

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)  
Jurki Korkeila, профессор (Финляндия)  
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор (Швеция)  
William Alex Pridemore, профессор (США)  
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)

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

Индекс подписки: 57986  
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

## Содержание

<i>Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова</i> Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска .....	3
<i>Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова</i> Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) .....	21
<i>Е.А. Сергеева, В.В. Васильев, С.Г. Пакриев, Ю.В. Ковалев</i> Современные исследования суицидального поведения психически больных .....	32
<i>В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов, М.Н. Крючкова, Я.В. Вычужина, М.А. Додохова</i> Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик .....	40
<i>А.В. Короленко, М.В. Морев</i> О демографических последствиях суицидальной смертности .....	48
<i>А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Н.Л. Меринов</i> Потенциальное желание обращения к специалисту в области психического здоровья: значение для суицидологической практики .....	61
<i>С.А. Чубина, Е.Б. Любов, А.Н. Куликов</i> Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области .....	66
Информация для авторов .....	76

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 № 188. Тираж 1000 экз.  
Подписан в печать 24.12.2015 г.  
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

Contents

*E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova*  
Suicidal behavior in cancer.  
Part I: epidemiology and risk factors ..... 3

*G. Bannikov, K. Koshkin,  
T. Pavlova, A. Letova*  
Actual and potential suicide risk factors in adolescents  
(literature review) ..... 21

*E.A. Sergeeva, V.V. Vasilyev,  
S.G. Pakriev, Y.V. Kovalev*  
Recent researches of suicidal behavior  
in subjects with mental disorders ..... 32

*V.A. Soldatkin, A.Y. Perekhov, M.N. Kryuchkova,  
Y.V. Viychuzhina, M.A. Dodohova*  
Suicidological screening: the problem related  
to the use of psychometric scales ..... 40

*A.V. Korolenko, M.V. Morev*  
About the consequences of demographic suicide deaths ..... 48

*A.V. Merinov, T.A. Medentseva, N.L. Merinov*  
Potential desire access to a specialist in the field of mental  
health: implications for practice suicidological ..... 61

*S.A. Chubina, E.B. Lyubov, A.N. Kulikov*  
Clinical and epidemiological analysis  
of suicidal behavior in Tula region ..... 66

Интернет-ресурсы:  
www.elibrary.ru,  
www.psychiatr.ru  
www.medpsy.ru  
www.cyberleninka.ru    http://cyberleninka.ru/journal/n/suitsidologiya

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

На 1 странице обложки: Г. Каньячки «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89.008.44

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РАК. ЧАСТЬ I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Е.Б. Любов, А.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.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Магурдумова Людмила Георгиевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72

В обзоре литературы данные о распространенности сопутствующих раку психических расстройств (депрессия, тревоги) в основе суицидального поведения (СП) онкобольных. Риск СП выше, чем в общем населении на всех этапах развития болезни и лечения, включая ремиссию, недооценен статистикой. Выделены общие (сходные с таковыми в населении) и специфические для рака (хроническая боль и ограничение жизнедеятельности) факторы риска СП.

*Ключевые слова:* психоонкология, суицидальное поведение, эпидемиология, факторы риска.

*«Мы что-то упускаем...».*  
*Доктор Хаус*

Всемирный день борьбы с раком отмечают 4 февраля (тема 2015 г. – «Рядом с нами»); неслучайно соседствуют Дни профилактики суицидов (10 сентября) и психического здоровья (10 октября). Разнесенные по календарю, посылы Дней объединяет междисциплинарный и межведомственный подход, методологическая основа организации и практики психиатрии, суицидологии [1] и психоонкологии – в перекрестье онкологии, психиатрии, психологии и социологии. Синтетическая область знаний обращена к биопсихосоциальным аспектам канцерогенеза, проявлений, течения и исходов рака, «нормальным» эмоциональным реакциям и поведенческим, психическим расстройствам онкобольных (ОБ) на всех стадиях болезни и лечения, многообразным и эластическим потребностям пациента и его окружения, бремени семьи и профессионалов, защитным (саногенным) факторам [2, 3]. Непременным элементом программы предупреждения суицидов [4, 5] служит выделение группы-мишени лиц с высоким риском суицидального поведения (СП). Телесные хронические недуги и их последствия – типовые причины и поводы СП [6], но суицид – трагический финал жизни безотнositельно состояния здоровья жертвы [7].

Телесная болезнь – документированный государственными регистрами фактор риска СП [8, 9, 10] даже при контроле депрессии и злоупотребления спиртным [10, 11], но риск психических расстройств и СП выше при сочетанных физических недугах. Рак – единственная хроническая соматическая болезнь (не артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца или сахарный диабет), связанная с повышенным риском суицида мужчин и женщин после контроля эффектов психических расстройств и медицинской коморбидности [12].

Эпидемиология СП ОБ. Ретроспективные (обычно) популяционные исследования с опорой на национальные регистры, охватывающие суммарно миллионы человек с катмнезом несколько десятков лет определили стандартизированное по расе, полу, возрасту, диагнозу соотношение смертности (standardised mortality ratio, или SMR) от суицидов ОБ. Риск суицида ОБ, мужчин и женщин, выше в 2-4 раза, чем в общем населении Европы (Англии, Дании, Италии, Норвегии, Швейцарии, Швеции, Шотландии, Финляндии, Эстонии), Австралии, Японии, США [13]. SMR 1-11 (при раке поджелудочной железы) означает уровень суицидов (УС) ОБ выше на 100-1100%, чем в сопоставимой группе населения. Так, УС при злокачественной опухоли, независимо от расположения, вдвое более, чем в населении США

[14], УС ОБ на Тайване – в 7 раз, чем в иных странах [14], что поднимает вопрос о важности учета частоты типов рака, проявлений депрессии в этно-культуральном аспекте. При этом суициды в Западной Европе и США определяют 0,2-0,5% смертей ОБ [15, 16, 17]. Доля ОБ (диагноз не всегда прижизненный) среди суицидентов Пермского края составила 6% (6% мужчин и 8% женщин) [18]. Постепенное снижение УС ОБ в Норвегии в 1960-1999 гг. соответствовало тренду в общем населении [19]. УС ОБ снижен в 1985-1999 в католической Италии [20] с низким УС населения при традиционно крепких семейных узах. Обнадеживает снижение УС ОБ в связи с взаимосвязанными ранней диагностикой, успехами лечения, лучшей осведомленностью граждан о раке [19, 20, 21]. УС в когорте из 350000 ОБ пошел на убыль вслед скринингу на простата - специфический антиген (1993-2004), оставаясь высоким при метастазах [22]. Паллиативная помощь (хосписы, помощь на дому) снижает УС [13, 15], повышая качество жизни (КЖ) ОБ. Однако после контроля вмешивающихся факторов снижение УС ОБ незначительно в Юго-Восточной Англии [13]. В 2001-2006 гг. при малом снижении УС в Башкирии доля ОБ в массиве суицидов выросла с 1 до 2,5%; в столице республики (с лучшим статучетом СП?) с 3 до 5,5% [23].

Биопсихосоциальные факторы риска СП ОБ – частично пересекаются и кумулируются. Они сходны и отличны от суицидогенных факторов у физически здоровых и физически больных иными недугами.

Социально-демографические характеристики. *Раса, пол, возраст.* УС ОБ выше у белых мужчин [13, 24]. Они хуже переносят боль и функциональные ограничения [25]. Риск СП детей не отмечен [26], но в 20-39 лет рак – вторая причина, помимо депрессии, суицида [27]: у 60% ОБ 15-30 лет (Швеция) повышен риск СП [28]. УС растет с возрастом установления диагноза [20, 29] – выше в старшем (55-65 лет) [14, 15], наибольший  $\geq 80$  [30], что не всегда очевидно [16, 21, 31]. Средний возраст заболевших раком россиян, мужчин и женщин, 64 года при примерно равной заболеваемости, жертв суицида, мужчин и женщин, 42 и 44 лет соответственно, но УС пожилых в целом многократно превышает среднестатистический. УС пожилых ОБ (основная часть субпопуляции) выше, чем у сверстников-больных иными

телесными болезнями при контроле психических расстройств и риска смерти в течение года [32]. Можно ожидать по мере постарения населения увеличение ОБ и доли суицидентов. Возможно, у части молодых и пожилых ОБ различна этиология / патогенез однотипного рака. Молодые и пожилые ОБ по-разному реагируют на бремя болезни и лечения [33]. У молодых неразвиты стратегии совладания. Рак нарушает личностное и социальное развитие.

*Социальное неравенство и одиночество.* Незанятые (безработные) [34], бедные [25, 35], одинокие [14, 36] – в группе риска СП. Хотя рак и суицид вхожи в хижины и дворцы, риск СП выше при низком социально - экономическом положении [37] в связи с хроническим психосоциальным дистрессом и меньшей доступностью медицинской помощи. Большинство пожилых ОБ, как и из «здоровые» сверстники, в той или иной мере беспомощны в быту и одиноки [25]. Физическое состояние затрудняет общение, обесценивает роль в семье. Дисфункциональные межличностные отношения ведут к изоляции, заброшенности ОБ, углублению депрессии, отчаянию и СП [32, 38]: можно быть одиноким в формально полной семье, как в толпе.

Преморбид, психиатрическая история ОБ [10, 13]. ОБ, как и суициденты в населении, редко совершают СП без предиспозиционной личностной уязвимости и / или психопатологических расстройств [32, 39], согласно универсальной модели СП «стресс-уязвимость». У 1/2 суицидальных ОБ психиатр определяет личностные расстройства [32]. У 20% ОБ, получающих паллиативную помощь, отмечено СП (включая суицидальные попытки) до диагноза рака [38], что непрямо указывает на их низкую стрессоустойчивость и возможную предшествующую депрессию. Психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, СП в семье повышают риск СП ОБ [32]. У изначально психически больных выше риск рака ротовой полости, лейкемии, лимфомы (особо при депрессии), иных гемобластозов (в 20 раз выше, чем в населении) [40]. У страдающих шизофренией и биполярным аффективным расстройством риск рака выше вдвое, чем в населении в целом [41].

Психические расстройства выявлены (самоотчеты) у 20% ОБ и у 15% перенесших рак в 24 «богатых и бедных» странах [42]. У 1/2 первичных пациентов онкоцентра диагности-

рованы психические расстройства [43], чаще у больничных (видимо, наиболее тяжелых) ОБ-суицидентов [32]. Среди терминальных ОБ > 1/2 психически больны [44]. Депрессия тесно связана (данные психологической аутопсии) с суицидами у 60% жертв в общем населении [45], у 1/2 пожилых [46] и служит важнейшим предиктором СП ОБ [32, 47] вне зависимости от места и стадии опухоли [48]. Риск суицида депрессивного ОБ выше, как показано выше, не в 2-4, но в 25 раз [32]. Распространенность (по неточному скринингу) депрессивных расстройств ОБ в систематических обзорах в широком интервале от 10-20% [49] до 60% [48], клинической (полный синдром) депрессии ОБ 5-40 (10-30)% [30, 32]. Так, депрессивны 40% ОБ отделения интенсивной помощи [33]. На консультации психиатра у 1/3 суицидальных ОБ клиническая депрессия, у 1/2 – нарушение адаптации (самый частый психиатрический диагноз ОБ) с тревожно-депрессивными чертами [32]. Часты депрессии при раках поджелудочной железы (50%), ротоглоточной области (40%), груди (до 1/3), желудка (>10%) [32]. Особо суицидоопасна депрессия с безнадежностью [50, 51], последняя сама по себе более связана с риском суицида, чем депрессия [52], особо на продвинутых стадиях [32]. Тревога – одна из основных причин психиатрической консультации терминальных ОБ [32]. Симптомы тревоги у 15-30% ОБ [53] – как при иных хронических медицинских болезнях. Тревожная депрессия особо суицидоопасна [38]. Когнитивные нарушения и спутанность (флуктуация уровней когниции и сознания) способствуют импульсивности в основе несуйцидального аутоагрессивного поведения, которое «академично» следует отличать от СП. Спутанность (более соответствует по клинической картине, чем делирий англоязычной литературы) отмечена у 25-40% ОБ, у 1/3 суицидальных ОБ на приеме психиатра [32]. Среди терминальных ОБ спутанность наиболее часта [44]: до 85% [32] обычно при интоксикации и / или лекарственной гиперседации. Дистресс сопряжен с ощущением потери самоконтроля над разумом, распадом «Я».

Диагноз рака – стрессогенное жизненное событие – сам по себе ухудшает психосоциальное функционирование, увеличивает риск преждевременной смерти от СП и сердечно-сосудистых болезней [22, 54].

*Но ведь у меня – не рак, доктор? У меня ведь – не рак? – с надеждой спрашивал Павел Николаевич,*

*слегка потрагивая на правой стороне шеи свою злую опухоль, растущую почти по дням... (А. Солженицын «Раковый корпус»).*

ОБ и их близкие проходят при благополучном сценарии череду стадий: от шоковой (диагноз понимается «черной меткой», несмотря на успехи онкологии), через стадии отрицания, вытеснения информации, агрессии и депрессии – к примирению, принятию судьбы [55]. Ряд продолжен фазой активного совладания с болезнью. Даже восприятие болезни смертельной не исключает надежду [56], подержанную успехом лечения.

*«И еще обязательное условие: переносить лечение не только с верой, но с радостью! С радостью! Вот только тогда вы вылечитесь!» (А. Солженицын «Раковый корпус»).*

Малая часть, наиболее уязвимая к дистрессу и его последствиям, ОБ выбирает добровольную смерть еще до лечения в связи с представлением о неизлечимости болезни и неминуемыми физическими страданиями при дефиците непрезвзятой информации. «Критический период» суицида мужчин (особо) и женщин приходится на первые 1-2 года верифицированного диагноза в странах с различной доступностью и развитостью общемедицинской и специализированной помощи [15, 20, 24, 28, 30, 31]. В первый год диагноза происходят 40% суицидов ОБ [57], чаще на продвинутых стадиях. Для всех раков с относительно плохим прогнозом риск суицида в 2-4 раза выше в первые полгода диагноза, чем усредненный для ОБ [12, 16, 19, 22, 31]. Риск суицида (в Швеции) уже в первую неделю диагноза в 13 раз выше, чем в здоровом контроле [21]. Суициды в первые 3 месяца (1/2 – в первые 2 недели) по выписке из больницы [17, 34], особенно впервые [34], объяснены несостоятельностью в новых условиях, доступом к средству суицида, возможно, нераспознанной депрессией. Так, в первый год диагноза каждый 10-й ОБ испытывает депрессию и/или тревогу, требующие участия психиатра [58]. Второй пик суицидов – спустя 12-14 месяцев [16] у ОБ с изначально неплохим прогнозом в ответ на рецидив (неуспех лечения). Ранние (до года диагноза) и «поздние» суициды сходны по демографическим характеристикам ОБ, но первые чаще (55%) при продвинутых стадиях (т.е. при запоздалом диагнозе), чем поздние (20%) [57]. Риск суицида выше, чем в населении в целом и через 5-30 лет [14, 29, 31], как после рака груди [29]. Высокий риск суицида после диагноза

объясним «катастрофической» реакцией на рецидив (метастазирование), депрессией в ремиссии «выживших» со страхом рецидива (возможно, программируемым хроническим дистрессом), побочными действиями поддерживающего лечения и посттерапевтическими косметическими дефектами. Риск СП выше у перенесших рак в детстве [59], что можно полагать следствием раннего неблагоприятного события.

Физические симптомы и функциональная несостоятельность (одышка, неспособность самостоятельно отправлять основные жизненные потребности, потеря речи, слуха, зрения, обездвиженность) вызывают психосоциальный дистресс, снижают КЖ [38, 60, 61].

Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [62]: 65% жертв суицида (в Австралии) страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны [63], но «непереносимая» субъективно боль строго связана с СП [64] лишь без учета микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). На продвинутых стадиях боль сосуществует с вышеуказанными факторами риска СП: депрессией, безнадежностью, спутанностью сознания, импульсивностью [32]. По межперсональной теории, хроническая боль способствует развитию ключевого фактора суицида: бестрашия перед ликом смерти [65].

Деморализация («капитуляция» Engel) – стойкая неспособность совладать с бессилием, беспомощностью (субъективной несостоятельностью), безнадежностью с потерей целей и смысла, достоинства жизни (экзистенциальный дистресс, духовное и экзистенциальное отчаяние) [66, 67] обычно на продвинутых стадиях рака – приводит к желанию ускорить смерть и суициду [32]. 15-30% ОБ деморализованы, но не депрессивны, но каждый третий-пятый депрессивен [71]. *Бремя для себя и окружающих.* Ощущение себя обузой питает чувство вины перед семьей ОБ, более на продвинутых стадиях [32, 68, 69]. *Согласно* межличностной теории, сочетанные «слом» принадлежности (неудовлетворенная основная потребность социальной связи) в виде одиночества, (само)изоляции, семейного конфликта, ощущение бремени («я – источник трудностей близких, облегчение им – моя смерть») создают психоло-

гический контекст СП [70]. До 40% ОБ на продвинутых стадиях ощущают себя «грузом» опекающих [69]. *Беспомощность и потеря контроля* (вплоть до неспособности отправления естественных нужд, дышать самостоятельно) повышают риск СП, особо у привыкших управлять всеми аспектами своей жизни, в отличие от приемлющих и приспосабливающихся к немощи и сторонней помощи [72].

*Марта Геллхорн, выдающийся военный корреспондент и «самая честолобивая женщина из всех, что жили на земле» (Хемингуэй) 29-летней являлась Хэму в пабе "Неряха Джо" – затянута в черное блондинка, талантливо жонглирующая словами. В 89 лет, больная раком и почти ослепшая, покончила с собой.*

Местоположение опухоли [16, 20]. Наибольший риск СП при раке легких и бронхов, ротовой полости и глотки, пищевода, желудка и поджелудочной железы, головы и шеи, саркоме Капоши ВИЧ-позитивных [14, 24, 30, 32]. SMR при раке легких, поджелудочной железы и пищевода с плохим прогнозом (5-летнее дожитие <10%), болезненными симптомами и / или нарушениями повседневного функционирования (дыхание, глотание) в первый год диагноза 5, 7 и 6,5 соответственно [13]. В Европе риск особо повышен при раке легких. При этих же локализациях опухолей часта, как показано выше, депрессия. Наибольший УС (как при раке легких мужчин) связан с табакокурением и пьянством, хроническими гепатитами В и С; преморбидными психическими проблемами [32, 73], отражает запоздалые диагноз и лечение. УС «ранних» (до года после диагноза) суицидов в 1,5 раза выше при билиарно-поджелудочном раке, легкого, желудка [57]. УС при раке рото-глоточной области рос в 1980-1984 гг. [74], при снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и пневмонии. Причины связи отдельных опухолей с высоким УС неясны; возможно, риск связан с худшим прогнозом и распространенностью рака. Однако рак простаты (при относительно неплохом прогнозе за счет ранней диагностики), наряду с раком легких, поджелудочной железы, головы и шеи входит в печальную «четверку» раков с наибольшими УС, особо у пожилых мужчин [30]. При этом, даже *метастатические формы рака простаты (<5% ОБ) позволяют 30% пятилетнее дожитие* [75]. Половина суицидов приходится на ОБ с локальными и потенциально курабельными формами [76]; у 15%, покончивших с собой,

ОБ (Швеция) был «неопределенный» прогноз [32].

Тяжесть и неблагоприятный прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости) [13, 30, 32, 38, 76]. Метастатический рак – самая частая телесная болезнь покончивших с собой американцев  $\geq 65$  лет [77]. У  $>1/2$  покончивших с собой ОБ (Швеция) был плохой прогноз [32];  $> 85\%$  суицидов совершают ОБ на конечных стадиях, вопреки ограничению физических возможностей [72]. Суицидальный риск у 30-85% ОБ в продвинутых стадиях [32, 51] особо связан с болью [78]; 15-25% таких ОБ совершают самоубийство или попытки [38, 79] в больнице (!) и дома. При локализованном раке у  $1/4$  ОБ выявлены депрессивные симптомы, но  $>3/4$  на продвинутых стадиях при ухудшении физических функций и/или химиотерапии, причем  $1/5$  соответствуют критериям клинической (синдромальной) депрессии [32]. Риск СП на продвинутых стадиях обусловлен депрессией (30%), метастазами с некупируемыми болями (50%), спутанностью, функциональными, психологическими и социальными ограничениями [38], особенно неуклонно нарастающими [47, 72] по мере развития (сообщении о метастазировании) болезни [32, 38], но не при изначально множественной опухоли [14]; важен учет сопутствующего психосоциального дистресса [72].

Противоопухолевое лечение: нежелательные действия. Приём кортикостероидов, противоопухолевых, антигипертензивных (пропранолол) препаратов могут усугубить депрессию ОБ и опосредованно – риск СП [13, 30, 32].

*Но даже первый шаг против боли – обезболивание, тоже есть боль. (А. Солженицын «Раковый корпус»).*

Риск повышен растормаживающим ранним неспецифическим побочным действием антидепрессантов [80]. Обширные оперативные вмешательства (мастэктомия, экстирпация матки, ампутации), влияющие на внешний вид, психосексуальное восприятие при увеличении дожития «парадоксально» увеличивают риск СП клинически излеченного пациента, провоцируют хронический эмоциональный дистресс [6, 23, 25, 55]. Повышение риска СП шестеро в первый год диагноза рака шейки матки, возможно, связан с последствиями операции и депрессией спустя годы излечения [81]. Повышенный риск СП выживших после детского рака, возможно, связан с последствиями лече-

ния [59] и отставленным эффектом неблагоприятного (стрессогенного) жизненного события.

Низкое качество, неудовлетворенность повседневной помощью. «Самобийца именно потому перестает жить, что не может перестать хотеть» (Артур Шопенгауэр). У молодых нет *выстраданного* опыта и навыков преодоления серьезного недуга, они, как правило, не удовлетворены типовой помощью при тающей неформальной поддержке (потере приятелей) [82]. Медперсонал недостаточно осведомлен и бдителен [34, 83, 84, 85, 86] к СП ОБ (нет индивидуализированного кризисного плана, терапевтическая связь врач-пациент недостаточна) [85], лечение неадекватно [87], включая психофармакологическое [87] с засильем снотворных в ущерб антидепрессантам; не развито междисциплинарное и межведомственное взаимодействие [86] в деле психосоциальной реабилитации [25]. Психосоциальный дистресс выше в жестко структурированном хронотопе больницы [25, 32] при неразвитости стационарзамещающих форм (дневной стационар, стационар на дому).

*Стоило только переодеться под лестницей, проститься с родными и подняться в эту палату – как захлопнулась вся прежняя жизнь, а здесь вытерла такая мерзкая, что от неё ещё жутче стало, чем от самой опухоли. (А. Солженицын «Раковый корпус»).*

ОБ заражены мифами, недостаточно информированы о болезни («заразности рака», выборе лечения, прогнозе) [25], что усугубляет отчаяние и отвержение от близких. Недостаточность, неэффективность лечения – мотивы СП 40% отечественных ОБ на продвинутых стадиях [38]. По данным ВОЗ, лучевая терапия необходима 70% ОБ, но в РФ ее получает  $< 1/3$ . У 45 [89] – 80% на конечных стадиях (пациенты хосписов) выражен болевой синдром [55] без гарантий достаточного обезболивания. Уровень потребления опиоидных анальгетиков в РФ оценен Международным комитетом по контролю наркотиков низким:  $< 200$  условных суточных доз (1 млн. пациентов) сутки, или в 1000 раз меньше иных развитых стран. Типично затягивание перевода на морфин; ОБ получают высокие дозы менее эффективного препарата. Среди отказавшихся от лечения отечественных ОБ, болями страдал каждый второй, но обезболивание получал каждый пятый [23]. Врачи боятся брать единоличную ответственность, не всегда владеют навыками выбора

наркотических обезболивающих, выбора схем рациональной полифармации (с присоединением антидепрессантов), своевременной коррекции побочных эффектов. Напротив, распространена небезопасная и неэффективная нерациональная полифармация [36]. В странах с разным уровнем доходов населения не более 60% ОБ с психическими проблемами получали специализированную помощь за последний год [42]. Так, 1/3 деморализованных ОБ, не соответствуя критериям депрессивного расстройства или реакции дезадаптации, не получают нужной помощи [90, 91]. Показательно обращение суицидентов за несколько недель до трагедии к интернистам [92, 93], каждый второй суицидент осмотрен врачом общей практики в течение двух месяцев до самоубийства (попытки), 50-70% суицидентов – за 2 недели до трагедии [6, 94]. У 1/3 совершивших суицидальную попытку были листы нетрудоспособности в связи с соматическими болезнями [6]. Не менее 80% ОБ на продвинутых стадиях прямо или косвенно сообщают о намерениях суицида, склонны поговорить об этом (общее коммуникативное действие суицидента – «сообщение о намерении», по E. Shneidman [95]), более доверяя врачу (>60%), чем близким [38] – при отдалении от семьи. Более 80% ОБ ценят беседу, но осуждают врачей за нежелание обсуждать тему добровольного ухода из жизни. Однако в центре внимания неподготовленного и загруженного персонала лишь физические симптомы, а не психологический дистресс и депрессия. «Перегорание» (эмоциональное истощение, цинизм к ОБ), и ощущение снижения личных достижений) у почти 1/3 онкологов [96] и большее при паллиативной помощи – не способствует мотивации к изменению к лучшему рутинной работы и большей суицидальной бдительности. Более того, отстраненно-формальное отношение персонала способствует СП.

Низкое качество сообщений средств массовой информации (СМИ) – фактор риска для находящихся на грани суицида и перенимающих сценарий СП [97]. Столичные печатные и электронные СМИ сообщили в феврале 2015 г. об 11 самоубийствах ОБ с указанием часа трагедии, обнаружения трупа, точного адреса, этажа, откуда выбросилась жертва, деталей повешения, самострела на первых полосах с броскими шрифтом и заголовками (по кальке резонансных суицидов подростков): «эпидемия», «волна» суицидов; скоропали-

тельно указана причинно-следственная связь суицида с «отсутствием обезболивающих», «отказом в госпитализации». Сообщения иллюстрированы фото улыбающейся (еще в здравии, в форме, при орденах) жертвы с указанием фамилии и послужного списка; по примеру зарубежных источников изображены «нейтральные» горящая свеча или карета скорой помощи – коли жертва не профессор и не адмирал, а безымянный пенсионер. Все «оглашенные» суициденты – мужчины 62-86 лет, семейные. Цитируют (вольно, с разночтениями) предсмертные записки 1/3 жертв: «невыносимые боли», «устал бороться с болезнью», «не хочу быть обузой», «нет денег на лечение». Жертвы просят никого не винить в смерти помимо (одна записка) Минздрава. Данные о диагнозе «по горячим следам» со слов родных, соседей, подчеркивающих страдания больных, беспомощность, невнимательность врачей. В майской «серии» из пяти суицидов столичные СМИ привлекли внимание к гибели иногородней 37-летней замужней женщине (терминальный рак желудка) в отделении паллиативной помощи горбольницы (родные жаловались на бездушие врачей, недоступность лекарств), профессора психологии («отнялись ноги»); женщины, за 13 лет перенесшей 10 курсов химиотерапии и оставившей записку, что не хочет быть обузой родственникам; 75-летнему пенсионеру, на глазах у жены выпрыгнувшего из окна. К его щиколотке привязана записка: «замучили сильные боли» и просьба не винить близких. Вдова сообщила о неоднократных высказываниях о самоубийстве. Примечательно сообщение (не вызвавшее дискуссии и тиражирования, как прочие) о самоповешении 36-летнего механика "Останкино", за год до трагедии начавшем плохо переносимое лечение. Чтобы «побороть депрессию, посещал психолога». По данным заммэра, среди 70 лиц, совершивших суицид в Москве в феврале, 10 ОБ (<10%); семеро знали диагноз при жизни. При уровне смертности ОБ в Москве 200 на 100000 населения за год в столице умирает (с учетом зарегистрированных жителей) не менее 24000, или 2000 в месяц. Указанное число суицидов составляет 0,5% смертей ОБ даже с учетом возможного пика кластерных самоубийств, т.е. как указано выше.

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



Факторы риска СП ОБ [по 13, 30, 32, 98, изм. доп.]

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

«Типовой портрет» ОБ с высоким риском СП: одинокий импульсивный пенсионер по возрасту ( $\geq 65$  лет) с недавним ( $< 1$  года), но запоздалым диагнозом опухолью легкого (или поджелудочной железы, головы и шеи, простаты) на продвинутых стадиях с метастазами, потатор и/или злостный курильщик, не получающий (отказывающийся) от лечения, с суицидальной попыткой, депрессивными состояниями в анамнезе. В этой связи актуален вопрос ранней диагностики рака и приверженности лечению, уклонение от которого связано не только с внутренней картиной болезни, но и балансом польза (контроль симптомов и течения болезни) / вред (нежелательные действия). Изучение факторов риска смерти ОБ, не связанных с раком, позволит улучшить ранние вмешательства и дожитие с высоким КЖ.

Континуум и эквиваленты СП ОБ.

Суицидальные мысли пугают ОБ, его близких и профессионалов. У соматически больных [8] чаще суицидальные мысли, чем в населении, у ОБ – чем иных соматических [32, 99], до 70% [38, 99] на разных этапах болезни, включая ремиссию, и лечения, что оспорено недавним обзором [13]. Видимо, следует различать «мысли и мысли», мимолетные о тяготе

и бессмысленности жизни (отражает антивитальное настроение) от неотступных суицидальных, влекущих планирование поступка. Скрининг, как правило, указывает большую частоту континуума СП, нежели клиническая беседа. Возможно, «лишь» 20% ОБ сообщают о суицидальных мыслях и безнадежности [100] при сходной частоте таковых населения 2-25 (20)% [101]. В субпопуляции «здоровых» физически юношей 25% сообщают о суицидальных мыслях [102]. Молодые ОБ более уязвимы к СП, включая мысли о смерти [103]. Каждый десятый из 3000 пациентов местного онкоцентра Шотландии раскрыл мысли о нежелании жить или суициде в течение нескольких дней за последние 2 недели в связи с сильной болью [99]. Среди подумывающих о суициде у  $> 10\%$  ОБ рутинным скринингом выявлены суицидальные намерения, при неотступных мыслях – у  $\frac{1}{4}$  [104]. Каждая десятая консультация психиатра в онкоцентре (США) связана с оценкой риска СП после высказываний ОБ [32]. Психиатры отметили преходящие мысли о нежелании жить у  $> 1/3$  ОБ, но только у 5-10% – неотступные суицидальные, чаще при депрессивных расстройствах, сложностях межличностных отношений, физическом и психологиче-

ском дистрессе неконтролируемых болей, безнадёжности, социально-бытовых трудностях, сложности выбора лечения [32, 104, 105, 106]. Психиатр выявил у  $> 1/2$  клинически депрессивных плохо физически функционирующих ОБ суицидальные мысли [105]. Суицидальные мысли чаще у пожилых депрессивных ОБ [105], у каждого десятого на продвинутых стадиях рака [10]. Деморализация более влияет на суицидальные мысли, чем депрессия [107]. Депрессия и длительность боли увеличивают риск суицидальных мыслей, тогда как эффекты пола и силы боли изменчивы [108]. «Мысль о самоубийстве – большое утешение. Она помогает пережить не одну тяжкую ночь». Ф. Ницше. Большинство помышляющих о смерти ОБ не совершит суицид, но  $1/2$  покончивших с собой ОБ (Швеция) делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими [109]. У 40% «выживших» 3-8 лет после рака простаты суицидальные мысли не связаны с депрессией [59], но 60% получали лечение за год до скрининга. Суицидальные мысли чаще, чем в контроле и спустя 10-15 лет после диагноза. Демографические переменные не связаны с суицидальными мыслями и КЖ в отличие от плохого физического состояния и болей после контроля депрессии. Неизвестно, сохраняются ли суицидальные мысли по миновании (облегчении) депрессии. Негативное религиозное совладание (отсутствие принадлежности к религиозной конфессии) связано с повышенным риском суицидальных мыслей после контроля демографических и клинических характеристик [110].

Суицидальные попытки – важнейший прогностический фактор риска суицида [111, 112]. Риск попыток суицида у ОБ 17-39 лет вчетверо выше после контроля демографических характеристик, депрессии, употребления спиртного [8]. Почти  $1/3$  ОБ совершила суицидальную попытку в период хирургического лечения, при отказе от лечения – 15%, при рецидиве (прогрессировании) опухоли – 35%, до паллиативной помощи – 10% [38]. Сверка городского (Тюмень 2012-2014 гг.) регистра суицидальных попыток с канцер-регистром выявила суицидальные попытки у 1% ОБ (65% при распространенном раке), соотношение мужчин / женщин 1 : 2-3 (как в населении). Суицидальные попытки не привлекают внимание СМИ, а потому и общественности.

Мотивы СП ОБ не отличаются от общего населения: отказ от жизни; изменение поведения окружающих или привлечение внимания («крик о помощи»); смешанные, неосознаваемые или амбивалентные колебания меж жизнью и смертью у  $1/2$  ОБ [52]. При распространенном раке доминируют пересекающиеся и взаимоопотенцирующие *соматические* (90-95%) и *депрессивные* (70%) факторы: прекращение *физических мук* (95%), представления о бесцельности и тяготе существования (70%), неспособность к самообслуживанию ( $>35\%$ ), желание освободить родственников ( $>30\%$ ), ощущение неполноценности (10%) [38]. Опрос более 2000 «здоровых» респондентов, персонала семи психиатрических больниц РФ, выявил  $1/3$  готовых покончить с собой и оправдывающих суицид как бегство от мучений тяжкой болезнью [113].

*Неизлечимо больная («можно еще раз сделать операцию, но это не поможет») Элен (29 лет) выбрала «небольшой кусок жизни вне больницы, на свободе»; она еще не содалась, но уже не боролась, ей выписывают «сильные обезболивающие», но она «милосердно» принимает яд, чтобы не обременять мужа на пороге спасения и новой жизни (Ремарк. «Ночь в Лиссабоне»).*

Способы суицидов. Среди  $>1000$  больных ОБ (Тайвань) рак легких и бронхов и низкий доход вели к наиболее brutальным суицидам (самоповешение, инфенистрация) [35]. Передозировка анальгетиков и седативных препаратов – частый способ суицидов и попыток ОБ [32, 38], обычно дома, запланировано. Ведущий способ попыток суицида – самоотравление (цит. по П.Б. Зотов [www.youtube.com/watch?v=f8FhAORT2fg](http://www.youtube.com/watch?v=f8FhAORT2fg)).

Желание ускорить смерть (desire for hastened death, DHD) представлено преходящими (чаще) или постоянными мыслями, требованиями помочь умереть посредством эвтаназии, ассистированного суицида [32, 114] или планом суицида (самоповреждение, отравление), выбором заведомо губительного образа жизни как курение, несоблюдение режима лечения, жизнеспасающей терапии или диеты.

Смерть с помощью врача, эвтаназия, решение о смерти. *Суицид с помощью врача* означает предоставление им средства прекращения жизни (выписывание лекарства в заведомо смертельной дозе). *Эвтаназия* – введение врачом смертельной дозы с согласия или без согласия пациента.

Более ¼ опрошенных ОБ подумывали об эвтаназии или суициде с помощью врача и 10% обсуждали их возможность с врачами и другими, испытывая боль и/или в депрессии или психологическом дистрессе, накапливали лекарства, читали «Последний выход» (руководство «достойной смерти» терминальных ОБ) [115].

*Британский журналист и писатель Дерек Хамфри (Dunphy) помог жене добровольно уйти из жизни с помощью передозировки снотворного. Несколько лет Джин попросила помочь прекратить мучения рака груди в последней стадии. Дерек написал книги «Путь Джин: История любви», «Последний выход» в развитии темы права на достойную смерть. Среди рекомендаций (предварительное медицинское распоряжение (передача прав по принятию важных медицинских решений): Удостоверьтесь в том, что ваш страховой полис в порядке, и что самоубийство не станет препятствием для ваших родных получить выплату; распорядитесь о немедленной кремации, чтобы анализы на передозировку медикаментов были бы невозможны – и варианты помещения в хоспис, «исключение подпадающей и подлежащей лечению депрессии».*

*Через год по выходу руководства для смертельно больных «Окончательный выход», советуемого асфиксию, число самоубийств в Нью-Йорке выросло втрое (с 8 до 33); книга найдена на месте ¼ суицидов [цит. по 97].*

*После ТВ передачи об эвтаназии морфием в течение двух недель в клинику токсикологии (Польша) после суицидальных попыток поступили измученные болями и депрессией четыре больные раком и рассеянным склерозом [цит. по 97].*

Зависимость от сторонней помощи и потребность контролировать обстоятельства смерти – предикторы DHD [114]. Не менее 20-50% пациентов хосписов стремятся ускорить смерть, >80% ищут помощи в смерти и эвтаназии по сравнению с <20% нераковых хронически больных [32]. Так, у ½ терминальных ОБ DHD, у <10% – постоянные мысли об ускорении смерти [51]. DHD – многомерный феномен, не обязательно патологический, имеет множество смыслов, не связанных с непременным стремлением убить себя, но означает гипотетический план отчаянного «освобождения», порой – приспособительная цель управления дистрессом [116], как и «утешающие» мысли о суициде. Недостаточно контролируемая и субъективно непереносимая боль, препятствующая повседневной жизни ОБ – драматический фактор риска суицида и требований помочь умереть [32, 38, 62]. У > ¾ ОБ со

«средней и сильной» болью выражено DHD [51]. Страдающих от боли ОБ на конечных стадиях (пациенты хосписов) > 45%, но >80% с DHD, ищущих помощи в смерти и эвтаназии по сравнению с <20% нераковых хронически больных [89]. Депрессия и безнадежность – независимые важные предикторы DHD ОБ: у 45-60% – клиническая депрессия [32, 89, 117] против 15% недепрессивных [117]. Предикторы DHD терминальных ОБ помимо депрессии и/или тревоги, безнадежности (особо опасно их сочетание) ощущение физического бремени для себя и окружающих, недостаточная медико-социальная формальная и неформальная (в семье) поддержка, нечувствительность необученного персонала к психологическим нуждам ОБ, неудовлетворенность помощью [32, 118]. Почти 65% принявших смерть с помощью эвтаназии ощущали себя бременем для близких, включая неформальных помощников [32]. Потеря социальной поддержки связана с DHD и СП на продвинутых стадиях рака [32, 38, 50, 51, 52]. 33% мужчин и 40% женщин, стационарных ОБ, теряют надежду на выздоровление [25]. ОБ могут утаить дистресс из страха обременить врача [119]. Качественный анализ терминальных ОБ с DHD показал восприятие долгого мучительного недуга при недостаточности паллиативной помощи [118]. ОБ с DHD требуют, по сути, удобства тающего остатка дней, облегчения симптомов, как не всегда понимаемой и самим ОБ (и его врачом) депрессии.

Профессионалы избегают сообщать об эвтаназии и ассистированном суициде во избежание наказания, но > ½ онкологов сообщили о требованиях такого рода. Один из семи – способствовал эвтаназии или ассистированному суициду [115]. Врачи хосписа, энергично купирующие боли, обычно одобряют право ОБ отказаться от жизнеобеспечения, но противодействуют эвтаназии и ассистированному суициду, строго различия их [120]. Эвтаназию более допускают мужчины, агностики, проникнувшиеся страданиями ОБ [121]. Две трети ОБ и представителей общественности полагали эвтаназию и суицид с помощью врача приемлемой при хронической боли [115], но в последнюю очередь, для облегчения «бремени семьи» и «бессмысленности жизни». При неутраченной боли большинство онкологов видит эвтаназию и суицид с помощью – приемлемыми. Требования эвтаназии и помощи в суициде распространены при указанных выше

типах рака + меланоме (благоприятный прогноз при раннем лечении) [122].

*Заядлые курильщики профессор Фрейд (карцинома неба с переходом на челюсть, после трехкратной лучевой терапии и 33 мучительных безуспешных операций) и Георг VI (рак легких) умерли с помощью личных врачей (передозировка инъекционного морфия).*

*Сообщение СМИ (2015 г.). Врач (66) ввел в вену тяжелобольной дочери (33) воздух, после чего перерезал вены себе и повесился. Дочь неоднократно умоляла об этаназии: болела раком и перенесла 8 безуспешных операций, последняя менее месяца назад. Отец в предсмертном письме объяснил поступок: принял с дочерью решение о суициде, когда пропали шансы на излечение. Предсмертное письмо дочери: «Не грустите обо мне, я устала от боли».*

Отказ от лечения. По Дюркгейму (1912), суицид – результат положительного или отрицательного (выделено соавт.) поступка пострадавшего, знающего об ожидавших его результатах. По N.L. Farberow (1950), «непрямое саморазрушение» включает пренебрежение врачебными рекомендациями. Данные о суицидах приуменьшены в связи с малым выявлением намеренной передозировки с помощью семей и отказом от операций [123] или парентерального питания, гидрации [32, 55]. Главный онколог России сообщил СМИ о том, что 5% ОБ отказываются от лечения, считая рак неизлечимым. СП (мысли) сопровождает отказ от лечения [104]. Более 1/3 ОБ с СП Башкирии отказались от специального лечения [23], в равной мере мужчины и женщины, чаще 71-80 лет, разведенные и вдовцы (по 40%), одинокие (60%), в тяжелом состоянии (25%), с обезображивающими опухолями, диспепсическими расстройствами, дыхательной недостаточностью (по 10%); болями страдал каждый второй [23]. Часты антивитальные переживания (50%), суицидальные мысли (30%), замыслы (15%), намерения (>10%) ОБ, но попытки суицида совершили 5% пациентов онкодиспансера. Отказывающиеся от лечения характеризуются набором факторов СП. Отказ от лечения и несоблюдение режима лечения ОБ рассмотрены в контексте депрессии, психоза, когнитивного снижения, ухудшающих критику [85], и как эквивалент СП [38]. Низкая самооценка и чувство беспомощности из-за функциональных (ролевых, бытовых) нарушений связаны с КЖ и несоблюдением режима лечения [124]. Несоблюдение режима химио-радио-или дополнительной терапии у 20-80% ОБ, часто на фоне депрессии, ухудшает прогноз,

что увеличивает риск СП [32]. Депрессия отражается в отказе от лечения (вследствие безнадежности и отчаяния искажается представление о балансе риск / польза терапии) и, на продвинутых стадиях, от поддерживающей жизни (паллиативной) терапии [125]. В последнем случае – и на фоне антидепрессивного лекарственного лечения, указывающего, возможно, неверную цель терапии. Несуицидальное аутоагрессивное поведение возможно на фоне спутанности и гиперседации. Самопорезы (самоотравления), задачей которых не есть добровольная гибель, или процедура которых предварительно неопасна для жизни. Момент времени выполнения опасных для себя действий может колебаться от пары минут (при падении, удушении, при саморанении оружием) до нескольких суток (отказ от еды) и множества месяцев (самоуничтожающие действия в виде употребления ПАВ, нарушения диеты) [38].

*Сообщение СМИ. 16-летний подросток возвращен в больницу после побега – в наручниках – по постановлению суда (Израиля) для продолжения химиотерапии вопреки его желанию и протестам ультраортодоксальной семьи. (из сообщения СМИ, июль, 2015 г.). На экране ТВ ОБ в слезах: «Я не хочу лечиться из-за сильной боли. Мне надоело в больнице. Я скучаю по семье и друзьям и хочу быть как все. Боюсь, что лечение меня убьет. Кто гарантирует, что во время сеанса не окажусь в реанимации? Ко мне хорошо относятся, но не хочу лечиться насильно. Дорогой народ Израиля. Прошу всех, кто может, прийти завтра на демонстрацию у больницы. Даже если я должен умереть, позвольте мне сделать это достойно. Такова моя просьба». Реакция медицинского центра: «Без лечения он умрет от рака. С лечением 40% шанс на выздоровление».*

*Выдуманная история. Шестнадцатилетняя Тесса обрывает мучительное и унижительное для нее (побочные действия – облысение) лечение лейкемии с согласия безутешного отца и отстраненной матери, понимая и принимая его бессмысленность. Врач послушно удаляет подключичный катетер, уважая ее право выбора. Тесса, меж тем, составляет список дел, которые должна успеть выполнить. Список не безобиден, но стимулирует прожить последние месяцы насыщенно (Дж. Даунхэм «Пока я жива»).*

*Фотограф Ромен (30 лет) с прогрессирующим раком легких и печени, отказывается от лечения (Ф. Озон, «Время прощания» Франция, 2005). «Пока не сыграл в ящик» (фильм США, 2007). Пожилые ОБ, услышав приговор врачей о неминуемой скорой смерти, составляют список неотложных дел и отправляются в путешествие всей своей жизни.*

ОБ, отказывающиеся от лечения и помощи без намерения приблизить смерть, но прожить остаток определенных врачом (за что ему спасибо) дней достойно и насыщенно, указывают на аутоагрессивное поведение как комплексный феномен, затрагивающий этические, социологические, медицинские и психиатрические аспекты [85]. При этом образ отказывающегося от помощи в выдуманных историях романтизирован – ОБ испытывает лишь облегчение от тягот лечения. Клиническая реальность – дилемма между прекращением непереносимых побочных действий малоэффективного лечения при отказе от него или продление (гипотетическое) жизни заведомо низкого КЖ.

*Героиня американского романа заявляет, что лучше прожить лишь год, чем три – в парике после химиотерапии. Концепция качества жизни в медицине приходит из онкологии.*

Время СП ОБ. Низкий уровень окситоцина, связанного с лактацией, дистрессом, низким социальным функционированием, благополучием, повышает риск рака в целом и органов с окситоциновыми рецепторами (матки, груди, мозга) в частности [Jokinen], но более на фоне табакокурения и употребления спиртного. Депрессивные симптомы снижают шансы выживаемости ОБ [126]. Депрессию связывают со снижением выживаемости, возможно, из-за ухудшения заботы о себе и некомплектности. Смерть ОБ затрагивает его близких [56] при естественном исходе.

*Жена актера Жерара Филиппа. Узнав, что муж проживет не больше полугода, просила врачей сделать «что-либо, чтобы он не проснулся». Получив отказ, дает обезболивание, притворяется, что тот идет на поправку, и Жерар умирает умиротворенный. Самое страшное после его смерти, горе в одиночку. (Анн Филипп «Одно мгновение»).*

Но, можно предположить, более – при суициде.

Ограничения исследований. В регистрах ОБ нет данных о факторах риска рака и СП: наследственности, медицинской и психиатрической коморбидности, злоупотреблении ПАВ (табакокурение и пьянство), СП в анамнезе, микросоциальных конфликтах. Реальный УС ОБ занижен, как и в общем населении, в связи с нежеланием сообщать о суицидах на разных уровнях [38, 119], как и век назад, по Дюркгейму, начиная с семьи и низшего полицейского чина. Суициды затушеваны смертью от основной болезни, не распознаны в отчетах о смерти, административных базах данных [38,

127, 128]. Возможно, смерти от падений, передозировок лекарств (снотворных, наркотиков), особо вслед диагноза и утяжеления течения – резервуар скрытых суицидов. Учет лишь «падений» повышает УС на 10-15% (в Дании) [31]. Медицинская и психиатрическая заболеваемость связана с поиском помощи, и реальная популяция ОБ превышает учтенную в регистре [129]. В итоге доля верифицированных суицидов ОБ в РФ < 1/3 [83]. Учтено лишь СП, повлекшее серьезные медицинские последствия (госпитализацию), ставшие предметом судебно-медицинской экспертизы, резонансные, благодаря СМИ. В обычно ретроспективных когортных исследованиях объединены неоднородные выборки ОБ (разнообразие типов и стадий опухолей, условий лечения, критериев и методов, периодов оценки, скрининга), самые тяжелые (возможна «клиническая иллюзия»).

Обсуждение и перспективы исследований.

В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают третье место (15%) после болезней системы кровообращения (55%); самоубийство – наиболее частая (>15%) причина смерти от внешних причин россиян и шестая (1,5%) в ранжире причин смерти в РФ (в США – десятая). Ежедневно умирают > 800 ОБ (каждый десятый зарегистрированный) и гибнут от суицида 100 россиян. Доля ОБ среди суицидентов на федеральном уровне неизвестна. Часть суицидов совершают лица с неверифицированным диагнозом рака, возможно, на фоне депрессии, предшествующей манифест или сопровождающей нераспознанный процесс. Усредненный показатель 5-летнего выживания ОБ в РФ 50% против 65% еще 10 лет назад в мире [130] и 80% в США. Высокая ежегодная смертность объяснима запоздалой диагностикой: у 45% ОБ на 3-4 стадиях.

*Ингрид Бергман, шведская и американская актриса, в начале 70-х гг. XX века обнаружила рак груди самональпацией при просмотре ТВ образовательной передачи. После девяти лет борьбы с болезнью (получив третий «Оскар»), в свой 67 день рождения, скончалась.*

Каждая четвертая женщина в XXI веке умирает в первый год диагноза рака молочной железы. <1/3 россиянок наблюдаются маммологом раз в год.

Большинство ОБ никогда не совершит суицид при «понятности» мотива в самых тяжелых

и безнадежных обстоятельствах, но риск СП повышен на всех этапах болезни и лечения (выделены «критические» точки максимального риска), включая длительные ремиссии. Отдельные группы ОБ отличаются особо высоким уровнем СП и служат мишенями первоочередных лечебно-профилактических (антикризисных) мероприятий.

Уровень СП ОБ – не прямой показатель качества повседневной помощи (своевременность диагностики и алгоритм сообщения диагноза, информированное согласие на «дружественное» сочетанное лечение: безопасное, хорошо переносимое и эффективное, позволяющее своевременный контроль вызывающих наибольший дистресс соматических и психических симптомов).

Недостаточно изучены и детализированы динамика СП ОБ (соответствие тренду в насе-

лении), местные и гендерные различия, психиатрическая отягощенность при различных типах, стадиях рака и условиях лечения, эпидемиология СП и эквивалентов саморазрушающего поведения, общие и особенные суицидогенные и защитные (антисуицидальные) факторы. Предстоит объективизировать бремя СП в широкой перспективе (семьи, медицинских затрат в связи с суицидальной попыткой).

В части II нашего обзора будут показаны возможности ранней диагностики суицидоопасных состояний (посредством скрининга, клинического анализа) ОБ, их лечения и профилактики.

Пока же выстраданный призыв некоего «выжившего»: *Борись за здоровье! Борись, лечись, сбрасывай опухоль – и ни о чем не беспокойся! Все-все-всё будет отлично!* (А. Солженицын «Раковый корпус»).

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии / Сб. научных трудов. – М.: Изд. Московский НИИ психиатрии. – МЗ СССР, 1986. – С. 7–25.
2. Kash K.M., Mago R., Duffany S., Kunkel E.J. Psycho-oncology: review and update // Curr. Psychiatry Rep. – 2006. – Vol. 8. – P. 246-252.
3. Meyer F., Ehrlich M., Peteet J.R. Psycho-oncology: a review for the general psychiatrist. FOCUS: // J. Lifelong Learn. Psychiatry. – 2009. – Vol. 217. – P. 317-331.
4. Любов 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.
5. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
6. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 55 с.
7. Knox K.L., Conwell Y., Caine E.D. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? // Am. J. Public Health. – 2004. – Vol. 94. – P. 37-45.
8. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses // Arch. Intern Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 1522-1526.
9. Goodwin R.D., Marusic A., Hoven C.W. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness // Social Sci. Med. – 2003. – Vol. 56. – P. 1783-1788.
10. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample // Psychooncology. – 2008. – Vol. 17. – P. 660-667.
11. Scott K.M., Hwang I., Chiu W.T. et al. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys // Psychosom. Med. – 2010. – Vol. 72. – P. 712-719.

Транслитерация:

- Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob'ekt kompleksnogo izuchenija / Kompleksnyye issledovaniya v suicidologii / Sb. nauchnyh trudov. – М.: Изд. Moskovskij NII psihiatrii. – МЗ SSSR, 1986. – S. 7-25. (In Russ)
- Kash K.M., Mago R., Duffany S., Kunkel E.J. Psycho-oncology: review and update // Curr. Psychiatry Rep. – 2006. – Vol. 8. – P. 246-252.
- Meyer F., Ehrlich M., Peteet J.R. Psycho-oncology: a review for the general psychiatrist. FOCUS: // J. Lifelong Learn. Psychiatry. – 2009. – Vol. 217. – P. 317-331.
- 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)
- Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). (In Russ)
- Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii. – М., 1980. – 55 s. (In Russ)
- Knox K.L., Conwell Y., Caine E.D. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? // Am. J. Public Health. – 2004. – Vol. 94. – P. 37-45.
- Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses // Arch. Intern Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 1522-1526.
- Goodwin R.D., Marusic A., Hoven C.W. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness // Social Sci. Med. – 2003. – Vol. 56. – P. 1783-1788.
- Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample // Psychooncology. – 2008. – Vol. 17. – P. 660-667.
- Scott K.M., Hwang I., Chiu W.T. et al. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys // Psychosom. Med. – 2010. – Vol. 72. – P. 712-719.

12. Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis // *Psychol. Med.* – 2015. – Vol. 45. – P. 495-504.
13. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature // *Psychooncology.* – 2010. – Vol. 19. – P. 1250-1258.
14. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4731-4738.
15. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients // *Epid. Prev.* – 2012. – Vol. 36. – P. 83-87.
16. Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002 // *Med. J. Aust.* – 2008. – Vol. 88. – P. 140-143.
17. Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology // *Psychooncology.* – 2012. – Vol. 21. – P. 351-356.
18. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // *Тюменский медицинский журнал.* – 2013. – Том 15, № 3. – С. 5-6.
19. Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999 // *J. Clin. Oncol.* – 2004. – Vol. 22. – P. 4209-4216.
20. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy // *Eur. J. Cancer.* – 2004. – Vol. 40. – P. 1053-1057.
21. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999 // *Scand J. Public Health.* – 2005. – Vol. 33. – P. 208-214.
22. Fang F., Fall K., Mittleman M.A. et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 366. – P. 1310-1318.
23. Терентьева З.М. Клинико-эпидемиологическое обследование профилактики и коррекции суицидального поведения онкологических больных, отказавшихся от специального лечения: Дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 154 с.
24. Vyssoki B., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? // *J. Affect Disord.* – 2015. – Vol. 175. – P. 287-291.
25. Бояркина С.И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных: Автореф. .... дисс. социол. наук. – СПб., 2004. – 23 с.
26. Титова (Ходакова) Ю.А. Психические расстройства у детей, впервые госпитализированных по поводу гемобластоза: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2014.
27. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview // *Sem. Oncol.* – 2009. – Vol. 36. – P. 194-206.
28. Lu D., Fall K., Sparen P. et al. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals // *Ann. Oncology.* – 2013. – Vol. 24. – P. 3112-3117.
29. Schairer C., Brown L.M., Chen B.E. et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723810 women // *J. Natl. Cancer Inst.* – 2006. – Vol. 98. – P. 1416-1419.
30. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients // *Cancer Nurs.* – 2012. – Vol. 35. – P. 14-26.
31. Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis // *Psychol. Med.* – 2015. – Vol. 45. – P. 495-504.
32. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature // *Psychooncology.* – 2010. – Vol. 19. – P. 1250-1258.
33. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4731-4738.
34. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients // *Epid. Prev.* – 2012. – Vol. 36. – P. 83-87.
35. Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002 // *Med. J. Aust.* – 2008. – Vol. 88. – P. 140-143.
36. Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology // *Psychooncology.* – 2012. – Vol. 21. – P. 351-356.
37. Zykov V.V., Mal'cev A.E. Znachenie somaticheskikh zaboolevanij v vzniknovenii suicidal'nogo povedenija // *Tyumen medical journal.* – 2013. – Vol 15, № 3. – P. 5-6. (In Russ)
38. Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999 // *J. Clin. Oncol.* – 2004. – Vol. 22. – P. 4209-4216.
39. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy // *Eur. J. Cancer.* – 2004. – Vol. 40. – P. 1053-1057.
40. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999 // *Scand J. Public Health.* – 2005. – Vol. 33. – P. 208-214.
41. Fang F., Fall K., Mittleman M.A. et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 366. – P. 1310-1318.
42. Terent'eva Z.M. Kliniko-jepidemiologicheskoe obsledovanie profilaktiki i korrekcii suicidal'nogo povedenija onkologicheskikh bol'nyh, otkazavshijsja ot special'nogo lechenija: Diss. ... kand. med. nauk. – Ufa, 2007. – 154 s. (In Russ)
43. Vyssoki B., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? // *J. Affect Disord.* – 2015. – Vol. 175. – P. 287-291.
44. Bojarkina S.I. Kachestvo zhizni i social'naja rehabilitacija onkologicheskikh bol'nyh: Avtoref. .... diss. sociol. nauk. – SPb., 2004. – 23 s. (In Russ)
45. Titova (Hodakova) Ju.A. Psihicheskie rasstrojstva u detej, vpervee gospiitalizirovannyh po povodu gemoblastoza: Diss. ... kand. med. nauk. – M., 2014. (In Russ)
46. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview // *Sem. Oncol.* – 2009. – Vol. 36. – P. 194-206.
47. Lu D., Fall K., Sparen P. et al. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals // *Ann. Oncology.* – 2013. – Vol. 24. – P. 3112-3117.
48. Schairer C., Brown L.M., Chen B.E. et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723810 women // *J. Natl. Cancer Inst.* – 2006. – Vol. 98. – P. 1416-1419.
49. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients // *Cancer Nurs.* – 2012. – Vol. 35. – P. 14-26.

31. Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999 // *Br. J. Cancer.* – 2005. – Vol. 92. – P. 995-1000.
32. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. – John Wiley & Sons, 2011. – P. 125-150.
33. Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients // *Oncologist.* – 2009. – Vol. 14. – P. 891-899.
34. Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer // *Psychooncology.* – 2009. – Vol. 18. – P. 1038-1044.
35. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study // *Suicide life Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40. – P. 107-114.
36. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 29-42.
37. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry // *Rev. Epid. Santé Publiq.* – 1990. – Vol. 38. – P. 125-131.
38. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс.... докт. мед. наук. – Томск, 2005. – 327 с.
39. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // *Суицидология.* – 2015. – Том 6, № 1. – С. 3-8.
40. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study // *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid.* – 2014. – Vol. 49. – P. 693-701.
41. McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2012. – Vol. 63. – P. 714-717.
42. Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys // *Psychooncology.* – 2014. – Vol. 23. – P. 40-51.
43. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. // *JAMA.* – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
44. Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. // *Cancer.* – 1996. – Vol. 78. – P. 1131-1137.
45. Isometsä E., Henriksson M., Marttunen M. et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide // *BMJ.* – 1995. – Vol. 310. – P. 1366-1710.
46. Conwell Y., van Orden K., Caine E.D. Suicide in older adults // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2011. – Vol. 34. – P. 451-468.
47. Spoletini I., Gianni W., Caltagirone C. et al. Suicide and cancer: where do we go from here? // *Crit Rev Oncol Hematol.* – 2011. – Vol. 78. – P. 206-219.
48. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer // *J. Natl. Cancer Inst. Mo-nogr.* – 2004. – Vol. 32. – P. 57-71.
49. Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2004. – P. 32-39.
- Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999 // *Br. J. Cancer.* – 2005. – Vol. 92. – P. 995-1000.
- Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. – John Wiley & Sons, 2011. – P. 125-150.
- Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients // *Oncologist.* – 2009. – Vol. 14. – P. 891-899.
- Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer // *Psychooncology.* – 2009. – Vol. 18. – P. 1038-1044.
- Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study // *Suicide life Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40. – P. 107-114.
- Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 29-42.
- Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry // *Rev. Epid. Santé Publiq.* – 1990. – Vol. 38. – P. 125-131.
- Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie bol'nyh rasprostrannym rakom (jetiopatogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Diss.... dokt. med. nauk. – Tomsk, 2005. – 327 s. (In Russ)
- Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // *Suicidology.* – 2015. – Vol. 6, № 1. – P. 3-8. (In Russ)
- Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study // *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid.* – 2014. – Vol. 49. – P. 693-701.
- McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2012. – Vol. 63. – P. 714-717.
- Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys // *Psychooncology.* – 2014. – Vol. 23. – P. 40-51.
- Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. // *JAMA.* – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
- Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. // *Cancer.* – 1996. – Vol. 78. – P. 1131-1137.
- Isometsä E., Henriksson M., Marttunen M. et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide // *BMJ.* – 1995. – Vol. 310. – P. 1366-1710.
- Conwell Y., van Orden K., Caine E.D. Suicide in older adults // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 2011. – Vol. 34. – P. 451-468.
- Spoletini I., Gianni W., Caltagirone C. et al. Suicide and cancer: where do we go from here? // *Crit Rev Oncol Hematol.* – 2011. – Vol. 78. – P. 206-219.
- Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer // *J. Natl. Cancer Inst. Mo-nogr.* – 2004. – Vol. 32. – P. 57-71.
- Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2004. – P. 32-39.



50. Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
51. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill // Psychosomatics. – 1998. – Vol. 39. – P. 366-370.
52. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk // Suicide. – 1975. – Vol. 5. – P. 98-103.
53. Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients // Br. J. Cancer. – 2000. – Vol. 83. – P. 1261-1267.
54. Nordin K., Glimelius B. Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients // Acta Oncol. – 1997. – Vol. 36. – P. 803-810.
55. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 5-13.
56. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Пер. с англ. – К.: София, 2001. – 320 с.
57. Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis // Psychooncology. – 2015. – Vol. 24. – P. 601-607.
58. National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
59. Recklitis C., Diller L., Li X. et al. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study // J. Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28. – P. 655-661.
60. Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future // Cancer Nurs. – 2004. – Vol. 27. – P. 434-441.
61. Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival // J. Clin. Oncol. – 2002. – Vol. 20. – P. 2134-2141.
62. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample // Aust. NZ. J. Psychiatry. – 2015. – Vol.49. – P. 803-811.
63. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433-2445.
64. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain // Pain. – 2006. – № 126. – P. 272-279.
65. Hooley J.M., Franklin J.C., Nock M.K. Chronic pain and suicide: understanding the association // Curr. Pain Headache Rep. – 2014. – P. 435.
66. Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care // J. Palliat. Care. – 2001. – Vol. 17. – P. 12-21.
67. Rafanelli C., Guidi J., Gostoli S. et al. Subtyping demoralization in the medically ill by cluster analysis // Eur. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 27. – P. 7-17.
68. McPherson C.J., Wilson K.G., Murray M.A. Feeling like a burden to others: A systematic review focusing on the end of life // Soc. Sci. Med. – 2007. – Vol. 21. – P. 115-128.
69. Wilson K.G., Curran D., McPherson C.J. A burden to others: a common source of distress for the terminally ill // Cogn. Behav. Ther. – 2005. – Vol. 34. – P. 115-123.
- Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
- Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill // Psychosomatics. – 1998. – Vol. 39. – P. 366-370.
- Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk // Suicide. – 1975. – Vol. 5. – P. 98-103.
- Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients // Br. J. Cancer. – 2000. – Vol. 83. – P. 1261-1267.
- Nordin K., Glimelius B. Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients // Acta Oncol. – 1997. – Vol. 36. – P. 803-810.
- Gnezdilov A.V. Psihicheskie izmenenija u onkologicheskikh bol'nyh // Prakticheskaja onkologija. – 2001. – № 1 (5). – С. 5-13. (In Russ)
- Kjubler-Ross Je. O smerti i umiranii. Per. s angl. – K.: Sofija, 2001. – 320 s. (In Russ)
- Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis // Psychooncology. – 2015. – Vol. 24. – P. 601-607.
- National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
- Recklitis C., Diller L., Li X. et al. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study // J. Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28. – P. 655-661.
- Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future // Cancer Nurs. – 2004. – Vol. 27. – P. 434-441.
- Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival // J. Clin. Oncol. – 2002. – Vol. 20. – P. 2134-2141.
- Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample // Aust. NZ. J. Psychiatry. – 2015. – Vol.49. – P. 803-811.
- Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433-2445.
- Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain // Pain. – 2006. – № 126. – P. 272-279.
- Hooley J.M., Franklin J.C., Nock M.K. Chronic pain and suicide: understanding the association // Curr. Pain Headache Rep. – 2014. – P. 435.
- Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care // J. Palliat. Care. – 2001. – Vol. 17. – P. 12-21.
- Rafanelli C., Guidi J., Gostoli S. et al. Subtyping demoralization in the medically ill by cluster analysis // Eur. J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 27. – P. 7-17.
- McPherson C.J., Wilson K.G., Murray M.A. Feeling like a burden to others: A systematic review focusing on the end of life // Soc. Sci. Med. – 2007. – Vol. 21. – P. 115-128.
- Wilson K.G., Curran D., McPherson C.J. A burden to others: a common source of distress for the terminally ill // Cogn. Behav. Ther. – 2005. – Vol. 34. – P. 115-123.

70. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide // *Psychol. Rev.* – 2010. – Vol. 117. – P. 575-600.
71. Lee C.Y., Fang C.K., Yang Y.C. et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan // *Support care cancer.* – 2012. – Vol. 20. – P. 2259-2267.
72. Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides // *Suicide life threat Behav.* – 1971. – Vol. 1. – P. 184-201.
73. Musuuza J.S., Sherman M.E., Knudsen K.J. et al. Analyzing excess mortality from cancer among individuals with mental illness // *Cancer.* – 2013. – Vol. 119. – P. 2469-2476.
74. Yu G.P., Mehta V., Branovan D. et al. Non-cancer-related deaths from suicide, cardiovascular disease, and pneumonia in patients with oral cavity and oropharyngeal squamous carcinoma // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2012. – Vol. 138. – P. 25-32.
75. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer // *Front public health.* – 2015. Vol. 3. – Art. 28. – P. 1- 3.
76. Urban D., Rao A., Bressel M. et al. Suicide in lung cancer: who is at risk? // *Chest.* – 2013. – Vol. 14. – P. 1245-1252.
77. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4720-4724.
78. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients // *Psychooncology.* – 2006. – Vol. 15. – P. 355-360.
79. Амбрумова А.Г., Кряжев С.В. Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании / Актуальные вопросы социальной психиатрии. – М, 1979. – С. 149-157.
80. Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient // *Palliat. Support care.* – 2008. – Vol. 6. – P. 183-185.
81. McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer // *Health care women Int.* – 2006. – Vol. 27. – P. 45-58.
82. Ishibashi A. The needs of children and adolescents with cancer for information and social support // *Cancer Nurs.* – 2001. – Vol. 24. – P. 61-67.
83. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов // *Суицидология.* – 2011. – № 4 (5). – С. 18-25.
84. Akechi T., Nakano T., Akizuki N. et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients // *Jpn. J. Clin. Oncol.* – 2002. – Vol. 32. – P. 506-511.
85. Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients // *Tumori.* – 2002. – Vol. 88. – P. 193-199.
86. Valente S.M. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention // *Cancer Nurs.* – 2010. – Vol. 33. – P. 290-295.
87. Nelson J.E., Meier D.E., Oei E.J. et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care // *Crit. Care Med.* – 2001. – Vol. 29. – P. 277-282.
88. Derogatis L.R., Feldstein M., Morrow G. et al. A survey of psychotropic drug prescription in an oncology population // *Cancer.* – 1979. – Vol. 44. – P. 1919-1929.
- Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide // *Psychol. Rev.* – 2010. – Vol. 117. – P. 575-600.
- Lee C.Y., Fang C.K., Yang Y.C. et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan // *Support care cancer.* – 2012. – Vol. 20. – P. 2259-2267.
- Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides // *Suicide life threat Behav.* – 1971. – Vol. 1. – P. 184-201.
- Musuuza J.S., Sherman M.E., Knudsen K.J. et al. Analyzing excess mortality from cancer among individuals with mental illness // *Cancer.* – 2013. – Vol. 119. – P. 2469-2476.
- Yu G.P., Mehta V., Branovan D. et al. Non-cancer-related deaths from suicide, cardiovascular disease, and pneumonia in patients with oral cavity and oropharyngeal squamous carcinoma // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2012. – Vol. 138. – P. 25-32.
- Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer // *Front public health.* – 2015. Vol. 3. – Art. 28. – P. 1- 3.
- Urban D., Rao A., Bressel M. et al. Suicide in lung cancer: who is at risk? // *Chest.* – 2013. – Vol. 14. – P. 1245-1252.
- Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4720-4724.
- Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients // *Psychooncology.* – 2006. – Vol. 15. – P. 355-360.
- Ambrumova A.G., Krjazhev S.V. Analiz suicidal'nyh tendencij pri onkologicheskom zabolevanii / Aktual'nye voprosy social'noj psihiatrii. – M, 1979. – S. 149-157. (In Russ)
- Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient // *Palliat. Support care.* – 2008. – Vol. 6. – P. 183-185.
- McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer // *Health care women Int.* – 2006. – Vol. 27. – P. 45-58.
- Ishibashi A. The needs of children and adolescents with cancer for information and social support // *Cancer Nurs.* – 2001. – Vol. 24. – P. 61-67.
- Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists // *Suicidology.* – 2011. – № 4 (5). – S. 18-25. (In Russ)
- Akechi T., Nakano T., Akizuki N. et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients // *Jpn. J. Clin. Oncol.* – 2002. – Vol. 32. – P. 506-511.
- Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients // *Tumori.* – 2002. – Vol. 88. – P. 193-199.
- Valente S.M. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention // *Cancer Nurs.* – 2010. – Vol. 33. – P. 290-295.
- Nelson J.E., Meier D.E., Oei E.J. et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care // *Crit. Care Med.* – 2001. – Vol. 29. – P. 277-282.
- Derogatis L.R., Feldstein M., Morrow G. et al. A survey of psychotropic drug prescription in an oncology population // *Cancer.* – 1979. – Vol. 44. – P. 1919-1929.

89. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain--suffering association, a review // *Pain Med.* – 2015. – Vol. 16. – P. 1057-1072.
90. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance // *Aust. NZ. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 36. – P. 733-742.
91. Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities // *Prim. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 16. – P. 49-55.
92. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death // *J. Gen. Intern. Med.* – 2014. – Vol. 29. – P. 870-877.
93. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county // *Am. J. Ger. Psychiatry.* – 2014. – Vol. 22. – P. 1158-1167.
94. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
95. Shneidman E. *Definition of Suicide.* – NY: John Wiley & Sons, 1985.
96. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians // *Br. J. Cancer.* – 1995. – Vol. 71. – P. 1263-1269.
97. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // *Суицидология.* – 2012. – № 3. – С. 20-29.
98. Hudson P.L., Kristjanson L.J., Ashby M. et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review // *Palliative Med.* – 2006. – Vol. 20. – P. 693-701.
99. Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4725-4730.
100. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2014. – Vol. 32. – P. 383-395.
101. Bertolote J.M., Fleischmann A., De L.D. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35. – P. 1457-1465.
102. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // *Суицидология.* – 2014. – Том 5, № 4. – С. 16-31.
103. Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. *Deaths: Preliminary Data for 2008.* National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
104. Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer // *Psychooncology.* – 2013. – Vol. 22. – P. 2537-2545.
105. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer // *Psychooncology.* – 2010. – Vol. 19. – P. 384-389.
106. Madeira N., Albuquerque E., Santos T. et al. Death ideation in cancer patients: contributing factors // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2011. – Vol. 29. – P. 636-642.
107. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer // *Support care cancer.* – 2014. – №22. – P.3165-3174.
108. Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links // *Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36. – P. 575-586.
- Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain--suffering association, a review // *Pain Med.* – 2015. – Vol. 16. – P. 1057-1072.
- Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance // *Aust. NZ. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 36. – P. 733-742.
- Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities // *Prim. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 16. – P. 49-55.
- Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death // *J. Gen. Intern. Med.* – 2014. – Vol. 29. – P. 870-877.
- Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county // *Am. J. Ger. Psychiatry.* – 2014. – Vol. 22. – P. 1158-1167.
- Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
- Shneidman E. *Definition of Suicide.* – NY: John Wiley & Sons, 1985.
- Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians // *Br. J. Cancer.* – 1995. – Vol. 71. – P. 1263-1269.
- Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. // *Suicidology.* – 2012. – № 3. – P. 20-29. (In Russ)
- Hudson P.L., Kristjanson L.J., Ashby M. et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review // *Palliative Med.* – 2006. – Vol. 20. – P. 693-701.
- Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients // *J. Clin. Oncol.* – 2008. – Vol. 26. – P. 4725-4730.
- Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2014. – Vol. 32. – P. 383-395.
- Bertolote J.M., Fleischmann A., De L.D. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35. – P. 1457-1465.
- Rozanov V.A. Suicides in children and adolescents – what is happening and what may be the reason? // *Suicidology.* – 2014. – Vol 5, № 4. – P. 16-31. (In Russ)
- Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. *Deaths: Preliminary Data for 2008.* National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
- Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer // *Psychooncology.* – 2013. – Vol. 22. – P. 2537-2545.
- Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer // *Psychooncology.* – 2010. – Vol. 19. – P. 384-389.
- Madeira N., Albuquerque E., Santos T. et al. Death ideation in cancer patients: contributing factors // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2011. – Vol. 29. – P. 636-642.
- Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer // *Support care cancer.* – 2014. – № 22. – P. 3165-3174.
- Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links // *Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36. – P. 575-586.

109. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976 // J. Psychosoc. Onc. – 1985. – Vol. 3. – P. 17-30.
110. Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer // Psychooncology. – 2014. – Vol. 23. – P. 936-945.
111. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
112. Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up // BMJ. – 2008. – Vol. 337. – P. 1-6.
113. Любов Е.Б. и группа исследователей. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 2 (19). – С. 18-29.
114. Hudson P.L., Kristjanson L.J., Ashby M. et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review // Palliative Med. – 2006. – Vol. 20. – P. 693-701.
115. Emanuel E.J., Daniels E.R., Fairclough D.L., Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public // Lancet. – 1996. – Vol. 347, № 9018. – P.1805-1810.
116. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study // Soc. Sci. Med. – 2009. – Vol. 69. – P. 165-171.
117. van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients // J. Clin. Oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 1-6.
118. Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 75-81.
119. Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2<sup>nd</sup> ed. – Philadelphia, Pa: Lea & Febiger. – 1982. – P. 1175-1203.
120. Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy // Sem. Oncol. – 1994. – Vol. 21. – P. 787-791.
121. Spencer S.M., Carver C.S., Price A.A. Psychological and social factors in adaptation / Holland J.C., Breitbart W., Jacobsen P.B. et al., eds. Psycho-oncology. NY: Oxford University Press, 1998. – P. 211-222.
122. Abarshi E., Onwuteaka-Philipsen B., van der Wal G. Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: is there a relationship? // Health Policy. – 2008. – Vol. 89. – P. 168-173.
123. Роюк Р.В. Оптимизация методов диагностики и коррекции осложнений радикальной простатэктомии: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
124. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems // Zeitschrift Gerontol. Geriatr. – 2014. – Vol. 47. – P. 502-507.
125. Ganzini L., Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy // Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 1631-1636.
- Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976 // J. Psychosoc. Onc. – 1985. – Vol. 3. – P. 17-30.
- Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer // Psychooncology. – 2014. – Vol. 23. – P. 936-945.
- Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)
- Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. // BMJ. – 2008. – Vol. 337. – P. 1-6.
- Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 2 (19). – P. 18-29. (In Russ)
- Hudson P.L., Kristjanson L.J., Ashby M. et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review // Palliative Med. – 2006. – Vol. 20. – P. 693-701.
- Emanuel E.J., Daniels E.R., Fairclough D.L., Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public // Lancet. – 1996. – Vol. 347, № 9018. – P.1805-1810.
- Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study // Soc. Sci. Med. – 2009. – Vol. 69. – P. 165-171.
- van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients // J. Clin. Oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 1-6.
- Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 75-81.
- Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2<sup>nd</sup> ed. – Philadelphia, Pa: Lea & Febiger. – 1982. – P. 1175-1203.
- Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy // Sem. Oncol. – 1994. – Vol. 21. – P. 787-791.
- Spencer S.M., Carver C.S., Price A.A. Psychological and social factors in adaptation / Holland J.C., Breitbart W., Jacobsen P.B. et al., eds. Psycho-oncology. NY: Oxford University Press, 1998. – P. 211-222.
- Abarshi E., Onwuteaka-Philipsen B., van der Wal G. Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: is there a relationship? // Health Policy. – 2008. – Vol. 89. – P. 168-173.
- Rojuk R.V. Optimizacija metodov diagnostiki i korekcii oslozhenenij radikal'noj prostatjektomii: Avto-ref. diss.... kand. med. nauk. – М., 2007. – 24 s. (In Russ)
- Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems // Zeitschrift Gerontol. Geriatr. – 2014. – Vol. 47. – P. 502-507.
- Ganzini L., Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy // Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 1631-1636.

126. Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. // *Palliat. Med.* – 2003. – Vol. 17. – P. 604-607.
127. Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R. et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68. – P. 1050-1057.
128. Kim H.M., Smith E.G., Stano C.M. et al. Validation of key behaviorally based mental health diagnoses in administrative data: suicide attempt, alcohol abuse, illicit drug abuse and tobacco use // *BMC Health Serv. Res.* – 2012. Vol. 12, № 18.
129. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O. et al. Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample // *Can. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 50. – P. 643-651.
130. Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer statistics, 2005. CA // *Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol. 55. – P. 10-30.
- Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. // *Palliat. Med.* – 2003. – Vol. 17. – P. 604-607.
- Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R. et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68. – P. 1050-1057.
- Kim H.M., Smith E.G., Stano C.M. et al. Validation of key behaviorally based mental health diagnoses in administrative data: suicide attempt, alcohol abuse, illicit drug abuse and tobacco use // *BMC Health Serv. Res.* – 2012. Vol. 12, № 18.
- Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O. et al. Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample // *Can. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 50. – P. 643-651.
- Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer statistics, 2005. CA // *Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol. 55. – P. 10-30.

## SUICIDAL BEHAVIOR IN CANCER. PART I: EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS

*E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova*

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

This article provides an overview of psycho-oncology, including epidemiology of common comorbid psychiatric conditions (i.e., depression, anxiety, delirium) in cancer, and other psychosocial factors associated with a cancer diagnosis and treatment. *Cancer* patients and survivors have an excess *risk* for suicidal behavior (can be up to 2 to 10 times as frequent), relative to the general population, which varies with time since first diagnosis, disease severity, anatomical site, and side effects of treatment. Reports identify a higher incidence of suicide in patients with oral, pharyngeal, and lung cancers and in HIV-positive patients with Kaposi sarcoma. The actual incidence of suicide in cancer patients is probably underestimated. Risk factors for suicide in the cancer population are as follows: *General Risk Factors*. History of psychiatric disorders, especially those associated with impulsive behavior (e.g., borderline personality disorders). Family history of suicide. History of previous/prior suicide attempts. Depression. Substance abuse. Recent death of a friend or spouse. Few social supports. *Cancer-Specific Risk Factors*. Oral, pharyngeal, and lung cancers (often associated with heavy alcohol and tobacco use). Advanced stage of disease and poor prognosis, confusion/delirium. Inadequately controlled pain. Presence of deficit symptoms (e.g., loss of mobility, loss of bowel and bladder control, amputation, sensory loss, paraplegia, inability to eat and to swallow, exhaustion, fatigue).

*Keywords:* psychooncology, suicidal behavior, epidemiology, risk factors.

УДК: 616.89-008.44

## ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ (обзор литературы)

*Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова*

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия  
 Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Банников Геннадий Сергеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: руководитель научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-1813. Старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» им. В.П. Сербского Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: bannikovgs@mgppu.ru

Кошкин Кирилл Александрович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-1813, e-mail: koshkinka@mgppu.ru

Павлова Татьяна Сергеевна – кандидат психологических наук. Место работы и должность: научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-1813, e-mail: pavlovats@mgppu.ru

Летова Анна Владимировна – лаборант-исследователь научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-1813, e-mail: letovaav@mgppu.ru

В статье проанализированы актуальные теоретические и эмпирические исследования факторов риска суицидального поведения у подростков и молодёжи. Выделены две группы факторов риска, способствующих развитию суицидального поведения: актуальное психическое состояние (безнадёжность, одиночество, внутренняя напряжённость) и предрасположенности характеристики (личностные акцентуации, психологические характеристики семейного функционирования). Проведённый анализ может стать теоретическим обоснованием для формирования диагностического пакета выявления подростков группы высокого суицидального риска на этапе первичной профилактики суицидального поведения в образовательных организациях.

*Ключевые слова:* факторы риска, суицидальное поведение, суицидальные маркеры, предикторы суицида, суицидальное поведение подростков, профилактика суицидального поведения в образовательной организации.

Согласно А.Г. Амбрумовой, суицидальное поведение рассматривается как «разновидность общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему континууму индивидуальных вариаций – от безусловной психической нормы до выраженной патологии», и на долю психически нездоровых людей приходится только 1/3 суицидентов [1]. Суицидальное поведение подростков – это в основном проблема «пограничной» психиатрии, то есть области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии – 20–30%, а все остальное – на так называемые подростковые кризисы [2]. По другим данным, психические расстройства у подростков в пресуицидальный период наблюдаются лишь в 40-50% [3, 4].

В своих предыдущих научно-практических исследованиях, направленных на выявление и оказание кризисной помощи подросткам с суицидальными тенденциями, мы столкнулись с тем, что примерно у 20% наблюдались устойчивые психические нарушения аффективного спектра и черты акцентуации личности: пограничные и нарциссические [5]. В 30-40% наблюдений акцентуации у подростков в стадии компенсации сочетались с дисгармоничностью в семейных отношениях. У 45% – ситуационные тревожно-депрессивные реакции, которые были синдромально неразвернуты [6, 7].

Согласно данным зарубежной литературы, посвященной развитию суицидального поведения среди подростков и молодёжи, выделяют две группы факторов риска: потенциальные («создающие почву») и актуальные (клинические). К наиболее часто встречающимся потенциальным факторам, «создающим почву» суицидального поведения, относятся дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности. К актуальным факторам, влияющим на развитие суицидального поведения и входящим в его структуру, относится депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадёжности, одиночества, гнева. Обе группы факторов тесно связаны, но при разных условиях они несут различную нагрузку, приобретают разную важность. Ясное и дифференцированное понимание особенностей этих факторов, ситуационное и динамическое изменение их значимости в развитии суицидальных состояний дают возможность оказывать целенаправленную, контекст - зависимую помощь высокой эффективности. В предлагаемой работе мы подробно рассмотрим эти две группы факторов риска и связь между ними.

#### 1. Потенциальные факторы риска.

##### 1.1. Роль семьи в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодёжи.

Говоря о роли семьи в суицидальном поведении, требуется рассмотреть несколько аспектов, содержащихся в понятии «семья». Рас-

смотрим генетический аспект аутодеструктивного поведения. Исследования монозиготных и дизиготных близнецов показали достоверное преобладание склонности к аутодеструктивному поведению у однояйцевых близнецов, чем двуяйцевых [8]. Вместе с тем, исследований монозиготных близнецов, воспитывающихся раздельно, не проводилось. Такая организация исследования не позволяет разделить наследственный фактор от психосоциального.

В пользу значимости генетического фактора говорит и исследование усыновленных детей, которое показало, что совершившие суицид обычно имели биологических родственников, которые покончили с собой [9].

Однако в данных исследованиях отсутствуют данные о психическом состоянии, а также о наличии или отсутствии психических заболеваний. В этом случае легко предположить наличие наследуемой психической патологии, приводящей к суициду, а не собственно наследуемую склонность к самоубийству [10]. Следует также добавить, что говорить о наследуемой склонности к аутодеструкции в некоторых случаях можно, однако это не будет означать, что она однозначно детерминирует суицидальную реализацию. Суицид биологически потенциален, но не детерминирован биологически.

Говоря о социо-культурном влиянии среды, заслуживает внимания концепция Э. Дюркгейма, в которой он выделяет социальные потребности человека, к которым относит потребность в идеалах, ценностях, в объектах поклонения [11]. Таким образом, локальный (на уровне ближайшего окружения, семьи) или глобальный (на уровне общества) ценностно-нормативный кризис (аномия) усиливает как деструктивные, так и аутодеструктивные тенденции. Когда социальная сеть, прежде всего ближайшего окружения, хорошо интегрирована, сплочена, тогда подросток, да и любой человек чувствует себя свободным от переживания изоляции и одиночества. Микросоциум с такой культурой проявляет связанность членов через разделяемые ценности, что препятствует суицидальным проявлениям. И наоборот, микросоциум с низкой сплоченностью, со спутанной системой ценностей и правил, не разделяемой всеми членами, является источником деструктивного и аутодеструктивного поведения. С другой стороны, Э. Дюркгейм указывает, что слишком жесткая интеграция индивида в соци-

альные отношения, подавляющая его индивидуальность, способствует обесцениванию человеком его жизни, а значит и снижением порога принятия суицидального решения. Таким образом, человек нуждается в том, чтобы быть социально включенным в среду с ясными ценностно-нормативными ориентирами. Если нормы слишком жесткие, подавляющие, или слишком запутанные, неясные, то необходимой общности с другими не возникает.

Как известно, ведущую роль в социализации индивида играет семья, семейные условия, включая социальный, материальный, культурный и профессиональный статусы. Размытие семейных ценностей, низкая сплоченность, неясность гендерных статусов, неадаптивные коммуникации усиливают дисфункциональный потенциал семьи и способствуют увеличению деструктивности, направленной как вовне, так и обращенной подростком на самого себя. Гармоничная, высокофункциональная структура семьи является мощнейшей системой адаптации и социализации. Исследования показали, что потеря одного из родителей ребенком в возрасте 6-14 лет является серьезным фактором риска суицидального поведения [12]. К факторам риска суицидального поведения подростков относят также суициды среди родственников, асоциальное или реактивное поведение родителей, гиперопеку, препятствующую формированию достаточной автономии и индивидуальной ценностной структуры. Также к группе риска относят семьи с алкогольной или наркотической зависимостью [13, 14]. По мнению D.A. Brent и N. Melhem, агрессия является важным предиктором суицидального поведения [15]. Кроме того, T. Bronisch с соавторами [16], утверждают, что импульсивность и агрессия в родительском поведении оказывает сильное влияние на развитие суицидальных мыслей у ребенка. J. Renaud и др. экспериментально доказали связь между высоким уровнем агрессии в семье и завершенными суицидами в детском и подростковом возрасте [17]. Указанные данные свидетельствуют о том, что дисфункциональность семьи является фактором, способствующим аутодеструктивному поведению. Вместе с тем связь аутодеструктивного поведения и дисфункциональности семьи неоднозначна, что подтверждается феноменом «жизнестойких детей», выросших в чрезвычайно неблагоприятных обстоятельствах, но не проявляющих склонности к аутоагрессии [18].

Наблюдение за «жизнестойкими детьми» позволило обнаружить пять характерных для них качеств: высокая адаптивность и социальная компетенция, уверенность в себе, независимость, стремление к достижениям, ограниченность контактов [19, 20].

В установлении значимых параметров семейной системы и создании диагностической модели принимали участие такие исследователи как М. Bowen [21], W.B. Beavers, R.B. Hampson [22], D. Olson [23]. Циркумplexная модель семейных систем Д. Олсона позволяет не только выявить дисфункциональность семейной системы, но и установить механизм ее формирования. Эти данные, в свою очередь, способствуют высокодифференцированному подходу не только в диагностике, но и в планировании и оказании помощи и реабилитации в ситуации суицидального поведения.

1.2 Роль особенностей личности в формировании суицидальных тенденций у подростков и молодежи.

В качестве личностной predisposition развития суицидального поведения наиболее часто выделяется нейротизм или негативная аффективность [24]. В исследовании M.W. Enns и коллег было показано, что высокий уровень нейротизма служил предиктором повторной госпитализации в течение года после выписки [25]. В масштабном лонгитюдном исследовании больных с расстройствами личности (n=701) S. Yen показал, что негативная аффективность выступает наиболее надёжным предиктором суицидальных попыток в течение 7 лет наблюдения, подобные результаты были также получены в ряде других исследований [26, 27]. Согласно обзору литературы J.A. Bridge и соавт. [3] нейротизм, определяемый как личностная склонность переживать более широкий спектр негативных эмоций более долгое время в ответ на стресс, является значимым фактором, связанным с попытками суицида и суицидальными намерениями. Группы с суицидальным поведением имеют значительно более высокие показатели по нейротизму, нежели контрольные группы, уровень нейротизма тесно связан с наличием суицидальных попыток и завершённых суицидов в семье. В лонгитюдных исследованиях нейротизм показывает себя как мощный предиктор суицидальных попыток даже при исключении других факторов риска.

J. Baechler и R.F. Baumeister продемонстрировали связь социально приписываемого перфекционизма и суицидального поведения и разработали модель «суицид как бегство» (the Escape theory of suicide) [28, 29], из которой следует, что именно социально приписываемый перфекционизм, а не перфекционистские требования к себе и другим связан с суицидальным поведением [30]. У подростков, совершивших попытку самоубийства, социально приписываемый перфекционизм не показал связи с безнадёжностью (в отличие от я-адресованного перфекционизма) и склонностью критиковать себя [31]. Данная теория получила развитие в трудах других авторов, её логическим продолжением является теория социальной изоляции, вызванной перфекционизмом (the Perfectionism social disconnection model, the PSDM) P.L. Hewitt [32]. Было эмпирически доказано, что перфекционистские стандарты самопрезентации (потребность казаться другим идеальным) и социально приписываемый перфекционизм у детей и подростков тесно связаны буллингом со стороны сверстников и социальной безнадёжностью («у меня нет надежды на удовлетворительные отношения в будущем») и, как результат, с суицидальным поведением на высоком уровне значимости [33].

Однако наиболее сильным потенциальным личностным предиктором суицидального поведения среди подростков является наличие расстройств личности в стадии их компенсации [3]. Отдельного рассмотрения заслуживает роль *пограничных и нарциссических* черт личности в формировании суицидального поведения.

Стоит изначально отметить, что самоповреждающее поведение входит в список диагностических критериев пограничного расстройства личности (DSM-IV) [34]. Пограничное личностное расстройство, по данным A.R. Sansone, сопровождается повышенным риском совершения суицида, занимая четвёртое место, как фактор риска после депрессии, шизофрении и алкоголизма, которые часто развиваются в рамках расстройства личности [35]. В 30% случаев, среди лиц с суицидальным поведением, в возрасте 15-29 лет, было диагностировано пограничное расстройство личности. А у 70% личностей, имеющих пограничное расстройство, в анамнезе присутствовали суицидальные попытки или случаи самоповреждающего по-



ведения, по сравнению с 17,5% лиц с другими формами личностных расстройств. Около 10% больных пограничным расстройством личности оканчивают жизнь самоубийством [36].

Р.Н. Soloff и соавт. [37, 38] приводят факторы, усиливающие риск суицида при пограничном личностном расстройстве: суицидальные попытки, госпитализации, длительная депрессия в анамнезе, чувство безнадежности, импульсивность и агрессивность в характере, коморбидные антисоциальные характеристики, злоупотребление алкоголем и наркотиками, безработица и частые смены работы, высшее образование, молодой возраст, насилие в детстве (особенно сексуальное) и ранняя потеря близких людей [4, 38].

По мнению Е.Ф. Ronningstam и J.T. Maltzberger коморбидность с депрессией повышает риск суицида у лиц с пограничной структурой личности [39]. Если в структуре личности преобладают нарциссические черты, то суицидальный риск возникает, как при депрессии, так и в случае актуализации нарциссической травмы и нестабильной самооценки. Под хроническим риском у пациентов с пограничным расстройством личности понимается сам факт наличия расстройства, предшествующих попыток и актов самоповреждения. Острым риском называют периоды высокого уровня безнадежности и выраженности депрессивных симптомов.

Механизм развития суицидального поведения у лиц с пограничным расстройством личности: с точки зрения О. Кернберга, суицидальное поведение развивается на фоне приступов ярости, как в чистом виде, так и на фоне депрессии [40]. В процессе исследования автор заметил, что подростки реагируют саморазрушающим и суицидальным поведением для восстановления контроля над средой, тем самым вызывая чувство вины у родителей и окружения. Более выраженный, хронический и тяжелый тип суицидального поведения является проявлением нарциссического радикала в пограничной структуре личности. Пограничным, нарциссическим личностям в основном свойственна холодность и отчужденность, а ярость и гнев возникают, как раз тогда, когда они чувствуют угрозу собственной грандиозности, чувствуют страх перед унижением и крахом. Риск суицидального поведения такой личности возрастает с наличием антисоциальных поступков. Автор отмечает, что личности с об-

щей импульсивностью, хронической тенденцией наносить себе вред, тягой к употреблению алкоголя и наркотиков, глубокой эмоциональной отрешенностью, эмоциональной закрытостью чаще других готовы действовать на основе суицидальных тенденций в любой момент.

Механизм развития суицидального поведения у лиц с нарциссическим расстройством личности: здесь суицидальное поведение может иметь несколько целей, во-первых, повысить самооценку с помощью ощущения всемогущества, как попытка защитить себя от надвигающейся угрозы «Я», – «лучше смерть, чем позор». Во-вторых, как следствие иллюзии неуничтожимости и, в-третьих, как попытка отразить атаку несовершенного «Я». Суицидальное поведение у нарциссической личности развивается тогда, когда неожиданно происходит утрата своей исключительности, вследствие чего над ним нависает угроза своей идентичности и чувства собственной важности. Этот механизм делает их очень уязвимыми и ранимыми в межличностных отношениях. Основными механизмами защиты у нарциссической личности являются идеализация и обесценивание. Но обесценивание другого в конечной стадии приводит к обесцениванию себя, «возникновения ненависти или отвращения к себе, ... навязчивым идеям своей неполноценности, центральными аффектами которых выступает ярость и зависть» [41]. Если не удастся защититься от разочарования к себе, то, по мнению Н. Henseler, развивается «нарциссическая катастрофа» с регрессией к фантазиям о покое, тепле, защищенности [41]. Таким образом, совершая суицид, нарциссическая личность, отказываясь от жизни, получает взамен чувство безопасности, защищенности, блаженства.

В механизмах развития суицидального поведения одно из ведущих мест занимает агрессия. Перспективным направлением, как считают К.Р. Conner и соавт. может быть изучение роли реактивной агрессии в суициде женщин, что даст возможность сформулировать превентивные меры и спасти жизни [42]. «Импульсивная агрессия, как личностная черта – фактор, предсказывающий суицидальное поведение, хотя сила этого фактора уменьшается, когда учитываются следующие переменные: безнадежность, нейротизм, внешний локус контроля, самооценка, экстраверсия» отмечает в своем исследовании J.A. Bridge и соавт. [3]. Shelley B. Navis так же утверждает, что агрес-

сия, гнев и суицид тесно связаны [43]. S. Daniel и соавт. обнаружили, что высокий уровень гнева (как личностной черты) и внешнее выражение гнева связаны с риском совершения суицида в выборке мальчиков [44].

## 2. Актуальные факторы риска.

Актуальные факторы риска представляют собой действующие в данный момент времени проявления социально-психологической дезадаптации, в структуре которой ведущее место занимают суицидальные тенденции в диапазоне от антивитаальных переживаний и отдельных аутоагрессивных актов до условных попыток самоубийства, серьезных попыток и завершённого суицида [45].

### 2.1. Роль депрессии в формировании суицидального поведения.

Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, колеблется от 8 до 30% [3].

Депрессивное состояние у детей рассматривается как один из ведущих факторов риска развития суицидального поведения. Являясь сложным клиническим синдромом, его часто трудно распознать и дифференцировать, особенно у подростков. Депрессия затрагивает все сферы человеческого существования – эмоционально-волевую, когнитивную, витальную, поведенческую, однако некоторые исследователи ставят под сомнение наличие прямой связи между депрессией и суицидом. Э. Фурман пишет, что «достаточно распространённым является мнение, что депрессия и самоубийство состоят в прямо пропорциональной зависимости, то есть, чем более выражена у пациента депрессия, тем выше вероятность совершения самоубийства» [46]. «Они могут думать о смерти и желать ее», – отмечает Э. Фурман. Автор выражает мнение, что «суицидальный потенциал непосредственно связан не с депрессивной реакцией, а с другими личностными факторами, которые порой сочетаются с депрессией». [46]

По мнению S.E. Hetrick, A.G. Parker и др., риск суицидального поведения подростка, находящегося в депрессии, существенно возрастает, если в ее структуре присутствует переживание безнадежности, а семья имеет все признаки дисфункциональности [47].

О риске развития суицидального поведения депрессивных подростков с переживаниями безнадежности пишет и R.P. Varbe и соавт. [48]. Подростки с депрессией и суицидальным поведением характеризуются большей безна-

дежностью, заниженной самооценкой и агрессивным поведением [49].

### 2.2 Роль безнадежности в формировании суицидального поведения.

Понятие безнадежности в психологическую литературу ввел А. Бек в контексте его исследований депрессии и суицидального поведения. Он определяет безнадежность, как пессимистичный взгляд на будущее, при котором человеку кажется, что в его жизни уже ничего не изменится к лучшему [50]. За прошедшие десятилетия с начала исследований, связь безнадежности и суицидального поведения продолжает интенсивно изучаться разными учёными [51]. Подростки, совершившие попытку самоубийства, демонстрируют связь безнадежности с рядом дисфункциональных личностных характеристик (шкалы заторможенность и сенситивность по опроснику Миллона), сниженной способностью регулировать свой аффект (шкала диагностического интервью для расстройств пограничного спектра) и негативной оценкой себя практически по всем параметрам личности [52]. Безнадежность выступает как значимый фактор суицидального поведения у подростков и молодёжи разных стран: в исследовании, проведённом в Индии, безнадежность коррелировала с суицидальными намерениями в выборке девочек [53]. У бельгийских подростков степень безнадежности у испытуемых, совершивших попытку самоубийства, оказалась значительно выше, чем в контрольной группе [54]. У молодых людей (18-25 лет) из Новой Зеландии безнадежность связана с совершением истинной, а не демонстративной попытки суицида [26]. Показатели безнадежности у подростков с симптомами депрессии выше, чем у подростков, совершивших попытку суицида, и самые низкие у контрольной группы, согласно исследованию, проведённому в Голландии [55].

По данным американских коллег, безнадежность значительно выше у подростков, совершивших неоднократные попытки самоубийства, чем у испытуемых, совершивших одну попытку [56]. Согласно данным обширного лонгитюдного исследования, проведённого в Новой Зеландии (n=732), безнадежность может являться следствием дисфункциональных эмоциональных коммуникаций с родителями и низкого социально-экономического положения семьи (для девочек более существенно первое, для мальчиков второе) и в

свою очередь вызывает мысли о самоповреждении и суицидальные намерения [57].

2.3 Роль одиночества в формировании суицидального поведения.

Переживание одиночества вместе с безнадежностью в структуре депрессивных переживаний также является важным прогностическим критерием риска развития суицидальных тенденций среди несовершеннолетних. Безнадёжность и одиночество связаны с суицидальными попытками. У подростков, совершивших попытку самоубийства, *показатели одиночества и безнадежности выше*, чем у не совершивших таких попыток [2].

В будущих пролонгированных исследованиях, по мнению M. Lasgaard и соавт., важно проводить разграничение между переживаниями одиночества и депрессивными симптомами для большей прогностической ценности [58].

Результаты Randy M. Page свидетельствуют о необходимости проведения дополнительных исследований связей между молодежными попытками самоубийства, безнадежности и одиночества у подростков [35]. По мнению авторов, в будущих исследованиях, одиночество должно быть включено в качестве потенциальной детерминанты суицидального поведения у подростков.

2.4 Роль агрессии в формировании суицидального поведения.

Многочисленные исследования подтверждают связь уровня враждебности и агрессии и выраженностью суицидального поведения. R.W. Maris в своем эмпирическом исследовании демонстрирует положительную корреляцию между суицидом и агрессией у подростков [59]. В работе R. Ristić-Dimitrijević и соавт. были обнаружены связи между вербальной и физической агрессией, а также вербальной агрессией и попытками суицида [60].

D. Shaffer с соавт. провел исследование всех случаев завершеного суицида (n=30), зафиксированных в Англии и Уэльсе в промежутке от 1962 до 1968 гг. 9 случаев из 30 – девушки, 21 случай – юноши. D. Shaffer выделил два различных кластера (на основе анализа историй, рассказанных об этих подростках в школе и пр.). Один кластер составили подростки, которые считались агрессивными и имели проблемы в школе. Другой кластер – подростки, которые были отвержены, пребывали в депрессии. 64% испытуемых демонстрировали антисоциальное поведение. Результаты: 66%

испытуемых мужского пола и 57% испытуемых женского пола имели поведенческие расстройства. Самый частый симптом этого расстройства – агрессивность – у 60% испытуемых мужского пола и у 53% – женского [61].

Shelley B. Navis так же утверждает, что агрессия, гнев и суицид – связаны [43]. S. Daniel и соавт. [44] обнаружили, что высокий уровень гнева (как черты) и внешнее выражение гнева связаны с риском совершения суицида в мужской выборке. Для женской выборки – риск совершения суицида повышается со снижением показателей гнева как черты и внешним выражением гнева только в случае, если у испытуемых была депрессия. Так или иначе – гнев негативно влияет на мужчин и женщин.

Большинство вышеописанных факторов риска суицидального поведения были объединены в модели J.A. Bridge и соавт. [3]. На основе анализа значительного массива работ, посвященных подростковому суициду, авторы предлагают модель подросткового суицидального поведения, согласно которой это поведение является результатом взаимодействия ряда факторов: социокультурных, психиатрических, психологических, возрастных, а также факторов семейного окружения. Одна часть модели касается факторов, которые возникли до пубертатного периода. Одна группа факторов влияет на развитие депрессивной симптоматики, другая – на возникновение импульсивной агрессии.

Наличие у родителей выраженной склонности к импульсивной агрессии и попыток суицида оказывают влияние, с одной стороны, на импульсивные черты (подростка) + (нарушения серотонинергической передачи) – этот блок переменных связан с импульсивной агрессией подростка. С другой стороны, родительская импульсивная агрессия и суицидальные попытки провоцируют насилие и конфликты в семье, что, в свою очередь, связано с депрессией у подростка. Родительская импульсивная агрессия и попытки суицида связаны с переменной заболевания родителей (расстройства настроения и пр.).

Эта переменная – заболевания родителей (расстройства настроения и пр.) – влияет, с одной стороны, на депрессию подростка (непосредственно), с другой – на нейротизм, безнадежность и тревожность подростка, что, в свою очередь, оказывает влияние на выраженность депрессии.

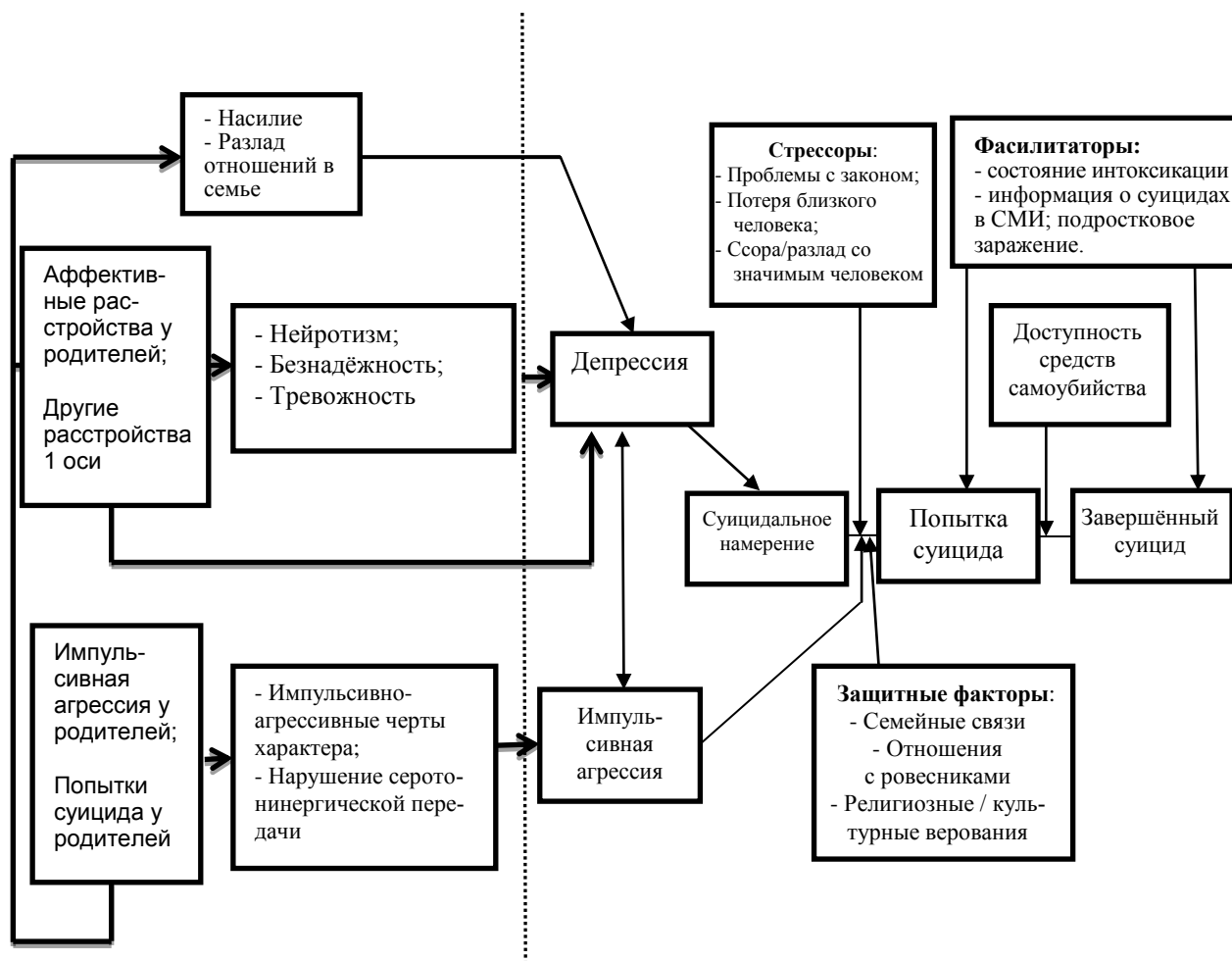


Рис. 1. Модель развития суицидального поведения у подростков J.A. Bridge, T.R. Goldstein и D.A. Brent.

Депрессия и импульсивная агрессия, согласно модели, переменные пубертатного периода, двусторонне связанные друг с другом. Как импульсивная агрессия может вести к депрессии, так и развитие депрессии может вести к проблемам с регуляцией в эмоциональной сфере, что проявляется как импульсивная агрессия. Их связь с попыткой и совершением суицида такова: наличие депрессии вызывает суицидальную идеацию, которая, в свою очередь, связана с попыткой суицида и его совершением.

Наличие импульсивной агрессии способствует переходу от суицидальной идеации к попытке суицида, наряду с некоторыми стрессорами (будь то потеря, конфликты на межличностном уровне, проблемы правового характера). Также обозначено влияние факторов-

протекторов, снижающих вероятность перехода от суицидальной идеации к попытке, – это семейные и школьные связи, наличие религиозных убеждений.

**Выводы:**

1. Выделены две группы факторов риска развития суицидального поведения у подростков: актуальные (безнадёжность, одиночество, внутренняя напряженность) и потенциальные (личностные акцентуации, психологические характеристики семейного функционирования)

2. При проведении скрининга, направленного на выявление суицидальных тенденций, необходима сочетанная диагностика как актуального психического состояния, так и предиспозиционных факторов, способствующих развитию суицидального поведения.

**Литература:**

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения / Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.

**Транслитерация:**

Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya / Metodicheskie rekomendacii. – М., 1980. – 48 s. (In Russ)

2. Page R., Yanagishita J. et. al. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents // *School psychology international*. – 2006. – Vol. 27, № 5. – P. 583-598.
3. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2006. – № 47:3/4. – P. 372-394.
4. Soole R., Kølves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland child death register // *J. Affect. Disord.* – 2014. – № 74. – P. 149-158.
5. Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // *Медицинская психология в России*. – 2013. – 2 (19). [Электронный ресурс] [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php)
6. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты). *Электронный журнал «Психологическая наука и образование»* [Электронный ресурс] [http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov\\_Pavlova.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml)
7. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Безнадёжность, одиночество и склонность к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков как факторы риска развития социально-психологической дезадаптации / *Психологическая помощь детям и подросткам в кризисных состояниях. Тезисы Республиканской научно-практической конференции с международным участием 5-6 июня 2014 года г. Минск.* – Минск, 2014. – С.16-19.
8. Roy A. Genetics, Biology and Suicide in the Family / *Assessment and prediction of suicide* / Maris R.Wet, eds. – New York, 1992. – P. 574-588.
9. Schulsinger F. et. al. A Family Study of Suicide / *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*. Schou M., Stromgren E., eds. – London, 1979. – P. 227-287.
10. Wilson J.Q., Herrnstein R.J. *Crime and human nature*. – New York, 1985. – P. 93.
11. Дюркгейм Э. Самоубийство / *Тексты по истории социологии XIX-XX вв. Хрестоматия*. Сост. и отв. ред. В.И. Добренков, Л.П. Беленкова. – М., 1994. – С. 312-327.
12. Lester D. Experience of Personal Loss and Later Suicide // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 1989. – № 79. – P. 450-452.
13. Jons H. *Alcohol addiction: a psycho-social approach to abnormal drinking*. – London, 1963. – P. 189-190.
14. Seldin N.E. The family of the addict // *International journal of the addiction*. – 1972. – Vol. 7, № 1. – P. 97
15. Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // *Psychiatric clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31, № 2. – P. 157-177.
16. Bronisch T., Höfler M., Lieb R. Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study // *J. Affect. Disord.* – 2008. – May. – Vol. 108, № 1-2. – P. 135-45.
17. Renaud J., Berlim M.T., McGirr A., Tousignant M., Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study // *J. Affect. Disord.* – 2008. – № 105. – P. 221-228.
- Page R., Yanagishita J. et. al. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents // *School psychology international*. – 2006. – Vol. 27, № 5. – P. 583-598.
- Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2006. – № 47:3/4. – P. 372-394.
- Soole R., Kølves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland child death register // *J. Affect. Disord.* – 2014. – № 74. – P. 149-158.
- Bannikov G.S. Koshkin K.A. Krizisnye sostojanija u podrostkov (presuicidal'nye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psihoterapevticheskoj pomoshhi) // *Medicinskaja psihologija v Rossii*. – 2013. – 2 (19). [Elektronnyj resurs] [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_2\\_19/nomer/nomer18.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php) (In Russ)
- Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vihristjuk O.V. Skringovaja diagnostika antivital'nyh perezhivanij i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniju u podrostkov (predvaritel'nye rezul'taty). *Jelektronnyj zhurnal «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie»* [Jelektronnyj resurs] [http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov\\_Pavlova.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml) (In Russ)
- Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vihristjuk O.V. Beznadjozhnost', odinochestvo i sklonnost' k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniju u podrostkov kak faktory riska razvitiya social'no-psihologicheskoj dezadaptacii / *Psihologicheskaja pomoshh' detjam i podrostkam v krizisnyh sostojanijah. Tezisy Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem 5-6 ijunja 2014 goda g. Minsk.* – Minsk, 2014. – С.16-19. (In Russ)
- Roy A. Genetics, Biology and Suicide in the Family / *Assessment and prediction of suicide* / Maris R.Wet, eds. – New York, 1992. – P. 574-588.
- Schulsinger F. et. al. A Family Study of Suicide / *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*. Schou M., Stromgren E., eds. – London, 1979. – P. 227-287.
- Wilson J.Q., Herrnstein R.J. *Crime and human nature*. – New York, 1985. – P. 93.
- Djurkgejm Je. Samoubijstvo / *Teksty po istorii sociologii XIX-XX vv. Hrestomatija*. Sost. i отв. red. V.I. Dobren'kov, L.P. Belenkova. – М., 1994. – S. 312-327. (In Russ)
- Lester D. Experience of Personal Loss and Later Suicide // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 1989. – № 79. – P. 450-452.
- Jons H. *Alcohol addiction: a psycho-social approach to abnormal drinking*. – London, 1963. – P. 189-190.
- Seldin N.E. The family of the addict // *International journal of the addiction*. – 1972. – Vol. 7, № 1. – P. 97
- Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // *Psychiatric clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31, № 2. – P. 157-177.
- Bronisch T., Höfler M., Lieb R. Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study // *J. Affect. Disord.* – 2008. – May. – Vol. 108, № 1-2. – P. 135-45.
- Renaud J., Berlim M.T., McGirr A., Tousignant M., Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study // *J. Affect. Disord.* – 2008. – № 105. – P. 221-228.

18. Davey M., Eaker D.G., Walters L.H. Resilience processes in adolescents: personality profiles, self-worth, and coping // *Journal of adolescent research*. – 2003. – Vol. 18 – № 4.
19. Pines M. Resilient children: the search for protective factors // *American Educator*. – 1984. – № 8 (3). – P. 34-37.
20. Rutter M. Family and school influences on cognitive development // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 1985. – № 26. – P. 683-704.
21. Bowen M., Family therapy in clinical practice. – NY: Jason Aronson, 1978.
22. Beavers W.B., Hampson R.B. Successful families: Assessment and intervention. – New York: W.W. Norton, 1990.
23. Olson D.H. Circumplex model of marital and family systems / In F. Wals (Ed.), *Normal Family Processes*. (2<sup>nd</sup> Ed.). – New York: Guilford Press, 1993.
24. Eyzencck H.J. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality // *Journal of personality*. – 1990. – № 58 (1). – P. 245-261.
25. Enns M.W., Cox B.J., Inayatula M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation // *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. – 2003. – Vol. 42. – Issue 6. – 720 p.
26. Beautrais, A. L., Joyce, P. R. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people // *Suicide & life-threatening behavior*. – 1999. – Vol. 29, № 1. – P. 37-47.
27. Yen S., Sanisow C.A., Skodol A.E., Grilo C.M., Edelen M.O., Stout R.L., Morey L.C., Zaranini M.C., Markowitz J.C., McGlashan, Daversa M.T., Gunderson J.G. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2009. – Vol. 120. – P. 222-229.
28. Baechler J. A strategic theory // *Suicide and life-threatening behavior*. – 1980. – № 10. – P. 70-99.
29. Baumeister R.F. Suicide as an escape from self // *Psychological review*. – 1990. – № 99. – P. 90-113.
30. Dean P.J., Range L.M. The escape theory of suicide and perfectionism in college students // *Death studies*. – 1996. – № 20. – P. 415-424.
31. Donaldson D., Spirito A., Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness in adolescent suicide attempters // *Child psychiatry and human development*. – 2000. – Vol. 31, № 2. – P. 99-111.
32. Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Caelian C. Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior / In T.E. Ellis (Ed.) *Cognition and suicide: theory, research and therapy*. – Washington, DC: APA, 2006. – P. 215-235.
33. Roxborough H.M, Hewitt P.L., Kaldas J., Flett G.L., Caelian C.M., Shaerry S., Sherry D.L. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: a test of the perfectionism social disconnection model // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2012. – № 42 (2). – P. 217-233.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual (4<sup>th</sup> edition) DSM-IV* / Washington, DC. – 1994.
35. Randy A. Sansone *Chronic Suicidality and Borderline Personality* // *Journal of personality disorders*. – 2004. – Vol. 18. – P. 215-225.
36. Gunderson J.G., Ridolfi M.E. *Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation* // *Annals of the New-York Academy of sciences*. – 2001. – № 32. – P. 61-77.

Davey M., Eaker D.G., Walters L.H. Resilience processes in adolescents: personality profiles, self-worth, and coping // *Journal of adolescent research*. – 2003. – Vol. 18 – № 4.

Pines M. Resilient children: the search for protective factors // *American Educator*. – 1984. – № 8 (3). – P. 34-37.

Rutter M. Family and school influences on cognitive development // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 1985. – № 26. – P. 683-704.

Bowen M., *Family therapy in clinical practice*. – NY: Jason Aronson, 1978.

Beavers W.B., Hampson R.B. *Successful families: Assessment and intervention*. – New York: W.W. Norton, 1990.

Olson D.H. Circumplex model of marital and family systems / In F. Wals (Ed.), *Normal Family Processes*. (2<sup>nd</sup> Ed.). – New York: Guilford Press, 1993.

Eyzencck H.J. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality // *Journal of personality*. – 1990. – № 58 (1). – P. 245-261.

Enns M.W., Cox B.J., Inayatula M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation // *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. – 2003. – Vol. 42. – Issue 6. – 720 p.

Beautrais, A. L., Joyce, P. R. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people // *Suicide & life-threatening behavior*. – 1999. – Vol. 29, № 1. – P. 37-47.

Yen S., Sanisow C.A., Skodol A.E., Grilo C.M., Edelen M.O., Stout R.L., Morey L.C., Zaranini M.C., Markowitz J.C., McGlashan, Daversa M.T., Gunderson J.G. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2009. – Vol. 120. – P. 222-229.

Baechler J. A strategic theory // *Suicide and life-threatening behavior*. – 1980. – № 10. – P. 70-99.

Baumeister R.F. Suicide as an escape from self // *Psychological review*. – 1990. – № 99. – P. 90-113.

Dean P.J., Range L.M. The escape theory of suicide and perfectionism in college students // *Death studies*. – 1996. – № 20. – P. 415-424.

Donaldson D., Spirito A., Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness in adolescent suicide attempters // *Child psychiatry and human development*. – 2000. – Vol. 31, № 2. – P. 99-111.

Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Caelian C. Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior / In T.E. Ellis (Ed.) *Cognition and suicide: theory, research and therapy*. – Washington, DC: APA, 2006. – P. 215-235.

Roxborough H.M, Hewitt P.L., Kaldas J., Flett G.L., Caelian C.M., Shaerry S., Sherry D.L. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: a test of the perfectionism social disconnection model // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2012. – № 42 (2). – P. 217-233.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual (4<sup>th</sup> edition) DSM-IV* / Washington, DC. – 1994.

Randy A. Sansone *Chronic Suicidality and Borderline Personality* // *Journal of personality disorders*. – 2004. – Vol. 18. – P. 215-225.

Gunderson J.G., Ridolfi M.E. *Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation* // *Annals of the New-York Academy of sciences*. – 2001. – № 32. – P. 61-77.

37. Soloff P.H., Lis J.A., Kelly T. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder // *American journal of psychiatry*. – 1994. – № 151. – P. 1316-1323.
38. Soloff P.H., Fabio A., Kelly T.M., Malone K.M., Mann J.J. High lethality status in patients with borderline personality disorder // *Journal of personality disorders*. – 2005. – Vol. 19, № 4. – P. 386-399.
39. Ronningstam E.F., Maltzberger J.T. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse // *Suicide life Threat. Behav.* – 1998. – № 28. – P. 261-271.
40. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. – М.: Класс, 2014. – 464 с.
41. Schwald O., Dammann G. Кризисные интервенции при нарциссическом расстройстве личности. Пер. с нем и ред. Л. Милевской. – 2007. [Электронный ресурс] [http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi\\_view.php?cat=3&id=3](http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi_view.php?cat=3&id=3)
42. Conner K.R., Duberstein P.R., Eric Y.C., Caine D. Reactive aggression and suicide: theory and evidence // *Aggression and violent behavior*. – 2003. – № 8. – P. 413-432.
43. Shelley B. N. Causes and effects of adolescent anger / a Capstone project in partial fulfillment of the requirements for the masters of science degree in professional development. – Winona State University, 2012. – 16 p.
44. Daniel S., Walsh A., Goldston D., Arnold E., Reboussin B., Wood F. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents // *Journal of learning disabilities*. – 2006. – № 39. – P. 507-514.
45. Plutchik R., Van Praag H.M., Conte H.R., Picard S., Correlates of suicide and violence risk, the suicide risk measure // *Comp. Psychiatry*. – 1989. – № 30. – P. 296-302.
46. Фурман Э. Некоторые трудности диагностики депрессии и суицидальных тенденций у детей // *Журнал практической психологии и психоанализа*. – 2003. – № 1.
47. Hetrick S.E., Parker A.G., Robinson J., Hall N., Vance A. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents // *Crisis*. – 2012. – Jan. – Vol. 1, № 33 (1). – P. 13-20.
48. Barbe R.P., Williamson D.E., Bridge J.A., Birmaher B., Dahl R.E., Axelson D.A., Ryan N.D. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – Apr. – Vol. 66, № 4. – P. 492-498.
49. Csorba J., Rózsa S., Gáboros J., Vetró A., Kaczvinszky E., Sarungi E., Makra J., Kapornay K. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology // *J. Affect. Disord.* – 2003. – May. – Vol. 74, № 3. – P. 229-236.
50. Beck T.A., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // *American journal of psychiatry*. – 1985. – № 142. – P. 559-563.
51. Brezo J., Paris J., Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – № 113. – P. 180-206.
52. Fritsch S., Donaldson D., Spirito A., Plummer B. Personality characteristics of adolescent suicide attempters // *Child psychiatry and human development*. – 2000. – Vol. 30, № 4. – P. 219-235.
53. Kumar U., Pradhan R.K. Correlates of suicide ideation: a factor analytic study // *Soc. Sci. Int.* – 2003. – № 19. – P. 36-43.
- Soloff P.H., Lis J.A., Kelly T. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder // *American journal of psychiatry*. – 1994. – № 151. – P. 1316-1323.
- Soloff P.H., Fabio A., Kelly T.M., Malone K.M., Mann J.J. High lethality status in patients with borderline personality disorder // *Journal of personality disorders*. – 2005. – Vol. 19, № 4. – P. 386-399.
- Ronningstam E.F., Maltzberger J.T. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse // *Suicide life Threat. Behav.* – 1998. – № 28. – P. 261-271.
- Kernberg O.F. Tjzhelye lichnostnye rasstrojstva: strategii psihoterapii. – М.: Klass, 2014. – 464 s. (In Russ)
- Schwald O., Dammann G. Krizisnye intervencii pri narcisicheskom rasstrojstve lichnosti. Per. s nem i red. L. Milevskoj. – 2007. [Jelektronnyj resurs] [http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi\\_view.php?cat=3&id=3](http://milevska-psychotherapy.kiev.ua/statyi_view.php?cat=3&id=3) (In Russ)
- Conner K.R., Duberstein P.R., Eric Y.C., Caine D. Reactive aggression and suicide: theory and evidence // *Aggression and violent behavior*. – 2003. – № 8. – P. 413-432.
- Shelley B. N. Causes and effects of adolescent anger / a Capstone project in partial fulfillment of the requirements for the masters of science degree in professional development. – Winona State University, 2012. – 16 p.
- Daniel S., Walsh A., Goldston D., Arnold E., Reboussin B., Wood F. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents // *Journal of learning disabilities*. – 2006. – № 39. – P. 507-514.
- Plutchik R., Van Praag H.M., Conte H.R., Picard S., Correlates of suicide and violence risk, the suicide risk measure // *Comp. Psychiatry*. – 1989. – № 30. – P. 296-302.
- Furman Je. Nekotorye trudnosti diagnostiki depressii i suicidal'nyh tendencij u detej // *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza*. – 2003. – № 1. (In Russ)
- Hetrick S.E., Parker A.G., Robinson J., Hall N., Vance A. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents // *Crisis*. – 2012. – Jan. – Vol. 1, № 33 (1). – P. 13-20.
- Barbe R.P., Williamson D.E., Bridge J.A., Birmaher B., Dahl R.E., Axelson D.A., Ryan N.D. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – Apr. – Vol. 66, № 4. – P. 492-498.
- Csorba J., Rózsa S., Gáboros J., Vetró A., Kaczvinszky E., Sarungi E., Makra J., Kapornay K. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology // *J. Affect. Disord.* – 2003. – May. – Vol. 74, № 3. – P. 229-236.
- Beck T.A., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // *American journal of psychiatry*. – 1985. – № 142. – P. 559-563.
- Brezo J., Paris J., Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – № 113. – P. 180-206.
- Fritsch S., Donaldson D., Spirito A., Plummer B. Personality characteristics of adolescent suicide attempters // *Child psychiatry and human development*. – 2000. – Vol. 30, № 4. – P. 219-235.
- Kumar U., Pradhan R.K. Correlates of suicide ideation: a factor analytic study // *Soc. Sci. Int.* – 2003. – № 19. – P. 36-43.

54. Van Heeringen C., Audenaert K., Van Laere K. et. al. Prefrontal 5-HT<sub>2a</sub> receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide // J. Affect. Disord. – 2003. – № 74. P. 149-158.
55. De Wilde E.J., Kienhorst I.C., Diekstra R.F., Wolters W.H. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters // J. of the Am. Academy of child and adolescent psychiatry. – 1993. – № 32 – P. 51–59.
56. Esposito C., Spirito A., Boergers J., Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts // Suicide life threat Behav. – 2003. – № 33 (389). – P. 399.
57. McGee R., Williams S., Nada-Raja S. Low Self-Esteem and hopelessness in childhood and suicide ideation in early adulthood // Journal of abnormal child psychology. – 2001. – Vol. 29, № 4. – P. 281-291.
58. Lasgaard M., Goossens L., Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses // J. Abnorm. Child Psychol. – 2011. – Jan. – Vol. 39, № 1. – P. 137-150.
59. Maris R.W. Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press. – 1981.
60. Ristić-Dimitrijević R., Lazić D., Nenadović M., Djokić-Pješčić K., Klidonas N., Stefanović V. Aggression in Adolescents: Characteristics and Treatment // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2011. – Dec. – № 139. – Suppl. 1. – P. 61-64.
61. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence // Child Psychol. Psychiatry. – 1974. – № 15. – P. 275–291.
- Van Heeringen C., Audenaert K., Van Laere K. et. al. Prefrontal 5-HT<sub>2a</sub> receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide // J. Affect. Disord. – 2003. – № 74. P. 149-158.
- De Wilde E.J., Kienhorst I.C., Diekstra R.F., Wolters W.H. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters // J. of the Am. Academy of child and adolescent psychiatry. – 1993. – № 32 – P. 51–59.
- Esposito C., Spirito A., Boergers J., Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts // Suicide life threat Behav. – 2003. – № 33 (389). – P. 399.
- McGee R., Williams S., Nada-Raja S. Low Self-Esteem and hopelessness in childhood and suicide ideation in early adulthood // Journal of abnormal child psychology. – 2001. – Vol. 29, № 4. – P. 281-291.
- Lasgaard M., Goossens L., Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses // J. Abnorm. Child Psychol. – 2011. – Jan. – Vol. 39, № 1. – P. 137-150.
- Maris R.W. Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press. – 1981.
- Ristić-Dimitrijević R., Lazić D., Nenadović M., Djokić-Pješčić K., Klidonas N., Stefanović V. Aggression in Adolescents: Characteristics and Treatment // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2011. – Dec. – № 139. – Suppl. 1. – P. 61-64.
- Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence // Child Psychol. Psychiatry. – 1974. – № 15. – P. 275–291.

#### ACTUAL AND POTENTIAL SUICIDE RISK FACTORS IN ADOLESCENTS (literature review)

G. Bannikov, K. Koshkin, T. Pavlova, A. Letova

Centre for Urgent Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia  
Moscow Research Institute of Psychiatry, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Up-to-date theoretical and empirical research articles on the subject of adolescent and youth suicide risk factors were analyzed in this study. Two groups of suicide risk factors were described: actual psychological status (feelings of hopelessness, loneliness, psychache etc.) and predispositional characteristics (personal traits, parental family relationships etc.). Results of this analysis can serve as a theoretical background for diagnostic package aimed to assess suicide risk in adolescents at an educational institution while implementing primary suicide prevention program.

*Keywords:* suicide, suicide prevention, suicide ideation, adolescents, suicide risk factors.

УДК 616.89-008.441.44

### СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Е.А. Сергеева, В.В. Васильев, С.Г. Пакриев, Ю.В. Ковалев

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Контактная информация:

Сергеева Екатерина Алексеевна – очный аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: +7-912-452-15-25, e-mail: blakcat.07@mail.ru

Васильев Валерий Витальевич – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru

Пакриев Сергей Галинурович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru



Ковалёв Юрий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100. Телефон: (3412) 58-47-78, e-mail: psi.igma@yandex.ru

В обзоре, посвященном проблеме суицидального поведения психически больных, проанализировано доступных 70 литературных источников (22 отечественных и 48 зарубежных), опубликованных за последние 10 лет. Рассматриваются вопросы распространенности суицидального поведения, его особенностей у лиц, страдающих психическими расстройствами, а также методов профилактики самоубийств. Проведенный анализ показывает, что некоторые аспекты проблемы остаются недостаточно изученными и требуют дальнейших исследований.

*Ключевые слова:* суицид, суицидальная попытка, суицидальное поведение, профилактика суицидов, психические расстройства.

Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни людей. Предупреждение суицидов отнесено к числу пяти приоритетных задач в области охраны психического здоровья в XXI веке. Именно большой социальной значимостью суицида как явления в первую очередь и обусловлены многочисленные публикации по данной проблеме в современной научной литературе. В настоящем обзоре рассматриваются некоторые из таких публикаций, вышедшие за последние 10 лет.

По данным Федеральной службы государственной статистики России, коэффициент смертности от самоубийств в нашей стране в последние годы превышает 20 случаев на 100000 населения [1], что является одним из самых высоких показателей в мире. Однако и в странах Запада суицидологическая ситуация сегодня далека от идеальной. Так, известный отечественный суицидолог В.Ф. Войцех [2] сообщает, что в европейских странах самоубийство в последние годы стоит на третьем ранговом месте среди причин смертности населения в возрастной группе 15-34 года, то есть суицид является одной из главных причин смертности молодых европейцев.

Суицидальная смертность психически больных как в нашей стране, так и в мире, по-прежнему, остается высокой, в несколько раз превосходя таковую в общей популяции [2, 3]. Результаты многочисленных исследований показывают, что психические расстройства связаны с повышенным риском самоубийства [4-9]. По данным Л.Н. Юрьевой [10], частота суицидов среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. В отдельных публикациях сообщается даже, что на долю психически больных приходится до 80-90% всех завершённых суицидов [11].

По мнению Н.И. Распоповой [12] столь высокий риск суицидального поведения у пси-

хически больных определяется взаимодействием клинко-психопатологических, личностно-психологических и ситуационных (социально-стрессовых) факторов. Автором описываются три характерных для психически больных механизма формирования суицидального поведения: продуктивно-психопатологический, негативно-психопатологический и личностно-психологический. Каждый из указанных механизмов характеризуется различным суицидологическим прогнозом.

В качестве наиболее суицидогенного психопатологического синдрома большинство современных авторов, как и прежде, рассматривают депрессию [13, 14]. Так, Б.С. Положий [15] указывает, что одной из важнейших причин высокой частоты суицидов в населении является низкая выявляемость и неадекватная терапия депрессивных расстройств. Согласно данным исследования суицидального поведения женщин, проведенного Т. Kanchan и R.G. Menezes [16], на момент совершения суицида в состоянии клинически очерченной депрессии находилось 27,8% всех исследуемых суицидентов.

В ряде работ проводится анализ различных факторов, влияющих на суицидоопасность депрессий. В частности, несколько авторов указывают, что к повышенному риску совершения суицида у депрессивных больных может привести наличие в структуре депрессии выраженной тревоги [17, 18, 19, 20, 21]. На частую связь суицидального поведения и агрессии в рамках депрессивного синдрома указывают J. Keir с соавторами [22]. По данным Б.С. Положего и В.В. Васильева [23], к завершённым суицидам более склонны женщины с депрессиями в рамках биполярного аффективного расстройства, чем с депрессиями в рамках рекуррентного депрессивного расстройства.

Наряду с аффективными расстройствами, к числу наиболее суицидоопасных психических расстройств в современной научной литературе принято относить шизофрению, расстройства

личности и наркологические заболевания. Так, суицидальный риск для шизофрении оценивается сегодня в 3,23% [5], при этом подчеркивается пожизненный его характер при данном заболевании [24]. Отдельные авторы в последнее время делают акцент на том, что в большей степени к развитию суицидального поведения предрасположены пациенты с длительным некурабельным течением шизофрении (в отличие от господствовавшей прежде точки зрения о преобладании суицидальной активности на ранних этапах болезни) [25, 26].

Среди различных форм личностных расстройств особая роль в смысле суицидоопасности в последние годы отводится пограничному расстройству личности [27, 28, 29, 30]. Исследуя суицидальное поведение при данном расстройстве, Р.Н. Soloff и А. Fabio [31] указывают, что на страдающих им лиц суицидогенный эффект может оказать сам факт госпитализации в психиатрический стационар.

Множество исследований посвящено изучению суицидального поведения при алкогольной интоксикации и хроническом алкоголизме [32, 33]. А.В. Сахаров и Н. В. Говорин [34] установили, что в состоянии алкогольного опьянения совершается 49% завершённых суицидов и 40% суицидальных попыток. В отдельных публикациях отмечается наличие положительной корреляции между уровнем завершённых суицидов и смертностью от алкогольных отравлений [35, 36, 37].

В ряде работ рассматриваются особенности суицидального поведения при других заболеваниях, которые принято считать менее суицидоопасными. Так, в работе М.В. Олиной [38] анализируется суицидальное поведение у больных эпилепсией. По мнению автора, на риск суицидального поведения при данном заболевании в первую очередь оказывают влияние такие его клинические характеристики, как длительность болезни, тип и частота приступов, а также локализация очагов эпилептической активности. По данным Н.И. Куценко [39], у больных рассеянным склерозом ведущими факторами риска повышенной суицидальной готовности являются соматогенные детерминанты основного заболевания. G. Diасопи и G. Turecki [40] в качестве независимого фактора риска суицида рассматривают обсессивно-компульсивное расстройство, а Y.M. Holm-Denoma с соавторами [41] указывают, что самоубийство является одной из ведущих причин смертности при нервной анорексии.

Еще одной важной областью суицидологических исследований последних лет является

изучение влияния на суицидальное поведение факторов, связанных с оказанием психиатрической помощи. В частности, в ряде публикаций сообщается, что от 3 до 28% (в среднем 23,5%) самоубийств в психиатрических стационарах происходит в течение первой недели госпитализации, а от 17% до 71% (в среднем 39,5%) – в течение первого месяца [42, 43, 44, 45, 46]. Также установлено, что количество суицидов увеличивается прямо пропорционально времени, прошедшему с момента последней выписки пациента из психиатрического стационара [47]. Некоторые авторы выделяют ряд возможных суицидоопасных факторов, связанных с оказанием психиатрической помощи, к каковым, в частности, относятся суицидогенный эффект некоторых психотропных препаратов [48] и психотравмирующее влияние на пациента самого факта постановки ему психиатрического диагноза [49].

В значительном числе публикаций речь идет о методах профилактики самоубийств. Так Б.С. Положий и Е.А. Панченко [50] предлагают свой оригинальный подход в области суицидологической профилактики, включающий в себя четыре уровня: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. При этом универсальная профилактика, согласно представлениям авторов, должна быть направлена на предупреждение возникновения суицидального поведения как такового и ориентирована на общую популяцию. В качестве ее форм авторы предлагают активное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения суицидального поведения, защитных факторов, поведенческих проявлений суицидоопасных состояний и возможностей получения помощи при них; проведение дифференцированных образовательных программ для различных групп населения по изучению признаков суицидоопасных состояний; формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни у лиц различного возраста. Селективная профилактика, по мнению авторов, должна носить избирательный характер, будучи ориентированной на активное выявление лиц, входящих в группы суицидального риска и оказание им адекватной профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития суицидального процесса. Антикризисная профилактика должна осуществляться в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах суицидального процесса с целью предупреждения реализации

имеющихся суицидальных намерений, а также купирования таких намерений у лиц, уже совершивших суицидальную попытку. Наконец, индикативная профилактика должна начинаться в отдаленном постсуицидальном периоде и продолжаться не менее года. Ее целью является предупреждение рецидивов суицидального поведения и повторных суицидальных действий.

В.Ф. Войцех [2] подразделяет все мероприятия по профилактике суицидов на: специализированные психиатрические (собственно суицидологические); психологические (коррекционные), направленные на изменение личностных установок, повышения уровня психологической защищенности, активизацию антисуицидальных факторов; общемедицинские (лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий суицидальной попытки); социальные, содержанием которых являются изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов; информационно-образовательные (дифференцированно адресованные населению, студентам медицинских ВУЗов, врачам общемедицинской практики); информационно-корректирующие, направленные на формирование здорового образа жизни, информирование о существовании телефонов доверия, кабинетов социально - психологической помощи и др.

В ряде работ рассматривается роль образовательных мероприятий в профилактике самоубийств. В частности, некоторые исследователи полагают, что необходимым условием успешной профилактики суицидов является обучение социальных работников и среднего медицинского персонала работе с суицидальным субъектом [51, 52, 53]. S.A. Barrero [54] указывает на важность работы с семьей для предотвращения возможного самоубийства кого-то из её членов. В статье W. Cross с соавторами [55] подчеркивается важность для суицидологической превенции повышения уровня грамотности населения относительно проявлений психических расстройств, методов помощи при них и психологической помощи суицидальным субъектам. Ряд авторов [56, 57] в качестве главных стратегических мишеней для суицидологической превенции у подростков и молодых людей рассматривают развитие у них навыков совладающего со стрессом поведения, улучшение отношений в семье и борьбу с культурально обусловленным неадекватным отношением к смерти. По мнению M. Miller с соавт. [58], распространенная в обществе вера в то, что решившийся на самоубийство человек

все равно неизбежно совершит его, несмотря на все усилия окружающих по предотвращению этого поступка, является серьезным политическим препятствием к принятию потенциально эффективных усилий по предотвращению самоубийств и требует обязательной коррекции.

В отдельных публикациях акцентируется внимание на таком аспекте суицидологической превенции, как ограничение доступа населения к средствам совершения суицидов. Так, M. Nordentoft [59] сообщает о существенном снижении числа суицидов посредством падения с высоты после установки защитного ограждения в местах частого их совершения. Наконец, еще в ряде публикаций сообщается об эффективности широкомасштабных социальных программ, включающих в себя множество разных аспектов суицидологической превенции. Например, в Японии, по статистическим данным, произошло снижение частоты самоубийств практически в два раза за счет проведения комплексной социальной программы по профилактике суицидов у населения, включающей в себя пропаганду здорового образа жизни, повышение общественного сознания в области суицидологической превенции и создание сети общественной поддержки для пожилых людей [60].

Многие авторы указывают на эффективность психотропной лекарственной терапии в качестве средства профилактики суицидальных попыток. В частности, M. Purgucker с соавт. [61] сообщают, что нейролептик клозапин обладает долгосрочным суицидопревентивным эффектом при шизофрении. В работе S. Zisook с соавт. [62] указывается на эффективность длительного лечения препаратами лития с точки зрения снижения суицидального риска при рекуррентном депрессивном и биполярном аффективном расстройствах. По данным K. Bateman с соавт. [63] системная психофармакотерапия в целом способствует снижению риска суицида у больных шизофренией.

Значительное число публикаций посвящено исследованию психотерапевтических подходов к предотвращению суицидов и оценке эффективности психотерапии как метода суицидологической профилактики. Так, И.В. Борисов и Е.Б. Любов [64] отмечают эффективность когнитивной терапии и системного экзистенциального анализа в снижении риска рецидивов совершения суицидальных попыток. В работе [65] указывается на эффективность с точки зрения профилактики суицидов у больных шизофренией семейной и интерперсо-

нальной психотерапии. Одним из авторов настоящей статьи [66] ранее сообщалось о достаточно выраженном суицидопревентивном эффекте отечественного психотерапевтического метода «Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно» у лиц, страдающих различными психическими расстройствами (в особенности у больных шизофренией).

В работе П.Б. Зотова [67] подчеркивается важность использования в процессе психотерапии суицидоопасных состояний актуализации в сознании пациента различных антисуицидальных факторов, в качестве которых выступают страх смерти, эстетические переживания, религиозные установки, социальные связи индивида и др. Данный вопрос анализируется автором в возрастном аспекте, исходя из психологических особенностей лиц разных возрастных групп.

Еще одной областью суицидологических исследований являются вопросы профилактики суицидов у больных теми или иными конкретными психическими расстройствами. Например, относительно профилактики суицидов при шизофрении указывается, что интегративный биопсихосоциальный подход, включающий оптимизированную фармакотерапию и модули эффективной психосоциальной работы – стандартная практика ведения больных шизофре-

нией с хроническим суицидальным риском [68]. В других работах подчеркивается важность психосоциальной работы с точки зрения стабилизации симптомов у суицидальных больных шизофренией [69]. С целью снижения суицидального риска при депрессивных состояниях, в литературе рекомендуется так называемый регрессивный метод лечения депрессии, подразумевающий временное освобождение пациента от всех обязанностей как по отношению к себе, так и по отношению к другим людям [53].

В заключение следует отметить, что проведенный анализ данной литературы позволяет говорить о сохраняющемся в настоящее время высоком суицидальном риске у лиц, страдающих психическими расстройствами. В качестве наиболее суицидоопасных психических заболеваний сегодня рассматриваются аффективные расстройства, шизофрения, пограничное расстройство личности и наркологическая патология. Реализация эффективной профилактики самоубийств среди психически больных, очевидно, требует комплексного подхода с привлечением к этому процессу медицинских психологов, социальных работников, общественных и государственных организаций и служб, волонтеров, а также групп взаимопомощи пациентов.

Литература:

1. Демографический ежегодник России. – М.: Росстат, 2009. – 557 с.
2. Войцех В.Ф. Суицидология. – М., 2007. – 280 с.
3. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: Рио «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010 – 232с.
4. Borges G., Angst J., Nock M.K., Ruscio A.M., Kessler R.C. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys // J. Affect. Disord. – 2008. – Vol. 105, № 1–3. – P. 25–33.
5. Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, № 12. – P. 1230-1237.
6. Hawton K., Saunders K.E. Psychiatric service development and suicide // Lancet. – 2009. – Vol. 373, № 9658. – P. 99-100.
7. Khasakhala L., Sorsdahl K.R., Harder V.S., Williams D.R., Stein D.J., Ndetei D.M. Lifetime mental disorders and suicidal behavior in South Africa // Afr. J. Psychiatry (Johannesbg). – 2011. – Jun. – Vol. 14, № 2. – P. 134–139.
8. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., Alonso J., Angermeyer M., Beautrais A. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192, № 2. – P. 98–105.
9. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study // BMJ. – 2010. – Vol. 341. – P. 3222.

Транслитерация:

- Demograficheskiy ezhegodnik Rossii. – M.: Rosstat, 2009. – 557 s. (In Russ)
- Vojceh V.F. Suicidology. – M., 2007. – 280 s. (In Russ)
- Polozhij B.S. Suicidal'noe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i jetnokul'tural'nye aspekty). – M.: Rio «FGU GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2010 – 232s. (In Russ)
- Borges G., Angst J., Nock M.K., Ruscio A.M., Kessler R.C. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys // J. Affect. Disord. – 2008. – Vol. 105, № 1–3. – P. 25–33.
- Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, № 12. – P. 1230-1237.
- Hawton K., Saunders K.E. Psychiatric service development and suicide // Lancet. – 2009. – Vol. 373, № 9658. – P. 99-100.
- Khasakhala L., Sorsdahl K.R., Harder V.S., Williams D.R., Stein D.J., Ndetei D.M. Lifetime mental disorders and suicidal behavior in South Africa // Afr. J. Psychiatry (Johannesbg). – 2011. – Jun. – Vol. 14, № 2. – P. 134–139.
- Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., Alonso J., Angermeyer M., Beautrais A. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192, № 2. – P. 98–105.
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study // BMJ. – 2010. – Vol. 341. – P. 3222.

10. Юр'ева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги. – 2006. – 472 с.
11. Положий Б.С., Панченко Е.А. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Росс. психиатр. журнал. – 2008. – №2. – С. 16-20.
12. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2012. – 45 с.
13. Nock M.K., Hwang I., Sampson N.A., Kessler R.C. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication // Mol. Psychiatry. – 2009. – Vol. 15, № 8. – P. 868–876.
14. Thong J.Y., Su A.H., Chan Y.H., Chia B.H. Suicide in psychiatric patients: case-control study in Singapore // The Australian and New Zealand journal of psychiatry. – 2008. – Vol. 42. – P. 509–519.
15. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и решения / Мат. научно-практической конференции. Москва, 16 ноября 2005 г. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. – С. 40-44.
16. Kanchan T., Menezes R.G. Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences // J. Forensic Leg. Med. – 2008. – Vol. 15, № 1 – P. 7-14.
17. Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study // Psychological Medicine. – 2007. – Vol. 37. – P. 431–440.
18. Bolton J.M., Cox B.J., Afifi T.O., Enns M.W., Bienvu O.J., Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study // *Depress. Anxiety.* – 2008. – Vol. 25, № 6. – P. 477-481.
19. Bomyea J., Lang A.J., Craske M.G., Chavira D., Sherbourne C.D. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders // *Psychiatry Research.* – 2013. – Vol. 209, № 1. – P. 60-65.
20. Hawton K., Casanas I.C.C., Haw C., Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review // *Journal of affective disorders.* – 2013. – Vol. 147. – P. 17–28.
21. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders // *Current opinion in psychiatry.* – 2007. – Vol. 20. – P. 17–22.
22. Keilp J.G., Gorlyn M., Oquendo M.A. Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression // *Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36, № 12. – P. 1779-1788.
23. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (клинико- социальный и профилактический аспекты). – М.: ФГБУ "ГНЦССП им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2014. – 195 с.
24. Goodwin F.K., Jamison K.R. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression / 2nd ed.* – New York: Oxford University Press. – 2007.
25. Dudra-Jastrzebska M. Mood disorders in patients with epilepsy // *Pharmacol. reports.* – 2007. – Vol. 59. – P. 369-378.
26. Hersdorffer D.C. Psychopathology and epilepsy: is it the chicken or the egg? // *Epilepsy currents.* – 2006. – Vol. 6. – P. 147-149.
27. Krysinska K., Heller T. S., Deleo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2006. – Jan. – Vol. 19, № 1. – P. 95-101.
28. Links P.S., Eynan R., Heisel M.J., Barr A., Korzekwa M., McMain S., Ball J.S. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder // *Journal of personality disorders.* – 2007. – Vol. 21. – P. 72–86.
- Jur'eva L.N. *Klinicheskaja suicidologija.* – Dnepropetrovsk: Porogi. – 2006. – 472 s. (In Russ)
- Polozhij B.S., Panchenko E.A. *Kliniko-social'nye karakteristiki lic, sovershivshih suicidal'nye popytki // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal.* – 2008. – № 2. – S. 16-20. (In Russ)
- Raspopova N.I. *Mehanizmy formirovanija, klinicheskie osobennosti i profilaktika suicidal'nogo povedenija u bol'nyh s psicheskimi rasstrojstvami: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk.* – Moskva, 2012. – 45 s. (In Russ)
- Nock M.K., Hwang I., Sampson N.A., Kessler R.C. *Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication // Mol. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 15, № 8. – P. 868–876.
- Thong J.Y., Su A.H., Chan Y.H., Chia B.H. *Suicide in psychiatric patients: case-control study in Singapore // The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* – 2008. – Vol. 42. – P. 509–519.
- Polozhij B.S. *Suicidal'naja situacija v sovremennoj Rossii // Evropejskaja deklaracija po ohrane psicheskogo zdorov'ja. Problemy i reshenija / Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii. Moskva, 16 nojabrja 2005 g. – M.: GNC SSP im. V.P. Serbskogo, 2006. – S. 40-44. (In Russ)*
- Kanchan T., Menezes R.G. *Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences // J. Forensic Leg. Med.* – 2008. – Vol. 15, № 1 – P. 7-14.
- Boden J.M., Fergusson D.M., Horwood L.J. *Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study // Psychological Medicine.* – 2007. – Vol. 37. – P. 431–440.
- Bolton J.M., Cox B.J., Afifi T.O., Enns M.W., Bienvu O.J., Sareen J. *Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study // Depress. Anxiety.* – 2008. – Vol. 25, № 6. – P. 477-481.
- Bomyea J., Lang A.J., Craske M.G., Chavira D., Sherbourne C.D. *Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders // Psychiatry Research.* – 2013. – Vol. 209, № 1. – P. 60-65.
- Hawton K., Casanas I.C.C., Haw C., Saunders K. *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review // Journal of affective disorders.* – 2013. – Vol. 147. – P. 17–28.
- Rihmer Z. *Suicide risk in mood disorders // Current opinion in psychiatry.* – 2007. – Vol. 20. – P. 17–22.
- Keilp J.G., Gorlyn M., Oquendo M.A. *Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression // Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36, № 12. – P. 1779-1788.
- Polozhij B.S., Vasil'ev V.V. *Suicidal'noe povedenie zhenshhin (kliniko- social'nyj i profilakticheskij aspekty). – M.: FGBU "GNCSSP im. V.P. Serbskogo" Minzdrava Rossii, 2014. – 195 s. (In Russ)*
- Goodwin F.K., Jamison K.R. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression / 2nd ed.* – New York: Oxford University Press. – 2007.
- Dudra-Jastrzebska M. *Mood disorders in patients with epilepsy // Pharmacol. reports.* – 2007. – Vol. 59. – P. 369-378.
- Hersdorffer D.C. *Psychopathology and epilepsy: is it the chicken or the egg? // Epilepsy currents.* – 2006. – Vol. 6. – P. 147-149.
- Krysinska K., Heller T. S., Deleo D. *Suicide and deliberate self-harm in personality disorders // Curr. Opin. Psychiatry.* – 2006. – Jan. – Vol. 19, № 1. – P. 95-101.
- Links P.S., Eynan R., Heisel M.J., Barr A., Korzekwa M., McMain S., Ball J.S. *Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder // Journal of personality disorders.* – 2007. – Vol. 21. – P. 72–86.

29. Links P.S., Kolla N.J., Guimond T., McMMain S. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder // *Can. J. Psychiatry.* – 2013. – Feb. – Vol. 58, № 2. – P. 99-106.
30. Schneider B., Wetterling T., Seeryk D., Schneider F., Schnabel A., Maurer K., Fritze J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2006. – Feb. – Vol. 256, № 1. – P. 17-27.
31. Soloff P.H., Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up // *J. Pers. Disord.* – 2008. – Vol. 22, № 2. – P. 123-134.
32. Уманский М.С., Уманский С.М., Зотов П.Б. Некоторые клинические особенности суицидального поведения у мужчин, больных алкоголизмом позднего возраста // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2009. – № 6. – С. 25-26.
33. Akechi T., Iwasaki M., Uchitomi Y., Tsugane S. Alcohol consumption and suicide among middle-aged man in Japan // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188, № Mar. – P. 231-236.
34. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Роль алкогольного фактора в суицидогенезе. // *Социальные преобразования и психическое здоровье: Второй национальный конгресс по социальной психиатрии: Научные материалы.* – М., 2006. – С. 131-132.
35. Ковалев Ю.В., Ахалкин Р.В. Суицидологическая ситуация в Удмуртской Республике как социально-психиатрическая проблема: Информационное письмо. – Ижевск, 2005. – 14 с.
36. Ковалев Ю.В. Клинический аспект суицидологии // *Заместитель главного врача.* – 2007. – Том 10, № 3. – С. 117-123.
37. Razvodovsky Y. E. Suicide and alcohol poisonings in Belarus between 1970 and 2005 // *Adicciones.* – 2007. – Vol. 19, № 3. – P. 297-303.
38. Олина М.В. Психологические факторы риска суицидального поведения у больных эпилепсией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2010.
39. Куценко Н.И. Соматогенные детерминанты суицидальной активности больных рассеянным склерозом // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2014. – Том 10, № 4. – С. 63-65.
40. Diaconu G., Turecki G. Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, № 11. – P. 1551-1556.
41. Holm-Denoma Y.M., Witte T.K., Gordon K.H., Hersog D.D., Franco D.L., Fichter M., Quadflieg N., Joiner T.E.Jr. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link // *J. Affects. Disord.* – 2008. – Vol. 107. – P. 231-236.
42. Deisenhammer E.A., Huber M., Kemmler G., Weiss E.M., Hinterhuber H. Psychiatric hospitalizations during the last 12 months before suicide // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 29, № 1. – P. 63-65.
43. Erlangsen A., Zarit S.H., Tu X., Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 14, № 9. – P. 734-741.
44. Hunt I.M., Kapur N., Webb R. Suicide in current psychiatric inpatients: a case-control study the National Confidential Inquiry into suicide and homicide // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37, № 6. – P. 831-837.
- Links P.S., Kolla N.J., Guimond T., McMMain S. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder // *Can. J. Psychiatry.* – 2013. – Feb. – Vol. 58, № 2. – P. 99-106.
- Schneider B., Wetterling T., Seeryk D., Schneider F., Schnabel A., Maurer K., Fritze J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2006. – Feb. – Vol. 256, № 1. – P. 17-27.
- Soloff P.H., Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up // *J. Pers. Disord.* – 2008. – Vol. 22, № 2. – P. 123-134.
- Umanskij M.S., Umanskij S.M., Zotov P.B. Nekotorye klinicheskie osobennosti suicidal'nogo povedenija u mužchin, bol'nyh alkoholizm pozdnego vozrasta // *Academic journal of West Siberia.* – 2009. – № 6. – S. 25-26. (In Russ)
- Akechi T., Iwasaki M., Uchitomi Y., Tsugane S. Alcohol consumption and suicide among middle-aged man in Japan // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188, № Mar. – P. 231-236.
- Saharov A.V., Govorin N.V. Rol' alkohol'nogo faktora v suicidogeneze. // *Social'nye preobrazovanija i psihicheskoe zdorov'e: Vtoroj nacional'nyj kongress po social'noj psihiatrii: Nauchnye materialy.* – М., 2006. – S. 131-132. (In Russ)
- Kovalev Ju.V., Ahapkin R.V. Suicidologicheskaja situacija v Udmurtskoj Respublike kak social'no-psihiatricheskaja problema: Informacionnoe pis'mo. – Izhevsk, 2005. – 14 s. (In Russ)
- Kovalev Ju.V. Klinicheskij aspekt suicidologii // *Zamestitel' glavnogo vracha.* – 2007. – Том 10, № 3. – S. 117-123. (In Russ)
- Razvodovsky Y. E. Suicide and alcohol poisonings in Belarus between 1970 and 2005 // *Adicciones.* – 2007. – Vol. 19, № 3. – P. 297-303.
- Olina M.V. Psihologicheskie faktory riska suicidal'nogo povedenija u bol'nyh jepilepsiej: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – SPb., 2010. (In Russ)
- Kucenko N.I. Somatogennye determinanty suicidal'noj aktivnosti bol'nyh rassejannym sklerozom // *Academic journal of West Siberia.* – 2014. – Vol. 10, № 4. – P. 63-65. (In Russ)
- Diaconu G., Turecki G. Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, № 11. – P. 1551-1556.
- Holm-Denoma Y.M., Witte T.K., Gordon K.H., Hersog D.D., Franco D.L., Fichter M., Quadflieg N., Joiner T.E.Jr. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link // *J. Affects. Disord.* – 2008. – Vol. 107. – P. 231-236.
- Deisenhammer E.A., Huber M., Kemmler G., Weiss E.M., Hinterhuber H. Psychiatric hospitalizations during the last 12 months before suicide // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 29, № 1. – P. 63-65.
- Erlangsen A., Zarit S.H., Tu X., Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 14, № 9. – P. 734-741.
- Hunt I.M., Kapur N., Webb R. Suicide in current psychiatric inpatients: a case-control study the National Confidential Inquiry into suicide and homicide // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37, № 6. – P. 831-837.

45. Meehan J., Kapur N., Hunt I.M. Suicide in mental health inpatients and within 3 months of discharge. National clinical survey // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188. – P. 129-134.
46. Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up // *BMJ.* – 2008. – Vol. 337. – P. 2205.
47. Васильев В.В. Суицидогенные факторы, связанные с оказанием психиатрической помощи // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* – 2010. – № 8. – С. 21-27.
48. Пылаева О.А., Воронкова К.В., Холин А.А. Риск суицидального поведения при эпилепсии. Роль антиэпилептической терапии (обзор литературы) // *Вестник эпилептологии.* – 2008. – № 1. – С. 18-77.
49. Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B., Sidenias P., Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population based case-control study // *Lancet Neurol.* – 2007. – Vol. 6, № 8. – P. 693-698.
50. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // *Суицидология.* – 2012. – № 1. – С. 8-13.
51. Chanson F., Houle J., Morcoux I., Renaud J. Control-Group study of an intervention training program for youth suicide prevention // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 135-144.
52. Feldman B.N., Freedenthal S. Social work education in suicide intervention and prevention: an Unmet need? // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2006. – Vol. 36, № 4. – P. 467-480.
53. Neuri J., Botega N.J., Silva S.V., Reginato D.G., Rapeli C.B., Cais C.F.S., Mauro M.L.K., Stefanello S., Cecconi J.P. Maintained Attitudinal changes in nursing Personnel after a brief training on suicide prevention // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 145-153.
54. Barrero S.A. Preventing suicide: a resource for the family // *Ann. Gen. Psychiatry.* – 2008. – Vol.7, № 1 – P.63-71.
55. Cross W., Matthicu M.M., Cerel J., Knox K.L. Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 6. – P. 659-670.
56. Cheng S.T., Chan A.C.M. Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effects of social support in Hong Kong adolescents // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 187-196.
57. Joe S., Romer D., Jamieson P.E. Suicide acceptability is related to suicide planning U.S. adolescents and young adults // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 165-178.
58. Miller M., Azrael D., Hemenway D. Belief in the inevitability of suicide: results from a national survey // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2006. – Vol. 36, № 1. – P. 1-11.
59. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups // *Dan. Med. Bull.* – 2007. – Vol. 54, № 4. – P. 306-369.
60. Motohashi Y., Kaneko Y., Sasaki H., Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 5. – P. 593-599.
61. Purucker M., Franke C., Stich J. A schizophrenic patient's repeated suicide attempts during inpatient treatment // *Psychiatr. Prax.* – 2007. – Vol. 34, № 1. – P. 82-83.
- Meehan J., Kapur N., Hunt I.M. Suicide in mental health inpatients and within 3 months of discharge. National clinical survey // *Br. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 188. – P. 129-134.
- Tidemalm D., Langstrom N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up // *BMJ.* – 2008. – Vol. 337. – P. 2205.
- Vasil'ev V.V. Suicidogennye faktory, svjazannye s okazaniem psihiatricheskoj pomoshhi // *Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii.* – 2010. – № 8. – С. 21-27. (In Russ)
- Pylaeva O.A., Voronkova K.V., Holin A.A. Risk suicidal'nogo povedenija pri jepilepsii. Rol' antijepilepticheskoj terapii (obzor literatury) // *Vestnik jepileptologii.* – 2008. – № 1. – С. 18-77. (In Russ)
- Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B., Sidenias P., Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population based case-control study // *Lancet Neurol.* – 2007. – Vol. 6, № 8. – P. 693-698.
- Polozhy B., Panchenko E. The different prevention of suicidal behavior // *Suicidology.* – 2012. – № 1. – С. 8-13. (In Russ)
- Chanson F., Houle J., Morcoux I., Renaud J. Control-Group study of an intervention training program for youth suicide prevention // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 135-144.
- Feldman B.N., Freedenthal S. Social work education in suicide intervention and prevention: an Unmet need? // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2006. – Vol. 36, № 4. – P. 467-480.
- Neuri J., Botega N.J., Silva S.V., Reginato D.G., Rapeli C.B., Cais C.F.S., Mauro M.L.K., Stefanello S., Cecconi J.P. Maintained Attitudinal changes in nursing Personnel after a brief training on suicide prevention // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 145-153.
- Barrero S.A. Preventing suicide: a resource for the family // *Ann. Gen. Psychiatry.* – 2008. – Vol.7, № 1 – P.63-71.
- Cross W., Matthicu M.M., Cerel J., Knox K.L. Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 6. – P. 659-670.
- Cheng S.T., Chan A.C.M. Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effects of social support in Hong Kong adolescents // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 187-196.
- Joe S., Romer D., Jamieson P.E. Suicide acceptability is related to suicide planning U.S. adolescents and young adults // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 2. – P. 165-178.
- Miller M., Azrael D., Hemenway D. Belief in the inevitability of suicide: results from a national survey // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2006. – Vol. 36, № 1. – P. 1-11.
- Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups // *Dan. Med. Bull.* – 2007. – Vol. 54, № 4. – P. 306-369.
- Motohashi Y., Kaneko Y., Sasaki H., Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 5. – P. 593-599.
- Purucker M., Franke C., Stich J. A schizophrenic patient's repeated suicide attempts during inpatient treatment // *Psychiatr. Prax.* – 2007. – Vol. 34, № 1. – P. 82-83.

62. Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol.71. – P. 915-922.
63. Bateman K., Hansen L., Turkington D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial // *Suicide life Threat. Behav.* – 2007. – Vol. 37. – P. 284-290.
64. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.07.2015).
65. Любов Е. Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // *Суицидология.* – 2013. – Том 4, № 3. – С. 3-17.
66. Васильев В.В. Эффективность психотерапии в профилактике повторных суицидов у женщин, страдающих психическими расстройствами // *Психическое здоровье.* – 2011. – № 2. – С. 43-45.
67. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения лиц разных возрастных групп // *Тюменский медицинский журнал.* – 2013. – Том 15, № 2. – С. 33-36.
68. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. The European Psechiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27, № 2. – P. 129-141.
69. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство. Часть 1 // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2010. – Том 20, № 1. – С. 91-99.
70. Matakas F., Rohrbach E. Psychiatric Hospital // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 5. – P. 507-517.
- Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol.71. – P. 915-922.
- Bateman K., Hansen L., Turkington D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial // *Suicide life Threat. Behav.* – 2007. – Vol. 37. – P. 284-290.
- Borisov I.V., Ljubov E.B. Diagnostika i jekzistencial'naja psihoterapija suicidal'nogo povedenija [Jelektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija: 25.07.2015). (In Russ)
- Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions // *Suicidology.* – 2013. – Vol. 4, № 3. – P. 3-17. (In Russ)
- Vasil'ev V.V. Jefferktivnost' psihoterapii v profilaktike povtornyh suicidov u zhenshhin, stradajushhh psihicheskimi rasstrojstvami // *Psihicheskoe zdorov'e.* – 2011. – № 2. – S. 43-45. (In Russ)
- Zotov P.B. Psihoterapija suicidal'nogo povedenija lic raznyh vozrastnyh grupp // *Tyumen medical journal.* – 2013. – Tom 15, № 2. – S. 33-36. (In Russ)
- Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. The European Psechiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27, № 2. – P. 129-141.
- Levina N.B., Ljubov E.B., Rusakova G.A. Trud i tjazheloe psihicheskoe rasstrojstvo. Chast' 1 // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2010. – Tom 20, № 1. – S. 91-99. (In Russ)
- Matakas F., Rohrbach E. Psychiatric Hospital // *Suicide and life-threatening behavior.* – 2007. – Vol. 37, № 5. – P. 507-517.

## RECENT RESEARCHES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SUBJECTS WITH MENTAL DISORDERS

*E.A. Sergeeva, V.V. Vasilyev, S.G. Pakriev, Y.V. Kovalev*

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

In the review of 70 literature sources (22 Russian and 48 foreign) published in the last 10 years the problem of suicidal behavior in subjects with mental disorders is analyzed. The questions of suicidal behavior's prevalence, of suicidal behavior's distinctive features in mental disorders and of suicide prevention methods are considered. The carried out analysis shows that some aspects of the problem remain low-studied and demand further researches.

*Keywords:* suicide, suicide attempt, suicide behavior, suicide prevention, mental disorders.

УДК: 616.89-008.44

## СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ: ПРОБЛЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДИК

*В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов, М.Н. Крючкова, Я.В. Вычужина, М.А. Додохова*

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Контактная информация:

Солдаткин Виктор Александрович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, руководитель центра психологической поддержки РостГМУ. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29. E-mail: [Sva-rostov@mail.ru](mailto:Sva-rostov@mail.ru)

Перехов Алексей Яковлевич – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: начальник учебной части кафедры психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29. E-mail: [Perekhov\\_a@mail.ru](mailto:Perekhov_a@mail.ru)



Крючкова Марина Николаевна – ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29.  
E-mail: Marina.gemchugina@yandex.ru

Вычужина Яна Владимировна – ведущий психолог направления морально-психологического обеспечения группы кадров Управления вневедомственной охраны по г. Ростову-на-Дону – филиала ФГКУ «Управление вневедомственной охраны Главного управления МВД Российской Федерации по Ростовской области». Адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, д. 15/2. E-mail: Klio99999@yandex.ru

Додохова Маргарита Авдеевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры химии ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29.  
E-mail: Dodohova@mail.ru

Статья посвящена одному из самых распространенных, и в то же время самых спорных, методов суицидологического скрининга – психометрическому. Обсуждаются литературные и собственные данные, основанные на результатах обследования 312 студентов с применением опросника и проективного теста. Авторы не обнаружили корреляции результатов обследования при помощи методик разного типа, что поднимает вопрос об их надежности и валидности, требует продолжения исследований, направленных на совершенствование суицидологического скрининга.

*Ключевые слова:* суицидологический скрининг, проективный тест З. Королевой, шкала безнадежности А. Бека.

Едва ли нужно доказывать насущную необходимость развития суицидологического скрининга как значимой части профилактических мероприятий, имеющих потенциал снижения уровня суицидальной опасности [1]. Большинство исследований, посвященных этой теме, основаны на применении скрининговых шкал [2].

Действительно, методологические подходы, которые привнесла в настоящее время доказательная медицина в клиническую практику, привели к тому, что в привычном взаимодействии «врач–пациент» появился посредник – медицинский опросный инструмент (МОИ): психометрическая шкала, структурированное интервью и т.д.

В то же время, основными методами клинической психиатрии были и остаются феноменологический и клинико - психопатологический. Пока наука не научится считывать мысли и образы с сознания человека (прерогатива научной фантастики), познать субъективный мир душевных переживаний можно лишь через их словесную передачу, частично – по мимике, поступкам, вегето-соматическим реакциям. Наше сопереживание (по механизму эмпатии) основано на восприятии этих же внешних проявлений. Хорошо известно из теоремы К. Геделя [3], что познать систему, не выходя за ее пределы – невозможно, поэтому клинического метода для познания самого себя не существует. А вот познать чужую психику при помощи своей, используя научный клинический метод, безусловно, можно. Недостаточность такого познания объективно присутствует, но точно так же относительно несовершенным надо признать

психологические и другие методы, изучающие психическую (душевную) деятельность.

Абсолютизация формализованных подходов, математизация медицины и, в частности, психиатрии – позиция не бесспорная. Известный специалист по методологии диагноза и выдающийся клиницист А.Ф. Билибин подчеркивал, что «... в медицине в принципе не все поддается измерению». То же о науке писал и З. Фрейд: «Признаком научного мышления как раз и является способность довольствоваться лишь приближением к истине и продолжать творческую работу, несмотря на отсутствие окончательных подтверждений» [4, 5].

Клинический метод не является совершенным, он требует массы дополнительных других методов – в первую очередь, методов психологического и психометрического. Тесты, шкалы и опросники широко практикуются в целях объективизации и количественной оценки психических расстройств, в некоторых случаях без них в настоящее время не верифицируется степень расстройства в классификациях. Но они лишь позволяют приблизиться к более полной оценке душевного состояния в силу неизбежности редуccionистских ограничений. Психологические и психометрические методы в гораздо большей степени, чем клинический, направлены на объект, а не на субъект исследования. В психиатрии очень часто знание индивидуального, единичного, неповторимого, сугубо личностного может оказаться более важным, чем «объективное и доказательное» знание общего [6].

Однако в последние годы необходимость объективизации клинических феноменов,

симптомов и синдромов привела к существенному пересмотру представлений в психиатрической диагностике. Это было связано, в первую очередь, с требованием доказательности в психофармакологии, и инициировалось исследователями, работающими с крупнейшими фармацевтическими компаниями. Во вторую очередь, это связано с глобализацией, быстрым развитием международных контактов психиатров, стимулирующих системы стандартизации диагноза как в описательном, так и в операциональном (критерии времени и течения) плане. Именно это, а также внедрение в медицину методов математического анализа, и привело к широкому использованию психометрических шкал.

Понятие «тест» впервые применил для быстрых и несложных проверок американский психолог Дж. Кэттелл. В 1890 году вышла в свет его монография «Умственные способности, их измерение», в которой предложено около 50 простых испытаний. «Психология, – писал Кеттелл, – не сможет стать прочной и точной, как физические науки, если не будет базироваться на эксперименте и измерении. Шаг в этом направлении – применение серии умственных тестов к большому числу индивидов. Результаты могут иметь значительную научную ценность в открытии постоянства психических процессов, их взаимозависимости и изменений в различных обстоятельствах». Таким образом, статистический подход – применение серии тестов к большому числу индивидов – выдвигался как средство преобразования психологии в точную науку. Наряду с чисто научной ценностью такого подхода Кеттелл подчеркивал и его возможное практическое значение в отношении образа жизни и медицинской диагностики [7, 8].

Следует отметить возникновение другой крупной группы тестов. Речь идет о так называемых проективных тестах, с помощью которых предпринимается попытка выявить основные функции личности. Принцип проекции отражен в словесно-ассоциативном методе К. Юнга в 1904-1905 г. История проективных методик – это и хронология, отмечающая особо важные вехи развития проективной техники, и история развития проективного метода как целостного подхода к пониманию природы личности и способов ее экспериментального изучения. Стало традицией вести счет проективным методикам с теста словесных ассоциаций К. Юнга. Именно К. Юнгу принад-

лежат открытие и доказательство феномена, лежащего в основе всех проективных методик, а именно возможность посредством косвенного воздействия на значимые области-переживания человека («комплексы») вызывать пертурбации в экспериментальной деятельности. Юнг показал таким образом, что бессознательные переживания личности доступны объективной диагностике.

Тесты, основанные на вопросах, касающихся собственных переживаний и поведения человека или его отношений, начали возникать в 1930-х годах под влиянием первого психологического опросника, составленного в 1917 году Р.С. Вудворсом с целью отличить призывников, страдающих неврозом, от здоровых. Опросник для новобранцев (так называемый «Бланк личностных данных») был разработан в годы I Мировой войны с целью оценки эмоциональной устойчивости в боевых условиях. Ввиду скорого окончания войны этот метод не был широко использован по прямому назначению, однако послужил основой для последующей разработки подобных опросников и ныне признан первым в истории психологии личностным тестом [7, 8].

Одним из первых исследователей в экспериментальной психологии считается Г. Фехнер. Он, уделяя особое внимание проблеме отношений между материальными и духовными явлениями, стал изучать эти отношения экспериментально, применяя математические методы. Данное направление исследований было названо психофизикой, поскольку его содержание определялось экспериментальным изучением и измерением зависимости психических состояний от физических воздействий. Таким образом, он ввел в психологию количественные меры, то есть измерение. Этот методологический принцип был положен в основу дифференциальной психологии, отсюда перешел в психологическую диагностику. До настоящего времени он используется при разработке и апробации психодиагностических средств для доказательства надежности и валидности методик [9].

Прежде чем психодиагностические методики могут быть использованы для практических целей, они должны пройти проверку по ряду формальных критериев, доказывающих их высокое качество и эффективность. Эти требования в психодиагностике складывались годами в процессе работы над тестами и над их совершенствованием. В результате появилась

возможность оградить психологию от всевозможных безграмотных подделок, претендующих на то, чтобы называться диагностическими методиками.

К числу основных критериев оценки психодиагностических методик относятся надежность и валидность (адекватность) [10]. Надежность – это характеристика методики, отражающая точность психодиагностических измерений, а также устойчивость результатов теста к действию посторонних случайных факторов. Общий разброс (дисперсия) результатов тестового обследования можно представить как результат влияния двух групп причин: изменчивости, присущей самому измеряемому свойству, и факторов нестабильности измерительной процедуры. Надежность теста в широком смысле – характеристика того, в какой степени выявленные у ряда испытуемых различия по тестовым результатам являются отражением действительных различий, и в какой мере они могут быть приписаны случайным ошибкам. Надежность теста в узком смысле – степень согласованности результатов тестов, получаемых при первичном и повторном его применении по отношению к тем же испытуемым в различное время с использованием разных, но сопоставимых по характеру, наборов тестовых заданий.

Еще одним ключевым критерием оценки качества методик является валидность. Вопрос о валидности решается лишь после того, как установлена достаточная ее надежность, поскольку ненадежная методика не может быть валидной. Но самая надежная методика без знания ее валидности является практически бесполезной. Следует отметить, что вопрос о валидности до сих пор представляется одним из самых сложных. Наиболее укоренившимся определением этого понятия является то, которое приведено в книге А. Анастаси [11]: «Валидность теста – понятие, указывающее нам, что тест измеряет и насколько хорошо он это делает». Валидность (с англ. действенный, пригодный, имеющий силу) – это комплексная характеристика методики, которая включает сведения об области исследования явлений и репрезентативности диагностической процедуры по отношению к ним. Валидность отражает, с одной стороны, сведения о том, пригодна ли методика для измерения того, для чего она была создана, а с другой – какова ее действен-

ность, эффективность, практическая полезность.

Клинические шкалы все время совершенствуются, число их растет с арифметической, а то и геометрической прогрессией, они могут существенно облегчать и ускорять работу врача. Они незаменимы в крупных эпидемиологических исследованиях, где просто невозможно найти необходимое количество врачей. В то же время, при неправильном их применении происходит вытеснение индивидуального подхода. Увлечение психометрикой стало приводить к использованию всевозможных экспресс-методик, а также к дистанционной диагностике, которая в редких случаях может быть неизбежной, но только в виде исключения, а не правила. Между тем, однажды появившись для эпидемиологических, статистических целей, «для чрезвычайных ситуаций», «для труднодоступных районов» и т.п., упрощенные экспресс-методики начали утверждаться в общей практике, – следствием явилось снижение уровня мотивации нового поколения врачей и коренного изменения ценностных оснований, когда врач не опекает конкретного больного, а продает свои стандартные услуги.

В интереснейшей работе Е.Н. Давтян и С.В. Кудря «Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии)» [12] авторы четко определяют значимые ограничения при использовании психометрических методов. В частности, любой опросный инструмент разрабатывается таким образом, что анкетный вопрос существует лишь в совокупности с вариантами ответов на него. Иначе говоря, автор опросного инструмента имеет свое готовое представление об «объективном положении вещей» и выражает его при помощи комплекса «вопрос плюс варианты ответов». В этой ситуации роль больного как участника диалога редуцирована по сравнению с вопросно-ответной коммуникацией «врач – больной» при клинической беседе. Выбирая ответ на анкетный вопрос, больной не создает нового высказывания, не сообщает о том, что беспокоит именно его, он лишь подтверждает (или не подтверждает) определенные знания врача о ситуации больного, заложенные в вопросно-ответном единстве. Следовательно, познавательная ценность вопросов медицинской анкеты зависит от авторского понимания и представления об исследуемой ситуации.

В свете сказанного выше очевидно, что способность МОИ полноценно выполнять диагностическую функцию и заменить в этом смысле клиническую беседу представляется сомнительным. Среди опросников и шкал подавляющее большинство, несомненно, полезны и значимы, без их использования невозможно уже представить современную не только научную, но и практическую психиатрию. Но необходимо помнить, что это важное, но только дополнение клинического метода, что и будет продемонстрировано ниже.

Цель исследования: совершенствование методов суицидологического скрининга, выявление групп риска в студенческой среде.

Задачи:

1. Оценить риск суицидального поведения в студенческой группе путем применения проективной методики.

2. Оценить риск суицидального поведения в студенческой группе путем применения опросника.

3. Сопоставить результаты методик, выявить верифицированные группы риска суицидального поведения.

Материал исследования.

В исследовании, выполненном в октябре 2015 года, приняли участие отобранные случайным способом 312 студентов РостГМУ, всех курсов и факультетов (количество участников было предварительно определено методом расчета должной мощности исследования, с достаточной надежностью экстраполяции полученных данных на генеральную совокупность студентов ВУЗа).

Группу составили 177 девушек и 135 юношей, средний возраст 20,5 лет. Никто из вошедших в исследование студентов не обращался ранее за психологической, психотерапевтической или психиатрической помощью.

Методы:

I. Психометрический.

I. А. Для решения первой задачи исследования выбран тест «Суицидальные наклонности» З. Королевой [13].

Согласно методике, испытуемому предлагалась фигура замысловатой формы, сердцевина которой была закрашена черным. Предлагалось закончить рисунок, придав фигуре завершенность. Для этого нужно было закрасить части фигуры таким образом, чтобы картина понравилась испытуемому.

I. Б. Для решения второй задачи исследования выбран опросник «Шкала безнадежности» А. Веck и соавт. [14].

Методика содержит 20 утверждений, касающихся будущего. Одиннадцать из этих утверждений выражают ощущение безнадежности / пессимизма, как например, «будущее представляется мне мрачным». Остальные девять относятся к противоположной эмоции – ощущению надежды / оптимизма, как например, «я могу ожидать в жизни скорее хороших, чем плохих моментов». При определении итогового показателя уровня безнадежности / пессимизма ответы на «позитивные» утверждения инвертируют.

Интерпретация:

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

II. Статистический. Для обработки полученных данных использована программа Statistica 6.0

Результаты и их обсуждение.

I. А. Данные, полученные при использовании проективной методики (теста «Суицидальные наклонности» З. Королевой).

Согласно интерпретации автора методики (везде сохранена авторская стилистика),

1. Если НИЧЕГО НЕ ЗАКРАШЕНО В ЗАДАННОЙ ФИГУРЕ, она только ОБВЕДЕНА, то это говорит о «железной воле и крепких нервах. Маловероятно, чтобы обследуемый позволил себе поддаться слабости и подумать о самоубийстве, он считает это преступлением по отношению к самому себе, близким людям и окружающему миру»: 28 (9,0%).

2. Если ЗАКРАШЕНО НЕ БОЛЬШЕ ТРЕХ МАЛЕНЬКИХ ЧАСТЕЙ ФИГУРЫ, то «это значит, что при определенных обстоятельствах обследуемый мог бы задуматься о самоубийстве, и если бы все обернулось против него, то, возможно, даже предпринял бы такую попытку. Однако он оптимист по натуре, и поэтому обстоятельства крайне редко кажутся ему ужасными, он всегда видит свет в конце тоннеля»: 101 (32,4%).

3. Если на рисунке ОКАЗАЛОСЬ БОЛЬШЕ ЗАКРАШЕННЫХ, ЧЕМ ПУСТЫХ МЕСТ, то «в данный момент жизни обследуемый пребывает в мрачном расположении. Речь чаще идет о временном состоянии. Этот профиль не ассоциируется с повышением суицидальной опасности»: 89 (28,5%).

4. Если ЗАКРАШЕНА ВСЯ ПРАВАЯ СТОРОНА ФИГУРЫ, то «это говорит о том, что обследуемый зачастую использует свои суицидальные наклонности с выгодой для себя: шантажирует своих близких возможным самоубийством, заставляет их выполнять требования»: 19 (6,1%).

5. Если ПРОДОЛЖЕНО ЗАКРАШИВАНИЕ ЗАДАННОЙ ЧАСТИ ФИГУРЫ, то «подсознательно обследуемый подумывает о смерти, однако внешне суицидальные наклонности не проявляются, они вырвутся наружу только при удобном случае»: 68 (21,8%).

6. Если ЗАКРАШЕНА ВСЯ ЛЕВАЯ СТОРОНА ФИГУРЫ, то «это говорит о душевной ранимости и чрезмерной чувствительности, обследуемый остро воспринимает несправедливость жизни и страдает от этого. Он склонен к суициду, и иной раз единственное, что его останавливает перед решительным шагом – любовь к близким людям. Он не хочет причинять им боль, и поэтому подавляет в себе суицидальные наклонности»: 7 (2,2%).

Итак, если доверять приведенной выше интерпретации, то относительно спокойным в отношении суицидологической опасности можно оставаться в отношении только 9,0% студентов (первый тип выполнения теста), обладающих крепким и устойчивым «антисуицидальным барьером». Около 60% студентов (второй и третий типы выполнения теста) оказались в «серой зоне», характеризующейся незначительным суицидальным риском. Все остальные студенты (около трети анкетированных), тип ответа которых на тест соответствовал четвертому, пятому и шестому вариан-

там, согласно методике, относились к зоне высокой суицидологической опасности.

П.Б. Данные, полученные при использовании опросника «Шкала безнадежности» А. Beck et al. (1974).

Результаты приведены в рис. 1. Учитывая, что распределение полученных результатов (как и следовало ожидать) отличается от нормального, результаты представлены в виде медианы (2,0), интерквартильного размаха (от 1 до 4), минимума (0) и максимума (17).

По понятным причинам особый интерес вызвали случаи, когда уровень безнадежности был более и равен 4 баллам (наличие безнадежности как таковой). Таких случаев обнаружилось 96 (30,8%) – снова треть! На этом этапе, казалось, все складывается логично и гармонично – осталось подтвердить, что эта треть студентов выбрала «неблагоприятные» варианты проективного теста (четвертый, пятый и шестой), и будет понятным алгоритм выявления групп риска для последующей профилактической работы. Но реальность, как всегда, сложнее и объемнее. На рис. 2 представлены характеристики уровня безнадежности в зависимости от варианта выполнения проективного теста (Var 1 – Var 6).

Даже без выполнения статистических расчетов, очевидно, что различий между группами нет (эта мысль все же проверена методом Вилкоксона, подтвердившим отсутствие достоверных отличий между группами). При этом группы существенно отличаются такой характеристикой, как дисперсия.

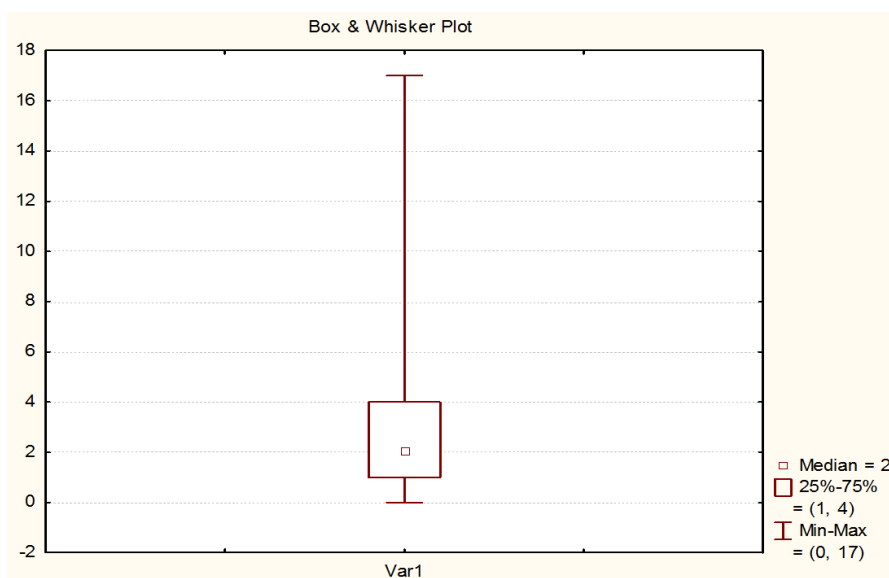


Рис. 1. Результаты применения опросника «Шкала безнадежности» А. Beck и соавт. (1974).

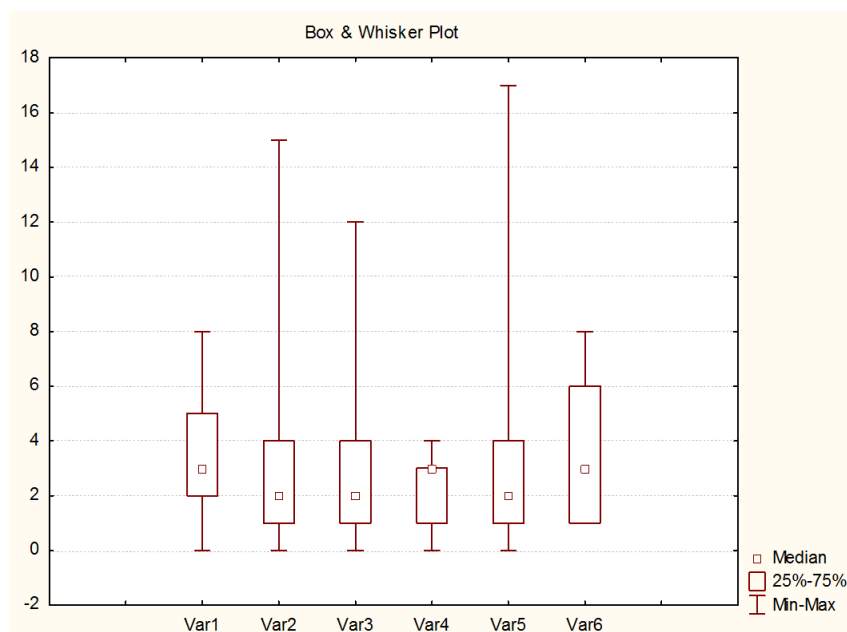


Рис. 2. Характеристики уровня безнадежности в зависимости от варианта выполнения проективного теста (Var 1 – Var 6).

Это позволяет предположить, что нечто интересное можно обнаружить, если рассмотреть тенденции, пусть даже и не приводящие к статистически значимым закономерностям. Так, при изучении доли студентов, уровень безнадежности которых соответствовал 4 баллам и более, в каждом из шести вариантов выполнения проективного теста получены следующие данные (табл. 1).

Из данных, приведенных в таблице, следует, что половина респондентов, выбравших первый вариант выполнения проективного теста, имели значимый уровень безнадежности (а ведь этот вариант интерпретируется как *самый благоприятный*, с наименьшим уровнем суицидальной опасности). Напротив, наименьшая доля (10,0%) респондентов, сообщивших о

безнадежности, отмечается в четвертой группе – по интерпретации проективной методики, это группа с высокой вероятностью демонстративно-шантажной суицидальной активности.

Полученные данные свидетельствуют о рассогласованности двух инструментов – проективной методики и опросника. С одной стороны, это в очередной раз поднимает вопрос о надежности и валидности применяемых инструментов; с другой – подтверждает, что без клинического метода любые подходы к диагностике суицидального поведения остаются ориентировочными, неточными [15, 16]; с третьей – обуславливают необходимость продолжения поиска критериев групп риска суицидального поведения [17, 18].

Таблица 1

Доля студентов, уровень безнадежности которых соответствовал 4 баллам и более

Вариант выполнения проективного теста «Суицидальные наклонности» (Королева З.)	Доля респондентов, уровень безнадежности которых по «Шкале безнадежности» (Beck A. et al.) соответствовал 4 баллам и более
Ничего не закрашено в заданной фигуре, она только обведена (n=28)	14 (50,0%)
Закрашено не более трех маленьких частей фигуры (n=101)	28 (27,7%)
На рисунке больше закрашенных, чем пустых мест (n=89)	29 (32,6%)
Закрашена вся правая сторона фигуры (n=19)	2 (10,5%)
Продолжено закрашивание заданной части фигуры (n=68)	21 (30,9%)
Закрашена вся левая сторона фигуры (n=7)	2 (28,6%)

Выводы:

1. Примененные методики продемонстрировали высокий уровень риска суицидального поведения у трети обследованных.

2. Результаты применения методик разного типа (проективная методика и опросник) не

коррелируют, что поднимает вопрос об их надежности и валидности, требует продолжения исследований, направленных на совершенствование суицидологического скрининга.

Литература:

1. Зотов П.Б., Юшкова О.В., Совков С.В. Суицидальные действия в г. Тюмени (Западная Сибирь) в 2007-2012 гг. // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Том 14, № 1 (73). – С. 124-126.
2. Дурнов А.Н., Тихоненко В.А. Методика обследования суицидентов с помощью «Суицидологической карты». – Москва, 1978. – 219 с.
3. Успенский В.А. Теорема Гёделя о неполноте и четыре дороги, ведущие к ней // Летняя школа «Современная математика». – Дубна, 2007.
4. Ярошевский М.Г. История психологии от античности до середины XX в. – М.: Академия, 1996. – 416 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.: (Серия «Мастера психологии»).
6. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. – М.: Логос, 2013. – 448 С.
7. Бодалев А.А., Столин В.В., Аванесов В.С. Общая психодиагностика. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 440 с.
8. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 320 с. (Серия «Учебник нового века»)
9. Wilson M. Constructing Measures: An Item Response Modeling Approach. – Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 2005. – 228 p.
10. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 680 с.
11. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.
12. Давтян Е.Н., Кудря С.В. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2014. – № 2. – С. 59-64.
13. Королева З. Говорящий рисунок. 100 графических тестов. 2005. – У-Фактория. – 304 с.
14. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale // Journal of consulting and clinical psychology. – 1974. – № 42. – P. 861-865.
15. Чубина С.А., Бобкова Е.Н., Ивашиненко Д.М., Любов Е.Б. Оценка суицидального поведения и риска пациентов персоналом психиатрических учреждений // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 26-27.
16. Зотов П.Б., Уманский М.С. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психотерапии // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Том 14, № 3 (75). – С. 160-161.
17. Юшкова О.В. К вопросу о суицидальной активности больных ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 41-43
18. Харитонов С.В. Неспецифические факторы суицидального риска // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 30-31.

Транслитерация:

- Zotov P.B., Jushkova O.V., Sovkov S.V. Cuicidal'nye dejstvija v g. Tjumeni (Zapadnaja Cibir') v 2007-2012 gg. // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2013. – Tom 14, № 1 (73). – S. 124-126. (In Russ)
- Durnov A.N., Tihonenko V.A. Metodika obsledovanija suicidentov s pomoshh'ju «Suicidologicheskoj karty». – Moskva, 1978. – 219 s. (In Russ)
- Uspenskij V.A. Teorema Gjodelja o nepolnote i chetyre dorogi, vedushhie k nej // Letnjaja shkola «Sovremennaja matematika». – Dubna, 2007. (In Russ)
- Jaroshevskij M.G. Istorija psihologii ot antichnosti do sere diny XX v. – M.: Akademija, 1996. – 416 s. (In Russ)
- Burlachuk L.F., Morozov S.M. Slovar'-spravochnik po psihodiagnostike. – SPb.: Piter Kom, 1999. – 528 s.: (Serija «Mastera psihologii»). (In Russ)
- Savenko Ju.S. Vvedenie v psihiatriju. Kriticheskaja psihopatologija. – M.: Logos, 2013. – 448 S. (In Russ)
- Bodalev A.A., Stolyn V.V., Avanesov V.S. Obshhaja psihodiagnostika. – SPb.: Izd-vo «Rech'», 2000. – 440 s. (In Russ)
- Druzhinin V.N. Jeksperimental'naja psihologija. – SPb: Izdatel'stvo «Piter», 2000. – 320 s. (Serija «Uchebnik novogo veka») (In Russ)
- Wilson M. Constructing Measures: An Item Response Modeling Approach. – Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 2005. – 228 p.
- Burlachuk L.F. Slovar'-spravochnik po psihodiagnostike. 3-e izd. – SPb.: Piter, 2008. – 680 s. (In Russ)
- Anastazi A., Urbina S. Psihologicheskoe testirovanie. – SPb.: Piter, 2001. – 688 s. (In Russ)
- Davtjan E.N., Kudrja S.V. Slovo v zashhitu klinicista (ob ispol'zovanii medicinskih oprosnyh instrumentov v psihiatrii) // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2014. – № 2. – S. 59-64. (In Russ)
- Koroleva Z. Govorjashhij risunok. 100 graficheskikh testov. 2005. – U-Faktorija. – 304 s. (In Russ)
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale // Journal of consulting and clinical psychology. – 1974. – № 42. – P. 861-865.
- Chubina S.A., Bobkova E.N., Ivashinenko D.M., Ljubov E.B. Ocenka suicidal'nogo povedenija i riska pacientov personalom psihiatricheskikh uchrezhdenij // Tyumen medical journal. – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 26-27. (In Russ)
- Zotov P.B., Umanskij M.S. «Vneshnij kljuch» – kak jelement suicidal'noj dinamiki i ob#ekt psihoterapii // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2013. – Tom 14, № 3 (75). – S. 160-161. (In Russ)
- Jushkova O.V. K voprosu o suicidal'noj aktivnosti bol'nyh VICH-infekciej // Academic journal of West Siberia. – 2013. – Vol 9, № 2. – S. 41-43. (In Russ)
- Haritonov S.V. Nespecificheskie faktory suicidal'nogo riska // Tyumen medical journal. – 2013. – Vol 15, № 1. – P. 30-31. (In Russ)

## SUICIDOLOGICAL SCREENING: THE PROBLEM RELATED TO THE USE OF PSYCHOMETRIC SCALES

V.A. Soldatkin, A.Y. Perekhov, M.N. Kryuchkova, Y.V. Viychuzhina, M.A. Dodohova

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

The article is devoted to one of the most common and at the same time most controversial methods of suicidological screening – the psychometric. The article discusses the literature and our own data, based on the diagnostics of 312 students using a questionnaire and projective test. The authors didn't find any correlation between the diagnostics results using scales of different types, which raises the question of their reliability and validity and requires further studies directed to improve the suicidological screening.

*Keywords:* suicidological screening, Z. Koroleva's projective test, A. Beck's scale of hopelessness.

УДК: 314.174:314.484

## О ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

A.B. Короленко, M.B. Морев

ФГБУН «Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук», г. Вологда, Россия

Контактная информация:

Короленко Александра Владимировна – аспирант. Место работы и должность: младший научный сотрудник ФГБУН «Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук». Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-10, e-mail: coretra@yandex.ru

Морев Михаил Владимирович – кандидат экономических наук. Место работы и должность: заведующий лабораторией исследования социальных процессов и эффективности государственного управления ФГБУН «Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук». Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-10, e-mail: 379post@mail.ru

В статье представлены результаты оценки вклада внешних причин смерти в величину ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения России и Вологодской области путём определения элиминированных резервов смертности. Установлено, что внешние причины смерти как в целом по стране, так и в регионе занимают третье место по величине демографических потерь, они «отнимают» от ОПЖ по 1,3 и 1,45 лет соответственно. В Вологодской области внутри класса «внешние причины смерти» по масштабу наносимого продолжительности жизни урона лидируют повреждения с неопределёнными намерениями, самоубийства и транспортные несчастные случаи. Однако существует значительная гендерная и возрастная дифференциация потерь: так, самоубийства и повреждения с неопределёнными намерениями за счёт пика ущерба в молодых возрастах влекут наибольшие демографические и, как следствие, социально-экономические потери.

*Ключевые слова:* внешние причины смерти, самоубийства, демографический ущерб, ожидаемая продолжительность жизни, элиминированные резервы смертности.

Большинство западноевропейских государств за последние полвека продемонстрировали огромные успехи в борьбе с неинфекционными причинами смертности, главным образом, от болезней системы кровообращения, новообразований, внешних причин, болезней органов дыхания и пищеварения, что позволило им поднять планку среднего возраста смерти от данных классов причин, значительно повысить величину ожидаемой продолжительности жизни населения, и тем самым осуществить «вторую эпидемиологическую революцию» [1]. Однако в России, так и не совершившей окончательный эпидемиологического

переход, структура смертности за этот период значительно не поменялась, и неинфекционные причины смерти продолжают занимать в ней лидирующие позиции. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [2] показатели смертности российского населения от неинфекционных заболеваний в нашей стране выше, чем в развитых странах мира в 2–3 раза, от травм – в 4–6 раз (табл. 1).

Интегральной характеристикой процесса смертности во всех возрастах традиционно считается ожидаемая продолжительность жизни населения [3].



Таблица 1

Стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности по причинам смерти в ведущих развитых странах мира, 2012 год (случаев на 100 тыс. чел. населения)

Страна	Все причины	Инфекционные заболевания	Неинфекционные заболевания	Травмы
Мир	790	178	539	73
Россия	967	74	790	103
<i>Экономически развитые страны</i>				
США	488	31	413	44
Дания	458	29	406	23
Германия	410	22	365	23
Великобритания	409	29	359	21
Норвегия	387	25	336	26
Швеция	379	19	333	26
Канада	372	23	318	31
Франция	369	21	313	35
Италия	339	15	304	20
Япония	319	34	244	40

За последние 50 лет в России данный показатель испытывал значительные колебания, и к 2013 году достиг лишь уровня середины 1960-х гг. [4], что на 10 лет ниже аналогичного в развитых государствах (рис. 1). Причём эта разница особенно заметно выражена среди мужского населения. Так, ОПЖ российских мужчин в среднем на 13 лет меньше чем аналогичный показатель в экономически развитых странах (рис. 2). Кроме того, для России характерен крайне высокий гендерный разрыв в величине продолжительности жизни – 11 лет,

тогда как в западных странах он не превышает 4-6 лет.

Существенное отставание нашей страны по величине продолжительности жизни во многом объясняется крайне высоким уровнем смертности населения от болезней системы кровообращения и от внешних причин, что подтверждают результаты исследований ряда отечественных учёных (Вишневский А.Г., Школьников В.М., Андреев Е.М., Харькова Т.Л., Кваша Е.А., Юмагузин В.В. и др.) [5, 6, 7, 8].

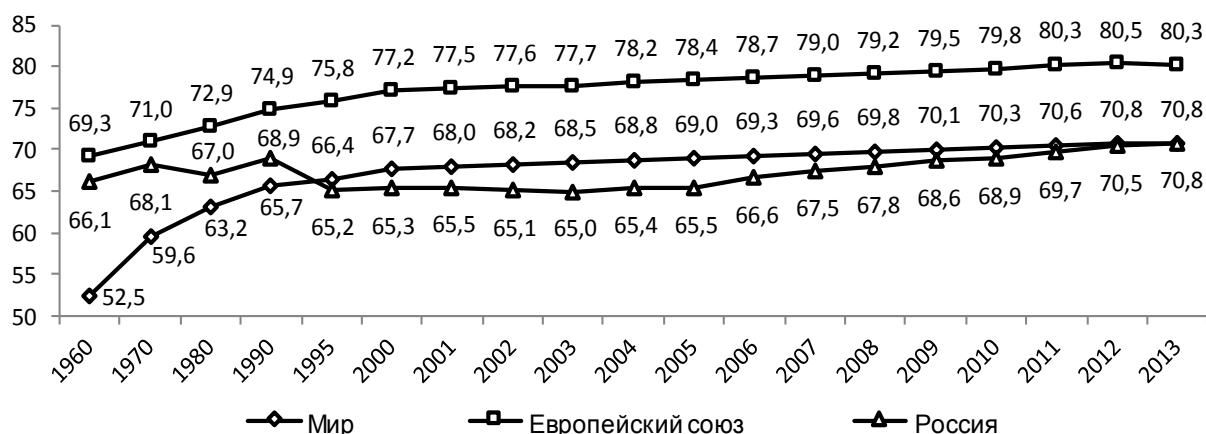


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в мире, странах Евросоюза и России в 1960-2013 гг. (лет).

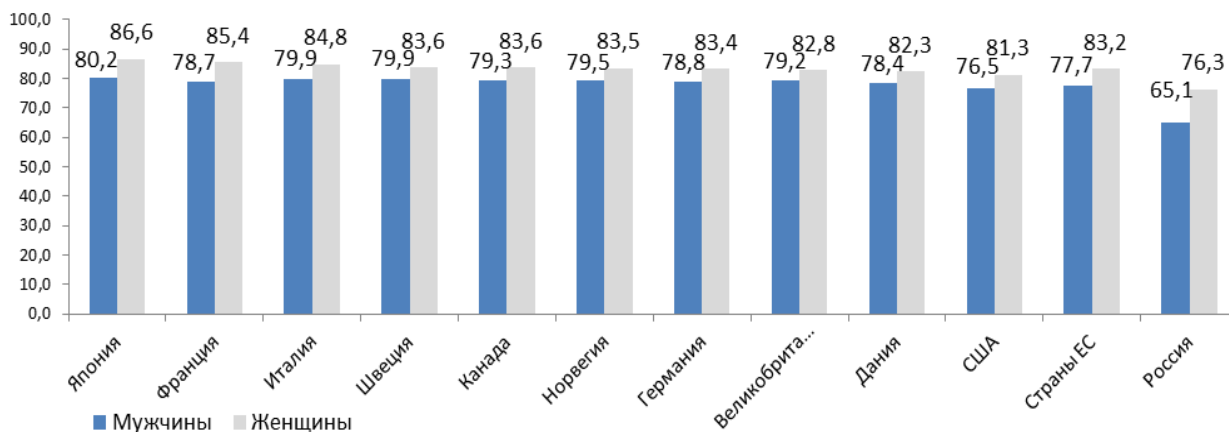


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин в России и развитых странах мира в 2013 году (лет).

Причём ведущую роль в низком уровне продолжительности жизни играет увеличение смертности людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая в 2013 году по сравнению с 1990 годом возросла на 17% (с 7,6 до 8,9 на 1 тыс. чел. соответствующего возраста) [9].

Ожидаемая продолжительность жизни является показателем, отражающим результат действия комплекса разнообразных факторов, определяющих впоследствии длительность человеческой жизни в сложившихся условиях смертности [10]. Поэтому, для понимания степени влияния отдельных причин смерти на продолжительность жизни необходимо изучать структуру смертности населения, исследовать наносимый каждой причиной смерти демографический урон.

Проблему вклада смертности в величину продолжительности жизни населения важно рассматривать не только на международном и общестрановом уровне, но и на региональном. В 2013 году Вологодская область оказалась в числе субъектов Российской Федерации с уровнем общего коэффициента смертности «выше среднего» (15‰) [11], тем самым войдя в своеобразную «группу риска». Кроме того, уровень смертности по ряду классов причин смерти в регионе превышает средний по стране показатель: от болезней органов пищеварения – на 48%, от болезней системы кровообращения – на 28%, от внешних причин – на 18%, от новообразований – на 5%. По последним данным на 2013 год ожидаемая продолжительность жизни населения области составила 69,4 года, что уступает среднему значению по

стране и по регионам Северо-Западного федерального округа (СЗФО) на 1,4 и 1,9 года соответственно. Всё это актуализирует исследование проблемы смертности, её демографических и социально-экономических последствий как на общероссийском, так и на региональном уровне.

В структуре смертности населения обоих полов от наиболее распространённых классов причин в России и Вологодской области ведущее место устойчиво занимают болезни системы кровообращения (более 50% случаев, как среди мужчин, так и среди женщин; табл. 2). На втором месте находятся новообразования, среди мужского населения России и Вологодской области они обуславливают 16 и 15% смертей соответственно, среди женского – 17 и 16% соответственно. Третью позицию в настоящее время удерживают внешние причины смерти (13% смертей среди мужчин страны и региона, 6 и 7% среди женщин соответственно). Особые опасения вызывает тот факт, что стандартизованные коэффициенты смертности мужчин и в целом по России, и в Вологодской области превышают аналогичные у женщин по основным классам причин смерти: от болезней системы кровообращения, новообразований и болезней органов пищеварения – в 2 раза, от внешних причин – в 4 раза, от болезней органов дыхания – в 4 и 5 раз соответственно, от инфекционных заболеваний – в 4 и 5 раз соответственно. С 2000 по 2013 гг. и среди мужского, и среди женского населения значительно возросла смертность от болезней системы пищеварения: в России – на 18 и 31% соответственно, в Вологодской области – на 78 и 63% соответственно.

Таблица 2

Структура смертности населения России и Вологодской области от основных классов причин смерти в 2000 и 2013 гг. (умерших на 100 тыс. чел. населения\*; в % от общего числа умерших)

Классы причин смерти	2000 г.				2013 г.				2013 г. к 2000 г., %	
	Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.	Жен.
	На 100 тыс.	в %	На 100 тыс.	в %	На 100 тыс.	в %	На 100 тыс.	в %		
<i>Российская Федерация</i>										
Все причины	2143,6	100,0	1039,2	100,0	1523,9	100,0	755,0	100,0	71,1	72,7
БСК	1091,8	50,9	641,4	61,7	749,3	49,2	418,1	55,4	68,6	65,2
НО	294,4	13,7	139,8	13,5	248,8	16,3	127,1	16,8	84,5	90,9
ВП	360,5	16,8	83,3	8,0	201,9	13,2	47,1	6,2	56,0	56,5
БОП	63,1	2,9	28,8	2,8	74,2	4,9	37,7	5,0	117,6	130,9
БОД	131,3	6,1	31,9	3,1	80,3	5,3	21,1	2,8	61,2	66,1
ИПЗ	44,7	2,1	8,5	0,8	31,8	2,1	10,5	1,4	71,1	123,5
<i>Вологодская область</i>										
Все причины	2107,8	100,0	1004,6	100,0	1785,4	100,0	803,3	100,0	84,7	80,0
БСК	1081,1	51,3	634,0	63,1	958,0	53,7	489,4	60,9	88,6	77,2
НО	298,5	14,2	126,3	12,6	273,0	15,3	128,5	16,0	91,5	101,7
ВП	391,3	18,6	78,3	7,8	241,9	13,5	55,9	7,0	61,8	71,4
БОП	64,5	3,1	30,1	3,0	114,8	6,4	48,9	6,1	178,0	162,5
БОД	110,0	5,2	22,2	2,2	79,3	4,4	16,2	2,0	72,1	73,0
ИПЗ	17,7	0,8	5,5	0,5	14,8	0,8	3,1	0,4	83,6	56,4

Примечание: \*Стандартизованные коэффициенты смертности. Здесь и далее: БСК – болезни системы кровообращения; НО – новообразования; ВП – внешние причины; БОД – болезни органов дыхания; БОП – болезни органов пищеварения; ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные заболевания.

Среди внешних причин смертности лидируют повреждения с неопределёнными намерениями, самоубийства, транспортные несчастные случаи, убийства и отравления алкоголем – число умерших от них составляет около 70% от общего количества умерших вследствие всех внешних причин (рис. 3). Примечательно, что практически все вышеперечисленные причины смерти (за исключением транспортных несчастных случаев) характеризуют психосоциальное неблагополучие общества.

Факт широкого распространения в России смертности населения от такой внешней причины, как самоубийства, подтверждается мировой статистикой: в 2013 году уровень суицидальной смертности в Российской Федерации составил 20,1 случая на 100 тыс. чел. населения, что хоть и незначительно, но превышает установленный ВОЗ предельно критический показатель (20 случаев на 100 тыс. чел. населения). В Вологодской области уровень суици-

дальной смертности значительно выше общероссийского на 14,4% и составляет 23,0 случая на 100 тыс. чел. населения. Тогда как в развитых странах мира этот показатель в среднем более чем в 2 раза ниже российского (за исключением Японии – 18,5 случая на 100 тыс. чел. населения)<sup>1</sup>.

Особые опасения вызывает высокая доля самоубийств и случайных отравлений алкоголем в общей структуре смертности населения от внешних причин, особенно в Вологодской области, где они выходят на второе (15%) и третье места (10%) соответственно после повреждений с неопределёнными намерениями. Проблема усложняется тем, что уровень суицидальной смертности, регистрируемый официальной статистикой, не в полной мере отражает реальную ситуацию.

<sup>1</sup>Для сравнения: в Италии – 4,8 случая на 100 тыс. населения; в Англии – 6,2; в Дании – 8,9; в Германии – 9,3; в Канаде – 9,9; в США – 11,3 [12].

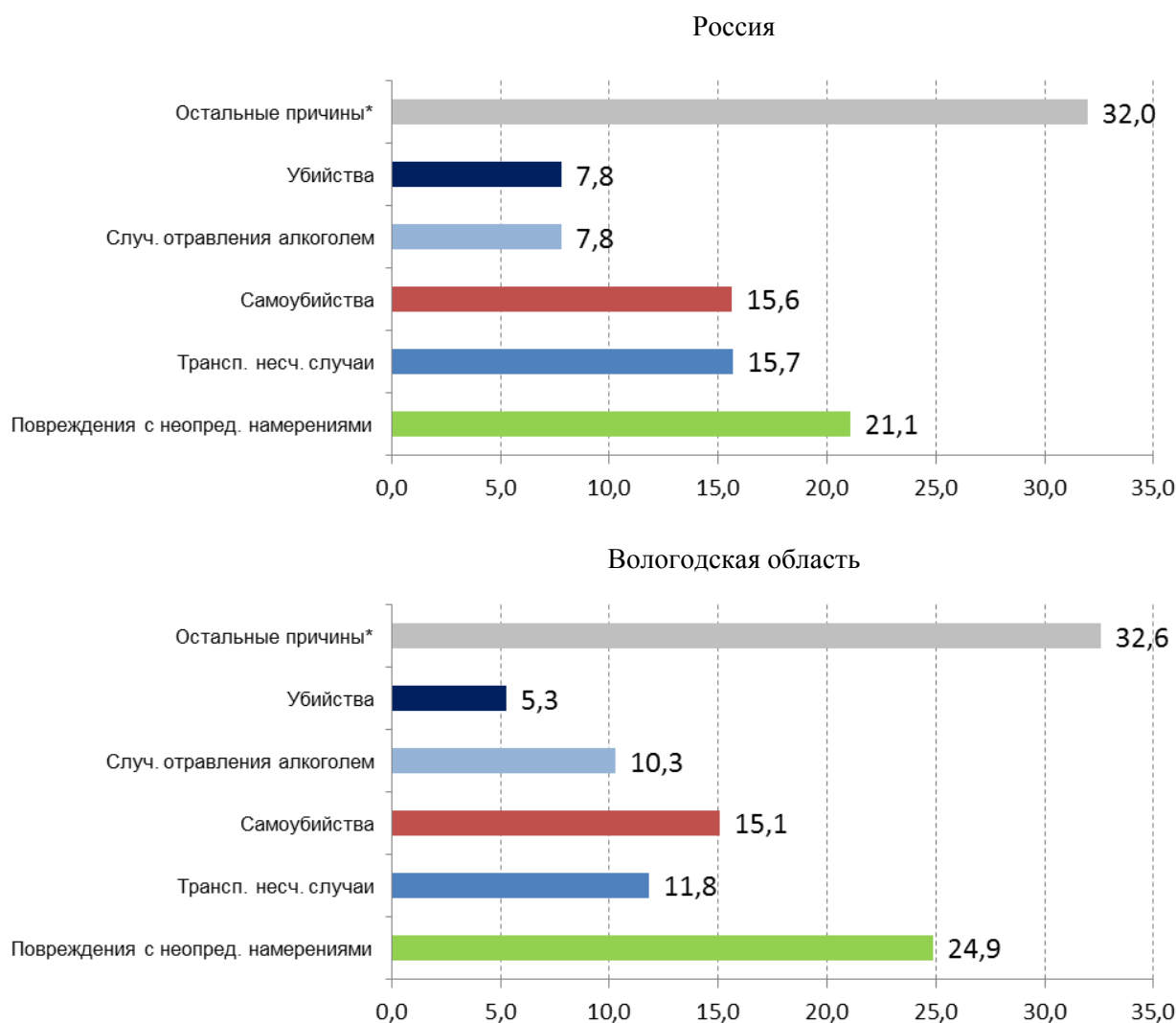


Рис. 3. Структура смертности населения России и Вологодской области от внешних причин в 2013 г. (в % от общего уровня смертности населения вследствие внешних причин смерти).

Примечание: \*Остальные причины включают в себя: другие неуточнённые трансп. несчастные случаи; падения; случ. утопления; случ. удушения; случ. несч. случаи, вызванные воздействием дымом, огнём, пламенем; случ. отравления (без отравления алкоголем); преднамеренные отравления и воздействие алкоголем; отравления с неопред. намерениями.

Этот вопрос всегда оставался актуальным не только для Российской Федерации, но и на международном уровне. Действующая в настоящее время МКБ-10 сформирована таким образом, что среди перечисленных выше внешних причин смертности суициды скрыть легче всего при помощи формулировки «повреждения с неопределёнными намерениями», куда попадают все случаи «когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений» [13]. В блоке причин «повреждения с неопределёнными намерениями» по мнению ряда ис-

следователей сосредоточен основной резервуар размытых причин, не дающих представления даже о случайном или преднамеренном характере происшествия (или успешно его маскирующем) [14].

Цель работы: оценка демографических потерь вследствие смертности населения от внешних причин смерти, в частности, от самоубийств.

Как известно, суицидальное поведение широко распространено среди наиболее молодых, трудоспособных категорий населения [15], в которых сосредоточены большие человеческие и трудовые ресурсы, что вызывает необходимость рассмотрения демографического аспекта данной проблемы, а именно анализа

наносимого смертностью ущерба ожидаемой продолжительности жизни разных возрастных групп населения.

Материалы и методы.

Выбор приоритетных направлений деятельности по снижению смертности и, как следствие, увеличению продолжительности жизни населения связан с адекватной оценкой факторов максимального риска, то есть с необходимостью установления источников наибольших потерь и с тем, на какие группы населения нужно направить усилия, чтобы сократить эти потери [16]. Для оценки демографического ущерба нами были проанализированы потери продолжительности человеческой жизни по методике расчёта таблиц смертности или таблиц ОПЖ [17] и элиминированных резервов смертности [10].

Таблицы ОПЖ являются эмпирической моделью типа и параметров смертности населения, существующих на определённую календарную дату. Они показывают, как вымирало бы некоторое гипотетическое поколение одновременно родившихся людей при условии сохранения на протяжении всей жизни этого поколения повозрастных показателей смертности на том же уровне, который имел место на дату составления таблицы. Таким образом, таблицы ОПЖ представляют собой математическую модель процесса естественного убывания поколения сверстников с возрастом.

Суть методики состоит в последовательном измерении 8-ми показателей для каждой возрастной категории:

1. Показатель смертности ( $m_x$ ). Повозрастной коэффициент смертности, отражающий сколько умерших приходится на каждого человека популяции в возрасте  $x$ :

$$m_x = D_x \div P_x \quad (1)$$

где  $D_x$  – число умерших в возрасте  $x$  за изучаемый год;  $P_x$  – среднегодовая численность популяции в возрасте  $x$ .

2. Вероятность умереть от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $q_x$ ). Расчет производится по формуле Паевского:

$$q_x = 1 - e^{-\sigma m x} \quad (2)$$

где  $e$  – основание натурального логарифма ( $e = 2,718282$ );  $r$  – ширина возрастного интервала (лет). Для последнего возрастного интервала  $q_x = 1$  из соображения, что все поколение должно вымереть.

3. Вероятность дожить от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $p_x$ ):

$$p_x = 1 - q_x \quad (3)$$

Для последнего возрастного интервала  $p_x = 0$ .

4. Порядок вымирания гипотетического поколения новорожденных ( $l_x$ ). Показывает, сколько лиц из первоначальной совокупности ( $l_0 = 100000$  новорожденных) доживет до возраста  $x$  при условии сохранения повозрастной структуры смертности  $m_x$  на протяжении всей жизни.

$$l_{x+r} = l_x \times p_x \quad (4)$$

5. Число умерших гипотетического поколения от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $d_x$ ).

$$d_x = q_x \times l_x = l_x - l_{x+r} \quad (5)$$

Для последнего возрастного интервала  $d_x = l_x$  из предположения, что все поколение должно вымереть.

6. Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста  $x$  до следующего возрастного интервала ( $L_x$ ).

$$L_x = (l_x + l_{x+r}) \times r \div 2 \quad (6)$$

Для последней возрастной группы применяется формула:

$$L_x = k \times l_x \quad (7)$$

где  $k$  – коэффициент, представляющий собой эмпирически рассчитанную среднюю продолжительность жизни для крайних возрастных групп.

7. Число человеко-лет, прожитых гипотетическим поколением от возраста  $x$  до смерти ( $T_x$ ). Представляет собой сумму  $L_x$  от возраста  $x$  и старше:

$$T_x = \sum_x^{\omega} L_x \quad (8)$$

где  $\sum$  – знак суммы;  $\omega$  – предельный возраст.

8. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте  $x$  ( $e_x$ ).

$$e_x = T_x \div l_x \quad (9)$$

Для определения вклада каждой отдельной причины смерти в предстоящую продолжительность жизни населения нами были произведены расчёты элиминированных резервов смертности для разных возрастных групп [10], которые представляют собой разницу между показателями ОПЖ, рассчитанными по общим коэффициентам смертности, и рассчитанными

по коэффициентам смертности без учёта изучаемой причины. Вычисления производятся в три этапа:

1. Расчёт показателя смертности при условии исключения в возрасте  $x$  числа умерших от изучаемой причины:

$$m_{ex} = (D_x - D_{ex}) \quad (10)$$

где  $D_{ex}$  – число умерших от изучаемой причины в возрасте  $x$ .

2. Расчёт таблицы ОПЖ по показателям смертности без учёта изучаемой величины –  $e_{ex}$  (алгоритм см. выше). (1–9)

3. Расчёт элиминированных резервов смертности ( $\Delta e_{ex}$ ):

$$\Delta e_{ex} = e_x - e_{ex} \quad (11)$$

Результаты и обсуждение.

Для понимания вклада внешних причин смерти в величину продолжительности жизни для начала рассмотрим потери от наиболее крупных классов причин смерти.

Произведённые вычисления таблиц ОПЖ и элиминированных резервов смертности показали, что на первом месте по уровню наносимых потерь ожидаемой продолжительности жизни населения обоих полов для всех возрастных когорт России и Вологодской области находятся болезни системы кровообращения (рис. 4). В совокупности от предстоящей продолжительности жизни у населения страны они «отнимают» 14 лет, тогда как в регионе эти потери значительно выше и составляют 22 года. Пик ущерба от данного класса причин в целом по России приходится на возраст 45-49 и 50-54 лет (по 14,44 года соответственно), тогда как в Вологодской области на самые старшие

возрастные группы – 85 лет и старше (24,05 года; табл. 3).

Вторую позицию по величине ущерба ОПЖ занимают новообразования: вследствие смертности от них россияне в среднем теряют 1,9 года от предстоящей жизни, жители Вологодской области – 1,8 года. Максимальные потери от обусловленной ими смертности наблюдаются в младших возрастных группах (1-4 лет): в целом для населения страны они составляют 2,39 года, для населения Вологодской области – 2,26 года.

Третье место по величине ущерба принадлежит внешним причинам смерти: в России их вклад в снижение продолжительности достигает 1,3 года, тогда как в Вологодской области он ещё выше – 1,5 года. Наибольший урон ОПЖ вследствие смертности от внешних причин у населения отмечается в младших возрастах: в целом по стране – в возрасте до 1 года (2,61 года), в регионе – в возрастной группе 1-4 лет (2,86 года).

При рассмотрении масштабов демографического ущерба, наносимого смертностью вследствие внешних причин, крайне важно учитывать не только возрастную, но и гендерный профиль. Исследование вклада отдельных внешних причин смерти в величину ОПЖ в гендерном разрезе позволило выявить существенную разницу в структуре демографических потерь мужчин и женщин. Рассматривать их удобно на примере Вологодской области, так как региональная статистика содержит всю необходимую информацию о смертности населения обоих полов в разрезе пятилетних возрастных групп, что позволяет проводить наиболее полный и глубокий анализ.

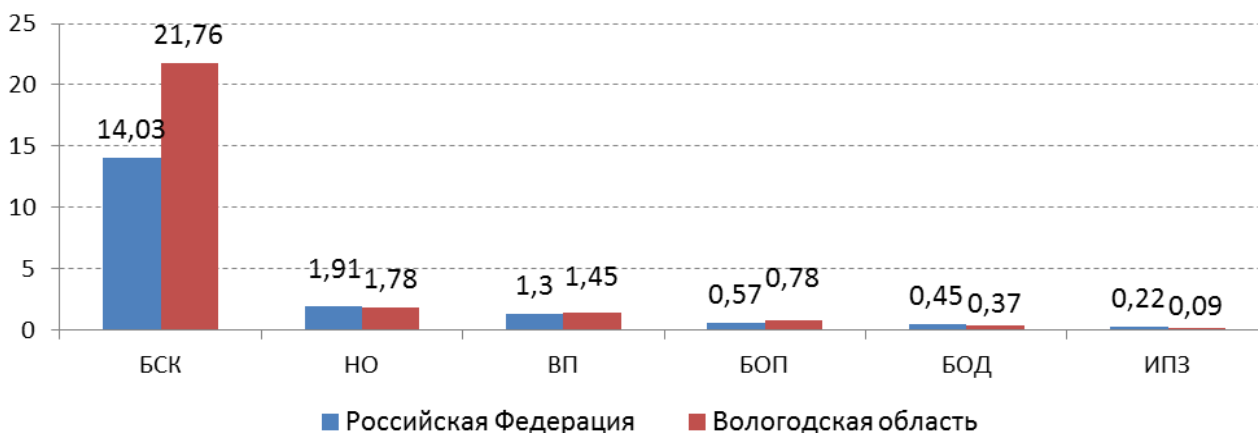


Рис. 4. Структура общих потерь ОПЖ вследствие смертности населения от основных классов причин смерти в России и Вологодской области в 2013 году (лет).

Примечание: рассчитано авторами на основе данных о возрастных показателях смертности Росстата и Вологдастата.

Вклад смертности от основных классов причин смерти в ОПЖ населения России и Вологодской области разных возрастных групп в 2013 году (лет)

Возрастные группы (лет)	ОПЖ	Элиминированные резервы смертности (лет)					
		БСК	ВП	НО	БОП	БОД	ИПЗ
<i>Российская Федерация</i>							
До 1 года	70,85	13,81	2,61	2,37	0,82	0,64	0,45
1-4	70,43	13,91	2,60	2,39	0,83	0,61	0,44
5-9	66,55	13,93	2,56	2,38	0,83	0,60	0,43
10-14	61,63	13,95	2,53	2,37	0,83	0,60	0,43
15-19	56,71	13,96	2,48	2,36	0,83	0,59	0,43
20-24	51,92	14,00	2,33	2,36	0,83	0,59	0,43
25-29	47,28	14,07	2,08	2,36	0,83	0,59	0,41
30-34	42,82	14,17	1,79	2,36	0,81	0,57	0,37
35-39	38,60	14,29	1,46	2,37	0,75	0,55	0,27
40-44	34,48	14,39	1,16	2,36	0,68	0,51	0,18
45-49	30,38	14,44	0,91	2,31	0,60	0,48	0,13
50-54	26,41	14,44	0,68	2,22	0,52	0,44	0,09
55-59	22,62	14,43	0,49	2,05	0,44	0,40	0,06
60-64	19,07	14,38	0,34	1,80	0,36	0,36	0,04
65-69	15,83	14,26	0,23	1,46	0,28	0,31	0,02
70-74	12,68	14,12	0,17	1,10	0,22	0,27	0,01
75-79	9,95	13,75	0,12	0,76	0,17	0,22	0,01
80-84	7,51	13,20	0,09	0,50	0,13	0,17	0,01
85 и старше	5,84	13,07	0,07	0,35	0,11	0,14	0,00
<i>Вологодская область</i>							
До 1 года	69,35	20,07	2,85	2,25	1,21	0,58	0,17
1-4	69,05	20,28	2,86	2,26	1,22	0,54	0,17
5-9	65,19	20,31	2,81	2,25	1,21	0,53	0,16
10-14	60,25	20,33	2,77	2,25	1,21	0,51	0,16
15-19	55,36	20,36	2,70	2,25	1,22	0,51	0,16
20-24	50,51	20,38	2,63	2,24	1,22	0,50	0,16
25-29	45,89	20,51	2,36	2,24	1,22	0,50	0,15
30-34	41,39	20,69	2,05	2,24	1,18	0,49	0,13
35-39	37,08	20,94	1,72	2,24	1,08	0,45	0,10
40-44	32,85	21,22	1,43	2,22	0,94	0,42	0,08
45-49	28,86	21,54	1,09	2,16	0,77	0,40	0,07
50-54	25,05	21,81	0,80	2,07	0,63	0,37	0,05
55-59	21,45	22,80	0,53	1,93	0,51	0,32	0,03
60-64	18,14	23,08	0,36	1,69	0,34	0,27	0,02
65-69	15,03	23,38	0,24	1,37	0,22	0,23	0,01
70-74	11,95	23,80	0,16	0,96	0,19	0,18	0,01
75-79	9,32	23,99	0,10	0,64	0,16	0,13	0,00
80-84	7,01	23,90	0,07	0,39	0,12	0,09	0,00
85 и старше	5,38	24,05	0,05	0,26	0,10	0,07	0,00

Примечание: рассчитано авторами на основе данных о возрастных показателях смертности Росстата и Вологдастата.

Из таблицы 4 видно, что по величине ущерба у мужчин в возрастных когортах до 70 лет и у женщин до 80 лет лидирует смертность от повреждений с неопределёнными намерениями, пик ущерба от которой у мужчин приходится на 5-14 лет, у женщин – на группу до 1 года (табл. 4).

Самоубийства занимают второе место по размерам потерь продолжительности жизни

среди мужчин в возрасте до 70 лет, после 70 лет эта причина смерти выходит на лидирующую позицию. Тогда как среди женского населения в возрастных группах до 70 лет на втором месте располагаются транспортные несчастные случаи. Максимальные демографические потери от самоубийств у обоих полов наблюдаются в молодых возрастных группах до 19 лет.

Вклад отдельных внешних причин смерти в величину ожидаемой продолжительности жизни населения разных возрастных групп (лет)

Возрастные группы (лет)	ОПЖ	Элиминированные резервы смертности от:						
		ВП	Среди них:					
			ПНН	СБ	ТНС	ДТП	СОА	УБ
Мужчины								
До 1 года	63,16	3,81	0,95	0,54	0,45	0,29	0,33	0,21
1-4	62,91	3,82	0,95	0,55	0,45	0,30	0,33	0,20
5-9	59,06	3,78	0,96	0,55	0,45	0,30	0,34	0,20
10-14	54,14	3,75	0,96	0,55	0,45	0,30	0,34	0,20
15-19	49,29	3,66	0,94	0,55	0,44	0,29	0,34	0,20
20-24	44,45	3,56	0,90	0,53	0,41	0,27	0,34	0,20
25-29	39,97	3,18	0,82	0,47	0,35	0,24	0,33	0,17
30-34	35,63	2,74	0,72	0,39	0,25	0,17	0,31	0,15
35-39	31,54	2,29	0,59	0,34	0,17	0,13	0,27	0,12
40-44	27,54	1,89	0,47	0,28	0,15	0,10	0,26	0,08
45-49	23,81	1,44	0,36	0,21	0,09	0,07	0,21	0,06
50-54	20,32	1,08	0,25	0,15	0,07	0,05	0,15	0,04
55-59	17,21	0,71	0,19	0,10	0,05	0,03	0,09	0,01
60-64	14,38	0,49	0,13	0,09	0,03	0,02	0,05	0,00
65-69	11,86	0,34	0,10	0,08	0,03	0,02	0,03	0,00
70-74	9,43	0,24	0,07	0,08	0,02	0,02	0,01	0,00
75-79	7,59	0,15	0,04	0,07	0,01	0,01	0,01	0,00
80-84	5,82	0,11	0,03	0,05	0,01	0,01	0,00	0,00
85 и старше	4,59	0,10	0,03	0,04	0,02	0,02	0,00	0,00
Среднее	-	1,95	0,50	0,30	0,21	0,14	0,20	0,10
Женщины								
До 1 года	75,67	1,37	0,24	0,20	0,25	0,20	0,11	0,08
1-4	75,30	1,36	0,23	0,20	0,25	0,20	0,11	0,08
5-9	71,41	1,30	0,22	0,20	0,23	0,18	0,11	0,08
10-14	66,46	1,27	0,22	0,20	0,21	0,17	0,11	0,08
15-19	61,52	1,22	0,21	0,20	0,21	0,17	0,11	0,08
20-24	56,64	1,18	0,21	0,18	0,20	0,16	0,11	0,08
25-29	51,82	1,07	0,21	0,14	0,17	0,13	0,11	0,07
30-34	47,10	0,96	0,19	0,12	0,15	0,12	0,10	0,06
35-39	42,43	0,83	0,18	0,09	0,13	0,09	0,10	0,04
40-44	37,87	0,70	0,15	0,08	0,11	0,08	0,08	0,03
45-49	33,48	0,53	0,13	0,04	0,08	0,05	0,04	0,02
50-54	29,17	0,38	0,09	0,03	0,06	0,04	0,03	0,02
55-59	24,87	0,27	0,05	0,02	0,05	0,03	0,02	0,01
60-64	20,90	0,20	0,05	0,02	0,04	0,02	0,01	0,01
65-69	17,06	0,13	0,04	0,01	0,02	0,01	0,00	0,01
70-74	13,28	0,10	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
75-79	10,05	0,07	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
80-84	7,39	0,05	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
85 и старше	5,56	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Среднее	-	0,69	0,13	0,09	0,12	0,09	0,06	0,04

Здесь и далее: ВП – внешние причины, ПНН – повреждения с неопределёнными намерениями, СБ – самоубийства, ТНС – трансп. несчастные случаи, ДТП – дорожно-транспортные происшествия, СОА – случайные отравления алкоголем, УБ – убийства.

При этом, стоит отметить, что ущерб вследствие мужских самоубийств выше, чем вследствие женских более чем в 3 раза. Говоря о вкладе отдельных причин смерти в величину продолжительности жизни населения, следует

оценивать и удельный вес обусловленных ими потерь в общем демографическом ущербе от класса «внешние причины» отдельно для каждой возрастной группы населения.



Таблица 5

Доля потерь от отдельных причин смерти в общем объёме потерь вследствие смертности населения Вологодской области от внешних причин в 2013 г.

Возрастные группы (лет)	ОПЖ (лет)	Элиминированные резервы смертности (в %):						
		ВП	Среди них:					
			ПНН	СБ	ТНС	ДТП	СОА	УБ
Мужчины								
До 1 года	63,16	100	24,9	14,2	11,8	7,6	8,7	5,5
1-4	62,91	100	24,9	14,4	11,8	7,9	8,6	5,2
5-9	59,06	100	25,4	14,6	11,9	7,9	9,0	5,3
10-14	54,14	100	25,6	14,7	12,0	8,0	9,1	5,3
15-19	49,29	100	25,7	15,0	12,0	7,9	9,3	5,5
20-24	44,45	100	25,3	14,9	11,5	7,6	9,6	5,6
25-29	39,97	100	25,8	14,8	11,0	7,5	10,4	5,3
30-34	35,63	100	26,3	14,2	9,1	6,2	11,3	5,5
35-39	31,54	100	25,8	14,8	7,4	5,7	11,8	5,2
40-44	27,54	100	24,9	14,8	7,9	5,3	13,8	4,2
45-49	23,81	100	25,0	14,6	6,3	4,9	14,6	4,2
50-54	20,32	100	23,1	13,9	6,5	4,6	13,9	3,7
55-59	17,21	100	26,8	14,1	7,0	4,2	12,7	1,4
60-64	14,38	100	26,5	18,4	6,1	4,1	10,2	0,0
65-69	11,86	100	29,4	23,5	8,8	5,9	8,8	0,0
70-74	9,43	100	29,2	33,3	8,3	8,3	4,2	0,0
75-79	7,59	100	26,7	46,7	6,7	6,7	6,7	0,0
80-84	5,82	100	27,3	45,5	9,1	9,1	0,0	0,0
85 и старше	4,59	100	30,0	40,0	20,0	20,0	0,0	0,0
Среднее	-	100	25,6	15,4	10,8	7,2	10,3	5,1
Женщины								
До 1 года	75,67	100	17,5	14,6	18,2	14,6	8,0	5,8
1-4	75,30	100	16,9	14,7	18,4	14,7	8,1	5,9
5-9	71,41	100	16,9	15,4	17,7	13,8	8,5	6,2
10-14	66,46	100	17,3	15,7	16,5	13,4	8,7	6,3
15-19	61,52	100	17,2	16,4	17,2	13,9	9,0	6,6
20-24	56,64	100	17,8	15,3	16,9	13,6	9,3	6,8
25-29	51,82	100	19,6	13,1	15,9	12,1	10,3	6,5
30-34	47,10	100	19,8	12,5	15,6	12,5	10,4	6,3
35-39	42,43	100	21,7	10,8	15,7	10,8	12,0	4,8
40-44	37,87	100	21,4	11,4	15,7	11,4	11,4	4,3
45-49	33,48	100	24,5	7,5	15,1	9,4	7,5	3,8
50-54	29,17	100	23,7	7,9	15,8	10,5	7,9	5,3
55-59	24,87	100	18,5	7,4	18,5	11,1	7,4	3,7
60-64	20,90	100	25,0	10,0	20,0	10,0	5,0	5,0
65-69	17,06	100	30,8	7,7	15,4	7,7	0,0	7,7
70-74	13,28	100	30,0	10,0	10,0	0,0	0,0	10,0
75-79	10,05	100	28,6	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0
80-84	7,39	100	20,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0
85 и старше	5,56	100	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Среднее	-	100	18,8	13,0	17,4	13,0	8,7	5,8

Так, среди мужского населения доля потерь от повреждений с неопределёнными намерениями среди всех внешних причин в среднем составляет 25,6%, при этом наибольшего значения она достигает в старшей возрастной когорте (табл. 5). Среди женского населения удельный вес данной причины ниже

– 18,8%, причём максимальное его значение характерно также для возраста 85 лет и старше. Потери продолжительности жизни от самоубийств среди мужчин в среднем составляют 15,4% от общего ущерба вследствие внешних причин, у женщин – 13%.

Отношение элиминированных резервов смертности к ОПЖ населения Вологодской области разных возрастных групп в 2013 г. (в %)

Возрастные группы (лет)	ОПЖ (лет)	Отношение ЭРС к ОПЖ в %						
		ВП	Среди них:					
			ПНН	СБ	ТНС	ДТП	СОА	УБ
Мужчины								
До 1 года	63,16	6,03	1,51	0,86	0,71	0,46	0,52	0,33
1-4	62,91	6,07	1,52	0,87	0,72	0,47	0,53	0,32
5-9	59,06	6,40	1,62	0,93	0,77	0,50	0,57	0,34
10-14	54,14	6,92	1,77	1,02	0,84	0,55	0,62	0,37
15-19	49,29	7,43	1,91	1,12	0,89	0,59	0,68	0,41
20-24	44,45	8,01	2,03	1,20	0,93	0,60	0,76	0,46
25-29	39,97	7,97	2,04	1,18	0,87	0,59	0,83	0,44
30-34	35,63	7,70	2,01	1,09	0,69	0,48	0,87	0,41
35-39	31,54	7,25	1,87	1,07	0,55	0,41	0,87	0,39
40-44	27,54	6,87	1,72	1,01	0,53	0,38	0,94	0,29
45-49	23,81	6,06	1,49	0,88	0,38	0,28	0,86	0,23
50-54	20,32	5,32	1,25	0,76	0,36	0,26	0,72	0,19
55-59	17,21	4,10	1,09	0,59	0,28	0,18	0,50	0,06
60-64	14,38	3,40	0,92	0,62	0,23	0,17	0,35	0,02
65-69	11,86	2,85	0,81	0,67	0,25	0,21	0,26	0,03
70-74	9,43	2,51	0,78	0,85	0,22	0,19	0,15	0,05
75-79	7,59	1,94	0,47	0,90	0,14	0,14	0,11	0,04
80-84	5,82	1,87	0,54	0,91	0,14	0,14	0,00	0,00
85 и старше	4,59	2,24	0,55	0,92	0,37	0,37	0,00	0,00
Среднее	-	5,31	1,36	0,92	0,52	0,37	0,53	0,23
Женщины								
До 1 года	75,67	1,81	0,32	0,27	0,33	0,26	0,15	0,10
1-4	75,30	1,81	0,31	0,27	0,34	0,27	0,15	0,10
5-9	71,41	1,82	0,31	0,29	0,33	0,25	0,16	0,11
10-14	66,46	1,91	0,33	0,31	0,32	0,26	0,17	0,11
15-19	61,52	1,99	0,34	0,33	0,35	0,28	0,18	0,12
20-24	56,64	2,09	0,37	0,32	0,36	0,28	0,20	0,14
25-29	51,82	2,07	0,41	0,27	0,32	0,25	0,21	0,13
30-34	47,10	2,04	0,41	0,25	0,31	0,25	0,22	0,12
35-39	42,43	1,96	0,41	0,22	0,30	0,22	0,23	0,10
40-44	37,87	1,84	0,38	0,20	0,29	0,20	0,20	0,09
45-49	33,48	1,59	0,38	0,13	0,23	0,15	0,13	0,06
50-54	29,17	1,29	0,29	0,12	0,21	0,14	0,10	0,05
55-59	24,87	1,10	0,22	0,08	0,19	0,11	0,08	0,04
60-64	20,90	0,94	0,22	0,09	0,18	0,10	0,06	0,02
65-69	17,06	0,78	0,23	0,08	0,13	0,04	0,02	0,03
70-74	13,28	0,78	0,26	0,06	0,10	0,03	0,00	0,04
75-79	10,05	0,69	0,22	0,06	0,09	0,05	0,00	0,05
80-84	7,39	0,69	0,17	0,11	0,11	0,06	0,00	0,05
85 и старше	5,56	0,59	0,17	0,13	0,08	0,04	0,00	0,00
Среднее	-	1,46	0,30	0,19	0,24	0,17	0,12	0,08

Максимальная доля потерь от суицидов у мужского населения наблюдается в возрастной группе 75-79 лет (46,7%), у женщин – 85 лет и старше (33,3%).

Ещё одним немаловажным индикатором, отражающим степень влияния смертности от конкретной причины на резерв продолжительности жизни, может служить отношение элиминированных резервов смертности от данной причины к ОПЖ, выраженное в процентах [10]:

$$O_{ex} = \frac{(\Delta e_x)}{e_x} \times 100\% \quad (12)$$

где  $e_x$  – ожидаемая продолжительность жизни (9).

$\Delta e_x$  – элиминированные резервы смертности (11).

Данный показатель, с одной стороны, позволяет выявить насколько сократится ожидаемая продолжительность жизни населения в каждой возрастной группе от конкретной причины смерти, а, с другой, долю лиц определённого возраста гипотетического поколения сверстников, которые умрут от рассматриваемой причины на протяжении оставшейся жизни.

Произведённые расчёты показали, что среди населения обоих полов наибольший ущерб продолжительности жизни внешние причины смерти наносят в молодом возрасте – 20-24 лет (8% среди мужчин, 2% среди женщин; табл. 6). В свою очередь повреждения с неопределёнными намерениями максимально сокращают

ОПЖ у мужчин в 25-29 лет, у женщин – в 25-39 лет, тогда как самоубийства в более молодых возрастах: у мужчин – в 20-24 года, у женщин – в 15-19 лет.

Выводы.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что одним из ресурсов повышения продолжительности жизни населения как страны в целом, так и региона, в частности, может служить снижение смертности от внешних причин смерти. При анализе демографического урона, наносимого отдельными видами внешних причин, необходимо учитывать гендерную и возрастную специфику в величине потерь ОПЖ. Так, самоубийства и повреждения с неопределёнными намерениями за счёт пика ущерба в молодых возрастах, в когорте трудоспособного населения, влекут наибольшие демографические и, как следствие, социально-экономические потери. Как известно, экономические потери от преждевременной смерти в связи с самоубийствами превышают таковые от иных внешних причин и сравнимы с потерями вследствие злокачественных новообразований и ишемической болезни сердца (ИБС) [18].

Данные о масштабах потерь продолжительности жизни следует использовать в качестве целевых индикаторов при разработке федеральных и региональных программных и концептуально-стратегических документов, затрагивающих вопросы сохранения и укрепления здоровья населения, в том числе снижения его преждевременной смертности.

Литература:

1. Вишневский А.Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция // Демографическое обозрение. – 2014. – № 4. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--4/150227447.html>
2. World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72–87.
3. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
4. Население России: демографические итоги 2013 года: краткий доклад // Демографическое обозрение. – 2014. – № 3. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--3/143746230.html>
5. Демографическая модернизация России. 1900-2000 / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Новое издательство, 2006. – 608 с.
6. Кваша Е.А., Харькова Т.Л. Ожидаемая продолжительность жизни взрослого населения в регионах России в последнее десятилетие // Вопросы статистики. – 2011. – № 8. – С. 26-41.

Транслитерация:

- Vishnevskij A.G. Smernost' v Rossii: nesostojavshajasja vtoraia jepidemiologicheskaja revo-ljucija // Demograficheskoe obozrenie. – 2014. – № 4. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--4/150227447.html> (In Russ)
- World Health Statistic 2014. – World Health Organization, 2014. – P. 72–87.
- Shabunova A.A. Zdorov'e naselenija v Rossii: sostojanie i dinamika. – Vologda: ISJeRT RAN, 2010. – 408 s. (In Russ)
- Naselenie Rossii: demograficheskie itogi 2013 goda: kratkij doklad // Demograficheskoe obozrenie. – 2014. – № 3. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--3/143746230.html> (In Russ)
- Demograficheskaja modernizacija Rossii. 1900-2000 / pod red. A.G. Vishnevskogo. – M.: Novoe izdatel'stvo, 2006. – 608 s. (In Russ)
- Kvasha E.A., Har'kova T.L. Ozhidaemaja prodolzhitel'nost' zhizni vzroslogo naselenija v re-gionah Rossii v poslednee desjatiletie // Voprosy statistiki. – 2011. – № 8. – S. 26-41. (In Russ)

7. Школьников В.М., Андреев Е.М., Макки М. и др. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. – 2014. – № 2. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--2/137663852.html>
8. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка вклада внешних причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в России в 1990-2010 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 28 (6). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/445/30/lang.ru/>
9. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение в России. Что надо делать. – 2-е изд. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.
10. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Антипов В.В. Заболеваемость населения: методы изучения. – Минск, 2000. – 23 с.
11. Короленко А.В. Динамика смертности населения России в контексте концепции эпидемиологического перехода // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 40 (4). – С. 192 – 210.
12. World Health Organization. Mental Health. – URL: [http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/mental\\_health/suicide\\_rates/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/mental_health/suicide_rates/atlas.html)
13. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ 10). – URL: <http://mkb-10.com/>
14. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семёнова В.Г. и др. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 4. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/27/lang.ru/>
15. Морев М.В., Любов Е.Б. Социально-экономический ущерб вследствие смертности населения от самоубийств // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 6 (18). – С. 119-130.
16. Коровицын Б.А., Куклин А.А., Никулина Н.Л. Ущерб от основных причин смертности для субъектов Российской Федерации и оценка приоритетов по увеличению продолжительности жизни // Народонаселение. – 2014. – № 3. – С. 42-56.
17. Борисов В.А. Демография. – М.: NOTABENE, 2001. – 272 с.
18. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3 (8). – С. 3-9.
- Shkol'nikov V.M., Andreev E.M., Makki M. i dr. Rost prodolzhitel'nosti zhizni v Rossii 2000-h godov // Demograficheskoe obozrenie. – 2014. – № 2. – URL: <http://demreview.hse.ru/2014--2/137663852.html> (In Russ)
- Jumaguzin V.V., Vinnik M.V. Ocenka vklada vneshnih prichin smerti v izmenenie ozhidae-moj prodolzhitel'nosti zhizni v Rossii v 1990-2010 gg. // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. – 2012. – № 28 (6). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/445/30/lang.ru/> (In Russ)
- Ulumbekova G.Je. Zdravoohranenie v Rossii. Chto nado delat'. – 2-e izd. – M.: GJeOTAR-Media, 2015. – 704 s. (In Russ)
- Val'chuk Je.A., Gulickaja N.I., Antipov V.V. Zabolevaemost' naselenija: metody izuchenija. – Minsk, 2000. – 23 s. (In Russ)
- Korolenko A.V. Dinamika smertnosti naselenija Rossii v kontekste koncepcii jepidemio-logicheskogo perehoda // Jekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz. – 2015. – № 40 (4). – S. 192 – 210. (In Russ)
- World Health Organization. Mental Health. – URL: [http://gamapserv.who.int/gho/interactive\\_charts/mental\\_health/suicide\\_rates/atlas.html](http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/mental_health/suicide_rates/atlas.html)
- Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej 10-go peresmotra (MKB 10). – URL: <http://mkb-10.com/> (In Russ)
- Ivanova A.E., Sabgajda T.P., Semjonova V.G. i dr. Faktory iskazhenija struktury prichin smerti trudospособного naselenija Rossii // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. – 2013. – № 4. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/27/lang.ru/> (In Russ)
- Morev M.V., Ljubov E.B. Social'no-jekonomicheskij ushherb vsledstvie smertnosti nasele-nija ot samoubijstv // Jekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz. – 2011. – № 6 (18). – S. 119-130. (In Russ)
- Korobicyn B.A., Kuklin A.A., Nikulina N.L. Ushherb ot osnovnyh prichin smertnosti dlja sub#ektov Rossijskoj Federacii i ocenka prioritetov po uvelicheniju prodolzhitel'no-sti zhizni // Narodonaselenie. – 2014. – № 3. – S. 42-56. (In Russ)
- Borisov V.A. Demografija. – M.: NOTABENE, 2001. – 272 s. (In Russ)
- Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation // Suicidology. – 2012. – № 3 (8). – P. 3-9. (In Russ)

## ABOUT THE CONSEQUENCES OF DEMOGRAPHIC SUICIDE DEATHS

A. V. Korolenko, M. V. Morev

Institute of socio-economic development of territories of Russian academy of sciences, Vologda, Russia

The article presents the results of estimating the contribution of external causes of death in the value of life expectancy in Russia and Vologda region by determining eliminated reserves of mortality. It was found that the external causes of death in the whole country and in the region are on the third position by size of demographic losses, they “take away” from life expectancy of 1.3 and 1.45 years respectively. Injuries of undetermined intent, suicide and transport accidents within the class “external causes of death” lead on the value of damage caused to life expectancy in Vologda region. However, there is significant gender and age differentiation of losses: for example, suicide and injuries of undetermined intent due to the peak of the damage at young ages involve the most demographic and, as a consequence, the socio-economic losses.

*Keywords:* external causes of death, suicide, demographic damage, life expectancy, eliminated reserves of mortality.

УДК: 616.89-008

## **ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ЖЕЛАНИЕ ОБРАЩЕНИЯ К СПЕЦИАЛИСТУ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

*А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Н.Л. Меринов*

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, г. Рязань, Россия  
ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, Россия

Контактная информация:

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, e-mail: merinovalex@gmail.com

Меденцева Татьяна Александровна – студентка шестого курса ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: tatiana\_medentseva@mail.ru

Меринов Николай Львович – заведующий амбулаторным отделением ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д. 55. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: nikmerinov@gmail.com

Работа посвящена значению желания обратиться к специалисту в области психического здоровья (даже без конкретной причины – «просто ради интереса»), для суицидологической практики. Исследована группа молодых девушек, ответивших на данное утверждение в предлагаемом опроснике положительно, но никогда ранее за подобным пособием не обращавшихся. Поскольку в нашей стране обращение к психиатру или психотерапевту, по-прежнему, остается значимым стигматизирующим фактором, данные «фантазии» и желания молодых людей, взрослым окружением, в том числе, профильными специалистами часто рассматриваются как неважные, либо открыто демонстративные. Тем не менее, результаты настоящего исследования достаточно убедительно демонстрируют, что респондентки изучаемой группы имеют заметно более высокий суицидальный потенциал. Данный факт говорит в пользу того, что положительный ответ на этот вопрос является весьма настораживающим моментом, часто «предманифестным» указанием на возможные серьезные проблемы. Данный вопрос, несмотря на кажущуюся его «легковесность», целесообразно использовать в скрининговых исследованиях, как в суицидологической практике, так и при прочих исследованиях юношей и девушек, касающихся их психо-эмоционального состояния.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, скрининг аутоагрессивного поведения, желание обращения к психиатру, психологу.

Вопрос обращения за помощью к специалисту в области психического здоровья в нашей стране, к сожалению, так и не стал для большинства россиян «простым и заурядным», а точнее, не столь субъективно и объективно стигматизирующим обращающегося [1, 2]. Многие наши пациенты годами обдумывали эту возможность, даже необходимость, но, к сожалению, очень часто обращались позже, чем следовало, а в ряде случаев – обратиться уже не могли, – по причине собственной смерти. В 2015 году подавляющее большинство наших граждан продолжает справляться со своими душевными страданиями в «кругу друзей и знакомых», посредством алкоголя, прочих ПАВ, а также – самостоятельно назначенных психотропных препаратов. Кроме того, в

последнее время – в бесконечных форумах и социальных сетях «для так и не обратившихся» или «первично субъективно неудачно обратившихся», протекающих под девизом: психиатрия – Зло.

Однако в данном вопросе есть и еще один аспект. Отношение наших близких, прочего окружения к самой перспективе обращения родственника или знакомого к такого рода специалисту. Нам неоднократно встречались случаи, когда родители, узнав о подобном желании подростка, начинали всячески отговаривать его от этого. Из последующих бесед, в частности, с родителями подростков, совершивших суицидальные попытки, нам становилось известным, что подобное желание нередко расценивалось как «блажь», как каприз или

проявление какой-то слабости. Впрочем, с другой стороны, большинство родителей, в уже очевидном пресуицидальном статусе, продолжало отказываться от мысли о необходимости вмешательства специалиста. Результаты такого подхода хорошо известны.

Данный вопрос, помещенный много лет назад в наш собственный опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов, у многих специалистов, часто вызывал улыбку и непонимание его необходимости, особенно при анонимных скрининговых опросах респондентов. С обесцениванием его клиническо-диагностического значения мы сталкивались неоднократно. Чаще всего приходилось слышать следующие слова: «Вот если факт обращения к психиатру – это, несомненно, значимо, а какое-то, не до конца, оформленное желание обратиться – это пустое... Мало ли кому что в голову придёт?» Особенно в случаях работы с подростками, девушками и юношами. «Им просто интересно и необычно – вот и вся причина положительных ответов на этот недоиндикатор». А еще модно среди молодежи стало про это говорить, начитались журнала *Psychologies*.

Таким образом, целью исследования являлась оценка влияния положительного ответа на вопрос: «Хотели бы Вы обратиться к психиатру, психотерапевту или психологу» на суицидологический и личностно - психологический профиль респондентов.

Важность этого исследования диктуется особенностями работы психиатрической службы вообще и суицидологической, в частности. Речь идет о сложностях «доклинической» диагностики, в нашем случае, высокого аутоагрессивного потенциала молодых девушек. Повторимся – сам факт обращения к данным специалистам является практически неоспоримым предиктором более высокого риска суицидального поведения. Однако для нас не секрет, что желание обращения, даже очень серьезное, в непосредственное обращение превращается далеко не всегда. А значит «классическая» формулировка вопроса: «Обращались ли Вы...», вполне возможно, является недостаточно широкой, снижающей выявляемость лиц, нуждающихся в специфических профилактических мероприятиях.

Исходя из поставленной цели, главной задачей исследования был поиск значимых отличий в суицидологическом «профиле» между

группами девушек, заинтересованных и незаинтересованных в обращении к специалистам в области психического здоровья.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 224 девушки (студентки медицинского ВУЗа), у которых было выявлено желание обратиться за помощью к *специалисту в области психического здоровья* (СПЗ). Средний возраст обследуемых составил  $20,73 \pm 1,21$  года. В качестве контрольной группы использованы студентки, у которых данного желания не возникало – в количестве 478 человек. Возраст респонденток составил  $20,92 \pm 1,42$  года. Обе группы были сопоставимы по прочим социально-демографическим показателям и были набраны в результате сплошного опроса девушек-студенток медицинского ВУЗа за последние три календарных года.

Важно отметить, что вопрос по поводу желания обращения формулировался максимально недирективно, без привязки к конкретному времени возможного посещения специалиста. Отметим, что конкретную причину возможного обращения указало менее 1/5 обследованных, остальные «возможные» поводы, скорее, укладывались в формулировку «интересно», «узнать о себе больше» и пр. То есть, на первый взгляд, не имели диагностического значения, а, в лучшем случае, отражали «тлеющую», бессознательную некомфортность, либо здоровый интерес.

Критерием исключения из исследуемой группы являлся факт обращения к психиатру, психотерапевту или психологу в прошлом, а также непосредственное обращение к врачу-исследователю как к специалисту, сразу после анкетирования (что расценивалось нами как «созревшее» желание, реализовавшееся в обращение после десенсибилизации и дестигматизации клиента).

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, а также «Шкала родительских предписаний» [3], широко используемая в рамках транзакционного анализа.

Для решения поставленной задачи было произведено «фронтальное» сравнение всех

изучаемых признаков в подгруппах (суицидологических, личностно-психологических).

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

Результаты и их обсуждение.

Рассмотрим представленность и «тропность» аутоагрессивных паттернов, их предикторов в изучаемой группе. Достоверно значимые отличия отражены в табл. 1.

Из данных, представленных в таблице 1, следует, что между изученными группами имеется значительное количество серьезных отличий. Прежде всего, обращает на себя внимание, что классические суицидальные паттерны – суицидальные попытки и мысли, в значительно

чаще (в два и более раза) обнаруживались у девушек, имеющих потенциальное желание обращения к СПЗ. Данный факт, является настораживающим сам по себе, однако, учитывая дизайн исследования, можно логично предположить, что данная находка может являться как причиной, так и следствием изучаемого «желания обращения». В любом случае, рассматриваемые индикаторы находятся в той или иной значимой зависимости друг от друга, что доказывает серьезность вкладываемого смысла респондентами в ответ на задаваемый вопрос.

Также обращает на себя внимание, явное преобладание несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой группе, что демонстрирует нам интенсивность «непрямого», менее неодозного и, зачастую, социально приемлемого пути реализации антивитаальных импульсов.

Таблица 1

Сравнение представленности аутоагрессивных паттернов и их предикторов среди девушек, имеющих и не имеющих желание обратиться к специалисту в области психического здоровья

Признак	Желающие обратиться к СПЗ, %	Не желающие обратиться к СПЗ, %	P<
Классические суицидальные паттерны			
Суицидальная попытка в анамнезе	12,9	4,6	0,001
Суицидальные мысли в анамнезе	37,9	18,4	0,001
Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны			
Субъективная оценка себя, как злоупотребляющего алкоголем	16,1	5,9	0,05
Эпизодическое употребление наркотических препаратов	18,8	6,9	0,001
Склонность к неоправданному риску	26,8	17,4	0,01
Предикторы аутоагрессивного поведения			
Частое переживание вины	46,8	30,9	0,001
Навязчивое чувство стыда	30,4	18,0	0,001
Депрессивные эпизоды в анамнезе	64,3	40,0	0,01
Моменты безысходности	56,3	28,9	0,001
Стыд своего тела	66,1	44,6	0,01
Наличие комплекса неполноценности	52,7	28,7	0,001
Отсутствие смысла в жизни	18,8	6,3	0,001
Длительные угрызения совести	50,4	25,7	0,001
Склонность к перееданию или отказу от пищи	68,3	33,7	0,001
Субъективная оценка собственной личности как излишне агрессивной	51,8	27,4	0,001

Профили родительских посланий и механизмов психологических защит у девушек, имеющих и не имеющих желание обратиться к психиатру, психотерапевту или психологу

Признак	Желающие обратиться к СПЗ	Не желающие обратиться к СПЗ	P<
Специфика родительских посланий			
Не будь ребёнком	20,6±7,14	17,59±6,26	0,001
Не будь значимым	19,33±7,57	16,2±6,79	0,001
Не будь нормальным	15,69±5,98	12,05±5,59	0,001
Преобладающие механизмы психологических защит			
Вытеснение	3,38±1,89	2,88±1,87	0,01
Проекция	8,65±2,79	4,01±2,88	0,003

Это, прежде всего, касалось частоты аддиктивного поведения: «субъективно значимого» злоупотребления алкоголем и употребления наркотических веществ, что, как известно, может являться как самостоятельным направлением реализации аутоагрессии, так и в значительной мере способствовать осуществлению прямых суицидальных действий [4, 5]. Кроме того, респондентки изучаемой группы чаще были склонны к неоправданному риску, у них же преобладали опасные для жизни хобби.

Что касается предикторов аутоагрессивного поведения, то они «расположились» весьма предсказуемо. Девушки, имеющие желание обратиться к СПЗ, значительно чаще испытывали затяжные чувство стыда, вины и безысходности, значительно чаще испытывали длительные угрызения совести. Их так же характеризует преобладание депрессивных реакций, отсутствие смысла жизни, что в совокупности позволяет говорить о присутствии в группе прогностически самых неблагоприятных в суицидологической практике предрасполагающих эмоциональных состояний. Кроме того, значимые отличия обнаруживались и в отношении переживания собственной неполноценности, сомнений в своей привлекательности, что нередко сопровождалось нарушением приема пищи. Все вышеперечисленное указывает на гораздо более неблагоприятный антивитальный фон в группе.

Данные, касающиеся лично - психологических характеристик респонденток изучаемой группы, приведены в табл. 2.

При оценке шкалы предписаний обнаружены весьма специфические профили родительских посланий. Группы достоверно отличались в отношении посланий «Не будь зна-

чим», «Не будь ребёнком» и «Не будь нормальным» [7].

Высокая активность первых двух посланий объясняется тем, что родители в этом случае часто обесценивали желания ребёнка и «рано» формировали его взрослость. Вариантами возникновения этого комплекса являются сочетание психологических посылов: «Не проси того, чего ты хочешь, будь взрослым». Родителями игнорируется желание обращения ребёнка за помощью по поводу своего душевного состояния: «Ты уже взрослый – не жалуйся и научись решать свои проблемы сам».

Хорошо известно, что подобная модель хороша, когда Эго ребёнка в достаточной степени зрелое [6, 7]. В противном случае, это один из путей формирования депрессивно-закрытой, брошенной жизненной позиции. Желание же «маломотивированного» обращения к СПЗ является завуалированной попыткой разблокировки, закрытого родителями канала эмоциональной разгрузки – возможности иметь слабости и проблемы, жаловаться, получать помощь.

Еще одно «проклятие», обратившее на себя внимание – «Не будь нормальным». Оно может иметь высокую активность, если родителями поощряется неадекватное, ненормальное поведение ребёнка [6, 7]. Например, умиляются его истерикам. Возможно, именно из-за этой позиции взрослые не придают должного значения малейшим нарушениям в психике ребёнка, даже взрослого. Обычно, вследствие этого подросток рано или поздно придёт к тому, что не все станут терпеть его неадекватное поведение и возникнут негативные отношения в коллективе, его окружающем. Это положение вполне соответствует обнаруженному нами



комплексу предикторов аутоагрессивного поведения: более частой склонностью респондентов к депрессивным реакциям, безысходности, сформированному комплексу неполноценности. И, как логичное продолжение – «фантазии» по поводу обращения к СПЗ, которые символически и реально способны решить имеющиеся душевные проблемы.

Анализируя преобладающие механизмы психологической защиты, мы обнаружили, что у девушек, желающих обратиться за помощью к СПЗ, преобладают такие механизмы, как «Вытеснение» и «Проекция».

Первый механизм является наиболее универсальным способом избавления от внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания неприятной информации. Таким образом, обнаруживаемые нами реминисценции по поводу желаний обращения к СПЗ, вероятно, отражают желание «выхода» респондентками за пределы действия защитного механизма, способного решить вытесняемые проблемы, а не прятаться от них.

Проекция же, в данном контексте, может быть следствием вытеснения. Она позволяет человеку оправдывать многие свои поступки, в частности, избыточную гетероагрессивность, химические и нехимические аддикции.

Выводы:

1. Девушки, имеющие желание обратиться за помощью к специалисту в области психического здоровья, являются группой с заметно более высоким аутоагрессивным потенциалом. Это касается значительно более частого обнаружения у них суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, а так же большего количества предикторов саморазрушающего поведения.

2. Их личностно-психологический профиль является конгруэнтным обнаруженному антивитальному потенциалу, что в совокупности позволяет говорить о высокой диагностической значимости рассматриваемого вопроса для суицидологической практики. Мы считаем, что при отсутствии указаний на обращение к СПЗ в прошлом, целесообразно выяснять «сте-

пень» интереса клиента к подобному обращению в будущем и настоящем посредством «мягких», уточняющих формулировок.

3. Мы не имеем возможности оценить соотношение потенциально желающих обратиться к числу «созревших» для этого, либо уже обратившихся. Безусловно, число первых несоизмеримо больше. И их активное выявление в ряде случаев, как показывает опыт нашего анкетирования, позволяет перевести дремлющее, «боящееся» желание в актуальное. Тем не менее, респондентки ответившие на вопрос положительно, но, после этого, не обратившиеся за консультацией – представляют собой весьма «горячую» в плане психиатрического неблагополучия группу, заслуживающую внимания и дальнейшего изучения.

4. Можно констатировать, что вопрос выяснения желаний обращения к СПЗ значительнее и важнее, чем можно было предположить. «Заигрывание» с психиатрическими и околопсихиатрическими темами, в том числе, возможным обращением – может означать многое и, ни в коем случае, не должно обесцениваться, как специалистами, так и родителями. Своим сознательным или бессознательным желанием не знать этого, вероятно, мы закрываем глаза на еще не возникшие проблемы, стараемся не говорить о возможной «плохой ситуации», надеясь на авось: не коснется, переболеет и пр. К сожалению, варианты развития событий могут быть не в нашу пользу.

5. Обесценивание этого вопроса может быть фатальной, в ряде случаев, непоправимой ошибкой. Это, в нашем случае, касается превентивной суицидологии. Однако постановка вопроса относится ко всей психиатрической и наркологической практике.

6. Желание обращения за помощью к специалисту в области психического здоровья может быть пригодно для скрининга больших юношеских групп. Подобный скрининг способен помочь значительно улучшить состояния психического здоровья подрастающего поколения, а также уменьшить количество совершённых суицидов в данной возрастной группе.

Транслитерация:

Литература:

1. Руженкова В.В. Некоторые аспекты стигматизации суицидентов специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 15, № 1. – С. 17-18.
2. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. Представления общества о больных депрессией и суициде // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. – № 6. – С. 24-25.

- Ruzhenkova V.V. Nekotorye aspekty stigmatizacii suicidentov specialistami, uchastvujushhimi v okazanii psihiatricheskoj pomoshhi // Tyumen medical journal. – 2014. – Vol. 15, № 1. – P. 17-18. (In Russ)
- Nosachev G.N., Dubickaja E.A. Predstavlenija obshhestva o bol'nyh depressiej i suicide // Academic journal of West Siberia. – 2009. – № 6. – P. 24-25. (In Russ)

3. Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
  4. Зотов П.Б., Уманский С.М., Михайловская Н.В. Некоторые аспекты смертности и суицидального поведения больных наркоманией // Наркология. – 2003. – № 12. – С. 32-34.
  5. Бочкарёва И.Ю., Кривулин Е.Н., Бецков А.С. Оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 21.
  6. Berne E. What Do You Say after You Say Hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
  7. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to transactional analysis. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.
- Drego P. The cultural parent // Transactional analysis journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
- Zotov P.B., Umanskiy S.M., Mihajlovskaja N.V. Nekotorye aspekty smertnosti i suicidal'nogo povedenija bol'nyh narkomaniej // Narkologija. – 2003. – № 12. – S. 32-34. (In Russ)
- Bochkarjova I.Ju., Krivulin E.N., Beckov A.S. Ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Tyumen medical journal. – 2012. – № 2. – P. 21. (In Russ)
- Berne E. What Do You Say after You Say Hello? – N.Y.: Grove Press, 1972. – 318 p.
- Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to transactional analysis. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.

#### POTENTIAL DESIRE ACCESS TO A SPECIALIST IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: IMPLICATIONS FOR PRACTICE SUICIDOLOGICAL

*A.V. Merinov, T.A. Medentseva, N.L. Merinov*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia  
Odintsovo drug dispensary, Odintsovo, Russia

The work is devoted to the importance of the desire to consult a specialist in mental health (even without a specific reason – "just for fun"), for suicidological practice. Studied a group of young women that have responded to this statement proposed in the questionnaire is positive, but never before such allowance is not applied. Since in our country the treatment of a psychiatrist or psychotherapist, still remains a highly stigmatizing factor, these fantasies and desires of young people, adults and the environment, including special experts are often considered as unimportant or openly demonstrative. Nevertheless, our results conclusively demonstrate that the respondents of the study group have significantly higher suicidal potential. This fact speaks in favour of a positive answer to this question is rather what is disturbing, often "premanifest" indicating a possible serious problem. This question, despite its seeming "lightness", it is appropriate to use in screening studies as suicidological in practice and in other studies of young boys and girls regarding their psycho-emotional state.

*Keywords:* wives of men with alcohol dependence, autoaggression, suicidal behaviour.

---

УДК: 616.89-008.44

#### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*С.А. Чубина, Е.Б. Любов, А.Н. Куликов*

Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева, г. Тула, Россия  
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия

---

Контактная информация:

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт. Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Телефон: (4876) 74-18-82, e-mail: sonyaost@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Куликов Алексей Николаевич – младший научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: aleks144@hotmail.com

Проведен динамический эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области в призме социально-экономического развития региона и доступности медицинской и специализированной (суицидологической) помощи.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, региональный уровень, суицидологические службы.

Для научно доказательного обоснования необходимости развития местной суицидологической службы и программы предупреждения суицидального поведения (СП) важен клинико-эпидемиологический анализ в основе объективизации социально-экономического бремени СП, выделения групп-мишеней первоочередных целевых лечебно - профилактических мероприятий [1, 2, 3, 4] и прогноза необходимого и достаточного ресурсообеспечения службы [5, 6]. Регионы РФ отличны в социально-экономическом и этно-культуральном аспектах [7, 8], по развитости и доступности общемедицинских, психиатрических и суицидологических служб и, как следствие, уровням СП [2, 6], особо (до двух порядков), на местном уровне, что отражено региональным бременем суицидов [5, 9].

Тульская область (ТО) по численности населения (состояние на 01.01.2014 г.) соответствовала 30-му месту в РФ, пятому – в Центральном Федеральном округе (ЦФО) (здесь и далее – данные Росстата [8]); удельный вес горожан растет при запустевании сел. Тульская область – «самый пожилой регион России», но лишь по доле пенсионеров по старости (27%) при среднем возрасте жителя 43 года (в РФ – 39, в ЦФО – 41): туляка – 39 года, тулячки – 46 лет и одной из самой низкой в ЦФО продолжительности жизни – 68,9 лет, мужчин – 62,7 года, женщин – 75,1 год (в среднем по РФ – 69,8 года, в среднем по ЦФО – 71,2 года).

Хотя Тульская область – «крепкий середняк»: 39-е место по среднему душевому доходу населения в рейтинге 81 субъектов РФ, ее социально-демографические проблемы усугублены взаимосвязанными факторами: упадком экономики малых и средних городов, многолетней убылью лиц трудоспособного возраста (с 2010 г на 25000, или почти 3% возрастной группы) за счет смертности (особо селян), превышающей втрое низкую рождаемость, оттока молодежи в притягательно-близкую Москву. Половозрастной состав предопределяет проблемы воспроизводства населения, социального развития ТО. Мало доступны и развиты социальные услуги «верхних этажей» (квалифицированная медпомощь) при дефиците бюджета. Каждый десятый туляк погибает от внешних причин [10]. Основной вклад в сокращение жизни лиц трудоспособного возраста вносит смертность от внешних причин (транспортные несчастные случаи, опои, убийства, самоубий-

ства – второе место в ранжире), составившей в 2011 г.– 144,4, 2012 г. – 151,0, 2013 г. – 142,6 (здесь и далее – на 100000 населения).

В ЦФО с усредненным уровнем суицидов (УС) 13,0 (здесь и далее в 2013 г.) «высокий» (по градации ВОЗ) уровень (>20) в четырех областях, «средний» (10-20) – в двенадцати, включая ТО (15,7); «низкий» (<10) – лишь в Рязанской области (6,7) и Москве (4,7). Однако есть и хорошие новости: в ходе Программы «Улучшение демографической ситуации и поддержка семей, воспитывающих детей, в Тульской области» в 2014 г. достигнут или перевыполнен ряд плановых демографических индикаторов: так, сокращен темп убыли населения (0,5%, ниже планового показателя 0,76%) за счет сокращения смертности населения; ожидаемая продолжительность жизни составит 69,8 года.

ТО административно разделена на 24 района (рис. 1). Расстояние до ОКПБ, монополиста оказания стационарной психиатрической помощи, не более – 150 км.

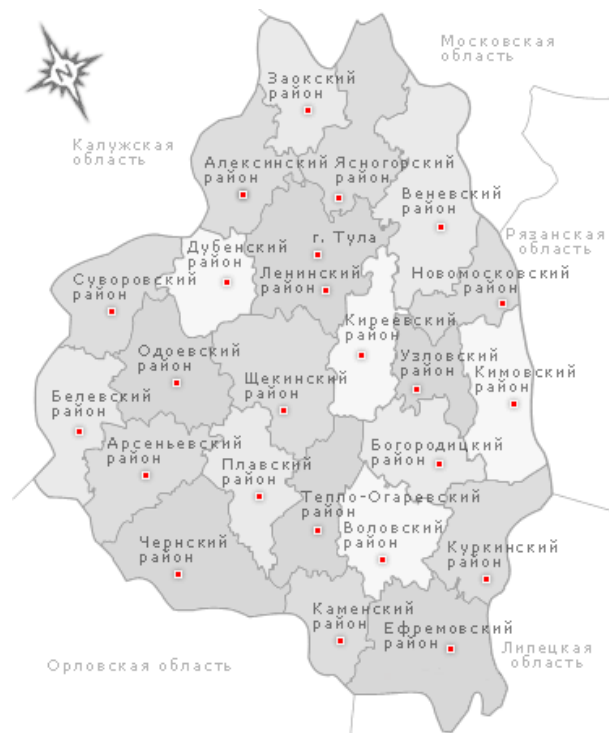


Рис. 1. Административная карта ТО.

Согласно Приказу МЗ РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», на базе ОКПБ с 2010 г. развернут кризисный центр, объединившего отделение телефона доверия (круглосуточную линию об-

служивают психиатры без тематического усовершенствования) и кабинет социально-психологической помощи. Бесплатная помощь доступна лишь жителям столицы Области.

Цель исследования: определение эпидемиологических, социально-демографических и клинических характеристик СП (суицидальных попыток и суицидов) жителей ТО при сопоставлении различных статистических источников.

Материалы и методы: сравнительный клинико-эпидемиологический анализ СП в области в 2013 г. по данным Росстата, центра медицины катастроф (ЦМК) и Тульской ОКПБ. Статистическая обработка материала осуществлена с помощью пакета STATISTICA 10.

Результаты исследования.

Поступательное снижение УС в ТО: в 2011 г. 17,2, в 2012 г. – 15,8, в 2013 г. – 15,7 соответствует таковому в целом в РФ и ЦФО. Среди 239 жертв суицида (0,015% населения ТО) большую часть (77,4%) составили мужчины (в РФ 82,7%, ЦФО – 81,8%), тогда как их доля в населении ТО – 45% (в РФ 46%). ТО по темпам урбанизации опережает среднероссийские показатели (77% горожан), но УС селян и горожан близки (16,5 и 15,4) в отличие от РФ и ЦФО, где УС селян выше вдвое и более (32,4 и 15,7; 21,6 и 11,1 соответственно).

Наибольший УС, многократно превышающий усредненный в ТО, в Куркинском (56,0), Одоевском – (38,2) и Ясногорском (29,0) районах. Удаленность первого района от ПБ 127 км, кабинета психиатра нет. Максимальный уровень суицидальных попыток в Узловском (63,8) и Новомосковском (62,9) районах, курируемых психиатром и находящиеся от ПБ на расстоянии около 50 км. В 7 районах (постоянный психиатр отсутствует) из 24 – суицидальные попытки не зарегистрированы, два района из семи на расстоянии более 40 км, два – более 60 км, три – более 100 км. Соотношение суицидов женщин и мужчин среди селян – 1:5, среди горожан – 1:3 (в РФ – 1:5,5 и 1:4; ЦФО – 1:6 и 1:4 соответственно). Характерная для УС именно в РФ [2] «двугорбая» кривая с первым пиком частоты в 20-40 лет (рис. 2), определяющим львиную долю экономических потерь суицидальной смертности [9], отличается от представляющей возрастное распределение населения (рис. 3).

УС в трудоспособном возрасте (с 16 лет до 60 и 55 лет у мужчин и женщин соответствен-

но) многократно превышает усредненный по ТО: 20-29 лет (39,5); 30-39 лет (40,4), 40-49 лет (34,5). На этот период приходится 65,3% всех суицидов при 57,8% трудоспособных в населении; соотношение мужчин и женщин 5:1, то есть выше, чем при учете всего возрастного диапазона СП. Лица трудоспособного возраста определяют 70,3% «мужских суицидов». Однако наибольший УС (45,4) в 70-79 лет (в РФ и ЦФО уровень суицидов максимален у пожилых > 80 лет – 65,9 и 47,2 соответственно), согласно общемировому тренду. Соотношение покончивших с собой мужчин и женщин сравнивается: 1,5:1 (1:3 в возрастной группе). УС подростков (< 17 лет), резонансных, благодаря СМИ [11, 12], 7,7, или 0,0077% (вдвое меньше, чем в ТО в целом); на них приходится не более 7% группы жертв суицида при 17,1% доле подростков в населении.

У < 1/2 (44%) жертв суицида зарегистрирован брак, как и в области в целом (47%), у 1/3 (32%) высшее или среднее профессиональное образование (в области 56%); 42% были пенсионерами по возрасту или болезни (в РФ – 10%), 24% – безработные (в РФ, ЦФО и ТО – 5,5; 3,3 и 4,7% соответственно). Алкогольное опьянение отмечено у 6,4%, хотя > 40% самоубийств в РФ связаны со спиртным [13].

Среди способов самоубийств мужчин и женщин лидируют требующие подготовки и решимости и более типичные для первых [14] самоповешения (82,1 и 72% соответственно); «женский способ» самоотравления [15] избрали 12% тулячек и 1,7% туляков.

585 человек (48,4% мужчин и 51,6% женщин), или 1 на >2 600 жителей ТО, совершили суицидальные попытки; уровни суицидальных попыток горожан и селян 40 и 32,6 соответственно (p=0,38).

Коэффициент летальности самоубийств, то есть отношение количества суицидов к числу суицидальных попыток [16] – 1:2,6. Количество последних при неупорядоченном учете в странах-членах ВОЗ, превышает суициды в 10-20 раз [15, 2], те есть данные о численности суицидальных попыток, видимо, неточны. С учетом априорно заниженного числа суицидов в ТО, лишь 1/4 суицидальных попыток – в поле статистики. Соотношение мужчин и женщин среди селян или горожан 1:1,1, хотя обычно женщины чаще мужчин (более готовых к суициду) совершают попытку самоубийства [15]. Наибольшее число суицидальных попыток в возрасте 30-49 лет (38,4%), 19-29 лет – 27,1%,

50-69 лет – 20,7%, > 70 лет – 8,6%. Доля суицидальных попыток подростков (<17 лет) составила 5,2% массива попыток суицида при их втрое большей доле (17,1%) в населении ТО.

Женщины «выбирают» самоотравления (33,5%), реже – самопорезы (9,9%), самоповешения (4,3%); у мужчин более представлены самопорезы (19,8%) и самоповешения (13,3%), самоотравления (10,1%). Таким образом, наиболее brutальные способы ухода из жизни среди пытающихся покончить с собой или демонстрирующие такой настрой отходят на второй план. Отравления обычно (93,8%) медикаментозные: в >1/3 (35,9%) случаев транквилизаторами (феназепамом), в 1/4 (23,1%) случаев антигипертензивными средствами, включая клофелин, антидепрессантами («классический» amitриптилин с низким индексом летальности при намеренной передозировке) (17,9%); нейролептиками (12,8%), антигистаминными препаратами (7,7%). Только в 6,2% случаев – немедикаментозные («что было под рукой?») отравления (1/2 – уксусной кислотой, 43,8% – средствами бытовой химии, 6,2% – угарным газом).

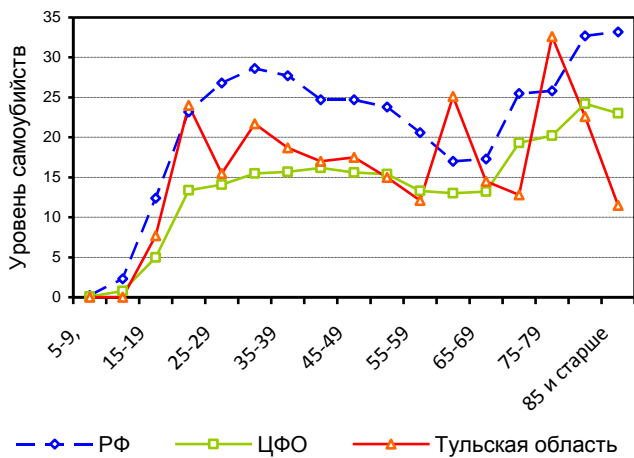


Рис. 2. Возрастной состав жертв суицида ТО, ЦФО и РФ.

Временной анализ («космических факторов», по Дюркгейму) СП указал характерные пики (рост в 2-3 раза), приходящиеся на весенний и осенний периоды, не столь связанные с «оживлением социальной» жизни [17], но, возможно, более с обострениями аффективных и иных хронических расстройств (рис. 5). В связи с малыми абсолютными числами суицидов различия недостоверны. Не обнаружена связь с «сенсационными» сообщениями региональных СМИ [24].

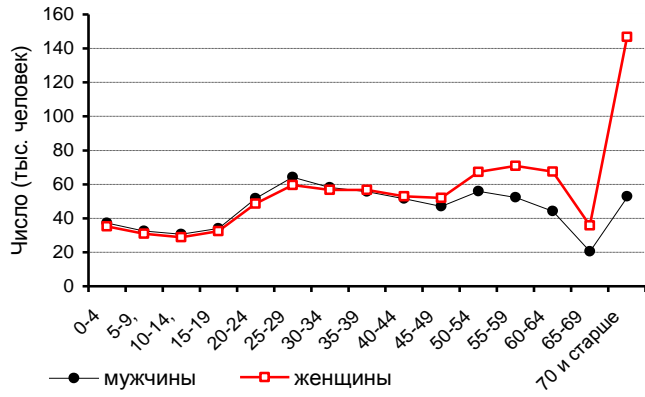


Рис. 3. Половозрастной состав населения ТО.



Рис. 4. Половозрастной состав жертв суицида ТО.

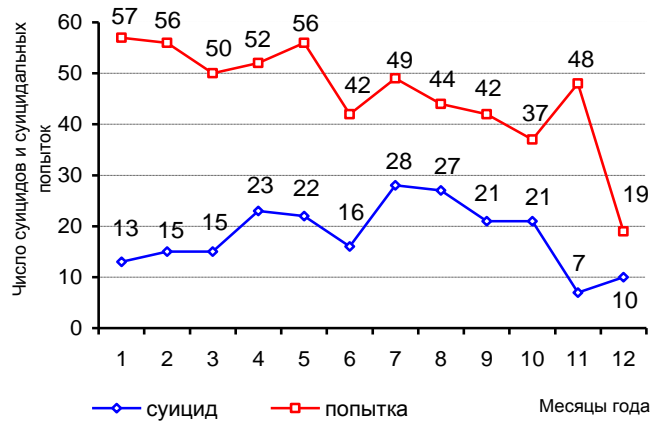


Рис. 4. Частота суицидов и суицидальных попыток по месяцам года.

Госпитализированы после суицидальной попытки <1/3, или 192 пациента (44,3% мужчин и 55,7% женщин). Соотношение мужчин и женщин среди селян и горожан 1:1,3 в обеих группах. Не работали 29,2%; инвалидом был каждый пятый (в связи с психическим расстройством – лишь 15,6%) при суммарной доле инвалидов в области – 11,8%, работали –

21,4%, учились – 17,7 %, пенсионеры по возрасту – 9,9%. В Саратовской области получены сходные данные [18]: совершившие суицидальные попытки и госпитализированные в ПБ суициденты чаще женщины > ½ безработные; 80% одиноки.

Доставлены КСП (по вызову родственников или самих суицидентов) из дома > ½ (55,2%), тогда как из токсикологических и травматологических больничных отделений переведены <2% (1,4%), направлены участковым психиатром 29,7%, врачами ЛПУ – 6,2%, привезены родственниками 4,8% или обратились самостоятельно 1,4% («самотек»); присланы из военной части – 1,4%. Большинство (64%) суицидентов ранее у психиатра не наблюдалось и не лечилось в связи с психическими расстройствами. Хотя на каждого селянина приходилось три госпитализированных горожанина (52 против 140 на 100000 соответствующего населения) – чаще стационарированы первые (15,3 против 11,8,  $p=0,5$ ). Наибольший уровень госпитализированных (ожидаемо) в Туле (18,2), затем – из Одоевского (15,3), Дубенского (13,6) районов. В районах-лидерах ТО по числу суицидальных попыток уровни госпитализированных относительно низки: Новомосковский – 7,8; Узловский район – 7,1; из Куркинского района (с максимальным уровнем суицидов в ТО) госпитализированных не было. Поступившие из 7 районов ТО не вошли затем в статистику ЦМК (данные из кризисного центра). В 2013 г. лишь трем суицидентам отказано в госпитализации. У двух дежурным врачом СП расценено как демонстративно-шантажное, рекомендовано амбулаторное лечение у психиатра по месту жительства; 1 случай – самоповреждение не суицидальное – по неосторожности.

Среди госпитализированных женщин наиболее распространены суицидальные попытки посредством самопорезов (42,1%) и самоотравления (37,4%), реже – самоповешения (10,3%), падения с высоты (5,6%), комбинированные способы (3,7%). У мужчин наиболее часты самопорезы (49,4%) и самоотравления (23,5%), реже – самоповешения (12,9%), падения с высоты (9,4%), самосожжения (2,4%), комбинированные (2,4%) способы. Для сравнения, в Саратовской области [18] госпитализированные суициденты-мужчины чаще (39%) выбирали самопорезы, женщины – самоотравления (33%).

В приемном покое почти ½ суицидентам определены диагнозы депрессивного расстройства (71% – первично) или расстройств адаптации (47,9%), шизофрении и расстройств шизофренического спектра (22,4%, причем, 37% – первично), расстройств личности (22,4%), органического расстройства (7,3%). Треть (32,8%) пациентов в алкогольном опьянении (в Саратовской ОПБ – 45% [18]).

Итак, на расстройства адаптации и депрессивные расстройства пришлось >90%, тогда как среди направленных в ПБ Казахстана суицидентов преобладали больные шизофренией (58%), а на аффективные расстройства пришлось < 3% [19], что подчеркивает проблемы диагностики и последующего качества лечения.

В табл. 1 сопоставлен ряд социодемографических характеристик групп суицидентов с общим населением.

Социально-демографические и клинические характеристики групп сравнения сходны и отличны ( $p<0,001$ ) у покончивших с собой, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в этой связи:

1. Покончившие с собой – преимущественно мужского пола, но не среди совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в этой связи. Средний возраст покончивших с собой выше, чем у совершивших попытку. Среди жертв суицида преобладание мужчин в группе селян выше, чем среди горожан. Соотношение мужчин и женщин среди селян и горожан, совершивших суицидальную попытку и направленных в ПБ, одинаково в обеих группах.

2. При преобладании во всех группах лиц трудоспособного возраста инвалиды составили 1/5-1/4 групп суицидентов; пенсионеры по возрасту преобладают среди покончивших с собой и в меньшинстве – среди госпитализированных. Безработных больше среди совершивших суицидальную попытку без последующей госпитализации.

3. Одиноки более ½ лиц во всех группах.

4. Среди способов самоубийств мужчин и женщин лидируют самоповешения, но самоотравления характерны для совершивших суицидальную попытку женщин (как в большинстве стран мира).

5. Употребление ПАВ (спиртного) перед суицидальным актом чаще среди госпитализированных (данные более достоверны).

Социо-демографические и клинические характеристики групп суицидентов по сравнению с среднестатистическим жителем области

Характеристики	Совершившие суицидальные попытки (n=585)	Госпитализированные суициденты (n=192)	Покончившие с собой (n=239)	Жители ТО (n=1 526 966)
Мужчины / женщины (%)	48,4 / 51,6	44,3 / 55,7	77,4 / 22,6	(45) / (55)
Возраст (лет).	38,8	38,3	50,8	43
Мужчины	37,7	36,7	49,7	39
Женщины	39,8	39,5	55,5	46
Соотношение мужчин и женщин	1:1,1	1:1,3	3,4:1	1:1,2
Селяне	1:1,1	1:1,3	5:1	1:1,2
Горожане	1:1,1	1:1,3	3:1	1:1,2
Лица трудоспособного возраста (%)*	75,9	71,9	75,9	59,5
Инвалиды (%)	20,8	21,9	24	11,8
Пенсионеры по возрасту	(24,1)	(9,9)	(42)	(10,9)
Безработные	56	29,2	(24)	(4,7)
Образование высшее или среднее профессиональное	40	38	32	56
Работали и / или учились (%)	28	39,1	22	64,2
Одинокие (%)	52	56	56	46
Уровни суицидов (на 100000 населения) селян / горожан	32,6 / 40	15,3 / 11,8	16,5 / 15,4	-
Самоповешение (%) Мужчины / женщины	13,3 / 4,3	12,9 / 10,3	82,1 / 72,0	-
Самоотравление (%) Мужчины / женщины	10,1 / 33,5	23,5 / 37,4	1,7 / 12	-
Употребление ПАВ перед суицидальным поступком	17,4	32,8	Нет данных	-

\*16-55 лет у женщин, 16-60 лет у мужчин

#### Обсуждение.

Поперечный (календарный год) анализ СП на фоне социо-демографической ситуации в ТО высвечивает ряд типовых проблем и задач местной психиатрической (суицидологической) помощи [6]. ВОЗ оценивает качество информации о причинах смерти в РФ как «средне-низкое» [20], как и в ТО, в частности [10]. Свидетельства о смерти органов здравоохранения с помощью автоматизированной системы регистрации смертности облегчит и уточнит кодирование и выбор первоначальной причины смерти. Уровни СП – достоверные показатели состояния здоровья в ТО, но статистика традиционно неполна и искажается, «начиная с семьи и нижнего полицейского чи-

на» [17]. Несистематизированный учет из различных источников сводится к определению усредненного по области УС и подсчету суицидальных попыток (видимо, с тяжкими медицинскими последствиями и/или на фоне выраженных поведенческих и психических расстройств), причем последние данные не обобщены Росстатом. Не дифференцирован анализ СП психически больных (повторность, объем и качество лечения, лекарственный комплаенс, коморбидность). Необходима единая нормативно-правовая и информационная база динамического контроля и анализа СП с осведомлением специалистов, представителей власти и населения об уровне, структуре суицидологической ситуации [1, 5].

Тренд снижения УС в ТО вследствие относительной социально-экономической стабилизации (данные 2013 г.) не может дезориентировать специалистов, органы власти и общественность особо сегодня. Близость УС селян и горожан ТО требует объяснения не только в связи с более точным (предположительно) учетом причин смерти в городе. Так, статистика (2014) указывает УС горожан и селян ТО: мужчин 27,7 и 31,4 соответственно (7 и 15 места среди 18 субъектов ЦФО), женщин 4,0 и 5,7 (4 и 6-е места соответственно).

В ТО уровни суцидов на местном уровне отличаются разительно: 56-0 (как и между некоторыми субъектами РФ). «Неблагополучные» районы должны стать объектом первоочередного многофакторного изучения при сопоставлении с районами с контрастно «благополучной» картиной СП [2, 3, 6, 21]. Удаленность от ЛПУ, малая плотность населения, дорожно-транспортное сообщение (дороговизна, качество дорог) и связь, дефицит кадров (в 2 из 24 районов ТО нет кабинета психиатра, в 7 районах психиатры – внешние совместители) затрудняют доступность медицинской, психиатрической [22] и суцидологической помощи на селе. По «закону Jarvis» [23], актуальному > 150 лет, объем стационарной помощи обратно пропорционален расстоянию, на котором пациент живет от ПБ, что подтверждено отечественными психиатрами-земцами [24] и в новое время – на примере Тульской ОПБ [25]. Суциденты из более удаленных от ОПБ, и не имеющих участкового психиатра районов реже зарегистрированы и госпитализированы.

Неполнота данных не препятствует составлению «обобщенного портрета суцидента» ТО: мужчина средних лет (старше «усредненного туляка»), с образованием не ниже среднего, но не работающий или инвалид, одинокий, ранее психиатром не наблюдавшийся. Пожилые, показательно, не проходят фильтр психиатрической помощи, составляя типовую возрастную группу жертв суцида.

Подавляющая часть лиц после зафиксированной суцидальной попытки «теряется», отказываясь от специализированной помощи, согласно психиатрическому законодательству, прерывая преемственность помощи. Большинство суцидальных попыток на фоне непсихотических психических расстройств, как по

данным литературы [15, 26], не требует психиатрической госпитализации, но в отсутствие альтернатив помощи приводит к выполнению ОПБ роли кризисного стационара: ресурсоемкие острые койки блокированы «непрофильными» пациентами. Однако все совершившие суцидальные попытки априорно входят в группу риска СП в дальнейшем [15].

Социально-демографическая ситуация, препятствующая экономическому развитию ТО, особо на фоне кризиса, требует развития суцидологической помощи в русле реализации (с 2011 г.). Программы модернизации здравоохранения с опорой на междисциплинарное и межведомственное взаимодействие.

Так, среди мер первичной профилактики СП, выходящих за рамки возможностей специализированной службы – апробированный подход ограничения потребления спиртного: повышение среднедушевого потребления алкоголя на литр увеличивает местный уровень суцидов на 4,5 («мужских» – на 8) [27]. Согласно ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта», региональные власти «вправе устанавливать дополнительные ограничения времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции, в том числе полный запрет на розничную продажу алкогольной продукции» (ч. 5 ст. 16), семь регионов России, включая ТО, готовы повысить минимальный возраст приобретения спиртного до 21 года, хотя региональный бюджет получил от акциза в 2014 г. > 1,5 млрд. руб. (9 место среди субъектов РФ).

При ограниченности ресурсов суцидологической помощи целевые лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены в первую очередь на пересекающиеся группы наименее защищенных государством лиц с сочетанными клинико-социальными проблемами как селяне, безработные, инвалиды, пожилые, психически больные, для которых проблемы бедности, социального неравенства, стигматизации, малой доступности медико-социальной помощи – суть изменяемых комплексным биопсихосоциальным подходом факторов СП [28, 29].

Спектр средств самоотравления указывает целесообразность ограничительных мер в доступе к средствам суцида как интегральной части региональной антикризисной програм-



мы, а спектр психотропных средств – контроля выписки, особо препаратов с низким индексом летальности при намеренной передозировке (как «классические» ТЦА, остающиеся основой схем терапии депрессивных больных). Полезен динамический анализ средств самоотравления на фоне введения ограничительных мер по выписке ряда лекарственных средств (бензодиазепины, помимо феназепамы, отмеченного в данной работе, клофелин). Бесплатные для всех жителей ТО (пример, Омской области [6]) и специализированных линий телефона доверия, онлайн консультирование на антисуицидальных сайтах [30], кабинеты социально - психологической помощи (психотерапевтические кабинеты) при территориальных поликлиниках, ВУ-Зах, ЦЗН, ЦСО, «вахтовая» работа специалистов в «проблематичных» сельских местностях, кризисное отделение при многопро-

фильной (скорпомощной) больнице улучшат доступность и преемственность суицидологической помощи. Предстоит тематическое обучение психиатров, врачей общей практики, школьных психологов и преподавателей средней и высшей школы, работа со СМИ для ответственного профессионального освещения СП и его профилактики, подготовка территориального стандарта суицидологической помощи. Важно оценить «народосберегающий» и сопряженный с ним экономический эффект антикризисных вмешательств с учетом, что СП – нечастый феномен [31] с тяжкими социально-экономическими последствиями [32]. В ранжир широкой оценки следует включить суицидальные попытки, иные формы саморазрушающего поведения вкупе с агрессивным, злоупотреблением ПАВ как проявлений девиантного поведения [15].

Литература:

1. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С. Необходимость и сложности суицидологического учета // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 48-49.
2. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
3. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
4. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 1. – С. 8-12.
5. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 10-11.
6. Любов 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.
7. Положий Б.С. Клиническая суицидология: этнокультуральные подходы. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – 207 с.
8. Регионы России. Социально-экономические показатели 2014 г. (<http://www.gks.ru>)
9. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
10. Александрова Г.А., Никитина С.Ю., Вайсман Д.Ш. Качество статистической информации о причинах смерти в Российской Федерации // Вопросы статистики. – 2014. – № 8. – С. 25-28.

Транслитерация:

Zotov P.B., Umanskij S.M., Umanskij M.S. The need and complexity of suicidological accounting // Academic journal of West Siberia. – 2010. – № 4. – S. 48-49. (In Russ)

Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Elektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). (In Russ)

Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 3-11. (In Russ)

Polozhy B.S., Panchenko E.A. The different prevention of suicidal behavior // Suicidology. – 2012. – Vol. 3, № 1. – P. 8-12. (In Russ)

Zotov P.B., Rodjashin E.V., Umanskij S.M., Kuznecov P.V. Challenges suicidological accounting (organisation of the registry) // Tyumen medical journal. – 2011. – № 1. – P. 10-11. (In Russ)

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)

Polozhij B.S. Klinicheskaja suicidologija: jetnokul'tural'nye podhody. – M.: RIO FGU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2006. – 207 c. (In Russ)

Regiony Rossii. Social'no-jekonomicheskie pokazateli 2014 g. (<http://www.gks.ru>) (In Russ)

Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 3-10. (In Russ)

Aleksandrova G.A., Nikitina S.Ju., Vajsman D.Sh. Kachestvo statisticheskoj informacii o prichinah smerti v Rossijskoj Federacii // Voprosy statistiki. – 2014. – № 8. – S. 25-28. (In Russ)

11. Чубина С.А., Любов Е.Б. Качество сообщений электронных СМИ о суицидальном поведении жителей Тульской области / Психиатрическая служба Казахстана и России: общие традиции, перспективы развития и международного сотрудничества. Материалы региональной научно-практической конф. с международным участием. Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова, 2014. – С. 62-64.
12. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // Суцидология. – 2012. – № 3. – С. 20-29.
13. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981-1998 гг. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53-60.
14. Zimmerman M., Lish J.D., Lush D.T. et al. Suicidal ideation among urban medical outpatients // J. Gen. Intern. Med. – 1995. – Vol. 10. – P. 573-576.
15. Войцех В.Ф. Клиническая суцидология. – М.: Миклош. 2008. – 280 с.
16. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суцидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 82. – С. 28-43.
17. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. сокр. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
18. Бачило Е.В. Клинико-социальные аспекты завершённых и незавершённых суцидов на территории Саратовской области: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2015. – 28 с.
19. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суцидального поведения у больных с психическими расстройствами: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
20. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ: Женева, 2001. – 216 с.
21. Черепанова М.И. Региональная специфика латентных суцидальных рисков населения Алтайского края // Вестник Бурятского Государственного Университета. – 2012. – № 6. – С. 267-269.
22. Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Преис В.Б., Гусева Л.Я. Проблемы организации психиатрической помощи сельскому населению / Пути совершенствования психиатрической, неврологической и наркологической помощи сельскому населению. – М. Рязань, 1982. – С. 7-13.
23. Jarvis E. The influence of distance from and proximity to an insane hospital on its use by any people // Boston Med. Surg. J. – 1850. – Vol. 32. – P. 409-422.
24. Якобий П.И. Основы административной психиатрии. – Орёл, 1900.
25. Царьков А.А. Клинико-экономическая характеристика психиатрической помощи больным шизофренией в сельской местности и ресурсосберегающий эффект больничной психосоциальной терапии: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
26. Ваулин С.В. Суцидальные попытки и незавершённые суциды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
27. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981-1998 гг. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53-60.
- Chubina S.A., Ljubov E.B. Kachestvo soobshhenij jelektronnyh SMI o suici-dal'nom povedenii zhitelej Tul'skoj oblasti / Psihiatricheskaja sluzhba Ka-zahstana i Rossii: obshhie tradicii, perspektivy razvitija i mezhdunarodno-go sotrudnichestva. Materialy regional'noj nauchno-prakticheskoy konf. s mezhdunarodnym uchastiem. Aktobe, ZKGMU im. Marata Osanova, 2014. – S. 62-64. (In Russ)
- Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 20-29. (In Russ)
- Nemcov A.B. Potreblenie alkoholja i samoubijstva: Rossija 1981-1998 gg. // Voprosy narkologii. – 2002. – № 4. – S. 53-60. (In Russ)
- Zimmerman M., Lish J.D., Lush D.T. et al. Suicidal ideation among urban medical outpatients // J. Gen. Intern. Med. – 1995. – Vol. 10. – P. 573-576.
- Vojcch V.F. Klinicheskaja suicidologija. – M.: Miklosh. 2008. – 280 s. (In Russ)
- Borodin S.V., Mihlin A.S. Motiv y prichiny samoubijstv // Aktual'nye problemy suicidologii. Trudy Moskovskogo NII psihiatrii. – M., 1978. – T. 82. – S. 28-43. (In Russ)
- Djurkgejm Je. Samoubijstvo: Sociologicheskij jetjud. Per. s fr. sokr. – M.: Mysl', 1994. – 399 s. (In Russ)
- Bachilo E.V. Kliniko-social'nye aspekty zavershennyh i nezavershennyh suicidov na territorii Saratovskoj oblasti: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – Saratov, 2015. – 28 s. (In Russ)
- Raspopova N.I. Mehanizmy formirovanija, klinicheskie osobennosti i pro-filaktika suicidal'nogo povedenija u bol'nyh s psihicheskimi rasstrojstvami: Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. – M., 2012. – 47 s. (In Russ)
- Doklad o sostojanii zdravoohranenija v mire 2001. Psihicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novaja nadezhda. – VOZ: Zheneva, 2001. – 216 s. (In Russ)
- Cherepanova M.I. Regional'naja specifika latentnyh suicidal'nyh riskov naselenija Altaj'skogo kraja // Vestnik Burjatskogo Gosudarstvennogo Universiteta. – 2012. – № 6. – S. 267-269. (In Russ)
- Gurovich I.Ja., Zajcev D.A., Prejs V.B., Guseva L.Ja. Problemy organizacii psihiatricheskoy pomoshhi sel'skomu naseleniju / Puti sovershenstvovanija psihiatricheskoy, nevrologicheskoy i narkologicheskoy pomoshhi sel'skomu naseleniju. – M. Rjazan', 1982. – S. 7-13. (In Russ)
- Jarvis E. The influence of distance from and proximity to an insane hospital on its use by any people // Boston Med. Surg. J. – 1850. – Vol. 32. – P. 409-422.
- Jakobij P.I. Osnovy administrativnoj psihiatrii. – Orjol, 1900. (In Russ)
- Car'kov A.A. Kliniko-jekonomicheskaja harakteristika psihiatricheskoy pomoshhi bol'nym shizofreniej v sel'skoj mestnosti i resursosberegajushhij jeffekt bol'nichnoj psihosocial'noj terapii: Avtoref. Diss. ... kand. med. nauk. – M., 2005. – 25 s. (In Russ)
- Vaulin S.V. Suicidal'nye popytki i nezavershennye suicity (gospital'naja diagnostika, optimizacija terapii, profilaktika): Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. – M., 2012. – 47 s. (In Russ)
- Nemcov A.B. Potreblenie alkoholja i samoubijstva: Rossija 1981-1998 gg. // Voprosy narkologii. – 2002. – № 4. – S. 53-60. (In Russ)

28. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии. Сб. Научн. Тр. – МНИИП. – М., 1986. – С. 7-25.
29. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
30. Любов Е.Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы (комментарий) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4 (17). – С. 9-12.
31. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence // BMJ. – 1994. – Vol. 308. – P. 1227-1233.
32. D'Orio B., Garlow S.J. Suicide prevention: a vital national public health issue // J. Health Human Serv. Adm. – 2004. – Vol. 27. – P. 123-141.
- Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob#ekt kompleksnogo izuchenija / Kompleksnye issledovanija v suicidologii. Sb. Nauchn. Tr. – MNIIP. – M., 1986. – S. 7-25. (In Russ)
- Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)
- Lyubov E.B. Youth suicide prevention: international experience and native reserves (translator's comments) // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4 (17). – P. 9-12. (In Russ)
- Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence // BMJ. – 1994. – Vol. 308. – P. 1227-1233.
- D'Orio B., Garlow S.J. Suicide prevention: a vital national public health issue // J. Health Human Serv. Adm. – 2004. – Vol. 27. – P. 123-141.

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN TULA REGION

*S.A. Chubina, E.B. Lyubov, A.N. Kulikov*

Regional Psychiatric Hospital, Tula, Russia  
Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

Suicidal behavior (SB) is an important public health issue among rural communities although there is no single pattern of suicide in the Tula region. Cross-setting factors associated with suicide rates include gender, poverty, mental illness, substance use, biological factors including apparent genetic risk, coping skills and media coverage of suicide. Identifying which of these areas are the greatest local priorities helps to target activity. Interventions in suicide are often aimed at people in groups at higher than average risk of suicide. It is very difficult to measure the effectiveness of interventions because SB is a relatively uncommon outcome, despite its large societal impact.

*Keywords:* suicidal behavior, regional level, suicide service.

## 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 экземпляр). 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](http://elibrary.ru) В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

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 дается 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 аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

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

16. 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](mailto:sibir@sibtel.ru)