентов с психическими расстройствами



При психотическом уровне психических расстройств симптомами-мишенями для психотерапии были тревога, чувство вины и неуверенность в себе. При непсихотическом уровне расстройств – чувство вины и стыда, социальная тревога, агрессивность, враждебность и социальная фрустрация. Применялись психотерапевтические приемы, разработанные на основе психотехнологий поведенческой психотерапии, элементов гештальт-терапии и коммуникативных стратегий нейролингвистического программирования. Работа была направлена на три вектора: рациональное воздействие (посредством убеждения), воздействие на эмоциональную сферу и собственно поведенческая психотерапия (обучение конструктивному поведению в микросоциальном окружении). Для нейтрализации переживания стигмы применялись специально адаптированные для суицидентов техники активизации их преморбидных ресурсов. В обязательном порядке проводилась семейная психотерапия, направленная на снижение прессинга стигматизации суицидента членами семьи и принятие пациента таким, какой он есть, а также на усиление семейной поддержки суицидента и гармонизацию внутрисемейных отношений.

III этап – контрольное тестирование. По данным нашего исследования, после психофармакотерапии и психотерапии в обеих группах статистически достоверно ($p < 0,005$) снизился уровень дискриминации в семейной и бытовой сферах, а также интенсивность переживаний, связанных с дискриминацией. Снизился уровень самостигматизации, в частности, уменьшилась отчужденность, редуцировалось чувство вины и стыда, снизилась социальная изолированность. Это привело к снижению уровня дискомфорта, подтверждения стигмы и повышению стигмаустойчивости. Во всех случаях субъективно улучшились взаимоотношения в семье и микросоциальном окружении.

Таким образом, в результате исследования установлено, что отношение к суицидентам специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, является неоднозначным и противоречивым. На бытовом уровне декларируется позитивное отношение, но одновременно имеет место отвержение в личной, интимной, семейной и производственной сферах. Стигматизация суицидентов населением преобладает в общественно-политической, административно-правовой и профессиональной сферах. При этом представители общей популяции менее лояльны, чем вра-

чи-психиатры, но более благожелательны, чем младший медицинский персонал. Наличие в анамнезе собственного суицидального поведения смягчает стигматизирующее отношение к суицидентам со стороны среднего медицинского персонала и населения. Более лояльное отношение присуще лицам женского пола.

Восприятие стигматизации и самостигматизация больными с психотическими расстройствами по признаку суицида определяются преимущественно клиническими факторами (наличие критики к своему заболеванию, степень выраженности тревоги и чувства вины), а с непсихотическими расстройствами – в большей степени неблагоприятными микросоциальными факторами, приводящими к социальной фрустрации (неудовлетворенность материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, работой, положением в обществе и межличностными отношениями). Стигмаустойчивость зависит от удовлетворенности обследованного социальным окружением, а также от агрессивных тенденций в собственном поведении.

Стигма суицидента при непсихотических психических расстройствах превалирует над стигмой по признаку психического расстройства и наиболее выражена в семейной и бытовой сферах. При психотических расстройствах стигматизация и дискриминация в семейной и бытовой сферах, а также самостигматизация более выражены по признаку психического расстройства. В целом, степень выраженности стигмы суицидента несколько больше в группе больных с психотическими расстройствами.

Дестигматизация лиц с психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки, должна проводиться с учетом уровня нарушений психики и включать в себя психофармакотерапию основного заболевания и психотерапевтический комплекс, направленный на устранение непсихотической симптоматики (тревога, депрессия, чувство вины и стыда), коррекцию вызванных стигматизацией деструктивных социальных установок (агрессивность, враждебность, социальная фрустрированность); формирование толерантности пациента к восприятию социальной стигматизации и повышение его самооценки для снижения уровня самостигматизации, гармонизацию семейных отношений, мотивирование родственников на принятие и социальную поддержку пациента.

Литература:

1. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
2. Cutcliffe J.R. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis // Br. J. Nurs. – 2003. – Vol. 12, № 2. – P. 92-99.
3. World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72-87.
4. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера: метод. рекомендации / Моск. НИИ психиатрии; сост. В.Е. Цупрун. – Москва: [б. и.], 1986. – 15 с.
5. Dain N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry // Hosp. Community Psychiatry. – 1994. – Vol. 45, № 10. – P. 1010-1014.
6. Або Асби М., Малкова Е.Е., Перс Л.М. Особенности формирования отношения к душевнобольным в арабском обществе (историко-культуральный аспект) // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2012. – № 3. – С. 109-118.
7. Nawka P., Reiss C.M. Integrating people who are stigmatized: the tetralogue model // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, № 1. – P. 27-28.
8. Audu I.A., Idris S.H., Olisah V.O. et al. Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 59, № 1. – P. 55-60.
9. Sewilam A.M., Watson A.M., Kassem A.M. et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2015. – Vol. 61, № 2. – P. 111-120.
10. Кедровская А.С. Проблема стигматизации суицидентов как фактор, препятствующий превенции: материалы времен. коллективов // Всероссийская 70-я юбилейная итоговая научная студенческая конференция им. Н.И. Пирогова, Томск, 16-18 мая 2011 г. : сб. ст. / Сиб. гос. мед. ун-т ; под ред. В.В. Новицкого, Л.М. Огородовой. – Томск, 2011. – С. 383-384.
11. Голенков А.В., Матюшкин В.В., Аверин А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 8. – С. 99-108.
12. Серебряйская Л.Я. Социальные представления о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2005. – Том 105, № 3. – С. 47-54.
13. Lee S., Lee M., Chiu M. et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186, № 2. – P. 153-157.

References:

1. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012 // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1. – P. 54-61. (In Russ)
2. Cutcliffe J.R. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis // Br. J. Nurs. – 2003. – Vol. 12, № 2. – P. 92-99.
3. World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72-87.
4. Profilaktika suicidal'nogo povedenija sredi kontingenta bol'nyh psihonevrologicheskogo dispansera: metod. rekomendacii / Mosk. NII psihiatrii; sost. V.E. Cuprun. – Moskva: [b. i.], 1986. – 15 s. (In Russ)
5. Dain N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry // Hosp. Community Psychiatry. – 1994. – Vol. 45, № 10. – P. 1010-1014.
6. Abo Asbi M., Malkova E.E., Pers L.M. Osobennosti formirovaniya odnoshe-nija k dushevnobol'nym v arabskom obshhestve (istoriko-kul'tural'nyj aspekt) // Universum: Vestnik Gercenovskogo universiteta. – 2012. – № 3. – S. 109-118. (In Russ)
7. Nawka P., Reiss C.M. Integrating people who are stigmatized: the tetralogue model // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, № 1. – P. 27-28.
8. Audu I.A., Idris S.H., Olisah V.O. et al. Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 59, № 1. – P. 55-60.
9. Sewilam A.M., Watson A.M., Kassem A.M. et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2015. – Vol. 61, № 2. – P. 111-120.
10. Kedrovskaja A.S. Problema stigmatizacii suicidentov kak faktor, prepjatstvujushhij prevencii: materialy vremen. kolektivov // Vserossijskaja 70-ja jubilejnaja itogovaja nauchnaja studencheskaja konferencija im. N.I. Pirogova, Tomsk, 16-18 maja 2011 g. : sb. st. / Sib. gos. med. un-t ; pod red. V.V. Novickogo, L.M. Ogorodovoj. – Tomsk, 2011. – S. 383-384. (In Russ)
11. Golenkov A.V., Matjushkin V.V., Averin A.V. Rol' medicinskogo personala v korrekcii samostigmatizacii psihicheski bol'nyh // Glavnaja medicinskaja sestra. – 2009. – № 8. – S. 99-108. (In Russ)
12. Serebrijskaja L.Ja. Social'nye predstavlenija o psihicheski bol'nyh i psihiatrii v kontekste problemy stigmatizacii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2005. – Tom 105, № 3. – S. 47-54. (In Russ)
13. Lee S., Lee M., Chiu M. et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186, № 2. – P. 153-157.

14. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure // *Psychiatry. Res.* – 2003. – Vol. 121, № 1. – P. 31-49.

14. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure // *Psychiatry. Res.* – 2003. – Vol. 121, № 1. – P. 31-49.

STIGMATIZATION AND SELF-STIGMATIZATION BY PERSONS WITH MENTAL DISORDERS WHO COMMITTED SUICIDAL ATTEMPTS

B.S. Polozhy¹, V.V. Ruzhenkova²

¹V.Serbssky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

²Belgorod State National Research University, Russia

A sampling of 1255 persons was examined by the method of anonymous questionnaire (65 psychiatrists, 402 nurses, 437 nursing assistants and 351 persons from general population) with the purpose of identification their attitude for the persons, who committed suicidal attempts. A sampling of 125 patients with mental disorders and suicidal behavior was examined by the clinic-psychopathological and psychometrical methods for finding out their stigmatization and self-stigmatization.

It is found that stigma of suicide is manifested in all social spheres not only among general population but also among professional staff members of psychiatric clinics. Stigmatization is the lowest among psychiatrists and the most expressed among nursing assistants. Stigma of suicide is more important than stigma of mental illness for patients with non-psychotic mental disorders in family, interpersonal and employment spheres. In spite of guilt and shame because of suicidal attempt, stigma of mental illness is more important than stigma of suicide for patients with psychotic mental disorders.

Keywords: suicide, mental disorder, stigmatization, self-stigmatization.

УДК: 616.89.008.44

СТРЕСС И СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ У ПОДРОСТКОВ

В.А. Розанов, А.И. Уханова, А.С. Волканова, А.С. Рахимкулова, А. Пизарро, Б.В. Бирон

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина

Институт информатики и социальных технологий, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

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

Уханова Анастасия Игоревна – специалист-психолог. Место работы и должность: аспирантка кафедры клинической психологии Института информатики и социальных технологий Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-333-88-48, электронный адрес: pestrueva@ukr.net

Волканова Анна Сергеевна – клинический психолог. Место работы и должность: исследователь при кафедре клинической психологии Института информатики и социальных технологий Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-333-88-48, электронный адрес: volkanova_anna@mail.ru

Рахимкулова Анастасия Станиславовна – нейропсихолог. Место работы и должность: аспирантка кафедры клинической психологии Института информатики и социальных технологий Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Электронный адрес: anastasiya.rakhimkulova@gmail.com

Пизарро Анжелика – бакалавр-психолог. Место работы и должность: магистрант, программа по психологическому консультированию, Florida International University, 10750 sw 14th st, Miami, FL, 33174, +1(305) 780-9130, электронный адрес: apiza005@fiu.edu

Бирон Богдан Владимирович – кандидат психологических наук. Место работы и должность: старший преподаватель кафедры дифференциальной и специальной психологии Института математики, экономики и механики Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-395-20-26, электронный адрес: biron@i.ua

Проанализированы данные исследования психического здоровья детей (n=589), проведенного по стандартам международного проекта SEYLE с целью оценки взаимосвязи переживаемого стресса и суицидальных тенденций у подростков. Каждый третий подросток испытывает существенную стрессовую нагрузку, которая составляет 5 и более негативных жизненных событий (НЖС) за полгода. Приоритетными событиями являются проблемы в школе, семейные проблемы и межличностные ситуации (конфликты, расставания). Что касается субъективного переживания стресса, то около половины подростков сообщают, что ощущают стресс с различной частотой, от нескольких раз в году до нескольких раз в неделю. Между накоплением стрессовых событий и ощущением стресса существует прямая корреляция, однако взаимоотношения между этими характеристиками сложнее. По этим критериям школьники разделились на 4 близкие по численности группы, из которых привлекает особое внимание группа, у представителей которой ярко выражен субъективно переживаемый стресс на фоне незначительной частоты НЖС, то есть отсутствия объективных причин для этого. Среди членов этой группы характер суицидальной идеации был аналогичен таковому в группе подростков с высоким уровнем субъективного и объективного стресса. Таким образом, психологический субъективно переживаемый стресс ассоциирован с суицидальностью в такой же степени, как и объективный. Приоритетность НЖС не отражает их влияния на суицидальность. С суицидальными мыслями ассоциированы порой довольно редкие события, в основном связанные с семьей, взаимоотношениями с родителями и сверстниками, болезнями и смертью близкого человека.

Ключевые слова: негативные события жизни, психологический стресс, суицидальные мысли, попытки, подростки

Стресс является одним из основных факторов суицидального поведения, а концепция стресс-диатеза (стресс уязвимости) – одной из наиболее активно разрабатываемых и продуктивных в суицидологии в последнее время. Согласно этой концепции, суицидальность (имеются в виду как мысли, так и попытки и завершённое самоубийство) в значительной степени определяется дизадаптивной уязвимостью к стрессу. Уязвимость к стрессу трактуется как генетически обусловленная характеристика, включающая психологические и поведенческие проявления, которая может усиливаться при неблагоприятном протекании ранних периодов развития личности и в основе которой лежат преимущественно биологические механизмы [1, 2], в том числе, эпигенетические [3, 4].

Стресс в данном контексте рассматривается как стресс жизни или как негативные жизненные события (НЖС), обычно разделяемые на отдаленные и непосредственные, триггерные. Негативные жизненные события – это инциденты, происшествия, напасти или менее крупные неприятности, нарушающие нормальное течение жизни и являющиеся причиной физической или психологической боли [5]. Большое число исследований, посвященных роли НЖС, неизменно подтверждают связь между происшедшими событиями и суицидальными тенденциями у различных возрастных групп. Так, с суицидальным поведением ассоциированы переживание острого горя, разрывы отношений, межличностные конфликты (особенно семейные), финансовые и иные по-

тери, а также проблемы с законом и жизненные «провалы и катастрофы» [6, 7]. При этом физическое и сексуальное насилие, конфликты в семье и разрывы отношений обычно коррелируют с частотой и тяжестью суицидальных попыток у молодых людей [8], а одиночество, тяжелые заболевания, изменения привычного уклада жизни и финансовые проблемы являются факторами повышенного риска самоубийств в основном у пожилых [9]. В суицидологии встречается также определение таких событий как ситуаций риска, наряду с факторами риска. Такие ситуации делают суицид более вероятным.

В последнее время наблюдается повышенный интерес к суицидогенной роли стресса в подростковом возрасте. Основная масса работ в предыдущие годы касалась стрессовых событий жизни взрослых, несущих ответственность за себя и свою семью и в большей степени подверженных стрессу жизни. При этом считалось, что дети и подростки, за которых ещё отвечают взрослые, в этом отношении не столь уязвимы. Действительно, число НЖС нарастает к 45-50 годам, с небольшой разницей у мужчин и женщин [10]. Однако подростки переживают стрессовые ситуации, возможно даже более остро, чем взрослые и, тем более, пожилые люди, что связано с особенностями их эмоциональной и когнитивной сферы [11]. При этом следует отметить, что стрессовая нагрузка в социуме в целом растет, в том числе, в экономически развитых и считающихся благополучными странами. Так, по данным Американской Психологической Ассоциации (АРА) 22%

опрошенных сообщают, что испытывают «выраженный стресс», а 39% утверждают, что за последний год уровень переживаемого ими стресса возрос [12]. Все это заставляет обратить особое внимание на стресс, переживаемый подростками и молодыми людьми.

Стресс в подростковом возрасте может быть связан с межличностными проблемами, школьными ситуациями, различными формами насилия и третирования, распространенными в детской и подростковой среде, проблемами со здоровьем, потерями и провалами. Кроме этого, подростки порой тяжело переживают стрессовые ситуации своих родителей и семьи в целом – вынужденные переезды, финансовые проблемы, проблемы с работой и болезни старших. Все эти ситуации в той или иной степени связаны с суицидальными мыслями, попытками и самоубийствами среди подростков [13 - 16]. Имеет значение время, когда произошло событие, так, НЖС за последние 3 мес являются наиболее сильными предикторами суицидальных попыток у молодых людей [17].

Большую роль в подростковом стрессе играют межличностные отношения, причем медиатором между межличностным стрессом и суицидальными мыслями являются внутренние ощущения подростков, в частности, чувство покинутости, одиночества и «обузы для окружающих» [16]. Существенный вклад вносит школьная среда, так L. Rew и соавт. указывают на то, что при изменении своего статуса в школе, например, при переходе в другой класс или смене школы, подростки испытывают значительное число стрессовых событий, провоцирующих, в том числе суицидальные мысли. Выраженность суицидальной идеации снижается по мере продвижения к окончанию старшей школы, зависит от характера стрессового события, имеет этнические и гендерные различия и модерируется копинг-стратегиями [18]. Важным сопутствующим фактором является депрессия, она с одной стороны, в значительной степени провоцируется стрессом, а с другой – выступает посредником между эмпирически выявляемым стрессом и суицидальными мыслями, попытками и т.д. [19].

Как правило, оценка выраженности стресса осуществляется с использованием декларативных опросников, предлагающих респонденту отметить, какие из перечисленных НЖС с ним случились за последнее время. Такой подход базируется на перечне стрессовых жизненных событий, предложенных Т.Н. Holmes и

R.H. Rahe ещё в 1967 [20], и обычно учитывает число, частоту и период жизни, на который пришлось событие [21]. Однако понятно, что такой механистический подход является недостаточным, характер события также должен учитываться, равно как и способность справляться с возникающими эмоциями. Стресс, согласно когнитивистским взглядам R.S. Lazarus и S. Folkman [22] возникает тогда, когда индивидум осознает недостаточность ресурсов для преодоления возникшей проблемы. Таким образом, стресс – это чаще всего внутреннее ощущение, осознание невозможности разрешить проблему или избежать нежелательной ситуации.

В соответствии с этими воззрениями, стресс жизни нужно рассматривать как преимущественно психологический стресс. Разумеется, случаются и реальные физические угрозы, однако в подавляющем числе случаев стресс современного подростка связан с ощущением несправедливости, ожидаемыми проблемами, внутренними переживаниями, стыдом, сниженной самооценкой и аналогичными эмоциями. Психологический стресс – широко распространенная, но и в то же время наиболее неопределенная, расплывчатая категория [23]. В значительной степени этот конструкт перекрывается с тревогой, депрессией, в чем-то – с психической болью, важнейшим предиктором суицида. Для оценки психологического, субъективно ощущаемого стресса (в англоязычной литературе – *perceived stress*), используется соответствующий опросник – *Perceived Stress Scale (PSS)* [24], широко применяемый при оценке стрессовых ситуаций и эффективности стресс-протективных мер. В значительной степени благодаря этому инструменту конструкт психологического стресса приобрел более ясные очертания. Имеется обширная литература, показывающая связь субъективно ощущаемого стресса с различными психопатологиями, включая тревогу, депрессию и интернет-зависимость [25–28].

Нами в 2012 г. проводилось исследование, направленное на выявление ряда психосоциальных характеристик подростков по стандартам международного проекта SEYLE [29]. Полученный большой эмпирический материал анализировался с различных позиций, главным образом в плане оценки нарушений психического здоровья и психологического благополучия (депрессия, тревога, субъективное ощущение стресса) и выявления ассоциа-

ций с такими явлениями, как суицидальная попытка за последние 6 месяцев и суицидальные фантазии, мысли и планы. Мы обратили внимание на то, что субъективное ощущение стресса в большей степени влияет на выраженность депрессии, тревоги и рискованного поведения, чем реальное наличие большого числа НЖС [30]. В то же время, выраженность суицидальных тенденций в большей степени зависела от произошедших НЖС.

Это заставляет предположить зависимость суицидальных тенденций не только от количественных, но и от качественных показателей стресса, то есть от характера события, а также от соотношения, возможно, взаимодействия НЖС и психологического стресса. Данное обстоятельство послужило основанием для настоящего исследования, в котором роль стресса в провоцировании суицидальных проявлений у подростков исследована более детально, с учетом характера стресса и качественного состава НЖС.

Методика исследования.

Основные методические особенности исследования подробно описаны ранее [31]. В данной работе использовали ответы подростков на вопросы, касающиеся 28 типов случившихся за последние 6 месяцев НЖС. В число предлагаемых вариантов событий были включены (в указанном порядке): Болезнь члена семьи; Появление нового члена семьи; Мать / отец начинает или перестает работать; Проблемы с родителями; Запугивание или преследования; Смерть домашнего животного; Безработица родителей; Увеличение нагрузки в школе; Изменение финансового положения

родителей; Кража личного имущества; Оценки хуже ожиданий; Серьезный конфликт с учителем; Переход в другую школу; Сексуальные проблемы; Замужество сестры / женитьба брата, с которой(-ым) вы эмоционально близки; Член семьи злоупотребляет алкоголем или наркотиками; Привод в милицию; Серьезная ссора с близким другом; Незначительное правовое нарушение; Важное интервью, экзамен; Неудачно сдан экзамен; Серьезная травма или заболевание; Расставание с парнем / девушкой; Развод родителей; Смерть близкого друга; Смерть близкого члена семьи; Беременность; Другое. Анализовали также ответы на вопрос «Как часто вы ощущаете стресс? Стресс означает ситуацию, в которой вы чувствуете напряжение, беспокойство, раздражительность, тревогу или растерянность» с предлагаемыми вариантами ответов «Никогда или несколько раз в году, ежемесячно, еженедельно, несколько раз в неделю, большую часть дней в неделю». Данный вопрос является ключевым в опроснике PSS. При анализе данных использовали методы вариационной и непараметрической статистики. Общее число респондентов, включенных в данный анализ с учетом качества заполнения анкет, составило 589 человек.

Результаты и обсуждение.

Вначале мы проанализировали описательные статистики для показателя суммарного числа стрессовых событий. Среднее значение данного показателя составило 3,88 событий за последние 6 месяцев при стандартном отклонении 2,93, медианное значение составило 3,00 события, модальное – 2,00.

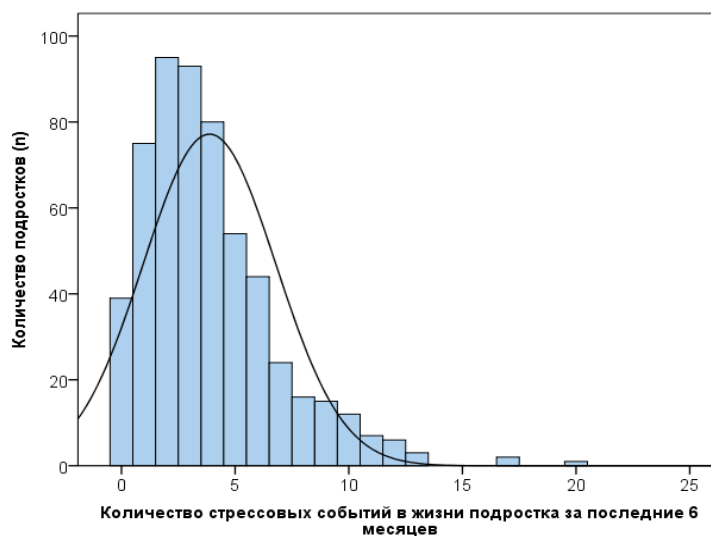


Рис. 1. Гистограмма распределения числа стрессовых событий за последние 6 месяцев.

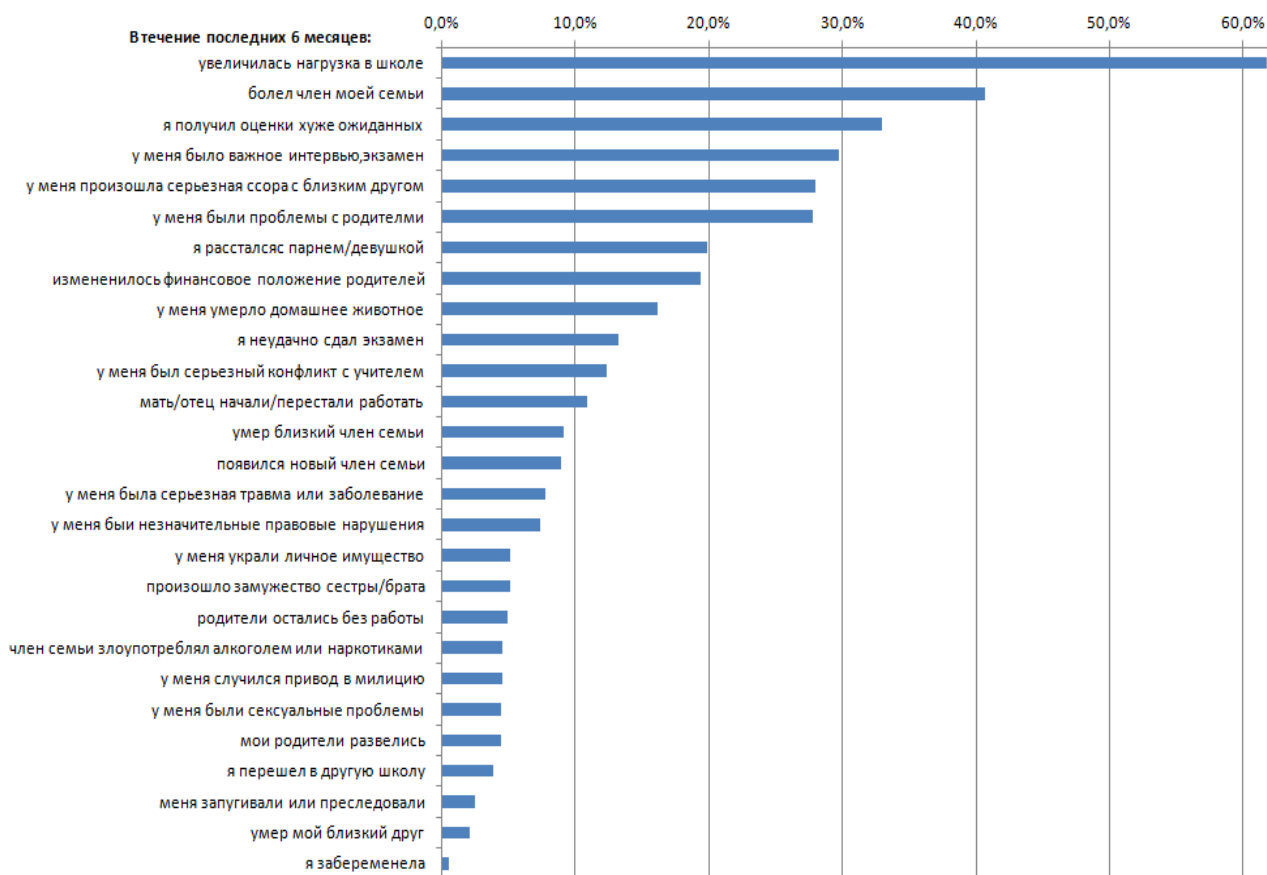


Рис. 2. Гистограмма частот негативных жизненных событий за последние 6 мес.

Показатели асимметрии и эксцесса свидетельствовали о том, что данное распределение существенно отличается от нормального. Минимальное значение в исследованной выборке составило 0 стрессовых событий в течение полугодия, максимальное значение – 20 стрессовых событий. Граница первого квартиля – 2 события, третьего – 5 событий.

Графически в виде гистограммы распределение подростков по числу актуальных стрессовых событий представлено на рис. 1.

Приведенные данные свидетельствуют, что по мере роста числа актуальных стрессовых событий доля подростков в выборке вначале резко нарастает, достигая пиковых значений в диапазоне 2-3 стрессовых события, а затем плавно снижается. У 67,49% исследованных подростков число отмеченных стрессовых событий составляет от 0 до 4. Пять и более событий отмечают 32,51% опрошенных. Таким образом, примерно каждый третий ребенок испытывает существенную стрессовую нагрузку, которая составляет 5 и более стрессовых событий за полгода.

Следующий важный вопрос – качественный состав НЖС и их приоритетность.

Результаты представлены на рис. 2.

Как видно из представленных данных, с наибольшей частотой отмечается такое стрессовое событие, как увеличение академической нагрузки. Вторым по частоте событием является болезнь члена семьи.

Если выделить все события, частота которых превышает 10% или близка к этому порогу (таких всего 14 событий), то выясняется, что здесь представлены почти в равных долях школьные стрессы (экзамен, оценки ниже ожидаемых, конфликт с учителем), семейные ситуации (болезнь члена семьи, смерть или появление нового члена семьи, проблемы с родителями, проблемы с работой родителей, смерть домашнего животного) и межличностные ситуации (конфликт с другом, расставание с парнем / девушкой).

Далее мы проанализировали субъективное восприятие стресса подростками. Подростки сообщали, с какой частотой они испытывают стресс (от крайне редкого до ежедневного ощущения). Следует отметить, что само понятие стресса давно и прочно вошло в сознание и отразилось в повседневной речи, семантике.

Таблица 1

Распределение категорий показателя субъективного восприятия собственных стрессовых реакций

Категория показателя субъективного восприятия собственных стрессовых реакций	Количество подростков (n)	Доля в выборке (%)	Накопленная доля в выборке (%)
1	306	52,13	52,13
2	118	20,10	72,23
3	64	10,90	83,13
4	70	11,93	95,06
5	29	4,94	100,00
Всего	587	100,0	

Примечание (здесь и далее): 1 – Никогда или несколько раз в году; 2 – Ежемесячно; 3 – Ежедневно; 4 – Несколько раз в неделю; 5 – Большую часть дней в неделю.

Оно хорошо знакомо и детям и взрослым, поэтому даже частота упоминания стресса, роли этого слова в ежедневном дискурсе в какой-то степени отражает внутренний, психологический стресс [32]. Частота субъективного ощущения стресса среди обследованных подростков представлена в табл. 1.

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют, что больше половины испытуемых никогда не ощущают стресс или ощущают его несколько раз в году. Количество таких респондентов составило 306 человек или 52,13% от общего числа испытуемых. Ежемесячно переживает стресс примерно каждый пятый испытуемый – 20,10% (n=118). Ежедневно испытывают стресс 10,90% (n=64) опрошенных школьников, а несколько раз в неделю 11,93%

(n=70) подростков. У 29 детей субъективное переживание стресса отмечалось большую часть дней в неделю (4,94%).

Таким образом, среди подростков интенсивные стрессовые реакции являются скорее исключением, чем правилом. В целом это говорит о том, что в зоне повышенного риска находится небольшое число подростков. Разумеется, социально-психологические особенности именно этих подростков наиболее интересны и важны для превенции. Ранее мы сообщали, что среди данного контингента частое внутреннее переживание стресса ассоциировано с суицидальными мыслями, симптомами депрессии и рискованное поведение, что подтверждает хорошо известные взаимозависимости и коморбидности [31].

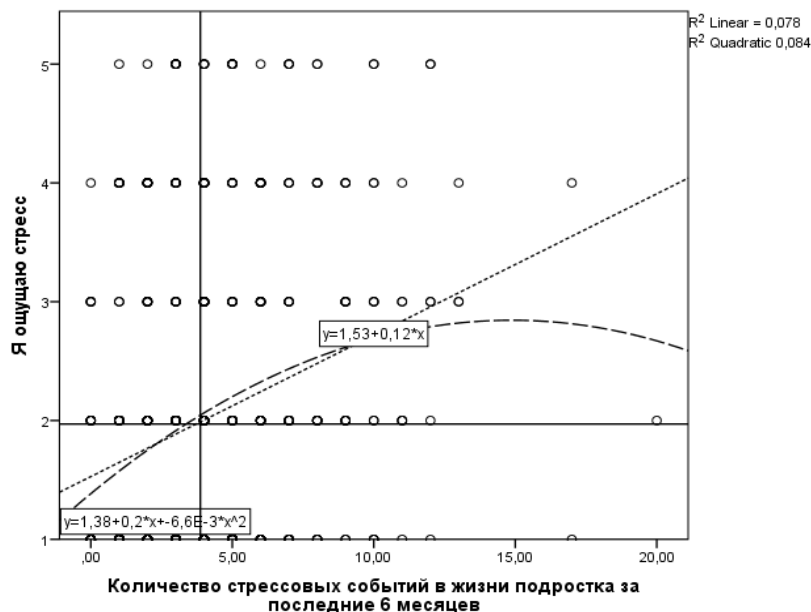


Рис. 3. Диаграмма соотношения категорий показателей количества актуальных стрессовых событий и субъективного восприятия собственных стрессовых реакций. Примечание: Сплошные линии – средние значения; прерывистые линии – регрессионные модели и формулы их описывающие.

Однако остается во многом неясным, насколько велик риск у относительно благополучных подростков, у которых, тем не менее, иногда выявляются те или иные психопатологические симптомы и менее выраженная суицидальность, и в какой степени все это зависит от стресса, как внешнего, так и психологического.

Если оценивать, насколько накопление НЖС ассоциировано с субъективным ощущением стресса, то наиболее простым, лежащим на поверхности подходом является поиск корреляций. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между данными параметрами свидетельствует о средней силе связи при высокой статистической значимости ($\rho=0,301$; $p<0,001$). Однако дальнейший анализ показывает более сложную структуру взаимоотношений между данными показателями на уровне соотношения отдельных категорий (рис. 3).

На рисунке 3 представлены альтернативные регрессионные модели, описывающие взаимоотношения между показателями количества актуальных стрессовых событий и субъективного восприятия собственных стрессовых реакций. Психологической интерпретацией построенной нелинейной модели является описание следующей тенденции: с ростом количества стрессовых событий в жизни подростка нарастает интенсивность внутренних стрессовых реакций. Однако накопление НЖС сопровождается ростом внутреннего ощущения стресса лишь до определенного предела. В частности, примерно после 10-го события частота внутренних переживаний перестает расти, а в дальнейшем даже немного снижается. Кроме того, по соотношению объективного и субъективного стресса подростки дифференцируются на группы. На рис. 3 линии средних значений ($M=3,87$ для показателей количества актуальных стрессовых событий и $M=1,97$ для показателя субъективного восприятия собственных стрессовых реакций) делят сформированное двумерное пространство на четыре квадранта. В первом квадранте (слева внизу) находятся подростки, у которых мало стрессовых актуальных событий, и отмечается низкая интенсивность субъективного переживания стресса. Таких испытуемых оказалось 189 человек (33,45%). Этим подросткам можно отнести к «благополучным». Во втором квадранте (слева вверху) представлены школьники, которые при относительно небольшом количестве стрессовых событий склонны испытывать выраженные стрессовые реакции. Данную под-

группу испытуемых ($n=112$; 19,82%) можно характеризовать как «стресс-уязвимых». В третьем квадранте (справа вверху) расположены подростки, характеризующиеся высоким уровнем стрессовой нагрузки и высокой интенсивностью стрессовых переживаний ($n=163$; 28,85%). Данную группу можно характеризовать как «высокострессовую» или как группу повышенного риска. В четвертом квадранте расположены испытуемые, для которых при высоком уровне стрессовой нагрузки были характерны сниженные реакции на стресс ($n=101$; 17,88%). Подростки данной подгруппы охарактеризованы как «стрессоустойчивые».

С точки зрения нашего исследования наиболее интересно сопоставить суицидальные тенденции в указанных группах. Если сравнить частоту суицидальных попыток за последние 6 месяцев, то выявляется неоднозначная картина (рис. 4).

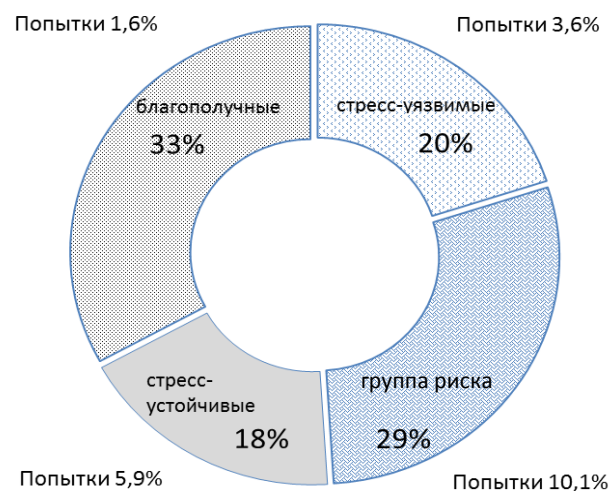


Рис. 4. Частота суицидальных попыток в подгруппах подростков, выделенных на основании сопоставления частоты стрессовых событий и интенсивности стрессовых реакций.

С одной стороны, четко проявились различия между благополучными подростками и подростками из группы максимального риска (высокострессовыми) – у последних суицидальные попытки встречались более чем в 5 раз чаще (достоверно по критерию χ^2 , $p<0,01$) и в данной подгруппе составили примерно 10% (при том, что в целом по выборке частота суицидальных попыток составила 5,4%). На этом фоне стресс-уязвимые и стрессоустойчивые подростки продемонстрировали примерно в 2 раза более низкую частоту попыток, близкую к средней по выборке. Причем у стрессоустой-

чивых число попыток оказалось несколько выше, чем у стресс-уязвимых. Однако данные различия были статистически незначимы (критерий χ^2 , $p > 0,05$).

Мы полагаем, что причина подобной нестыковки заключается в природе суицидальной попытки как явления. Учитывая гетерогенность мотивов и степени намеренности, дифференциальную роль такого фактора как импульсивность в генезе попыток, можно полагать, что слишком многое применительно к попытке зависит от внешних обстоятельств. Все это вносит большую неопределённость в возникновение суицидальной попытки и делает этот показатель в меньшей степени связанным с внешним и внутренним стрессом. В связи с этим более надежным показателем может выступить суицидальная идеация.

Для подтверждения этой гипотезы были изучены ответы на вопросы, касающиеся ощущения, что жизнь лишена смысла, наличия суицидальных фантазий, мыслей о том, чтобы покончить с жизнью и плана, как совершить самоубийство. Данные представлены на рис. 5, где по горизонтали расположены выявленные группы, а по вертикали – консолидированный показатель суицидальности, представляющий

собой число детей, у которых наблюдается сочетание различных вариантов суицидальных мыслей и переживаний у одного человека (в процентах от общей выборки). Как видно из представленных данных, различия между группами стали заметнее и проявились ранее неочевидные тенденции.

С одной стороны, видно, что среди благополучных детей абсолютное большинство составляют лица, не отметившие положительно ни одного вопроса, в то время как отметившие все 4 вопроса составляют крайне малую величину. Эта картина очень близка к той, что наблюдается среди стрессоустойчивых детей, где также очень невелика доля лиц, отвечающих резко положительно на все вопросы. На этом фоне видны существенные отличия группы риска, где высок и внешний, и субъективный стресс. В этой группе в 5 раз больше лиц, дающих положительные ответы на все вопросы, крайне мало тех, кто отмечает только один вопрос и высока доля тех, кто отмечает 2-3 вопроса. Однако наибольший интерес представляет группа стресс-уязвимых (с высоким внутренним переживанием стресса без видимых для этого причин).

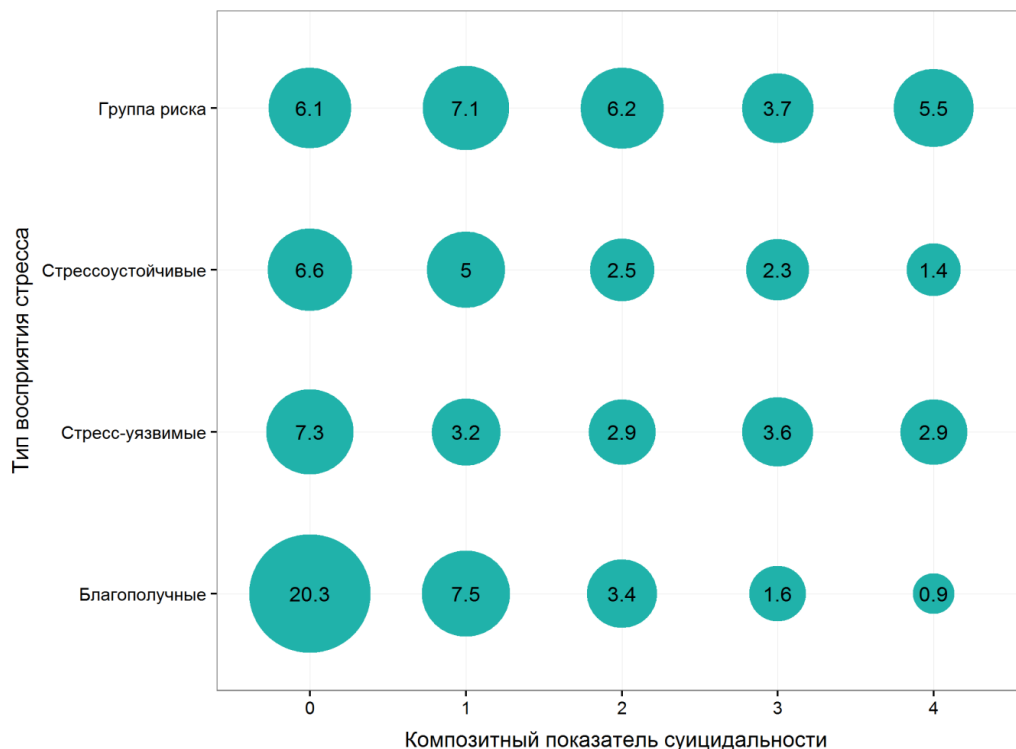


Рис. 5. Различия между выделенными группами подростков по степени аккумуляции положительных ответов на вопросы суицидального характера (о смысле жизни, о суицидальных фантазиях, о возможной попытке, о способе попытки). По горизонтальной шкале – варианты ответов от «не отмечено положительных ответов на вопросы суицидального характера – 0» до «отмечены все ответы – 4».

Как видно из рис. 5, она очень близка по выраженности суицидальных тенденций к группе риска, по некоторым позициям значения совпадающие, доля детей, положительно отвечающих на все вопросы или на несколько вопросов заметно выше, чем в благополучных группах.

Таким образом, вырисовывается следующая картина. При том, что хуже всего обстоит дело у подростков, в жизни которых сочетается большое число НЖС и выраженное субъективное переживание стресса, второй по уязвимости оказывается группа, в которой выражен психологический, субъективно ощущаемый стресс. В связи с этими находками интерес представляет работа, выполненная на основном контингенте проекта SEYLE (более 12 тыс. подростков), в которой авторы идентифицировали три основные группы: с низким риском суицидальности (57,8%), с высоким риском (13,2%, сюда вошли дети с высокими баллами по всем показателям суицидальности) и так называемая «скрытая» группа. В этой группе оказалось 29% подростков, и их главными внешне наблюдаемыми особенностями были сильная вовлеченность в интернет / ТВ / видеоигровой контент, сидячий образ жизни и недостаточное число часов сна. Но главное то, что дети из этой группы имели такой же уровень суицидальных мыслей (42,2% vs. 44%), тревоги (8% vs. 9,2%), подпороговой (33,2% vs. 34%) и клинически отчетливой депрессии (13,4% vs. 14,7%), что и подростки с высоким риском суицида. В то же время, частота суицидальных попыток в «скрытой» группе составила 5,9%, в то время как в группе высокого риска – 10,1%, а в благополучной группе – 1,7%. Авторы считают, что «скрытая» группа наиболее важна в плане интервенций, предупреждающих суицид, поскольку группа высокого риска более очевидна по многим другим проявлениям [33].

Мы полагаем, что здесь просматривается аналогия с выявленной нами группой стрессуязвимых подростков. Численно наша подгруппа меньше, чем «скрытая» подгруппа основного проекта SEYLE. В то же время, мы хотели бы отметить, что все специфические внешне наблюдаемые особенности детей из «скрытой» группы тесно связаны с внутренним ощущением стресса. Поэтому еще одним критерием мог бы стать независимый опрос с использованием опросника PSS, который вполне может быть использован в школьных условиях.

На последнем этапе исследования мы проанализировали, какие собственно НЖС ассоциированы с суицидальными мыслями у подростков. Использовался однофакторный дисперсионный анализ с применением F-критерия Фишера. Результаты данного анализа (только статистически значимые) представлены в табл. 2. В данной таблице приводятся значения статистической значимости критерия Фишера (p) и величина эффекта (η^2). Соответственно, все выявленные НЖС ранжированы по величине эффекта.

Выявлено, что у исследованных подростков стрессовыми факторами, способствующими суицидальной идеации, являются (в порядке убывания важности): проблемы с родителями, наличие серьезной травмы или заболевания, смерть близкого друга, разрыв отношений с парнем / девушкой, кража личного имущества, смерть близкого члена семьи. Тот факт, что проблемы с родителями стоят на первом месте, весьма характерен и говорит сам за себя. Обращает на себя внимание также тот факт, что ни одно из событий, связанных с академической ситуацией, в числе ассоциированных с суицидальными мыслями не фигурирует. Довольно редкое событие (умер близкий друг, предпоследнее событие в общей иерархии) сильно связано с суицидальными мыслями.

Таблица 2

Стрессовые события, достоверно ассоциированные с суицидальными мыслями подростков

В течение последних 6 месяцев:	F	P <	η^2
... у меня были проблемы с родителями	16,039	0,001	0,028
... у меня была серьезная травма или заболевание	11,383	0,001	0,020
... умер мой близкий друг	7,270	0,007	0,013
... я расстался с парнем/девушкой	6,839	0,009	0,012
... у меня украли личное имущество	6,005	0,015	0,011
... умер близкий член семьи	4,257	0,040	0,008

Подводя итог, можно сделать несколько выводов. Стресс, вне всякого сомнения, играет большую роль в жизни подростков, выступая провокатором, в том числе суицидальных мыслей и попыток. Каждый третий ребенок испытывает существенную стрессовую нагрузку, которая составляет 5 и более негативных жизненных событий за полгода. Приоритетными событиями являются проблемы в школе, семейные проблемы и межличностные ситуации (конфликты, расставания). Что касается субъективного переживания стресса, то около половины подростков сообщают о таких ощущениях с различной частотой. Между накоплением стрессовых событий и ощущением стресса существует прямая корреляция, однако она относительно и взаимоотношения между этими характеристиками сложнее. По этим критериям школьники разделились на 4 близкие по численности группы, из которых привлекает особое внимание группа, у представителей которой выражен субъективно переживаемый стресс на фоне отсутствия (или незначительной выраженности) объективных причин для этого

(минимум НЖС). Среди членов этой группы характер суицидальной идеации был аналогичен таковому в группе подростков с высоким уровнем субъективного и объективного стресса. Таким образом, психологический субъективно переживаемый стресс ассоциирован с суицидальностью в такой же степени, как и объективный. Что касается негативных жизненных событий, то их частота в жизни подростков не связана с их влиянием на суицидальность. С суицидальными мыслями ассоциированы исключительно события, связанные с семьей, взаимоотношениями с родителями и сверстниками, болезнями и смертью близкого человека. Реальную опасность представляют редкие, но существенные по значимости негативные события, например, смерть близкого друга. Таким образом, корни суицидальных переживаний связаны с семейным контекстом и ближайшим окружением подростка. Полученные данные могут представить интерес для школьных психологов и родителей, наблюдающих поведение своих детей-подростков.

Литература:

1. Mann J.J. The neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. – 1998. – Vol. 4. – P. 25-30.
2. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D.Wasserman (ed). *Suicide. An Unnecessary Death*, London: Martin Dunitz, 2001. – P. 13-27.
3. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2014. – Vol. 47. – P. 144-151.
4. Розанов В.А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – ещё один вероятный биологический фактор суицида // *Суицидология*. – 2015. – Том 6, № 3 (20). – С. 3-19.
5. Snyder C.R., Ford C.E., Harris R.N. The effects of theoretical perspective on the analysis of coping with negative life events In: *Coping with negative life events – Clinical and social psychological perspectives* / Ed. by C.R. Snyder, C.E. Ford & E. Carol, New York: Plenum Press, 1987. – P. 3–13.
6. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 375 с.
7. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
8. Wilde de E. J. Adolescent suicidal behavior: a general population perspective // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / Eds. J. K. Hawton and K. van Heeringen. – N.Y.: Wiley & sons, 2000. – P. 249-259.

References:

1. Mann J.J. The neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. – 1998. – Vol. 4. – P. 25-30.
2. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D.Wasserman (ed). *Suicide. An Unnecessary Death*, London: Martin Dunitz, 2001. – P. 13-27.
3. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2014. – Vol. 47. – P. 144-151.
4. Rozanov V.A. Stress-induced epigenetic phenomena – one more biological mechanism of suicide // *Suicidology*. – 2015. – Vol. 6, № 3 (20). – P. 3-19. (In Russ)
5. Snyder C.R., Ford C.E., Harris R.N. The effects of theoretical perspective on the analysis of coping with negative life events In: *Coping with negative life events – Clinical and social psychological perspectives* / Ed. by C.R. Snyder, C.E. Ford & E. Carol, New York: Plenum Press, 1987. – P. 3–13.
6. Starshenbaum G.V. *Suicidologija i kri-zisnaja psihoterapija*. – M.: Kogito-Centr, 2005. – 375 s. (In Russ)
7. Jur'eva L.N. *Klinicheskaja suicidologija*. – Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. – 470 s. (In Russ)
8. Wilde de E. J. Adolescent suicidal behavior: a general population perspective // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / Eds. J. K. Hawton and K. van Heeringen. – N.Y.: Wiley & sons, 2000. – P. 249-259.

9. Harward D., Jacoby R. Suicidal behavior among elderly // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / Eds. J.K. Hawton and K. van Heeringen. – N.Y.: Wiley & sons, 2000. – P. 278-291.
10. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Бирон Б.В. Оценка степени выраженности жизненного стресса в половозрастном аспекте и его связи с суицидальными тенденциями // *Медицинская психология*. – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44.
11. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // *Суицидология*. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 8-24.
12. American Psychological Association. (2012). *Stress in America: Our health at risk*. Retrieved from the American Psychological Association: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/final-2011.pdf>
13. Liu X., Tein J.Y. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 86. – P. 195-203.
14. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood // *Psychological Medicine*. – 2000. – Vol. 30. – P. 23-39.
15. Serafini G., Muzio C., Piccinini G. et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24, № 12. – P. 1423–1446.
16. Buitron V., Hill R.M., Pettit J.W. et al. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Vol. 190. – P. 143-149.
17. Zhang W.-C., Jia C.-X., Zhang J.-Y. et al. Negative life events and attempted suicide in Rural China // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10, № 1: e0116634.
18. Rew, L., Young, C., Brown, A. et al. (2016). Suicide ideation and life events in a sample of rural adolescents // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2016. – Vol. 30, № 2. – P. 198-203.
19. Ang R.P., Huan V.S. Relationship between academic stress and suicidal ideation: testing for depression as a mediator using multiple regression // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2006. – Vol. 37, № 2. – P. 133-143.
20. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social readjustment rating scale // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1967. – Vol. 11, № 2. – P. 213–218.
21. Wasserman D., Geijer, T., Rozanov, V. & Wasserman, J. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes // *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. – 2005. – Vol. 133B (1). – P. 116-119.
9. Harward D., Jacoby R. Suicidal behavior among elderly // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / Eds. J.K. Hawton and K. van Heeringen. – N.Y.: Wiley & sons, 2000. – P. 278-291.
10. Emjasheva Zh.V., Rozanov V.A., Biron B.V. Ocenka stepeni vyrazhennosti zhiznen-nogo stressa v polovozrastnom aspekte i ego svjazi s suicidal'nymi tendencijami // *Medicinskaja psihologija*. – 2009. – Том 4, № 1. – С. 39-44. (In Russ)
11. Rakhimkulova A.S., Rozanov V.A. Suicidality and risky behaviours in adolescents: biopsychosocial synthesis // *Suicidology*. – 2013. – Vol. 4, № 2 (11). – P. 8-24. (In Russ)
12. American Psychological Association. (2012). *Stress in America: Our health at risk*. Retrieved from the American Psychological Association: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/final-2011.pdf>
13. Liu X., Tein J.Y. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 86. – P. 195-203.
14. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood // *Psychological Medicine*. – 2000. – Vol. 30. – P. 23-39.
15. Serafini G., Muzio C., Piccinini G. et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24, № 12. – P. 1423–1446.
16. Buitron V., Hill R.M., Pettit J.W. et al. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Vol. 190. – P. 143-149.
17. Zhang W.-C., Jia C.-X., Zhang J.-Y. et al. Negative life events and attempted suicide in Rural China // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10, № 1: e0116634.
18. Rew, L., Young, C., Brown, A. et al. (2016). Suicide ideation and life events in a sample of rural adolescents // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2016. – Vol. 30, № 2. – P. 198-203.
19. Ang R.P., Huan V.S. Relationship between academic stress and suicidal ideation: testing for depression as a mediator using multiple regression // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2006. – Vol. 37, № 2. – P. 133-143.
20. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social readjustment rating scale // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1967. – Vol. 11, № 2. – P. 213–218.
21. Wasserman D., Geijer, T., Rozanov, V. & Wasserman, J. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes // *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. – 2005. – Vol. 133B (1). – P. 116-119.

22. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. – New-York: Springer Publishing, 1984. – 445 p.
23. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. ООО «ПЕР СЭ», 2006. – 528 с.
24. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. – 1983. – Vol. 24, № 4. – P. 385–396.
25. Chavez-Korell S., Torres L. Perceived stress and depressive symptoms among Latino adults: The moderating role of ethnic identity cluster patterns // The Counseling Psychologist. – 2013. – Vol. 42, № 2). – P. 230–254.
26. Duan W., Ho S. Y., Siu B. Y. et al. Role of virtues and perceived life stress in affecting psychological symptoms among Chinese college students // Journal of American College Health. – 2015. – Vol. 63, № 1. – P. 32–39.
27. Lee J.S., Joo E.J., Choi K.S. Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression // Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress. – 2013. – Vol. 29, № 1. – P. 75–81.
28. Park S. Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14. – P. 1143.
29. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // BMC Public Health. – 2010. – Vol. 10. – P. 192-206.
30. Rakhimkulova A.V., Rozanov V.A. Perceived stress, anxiety, depression and risky behavior in adolescents. In: 22nd Multidisciplinary ISBS International Neuroscience and Biological Psychiatry “Stress and Behavior” Conference (St.-Petersburg, Russia, May 16-19, 2015, p. 31-32.
31. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 33-40.
32. Petila I., Rytkonen M. Coping with stress and by stress: Russian men and women talking about transition, stress and health // Social Sciences and Medicine. – 2008. – Vol. 66, № 2. – P. 327-338.
33. Carli V., Hoven C.V., Wasserman, C. et al. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // World Psychiatry. – 2014. – Vol. 13. – P. 78-86.
22. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. – New-York: Springer Publishing, 1984. – 445 p.
23. Bodrov V.A. Psihologicheskij stress: razvitie i preodolenie. ООО «PER SJE», 2006. – 528 с. (In Russ)
24. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. – 1983. – Vol. 24, № 4. – P. 385–396.
25. Chavez-Korell S., Torres L. Perceived stress and depressive symptoms among Latino adults: The moderating role of ethnic identity cluster patterns // The Counseling Psychologist. – 2013. – Vol. 42, № 2). – P. 230–254.
26. Duan W., Ho S. Y., Siu B. Y. et al. Role of virtues and perceived life stress in affecting psychological symptoms among Chinese college students // Journal of American College Health. – 2015. – Vol. 63, № 1. – P. 32–39.
27. Lee J.S., Joo E.J., Choi K.S. Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression // Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress. – 2013. – Vol. 29, № 1. – P. 75–81.
28. Park S. Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14. – P. 1143.
29. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // BMC Public Health. – 2010. – Vol. 10. – P. 192-206.
30. Rakhimkulova A.V., Rozanov V.A. Perceived stress, anxiety, depression and risky behavior in adolescents. In: 22nd Multidisciplinary ISBS International Neuroscience and Biological Psychiatry “Stress and Behavior” Conference (St.-Petersburg, Russia, May 16-19, 2015, p. 31-32.
31. Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S., Ukhanova A.I. «Life has no meaning» feeling in adolescents – relation to suicidal ideation and attempts and mental health // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 3 (16). – P. 33-40. (In Russ)
32. Petila I., Rytkonen M. Coping with stress and by stress: Russian men and women talking about transition, stress and health // Social Sciences and Medicine. – 2008. – Vol. 66, № 2. – P. 327-338.
33. Carli V., Hoven C.V., Wasserman, C. et al. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // World Psychiatry. – 2014. – Vol. 13. – P. 78-86.

STRESS AND SUICIDAL THOUGHTS IN ADOLESCENTS

V.A. Rozanov, A.I. Ukhanova, A.S. Volkanova, A.S. Rakhimkulova, A. Pizarro, B.V. Biron

Odessa National Mechnikov University, Institute of Informatics and Social technologies, Odessa, Ukraine

Database of the project based on SEYLE methodology aimed to evaluate adolescents' mental health (n=589) was analyzed to establish associations between suicidal tendencies and stress. Approximately one-third of adolescents report experiencing significant stress caused by five or more negative life events (NLE) for a period six months from

the date of interview. NLE endorsed most frequently are associated with academic overload, familial problems, and issues in interpersonal relationships (conflicts/disputes, breakups). About 50% of adolescents report experiencing stress in the form of perceived stress (feeling tense, restless, nervous, worried or unfocused) with varying frequency. Analyses reveal NLE are positively correlated with perceived stress, but associations between variables are far more complex. Based on these associations, adolescents were divided into four subgroups. A significant trend was observed in the subgroup who reported high levels of perceived stress without clear objective reasons (minimal NLE). Members of this subgroup report a high intensity of suicidal ideation that is statistically similar to that of adolescents with both high perceived and objective stress. Therefore, perceived stress is observed to be associated with suicidality at the same rate as experiencing multiple NLE. Moreover, reported priority of NLE does not reflect their influence on suicidal ideation. Suicidal thoughts are closely associated with more rare events related to family conflict, interpersonal relationships, and illness and/or death of a significant person.

Keywords: negative life events, perceived stress, suicidal ideation, adolescents.

УДК 616.89, 614.2

ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ САМОУБИЙСТВ

С.И. Букин, Е.М. Тищенко

УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Гродно, Республика Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Контактная информация:

Букин Сергей Иванович – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология». Адрес: 230003, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Обухова, д. 15. Телефон: +375 (152) 60-19-71, электронный адрес: s.bukin.grodno@gmail.com

Тищенко Евгений Михайлович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: 230009, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, д. 80. Телефон: +375 (152) 43-46-87, электронный адрес: tishchenko.60@mail.ru

Способность личности совершить самоубийство в определенной степени обусловлена отношением общества к такому поведению. Целью настоящего исследования стало определение условий, способствующих формированию у личности суицидального поведения. По результатам социологического опроса, исследования общественного мнения и личности методами математического анализа установлены обусловленность суицидального поведения доминирующими представлениями о нём в социуме и условия формирования асуицидальной личности, среди которых принципиальное место занимают отсутствие значительных затруднений в реализации потребностей в первые 20% периода ее становления и наличие в ее структуре четких границ между базовыми (реализованными) и заявленными (требующимися) потребностями.

Ключевые слова: самоубийство, болезнь, личность, общественное мнение, генеральная совокупность, математическое моделирование, производная функции, математическая зависимость, потребность реализации, фрустрация, социо-этнический характер.

Самоубийства составляют, примерно, 2% в структуре смертности жителей Гродненской области (Республика Беларусь). Они случаются в 2,5 раза чаще, чем смертность в результате несчастных случаев, в 6,5 раз чаще, чем убийства, и сопровождаются значительными экономическими потерями. Многочисленные исследования привели к выделению внутренних и внешних факторов риска их возникновения, вероятности наследования, особенностей развития, биохимического фона пресуицидального периода.

Несмотря на очевидность социо - этнического характера суицида [1] в критической оценке нуждается определение сущности самоубийства: это – болезнь, осложнение заболевания или поведенческий акт, рассматривать который необходимо, как социальное явление, с применением другого, отличного от использовавшихся ранее способов познания.

Термин «болезнь» используется в двояком смысле: в узком – для обозначения отдельных нозологических единиц; в широком – в качестве категории, обозначающей определенное

биологическое явление и особую форму жизнедеятельности организма. В любом из случаев болезнь – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма. Самоубийство же приводит к прекращению жизни, вследствие чего к болезненным состояниям оно не относится.

Преждевременное прекращение жизни на фоне существенного нарушения жизнедеятельности определяется, как «летальный исход заболевания» или фатальное осложнение основного заболевания. И в этом смысле рассматривать самоубийство как осложнение нецелесообразно, поскольку дальнейшее изучение не приведет к сколько-нибудь достоверному результату в связи с отсутствием предмета исследования.

Однако независимо от диагностической принадлежности суицидентов, суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого конфликта, реакцией личности на неразрешимую жизненную ситуацию [2].

Личность суицидента со всей своей совокупностью стереотипов и конфликтов, как элемент социальной системы отношений, несостоятельна в изолированном существовании от социума и общественного мнения, и неизбежно обременена рядом социальных явлений, к которым относится и самоубийство [1, 3].

Выделение связей между общественным мнением и личностью суицидента позволяет исследовать свойства этих двух феноменов в контексте суицидального поведения, как функций $f(\alpha)$ и $f(\beta)$ с использованием математических методов (моделей), позволяющих сделать выводы общего характера без определения их точных значений [4].

Необходимость использования математических методов в изучении поведения общественного мнения и личности, имеющей склонность к самоубийству, объясняется теорией множеств [5], исходя из которой, общественное мнение является генеральной совокупностью [6] неопределенного множества личностей, имеющей с каждой из них неопределенное пересечение и взаимную обусловленность. Подобный взгляд на место личности в общественном мнении представляет их как динамические нестабильные структуры, в каждую единицу времени имеющие некоторую собственную и общую величины, не поддающиеся измерению. Соответственно, области

пересечения их факторов, предрасполагающих к самоубийству, не могут быть определены. Методы же математического моделирования позволят, применительно к данному вопросу, выявить общие свойства объектов исследования, не раскрывая их сущности.

В соответствии с вышеизложенным целью настоящего исследования явилось определение условий, способствующих формированию у личности суицидального поведения посредством изучения общественного мнения методами математического моделирования.

Материалы и методы.

Социологическим опросом было охвачено 2366 жителей Гродненской области в возрасте от 18 до 70 лет (средний – 37 лет). Для получения сведений об отношении общественного мнения к суицидальному поведению проведено когортное аналитическое исследование отношения жителей Гродненской области к самоубийству с использованием разработанной и стандартизированной нами анкеты «Информированность о проблеме самоубийства».

Вопросы анкеты разбиты на «формальные», характеризующие социальный статус респондента, «констатирующие», отражающие отношение, и «ориентированные» – вопросы, предлагающие сделать выбор соответственно мировоззрению. Ответы на «констатирующие» и «ориентированные» вопросы разбиты на три группы: «соответствующие» – ожидаемые ответы с позиции доминирующей нравственности и морали, «неявные» – ответы избегающего характера и «закрытые» – ответы, имеющие агрессивный характер.

Целевая группа сформирована с использованием районированной сплошной выборки. Критерием включения было согласие респондента на участие в опросе, критерием исключения из исследования – нежелание респондента участвовать в опросе на любом этапе (случаи исключения не зарегистрированы).

В целевую группу вошли сотрудники производственных предприятий г. Гродно (ООО «Азот» (А, $n=598$; 25,3%) и ОАО «Скидельский сахарный комбинат» (ССК, $n=327$; 13,8%), медицинские сотрудники (МС, $n=271$; 11,5%) и пациенты (П, $n=206$; 8,7%) учреждений здравоохранения Гродненской области. В контрольную группу вошли студенты УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы» и УО «Гродненский государственный

аграрный университет» (С, n=964; 40,7%), как возрастная категория с наиболее низкой частотой самоубийств.

Характер районирования выборки обусловлен необходимостью максимальной объективизации её результатов в условиях невозможности проведения исследования в объемах, репрезентативных для Гродненской области. Основная группа разделена на однородные по параметрам включения в исследование части, с использованием в соответствии с целями работы социальной неоднородности респондентов: высоко- и низкорентабельное предприятие; медицинский персонал и пациенты, как субъекты и объекты социальных отношений.

Для обработки данных использовался статистический пакет прикладных программ «SPSS Statistics 17.0».

Результаты и обсуждение.

Установлено следующее: 81,6% респондентов в возрасте от 18 до 50 лет; 59,6% из них – женщины; 81,7% городские жители; 34,6% имеют высшее образование; 22,8% – незаконченное высшее образование, 36,4% – среднее; 85% большую часть жизни прожили в городе, совместно с 2–3 сожителями проживает 61,2%; 55,0% состоят в браке, 34,0% – холосты, 6,0% – в разводе; исповедуют православие – 60,5%, католицизм – 27,8%; полная занятость у 68%; не работает – 22,3%; дети есть у 62,1%; доход на одного члена семьи в месяц составляет у 37,7% 1,5–3 млн белорусских руб., у 26,3% – 3–4,5 млн бел. руб.

Общие результаты анализа анкетирования свидетельствуют о том, что 60,2% респондентов категорично против самоубийств, 20,5% относятся негативно, но не всегда. 80,8% никогда не думали о суициде, 96,3% не совершали попыток самоубийства. У 72,3% респондентов нет сведений о том, кто-либо из знакомых совершал самоубийство. 44,5% в качестве наиболее легкого способа суицида выбирают порез вен и отравление. В качестве основного мотива 50,7% респондентов выбирают желание уйти от проблем. В качестве причин самоубийства выбираются депрессия (17,1%), психическая болезнь (13,8%) и тяжелое заболевание (11,6%). 49,9% респондентов отмечают, что отношение к самоубийству на протяжении ряда лет у них не изменилось, и оно является проявлением слабости характера. В качестве первой помощи при желании совершить самоубийство 31,4% выбирают близких и родственников, 41,8% – психолога либо психотерапевта.

Бессонницу или повышенную сонливость отмечает 10,6%, внезапные приступы гнева – 10,2%, высокое чувство долга – 9,1%, очень высокую тревожность – 8,6%, осознание своих трудностей – 7,5%. 42% отмечают легкость в адаптации к изменяющимся внешним условиям, 31,3 – высокую работоспособность, 38,1% – наличие цели в жизни и стремлении в ее реализации, 27,1% – внимательное отношение к своему здоровью. 75% считают себя обычными людьми, достаточно успешными в жизни. 54,1% осведомлены об основной идее религиозной веры, но не исполняют обряды.

Наиболее популярны «соответствующие» ответы на «констатирующие» и «ориентированные» вопросы.

Для оценки личного отношения к самоубийству с использованием кластерного анализа проведена оценка удельного веса ответов на «ориентированные» вопросы.

Отношение к самоубийству: отрицательное в целом, но принятие его, как социального явления. Наиболее доступный способ совершения самоубийства: отравление либо иные способы, приводящие к существенному изменению прижизненного внешнего вида. Основной мотив совершения суицида: призыв о помощи и желание уйти от проблем. Непосредственно подтолкнуть к самоубийству может: тяжелое заболевание (в том числе, психическое) и чувство беспомощности, безысходности. При возникновении мыслей о самоубийстве обращаться за помощью бессмысленно или нужна помощь психиатра.

В качестве характерных для них особенностей респонденты выделяют: проблемы со сном, раздражительность и высокое чувство долга, высокая работоспособность, экстремальность и легкая адаптация к изменяющимся жизненным условиям.

В результате общая оценка анкетирования свидетельствует, что респонденты, принявшие участие в анкетировании, умеренно невротизированы, и имеют хорошую социальную адаптацию. Самоубийство для большинства не является проблемным вопросом, но – следствием тяжелого расстройства здоровья или ассоциируется с независимыми от самого респондента обстоятельствами его жизни.

У респондентов группы «П» наиболее популярны «закрытые» вопросы, наименее – «соответствующие»; в группе «А» – наиболее популярны «соответствующие» ответы, а наименее – «закрытые» ($r=-0,99$). В группе «ССК» на

«констатирующие» и «ориентированные» вопросы наиболее популярны «латентные» ответы, а наименее – «соответствующие». В группе «МС» высший рейтинг выбора «латентных» ответов.

Итак, для группы «ССК» характерна более выраженная эмоциональная напряженность и категоричность, выражающиеся в повышенном внимании к здоровью и склонности к злоупотреблению алкоголем. Для группы «А», в противоположность «ССК», – переживания одиночества и эмоциональная драматизация самоубийства. Для группы «МС» – социализированность, тревожность и эмоциональная драматизация, а для группы «П» – категоричность, повышенное внимание к здоровью, склонность к злоупотреблению алкоголем и переживания одиночества.

Анализ производных результатов анкетирования внутри групп свидетельствует о наличии в целом средней прямой корреляции ($r=0,57$) в группах «А» и «С» и слабой прямой корреляции ($r=0,44$) по ориентированным вопросам между частными «П»/«МС» и «А»/«ССК». Данные положения свидетельствуют о том, что у сотрудников рентабельного предприятия осведомленность о проблеме самоубийства и отношение к нему аналогично показателям контрольной группы, характеризующиеся собранностью, целеустремленностью и уверенностью в собственных силах, рассматривающие самоубийство применительно к себе, как гипотетическое следствие не зависящих от них обстоятельств.

Особенности характеристик групп «А» и «ССК», «МС» и «П» позволяют сделать вывод о наличии общего сходства ответов между «А» и «МС», «ССК» и «П» при существенном отличии материального достатка в них (в группе «А» и «П» большинство ответов группируется в зоне достатка 6 млн руб., в группах «МС» и «ССК» – в зоне ниже 4,5 млн руб.).

Из анализа следует, что отношение к самоубийству определяется общественным мнением, социальным статусом, оно не имеет непосредственной связи с материальным положением и представлено двумя доминирующими представлениями о сущности акта суицида:

1) самоубийство воспринимается, как неизбежное явление, в основе которого лежит множество разнообразных причин, обобщить которые в единицу времени не представляется

возможным, в связи с чем, и влияние на частоту оценивается, как ничтожное;

2) в структуре предикторов суицидального поведения имеются выраженные пограничных психические расстройства и изменения личности, что приводит к пониманию акта самоубийства, как поведенческой реакции, являющейся непосредственным проявлением имеющегося психического расстройства.

Исследование зависимости формирования «личности» от средовых и внутренних факторов [7, 8] определяют личность, как обобщенное понятие, как относительно устойчивую систему поведения индивида, построенную, прежде всего, на основе включённости в социальный контент [9], и наделённую в качестве свойства социума возможностью совершения суицида. Эта «возможность», как стереотип социального поведения, обусловлена отношением общественного мнения к проблеме самоубийства.

Самоубийство же, как способ разрешения внутреннего конфликта личности [9], является характеристикой (величиной) личности, производной от отношения изменений в общественном мнении и личности, в каждой единице времени имеющей в декартовой системе координат [10] некоторую (в том числе, нулевую) удаленность от вероятных его значений $[x, y]$:

$$f(x) = \lim_{\Delta x \rightarrow 0} \frac{\Delta y}{\Delta x} \quad [11],$$

Примечания:

I. Δy - изменения в общественном мнении

II. Δx - изменения в личности

III. \lim – предел отношения

В условиях, когда самоубийство описано, математической зависимостью, общественное мнение представлено, как генеральная совокупность, а личность является моделью её формальной системы [12, 13], возникает необходимость рассмотрения гипотезы о возможности выделения из формальной модели личности основных условий для её формирования и использование их в понимании общественного мнения, как значимого фактора самоубийства: личность (X) формируется из потребностей (P), ограничений (O) и степеней их реализации (V_p, V_o).

$$P/O=X,$$

$P/O > 1$, т.к. потребность выше (Закон Энгеля (Engel's law) [14]).

$$(P/V_p)/(O/V_o) > 1, \quad [I]$$

$$P/V_p > O/V_o.$$

Если X – условная единица, то $O < P-1$, что удовлетворяет неравенству:

$$\begin{aligned} P/V_p &> (P-1)/V_o, \\ P/V_p - (P-1)/V_o &> 0, \\ (P V_o - P V_p - V_p)/V_p V_o &> 0, \\ V_p V_o &> 0, \\ P V_o - P V_p - V_p &> 0. \end{aligned}$$

Решаем неравенство:

$$\begin{aligned} P V_o - P V_p - V_p &= 0, \\ P(V_o - V_p) &= V_p. \end{aligned}$$

Неравенство верно при:

1. V_o и $V_p > 0$. [II]
2. $P > 0$. [III]
3. $V_o > V_p$. [IV]
4. $V_o <> V_p$. [V]

Результаты решения неравенства свидетельствуют о том, что для личности, в математической модели лишенной возможности самоубийства, характерны:

1. Наличие потребностей и затруднений в их реализации (II).
2. Приоритетность преодоления ограничений над удовлетворением потребностей (III).
3. Достижимость желаемого (IV).
4. Невозможность удовлетворения всех потребностей (V).

Данные характеристики асуцидальной личности выявляют наличие в её структуре чётких границ между базовыми (реализованными) и заявленными (требующимися) потребностями, что, при использовании математического метода доказательства «от противного», свидетельствует об отсутствии их (либо недостаточной выраженности) у личности, склонной к самоубийству [15].

Возможность изучения личности, как измеряемой величины в формальной модели математического моделирования, позволяет исследовать в динамике её формирования поведение потребностей и ограничений, степеней их реализации и преодоления.

Для поиска определений $f(P)$ и $f(O)$ и их отношения нами сформирована математическая последовательность, в общем виде представленная в виде алгоритма последовательных действий решения неравенства (I):

Этап 1. Определение P и O .

$$\left. \begin{aligned} P > 0 \\ O > 0 \\ P/O > 1 \end{aligned} \right\} \begin{aligned} O < P-1; P \neq 1; \\ P < O+1; O \neq -1 \end{aligned} \quad (VI)$$

Решение неравенства $P/O > 1$ определяет P и O , как обратные дроби:

$$P = 1/O,$$

$O = 1/P$, в которых P и O в качестве знаменателя принимают значения натуральных чисел.

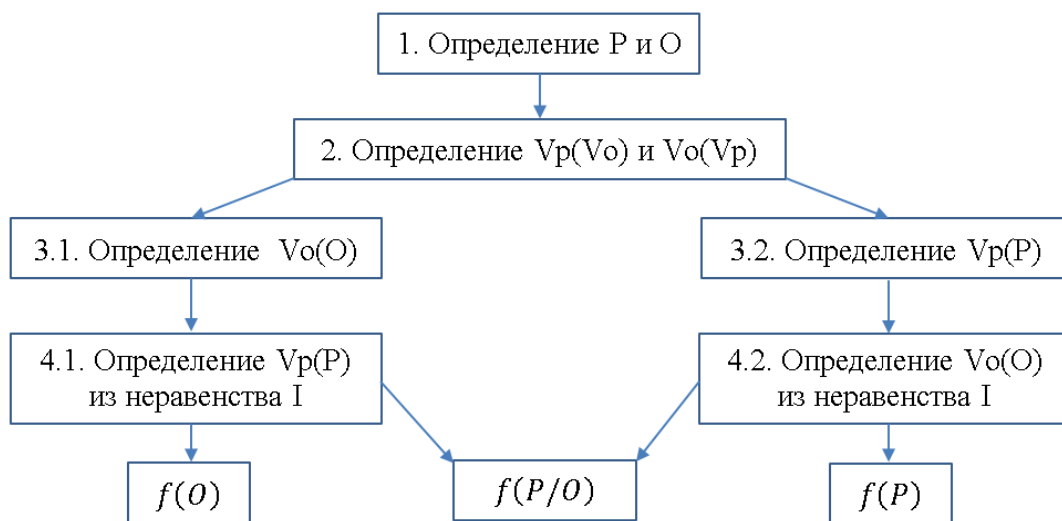
Этап 2. Определение $V_p(V_o)$ и $V_o(V_p)$.

$$\begin{aligned} (P/V_p)/(O/V_o) &> 1, \\ P V_o / O V_p &> 1, \\ P V_o / (P-1) V_p &> 1 \quad (VI), \\ P V_o - V_p (P-1) &> 0, \\ P V_o - P V_p - V_p &> 0. \end{aligned}$$

Решаем неравенство подстановкой минимального значения P ($P \neq 1, P \in \mathbb{N}, P = 2$):

$$\begin{aligned} 2 V_o - 2 V_p - V_p &= 0, \\ 2 V_o - 3 V_p &= 0, \\ V_o &= 3 V_p / 2, \\ V_p &= 2 V_o / 3. \end{aligned}$$

Этап 3.1. Определение $V_o(O)$.



$$\begin{aligned} (P/V_p)/(O/V_o) > 1, \\ \frac{O+1}{2V_o/3} - \frac{O}{V_o} > 0, \frac{3*O+3}{2V_o} - \frac{O}{V_o} > 0, \\ 3OV_o+3V_o-2OV_o > 0, \\ OV_o+3V_o > 0, \\ V_o(O+3) > 0, \\ V_o > O+3. \end{aligned}$$

Этап 3.2. Определение $V_p(P)$.

$$\begin{aligned} (P/V_p)/(O/V_o) > 1, \\ \frac{P}{V_p} - \frac{P-1}{3V_p/2} > 0, \frac{P}{V_p} - \frac{2*P-2}{3V_p} > 0, \\ 3PV_p-2PV_p-2V_p > 0, \\ PV_p-2V_p > 0, \\ V_p(P-2) > 0, \\ V_p > P-2. \end{aligned}$$

Этап 4.1. Определение $V_o(O)$ из неравенства I.

$$\begin{aligned} (P/V_p)/(O/V_o) > 1, \\ \frac{1/O}{V_p} : \frac{O}{V_o} > 1, \frac{V_o/O}{OV_p} > 1, \frac{V_o}{O^2V_p} > 1, \end{aligned}$$

Методом подстановки значений решаем неравенство ($V_p=P-2$; $P=1/O$; $V_p=1/O-2$):

$$\begin{aligned} \frac{V_o}{O^2(1/O-2)} > 1, \frac{V_o}{O-2O^2} > 1, \\ V_o > O-2O^2. \end{aligned}$$

Этап 4.2. Определение $V_p(P)$ из неравенства I.

$$\begin{aligned} (P/V_p)/(O/V_o) > 1, \\ \frac{P}{V_p} : \frac{1/P}{V_o} > 1, \frac{PV_o}{V_p/P} > 1, \frac{P^2V_o}{V_p} > 1, \end{aligned}$$

Методом подстановки значений решаем неравенство ($V_o=O+3$; $O=1/P$; $V_o=1/P+3$):

$$\begin{aligned} \frac{P^2(1/P+3)}{V_p} > 1, \frac{P+3P^2}{V_p} > 1, \\ V_p < P+3P^2. \end{aligned}$$

В результате решения неравенства нами получены зависимости V_p от P ($f(P)$) и V_o от O ($f(O)$) – рис. 1.

Анализ графиков $f(P)$ и $|f(O)|$ свидетельствует о том, что рост потребностей и сопоставимое увеличение ограничений сопровождаются прогрессивной необходимостью в удовлетворении потребностей и в преодолении трудностей, связанных с их реализацией с некоторого значения P и O с приоритетом в удовлетворении потребностей.

Линии трендов кривых $f(P)$ и $|f(O)|$ описываются линейными уравнениями; достоверность их аппроксимации (R^2) превышает 0,9 при $R^2(f(P))-R^2(f(O))=0,01$.

Установлено, что линии трендов кривых $f(P)$ и $|f(O)|$ пересекают ось X в диапазоне 2,452–2,579. Данный факт свидетельствует о том, что и V_p и V_o обретают зависимость от P и O при превышении последними некоторого условного значения 2,5, что означает наличие в структуре асуицидальной личности закономерности, предопределяющей отсутствие значимой результативности при преодолении трудностей до приложения ею некоторых усилий.

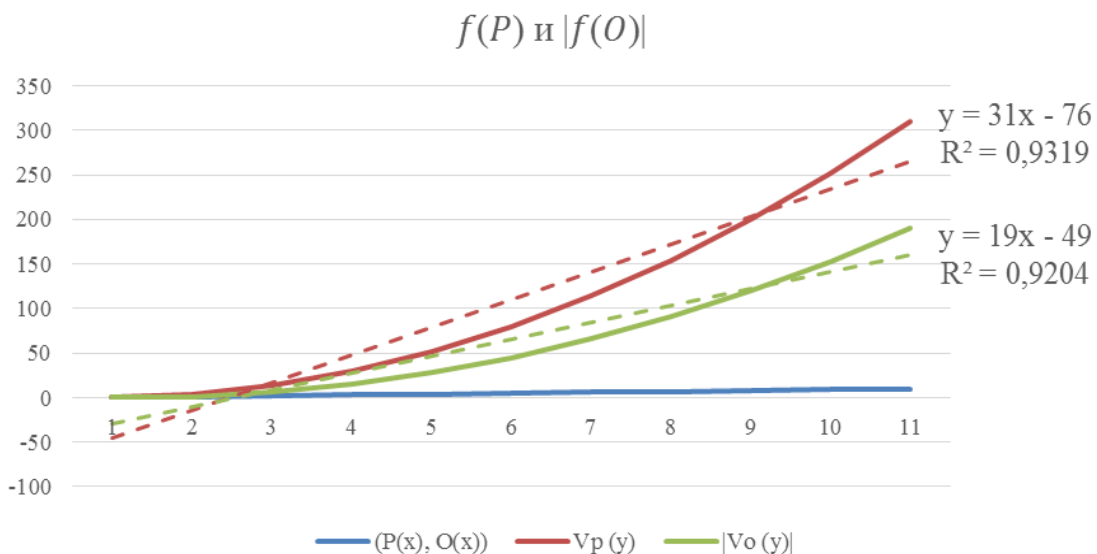


Рис. 1.

Исходя из того, что Р и О в математической модели являются обратными дробями, отношение $f(P)/f(O)$ представляет непосредственный интерес для понимания их взаимоотношенности – рис. 2.

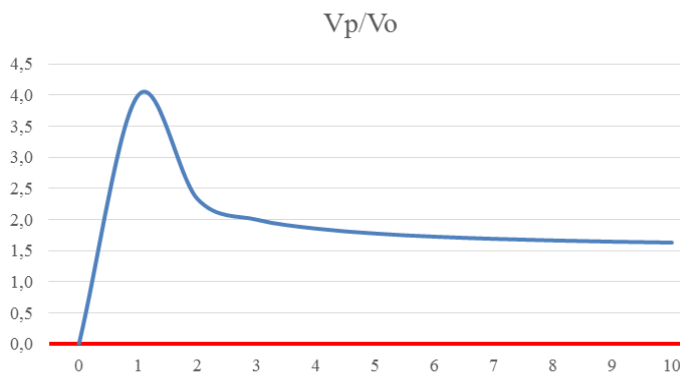


Рис. 2.

График $f(P)/f(O)$ свидетельствует о том, что соотношение удовлетворённости потребностей и усилий по преодолению ограничений у асуицидальной личности на протяжении 80% интервала её становления находится в пределах 2:1 – 1,5:1 и составляет примерно 20% интервала значений $f(P)/f(O)$. И, примерно, на 20% интервала становления лично-

сти приходится около 80% интервала значений $f(P)/f(O)$.

Данный вывод находится в прямом соответствии с принципом Парето [16] и свидетельствует о том, что в первые 20% интервала становления асуицидальная личность испытывает, примерно, в 2,5 раза меньше затруднений в реализации потребностей.

Выводы:

1. Самоубийство определяется общественным мнением, как следствие неуправляемых жизненных обстоятельств.

2. Склонность у личности к суицидальному поведению формируется в условиях наличия у нее низкой толерантности к фрустрации и стёртости границ между базовыми (реализованными) и заявленными (требующимися) потребностями.

3. Условием для формирования асуицидальной личности является отсутствие значительных затруднений в реализации потребностей в первые 20% периода её становления.

4. Формирование личности потенциального суицидента происходит под влиянием доминирующих социо-этнических устоев общества.

5. Стратегическим направлением в превентивных мероприятиях является формирование антисуицидального общественного мнения.

Литература:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Под ред. В.А. Базарова. – Москва: Мысль, 1994. – 399 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
3. Вебер М. Основные понятия стратификации // Социология: в 4 ч. / Под. ред. А.М. Беспалов, М.М. Прудникова. – Бийск, 2008. – Ч. 2. – С. 365-385.
4. Арнольд В.И. «Жесткие» и «мягкие» математические модели. – М.: МЦНМО, 2004. – 5 с.
5. Пол Дж. Козен, Теория множеств и континуум-гипотеза / Пер. с англ. А. С. Есенина-Вольпина. – М.: Мир, 1969. – 347 с.
6. Кобзарь А.И. «Прикладная математическая статистика», для инженеров и научных работников. – М.: 2008. – 816 с.
7. Диагностика психических состояний в норме и патологии / Под ред. проф. Ф.И. Случевского. – Ленинград: Медицина, 1980. – 188 с.
8. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. – СПб: Речь, 2000. – 408 с.
9. Майерс Д. Социальная психология: учеб. пособие. – СПб.: Питер, 1997. – 688 с.

References:

1. Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud / Pod red. V.A. Bazarova. – Moskva: Mysl', 1994. – 399 s. (In Russ)
2. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 48 s.
3. Veber M. Osnovnye ponjatija stratifikacii // Sociologija: v 4 ch. / Pod. red. A.M. Bepalov, M.M. Prudnikova. – Bijsk, 2008. – Ch. 2. – S. 365-385. (In Russ)
4. Arnol'd V.I. «Zhestkie» i «mjagkie» matematicheskie modeli. – M.: MCNMO, 2004. – 5 s. (In Russ)
5. Pol Dzh. Kojen, Teorija mnozhestv i kontinuum-gipoteza / Per. s angl. A. S. Eсениna-Vol'pina. – M.: Mir, 1969. – 347 s. (In Russ)
6. Kobzar' A.I. «Prikladnaja matematicheskaja statistika», dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov. – M.: 2008. – 816 s. (In Russ)
7. Diagnostika psihicheskikh sostojanij v norme i patologii / Pod red. prof. F.I. Sluchevskogo. – Leningrad: Medicina, 1980. – 188 s. (In Russ)
8. Levin K. Razreshenie social'nyh konfliktov. – SPb: Rech', 2000. – 408 s. (In Russ)
9. Majers D. Social'naja psihologija: ucheb. posobie. – SPb.: Piter, 1997. – 688 s. (In Russ)

10. Декартова система координат [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/890827>. – Дата доступа: 22.12.2015.
11. Определение и смысл производной функции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mathprofi.ru/opredelenie_proizvodnoi_smysl_proizvodnoi.html. – Дата доступа: 20.12.2015.
12. Мышкис А.Д. Элементы теории математических моделей. – 3-е изд. – Москва: КомКнига, 2007. – 192 с.
13. Самарский А.А., Михайлов А.П. Математическое моделирование: Илей. Методы. Примеры. – 2-е изд. – М.: ФИЗМАТЛИТ, 2005. – 320 с.
14. Шутов В. Н. Фундаментальная экономика. Законы социально-экономических систем. – М.: Этерна, 2012. – 288 с.
15. Марина И.Е. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения. – СПб.: Речь, 2013. – 80 с.
16. Принцип Парето [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.grandars.ru/student/marketing/princip-pareto.html> – Дата доступа: 30.06.2016.
10. Dekartova sistema koordinat [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/890827>. – Data dostupa: 22.12.2015. (In Russ)
11. Opredelenie i smysl proizvodnoj funkcii [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: http://www.mathprofi.ru/opredelenie_proizvodnoi_smysl_proizvodnoi.html. – Data dostupa: 20.12.2015. (In Russ)
12. Myshkis A.D. Jelementy teorii matematicheskikh modelej. – 3-e izd. – Moskva: KomKniga, 2007. – 192 s. (In Russ)
13. Samarskij A.A., Mihajlov A.P. Matematicheskoe modelirovanie: Ilej. Metody. Primery. – 2-e izd. – M.: FIZMA-TLIT, 2005. – 320 s. (In Russ)
14. Shutov V. N. Fundamental'naja jekonomika. Zakony social'no-jekonomicheskikh sistem. – M.: Jeterna, 2012. – 288 s. (In Russ)
15. Marina I.E. Psihologicheskoe soprovozhdenie lichnosti, sklonnoj k suicidal'nym formam povedenija. – SPb.: Rech', 2013. – 80 s. (In Russ)
16. Princip Pareto [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <http://www.grandars.ru/student/marketing/princip-pareto.html> – Data dostupa: 30.06.2016. (In Russ)

PERSONALITY AND PUBLIC OPINION IN THE ETHIOPATHOGENESIS OF SUICIDE

S.I. Bukin¹, E.M. Tischenko²

¹Health-care Agency Grodno Regional clinic centre «Psychiatry-narcology», Grodno, Belarus

²Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The ability of the person to commit suicide, to some extent due to the attitude of society towards such behavior. The aim of this study was to determine the conditions, which is conducive to the formation of personality in suicidal behavior. According to the results of a poll, public opinion research and the individual methods of mathematical analysis set conditionality of suicidal behavior the dominant perceptions in the society and the conditions of formation of insuicidal personality, among which an important place occupied by the absence of significant difficulties in the implementation of the requirements in the first 20% of the period of its formation and the presence of its structure, clear boundaries between the base (realized) and stated (required) needs.

Keywords: suicide, illness, not suicidal identity, public opinion, general population, mathematical modeling, derivative of a function, the need for implementation, the frustration, the socio-ethnic character.

Подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по электронному адресу: sibir@sibtel.ru

УРОВНИ СУИЦИДОВ И НАЗНАЧЕНИЙ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: НЕОДНОЗНАЧНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, 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

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

Популяционные исследования выявили обратную временную связь меж назначениями антидепрессантов новых поколений и уровнями самоубийств (УС) в ряде стран. В социально-демографических группах высокого риска (как пожилые) связь более выражена. Затуманивающими факторами служат уклонение от лечения, изначально низкий уровень УС (как у женщин), злоупотребление спиртным. Причинно-следственная связь антидепрессант-УС строго не доказана, но исследования подчеркивают важность количества и качества терапии депрессии как компонента типовой программы профилактики суицидов.

Ключевые слова: антидепрессанты, потребление, уровень суицидов, профилактика

*«... нельзя коснуться чего либо,
не коснувшись всего».*

Жюль Ренар

Профилактика самоубийств – неизменно важная цель общественного здравоохранения развитых стран мира [1, 2]. Суициды уносят ежегодно около 60000 жизней лишь в 27 странах Европейского союза; потери России – 1/2 «евросоюзнических». Суицидальная смертность определяет 1,5% глобального бремени болезней и травм в мире, 0,5% ВВП России [3]. План ВОЗ в сфере психического здоровья на 2013–2020 гг. предполагает общими усилиями снизить уровни суицидов (УС) на 10% к 2020 г. [1] при тренде снижения в большинстве стран, как и в Российской Федерации, где целевой показатель государственной программы «Развитие здравоохранения» (15 апреля 2014 г. № 294) – «снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения – на федеральном уровне достигнут.

Психические расстройства, основные факторы риска суицида [2, 4], выявлены у >90% жертв, обычно (>80%) недиагностированных своевременно [5]. На аффективные расстройства приходится около 60% [2, 5] психиатриче-

ского «вклада». Рациональная фармакотерапия (особо вкупе с психотерапией) аффективных (депрессивных, смешанных и коморбидных с тревогой) расстройств – мощный антисуицидальный фактор, судя по систематическим обзорам и рекомендациям, основанным на доказательствах [2, 5, 6, 7, 8]. Проверенным методом снижения УС служит увеличение количества и улучшение качества лечения депрессии [5] антидепрессантами – препаратами первого выбора. Назначения антидепрессантов в экономически развитых странах резко выросли с внедрением СИОЗС (2/3 продаж антидепрессантов) с 1991 г. при снижении доли классических ТЦА [9]. За первую декаду XXI века применение антидепрессантов в США выросло почти вдвое [10]; они – наиболее часто назначаемые лекарства в 18-44 лет на фоне улучшения диагностики и внебольничного лечения депрессий. В Австралии в 1990-1998 гг. 50% увеличение назначений и трехкратное – доз антидепрессантов на душу населения; > 85% назначений – врачами общей практики [11].

Доказательству временной обратной связи роста продаж антидепрессантов нового поколения и снижения УС служат выполненные на национальных и местных уровнях [12], международные [13, 14] популяционные (эко-

логические) исследования «совокупного влияния окружающей среды» в виде воздействия антидепрессантов на население. Объем продаж выражен количеством определенных дневных доз (defined daily doses, или DDD) на 1000 населения за (обычно) 1 день. DDD – предполагаемая средняя дневная поддерживающая доза лекарства по основному показанию взрослым [9]. Так, согласно Центру сотрудничества по методологии и статистике лекарственных средств ВОЗ (www.whocc.no/atc_ddd_index), DDD для циталопрама и флуоксетина 20 мг, amitриптилина – 75 мг, что не обязательно соответствует рекомендуемой дозе, но указывает гипотетический охват антидепрессантами части населения. В образцовых анализах использован ряд статистических методов (корреляционной разности, линейный, регрессии Пуассона и анализа с помощью временных рядов) оценки назначений (продаж) антидепрессантов новых поколений и динамики УС, в поло-возрастных группах и (реже) с уместным контролем известных суицидогенных факторов [13, 14].

У международных анализов преимущества по сравнению с национальными из-за величины выборки, но они не взаимозаменяемы. Экологическое моделирование данных из многих малых областей обеспечивает основание связи меж лечением антидепрессантами и суицидами.

Хотя $> \frac{1}{2}$ (11 из 19) экологических исследований с улучшенным «до-после» дизайном не нашли связь роста продаж большей частью СИОЗС в 1990-х гг. с «неожиданным» снижением УС в ряде стран [15]: ведь средний спад УС в 1990-х (10,7%) и 1980-е (10%) сходны, и скептически выводы обзора [16], повторного анализа в Скандинавии [17], – убедителен анализ последствий продаж (их старт в скобках) за 20 (1980-2000 гг.) лет в 26 странах четырех континентов [14]: Австралии (1990), Австрии (1985), Аргентины (1989), Бельгии (1985), Бразилии (1989), Великобритании (1987), Венесуэлы (1990), Греции (1990), Ирландии (1989), Израиля (1989), Испании (1987), Италии (1988), Канады (1989), Колумбии (1990), Люксембурга (1985), Мексики (1989), Нидерландов (1985), Новой Зеландии (1988), Норвегии (1996), Португалии (1986), США (1988), Финляндии (1989), Франции (1986), Чили (1989), Эквадоре (1991), Японии (1999). Результаты ближе при выделении членов Орга-

низации экономического сотрудничества и развития.

Сходна оценка эффекта роста назначений СИОЗС и иных антидепрессантов (на 20% в год) в 29 странах Европы за почти 30 лет [13]. Улучшению обобщаемости результатов способствует более однородная выборка с суммарным населением $> 0,5$ млрд при различиях ВВП, инфраструктуры. Включены Болгария, Латвия, Польша, Румыния, Словения и Хорватия (две последние – республики бывшей Югославии). Заметнее эффект при высоких УС, как в Венгрии, мировым лидере УС на протяжении века, входящей в топ-десятку рейтинга ВОЗ с 1998 г., в лене (единица административно-территориального деления Швеции) Емтланд (Jamtland), где рост назначений антидепрессантов выше, чем в целом по стране, и УС снижен более круто [18]. В Норвегии в 1980-2004 гг. показан эффект антидепрессантов на УС только при изначально низком уровне местных продаж антидепрессантов [19]. Не показана искомая связь в малонаселенных Исландии и Люксембурге при малом количестве суицидов. В странах, как Греции, со стабильно низким УС сказывается «эффект потолка». Все более высокий уровень потребления антидепрессантов необходим для уже не столь выраженного спада УС

Антидепрессанты в социально - демографических группах риска суицидального поведения (СП). УС неприемлемо высоки в социально-демографических и клинических группах риска [2], как и в РФ. Существенна связь роста назначений антидепрессантов нового поколения в 1990-х и спада УС в поло-возрастных группах [15]. В группах с большим потреблением СИОЗС и большее снижение УС [11, 20, 21]. В США в 1985-1999 гг. женщинам назначены антидепрессанты вдвое чаще мужчин, и снижение УС у первых тоже вдвое больше [20]. В Финляндии увеличена доля леченых женщин почти вчетверо [22] при скромном эффекте, но в Италии рост на $> \frac{1}{2}$ продаж антидепрессантов в 1988-1996 гг. сопровождалось ростом сравнительно низких УС мужчин при дальнейшем снижении УС женщин [23]. Снижение УС в 1990-х гг. в $\frac{1}{2}$ из 79 больших стран более с начально высокими УС мужчин и пожилых [15], что отчасти объяснимо ролью в суицидогенезе депрессивных агрессивности и импульсивности [24].

Влияние СИОЗС на СП депрессивных детей и подростков горячо обсуждаемо [25]. Динамика УС молодых вслед регулирующим мерам (например, FDA США), предупреждений органов здравоохранения (например, Нидерландов), «сенсационных» сообщений СМИ о «суицидогенности» антидепрессантов у молодых в 2003-2004 гг. неоднозначна: некий рост самоубийств девушек [26], малое, но значимое увеличение суицидальных попыток в США [27]. Причем в США [28] рост на 1% назначений антидепрессантов в 1990-2000 гг. связан со снижением УС подростков на 0,23 при контроле потенциально вмешивающихся факторов (раса, пол, возраст, доход). Наибольший эффект у юношей 15-19 лет из малообеспеченных семей.

Особо выражена связь антидепрессанты – УС (максимальным в большинстве стран) в группе «сеньоров» [29]. Рост потребления антидепрессантов от более низкого уровня, чем в среднем возрасте подчеркивает эффект. В Великобритании в 1950-1998 гг. резкое снижение УС лиц ≥ 65 лет при удвоении УС мужчин < 45 лет связано с медико-социальными факторами (лучшее социальное обеспечение и доступность помощи), но и ростом назначений антидепрессантов [30]: в 1975-1998 гг. более чем вдвое в стране, втрое – в группе пожилых. В Австралии [11] и Японии [21] на исходе XX века УС пошли на убыль лишь у пожилых (данные врачей общей практики), что отчасти уравновесил рост УС молодых мужчин. Результаты лечения выразительны, согласно мета-анализу РКИ антидепрессантов (суммарно около 100000 пациентов) [31] в связи с большой долей неосложненных (без злоупотребления ПАВ и личностных расстройств) – в отличие молодых суицидентов – депрессий и лучшей переносимости современных антидепрессантов.

Более высокий УС селян с малым доходом отчасти объясним меньшим назначением антидепрессантов [11, 32] при малой доступности специализированной и общемедицинской помощи. Малообеспеченные лица – известная группа риска суицида [5]. В Финляндии УС лиц с низким социальным положением ожидаемо выше, но различия использования антидепрессантов в социальных группах сходны [33]: лекарства не «всемогущи». Более 1/3 суицидов депрессивных мужчин (особо низших классов) и 1/5 женщин в Финляндии [22] связаны со

спиртным как содействующей причиной. Зависимость от спиртного – возможный эквивалент депрессии [34], средство самолечения (Но «печаль может быть устранена любыми средствами, кроме пьянства». С. Джонсон). Рост продаж антидепрессантов (не ТЦА) не снизил УС мужчин, особо – злоупотребляющих спиртным [22], но только 10% связанным со спиртным суицидам предшествовало «минимально адекватное» лечение в течение года, не связанным с алкоголем $>20\%$ [22]. Отчасти, поэтому контроль употребления спиртного сводит зависимость УС от назначения антидепрессантов на нет [29].

Народосберегающий эффект антидепрессантов. Увеличение продаж СИОЗС на таблетку на душу населения влечет снижение УС на 5% в стране [14]. При усредненной цене (в США) \$0,11 за таблетку рост затрат на \$22000 (200000 таблеток СИОЗС) предотвратит одно самоубийство [14], то есть затраты значительно ниже, чем на большинство жизнеспасующих вмешательств общественного здравоохранения [9]. Если рост потребления антидепрессантов впятеро снизил УС на $\frac{1}{4}$ (в Швеции в 1978-1996 гг.) при охвате лечением 1% населения (то есть лечится хотя бы каждый пятый депрессивный), порог затрат и выгод преодолен [12], даже если лечение менее эффективно, чем на уровне клинической субпопуляции. Если 10 DDD / 1000 человек / сутки соответствуют 1% охвату антидепрессантами населения, четырехкратный рост назначений сопряжен со спасением от суицида 31670 жизней, то есть предстоит лечить 650 человек в группе риска, чтобы спасти 1 жизнь за год. Усреднённый для группы стран уровень продаж антидепрессантов составил за 28 лет анализа [13] > 40 DDD / 1000 человек / день, а спад УС на > 6 единиц (почти на 1% за год). Длительный анализ показал более сильную обратную связь меж УС и DDD в 1980-1994 гг. и в последующие 15 лет [13]. Целью терапии становится повышение субъективной оценки жизни пациентом и ресурсосбережение. При фармакоэкономическом анализе возникает концептуальный и нормативный вопрос «цены жизни» депрессивного суицидента с его «сокращением потребностей». В обзоре литературы [35] экономическая цена жизни трудоспособного около 7 млн. \$. Применение СИОЗС, особо у лиц трудоспособного возраста, затратно – эффективная стратегия с позиции здраво-

охранения при неизменных моделях психотерапии [14].

Методологические ограничения и проблемы экологических исследований объяснимы опорой на обобщенные показатели: единицы анализа – население, ежегодные изменения продаж антидепрессантов и УС. Экологические соотношения в странах не непременно соответствуют таковым для отдельных граждан. Классический пример – утверждение Дюркгейма, что УС в протестантских странах выше, чем в католических: ведь протестанты чаще совершают самоубийства. Примечательно: доказательность применения антидепрессантов как средства предупреждения СП не выше уровня 2 С [5] – результаты неустойчивы, с высоким риском ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок. Величина и клиническая значимость статистически существенных результатов не всегда ясны. Уязвимость к возможным смещениям (их величина и даже знак мало предсказуемы) связана с неучтенными факторами, влияющими на УС и продажи антидепрессантов. Воздействие антидепрессанта – не единственная характеристика, указывающая риск СП. Невозможно контролировать все переменные риска СП как биопсихосоциального феномена.

В отличие от анализов случай-контроль, невозможен однозначный вывод о причинно-следственных связях, а корреляция – не синоним причинности [36]. Проблема №1 – потенциальная систематическая ошибка, или «экологическое заблуждение» (fallacy) объяснения результатов. Критерии причинности [37] более не подтверждают искомую связь, чем её утверждают. Временная зависимость (абсолютно необходимый критерий, самая жесткая проверка причинно-следственной связи). Долгосрочные тенденции снижения УС отмечены и до введения новых антидепрессантов. Стронники гипотезы показывают рост продаж СИОЗС и спад УС в том же году, утверждая связь «доза-эффект» (воздействие большего количества антидепрессантов снижает риск суицидов), но рост продаж антидепрессантов не всегда и везде предшествовал снижению УС, часть связей свидетельствует лишь о смежности одновременных тенденций. Анализы, сообщая о значимом влиянии продаж антидепрессантов на УС, обычно используют нестрогий контроль времени – упрощенный вариант оценки Мантеля-Хекнзеля [38] – за ис-

ключением норвежского [19] и международных [13, 14]. В японском исследовании [21] пытливый читатель встречается с парадоксом Симпсона – при отрицательной связи назначений антидепрессантов и УС в возрастных группах, объединение последних меняет направление зависимости на противоположное. При дифференцированном анализе половозрастных групп корреляция опять отрицательна.

Наиболее очевидная проблема в том, что негативные изменения психического здоровья населения может увеличить как СИОЗС продажи, так и УС, что снизит антисуицидальный эффект СИОЗС. Так, в Японии «временной лаг» регистрации новых лекарств – 1-2 года после введения на мировой рынок, но СИОЗС одобрены спустя 15 лет в ответ на рост УС в 1990-е гг. Пример подчеркивает возможность смещения в противоположном направлении: утверждение СИОЗС в период растущей осведомленности и обеспокоенности общественности, предпринимателей и правительства проблемами психического здоровья и общественного здравоохранения, включая борьбу с кароси, внезапной смерти от чрезмерной работы (трудоголизм – из ряда хронического суицида и нередкий фасад депрессии), а также суицидальных пактов молодежи.

Не всегда показана неизменность результатов после контроля долговременных тенденций динамики УС уместных социодемографических факторов риска СП. При контроле в Норвегии [19], но не в Швеции [39] и Финляндии [40] указаны эффекты продаж антидепрессантов вне учёта наблюдаемых и ненаблюдаемых социально-экономических факторов, якобы общих для стран, что снижает пользу увеличения продаж. По систематическому обзору [41], экономический спад (опасны и резкие изменения «к лучшему»), меры жесткой экономии ведут к росту УС в странах с разными уровнями доходов населения. Экономические проблемы для 1/5 россиян – самые острые, показал майский (2016 г.) опрос ВЦИОМ, при взаимосвязанных низких уровнях жизни и здравоохранения. Среди 5 млн рожденных началом кризиса «новых бедных» и группа работающих, не способных достичь прожиточного минимума («Почему не трудишься, попрошайка? – Так я после работы»). Неустаревающий анекдот). При «неразрешимых», по самоописаниям лиц с низкой

стрессоустойчивостью, накапливающихся экономических трудностях без психосоциальной поддержки повышен риск СП [42].

Связь потребления алкоголя, незанятости, разводов и УС неоднозначна в разных странах [13]. В ряде экономически отсталых стран с высоким уровнем безработицы УС малы, что не снижает риск суицидального поведения (СП) отчаявшегося безработного (самоожжение в Тунисе запустило каскад политических катаклизмов по всему арабскому миру).

Временные тенденции в странах и разных культурах не объяснимы лишь программами предупреждения самоубийств. В отличие от продаж антидепрессантов, сложнее оценить эффект когорт и иных культуральных влияний, возможно, оказывающих большее влияние на УС, чем лекарственное и / или психосоциальное лечение.

При различиях потаторов в разных культурах, можно ожидать снижение УС при уменьшении пьянства. При поправке на уровни потребления спиртного и безработицы обратная связь меж назначениями СИОЗС и УС в Венгрии, США, Швеции, Японии сохранена. Так, в Венгрии УС снижен на 1/5 на фоне бурного роста продаж антидепрессантов и, невзирая на резкое повышение безработицы и потребления спиртного в 1990-1998 гг. на 1/4 [цит. по 13].

Привитие здорового образа жизни в рамках первичной профилактики способствует снижению риска депрессий и СП вне связи с приемом антидепрессантов. Так, в когорте из почти 60000 мужчин 40-69 лет табакокурение (пример «хронического суицида») при возможной связи с агрессивными личностными чертами и низким уровнем серотонина связано с риском СП [43].

Различны периоды анализа потребления антидепрессантов и УС (2-15 лет). Относительно небольшой период наблюдения [29], использование разных баз данных об объемах и поло-возрастной структуре пациентов [11, 21, 29]. Дифференцированный анализ ежегодных изменений уровней УС и продаж уменьшает эффект долговременных линейных трендов. Недостаточна *устойчивость* связи – нестабильна при воспроизведении результатов в исследованиях в других условиях и иными методами. *Сила* связи продажи антидепрессантов – УС обычно умерена или слаба. Мала *специфичность*: отсутствие (наличие) антидепрессантов, не панацеи для СП, не определяют без-

условно УС. Биологическая правдоподобность: ассоциация объяснима патобиологической природой СП лишь отчасти (отсутствие лечения, недолечение повышает риск СП у части суицидентов из клинической группы риска). Критерий применим с осторожностью. Когерентность: ассоциация сопоставима с существующей гипотезой (скорее – гроздь гипотез. *Соавт.*) и представлениями о суицидогенезе: скажем осторожно – не противоречит им. Эксперимент: состояние (исход, результат) можно изменить (предотвратить или облегчить) в соответствующем эксперименте. «Естественный эксперимент» при ограничении назначений антидепрессантов молодым «от противного» указывает защитный эффект антидепрессантов.

Усредненный эффект скорости распространения, потребления антидепрессантов зависит от нормативных (клинические руководства), институциональных (связанных с управлением, регулированием лекарственного оборота), финансовых (обеспечение здравоохранения и психиатрических служб в частности) факторов.

Затрудняют сравнение и создают возможные смещения стоимость лекарств, дозировка и количество таблеток в упаковке и в рецепте. Популяционный подход (вне анализа «внутренних» особенностей ценообразования, регуляции, распределения) к оценке продаж СИОЗС предполагает, что различия стран не в тенденциях психического здоровья и образцах лечения, но ухудшение психического здоровья населения поднимет продажи психотропных лекарств (антидепрессантов), увеличив сначала и УС, и это занизит защитный эффект препаратов.

Исследования ограничены УС, «мишенью» антидепрессантов, но СП концептуализировано как континуум [44], включающий мысли о суициде, планирование, а также – в широком понимании – самоповреждения [45]. Так, фармако- и психотерапия депрессии и алкоголизма снижает риск суицидальных мыслей [46], предтечи «внешних форм» СП. Не менее 90% незапланированных и 60% запланированных попыток совершено в первый год появления суицидальных мыслей; выраженность таких мыслей у депрессивных прогнозирует СП, суицидальные попытки – наиболее сильный фактор риска суицида [5]. УС зависит от количества и качества аутопсий. Процедуры (критерии)

рии) самоубийства неизменны в странах, включенных в исследования, но при дестигматизации суицида – УС может возрасти. Доля неуточненных смертей велика в странах с сомнительной статистикой УС. В Португалии связь меж ростом потребления антидепрессантов и УС положительна, что объяснено [13] недостатками суицидологического регистра.

Источник смещений и систематических ошибок в фокусе на СИОЗС, но не группе антидепрессантов в целом; данные недооценивают эффект введения и распространения нeТЦА, снизивших УС в Финляндии на исходе 1980-х [47].

Существенную долю рынка антидепрессантов составляют генерические формы, чьи DDD могут быть сопоставимы с оригинальными лишь при доказательстве клинической эквивалентности.

Реальные уровни лечения депрессии ниже, чем исходя из DDD с учетом широкого ряда показаний назначения антидепрессантов (тревожные расстройства, анорексия и булимия, СДВГ, соматические недуги как мигрень, фибромиалгии, хроническая боль), но они же – факторы риска самоубийства [48].

Национальные базы данных указывают потребление антидепрессантов, но не всегда диагноз суицидента. Неизвестно распределение антидепрессантов в связи с характеристиками пациентов и тяжестью депрессий. Эффект антидепрессанта наибольший при клинической депрессии (выраженности и полноте симптомов) [49]. В стороне анализа схемы лечения – как сочетание антидепрессантов.

Выписка (продажи) антидепрессантов не позволяет судить, принимает ли пациент лекарство, в рекомендованной ли дозе. Неизвестна связь отдельного суицида с приемом антидепрессанта или отсутствием (избеганием), недостаточностью лечения. Несоблюдение режима лечения повышает риск СП и завышает фактическое потребление антидепрессантов. По сообщениям СМИ [цит. по 13], следы антидепрессантов найдены в питьевой воде, куда попадают из сточных вод, что служит свидетельством высоких темпов назначения антидепрессантов в развитых экономически странах и низком комплаенсе (спускающих лекарства в унитаз). Вряд ли занижение числа суицидов и несоблюдение режима лечения существенно изменено за время исследований. Лучшая переносимость может улучшить комплаенс у ча-

сти пациентов [50]. Меньший эффект у лиц ≤ 25 лет (типовая группа риска СП) [31], возможно, из-за малых доступности и привлекательности обычной помощи [22]: так, молодые мужчины обычно ее избегают [51]. Более образованные, занятые и обеспеченные депрессивные мужчины вероятнее диагностированы и лечатся адекватно, более активно ищут помощь [52]. Сходны позиции и бездомных одиноких мужчин (особая группа риска СП), возможно, в связи с их пребыванием в структурированной казенной среде (как жилье под защитой). Выявление психического расстройства в первичной сети вероятнее у лиц с невысокими образованием и социальным статусом – из-за тяжести (запущенности?) состояния [53]. Снижение риска «алкогольных» суицидов мужчин при повышении доли получающих адекватное лечение (≥ 180 DDD) не достигнуто [22] в отличие от «неалкогольных», что объяснимо недоучетом несоблюдения врачебных назначений и сложностью клинко-социальных проблем «микстов».. Психологическая аутопсия (в Канаде) выявила более низкий уровень образования, большую импульсивность и агрессивность при высокой частоте психической коморбидности (депрессия), жертв-потаторов, по сравнению с суицидентами-трезвенниками [54], затрудняющие поиск помощи, и указывающие необходимость новых стратегий целевой профилактики. Причины малого влияния «экспансии» антидепрессантов на риск связанных с алкоголем суицидов объясняют «иной клинической картиной депрессии».

Обсуждение и выводы.

Ограничения серии экологических (популяционных) анализов не позволяют безусловно утверждать, что скорое распределение антидепрессантов нового поколения связано с таким же снижением УС десятков стран и регионов, но вряд ли ему препятствует, особо в группах риска, что следует принять исходя из очевидности и здравого смысла. Неокончательные результаты исследований полезны для выдвижения гипотез, которые предстоит проверить более строгими исследованиями. Недостаточная применимость РКИ для информирования и обоснования стратегий общественного здравоохранения (повседневной психиатрической практики) указывает место экологического (полуэкспериментального) изучения тенденций на популяционном уровне при сопоставлении ряда областей (стран) для лучшего контроля

особых для них факторов, влияющих на УС и использование общемедицинских, антикризисных и психиатрических служб.

Рекомендованная практика наряду с лекарствами включает психосоциальную работу (психотерапию) с пациентом и его окружением [2, 5]; междисциплинарное и межведомственное взаимодействие, внедряемые с 90-х гг. наряду с антидепрессантами, антисуицидальный результат которых трудно оценить на популяционном уровне. Н. van Praag (2003 г.) [55] сетовал на «упрямое поведение» антидепрессантов, «не способных уменьшить» УС при росте назначений. Самоубийства редки (слава Б-гу и лечению) и в клинической выборке, но доказано, что антидепрессанты снижают УС депрессивных на популяционном уровне [2].

Возможно, эффект связан с половозрастным составом населения в дополнение к иным социо-экономическим и культуральным факторам. Так, «свежий» (2016) интегральный индекс удовлетворенности жизнью (Better Life Index) ОЭСР указывает характерную для россиян «сдержанное отношение» к службе при низких показателях материального благополучия, причем качество жизни граждан улучшается последние 5 лет. По сравнению с другими 38 странами выборки положение в России с здравоохранением, окружающей средой, жилищными условиями, безопасностью, уровнем доходов, гражданскими правами (мало, однако, заботящими электорат) ниже усредненного. По данным «Евробарометр в России», оптимизм в России связан с социальным капиталом (>90% населения считают, что им есть на кого опереться в пору невзгод), столь востребованного в слабой институциональной среде. Увы, материальный и социальный «капитал» истощает депрессия, бремя социально-стрессовых расстройств, по Ю.А. Александровскому, включая и субсиндромальную депрессию, отягощено низким уровнем здравоохранения и социальной защиты

Влияние антидепрессантов на УС умножено адекватным лечением: «правильное лекарство для правильного пациента» в необходимой дозировке и рекомендованной деятельности при динамическом контроле безопасности и комплаенса, риска СП [56], как показано в Австралии [11] при неизменном потреблении спиртного и росте безработицы. Повышение количества и качества лечения депрессий полагают ключевой составной частью снижения УС в Венгрии на 50% за 30 лет [57]. Улучшены

выявление депрессии и адекватная фармакотерапия в Финляндии в 1989–2001 гг. в рамках национальной программы предупреждения суицидов [40]. В некоем ошастливленном японском селе с преобладанием пожилых лучшие диагностика и лечение депрессии существенно снизили «очень высокий» УС [58]. Увеличение на 1% получающих минимальное адекватное лечение сокращает на тот же 1% риск не связанных со спиртным суицидов мужчин [22]. Даже при «правильном» лечении социальные факторы риска СП не могут быть нивелированы, но лечение позволяет (в том числе за счет улучшения когнитивных способностей и деятельной социальной поддержки), по Марку Аврелию, если не изменить, но иначе взглянуть на суть вещей и найти разумный выход из типовой (временной) жизненной тяготы, как при безработице и разводе [29].

Разнообразные обстоятельства роста потребления антидепрессантов и снижения УС учесть (прогнозировать) затруднительно. Капля воды отражает океан, но для понимания тенденции (коли «тренд» подвергнут анафеме) на популяционном уровне достаточно ограничиться избранными «реперами», весомо влияющих на спрос антидепрессантов и риск СП.

Рост назначений и фактического применения антидепрессантов растет при:

1) большем понимании проблемы (улучшение диагностики и качества лечения) обученными профессионалами [59], особо – в первичной сети и осведомленности населения [2, 5]. Так, ускоренный рост продаж СИОЗС в Японии стал ответом на пик УС 1990-е гг. на фоне общественной озабоченности психическим и физическим здоровьем (не только профилактика кароши – внезапной смерти при переработке, но и групповых суицидах молодых);

2) большей доступности и дестигматизации лечения [1];

3) лучшей приверженности к лечению пациентов и клиническим руководствам – их врачей (в аспектах дозировок и длительности лечения);

4) расширении показаний лечения и контингентов пациентов (дети и подростки, пожилые, соматически больные).

Так, каждый десятый пациент общей практики страдает клинической депрессией, но лишь ½ получает своевременное и адекватное лечение; столько же жертв суицида обращались к врачам за месяц до трагедии [2].

Простота подбора минимальной терапевтической дозы (часто равной начальной) и схемы терапии (однократно в день), быстрота, по крайней мере, неспецифического эффекта (улучшение сна, седация) улучшают соблюдение лекарственного режима и облегчают контроль за последним. Антидепрессанты снижают риск СП лишь в группе адекватно леченных. Антидепрессанты с улучшенным соотношением риск / эффект увеличат долю больных, леченных терапевтическими дозами в повседневной практике [9, 56].

Так, антидепрессант нового поколения агомелатин (вальдоксан), на который пока приходится < 5% продаж антидепрессантов в РФ, может быть особо предпочтителен (стать препаратом первого выбора) для пациентов в группе риска СП и – пожилых – особенно за счет благоприятной переносимости, низкого потенциала межлекарственного взаимодействия, токсичности при намеренной или случайной передозировки. Ранний неспецифический эффект (улучшение сна, тогда как бессонница – известный суцидогенный фактор), простая схема лечения и подбора доз способствуют приверженности к терапии.

Если способы самоубийства не вполне взаимозаменяемы, затруднение доступа к средствам самоубийства снижают «издержки смерти» [60, 61]. В странах с большим потреблением «классических» ТЦА выше УС – возможно, и в связи с большей токсичностью намеренной передозировки и архаичными схемами лечения при малой доступности общемедицинской и психиатрической (антикризисной) помощи [9]. Выбор антидепрессантов нового поколения с высоким индексом токсичности снижает риск СП и его медицинских последствий [62]. Посмертный токсикологический анализ, однако, выявил малую часть отравившихся антидепрессантами, особо СИОЗС [12]. Отсутствие антидепрессантов в крови жертвы свидетельствует и об отсутствии лечения.

Важно мониторировать и уменьшить возможный ненамеренный эффект регуляторных ограничений назначений антидепрессантов (как в группах детей и подростков). Экологические анализы пригодны для изучения иных психотропных препаратов в клинико - социальных и экономических аспектах.

Анализ определяет ресурсосберегающий (жизнесберегающий) потенциал фармакотерапии. ВОЗ [63] призывает оценивать за-

тратную эффективность подходов предупреждения суцидолов на уровнях популяции (универсальная профилактика) и групп риска (избирательная), что важно при дефиците ресурсов. В Австралии на модели затратной эффективности [64] показан затратный эффект скрининга депрессии.

При известных ограничениях экологические исследования полезны в оценке лечебно-профилактических программ общественного здравоохранения, указывая пользу надлежащего выбора и применения антидепрессантов, контроля лечения в повседневной практике и информирования населения и профессионалов о депрессии и риске самоубийств. Повышение качества повседневной медицинской помощи особо в группах риска СП способствует снижению УС.

Дальнейшие исследования уточнят на популяционном уровне соотношение риск / польза выбора отдельных антидепрессантов в связи с их дозой и длительностью лечения, оценить потенциал затратной эффективности лечения в группах риска (клинических, возрастных) и в областях с контрастными УС. В оценке бремени депрессии [65] следует учесть широкую социальную перспективу: восстановление функционирования, снижение риска преступлений, бездомности, разводов. Доказательность данных предстоит улучшить с привлечением анализов случай-контроль, при контроле социальных (микросоциальных) факторов риска СП, путей поиска и доступности помощи, паттернов фармакотерапии, эффекта формальной и неформальной психосоциальной работы. Исследования могут внести лепту и в оценку «счастья» и достойной жизни (human security) населения, не сводимые к подушевому ВВП. Однако опасна и «медицинализация» общества, попытка решения социально - экономических проблем (как безработица) недифференцированным широким назначением антидепрессантов [9] в качестве психофармакосметологии.

Отечественные исследования важны, но и затруднены в связи с противонаправленными трендами динамики, сверхвысоким риском в социально уязвимых группах населения (как сельские, пожилые, хронические соматические больные) при малой доступности и привлекательности антикризисных служб, отсутствии региональных и федеральной программ предупреждения суцидолов [66], повсеместном недо-

выявлении и нерациональном лечении депрессий, стигматизации и низком качестве психиатрической службы при малом («стихийном») участии в лечении врачей общей практики, нестандартизованной и неполной статистикой СП и недифференцированными данными о продажах и потреблении антидепрессантов (как и иных лекарственных препаратов), дефектами кодирования по МКБ депрессии и СП [67]. Дальнейшие анализы учтут «возможные суициды» (суммарно зарегистрированные суициды, убийства), динамику злоупотребления ПАВ как варианта девиантного (саморазруша-

ющего) поведения. Доказательство причинно-следственной связи меж реальным потреблением антидепрессантов и УС возможно в многофакторной модели, согласно биопсихосоциальной природе СП с учетом временных трендов местных УС, социально-экономических характеристик региона и его населения при контроле ряда сопутствующих вмешивающихся факторов. Предстоит оценить эффект лечения с учетом снижения распространенности ПАВ и выбора методов самоубийства – прогнозировано снижение риска самоотравлений антидепрессантами.

Литература:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Пер. с англ. – Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. – 97 с.
2. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27. – P. 129-141.
3. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
4. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 3-16.
5. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA. – 2005. – Vol. 294. – P. 2064-2074.
6. Ayuso-Mateos J.L., Baca-García E., Bobes J. et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour // Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. (Barc.). – 2012. – Vol. 5. – P. 8-23.
7. Fleischmann A., Arensman E., Berman A. et al. Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs // Global Mental Health. – 2016. – Vol. 3, № 5. – P. 1- 8.
8. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review // Lancet Psychiatry. – 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
9. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
10. Stagnitti M.N. Trends in antidepressant utilization and expenditures in the U.S. Civilian noninstitutionalized population by age, 2000 and 2010 // Statistical Brief. – 2014. – № 430.
11. Hall W.D., Lucke J. How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? // Aust. NZ J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 40. – P. 941-950.

References:

1. Predotvrashhenie samoubijstv: Global'nyj imperativ. Per. s angl. – Zheneva: Vsemirnaja Organizacija Zdravoohraneniya, 2014. – 97 s. (In Russ)
2. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27. – P. 129-141.
3. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 3-10. (In Russ)
4. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3 (12). – P. 3-16. (In Russ)
5. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review // JAMA. – 2005. – Vol. 294. – P. 2064-2074.
6. Ayuso-Mateos J.L., Baca-García E., Bobes J. et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour // Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. (Barc.). – 2012. – Vol. 5. – P. 8-23.
7. Fleischmann A., Arensman E., Berman A. et al. Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs // Global Mental Health. – 2016. – Vol. 3, № 5. – P. 1- 8.
8. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review // Lancet Psychiatry. – 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
9. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B. Farmakojepidemiologija i farmakojekonomika v psihiatrii. – M.: Medpraktika-M, 2003. – 264 s. (In Russ)
10. Stagnitti M.N. Trends in antidepressant utilization and expenditures in the U.S. Civilian noninstitutionalized population by age, 2000 and 2010 // Statistical Brief. – 2014. – № 430.
11. Hall W.D., Lucke J. How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? // Aust. NZ J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 40. – P. 941-950.

12. Isacsson G., Rich C.L., Jureidini J., Raven M. The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates // *Br. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 196. – P. 429-433.
13. Gusmão R., Quintão S., McDaid D. et al. Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study // *PLoS. ONE.* – 2013. – Vol. 8. e66455.
14. Ludwig J., Marcotte D.E., Norberg K. Antidepressants and suicide // *J. Health Econ.* – 2009. – Vol. 28. – P. 659-676.
15. Baldessarini R.J., Tondo L., Strombom I.M. et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks // *Harv. Rev. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 15. – P. 133-145.
16. Safer D.J., Zito J.M. Do antidepressants reduce suicide rates? // *Public Health.* – 2007. – Vol. 121. – P. 274-277.
17. Zahl P.H., De Leo D., Ekeberg Ø. et al. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries // *BMC Psychiatry.* – 2010. – Vol. 10, № 62.
18. Henriksson S., Boethius G., Isacsson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985–95 // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103. – P. 301-306.
19. Bramness J.G., Walby F.A., Tverdal A. The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980–2004 // *J. Affect. Dis.* – 2007. – Vol. 102. – P. 1-9.
20. Grunebaum M.F., Ellis S.P., Li S. et al. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999 // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65. 1456-1462.
21. Nakagawa A., Grunebaum M.F., Ellis S.P. et al. Suicide and antidepressant medication treatment in Japan // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 908-916.
22. Moustgaard H., Joutsenniemi K., Sihvo S., Martikainen P. Alcohol-related deaths and social factors in depression mortality: a register-based follow-up of depressed in-patients and antidepressant users in Finland // *J. Affect Dis.* – 2013. – Vol. 148. – P. 278-285.
23. Guaiana G., Andretta M., Corbari L. et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000 // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 750–755.
24. Dumais A., Lesage A.D., Alda M. et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 2116-2124.
25. Харитонов С.В., Магурдумова Л.Г. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и суицидальный риск // *Суицидология.* – 2016. – Том 7, № 1 (22) – С. 46-54.
12. Isacsson G., Rich C.L., Jureidini J., Raven M. The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates // *Br. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 196. – P. 429-433.
13. Gusmão R., Quintão S., McDaid D. et al. Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study // *PLoS. ONE.* – 2013. – Vol. 8. e66455.
14. Ludwig J., Marcotte D.E., Norberg K. Antidepressants and suicide // *J. Health Econ.* – 2009. – Vol. 28. – P. 659-676.
15. Baldessarini R.J., Tondo L., Strombom I.M. et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks // *Harv. Rev. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 15. – P. 133-145.
16. Safer D.J., Zito J.M. Do antidepressants reduce suicide rates? // *Public Health.* – 2007. – Vol. 121. – P. 274-277.
17. Zahl P.H., De Leo D., Ekeberg Ø. et al. The relationship between sales of SSRI, TCA and suicide rates in the Nordic countries // *BMC Psychiatry.* – 2010. – Vol. 10, № 62.
18. Henriksson S., Boethius G., Isacsson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985–95 // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103. – P. 301-306.
19. Bramness J.G., Walby F.A., Tverdal A. The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980–2004 // *J. Affect. Dis.* – 2007. – Vol. 102. – P. 1-9.
20. Grunebaum M.F., Ellis S.P., Li S. et al. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999 // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65. 1456-1462.
21. Nakagawa A., Grunebaum M.F., Ellis S.P. et al. Suicide and antidepressant medication treatment in Japan // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 908-916.
22. Moustgaard H., Joutsenniemi K., Sihvo S., Martikainen P. Alcohol-related deaths and social factors in depression mortality: a register-based follow-up of depressed in-patients and antidepressant users in Finland // *J. Affect Dis.* – 2013. – Vol. 148. – P. 278-285.
23. Guaiana G., Andretta M., Corbari L. et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000 // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 750–755.
24. Dumais A., Lesage A.D., Alda M. et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 2116-2124.
25. Kharitonov S.V., Magurdimouva L.G. Selective inhibitors of serotonin reuptake and the risk of suicide // *Suicidology.* – 2016. – Vol. 7, № 1 (22) – P. 46-54. (In Russ)

26. Lu Ch., Y., Zhang F., Lakoma M.D. et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study // *BMJ*. – 2014. – Vol. 348, № 1. – g 3596.
27. Wheeler B.W., Metcalfe C., Martin R.M., Gunnell D. International impacts of regulatory action to limit antidepressant prescribing on rates of suicide in young people // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* – 2009. – Vol. 18. – P. 579-588.
28. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 978-982.
29. Kalmar S., Szanto K., Rihmer Z. et al. Antidepressant prescription and suicide rates: Effect of age and gender // *Suicide Life Threat Behav.* – 2008. – Vol. 38. – P. 363–374.
30. Gunnell D, Middleton N, Whitley E. et al. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? – a time-series analysis of trends in England and Wales 1950–1998 // *Soc Sci Med.* – 2003. – Vol. 57. – P. 595-611.
31. Valuck R. SSRI Antidepressant use and rates of suicide attempt among adults with MDD and an evaluation of the FDA warnings on antidepressants and suicidality on patterns of care for MDD. Docket #2006-4272OPH1-13-valuck.ppt.2006.
32. Gibbons R.D., Hur K., Bhaumik D.K., Mann J.J. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 165-172.
33. Kivimäki M., Gunnell D., Lawlor D. et al. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37. – P. 373-382.
34. Sher L. Alcohol consumption and suicide // *QJM*. – 2006. – Vol. 99. – P. 57-61.
35. Viscusi W.K. The Value of Life. Olin Center for Law, Economics and Business Discussion Paper 517. Harvard Law School, Cambridge, MA, 2005.
36. Schwartz S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences // *Am. J. Publ. Health*. – 1994. – Vol. 84. – P. 819-824.
37. Hill A.B. The environment and disease: Association or causation // *Proc. R. Soc. Med.* – 1965. – Vol. 58. – P. 295-300.
38. Mantel N., Haenszel W. Statistical aspects of the analyses of data from retrospective studies of disease // *J. Natl. Cancer Inst.* – 1959. – Vol. 22. – P. 719-748.
39. Dahlberg M., Lundin D. Antidepressants and the suicide rate: is there really a connection? / Lindgren B, Grossman M, eds. *Substance Use: Individual Behaviour, Social Interactions, Markets and Politics. Advances in Health Economics and Health Services Research*. Emerald Group Publishing Limited. – 2005. – Vol. 16. – P. 121-141.
26. Lu Ch., Y., Zhang F., Lakoma M.D. et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study // *BMJ*. – 2014. – Vol. 348, № 1. – g 3596.
27. Wheeler B.W., Metcalfe C., Martin R.M., Gunnell D. International impacts of regulatory action to limit antidepressant prescribing on rates of suicide in young people // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* – 2009. – Vol. 18. – P. 579-588.
28. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 978-982.
29. Kalmar S., Szanto K., Rihmer Z. et al. Antidepressant prescription and suicide rates: Effect of age and gender // *Suicide Life Threat Behav.* – 2008. – Vol. 38. – P. 363–374.
30. Gunnell D, Middleton N, Whitley E. et al. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? – a time-series analysis of trends in England and Wales 1950–1998 // *Soc Sci Med.* – 2003. – Vol. 57. – P. 595-611.
31. Valuck R. SSRI Antidepressant use and rates of suicide attempt among adults with MDD and an evaluation of the FDA warnings on antidepressants and suicidality on patterns of care for MDD. Docket #2006-4272OPH1-13-valuck.ppt.2006.
32. Gibbons R.D., Hur K., Bhaumik D.K., Mann J.J. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 165-172.
33. Kivimäki M., Gunnell D., Lawlor D. et al. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37. – P. 373-382.
34. Sher L. Alcohol consumption and suicide // *QJM*. – 2006. – Vol. 99. – P. 57-61.
35. Viscusi W.K. The Value of Life. Olin Center for Law, Economics and Business Discussion Paper 517. Harvard Law School, Cambridge, MA, 2005.
36. Schwartz S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences // *Am. J. Publ. Health*. – 1994. – Vol. 84. – P. 819-824.
37. Hill A.B. The environment and disease: Association or causation // *Proc. R. Soc. Med.* – 1965. – Vol. 58. – P. 295-300.
38. Mantel N., Haenszel W. Statistical aspects of the analyses of data from retrospective studies of disease // *J. Natl. Cancer Inst.* – 1959. – Vol. 22. – P. 719-748.
39. Dahlberg M., Lundin D. Antidepressants and the suicide rate: is there really a connection? / Lindgren B, Grossman M, eds. *Substance Use: Individual Behaviour, Social Interactions, Markets and Politics. Advances in Health Economics and Health Services Research*. Emerald Group Publishing Limited. – 2005. – Vol. 16. – P. 121-141.

40. Korkeila J., Salminen J.K., Hiekkanen H., Salokangas R. Use of antidepressants and suicide rate in Finland: An ecological study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 505-511.
41. Oyesanya M., Lopez-Morinigo J., Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession // *World J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 5. – P. 243-254.
42. Barnes M.C., Gunnell D., Davies R. et al. Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study // *BMJ Open.* – 2016. – Vol. 6. – e010131.
43. Iwasaki M., Akechi T., Uchitomi Y. et al. Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men: a population-based cohort study in Japan // *Ann Epid.* – 2005. – Vol. 15. – P. 286-292.
44. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
45. Posner K., Oquendo M.A., Gould M. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164. – P. 1035-1043.
46. Ganz D., Braquehais M.D., Sher L. Secondary Prevention of Suicide // *PLoS Med.* – 2010. – Vol. 7. – e1000271.
47. Reseland S., Bray I., Gunnell D. Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188. – P. 354–358.
48. Hawton K., van Heeringen K. Suicide // *Lancet.* – 2009. – Vol. 373. – P. 1372–1381.
49. Fournier J.C., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis // *JAMA.* – 2010. – Vol. 303. – P. 47-53.
50. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2001. – Том 11. – Вып.1. – С. 89-101.
51. Möller-Leimkühler A.M. [Men and depression: gender-related help-seeking behavior] (in German) // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 68. – P. 489-495.
52. Brook O.H., Hout H.P. van, Stalman W.A., Haan M. de Nontricyclic antidepressants: predictors of nonadherence // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 26. – P. 643-647.
53. Karlsson H., Joukamaa M., Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102. – P. 354-358.
54. Chachamovich E., Ding Y., Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: Results from a psychological autopsy study // *Alcohol.* – 2012. – Vol. 46. – P. 529-536.
55. van Praag H.M. A stubborn behaviour: the failure of antidepressants to reduce suicide rates // *World J. Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 4: – P. 184-191.
40. Korkeila J., Salminen J.K., Hiekkanen H., Salokangas R. Use of antidepressants and suicide rate in Finland: An ecological study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68. – P. 505-511.
41. Oyesanya M., Lopez-Morinigo J., Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession // *World J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 5. – P. 243-254.
42. Barnes M.C., Gunnell D., Davies R. et al. Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study // *BMJ Open.* – 2016. – Vol. 6. – e010131.
43. Iwasaki M., Akechi T., Uchitomi Y. et al. Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men: a population-based cohort study in Japan // *Ann Epid.* – 2005. – Vol. 15. – P. 286-292.
44. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 48 s. (In Russ)
45. Posner K., Oquendo M.A., Gould M. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164. – P. 1035-1043.
46. Ganz D., Braquehais M.D., Sher L. Secondary Prevention of Suicide // *PLoS Med.* – 2010. – Vol. 7. – e1000271.
47. Reseland S., Bray I., Gunnell D. Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188. – P. 354–358.
48. Hawton K., van Heeringen K. Suicide // *Lancet.* – 2009. – Vol. 373. – P. 1372–1381.
49. Fournier J.C., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis // *JAMA.* – 2010. – Vol. 303. – P. 47-53.
50. Ljubov E.B. Problema nesobljudenija lekarstvennogo rezhima v psihiatricheskoj praktike // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2001. – Tom 11. – Vyp.1. – S. 89-101. (In Russ)
51. Möller-Leimkühler A.M. [Men and depression: gender-related help-seeking behavior] (in German) // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 68. – P. 489-495.
52. Brook O.H., Hout H.P. van, Stalman W.A., Haan M. de Nontricyclic antidepressants: predictors of nonadherence // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 26. – P. 643-647.
53. Karlsson H., Joukamaa M., Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102. – P. 354-358.
54. Chachamovich E., Ding Y., Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: Results from a psychological autopsy study // *Alcohol.* – 2012. – Vol. 46. – P. 529-536.
55. van Praag H.M. A stubborn behaviour: the failure of antidepressants to reduce suicide rates // *World J. Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 4: – P. 184-191.

56. Любов Е.Б., Игнатенко С.А. Рациональный выбор и применение антидепрессантов в психиатрической практике: научно доказательное обоснование // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Вып. 2, № 1. – С. 36-42.
57. Rihmer Z. Nemeth A. Correlation between treatment of depression and suicide mortality in Hungary -- focus on the effects of the 2007 healthcare reform (in Hungarian) // Neuropsychopharmacol Hung. – 2014. – Vol. 16. – P. 195-204.
58. Takahashi K., Naito H., Morita M. et al. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 1998. – Vol. 100. – P. 469-485.
59. van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V. et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies // Crisis: – 2011. – Vol. 32. – P. 319-333.
60. Becker G.S., Posner R.A. Suicide: An economic approach. Working Paper, University of Chicago, 2004.
61. Hamermesh D.S., Soss N.M. An economic theory of suicide // J. Polit. Econ. – 1974. – Vol. 82. – P. 83-98.
62. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико - экономические исследования суицидального поведения // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 1 (22). – С. 11-28.
63. World Health Organization towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2010. ([http://www.wpro.who.int/mnh/Towards Evidence based SPP.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/mnh/Towards_Evidence_based_SPP.pdf?ua=1)).
64. Vos T., Carter R., Barendregt J. et al., eds Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE- Prevention): Final Report. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University, 2010.
65. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А. и соавт. Стоимостной анализ депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 3. – С. 77- 82.
66. Любов Е.Б., В.С. Кабизулов, В.Е. Цупрун, С.А. Чубина. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16) . – С. 3–17.
67. Любов Е.Б., Чубина С.И. Статистика суицидов в мире: Корни и крона // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Том 26. Вып. 2. – С. 26-30.
56. Ljubov E.B., Ignatenko S.A. Racional'nyj vybor i primeneniye antidepressantov v psihiatricheskoj praktike: nauchno dokazatel'noe obosnovanie // Zhurn. neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2015. – Vyp. 2, № 1. – S. 36-42. (In Russ)
57. Rihmer Z. Nemeth A. Correlation between treatment of depression and suicide mortality in Hungary -- focus on the effects of the 2007 healthcare reform (in Hungarian) // Neuropsychopharmacol Hung. – 2014. – Vol. 16. – P. 195-204.
58. Takahashi K., Naito H., Morita M. et al. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 1998. – Vol. 100. – P. 469-485.
59. van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V. et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies // Crisis: – 2011. – Vol. 32. – P. 319-333.
60. Becker G.S., Posner R.A. Suicide: An economic approach. Working Paper, University of Chicago, 2004.
61. Hamermesh D.S., Soss N.M. An economic theory of suicide // J. Polit. Econ. – 1974. – Vol. 82. – P. 83-98.
62. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 1 (22). – P. 11-28. (In Russ)
63. World Health Organization towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2010. ([http://www.wpro.who.int/mnh/Towards Evidence based SPP.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/mnh/Towards_Evidence_based_SPP.pdf?ua=1)).
64. Vos T., Carter R., Barendregt J. et al., eds Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE- Prevention): Final Report. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University, 2010.
65. Gurovich I.Ja., Ljubov E.B., Chapurin S.A. i soavt. Stoimostnoj analiz depressivnyh rasstrojstv v otechestvennyh psihiatricheskikh sluzhbah // Zhurn. neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2010. – № 3. – S. 77- 82. (In Russ)
66. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 3 (16) . – P. 3–17. (In Russ)
67. Ljubov E.B., Chubina S.I. Statistika suicidov v mire: Kornj i krona // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2016. – Tom 26. – Vyp. 2. – S. 26-30. (In Russ)

ANTIDEPRESSANT PRESCRIPTION AND SUICIDE RATES: EQUIVOCAL RELATIONSHIPS

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova

Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

Numerous ecological studies have shown an inverse association between newer antidepressant use (prescribing as proxy) and national suicide rates (SR) in most countries. Geographic regions or demographic and social groups with the highest antidepressant prescription rates have the lowest SR. The strongest association was found in the oldest age

groups, where the increase in antidepressant use was highest. Although some countries do not show such correlations, potential reasons include lack of compliance; pre-existing low SR, resulting in a floor effect; and high rates of alcoholism that may elevate SR or the effect may be confined to women because too few men seek and comply with treatment with antidepressants. The risk of an ecological fallacy, that is, inferring causality from group correlations, prevents attributing decreases in SR solely to antidepressant use. Nevertheless, there is a striking correlation and plausible mechanism linking antidepressant use to declining SR. This may be a consequence of improved treatment of antidepressant-responsive psychiatric illnesses that increase SR, mainly depression, but studies emphasize the importance of the quantity and quality of the depression treatment as a component of suicide prevention.

Keywords: antidepressants, prescription, level of suicides, prevention.

УДК 616.89-008

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова

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

Контактная информация:

Сомкина Ольга Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: Olyasomkina@gmail.com

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

Байкова Мария Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: lentazzz111@gmail.com

Целью данного исследования явилось изучение влияния алкогольной зависимости на аутоагрессивные показатели женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Проведен сравнительный анализ двух групп женщин (страдающих алкогольной зависимостью и здоровых, составляющих контрольную группу), каждая из которых представлена 62 пациентками. Произведено сравнение всех изучаемых признаков в группах. Показано, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, значительно чаще обнаруживают аутоагрессивные паттерны в поведении и мышлении в сравнении с контрольной группой (19,35% женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в течение жизни совершали суицидальные попытки, а 22,58% в анамнезе отмечают суицидальные мысли). У них также чаще встречаются несуйцидальные паттерны поведения (подверженность насилию в среде женщин, страдающих алкоголизмом, 32,26%, против 1,61% у здоровых респонденток); широко представлены предикторы аутоагрессивного поведения. Все это позволяет сделать вывод, что данный контингент женщин имеет высокий суицидальный риск и заслуживает пристального внимания со стороны наркологической и суицидологической служб.

Ключевые слова: женский алкоголизм, аутоагрессивное поведение, суицидология.

В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому (от 1:12 к 1:5) [1, 2]. Считается доказанной связь алкогольной зависимости и суицидального поведения, однако, большинство работ касается мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [3, 4, 5]. Алкогольная зависимость у женщин, по-прежнему, продолжает оставаться «неудобной» и «некрасивой» темой. И говоря про алкогольную смертность, в большинстве

случаев мы подразумеваем именно – «смерть пьющего мужчины, трудоспособного возраста» [6, 7]. Аутоагрессивная сфера у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, мало изучена. В целом, в популяции уровень женского суицида ниже, чем мужского, тем не менее, женщины гораздо чаще предпринимают попытки свести счеты с жизнью, которые, безусловно, далеко не всегда остаются только попытками [1, 8, 9]. Вклад в национальные суицидологические показатели женщинами, стра-

дающими алкогольной зависимостью, на сегодняшний момент неизвестен.

Таким образом, целью исследования являлось изучение аутоагрессивных характеристик женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Согласно поставленной цели, основной задачей исследования явилась оценка структуры аутоагрессивных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, которая позволит в будущем разработать методы коррекции суицидологически значимых феноменов, а также, максимально индивидуализировать терапевтические подходы лечения основного наркологического заболевания.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач, нами проведено обследование 62 женщин, страдающих алкогольной зависимостью (ЖСАЗ) и 62 здоровых женщин (контрольная группа). Диагнозы оформлялись в соответствии с критериями МКБ-10. Критерии включения в экспериментальную группу: женский пол, наличие установленного в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 диагноза «Алкогольная зависимость» (F10.2). В соответствии с критериями исключения в работу не включались пациентки, имеющие другие сформированные химические зависимости (кроме никотиновой); пациентки с эндогенными психическими заболеваниями и с наличием органического заболевания центральной нервной системы, имевшегося до формирования алкогольной зависимости; отказ предоставить информированное согласие на участие в исследовании.

Возраст в экспериментальной группе составил $38,8 \pm 4,3$ года, в контрольной – $40,3 \pm 5,2$

года соответственно. Срок семейной жизни – $17,3 \pm 6,6$ и $20,7 \pm 5,0$ лет. Обследованные респондентки были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям, значимым различием в группах являлось наличие либо отсутствие алкогольной зависимости.

Всем женщины, включенные в исследование, заполнили опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем, в котором оценивалось наличие исследуемого признака в анамнезе вообще, а также в последние два года, брачный, брачный периоды [10].

Для решения поставленной задачи было произведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых аутоагрессивных признаков в группах. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета статистической обработки данных Statistica 7.0. Статистический анализ проводился в два этапа. На предварительном этапе матрицы полученных данных проверялись на характер распределения, а также анализировались описательные статистические характеристики выборки. Соответствие данных нормальному распределению устанавливалось путем применения критерия согласия Пирсона (χ^2 -квадрат).

Применение статистических методов определения достоверности различий между изучаемыми группами также определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков применялся t-критерий Стьюдента. В иных случаях применялись методы непараметрической статистики.

Таблица 1

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия в отношении суицидальных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению со здоровыми респондентками

Признак	Основная группа n=62		Здоровые n=62		Значение критерия χ^2	Значение df	P
	n	%	n	%			
Суицидальная попытка в последние два года	8	12,9	0	0	6,55	1	0,0105
Суицидальная попытка в период брака	8	12,9	1	1,61	4,31	1	0,0378
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	12	19,35	1	1,61	8,59	1	0,0034
Суицидальные мысли в последние два года	10	16,13	0	0	8,81	1	0,003
Суицидальные мысли в период брака	9	14,52	1	1,61	5,33	1	0,021
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	14	22,58	3	4,84	6,82	1	0,009

Таблица 2

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению со здоровыми респондентками

Признак	Основная группа n=62		Здоровые n=62		Значение критерия χ^2	Значение df	P<
	n	%	n	%			
Подверженность насилию в последние два года	13	20,97	1	1,61	9,74	1	0,0018
Подверженность насилию в добрачный период	9	14,52	0	0	7,67	1	0,0056
Подверженность насилию в период брака	14	22,58	1	1,61	10,92	1	0,001
Подверженность насилию в анамнезе вообще	20	32,26	1	1,61	18,57	1	0,0001
Черепно-мозговые травмы в анамнезе	21	33,87	2	3,23	17,29	1	0,0001
Употребление наркотических веществ (несистематическое)	16	25,81	1	1,61	13,36	1	0,0003

Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$. Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде $M \pm SD$ (средняя \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение.

Основные статистически значимые отличия в спектрах суицидальных и несуицидальных аутоагрессивных паттернов и их основных предикторов представлены в таблицах 1, 2 и 3.

Результаты, приведенные в таблице 1, убедительно показывают статистически значимые различия в группах в классической суицидальной активности (суицидальные попытки и суицидальные мысли).

Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, значительно чаще предпринимают попытки суицида. Обращает на себя внимание их высокая суицидальная активность в отдельный промежуток времени (последние два года до проводимого обследования), что свидетельствует о высоком суицидальном риске в исследуемой группе непосредственно на момент исследования. Стоит отметить, что по таким классическим паттернам аутодеструктивного поведения, как суицидальные мысли в период брака, а также суицидальная попытка в период брака, показатели в группе женщин, страдающих алкогольной зависимостью выше в 9 и 8 раз соответственно. При этом, если рассматривать те же признаки, но во временной период относящийся к последним двум годам жизни, то здесь отмечается тенденция к увеличению показателей (по сравнению с контролем), что косвенно может указывать на прогресс заболевания.

В табл. 2 обращено внимание на то, что подверженность насилию (как физическому, так и сексуальному), как одному из несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения, среди женщин, страдающих алкогольной зависимостью, значительно выше, как в период брака, так и до него. В брачный период она значительно выше (22,58% против 14,52%). При одновременном снижении показателей по некоторым признакам классического суицидального поведения (табл. 1 – суицидальные мысли), а также при уменьшении с учетом показателя по признаку «подверженность насилию за последние два года» (20,97%), можно сделать предположение, что в период брака классические паттерны аутоагрессивного поведения становятся менее выраженными, заменяясь более «социально приемлемым» видом суицида, например, став жертвой насилия. В данной группе также чаще встречаются такие паттерны несуицидального аутоагрессивного поведения, как эпизоды импульсивного приёма психоактивных веществ, склонность к рискованному поведению.

Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, обнаруживают выраженные элементы агрессивного и антисоциального поведения, вплоть до уголовного преследования и отбывания наказания в местах лишения свободы.

Суицидальным паттернам поведения в исследуемой группе больных сопутствует склонность к гетероагрессии, которая сопровождается частыми актами насилия в отношении подобных респонденток (поскольку насилие зачастую провоцируется собственным агрессивным и провоцирующим поведением, а также фактами семейного насилия).

Основные статистически значимые ($p < 0,05$) отличия отдельных основных предикторов аутоагрессивного поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению со здоровыми респондентками

Признак	Основная группа n=62		Здоровые n=62		Значение критерия χ^2	Значение df	P<
	n	%	n	%			
Длительное переживание чувства вины	45	72,58	17	27,42	23,52	1	0,0001
Склонность долго переживать стыд	36	58,06	7	11,29	27,91	1	0,0001
Неоправданный риск в последние два года	20	32,26	2	3,23	15,97	1	0,0001
Неоправданный риск в добрачный период	17	27,42	1	1,61	14,62	1	0,0001
Неоправданный риск в период брака	21	33,87	1	1,61	19,95	1	0,0001
Опасные склонности, привычки, хобби	15	24,19	2	3,23	9,82	1	0,0017
Моменты острого одиночества	39	62,90	6	9,68	35,72	1	0,0001
Моменты безысходности	37	59,68	11	17,74	21,24	1	0,0001
Склонность к перееданию, отказу от пищи	42	67,74	23	37,10	10,48	1	0,0012
Отсутствие четкого смысла жизни	20	32,26	2	3,23	15,97	1	0,0001
Частые угрызения совести	45	72,58	15	24,19	27,16	1	0,0001
Комплекс неполноценности	32	51,61	10	16,12	15,88	1	0,0001
Субъективная уверенность в наличии физического недостатка	22	35,48	3	4,84	16,23	1	0,0001
Гетероагрессивность	34	54,84	11	17,74	18,45	1	0,0001

Полученные данные указывают на связь между аутоагрессивным и гетероагрессивным поведением и позволяют рассматривать повышенную агрессивность женщин с алкогольной зависимостью как один из факторов склонности к аутоагрессивным, в частности суицидальным, типам реакций, что соотносится с данными, описанными в литературе, касательно мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [4].

Рассматривая частоту предикторов аутоагрессивного поведения, можно констатировать, что в отношении большинства из них экспериментальная группа имеет статистически значимые отличия по сравнению с контрольной. Их спектр охватывает большинство наиболее изученных и активно используемых в суицидологической практике предикторов. В таблице представлен как импринтинговый блок предикторов (наличие суицидентов среди близких родственников и друзей), так и блок суицидогенных эмоциональных состояний (одиночество, безысходность, склонность к депрессиям, длительному переживанию вины, мучительным угрызениям совести).

Такие предикторы аутоагрессивного поведения, как отсутствие «смысла жизни», чувство одиночества и безысходности в большей мере характеризуют именно женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Более половины из них имеют сформировавшийся в течение жизни комплекс неполноценности, а треть обнаруживает у себя какой-либо значимый физический недостаток.

Следует отметить также низкую уверенность в продолжительной последующей жизни, что отражает существование некоего негативного психологического фона на длительную жизнь в рассматриваемой группе.

Выводы:

1. Алкогольная зависимость в женской популяции представляет собой не менее серьезную проблему, чем алкогольная зависимость в мужской популяции, ассоциированную с большим риском в плане развития суицидальных тенденций на фоне прогрессии заболевания.

2. Женщины, страдающие алкогольной зависимостью, значительно чаще обнаруживают суицидальную активность в мыслях и поведении.

3. В популяции страдающих алкогольной зависимостью женщин, отмечается высокий уровень представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения.

4. В результате настоящего исследования установлено, что женщины, страдающие алко-

гольной зависимостью, безусловно, принадлежат к группе повышенного суйцидального риска и нуждаются в разработке соответствующих терапевтических мероприятий, направленных на снижение суйцидальной напряженности.

Литература:

1. Васильев В.В. Суйцидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суйцидология. – 2012. – № 1. – С. 18-28.
2. Меринов А.В. Суйцидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в зависимости от динамики брачных отношений // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 25-35.
3. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суйцидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суйцидология. – 2012. – № 3. – С. 41-48.
4. 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. 81-86.
5. Уманский М.С., Пивоварчук Ф.И. Проблемы злоупотребления алкоголем у лиц старшего возраста // Научный форум. Сибирь. – 2016. – Том 2, № 2. – С. 63-64.
6. Положий Б.С. Суйцидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
7. Меринов А.В. Вариант эпикрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80.
8. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. – М.: NALEX, 2003. – 136 с.
9. Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Байнова Н.А. К вопросу о профилактике алкоголизма у женщин в разные возрастные периоды // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 39-40.
10. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью // Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – М. – 2000. – 20 с.

References:

1. Vasiliev V.V. Suicidal behavior of women // Suicidology. – 2012. – № 1. – P. 18-28. (In Russ)
2. Merinov A.V. Results, neurological and experimental psychological characteristics of the spouses in families of men with alcohol dependence, depending on the dynamics of marital relationships // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 2. – P. 25-35. (In Russ)
3. Zotov P.B., Umansky M.S. Suicidal behavior of alcoholics in old age of alcohol withdrawal (in south of Tyumen Region) // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 41-48. (In Russ)
4. Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju. Autoagressivnaja harakteristika zhenshhin, sostojashhhih v brake s muzhchinami, stradajushhimi alkogolizmom // Rossijskij medikobiologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2015. – № 4. – S. 81-86. (In Russ)
5. Umansky M. S., F. I. Pivovarchuk concern of alcohol abuse in older persons // Scientific forum. Siberia. – 2016. – Vol 2, № 2. – P. 63-64. (In Russ)
6. Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie (kliniko-jepidemiologicheskie i jetnokul'turalnye aspekty). – M.: RIO «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010. – 232 s. (In Russ)
7. Merinov A.V. Variant jepiskripta v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2010. – № 3. – S. 77-80. (In Russ)
8. Nemcov A.V. Alkogol'nyj uron regionov Rossii. – M.: NALEX, 2003. – 136 s. (In Russ)
9. Krivulin E. N., Mingazov A. Kh., Binova N.. The question of the prevention alcoholisma in women in different age periods // Tyumen Medical Journal. – 2011. – № 2. – P. 39-40. (In Russ)
10. Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnostika autoagressivnogo povedenija pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'ju // Posobie dlja vrachej psihiatrov-narkologov i psihoterapevtov. – M. – 2000. – 20 s. (In Russ)

SUICIOLOGICAL ASPECTS OF FEMALE ALCOHOLISM

O.Y. Somkina, A.V. Merinov, M.A. Baykova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The aim of this study was to investigate the influence of alcohol over-dependence on autoaggressive indicators of women suffering from alcohol addiction. A comparative analysis of the two groups of women (suffering from alcohol

dependence and healthy components of the control group), each of which is represented by 62 patients. Comparison of all the studied traits in groups. It has been shown that women who suffer from alcohol addiction is much more likely to find autoaggressive patterns of behavior and thinking compared with the control group (19.35% of women suffering from alcohol dependence, during the life made suicidal attempts, and 22.58% have a history of suicidal thoughts). They are also more likely to occur non-suicidal patterns of behavior (eg, exposure to violence among women suffering from alcoholism 32.26% against 1.61% in healthy respondents); well represented autoaggressive predictors of behavior. All this leads to the conclusion that this contingent of women has a high suicide risk and deserves close attention from the substance abuse and a suicide services.

Keywords: female alcoholism, autoaggression, suicidology.

УДК: 616.89-008.44

КАЧЕСТВО РЕГИОНАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ САМОУБИЙСТВ В БЕЛАРУСИ

С.В. Кондричин, Ю.Е. Разводовский

УЗ «Минская Ордена трудового Красного знамени областная клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

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

Контактная информация:

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

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

В настоящей работе рассматривается характер пространственной дифференциации уровня самоубийств в Брестской и Витебской областях Беларуси. Представленные данные указывают на ухудшение качества статистических данных уровня суицидов в Беларуси, что затрудняет научную интерпретацию и международные сравнения данного показателя.

Ключевые слова: суициды, качество статистики, Беларусь.

Первое десятилетие XXI века характеризовалось снижением уровня смертности от самоубийств на большей части территории Европы [1-3]. По данным ВОЗ за это десятилетие снижение показателя самоубийств в Беларуси составило 18,9%, в Российской Федерации 42,3%, в Литве – 34,9%, в Украине – 34,1%, в Германии – 15,3%, во Франции – 12,7% [4]. При этом рост показателя, главным образом, наблюдался в некоторых странах Кавказского региона и на Балканах, где уровень самоубийств традиционно был низким. Одновременно, в это же десятилетие, во многих европейских странах регистрировалось снижение ряда других показателей смертности, включая общий показатель смертности от внешних причин и показатель убийств [4].

Очевидно, что на фоне наличия общеевропейского тренда к снижению показателя самоубийств, представляется затруднительным

проводить оценку эффективности профилактических мероприятий, проводимых на региональном или национальном уровне. Поэтому вряд ли можно считать корректной попытку объяснить тенденцию к снижению этого показателя в одной стране успехами национальной политики, игнорируя при этом присутствие более глобальных процессов. Представляется очевидным, что мониторинг показателей общественного здоровья требует проведения сравнения с показателями соседних территорий [5]. В противном случае, формируется обширное поле для спекулятивных заключений.

Учитывая то, что уровень суицидов является косвенным индикатором социального и морального состояния общества [6], представляется важным располагать надежными статистическими данными уровня этого показателя. В последние годы проблема надежности статистики суицидов обсуждалась в целом ряде ис-

следований [6-11]. Большинство авторов указывает на недоучет суицидов официальной статистикой, механизмы и масштабы которого в разных странах варьируют, что затрудняет международные сравнения [6-10]. Особенно остро проблема искажения статистики суицидов стоит в странах бывшего Советского Союза [6, 7]. Ряд исследователей указывает на то, что в силу социальной значимости отдельных видов смертности от внешних причин (самоубийств, убийств, случаев смерти на производстве) имеют место определённые манипуляции со статистикой смертности [6, 12]. При этом основной упор исследователи делают на статистические манипуляции связанные с увеличением доли смертности от повреждений с неопределёнными намерениями (явления, названного переводом социально значимых причин в латентную форму) [6]. Значительно реже, в поле критики исследователей попадают эпизоды парадоксальных отклонений в региональных трендах, поскольку генез этих отклонений бывает сложно установить.

В настоящей работе рассматривается характер пространственной дифференциации показателя самоубийств в Брестской и Витебской областях Беларуси.

Материалы и методы.

В работе использованы официальные статистические данные, полученные из отчётной статистической документации и официальных статистических изданий Национального статистического комитета Республики Беларусь [13].

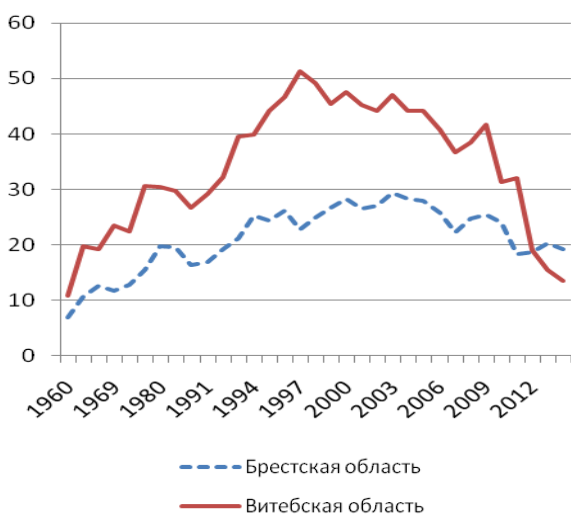


Рис. 1. Динамика показателя самоубийств (на 100000 населения) в Брестской и Витебской областях Беларуси (с 1960 по 2014 год).

Для анализа выбран максимально доступный временной промежуток регистрации статистики самоубийств с 1960 по 2014 год. Отдельно рассматривалась динамика показателя в мужской и женской части популяции в городской и сельской местности. Для анализа использованы данные с 1990 по 2014 год.

Результаты и обсуждение.

Тренды уровня самоубийств в Брестской и Витебской областях с 1960 по 2014 год представлены на рис. 1.

Анализ долговременного распределения данного показателя указывает на наличие устойчивой полярности между областями до 2012 года: за период 1960-2012 показатель самоубийств в Витебской области в среднем был выше на 40,3%. В 2011 году различие в уровне показателя между областями составляло 42,6%, в 2012 только 1,1%, а с 2013 года отношение уровня самоубийств сменилась на обратное.

Аналогичную тенденцию к изменению полярности в межрегиональном соотношении демонстрирует показатель самоубийств, дифференцированный по группам город-село и мужчины – женщины в период с 1990 по 2014 гг. (рис. 2-5).

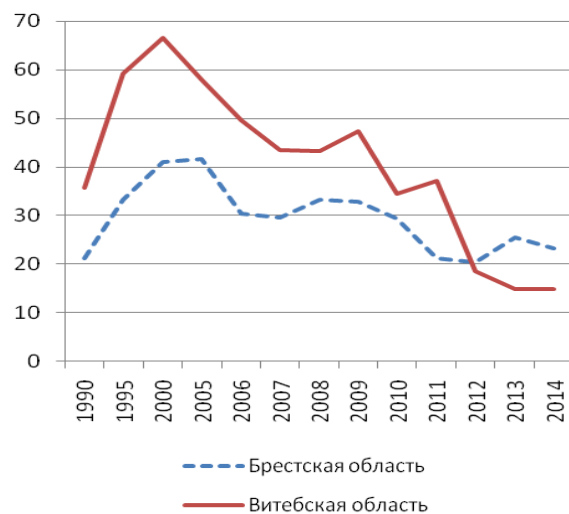


Рис. 2. Динамика показателя самоубийств у мужчин, проживающих в городе (на 100000 населения), в Брестской и Витебской областях (1990-2014).

Долговременное соотношение в уровне самоубийств синхронно меняется в мужской и женской части популяции, а так же в группах населения, проживающих как городе, так и в сельской местности (для женщин в сельской местности с двухлетним опозданием).

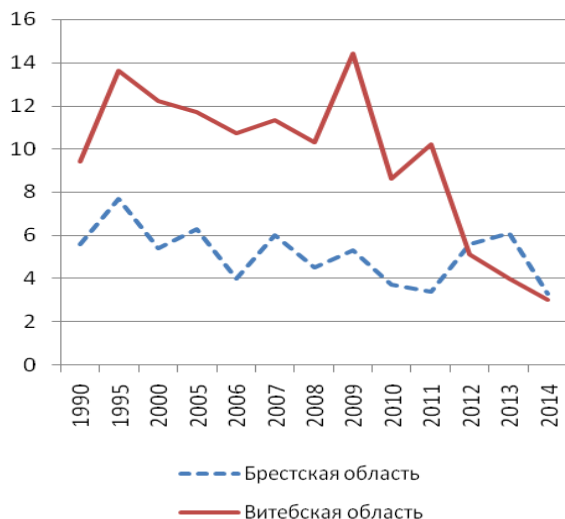


Рис. 3. Динамика показателя самоубийств у женщин, проживающих в городе (на 100000 населения), в Брестской и Витебской областях (1990-2014).

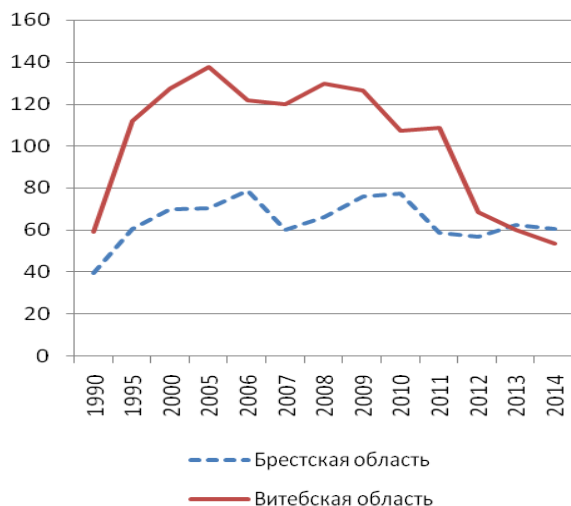


Рис. 4. Динамика показателя самоубийств у мужчин, проживающих в сельской местности (на 100000 населения), в Брестской и Витебской областях (1990-2014).

Такая картина не характерна для естественного течения эпидемиологического процесса. Следует так же обратить внимание на то, что направленность изменений областных трендов, на предыдущих исторических этапах чаще совпадала, а после 2011 она стала носить обратный характер. Кроме того, указанные изменения происходят изолированно в границах Витебской области. Соответственно, соседние с нею Минская и Могилёвская области становятся лидерами по уровню самоубийств.

Динамика уровня показателя смертности от внешних причин представлена на рисунке 6.

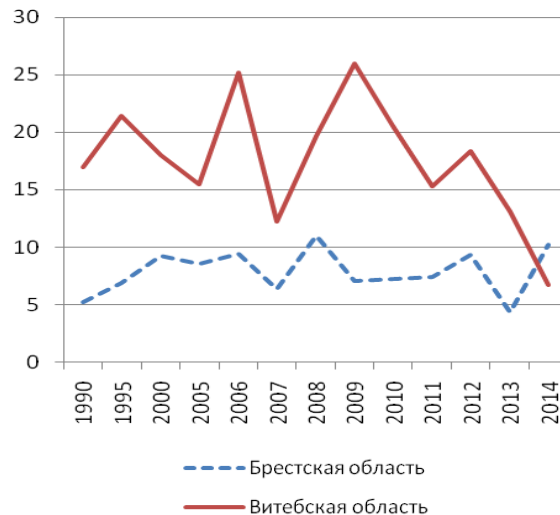


Рис. 5. Динамика показателя самоубийств у женщин, проживающих в сельской местности (на 100000 населения), в Брестской и Витебской областях (1990-2014).

В целом за весь период различие между областями по этому показателю составляет 32,7 %, а в 2014 оно несколько меньше – 26,1%. Такая динамика далека от изменения полярности в межрегиональных отношениях, как в случае с самоубийствами.

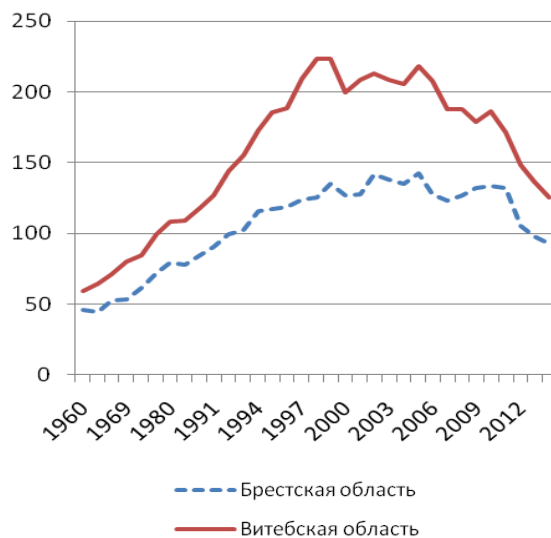


Рис. 6. Динамика показателя смертности от внешних причин (на 100000 населения) в Брестской и Витебской областях (с 1960 по 2014 год).

На протяжении рассматриваемого периода все значимые изменения показателя уровня самоубийств сопровождались аналогичными изменениями других видов смертности от внешних причин и наиболее показательным

примером является многогранная трансформация показателей смертности в период перестройки (1985-1999). Изолированное изменение только одного из показателей социального и медико-демографического благополучия в первую очередь заставляет думать о надёжности региональной статистики. В то же время, определённые трудности для оценки представляют убывающие фоновые тренды, регистрируемые для большинства показателей в рассматриваемый период.

Безусловно, обсуждаемый материал может только косвенным образом свидетельствовать о наличии значимых искажений в процедуре сбора статистических данных в Витебской области. Тем не менее, представленные данные позволяют выделить несколько признаков, указывающих на наличие факторов искажающих региональную статистику самоубийств:

– внезапное (почти двукратное) снижение показателя самоубийств, которое обычно наблюдается во время войн и социальных потрясений, причем, внутренняя логика такого снижения обычно улавливается наблюдателем, живущим в этом обществе. Непонятное падение уровня самоубийств в Витебской области всего за один 2012 год составило 40,1%;

– изменение в уровне одного из социально-демографических показателей, как правило, происходит в сочетании с аналогичными изменениями других, в силу общности ряда этиопатологических факторов. В нашем случае значительно изменялся только показатель самоубийств, в то время как общий показатель смертности от внешних причин менялся не столь разительно, особенно если учитывать характер межрегиональных отношений;

– в масштабах одного государства и целых социокультурных регионов изменение показателей происходит сопряжено в группе соседних регионов, и если для наличия отличий в динамике показателей полярных регионов как

Брестская и Витебская области можно придумать какие-то спекулятивные объяснения, то различие трендов с соседними регионами Могилёвской и Минской областей, ситуацию с изолированным прорывом Витебской области выводит на грань социального абсурда;

– сам факт внезапного изменения паттерна географического распределения показателя, так же может указывать на проявление статистической погрешности. Так, устойчивое различие уровня самоубийств в Брестской и Витебской областях регистрировалось в течение более чем полувека (доступны данные с 1960 года), то есть имела место устойчивая тенденция, обусловленная определённым эпидемиологическим механизмом, а в 2012 характер этого отношения внезапно изменяется;

Характер искажений статистики суицидов позволяет говорить о том, что их причиной являются статистические манипуляции с целью занижения уровня этого важного социального индикатора. Очевидно, что если какой-либо из медико-демографических показателей прямым или косвенным образом служит в качестве оценки деятельности отдельных служб и ведомств, то это неизменно будет отражаться на процедуре его регистрации. Иными словами, если уровнем показателя вплотную заинтересовались чиновники, то он автоматически выпадает из обьёмы достоверных показателей пригодных для научного анализа. В этом ракурсе несколько наивным выглядит предложение оценивать качество деятельности государственных служб по динамике и уровню набора медико-демографических и иных показателей [5].

Выводы:

В целом, представленные данные указывают на ухудшение качества статистических данных уровня суицидов в Беларуси, что затрудняет научную интерпретацию и международные сравнения данного показателя.

Литература:

1. Kandrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective // Journal of Psychiatry – 2015. – Vol. 18, № 5. – P. 2–8.
2. Razvodovsky Y.E. Alcohol and Suicide in Eastern Europe // Journal Addiction Medicine Therapeutic Science. – 2014. – № 1. – P. 1–2.

References:

1. Kandrychyn S.V., Razvodovsky Y.E. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective // Journal of Psychiatry – 2015. – Vol. 18, № 5. – P. 2–8.
2. Razvodovsky Y.E. Alcohol and Suicide in Eastern Europe // Journal Addiction Medicine Therapeutic Science. – 2014. – № 1. – P. 1–2.

3. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // *Journal of Sociolomics*. – 2015. – № 1. – P. 1–2.
4. WHO <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence>
5. Вялков А.И., Гундаров И. А., Полесский В. А. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2006. – № 1. – С. 5–9.
6. Васин С. Смертность от повреждений с неопределёнными намерениями в России и других странах // *Демографическое обозрение*. – 2015. – Том 2, № 1. – С. 89–124.
7. 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.
8. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12, № 9. – P. 1–11.
9. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? // *Scandinavian Journal of Public Health*. – 2010. – Vol. 38, № 4. – P. 395–403.
10. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Audenhove C.V., van der Feltz-Cornelis C.M., Hegerl U. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark // *Injury Prevention*. – 2012. – Vol. 18, № 5. – P. 321–325.
11. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990 // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998. – Vol. 98. – P. 34–41.
12. Разводовский Ю.Е. Индикаторы алкогольных проблем в Беларуси: региональный аспект // *Психиатрия*. – 2009. – № 4. – С. 4–10.
13. Демографический ежегодник Республики Беларусь. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2015.
3. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // *Journal of Sociolomics*. – 2015. – № 1. – P. 1–2.
4. WHO <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence>
5. Vjalkov A.I., Gundarov I. A., Polesskij V. A. Metodologija ocenki obshhestvennogo zdorov'ja: opredelenie, pokazateli, indikatory, monitoring // *Problemy upravlenija zdavoohraneniem*. – 2006. – № 1. – S. 5–9. (In Russ)
6. Vasin S. Smertnost' ot povrezhdenij s neopredelonnymi namerenijami v Rossii i drugih stranah // *Demograficheskoe obozrenie*. – 2015. – Tom 2, № 1. – S. 89–124. (In Russ)
7. 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.
8. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12, № 9. – P. 1–11.
9. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? // *Scandinavian Journal of Public Health*. – 2010. – Vol. 38, № 4. – P. 395–403.
10. Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Audenhove C.V., van der Feltz-Cornelis C.M., Hegerl U. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark // *Injury Prevention*. – 2012. – Vol. 18, № 5. – P. 321–325.
11. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990 // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998. – Vol. 98. – P. 34–41.
12. Razvodovskij Ju.E. Indikatory alkogol'-nyh problem v Belarusi: regional'nyj aspekt // *Psihiatrija*. – 2009. – № 4. – S. 4–10. (In Russ)
13. Demograficheskij ezhegodnik Respubliki Belarus'. Nacional'nyj statisticheskij komitet Respubliki Belarus'. – Minsk, 2015. (In Russ)

THE QUALITY OF REGIONAL STATISTIC OF SUICIDES IN BELARUS

S.V. Kondrychyn¹, Y.E. Razvodovsky²

¹Minsk regional hospital, Minsk, Belarus

²Grodno state medical university, Grodno, Belarus

In present article the regional pattern of suicides in Brest and Vitebsk regions of Belarus is discussed. The findings from this study indicate the deterioration of suicides statistic in Belarus which hamper the scientific interpretation and international comparisons.

Keywords: suicides, quality of statistic, Belarus.

УДК: 616.89-008.44

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Гажа, А.В. Баранов

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», г. Тамбов, Россия

Контактная информация:

Гажа Андрей Константинович – врач-психиатр высшей квалификационной категории, кандидат педагогических наук, Заслуженный врач РФ. Место работы и должность: главный врач ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». Адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27. Телефон: (4752) 72-05-98, электронный адрес: ak_gaza@mail.ru

Баранов Алексей Викторович – врач-психиатр высшей квалификационной категории. Место работы и должность: заместитель главного врача ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». Адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Московская, д. 27. Телефон: (4752) 71-26-65, электронный адрес: alexdoc_15@mail.ru

В статье изучена структура и функция региональной программы антикризисной помощи, меры по ее совершенствованию при межпрофессиональном и межведомственном взаимодействии на примере Тамбовской области. Проведен анализ мониторинга суицидального поведения в регионе, показан портрет типичного суицидента. Отдельное внимание уделено медицинской помощи совершившим попытку суицида.

Ключевые слова: суицидальное поведение, программа профилактики, мониторинг, межведомственное взаимодействие.

Уровень суицидов (УС) полагается наиболее объективным индикатором общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения [1]. Статистические показатели смертности от самоубийств за последние годы иллюстрируют актуальность проблемы в Тамбовской области. На фоне тенденции к снижению УС в Российской Федерации и в Центральном федеральном округе – ситуация в Тамбовской области (ТО) не стабильна (рис. 1).

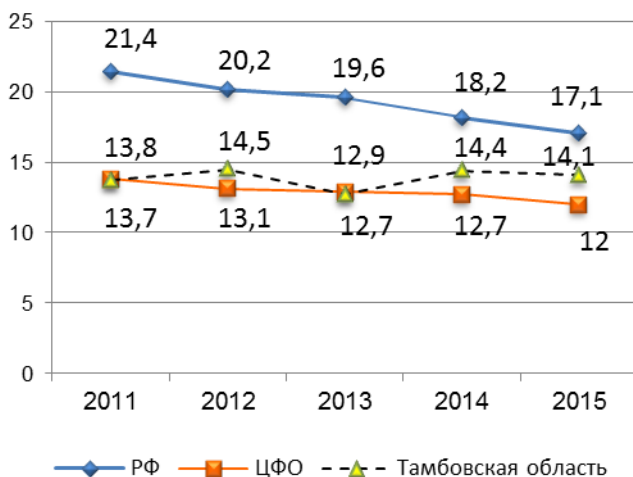


Рис. 1. Динамика уровня суицидов в Тамбовской области (на 100000 населения).

В 2015 г., по данным Тамбовстата, наметилась незначительная (на 0,3) тенденция к снижению показателя, но статистика последних лет говорит о его волнообразном и мало управляемом характере.

Обращает внимание отличия УС на уровне административных районов ТО. Так, наряду с районами, в которых в 2015 г. не зарегистрировано ни одной смерти от самоубийства, есть районы с УС от 20 до 30. Среди сельского населения области УС традиционно выше. Однако в сравнении с 2014 г. в 2015 г. эта разница сократилась с 17,6 до 7%.

Организация системы профилактики кризисных состояний и медицинской помощи лицам с суицидальным поведением (СП) в ТО осуществлялась поэтапно в 2012–2014 гг. в соответствии с действующей Федеральной нормативно-правовой базой.

На первых этапах (2012 гг.) – разработана и утверждена региональная нормативно-правовая база по развитию суицидологической помощи и мониторингу СП, проводилось обучение психиатров и психологов суицидологии, организована работа «Телефона доверия». В 2013 г. начато обучение врачей первичного звена здравоохранения профилактике и раннему выявлению СП (лекции и семинары), организована работа кабинета медико-социально-психологической помощи на базе городской

поликлиники, активна информационная работа в СМИ, распространение обучающих материалов. Совершенствуется мониторинг СП населения области: формируется персонафицированная база данных лиц группы риска СП. В 2014 г. в структуре Тамбовской ПКБ открыто психотерапевтическое отделение с функциями кризисного стационара, тем самым завершая создание трёхуровневого континуума профилактики СП – основы типовой региональной программы [2, 3]:

1 уровень – Телефон доверия, который осуществляет оказание экстренной психотерапевтической и психологической помощи, и предназначен для профилактической консультативной помощи, которую оказывают – психиатры, психотерапевты, медицинские психологи. Цель их работы: помочь абоненту пережить кризисную ситуацию и иные психотравмирующие конфликты.

2 уровень – Кабинет медико-социально-психологической помощи, оказывающий амбулаторную суицидологическую помощь (терапия и реабилитация кризисных, пресуицидальных и постсуицидальных состояний), в том числе и анонимно. В кабинете работают психиатр, медицинский психолог, социальный работник.

3 уровень – Психотерапевтическое отделение с функциями кризисного стационара. Осуществляет специализированную помощь в стационарных условиях (интенсивная терапия находящихся в кризисном состоянии, терапия и реабилитация совершивших суицидальную попытку).

В течение 2015 г. проводились мероприятия по совершенствованию структуры: организовано ежемесячное рассмотрение случаев суицидальных попыток лиц с психическими расстройствами, находящимися под наблюдением психиатра, на заседаниях «Комиссии по профилактике суицидальных и общественно-опасных действий лиц с психическими расстройствами», с привлечением районных пси-

хиатров (с 2016 г. посредством видеоконференцсвязи); мероприятия по повышению качества и доступности психиатрической, психотерапевтической и реабилитационной помощи пациентам с кризисными и суицидоопасными состояниями; оптимизирована работа кабинета медико-социально-психологической помощи в городской поликлинике (предусмотрена его работа во вторую смену и бесплатное анонимное оказание помощи); разработана и утверждена «Программа психосоциальной реабилитации пациентов с СП на лечении в Тамбовской ПКБ»; продолжают профилактические выступления в лечебных и образовательных учреждениях ТО по вопросам профилактики кризисных состояний и СП.

Мониторинг СП в 2015 г. позволил выделить следующие социально-демографические характеристики суицидентов ТО. Более половины из них – мужчины (61,8% в 2015 г. и 60,6% в 2014 г.) трудоспособного возраста (74,2% в 2015 г. и 79,8% в 2014 г.). Большинство характеризовалось семейной неустроенностью. Так, в браке состояло только 15,4% суицидентов в 2015 г. и 21,8% в 2014 г. Подавляющее большинство имело среднеспециальное образование (около 90%). Большая часть суицидов совершено в трезвом состоянии (74,4% в 2015 г. и 76,8% в 2014 г.).

Несмотря на то, что доля несовершеннолетних в общей возрастной структуре суицидентов незначительна (8,5% в 2015 г. и 7,3% в 2014 г.), а число суицидов невелико – СП ребёнка особо резонансное. Мониторинг СП несовершеннолетних в Области осуществляется самостоятельной статистикой с 2012 г. и организован отдельным приказом Управления здравоохранения ТО.

По итогам 2015 г. в сравнении с 2012 г. (началом ведения статистики СП в области) отмечен рост суицидов на 35%. Больше половины (55%) суицидальных попыток совершено в Областном центре.

Таблица 1

Охват психиатрической помощью суицидентов до совершения попытки суицида

Год	Всего (завершённые + незавершённые)	Из них с зарегистрированными психическими расстройствами (%)	Из них состоят на диспансерном наблюдении	Лечебно-консультативная группа наблюдения
2014	357	62 (17,3)	15	47
2015	421	75 (17,8)	24	51

Доля лиц с зарегистрированными психическими расстройствами среди совершивших суицидальные действия

Год	Незавершенные	Из них с психическими расстройствами		Завершенные	Из них с психическими расстройствами	
		n	%		n	%
2014	214	45	21	143	7	11,9
2015	246	61	24,8	175	4	8

Наиболее подвержены суициду подростки старшей возрастной группы (15-17 лет – 80%). Большинство из них из неполных семей, или обделены родительским вниманием. В 15% случаев суициды совершены в алкогольном опьянении.

Преобладают медикаментозное отравление (42,5%) и самопорезы (25%), падение с высоты и повешение – в 17,5% случаев. Мотивы СП, на взгляд взрослых, банальны, но значимы для детей и подростков: обиды, внутрисемейные конфликты (воспитательные беседы родителей, запреты значимого для подростка). Подростковые суициды характеризуются импульсивностью, и носят в большинстве демонстративно - шантажный характер.

Среди суицидентов подавляющее большинство (около 83% по данным мониторинга в 2014–2015 гг.) никогда не обращались за психиатрической помощью (табл. 1), что подчёркивает важность развития и доступности кризисной помощи населению.

Из числа совершивших суицидальные попытки доля лиц с психическими расстройствами в 2015 г. составила 1/4, несколько превысив показатели предшествующего года. Суициды в контингенте пациентов уменьшились с 12% (в 2014 г.) до 8% (в 2015 г.) (табл. 2).

Анализ оказания медицинской помощи совершившим суицидальные попытки показал рост доли пациентов проконсультированных психиатром (с 36,7 в 2014 до 42,3% – в 2015 г.). Снижена доля лиц, которым оказана только амбулаторная помощь (с 23,3 в 2014 г. до 19% в 2015 г.). Отмечен рост пациентов, леченных в психиатрической больнице (с 19% в 2014 г. до 26% в 2015 г.), что стало возможным в связи с наличием психотерапевтического отделения с функциями кризисного стационара. Тенденцию подтверждает мониторинг за 1 квартал 2016 г.:

госпитализировано в психиатрическую больницу (ПБ) 40,8% из числа совершивших суицидальные попытки в Области, тогда как за аналогичный период 2015 года – лишь 20,3%.

В этой связи, разработка и утверждение Программы психосоциальной реабилитации стационарных пациентов с СП актуально в свете совершенствования антикризисной (антисуицидальной) помощи.

Согласно разработанной программе, каждый суицидент, госпитализированный в ПБ получает лечебно-реабилитационную помощь в три этапа: 1 – этап диагностически-терапевтический, 2 – этап психокоррекционных воздействий, 3 – этап подготовки к выписке с коррекцией дезадаптивных установок. На каждом этапе реализуются свои цели и задачи, проводятся соответствующие мероприятия (рис. 2). Обязательным условием является представление пациента в течение 10 дней на заседание врачебной комиссии для определения объёма мероприятий и дальнейшей тактики ведения.

При выписке пациента решается порядок дальнейшего наблюдения в амбулаторных условиях, что определяется решением диагностических вопросов и желанием пациента. Как показывает практика, большинство суицидентов не обнаруживает тяжелых психических расстройств, и негативно относятся к посещению психиатра в диспансерном психоневрологическом отделении. В этой связи функции кабинета медико-социально-психологической помощи на базе городской поликлиники особенно значима, поскольку туда пациенты обращаются более охотно. Динамика обращений в кабинет говорит о возрастающей востребованности данного направления помощи. В 2015 г. количество пациентов и число посещений увеличились вдвое (таб. 3).

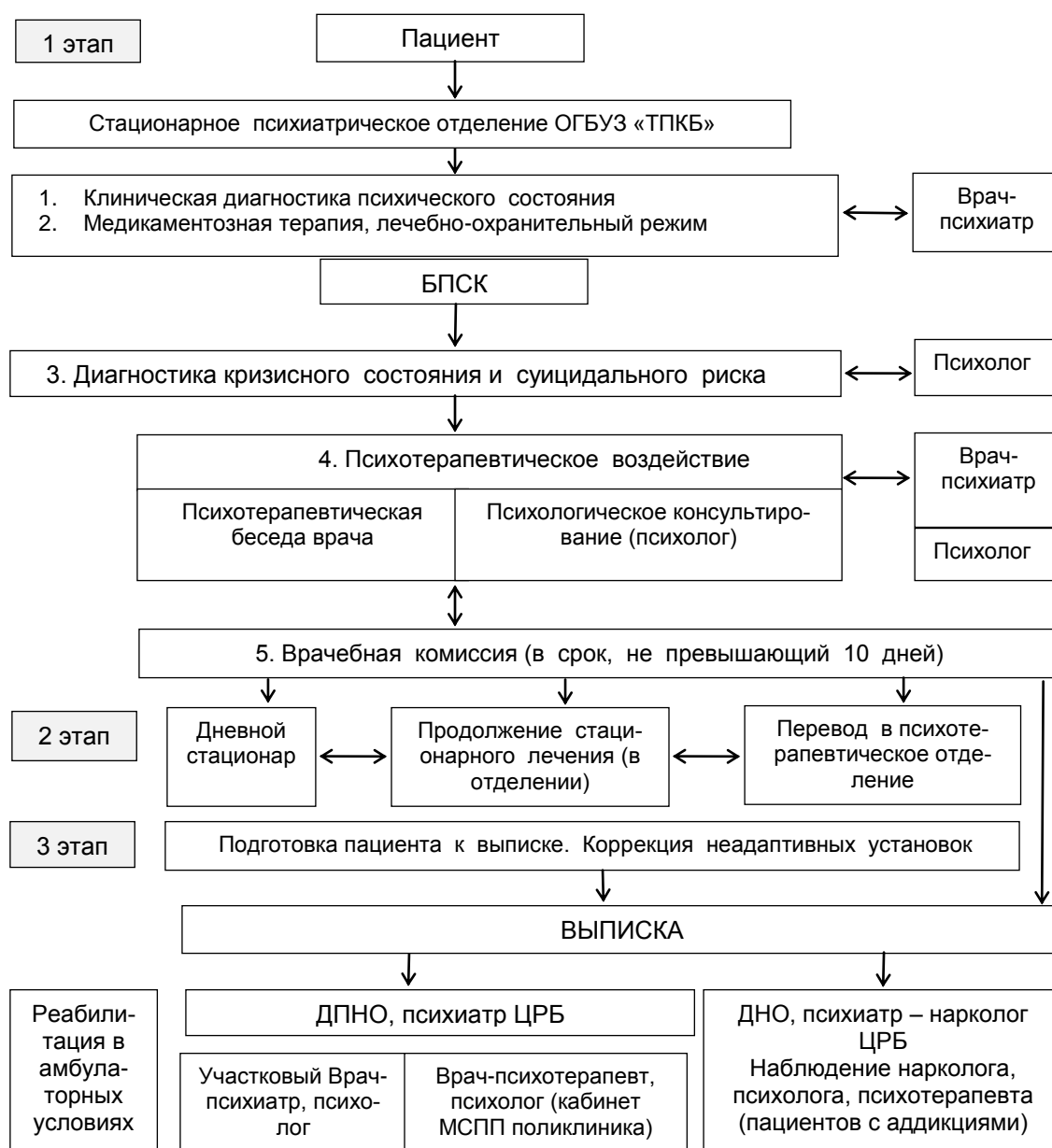


Рис. 2. Блок-схема этапов психосоциальной реабилитации пациентов с суицидальным поведением, находящихся на стационарном лечении.

Таблица 3
Объемы работы кабинета медико-социально-психологической помощи

Объемы работы кабинета	2013	2014	2015
Число пациентов за год	265	270	435
Число посещений за год	324	479	900
Число первичных посещений	258	270	347
Число повторных посещений n (%)	66 (20)	209 (44)	533 (59)

Кабинет обслуживает не только Тамбов, каждый пятый пациент в 2014-2015 гг. – жители ТО.

Востребована работа телефона доверия, анализ функции которого показывает, что причинами обращений наиболее часто являются: получение информации в связи с проблемами близкого (40,5%), семейные взаимоотношения (14,4%), состояние здоровья (10,6%). Виды помощи: психологическая, эмоциональная поддержка (39,2%), предоставление информации (о деятельности других служб, оказывающих

кризисную помощь – 35,6%), консультирование, разрешение проблемы абонента (23,5%).

Мероприятия по организации и развитию антикризисной (антисуицидальной) программы ТО на данном этапе не показывают сиюминутной эффективности, поскольку УС не становится заметно ниже. Это объясняется тем, что мероприятия направлены на совершенствование медицинской помощи, а проблема СП – междисциплинарная и межведомственная. Соответственно и решаться она должна путём создания системы, объединяющей меры психологического, медицинского, социального, правового и педагогического характера. Для более эффективной профилактической работы необходимо совершенствование межведомственного взаимодействия: разработка нормативно-правовой базы и механизма взаимодействия всех учреждений системы профилактики. Важнейшим шагом в реализации этой цели явилось создание Постановлением администрации ТО Межведомственного совета по профилактике суицидов.

Таким образом, на основании мониторинга в целях дальнейшего совершенствования

антисуицидальной программы в Области необходимо проведение ряда мероприятий: подготовить по основам суицидологии врачей общей практики – наркологов, клинических психологов; совершенствовать работу телефона доверия: предусмотреть в работе телефона доверия различных специалистов (священники, педагоги, волонтеры); информацию о телефонах доверия и расписание участников распространять в интернете на сайтах больниц; организовать открытие кабинетов социально - психологической помощи в городах Области; принимая во внимание, что профилактика СП несовершеннолетних в поле интересов школьных психологов, священников, семьи, необходима дестигматизация психологической и психиатрической помощи; учитывая, что зона повышенного риска СП пожилых – важна своевременная диагностика когнитивных нарушений и адекватного лечения, консультация психиатров; повышение престижа обслуживающих социальных специалистов и работников (проводить мероприятия по диагностике и профилактике СП).

Литература:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Пер. с англ. – Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. – 97 с.
2. Любовь Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 3–17.
3. Чубина С.А., Любовь Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 4 (21). – С. 66-76.

References:

1. Predotvrashhenie samoubijstv: Global'nyj imperativ. Per. s angl. – Zheneva: Vsemirnaja Organizacija Zdravooohranenija, 2014. – 97 s. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A. Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 3 (16). –P. 3-17.
3. Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4 (21). –P. 66-76. (In Russ)

THE ORGANIZATION OF THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN THE POPULATION OF THE TAMBOV REGION

A.K. Gaza, A.V. Baranov

Tambov Psychiatric Hospital, Tambov, Russia

The article deals with the problem of suicidal behavior in the population of the Tambov region. Rises relevance of prevention and organization of anti-crisis assistance. It is stated that the indicators of the level of suicides in recent years, indicate a weak handling of suicidal behavior of the population. We present the structure of suicide prevention services in the region and the activities carried out on its improvement for the period 2012 - 2015 years. The analysis of the results of monitoring of suicidal behavior in the region, the results of which formed the social portrait committed suicide. Special attention is given to suicides among children. The emphasis is placed on aspects of medical assistance to persons who have committed suicide unfinished. Are the proposals on the elaboration of measures to optimize and improve the efficiency of inter-agency cooperation in the prevention of suicide among the population of the region.

Keywords: suicide, suicidal behavior monitoring, prevention program for suicide, interagency cooperation.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). 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 120 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

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

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббре-

виатуры 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.

15. Плата за публикацию не взимается.

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