

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Джо Робинсон, Хелен Херрман*
Профилактика суицидального поведения
молодёжи Австралии 3
- Е.Б. Любов*
Профилактика суицидов молодых:
международный опыт и отечественные резервы
(комментарий переводчика) 9
- Б.С. Положий, В.С. Фритлинский, С.Е. Агеев*
Суициды в странах СНГ 12
- В.А. Розанов*
Самоубийства среди детей и подростков
– что происходит и в чем причина? 16
- Л.Н. Юрьева*
Суицид в психиатрической больнице:
стратегии профилактики психической
дезадаптации у медицинского персонала 32
- Ю.Е. Разводовский*
Потребление алкоголя и суициды в Беларуси
и России: сравнительный анализ трендов 37
- А.В. Меринов*
Суицидологическая, экспериментально-
психологическая и наркологическая
характеристики супругов из браков мужчин,
страдающих алкогольной зависимостью,
с вторично открытой семейной системой 43
- А.К. Суровцева, Е.Д. Счастный*
Особенности субъективной оценки качества
жизни пациентов аффективными
расстройствами с различным риском
суицидального поведения 52
- П.В. Кузнецов*
Мотивы и факторы антисуицидального барьера
у мужчин, совершивших суицидальную попытку
в условиях следственного изолятора 58

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. Petersburgs, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland)	
Niko Seppälä, M.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 № 171. Тираж 1000 экз.	
Подписан в печать 17.12.2014 г.	
Распространяется по подписке	

Список работ, опубликованных в журнале «Суицидология» в 2014 г., № 1-3	65
Информация для авторов	68

Contents

<i>Jo Robinson, Helen Herrman</i>	
Suicide prevention among young people in Australia	3
<i>E.B. Lyubov</i>	
Youth suicide prevention: international experience and native reserves (translator's comments)	9
<i>B.S. Polozhy, V.S. Fritlinsky, S.E. Ageyev</i>	
Suicides in countries of the CIS	12
<i>V.A. Rozanov</i>	
Suicides in children and adolescents – what is happening and what may be the reason?	16
<i>L.N. Yur'yeva</i>	
Suicide in psychiatric hospital: strategy for prevention of psychiatric misadaptation among medical staff	32
<i>Y.E. Razvodovsky</i>	
Alcohol consumption and suicide in Belarus and Russia: a comparative analysis of trends	37
<i>A.V. Merinov</i>	
Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with secondarily from-covered family system	43
<i>A.K. Suroutseva, E.D. Schastnyy</i>	
Features of self-reported of life of patients with affective disorders under different risk for suicidal behavior	52
<i>P.V. Kuznetsov</i>	
The motives and factors anticuicidal barrier men who committed suicide attempt in the pretrial detention centre .	58

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru, www.medpsy.ru

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЁЖИ АВСТРАЛИИ¹

Джо Робинсон, Хелен Херрман

Оуген исследовательский центр здоровья молодежи, г. Мельбурн, Австралия

Контактная информация:

Jo Robinson – старший научный сотрудник Оуген исследовательского центра здоровья молодежи, г. Мельбурн, Австралия. E-mail: jr@unimelb.edu.au

Helen Herrman – профессор психиатрии, директор Оуген исследовательского центра здоровья молодежи, г. Мельбурн, Австралия. Президент Всемирной психиатрической ассоциации. Телефон: +613 9342-28-00, e-mail: h.herrman@unimelb.edu.au

Суицидальное поведение во всех возрастных группах, включая молодых – важная проблема общественного здравоохранения Австралии, отраженная в многолетней национальной стратегии предупреждения самоубийств с применением таких новейших подходов как интернет-диагностика и консультирование молодежи из групп риска, сотрудничества ряда программ и инициатив.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, молодые, эпидемиология, профилактика.

Эпидемиология суицидального поведения (СП). В 2012 году в мире покончили с собой более 800 тысяч человек; суицид – вторая по частоте причина смерти в возрасте 15-29 лет [84]. Самоубийства – одна из ведущих причин преждевременной смертности молодых. В Австралии в 2012 г. суициды унесли 2535 жизней. Уровни суицидов в возрастных группах указаны на рис. 1.



Рис. 1. Уровни суицидов в возрастных группах в Австралии в 2012 г. (синим выделен общий уровень в группе; красным – суициды женщин, зеленым – мужчин).

Уровень суицидов в середине-конце 90-х XX века достиг пика, затем снизился, будучи стабильным последние годы [1] при тренде увеличения среди молодых женщин [3]. Немалая доля суицидальной смертности (n=324) приходится на лиц 15-24 лет [3], что составляет более четверти смертей мужчин и женщин 20–24 лет (28,7 и 25,2% соответственно), треть (32,6%) смертей девушек 15-19-лет. Но наибольшие уровни суицидов в стране – у пожилых и в 35-59 лет. Вдвое более высокие показатели среди аборигенов, особенно молодых. В 2001-2010 гг. уровни суицидов молодых коренных жителей 15-19 лет были в 5,9 и 4,4 раз выше, чем у не аборигенов обоих полов. Среди аборигенов 20-24 лет уровни суицидов в 5,4 раза выше у женщин и в 3,9 – у мужчин.

Суицидальные попытки и мысли. Национальное изучение психического здоровья и благосостояния [2] показало, что у подростков и молодых особо часты такие формы СП [27, 40], но сведения не стандартизированы и, видимо, занижены, основываясь на самоотчетах и данных больниц. Около 5-9% подростков сообщают о попытках суицида за последний год при распространенности в течение жизни 12-17% [24, 62]. Лишь 12,6% суицидальных попыток ведут к госпитализации [34].

Факторы риска СП молодых. СП определено сложным взаимодействием «ди-

¹Статья Jo Robinson и Helen Herrman Suicide Prevention among Young People in Australia публикуется с любезного разрешения соавторов.

стальных», подлежащих и предрасполагающих, и «проксимальных» в виде дистресса как триггера СП факторов риска [54]. Первые представлены:

1) социальными, средовыми и семейными (социальное неблагополучие, развод родителей, психические расстройства и суициды в семье, детское физическое и сексуальное насилие);

2) психическим расстройством, особо депрессией, тревогой, злоупотреблением ПАВ;

3) индивидуальными или психологическими (СП в прошлом, сексуальная ориентация, импульсивность, безнадежность, неразвитые проблемно-решающие навыки);

4) биологическими и генетическими (генетическая предрасположенность к суициду и / или низкий уровень серотонина) [6, 31] факторами.

Проксимальным фактором риска служит «переломный момент», значимый для уязвимой под действием дистальных факторов личности: неблагоприятные события жизни (конфликты, потеря близких, издевательства, включая кибермоббинг, доступ к средству суицида, сообщения СМИ о суицидах [6, 7, 15, 16, 38, 42, 51, 75].

У молодых СП друга или приятеля повышает риск СП [24, 34].

Наиболее связаны с СП:

1) такое поведение в прошлом;

2) психическое расстройство;

3) безнадежность;

4) недостаточные навыки принятия решения.

СП в прошлом – важный фактор риска такого поведения в общем населении [36, 82] и клинической выборке [63, 66]. Наиболее высока вероятность появления суицидальных мыслей и попыток в возрасте 15 лет и ранее [14]. Хотя вероятность перехода от мыслей к действиям (попытке) достигает 60% в течение года [14], риск актуален длительное время [82].

Психиатрическая болезненность – один из наиболее сильных факторов риска суицидальных попыток и мыслей [33]; не менее 90% жертв суицида были психически больны [7, 12], как и молодые (70-91%), совершившие попытку суицида или сообщающие о суицидальных мыслях [30]. Молодые суициденты вшестеро чаще больны психически, чем не суицидальные сверстники [28, 34, 62]. Наиболее часты во время суицидальной попытки депрессивные (60-80%) и тревожные расстройства

[18]; расстройства поведения, злоупотребление ПАВ, пограничное расстройство личности и психозы [11, 26, 28, 46], но не все с суицидальными мыслями психически больны [65], и межличностные конфликты существенны для молодых [7].

Безнадежность традиционно связана с риском СП [9, 43] даже при контроле психического расстройства (депрессии) [8, 41, 44]. Безнадежность служит связующим звеном депрессии, проблемно решающих возможностей и суицидальных мыслей [86], увеличивает риск суицида у склонных к нему лиц [22], по крайней мере, втрое [50].

Нарушения проблемно-решающего поведения. Недостаточность межличностных отношений и социального поведения связаны с суицидальными попытками и мыслями [49, 86]. Нарушения представлены невозможностью принятия уместных решений [76], акцентом на негативные последствия возможных решений [39, 76]; избеганием реальных проблем [61]; малыми ожиданиями благополучного разрешения проблемы [74]. Суицидальные подростки более проявляют дезадаптивное поведение при совладании с дистрессом по сравнению со здоровым контролем [61] и отличаются большими нарушениями в когнитивной сфере (межличностные отношения, процесс принятия решений, автобиографическая память) [74].

Последствия СП – не только личностные и семейные, но и клинические, и социально-экономические. Лишь злоупотребление ПАВ уносит больше молодых жизней [52]. Медицинские издержки связаны с последствиями суицидальных попыток и самоповреждений (более 9 тыс. госпитализаций за год лиц до 24 лет) [5]. Суициды составляют 2,8% суммарного бремени болезни страны, или 8,5% в группе до 44 лет [10].

Подходы к предупреждению суицидов.

Меры по предупреждению СП вписаны в русло программы охраны психического здоровья [55]. Общая (универсальная) профилактика направлена на уменьшение факторов риска и усиление защитных (антисуицидальных) факторов на уровне населения (как затруднение доступа к средствам суицида); избирательная – обращена к целевым группам населения, выявляющим болезненные симптомы, потенциально повышающие риск СП (обучающие программы для педагогов, врачей общей практи-

ки); указательная – на группы-мишени лиц с актуальным СП (психо- и фармакотерапия). Суициды в статистическом аспекте представлены относительно редким феноменом. Поэтому привлекательны масштабы и возможности универсальной профилактики. Для оценки эффективности профилактической программы необходима большая выборка, что дорого и трудно выполнимо [29, 32]. Более доступны оценке избирательная и указательная профилактика в группах риска СП [70]. Осложняет анализ малая прогностическая ценность факторов риска, не позволяющих судить, какая часть потенциальных суицидентов переходят в активную фазу СП. Важна оценка широкого ряда подходов профилактики [23].

Австралийская модель. Среди первых в мире внедрена (1995 г.) государственная Программа предупреждения СП молодых [19, 53], многолетний законодательно закрепленный национальный приоритет [13, 20, 21], что отражено в уровне ее финансирования. Сегодня Программа включает 49 проектов, девять – обращены к молодым [45]. Общая программа усиливает резервы жизнестойкости учащихся; избирательные – направлены на психологическую поддержку беженцев, аборигенов. Возможно, программы способствуют снижению уровня суицидов [49] особо в группах пожилых и молодежи [48].

Примеры национальных программ.

1. Научно-исследовательский центр предотвращения самоубийств (Centre of Research Excellence in Suicide Prevention: (<http://www.blackdoginstitute.org.au/public/research/crespsuicideprevention.cfm>) развивает научно доказательные методы, включая интернет-программы.

2. Научно-исследовательский центр для молодежи (Young and Well Cooperative Research Centre: <http://www.youngandwellcrc.org.au>) – поддерживает профилактические программы для молодых с привлечением социальных сетей [73].

3. Разработаны Клинические руководства для онлайн-консультирования и профилактической работы в социальных сетях [86].

4. Государственная Служба поддержки свободного пространства в школе (<http://www.headspace.org.au>) поддерживает после самоубийства учащегося его соучеников (первая в мире инициатива такого рода), воплощая содержание поственции, снижающей

риск психической травмы и СП в окружении суицидента [64]. Веб-сайт программы облегчает раннюю диагностику и выявление учащихся группы риска через обучение персонала школ, поддержку при непосредственном консультировании.

Научно доказательный подход необходим для унифицированной оценки эффективности порой разрозненных составляющих Программы и лечебно-профилактических методов [37], но недостаточно развит в стране [71, 72]. Трудно судить, что «работает», а что нет в профилактике СП молодых [35], в клинических выборках [68], учащихся в целом [64]. Однако в клинической выборке молодых КБТ позволяет дезактуализировать суицидальные мысли [77]; обучающие программы повышают бдительность персонала и поддержку учащихся группы риска СП [78, 84, 85]. Пионерский подход в Австралии – онлайн тестирование – позволяет уменьшить симптомы депрессии и тревоги [17, 58, 59]. РКИ показал эффект интернет-вмешательств у взрослых суицидентов в Нидерландах [81, 82], аналогичное проходит и в Австралии. Перспективно привлечение молодых с учетом их интереса к интернету [25]. Первые данные соавторов данной статьи об эффекте веб-сайта в малой выборке студентов обнадеживают. Вмешательство (Reframe-IT) с опорой на КБТ, безопасный и эффективный метод [69], проходит проверку в австралийском РКИ. Необходимы более широкие (популяционные) исследования новейшей технологии.

Выводы: СП во всех возрастных группах – важная проблема общественного здравоохранения Австралии, отраженная в национальной стратегии предупреждения самоубийств с применением таких новейших подходов как интернет-диагностика и консультирование молодежи из групп риска, сотрудничества ряда программ и инициатив.

Литература:

1. ABS Suicides: Recent Trends, Australia, 1993 to 2003. – Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2003.
2. ABS National Survey of Mental Health and Wellbeing 2007: Australian Bureau of Statistics, Commonwealth of Australia, 2008.
3. ABS 3303.0 Causes of Death, Australia, 2012. – Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2014.
4. Arie M., Apter I., Orbach Y. et al. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients // Compr Psychiatry. – 2008. – Vol. 49. – P. 22-29.

5. Australian Institute of Health and Welfare. Hospital Separations Data, 2007-8. Australian Institute of Health and Welfare, Commonwealth of Australia, 2009.
6. Beautrais A.L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people // Aust. NZ J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 34. – P. 420-436.
7. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1996. – Vol. 35. – P. 1174-1182.
8. Beck A.T. Hopelessness as a predictor of eventual suicide // Ann. NY Acad. Sci. – 1986. – Vol. 487. – P. 90-96.
9. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // J. of the Am. Med. Assoc. – 1975. – Vol. 234. – P. 1146-1149.
10. Begg S., Vos T., Barker B. et al. The burden of disease and injury in Australia 2003. Cat. no. PHE 82. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2007.
11. Bella M.E., Fernandez R.A., Willington J.M. Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt // Arch. Argent Pediatrics. – 2010. – Vol. 108. – P. 124-129.
12. Bertolote J., Fleischmann A., De Leo D., Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? // Br. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 183. – P. 382-383.
13. Bita N. Child suicides trigger inquiry. The Australian. – Sydney, Australia, News Corp., 2014.
14. Borges G., Benjet C., Medina-Mora M. E. et al. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2008. – Vol. 47. – P. 41-52.
15. Brunstein K.A., Sourander A., Gould M.S. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55. – P. 282-288.
16. Buelga S., Cava M. J., Musitu G. Cyberbullying: Adolescent victimization through mobile phone and internet // Psicothema. – 2010. – Vol. 22. – P. 784-789.
17. Callear A. L., Christensen H., Mackinnon A. et al. The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents // J. Consult. Clin. Psychology. – 2009. – Vol. 77. – P. 1021-1032.
18. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior // Curr. Opin. Pediatrics. – 2009. – Vol. 21. – P. 613-619.
19. Commonwealth Department of Health and Ageing. Living is For Everyone (LiFE) Framework. Health and Ageing. – Canberra, Commonwealth of Australia, 2007.
20. Commonwealth Government The Hidden Toll: Suicide in Australia. Report of the Senate Community affairs Reference Committee. – Canberra, Commonwealth of Australia, 2010.
21. Commonwealth Government. Before it's too late: Report on early intervention programs aimed at preventing youth suicide. S.C. o.H.a.A. House of Representatives. Canberra, Australia, 2011.
22. Dahlsgaard K.K., Beck A.T., Brown G.K. Inadequate response to therapy as a predictor of suicide // Suicide Life-Threat. Behav. – 1988. – Vol. 28. – P. 197-204.
23. De Leo D., Evans R. International Suicide Rates. Recent Trends and Implications for Australia. – Canberra, 2003.
24. De Leo D., Heller T.S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey // Med. J. Australia. – 2004. – Vol. 181. – P. 140-144.
25. Ewing S.J., Schiessl Th., Schiessl. J. Cci Digital Futures Report: The internet in Australia. Melbourne, ARC Centre for Excellence for Creative Industries and Innovation Institute for Social Research, Swinburne University of Technology, 2008.
26. Falcone T., Mishra L., Carlton E. et al. Suicidal behavior in adolescents with first-episode psychosis // Clin. Schizophrenia Relat. Psychoses. – 2010. – Vol. 4. – P. 34-40.
27. Fliege H., Lee J.R., Grimm A., Klapp B.F. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review // J. Psychosom. Res. – 2009. – Vol. 66. – P. 477-493.
28. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: The Great Smoky Mountains Study // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 1017-1024.
29. Goldney R. Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies // Crisis. – 2005. – Vol. 26. – P. 128-140.
30. Gould M.S., King R., Greenwald S. et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1998. – Vol. 37. – P. 915-923.
31. Gould M.S., Kramer R.A. Youth suicide prevention // Suicide Life-Threat. Behav. – 2001. – Vol. 31. – P. 6-31.
32. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence // BMJ. – 1994. – Vol. 308. – P. 1227-1233.
33. Harris E., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170. – P. 205-228.
34. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. Deliberate self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in England // BMJ. – 2002. – Vol. 325. – P. 1207-1211.
35. Hawton K., Saunders K., O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. – 2012. – № 379 (9834). – P. 2373-2382.
36. Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital // Br. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 182. – P. 537-542.
37. Headey A., Pirkis J., Merner A. Vanden Heuvel et al. A review of 156 local projects funded under Australia's National Suicide Prevention Strategy: Overview and lessons learned // Australian e-journal for the Advancement of Mental Health. – 2006. – Vol. 5 (3).

38. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide // *Archives of Suicide Res.* – 2010. – Vol. 14. – P. 206-221.
39. Jeglic E., Sharp I., Chapman J. et al. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters // *Archives of Suicide Res.* – 2005. – Vol 9. – P. 135-146.
40. Johnston A.K., Pirkis J.E., Burgess P.M. Suicidal thoughts and behaviours among Australian adults: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Australian and New Zealand // *J. Psychiatry.* – 2009. – Vol 43. – P. 635-643.
41. Kazdin A., French N., Unis A. Esveldtdawson and R. Sherick . Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient childre // *J. Consult. Clin. Psychology.* – 1983. – Vol. 51. – P. 504-510.
42. Klomek A.B., Sourander A., Niemela S. et. al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 48. – P. 254-261.
43. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: An indicator of suicidal risk // *Suicide.* – 1975. – Vol 5. – P. 98-103.
44. Kwok S., Shek D. Hopelessness, parent-adolescent communication, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong // *Suicide and Life-Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40. – P. 224-233.
45. Life Communications. (2012). Living is For Everyone. Retrieved 01/09/2014, from <http://www.livingisforeveryone.com.au/Projects.html?cat=128>.
46. Linehan M., Rizvi S., Shaw S., Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality Disorders The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. K. Hawton and K. van Heeringen. Chichester, John Wiley & Sons 2000. – Ltd.: – P. 147-178.
47. Martin G., Page A. National suicide prevention strategies: A comparisson. T.C.D.o.H. a. Ageing. Canberra. The Commonwealth Government of Australia? 2009.
48. Matsubayashi T., Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations // *Soc. Sci. Med.* – 2011. – Vol. 73. – P. 1395-1400.
49. McAuliffe C., Corcoran P., Keeley H., Perry I. Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students // *Crisis.* – 2003. – Vol. 24. – P. 160-167.
50. McMillan D., Gilbody S., Beresford E. et al. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis // *Psychol. Med.* – 2007. – Vol. 37. – P. 769-778.
51. Miller J., Naimi T., Brewer R., Everett-Jones S. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students // *Pediatrics.* – 2007. – Vol. 119. – P. 76-85.
52. Mission Australia. National survey of young Australians, key and emerging issues. – Sydney, Australia: The Research and Social Policy Unit, 2009.
53. Mitchell P. Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy. – Melbourne, Australian Institute of Family Studies, 2000.
54. Moscicki E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – P. 499-517.
55. Mrazek P.J., Haggerty R.J. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research Washington, D.C. – National Academy Press, 1994.
56. Nock M., Mendes W. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers // *J. Consult. Clin. Psychology.* – 2008. – Vol. 76. – P. 28-38.
57. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Suicide and suicidal behavior // *Epid. Rev.* – 2008. – Vol. 30. – P. 133-154.
58. O'Kearney R., Gibson M., Christensen H., Griffiths K. Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial // *Cogn. Behav. Ther.* – 2006. – Vol. 35. – P. 43-54.
59. O'Kearney R., Kang K., Christensen H., Griffiths K. A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls // *Depression Anxiety.* – 2009. – Vol. 26. – P. 65-72.
60. Oldershaw A., Grima E., Jollant F. et al. Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm // *Psychol. Med.* – 2009. – Vol. 39. – P. 95-104.
61. Orbach I., Bar-Joseph H., H. Dror H. Styles of problem solving in suicidal individuals // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1990. – Vol. 20. – P. 56-64.
62. Patton G.C., Harris R., Carlin J. B. et al. Adolescent suicide behaviours: A population-based study of risk // *Psychol. Med.* – 1997. – Vol. 27. – P. 715-724.
63. Robinson J., Cotton S., Conus P. et al. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis // *Aust. NZ J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 43. – P. 149-157.
64. Robinson J., Cox G., Malone A. et al. A systematic review of school based interventions aimed at preven29ting, treating, and responding to, suicide-related behaviour in young people // *J. Crisis Interv. Suicide Prev.* – 2012. – Vol. 28. – P. 1-19.
65. Robinson J., Gook S., Yuen H. et al. Depression Education and Identification in Schools: An Australian-based Study // *School Mental Health.* – 2010. – Vol. 2. – P. 13-22.
66. Robinson J., Harris M.G., Harrigan S.M. et al. Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 116. – P. 1-8.
67. Robinson J., Hetrick S., Cox G. et al. The safety and acceptability of delivering an online intervention to secondary students at risk of suicide: Findings from a pilot study / *Early Intervention in Psychiatry*, 2014.

68. Roinson J., Hetrick S., Martin C. Preventing suicide in young people: Systematic review // Aust. NZ J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 45. – P. 3-26.
69. Robinson J., Hetrick S.E., Bendall S. et al. Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students? Results from a pilot study / Early Intervention in Psychiatry, 2014.
70. Robinson J. McGorry P., Harris M.G. et al. Australia's National Suicide Prevention Strategy: The next chapter // Aust. Health Rev. – 2006. – Vol. 30. – P. 271-276.
71. Robinson J., Pirkis J. Research priorities in suicide prevention: An examination of Australian-based research 2007–11 // Aust. Health Rev. – 2013. – Vol. 38. – P. 18-24.
72. Robinson J.J. Pirkis K., Krysincka S. et al. Research priorities in suicide prevention in Australia. A comparison of current research efforts and stakeholder-identified priorities // Crisis. – 2008. – Vol. 29. – P. 180-190.
73. Robinson J., Rodrigues M., Fisher S., Herrman H. Suicide and Social Media Study: Report of the Internet Search. Melbourne, Australia, Orygen Youth Health Research Centre, Community Works, 2014.
74. Rudd, M., Rajab M., Dahm P. Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters // Am. J. Orthopsychiatry. – 1994. – Vol. 64. – P. 136-149.
75. Schilling E., Aseltine R. Jr., Glanovsky J. et al. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts // J. Adolesc. Health. – 2009. – Vol. 44. – P. 335-341.
76. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients // J. Consult. Clin. Psychology. – 1987. – Vol. 55. – P. 49-54.
77. Slee N., Garnefski N., Van Der Leeden R. et al. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 202-211.
78. Suldo S., Loker T., Friedrich A. et al. Improving school psychologists' knowledge and confidence pertinent to suicide prevention through professional development // J. Appl. School Psychology. – 2010. – Vol. 26. – P. 177-197.
79. Suominen K., Isometsa E., Suokas J., Haukka J. et al. // Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 562-562.
80. Tompkins T., Witt J., Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness // Suicide Life-threat. Behav. – 2009. – Vol. 39. – P. 671-681.
81. Van Spijker B., Van Straten A., Kerkhof A. Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: Results of a randomised controlled trial // PLOS One 2014. – Vol. 9.
82. Van Spijker B.A.J., Majo C.M., Smit F. et al. Reducing suicidal ideation: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help // J. Med. Internet Res. – 2012. – Vol. 14. – P. 141.
83. Wilson K., Stelzer J., Bergman J., Kral M. Inayatullah and C. Elliott . Problem solving, stress,

and coping in adolescent suicide attempts // Suicide Life Threat. Behav. – 1995. – Vol. 25. – P. 241-252.

84. World Health Organization Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland, WHO, 2014.
85. Wyman P., Brown C., Inman J. et al. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year, impact on secondary school staff // J. Consult. Clin. Psychology. – 2008. – Vol. 76. – P. 104-115.
86. Young and Well Cooperative Research Centre and Hunter Institute of Mental Health. Outcomes report: National roundtable on social Media, suicide prevention and young people in Australia. Melbourne, Australia, Young and Well Cooperative Research Centre and the Hunter Institute of Mental Health, 2013.

SUICIDE PREVENTION AMONG YOUNG PEOPLE IN AUSTRALIA

Jo Robinson, Helen Herrman

Australia

Suicide and suicide-related behaviour, across all age groups and including young people, is a significant public health concern in Australia. Although research evidence is limited, Australia has a strong commitment to the prevention of suicide. This is exemplified by the longstanding existence of a national suicide prevention strategy, by the pioneering of novel approaches to suicide prevention, including the delivery of internet based interventions to at-risk youth, and via a series of national programs and some initiatives, which together have the capacity to pave the way for an innovative and coordinated approach to reducing suicide risk among Australian youth.

Keywords: suicide, suicide-related behaviour, prevention, young people.



X.Херрман
Helen
Herrman

Редакция журнала «Суицидология» поздравляет Helen Herrman с избранием Президентом Всемирной психиатрической ассоциации и желает новых творческих успехов!

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ МОЛОДЫХ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ (комментарий переводчика)

Е.Б. Любов

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

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

В комментарии переводчика указаны общие проблемы предупреждения суицидального поведения молодежи как целевой группы типовых антикризисных программ в Австралии и России с акцентом на ресурсы электронных СМИ.

Ключевые слова: профилактическая программа, суициды, молодежь, электронные СМИ.

ВВП на душу населения Австралии примерно равен таковому в Великобритании, Германии и Франции. Страна признана второй из 170 (2009 г.) по индексу человеческого развития и шестой по качеству жизни по методике журнала «Экономист» (2005). Австралия последние годы по уровню суицидов (около 10 на 100000 населения) занимает срединное место рейтинга ВОЗ из более сотни стран. Показатели суицидальной активности в отчасти перекрещивающихся этнических и социально уязвимых (беженцы, сексуальные меньшинства) группах населения многократно выше. Как и в России (рис. 1), наиболее подвержены риску

суицида молодые мужчины, что подчеркивает и социально-экономический аспект многогранной проблемы [8], а также пожилые. На лиц 15-24 лет пришлось менее 13% массива суицидальной смертности в Австралии; в РФ – 11,4% (2013 г.), что вдвое меньше доли возрастной группы в населении. Вместе с тем СМИ представляют искаженный портрет суицидента [11], выдвигая СП несовершеннолетних основной целью профилактики.

В Австралии несколько десятков общих и специальных программ предупреждения суицидов (во всем мире – более 2000, но доказательно эффективных – не более пары сотен).

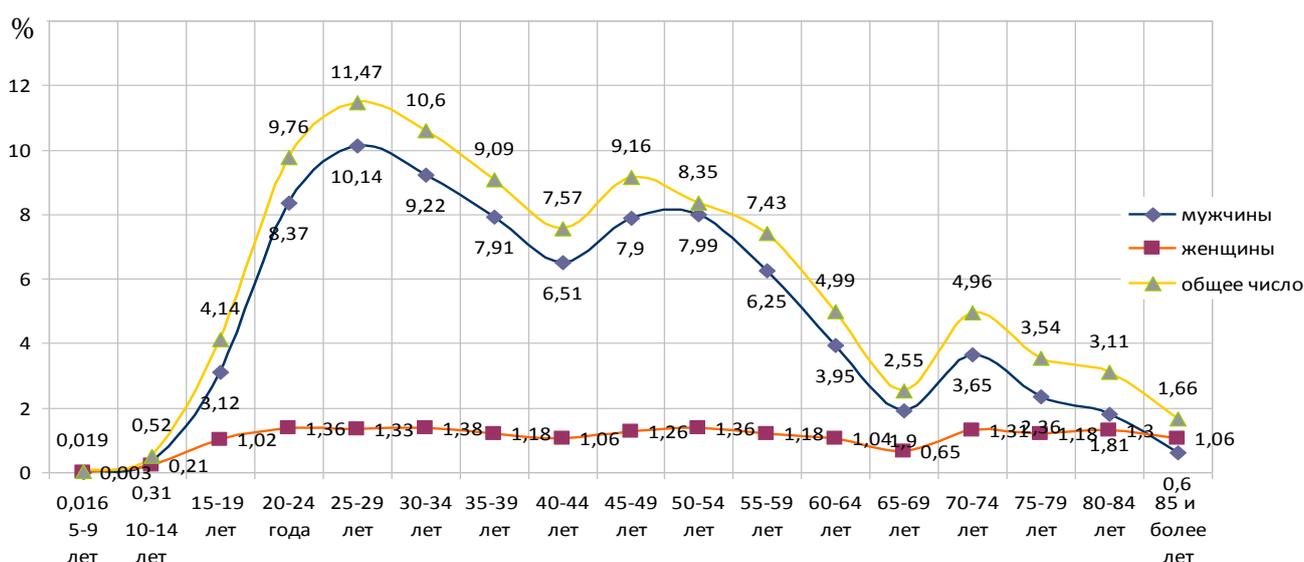


Рис. 1. Уровни суицидальной смертности в поло-возрастных группах в РФ в 2012 г. (на 100000 населения, в %).

Ряд лечебно-диагностических и профилактических, основанных на интернет - технологиях методик, с малым (пока) научно доказательным обоснованием РКИ, вызывает интерес.

Роль интернета на СП двойное – провоцирующая (поощряющая) в группе уязвимых личностей, особо молодых (содействие суициду сайтов, посвященных праву на смерть, выбор «безболезненного и верного» способа самоубийства; поиск единомышленников для пакта о самоубийстве) и позитивная, недостаточно используемая в профилактических программах [4, 5, 7, 13], – для ищущих помощь себе и / или близким (например, www.suicidology.org; www.befrienders.org, отечественный антисуицидальный сайт pobedish.ru) и прицельно – в целевых группах, тяготеющим к Сети [6].

Интернет привлекателен мужчинам 20-40 лет как целевой группе центров предотвращения суицида, при этом обычно их избегающих. В поле Интернет-ресурсов – психологические советы, группы поддержки, тестирование, экспертная оценка, консультирование и кризисная психотерапия. Причем сайты интернет-терапии настоятельно рекомендуют суицидентам звонить в скорую помощь и просят подтвердить, что предупреждение прочитано перед чат-сессией.

Интернет информирует о ранних признаках, факторах риска суицида (не всегда научно обоснованных), ресурсах помощи; использован для скрининга студентов на предмет выявления риска самоубийства и психических проблем (состояний психической дезадаптации). Примечательно внимание к третичной профилактике – работа с «выжившими» (близкие, приятели суицидента). Традиционно обученные добровольцы из их числа дополняют штат суицидологических служб.

Еще два классических примера использования Интернета в превенции СП. *Международная организация предотвращения самоубийств «Befrienders» («Самаритяне»)* в 1994 г. первой внедрила кризисную терапию через электронную почту. Для неформального консультирования привлечены программы мгновенного обмена сообщениями (instant messengers, IM). Израильская *онлайн-служба SAHAR («Поддержка и слушание в сети»)* привлекает людей в кризисе (увы, лишь знающих иврит и несколько часов в сутки) к анонимной консультации виртуального специалиста-практика (добровольца), информирует мгно-

венно «кликом» на ссылку. Возможно общение на интернет-форумах: подростковом, взрослом, для военнослужащих, помощь искусством. Примечательно: половина сообщений – суицидального характера [6], тогда как – по «горячей» линии телефона доверия – не более 5% [10]. Электронная переписка привлекает клиентов с нарушениями слуха и речи, избегающих телефон в связи с недоверием и страхом «потерять лицо».

У отечественной суицидологической службы хорошие задел и традиции в деле профилактики СП молодых [9]. Систематически проходят масштабные скрининги в среде учащихся [1] для выявления факторов предрасположенности СП с последующим индивидуальным консультированием. Необходимым звеном отечественной суицидологической службы служит кабинет социально-психологической помощи в ВУЗе. Выпущены методические рекомендации [12]. В рамках межведомственного взаимодействия разработана многоуровневая программа предупреждения суицидов в МГТУ им. Баумана [9]. МНИИП много лет сотрудничает с МГИМО. Психологической помощи суицидентам через интернет посвящен спецвыпуск научно-практического журнала «Психологическое консультирование онлайн» (2011, № 4). Опросник сотрудника отдела суицидологии МНИИП С.В. Харитонова «Шкала динамического контроля суицидального риска» (<http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html>), пригодный для онлайн самооценки, проходит валидизацию. В свете укрепления позиций дистанционного образования, перспективен онлайн-тренинг по кризисным вмешательствам и оценки риска суицида, обучение и поддержка специалистов по предотвращению самоубийств, особенно из отдаленных районов. Накоплен опыт выявления и развития резервов жизнестойкости молодых (в формате групповых психотерапевтических занятий), укрепляющих самооценку, возможности совладания с микросоциальным дистрессом неблагоприятных жизненных событий, чувства надежды в рамках программ для учащихся [2, 3]. В связи с ролью когнитивных нарушений, напрямую не связанных с депрессией, перспективен тренинг социальных когнитивных возможностей суицидентов и потенциальных суицидентов.

По уровню доступа к информационным технологиям Россия в верхней трети рейтинга из 159 стран, лучший результат стран СНГ. К

2010 году в России 43,3 млн интернет - пользователей. Темпы роста превосходят западные: в 2000-2010 гг. 1826%. Каждая четвёртая семья обеспечена доступом в Интернет. При необходимости контроля содержания Сети (Единый реестр запрещённых сайтов) её резервы (как антисуицидального лечебно - профилактического фактора) требуют целенаправленного развития в рамках становления местных и федеральной программ предупреждения суицидов.

Литература:

1. Бовина И.Б., Банников Г.С., Вихристюк О.В., Дворянчиков Н.В., Коноплева И.Н. Представления о суициде в молодежной среде // Юридическая психология – 2013. – № 1. – С. 14-18.
2. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 35-44.
3. 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>
4. Вихристюк О.В., Банников Г.С., Летова А.В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2013. – № 1. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 15.08.2013)
5. Кабизулов В.С. Просуицидные и антисуицидальные факторы информационной сети Интернет [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (1). URL: <http://medpsy.ru/climp>
6. Лестер Д. Использование Интернета в консультировании суицидентов: возможности и недостатки // Психологическое консультирование онлайн». – 2011. – № 4. – С. 15-40.
7. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 10-22.
8. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
9. Любов Е.Б., Семикин Г.И. Кризисные состояния учащейся молодежи: диагностика, лечение, профилактика (опыт межпрофессионального и межведомственного подходов) / Мат. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно - реабилитационной помощи психически больным». – СПб.: Айсинг. – 2011. – С. 433.
10. 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).
11. Любов Е.Б., Чубина С.А. Качество сообщений электронных СМИ о суицидальном поведении жителей Тульской области / Психиатрическая служба Казахстана и России: общие традиции, перспективы развития и международного сотрудничества. Мат. региональной научно-практической конференции с международным участием. – Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова, – 2014. – С. 62-64.
12. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи / Н.Д. Кибрик, В.М. Кушнарв. Под научн. рук. А.Г. Амбрумовой. Метод. Рекомендации. – М., 1988. – 21 с.
13. Omar H.H. A model program for youth suicide prevention // Int. J. Adolescent Med. Health. – 2005. – Vol. 17. – P. 275-278.

YOUTH SUICIDE PREVENTION:
INTERNATIONAL EXPERIENCE AND NATIVE
RESERVES (translator's comments)

E.B. Lyubov

Moscow Research Institute of Psychiatry branch of the Federal state institution "Federal medical research center of psychiatry and narcology", Moscow, Russian

In comments interpreter listed common problems of suicidal behavior prevention among young people as a target group of typical anticrisis programs in Australia and Russia, with an emphasis on electronic media resources.

Keywords: prevention program, suicide, youth, electronic media.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

СУИЦИДЫ В СТРАНАХ СНГ

Б.С. Положий, В.С. Фритлинский, С.Е. Агеев

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

Контактная информация:

Положий Борис Сергеевич – Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (495) 637-58-06, e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Фритлинский Владимир Семенович – кандидат философских наук, доцент. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела экологических и социальных проблем психического здоровья, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (495) 637-58-06

Агеев Сергей Евгеньевич – врач-психиатр. Место работы и должность: научный сотрудник отдела экологических и социальных проблем психического здоровья, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: (495) 637-58-06

Изучена динамика суицидов в странах Содружества независимых государств (СНГ). С этой целью проанализированы показатели частоты суицидов в трех сравниваемых периодах. Первый из них представлен 1990 годом – последним годом существования данных государств в качестве республик СССР. Второй – 1995 годом, характеризующим сложный период социального и экономического становления новых независимых государств. Третий – 2012 годом, отражающим их состояние через 20 лет самостоятельного существования. Анализ динамики частоты суицидов в СНГ позволил выделить две группы стран. Первая из них включает в себя Россию, Беларусь и Казахстан. В этой группе частота суицидов имела непосредственную связь с характером социальной ситуации: быстрый и выраженный рост показателя в переходный период становления государственности, сопровождавшийся социальным и экономическим кризисом (в России с 26,5 до 41,5 на 100000 населения, в Беларуси – с 20,4 до 31,2, в Казахстане – с 19,1 до 28,6), и постепенное снижение частоты по мере стабилизации обстановки (в 2012 г.: Россия – 22,4 на 100000, Беларусь – 21,8; Казахстан – 24). Вторая группа объединяет государства Центральной Азии (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан) и Закавказья (Азербайджан, Армения). В данной группе частота суицидов практически не реагировала на изменения социальной ситуации, находясь на стабильно низком уровне (1-7 на 100000) во все периоды. Установленные различия связаны с социокультуральными особенностями сопоставляемых стран, что необходимо учитывать в государственных программах предупреждения суицидов.

Ключевые слова: частота суицидов, социальные периоды, экономический кризис, факторы суицидального риска, этнокультуральные особенности, предупреждение суицидов.

Частота суицидов представляет собой один из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья [1]. С одной стороны, это обусловлено тем, что суицидальное поведение является сложным медико-социальным феноменом, возникновение которого обусловлено широким кругом факторов – биологических, личностно-психологических, клинических, социальных и др. С другой стороны, завершенные суициды, то есть случаи, закончившиеся летальным исходом, учитываются статистикой более полно, нежели другие формы аномального поведения и психические расстройства.

Учитывая крупномасштабные изменения, произошедшие на рубеже столетий на террито-

рии бывшего Советского Союза, в частности, образование Содружества независимых государств (СНГ), объективные сложности переходного периода, связанные с радикальными изменениями политического, социального и экономического устройства бывших союзных республик, представляется важным изучить особенности суицидальной ситуации во вновь образовавшихся странах. На сегодняшний день в состав СНГ входят 9 государств: Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Таджикистан и Узбекистан.

Для решения поставленной цели нами проанализированы показатели частоты суицидов в изучаемых странах в трех сравниваемых пери-

одах. Первый из них представлен 1990 годом – последним годом существования данных государств в качестве союзных республик СССР. Второй – 1995 годом, характеризующим сложный период социального и экономического становления новых независимых государств. Третий – 2012 годом, отражающим их состояние через 20 лет самостоятельного существования. Анализируемые показатели частоты суицидов базируются на официальных данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [7]. Кроме того, нами учитывались определенные ВОЗ уровни частоты суицидов: низкий – 0-10 случаев на 100000 населения, средний – 11-20 случаев, высокий или критический – более 20 случаев на 100000 населения.

Как следует из рис. 1, в первом периоде в группу с низкой частотой суицидов входили 4 союзные республики: Азербайджанская, Армянская, Таджикская и Узбекская. Группа со средней частотой была представлена Киргизской, Молдавской и Казахской ССР. Две республики – Белорусская ССР и РСФСР находились в диапазоне высокой частоты суицидов – соответственно 20,4 и 26,5 на 100000. Таким образом, будущие государства СНГ имели существенные различия по уровню суицидальной активности населения. В частности, различие показателей в республиках с минимальным (Азербайджан) и максимальным (РСФСР) уровнями составляло 16,5 раза.

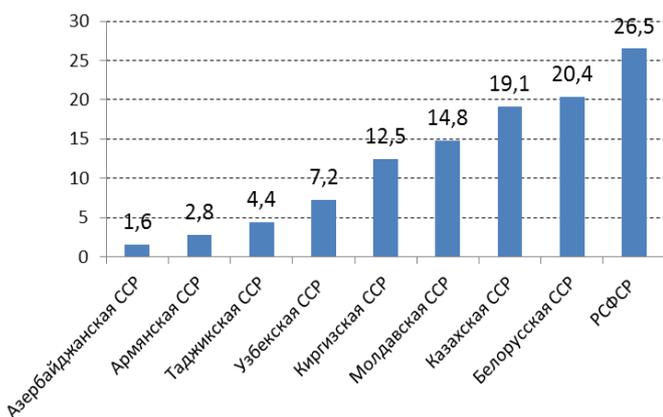


Рис. 1. Частота суицидов в республиках СССР в 1990 г. (на 100000 населения).

Во втором периоде, отражающем сложности переходного периода, с которыми столкнулись все государства вновь образованного Содружества, динамика суицидальной ситуации оказалась также различной (рис. 2). В России, Беларуси и Казахстане произошло резкое (в 1,5

раза) увеличение частоты суицидов. Несколько меньший рост был зарегистрирован в Молдове – в 1,3 раза. Таким образом, наиболее выраженное увеличение частоты самоубийств произошло в тех странах, где и в предыдущем периоде имел место ее высокий уровень. В особой степени это относится к России, где частота суицидов достигла 41,5 случая на 100000 населения, что вывело ее на второе (после Литвы) место в мире по величине данного показателя. Кроме того, в этот же период Казахстан переместился из группы со средним уровнем частоты суицидов в группу стран с высоким уровнем.

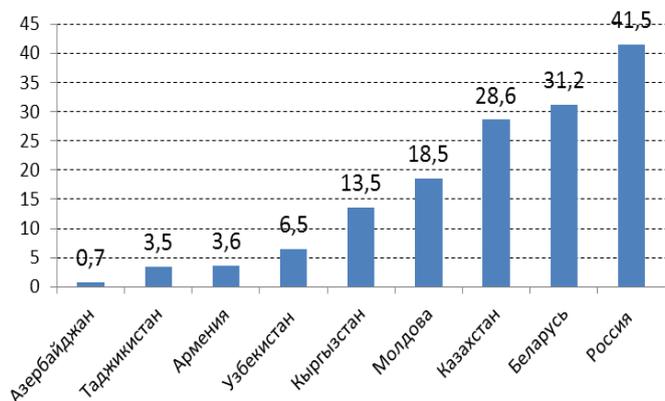


Рис. 2. Частота суицидов в новых независимых государствах СНГ в 1995 г. (на 100000 населения).

Иначе выглядела ситуация в странах Закавказья и Центральной Азии. В них показатели частоты суицидов не претерпели достоверных изменений ($p > 0,05$). При этом во всех этих государствах, за исключением Армении и Кыргызстана, частота суицидов даже несколько снизилась.

Следующим аспектом анализа явилось сопоставление показателей частоты суицидов во второй и третий периоды (рис. 3). Следует отметить, что по мере стабилизации социальной ситуации частота суицидов в странах с ее высоким и средним уровнями достоверно снизилась. В частности, снижение показателя составило в России 1,9 раза, в Кыргызстане – 1,6 раза и в Беларуси 1,4 раза. Более умеренное снижение частоты самоубийств имело место в Казахстане – на 16,1%, и в Молдове – на 13%. Тем не менее, достигнутые результаты не позволили России, Беларуси и Казахстану покинуть зону высокого уровня частоты суицидов. Лишь Кыргызстан перешел из диапазона среднего уровня в диапазон низкого уровня. Что

касается стран с низким уровнем частоты суицидов (Азербайджан, Армения, Таджикистан и Узбекистан), то в них и в третьем периоде изменения показателей частоты суицидов не имели достоверного характера ($p > 0,05$).

Таким образом, проведенный анализ позволил выделить две тенденции. В странах, которые и будучи республиками СССР отличались высоким уровнем суицидов (Россия, Беларусь, Казахстан), в период становления государственности произошел резкий рост их частоты. Затем, по мере социальной стабилизации, в этих государствах начался процесс снижения данных показателей. Вторая тенденция касается стран с традиционно низким уровнем самоубийств (государства Центральной Азии и Закавказья). В них показатели суицидальной активности населения не претерпели каких-либо изменений в процессе перехода к новому политическому и социально-экономическому устройству общества.

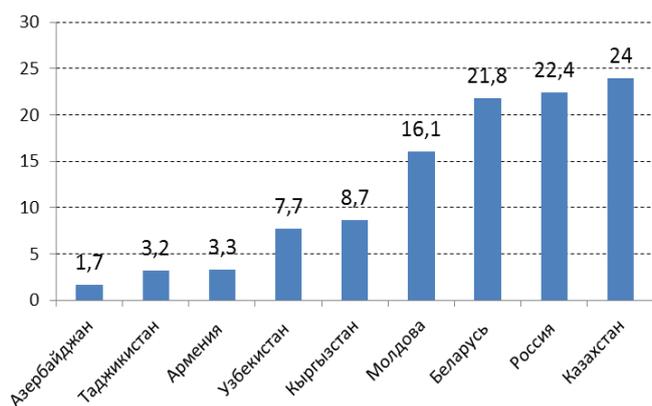


Рис. 3. Частота суицидов в новых независимых государствах СНГ в 2012 г. (на 100000 населения).

Переходим к рассмотрению факторов, оказавших влияние на динамику частоты суицидов в новых суверенных государствах, вошедших в состав СНГ. Согласно нашим исследованиям [2-4] к таким факторам относятся:

- Макросоциальные – радикальные изменения во всех сферах жизни общества («стрессы социальных изменений», по терминологии ВОЗ).
- Социально-экономические – социальная нестабильность, снижение уровня жизни, безработица, вынужденная смена профессии и т.д.
- Религиозные – отношение доминирующей в стране религии к совершению самоубийства.

- Этнокультуральные – сложившееся в культуре каждого народа отношение к возможности совершения самоубийства.

Начнем с обсуждения роли макросоциальных и связанных с ними социально - экономических факторов. Из литературы известно, что в условиях социального неблагополучия, в особенности достигающего уровня социальных катаклизмов, частота суицидов резко увеличивается [5, 6]. Достаточно вспомнить резкий рост частоты самоубийств в XX веке в США во время Великой экономической депрессии. Суицидогенная роль негативных макросоциальных факторов определяется их стрессовым воздействием на большие группы населения, что резко повышает риск развития суицидального поведения у лиц, имеющих соответствующую предрасположенность, не реализующуюся в благоприятных социальных условиях.

Суицидогенное влияние макросоциальных и социально-экономических факторов четко прослеживается в новейшей истории России, Беларуси и Казахстана – государств, сформировавшихся из числа наиболее развитых в социальном и экономическом отношении союзных республик. Напомним, что частота самоубийств в них превышала критический уровень ВОЗ уже в последние годы существования Советского Союза. Этому способствовали нарастающий социальный и экономический хаос, падение экономики, политическая нестабильность, и другие факторы социального неблагополучия. Тяжело протекавший переходный период, сопровождавшийся не только снижением жизненного уровня людей, но и фрустрацией вследствие ломки привычных жизненных стереотипов, необходимости смены ценностных ориентаций, ощущения собственной невостребованности, обусловил выраженный рост суицидальной активности населения. Лишь через 10-15 лет существования в новом статусе в этих государствах появилась тенденция к постепенному снижению частоты суицидов.

Далее рассмотрим значение этнокультурального и религиозного факторов. Исторически сложившееся и вошедшее в культуру народа отношение к самоубийству, его социальная и нравственная оценка играют роль либо антисуицидального фактора, либо, напротив, фактора суицидального риска. Общеизвестно, что все основные мировые религии (христианство, ислам, иудаизм) негативно относятся к

самоубийству, расценивая его как один из самых тяжких грехов. Учитывая это, возникает вопрос, почему антисуицидальное влияние религиозного фактора дает существенный эффект лишь в некоторых странах, преимущественно, мусульманских? С нашей точки зрения, это обусловлено следующим.

В странах Центральной Азии (Узбекистан, Таджикистан, Кыргызстан) и Азербайджане, где доминирует ислам, атеизм практически не встречается, а священные религиозные требования соблюдаются предельно ортодоксально. При этом в Коране одна лишь мысль о возможности уйти от тягот жизни с помощью самоубийства является верхом кощунства. Поэтому недопустимость суицида становится для мусульман практически абсолютным условием их веры. В этих странах низкая частота суицидов отмечалась во все исторические периоды: и тогда, когда они входили в состав Российской империи, и, когда были республиками СССР, и в переходный период обретения независимости, и в период существования в качестве самостоятельных государств.

В государствах, где основная часть населения исповедует христианство (Россия, Беларусь), негативную роль сыграл насаждавшийся десятилетиями атеизм, лишивший большинство людей нравственных основ, заложенных в религии. Естественно, что в таких условиях она не могла выполнять свою антисуицидальную функцию. Что касается Армении, где основной религией является христианство, а верование не носит ортодоксально - фундаменталистского характера, то стабильно низкая частота суицидов в этой стране связана, прежде всего, с этнокультуральными факторами. Это подтверждается существующими историческими и этнологическими сведениями о том, что самоубийство всегда было чуждо армянскому народу. Подводя итог приведенным данным, можно прийти к следующим выводам:

1. Анализ динамики частоты суицидов в странах СНГ позволил выделить среди них две группы. Первая из них включает в себя Россию, Беларусь и Казахстан. С советских времен их характеризуют высокий уровень социально-экономического развития, высокий образовательный и профессиональный уровень населения, незначительная роль религии как антисуицидального фактора, высокий (или близкий к нему) уровень частоты суицидов. В данной группе стран частота суицидов имеет

непосредственную связь с характером социальной ситуации: быстрый и выраженный рост показателя в условиях социального и экономического кризиса, и его постепенное снижение по мере стабилизации обстановки.

2. Вторая группа стран объединяет государства Центральной Азии (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан) и Закавказья (Азербайджан, Армения). Центральнoазиатские страны и Азербайджан отличаются ориентацией на восточную модель культуры и сильным антисуицидальным влиянием религии (Ислам). Для Армении характерна исторически вошедшая в ее культуру ненормативность суицидального поведения. Поэтому в данной группе стран частота суицидов практически не реагирует на изменения социальной ситуации и находится на стабильно низком уровне.

3. Полученные сведения указывают на необходимость дифференцированных подходов к профилактике суицидов в странах СНГ с учетом их социокультуральных особенностей.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения (WHO) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. // Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. – 2001. – 215 с.
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
3. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.
4. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: ООО «МИА», 2009. – 544 с.
5. Bertolote J.M. Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000 Suicide // An. unnecessary death. – Ed. Danuta Wasserman. – London: Martin Dunitz, 2001. - P.3-10
6. Goldney R.D. Suicide Prevention. – Oxford University Press, 2008. – 256 p.
7. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organisation, 2014. – 98 p.

SUICIDES IN COUNTRIES OF THE CIS

B.S. Polozhy, V.S. Fritlinsky, S.E. Ageyev

Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia

Investigated the dynamics of suicides in countries of the Commonwealth of Independent States (CIS). With this goal in mind, we have carried out the analysis of suicide rate data across the three periods that have been

compared. The first of these is represented by the year 1990 – the last year of the existence of these states as Soviet republics. The second period is represented by the year 1995, which characterized the social and the economic difficulties of the transition period in the newly independent States. The third one is represented by the year 2012, reflecting the 20-year long period of their independent existence.

Analysis of the suicide rate in the CIS has enabled to identify two groups countries. The first one includes Russia, Belarus and Kazakhstan. In this group suicide rates are directly linked to the character of the social situation: the fast and pronounced growth of the rate in transitional period of state formation, accompanied by social and economic crisis (in Russia from 26.5 to 41.5 per 100000 population, in Belarus – from 20.4 to 31.2,

in Kazakhstan – from 19.1 to 28.6) and slow decrease of suicide rate as the situation becomes stable (in 2012: Russia – 22.4 per 100 000, Belarus – 21.8, Kazakhstan – 24). The second group comprises the Central Asian States (Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan) and the South Caucasus (Azerbaijan, Armenia). In this group of countries suicide rates show virtually no response to changes in the social situation and are stable at the low level (1-7 per 100 000 population) during all periods. Installed differences associated with socio-cultural characteristics of the countries, it is necessary to take into account in government programs preventing suicides.

Keywords: suicide rate, social periods, the economic crisis, suicide risk factors, ethnocultural peculiarities, prevention of suicides.

УДК: 616.89-008.44

САМОУБИЙСТВА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЧТО ПРОИСХОДИТ И В ЧЕМ ПРИЧИНА?

В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова,
Институт инновационного и последипломного образования, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Анализ мировой литературы свидетельствует, что за последние десятилетия наблюдается рост самоубийств среди самой молодой части населения. В числе возможных причин наблюдаемых процессов можно указать давление западной культуры, провоцирующей консюмеризм, индивидуализм, конкуренцию, гедонизм, деформацию ценностей и ухудшение психического здоровья подростков. Это сопровождается усилением психосоциального стресса, связанного с неравенством, одиночеством, кризисом семьи и недостатком социальной поддержки. В связи с глобализацией и повсеместным использованием информационных технологий это влияние становится все более массовым и охватывает все большие контингенты.

Ключевые слова: суицид, дети.

Целый ряд сообщений как в специальной научной литературе, так и в околонучных изданиях, посвящены такой тенденции, как рост самоубийств среди наиболее молодых людей (детей и подростков). Данная тенденция наблюдается в разных регионах мира в течение последних 30-40 лет с разной выраженностью в зависимости от страны, региона или этнокультурной группы, причем все это происходит на фоне того, что уровень самоубийств среди других возрастных групп в основном снижается или, по крайней мере, не растет так выражено. Ряд публикаций по данному поводу носит откровенно алармистский характер, именуя

происходящее «эпидемией самоубийств» (при том, что подобная риторика, согласно рекомендациям по суицидальной превенции, в принципе нежелательна в СМИ и прочих массовых изданиях, поскольку создает определенный ажиотаж вокруг данной проблемы).

Так, например, издание, принадлежащее ВОЗ (Бюллетень ВОЗ), еще в 2001 г. опубликовало материал под заголовком «Они выбирают смерть – нарастающая эпидемия среди молодежи». В небольшом материале, после констатации тревожных фактов, автор приводит мнения ведущих западных суицидологов (Хосе Бертолотте, Диего Де Лео, Дануты Вассерман,

Мортон Сильвермана и др.) относительно причин этого явления. Они сводятся к тому, что современные общества сталкиваются с быстрыми изменениями, затрагивающими самые разные сферы жизни, следствием чего становятся экзистенциальные проблемы, разрушение традиций, проблемы во взаимоотношениях поколений, увеличение потребления алкоголя и наркотиков и нарастание психических расстройств [34]. Все это делает молодое поколение более уязвимым. Эта публикация подтолкнула нас к попытке проанализировать данную ситуацию более детально с позиций сегодняшнего дня.

Замечания методического характера.

Мы поставили в заглавии два вопроса – что в действительности происходит, и каковы причины происходящего. На первый вопрос ответить существенно легче – анализируя литературу. Сразу отметим, что речь пойдет только о завершённых самоубийствах. Предметом анализа в связи с этим является статистика смертности в динамике. С одной стороны, это упрощает задачу, поскольку «отсекает» множество других суицидальных проявлений (попытки, мысли и т.д.), трактовка которых очень неоднозначна. Смертельный случай – событие неоспоримое, и сопоставление статистики смертности в идеале должно дать ясную картину. Однако проблемой является то, что стандарты регистрации причин смерти заметно различаются в разных странах. В зависимости от экономического развития, уровня здравоохранения и общественной безопасности регистрация подростковых самоубийств различается. Большое влияние на официальную статистику оказывают существующие табу в отношении самоубийств, религиозные и семейные традиции. Это особенно характерно для так называемых «развивающихся» стран (как правило, это страны с традиционной, отличной от глобализованной), структурой общества, традиционными ценностями и т.д. Таким образом, не следует слишком доверять некоторым данным.

При анализе показателей важно четко разграничивать возрастные группы (что не всегда делается), поскольку по мере взросления ситуация резко меняется. Индексы самоубийств в возрастной группе 5-14 лет очень низки (порядка 0,5-2,5 на 100000 в зависимости от страны или региона), однако среди молодежи (14-25 лет) они уже значительно выше (5,0–28,0 на 100000) [25]. В ряде случаев часть смертей

среди детей (особенно в возрасте до 10-11 лет) относят к несчастным случаям или к так называемым «неопределённым причинам смерти». В целом большинство авторов сходятся в том, что детские суициды в основном остаются недооценёнными и статистическая информация о них всегда ниже реальных значений [25, 70, 85]. Все это характеризует контекст, на фоне которого обсуждается данная проблема.

Предметом анализа явились публикации, полученные из базы данных medline.com путем поиска по словосочетаниям adolescents' suicides, young people suicides, children suicides. Поиск русскоязычной литературы осуществлялся по базе scholar.ru. Поиск также осуществлялся по обычным поисковым системам, в частности, google.com. В некоторых случаях дополнительно использовали ссылки из первично идентифицированных статей для последующего поиска первоисточников. Одним из источников была фундаментальная коллективная монография Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention, вышедшая в 2009 г. Результаты систематизировали по географическому признаку.

Глобальные аналитические статьи.

За последние 10 лет самоубийства среди детей и подростков в глобальном масштабе детально анализировались, насколько нам удалось установить, дважды – в фундаментальной публикации Pelkonen и Marttunen [63] и в специальном обзоре, подготовленном для упомянутой авторитетной коллективной монографии, вышедшей в Oxford University Press под редакцией Дануты Вассерман. В этой монографии обзор подготовлен группой авторов под руководством Алана Аптера [25]. В обоих обзорах содержится вся наличная на момент опубликования официальная статистика самоубийств среди детей и молодых людей, часто, к сожалению, в несовпадающих возрастных диапазонах, но зато в сравнительном аспекте по странам и континентам. Основной вывод, который можно сделать из обширных табличных данных, следующий. В целом индексы самоубийств среди подростков коррелируют с индексами в общей популяции, в силу чего ранговые места различных стран остаются почти неизменными. Так, в полном соответствии с хорошо известными фактами, первые места по подростковым самоубийствам в 1997-1998 гг. занимают Россия, Казахстан, Эстония и Литва, а также Финляндия, Словения, Беларусь и

Украина. На другом полюсе – страны с крайне низкими уровнями, такие как Армения, Азербайджан, Греция, Македония и Португалия. В то же время, в числе стран с самым высоким уровнем появляется Новая Зеландия [63]. В более позднем обзоре, отражающем положение на начало 2000-х годов и охватывающем более широкий круг стран, на первых местах Россия, Литва, Финляндия и Новая Зеландия, на другом полюсе – Португалия, Греция и Египет. В то же время, на самом первом месте с предельно высоким уровнем оказывается Шри Ланка [25].

Таким образом, на фоне определенных устойчивых тенденций, которые отражают исторически сложившиеся «места» стран в общем перечне, периодически выявляются страны с очень высокими уровнями самоубийств среди подростков. Такие ситуации необходимо анализировать отдельно с позиций устойчивости этих тенденций, что не всегда удается сделать из-за неполноты статистических данных. Разумеется, подход, основанный на национальной статистике, страдает недостатками. Внутри многих стран, ввиду их национально-этнической и географической неоднородности, могут выявляться сильно различающиеся региональные уровни самоубийств. Где возможно, это принималось во внимание.

Европейский континент.

Анализ ситуации целесообразно провести, начав с Европы. В 2004 г. был обнародован анализ смертности от самоубийств подростков (15-19 лет) в странах европейского региона по классификации ВОЗ (страны Европейского континента включая все страны бывшего СССР, Турцию и Израиль) за период с 1979 по 1996 г. [70]. В 21 из 30 стран, входящих в список, за указанный период уровень самоубийств среди молодых мужчин повысился, в то время как среди мужчин старше 20 лет эта тенденция либо была выражена намного слабее, либо наблюдалось снижение уровней. Наиболее значительный рост наблюдался в Беларуси, Казахстане и Ирландии. Среди молодых женщин рост показателей наблюдался только в 18 странах, и не столь выраженный (за исключением существенных подъемов в Ирландии и Норвегии) [70]. Эти данные убедительно свидетельствуют о тенденции к росту подростковых и юношеских самоубийств в Европе.

Обобщенные данные желательно дополнить данными национального и регионального

уровня. Локальные исследования позволяют уточнить наблюдаемые тенденции, содержат больше деталей (например, о методах самоубийств) и дают больше возможностей оценить вероятные причины изменений. Общий тон статей отражает настроения в среде суицидологов, занимающихся данной проблемой на национальном уровне.

В Финляндии опубликованы данные о динамике суицидов среди лиц до 18 лет с 1969 по 2008 г. Уровни самоубийств среди подростково-юношей росли с 1969 по 1989 г., при том, что среди девушек в этом временном диапазоне существенных изменений не наблюдалось. С начала 90-х годов уровни среди юношей начали снижаться, в то время как наметился рост индексов среди девушек. Среди мужчин преобладали самострелы, среди женщин – повешение, после чего следовали отравления [55]. Авторы выражают обеспокоенность фактами роста самоубийств среди молодых женщин.

Рост детских и подростковых самоубийств в течение ряда лет наблюдается в Швеции, где традиции суицидальной превенции (в том числе на государственном уровне) насчитывают уже десятилетия. Неудивительно, что растущие уровни подростковых самоубийств воспринимаются весьма серьезно, разрабатываются специальные превентивные меры на уровне парламента [48, 50, 86]. Тем не менее, все меры общего характера, направленные на снижение смертности от внешних причин, малоэффективны в отношении самоубийств среди подростков [50]. Наиболее уязвимыми оказались подростки северных регионов Швеции, где смертность от внешних причин в целом выше, чем по стране [50]. Самые высокие показатели обнаруживаются среди аборигенных народов Севера – оленеводов саами (лопарей, представителей финно-угорской группы народов) [23]. Примечательно, что наиболее чувствительная информация по данному вопросу публикуется в журналах на шведском языке и, как правило, без английского резюме [47, 48, 86].

В Великобритании уровни самоубийств среди молодых людей выше, чем в других возрастных группах, самоубийства являются ведущей причиной смерти лиц в возрасте 15–19 лет. В то же время, опубликованы данные, согласно которым в период с 1997 по 2010 г. подростковые самоубийства снижаются. Как и во многих других странах Европы, в Великобритании (Англия и Уэльс) эта группа имеет

намного более высокую смертность от самоубийств, чем группа 10-14 лет, при этом среди юношей смертность в 3-4 раза выше, чем среди девушек [87, 88]. В статьях высказывается мысль о необходимости тщательного мониторинга суицидов среди детей и подростков, особенно в связи с практическим внедрением классификатора «неопределенная смерть», за которым может скрываться самоубийство.

Исследование, проведенное в *Швейцарии*, посвящено в основном анализу методов самоубийств, используемых подростками до 19 лет. На первом месте оказалось повешение, падение с высоты и под поезд (для обоих полов), далее среди юношей преобладали самострелы, а среди девушек – отравления [45]. Статья спокойная, академичная, особой обеспокоенности ростом подростковых самоубийств не содержит.

Ситуация в *Австрии* довольно полно отражена в публикации [40]. Авторы анализировали смертность от самоубийств подростков в возрасте до 14 лет за период с 1970 по 2001 г. За указанный период уровень самоубийств снижался среди мальчиков, в то время как среди девочек он оставался в основном неизменным. Авторы подчеркивают, что снижение индексов самоубийств среди подростков совпадает с общей тенденцией среди австрийского населения [40].

Несмотря на то, что *Италия* относится к странам с традиционно низким уровнем самоубийств (особенно в южных регионах), самоубийствам подростков уделяется значительное внимание. В одной из публикаций авторы проанализировали смертность подростков в возрасте от 10 до 17 лет от самоубийств за период с 1971 по 2003 г. Отмечено, что смертность подростков от всех внешних причин снижается, за исключением самоубийств, уровень которых остается постоянным. Авторы считают, что самоубийство относится к наиболее резистентным в плане превенции причинам смерти среди подростков [65]. В другой работе, охватывающей практически этот же период времени, но пользующейся другим источником информации, указывается, что наблюдается незначительный подъем индексов самоубийств, причем наибольший – в группе молодых мужчин в возрасте 15-19 лет [35]. Авторы призывают к более серьезному отношению к данной проблеме и к разработке национальной исследовательской программы по данному вопросу.

Таким образом, в *Италии*, при весьма низких уровнях самоубийств, наблюдается все та же характерная динамика – повышение (или сохранение на стабильном уровне) уровней самоубийств среди подростков при снижении этого показателя в старших возрастных группах.

Рассмотрим ситуацию в Восточной и Южной Европе. В *Польше* анализировали смертность от самоубийств за период с 1999 по 2007 г. среди детей и подростков в стандартных возрастных группах – 10-14 и 15-19 лет. Выявлено, что существенных изменений среди юношей обеих возрастных групп и девушек старшей группы не наблюдалось, однако среди девушек в возрасте 10-14 лет обнаружен достоверный подъем индексов самоубийств за указанный период. При этом выявляется корреляция между суицидами и групповыми отравлениями, а также между смертями от «неопределенных причин», что дает основание полагать наличие скрытых самоубийств в данных классификаторах [54]. Таким образом, в *Польше* растут самоубийства среди самых молодых девушек-подростков.

Интересные данные представлены в работе из *Боснии и Герцеговины*. Авторы проанализировали суициды среди подростков младшей и старшей групп в период 1986-1990 гг. и 2002-2006 гг. «Водоразделом» между этими двумя периодами является, так называемая, боснийская война 1992-1995 гг. Авторы отталкивались от взглядов Дюркгейма, социологическая теория которого предсказывает снижение уровней самоубийств среди гражданского населения в годы войны и повышение в послевоенный период. Исследование показало, что в послевоенный период уровни самоубийств пошли вверх, главным образом среди детей в возрасте 14 лет и моложе, в то время как среди девушек и юношей старшей возрастной группы они снизились. При этом в послевоенный период на первое место вышли случаи с использованием огнестрельного оружия, в то время как ранее доминировало повешение [43]. Статья из *Хорватии* также констатирует подъем самоубийств среди подростков и сообщает о значительном росте случаев с использованием огнестрельного оружия [41]. Данные публикации недвусмысленно указывают на роль доступности определенных средств самоубийства, особенно применительно к подросткам.

В южной Европе и Малой Азии уровни самоубийств традиционно низки. Это касается, в

том числе, подростков и молодых людей в Эпирусе – северо-западном регионе Греции, известном своей древнейшей историей, где роста суицидальности среди молодежи не отмечено. Авторы усматривают причину этой позитивной тенденции, прежде всего, в том, что в данном регионе сохраняется традиционный жизненный уклад, с крепкими семейными традициями, что является естественным протекторным фактором для молодежи [84]. Работы из географически близкой Турции, где экономическое развитие более интенсивно, не столь оптимистичны. В них упоминается рост подростковых самоубийств, однако короткие периоды наблюдений не позволяют сделать определенных выводов [26, 81].

Страны бывшего СССР.

Отдельно следует рассмотреть ситуацию в странах бывшего СССР, прежде всего, в тех, которые оказались в самой неблагоприятной ситуации (с точки зрения роста суицидальности) после распада страны. Это страны Прибалтики, славянские страны (Россия, Беларусь, Украина) и Казахстан. Уровни самоубийств в этих странах неоднократно обсуждались с самых разных позиций, главным образом, с учетом такого фактора как потребление алкоголя [2, 58, 82]. Проведенный нами недавно анализ свидетельствует о том, что основной причиной резких изменений смертности от самоубийств на постсоветском пространстве за последние 30 лет, скорее всего, является психосоциальный стресс, обусловленный распадом государства СССР и последовавшими вслед за этим негативными социальными, экономическими и политическими процессами [13]. Этот период также характеризовался внедрением новых «ценностей», характерных для капиталистического мира и разрушением устоявшихся социальных стереотипов, демонтажем привычного уклада жизни, нарастанием социального неравенства и конкуренции.

Известно, что вскоре после распада СССР произошел значительный подъем уровня самоубийств в странах с исходно высоким уровнем (Россия, Латвия, Литва, Эстония, Белоруссия, Украина, Казахстан), который продолжался с 1995 по 2002 г., после чего наметилось снижение. В настоящее время большинство стран, появившихся на карте мира после распада СССР, находятся на понижающем тренде уровня самоубийств, при этом они сохраняют свои «места» в градации суицидальности, то

есть имеет место выраженная «культурная резистентность» этого показателя. В странах Кавказа, Закавказья и Средней Азии, в большинстве своем ориентированных на сельское хозяйство, с традиционной структурой семьи и общества, существенных колебаний уровня самоубийств за указанный период не наблюдалось, в этих странах число самоубийств оставалось стабильно низким [13].

Ситуация с подростковыми самоубийствами в Российской Федерации наиболее подробно проанализирована в отчете, инициированном детским фондом ЮНИСЕФ, и подготовленном группой авторов [10]. Согласно приведенным данным, уровень самоубийств среди подростков в возрасте 15-19 лет в СССР быстро рос с 1965 по начало 70-х годов, достигнув максимума всего советского периода истории. Далее наблюдался постепенный спад, ставший особенно явным в период перестройки (1986-1987 гг.), однако вскоре, с начала 90-х годов, он сменился резким подъемом, который наблюдался вплоть до 2002 г, после чего вновь наметился устойчивый спад, который в последние годы уже не столь убедителен [10]. Эта динамика полностью совпадает с колебаниями уровня самоубийств в общей популяции [1, 13, 21], что говорит о том, что подростковые самоубийства в целом зависят от тех же глобальных факторов, что и «взрослые».

Самоубийства среди подростков из бывших стран СССР наиболее высоки в Казахстане, в России, Литве и Эстонии (несмотря на пребывание двух последних стран в ЕС уже довольно длительное время) [20]. Во всех указанных странах подростковые самоубийства за последние 10 лет снижаются, однако остаются самыми высокими в Европейском регионе ВОЗ. При этом характерно то, что в России, например, за период с 1999 по 2009 г. смертность от самоубийств среди взрослых снизилась примерно на 30%, в то время как среди подростков – всего на 10% [20].

На первом месте по подростковым самоубийствам стоит в настоящее время Казахстан, где очень много случаев не только в восточных регионах, отличающихся индустриализацией, экологическими проблемами и близостью к Семипалатинскому полигону, но и в Южных регионах, где преобладает мусульманское население с традиционными устоями жизни, и где самоубийства встречаются обычно реже [17, 77]. В то же время, на территории РФ

встречаются национальные округа и регионы с «беспрецедентно высокими уровнями самоубийств среди подростков». Речь, в частности, идет о Республике Тыва, а также о республиках Бурятия и Алтай [12, 18]. Как отмечают российские авторы, наиболее высоки подростковые самоубийства среди северных автохтонных народов, в частности якутов и эвенков. В качестве причин обсуждаются такие факторы, как повышенное потребление алкоголя, несовершенство социальной инфраструктуры и слабая доступность медицинской помощи [4, 12, 18]. Можно также полагать, что речь идет и о том, что природный быт и традиции этих народов вступают в противоречие с быстро меняющейся технологической и социальной средой. Эта мысль высказывается в работе С.В. Цыремпилова, в которой автор, привлекая концепцию этногенеза Л.Н. Гумилева, высказывает предположение о низкой пассионарности циркумполярных народов, в силу чего они не могут приспособиться к быстрым изменениям в окружающем мире [18]. Н.В. Семенова, изучавшая когнитивные процессы у якутов и эвенков, считает, что их сформировавшиеся веками особенности, связанные с переработкой информации, в условиях изменения социальных отношений, урбанизации и информационной перегрузки становятся факторами риска суицидальности [16]. В то же время, критически важным может оказаться доступность медицинской помощи, поскольку в урбанизированных регионах Сибири, также с многонациональным населением, уровни самоубийств существенно ниже, чем в отдаленных северных регионах и национальных округах [4, 9].

Нами на более локальном уровне изучены суициды среди молодых людей и подростков по данным 10-летнего мониторинга в г. Одессе (Юг Украины). Одно из первых наблюдений показало, что после продолжительного снижения уровня завершенных самоубийств в миллионном городе в период с 2002 по 2007 г., начиная в 2008 г. эта тенденция сменилась небольшим подъемом, после чего уровень самоубийств стабилизировался [7, 8]. Дальнейший анализ с учетом возрастных групп показал, что рост самоубийств начиная с 2008 г. обусловлен активностью исключительно молодой части населения (до 35 лет), преимущественно мужчин [7]. Попытка объяснить этот подъем кризисными явлениями в мировой экономике (кризис 2008 г.) после детального анализа ока-

залась непродуктивной, поскольку существенный подъем самоубийств среди молодых мужчин начался в 2008 г., еще до начала кризиса, а незначительный рост самоубийств среди женщин – еще раньше, в 2007 г. [7]. Дальнейшие прицельные наблюдения, касающиеся только лиц в возрасте до 18 лет, показали, что самоубийства среди детей и подростков в Одессе в период с 2002 по 2010 г. постепенно растут, в то время как среди взрослых они в целом снижаются [6, 14].

Таким образом, в странах бывшего СССР наблюдается в принципе такая же динамика подростковых самоубийств, как и во многих странах Западной и Восточной Европы – постепенный рост в течение последних лет. В то же время, индексы самоубийств среди детей и подростков на постсоветском пространстве имеют свою специфику. В ряде стран и регионов они исключительно высоки (Казахстан, северные регионы Сибири). Кроме того, за последние 30 лет они подвержены резким колебаниям, совпадающими с колебаниями уровней самоубийств в общей популяции в связи с социо-экономическими переменами, связанными с распадом Советского Союза, последствия чего наблюдаются вплоть до настоящего времени. В данный момент в большинстве постсоветских стран самоубийства среди подростков находятся на понижающем тренде, однако эта ситуация нестабильна и сопровождается периодическими подъемами. Кроме того, в ряде стран (Казахстан) и национальных округов (Российская Федерация) уровень самоубийств среди подростков очень высок, что вызывает серьезную озабоченность как профессионалов, так и общественности.

Азия и Дальний Восток.

Рассмотрим, двигаясь дальше на Восток, ситуацию в Китае, Индии и Восточной Азии. Этот регион в послевоенные годы развивался очень быстро (Южная Корея, Гонконг, Малайзия, Филиппины, Япония), а в последние десятилетия, в связи с переходом на рыночные отношения, характеризуется стремительным развитием стран, ранее относившихся к социалистическим (Китай, Вьетнам).

Статистика самоубийств в *Kumae* неполна, имеются данные только относительно некоторых районов, динамика за длительные периоды наблюдения отсутствует. Судя по имеющимся данным, уровень подростковых самоубийств в Китае значительно ниже, чем в Европе [25]. В

то же время, смертность от внешних причин в последние десятилетия растет, причем больше в сельской местности [49, 57]. Примечательно, что в возрастной группе 15-24 г. смертность от самоубийств в Гонконге заметно выше, чем в материковом Китае [25]. Более того, за период с 1980 по 2003 г. в Гонконге отмечается постоянный рост самоубийств среди молодых людей в возрасте 10-24 г. [74]. Для Китая характерно то, что многие закономерности, известные для Европы, здесь не «работают», в частности, завершённые самоубийства среди девушек здесь более часты, чем среди юношей [25].

Общенациональные данные по Индии отсутствуют, однако известно исследование в Веллоре (юго-восточный регион), из которого следует, что уровни самоубийств среди подростков в возрасте 10-19 лет достигают невероятно высоких цифр – 152 на 100000 среди девушек и 69 на 100000 среди юношей [22]. Исследование городских подростков в Южном Дели показало, что завершённые самоубийства среди детей в возрасте от 10 до 18 лет чаще происходят среди девушек, причем методы самоубийств (повешения и отравления) оставляют мало возможностей для разработки программ превенции, направленных на снижение доступности средств [56]. Весьма высоки показатели на Цейлоне (*Шри Ланке*), в частности в возрастной категории 15-19 лет среди мужчин они достигают 59 на 100000, среди женщин – 42 на 100000. В Индии, Китае и странах Юго-Восточной Азии среди подростков часты самоубийства путем употребления пестицидов, которые особенно доступны в сельской местности. В силу слабой инфраструктуры и недостаточных возможностей оказания помощи в сельских районах многие попытки становятся фатальными [25].

На *Филиппинах* проведен анализ динамики суицидов в период с 1974 по 2005 г. Индексы самоубийств, ранее крайне низкие (порядка 0,2 на 100000 у мужчин и 0,1 на 100000 у женщин), выросли более чем в 10 раз в период между 1984 и 2005 г., при рассмотрении различных возрастных групп самый интенсивный рост выявлен среди женщин в возрасте 15-24 года [67].

Относительно вероятных факторов, способствующих высокому уровню самоубийств в «развивающихся» странах (к которым в Западной традиции относят большинство перечисленных выше стран, за исключением, пожалуй,

Японии и Гонконга) высказываются предположения о роли конфликта между коллективизмом и индивидуализмом, ригидности иерархической социальной структуры, усилении репрессивного элемента в системе образования, и главное – конфликта между местной и иностранной культурой, насаждаемой средствами массовой информации [51].

Северная Америка и тихоокеанские страны бывшей Британской империи.

Завершая этот краткий обзор, рассмотрим ситуацию на Американском континенте и в Австралийско-Новозеландском регионе. Целесообразно рассмотреть вначале информацию о положении в США и Канаде. Эти две страны являются наиболее развитыми в экономическом отношении и ближе всего стоят к европейской (евро-атлантической) цивилизации. Подростковые самоубийства в США активно обсуждаются в ряде статей [31, 44, 61]. Исторически самоубийства среди молодых людей в возрасте 15-19 лет в США начали быстро расти с начала 60-х годов прошлого века, увеличившись на 250% к концу 80-х годов, далее последовал некоторый спад в 90-х годах. В итоге за 40 лет к началу нового столетия уровни самоубийств в этой возрастной группе выросли вдвое [50]. Начиная с 90-х годов, тем не менее, подростковые самоубийства (особенно среди юношей) в основном снижаются, хотя время от времени наблюдаются кратковременные подъемы, например, в 2007 г. [31, 33]. Если посмотреть на самые молодые возрастные группы в США (15-19 и 15-24 г.), то при сравнении с более старшими группами картина за последние 40-50 лет очень характерная – рост самоубийств среди наиболее молодых на фоне снижения в более старших группах [44, 59]. Впрочем, в последнее десятилетие наметился рост и среди старших групп населения, а с 2009 г. снижение среди молодежи (15-24 г.) прекратилось, и вновь наметился рост показателей [24].

Американское общество этнически весьма неоднородно, в связи с этим во всех исследованиях оцениваются различия между различными расовыми группами. Как среди взрослых, так и среди подростков, уровни самоубийств наиболее высоки среди белых, заметно ниже среди латиноамериканцев и еще ниже – среди афроамериканцев. Однако выше всего показатели среди подростков коренного населения Американского континента – индейцев, уровни самоубийств среди них в 3,5 раза выше, чем в

целом по стране [44, 46]. Локальные исследования в основном подтверждают общие тенденции. Так, в штате Вирджиния среди детей и подростков за период с 1987 по 2003 г. основными методами самоубийств были самострелы и повешения, далее следовали отравления, причем преимущественно трициклическими антидепрессантами (в основном у девушек) [83].

По данным исследования в *Канаде*, в период с 1980 по 2008 г. среди подростков в возрасте 10-14 и 15-19 лет в среднем происходит постепенное снижение уровня самоубийств, примерно на 1% в год. Однако разбивка по полу и возрасту выявила важную особенность – снижение наблюдается только среди мальчиков, в то время как среди девочек (уровни среди которых, естественно, намного ниже) наблюдалось повышение на 50% за указанный период [52, 76]. При этом снизились самоубийства с использованием огнестрельного оружия, но резко возросло число самоубийств путем асфиксии. Авторы полагают, что меры по снижению доступности оружия дали эффект, в то время как появление практики асфиксии с целью достижения эйфорического состояния привело к новой волне смертей [52, 76]. Эти наблюдения еще раз подчеркивают значение доступности средств, а также «модных тенденций» среди подростков, их подверженность влиянию окружения. В другой работе из Канады проведен детальный анализ самоубийств среди подростков в возрасте 10-19 лет в Гамильтоне (полумиллионный город в провинции Онтарио) с учетом многих факторов, позволяющих точнее верифицировать смертельный случай как суицидальный. Авторы отмечают, что на первом месте из методов стоит повешение, далее следуют самострелы и отравления. В 30% случаев в крови жертв выявлены алкоголь и уличные наркотики [73].

Интерес представляет динамика подростковых самоубийств в *Австралии* и *Новой Зеландии* – двух островных государствах, сформированных главным образом выходцами из Великобритании и Ирландии. В самых общих чертах можно сказать, что эти государства отличаются высоким уровнем экономического развития, стабильности, социальной защиты населения, экологического благополучия, которому традиционно уделяется большое внимание. Не удивительно, что уровни самоубийств в Австралии в целом среди населения

низки и в течение многих лет отличаются стабильностью. Однако совершенно иная картина наблюдается в молодежной среде. За 40-летний период с середины 60-х годов XX века уровень самоубийств среди подростков и молодежи в возрасте 15-24 г. увеличился почти втрое [27, 36]. Этот рост, по мнению многих, очень напоминает рост в США, что заставляет задуматься о сходстве психосоциальных причин данного явления, в силу определенного сходства между общественными процессами в этих странах, столь удаленных географически [25]. Очень характерно то, что среди австралийских аборигенов уровень самоубийств, по оценкам самих австралийских авторов, в 2-3 раза выше, чем среди потомков белых колонистов. Точность сбора данных в отдаленных сельских районах, где они проживают, невысока, тем не менее, подростковые самоубийства среди них минимум в 3 раза выше, чем среди белых [25].

Весьма характерны процессы, происходящие в *Новой Зеландии*. Уровень самоубийств среди молодых мужчин в возрасте 15-24 г. в начале 2000-х годов здесь составлял порядка 30 на 100000, что сопоставимо с Финляндией, Литвой и Россией. Уровень суицидов в этой возрастной группе мужчин начал расти в 70-е годы прошлого столетия, значительно возрос к середине 90-х, и лишь затем начал снижаться [30]. Наблюдается рост также и среди молодых женщин, если в 1985 г. они составляли 20% всех случаев самоубийств, то к 1995 г. – уже 30% [30]. На примере новозеландской молодежи обсуждается малая эффективность стратегий, направленных на лечение депрессии, и поднимается вопрос о том, что суицидальная превенция в большей степени зависит от мер, направленных на все общество в целом [72]. Характерно, что среди туземного населения (маори) уровни самоубийств выше, чем среди белых австралийцев [29].

Латинская Америка.

В этом регионе мира уровни самоубийств в целом низки. Однако имеющиеся источники указывают на то, что тенденция к росту суицидальности среди молодежи охватила и этот регион. Так, в *Аргентине* отмечен рост самоубийств среди молодых мужчин в возрасте 20-24 г. в период с 2005 по 2007 г. [32]. В *Чили* за период с 1995 по 2003 г. отмечено почти двукратное увеличение уровней среди молодых мужчин и женщин [25]. В *Бразилии* уровень самоубийств в целом невысок, но на этом фоне

особенное беспокойство вызывает значительный рост самоубийств среди молодежи. В частности, в период с 1980 по 2000 г. в возрастной группе 15-24 г. среди мужчин уровень возрос почти в 20 (!) раз. Эти данные подтверждены в нескольких исследованиях, выраженность роста среди женщин была несколько ниже – в 4 раза [25]. В Мексике показатель частоты самоубийств не превышает 5 случаев на 100000 населения. Однако наблюдения за молодыми людьми в этой стране свидетельствуют о почти трехкратном росте самоубийств среди женщин в возрасте 11-19 лет и двукратном росте среди мужчин того же возраста с начала 90-х годов до начала 2000-х [25]. Примечательно, что самый высокий уровень самоубийств в Мексике отмечается в регионах традиционного проживания наиболее древнего народа майя – штатах Юкатан и Кампече [28]. Мексиканский суицидолог Gaspar Vaquedano в качестве основной причины этого явления указывает на конфликт традиционных религий, по-прежнему определяющих мировоззрение населения (даже после тотального обращения в католичество) и современной потребительской культуры, а применительно к подросткам отмечает также низкий образовательный уровень. Кроме того, это одно из мест на земле, где среди народных легенд присутствует образ «божества самоубийства» [28]. Данные относительно других стран этого региона среди выявленных нами источников отсутствуют.

Африка.

В силу различных причин объективные сведения о самоубийствах на национальном уровне в данном регионе фрагментарны. Мы можем опереться на обзор Южно - Африканского суицидолога Lourence Schlebusch, в котором обобщены исследования на Африканском континенте [71]. В данном обзоре упоминаются самоубийства среди молодых женщин (главным образом в связи с тем, что согласно местным традициям они вынуждены вступать в брак против своей воли) и высокий уровень самоубийств среди молодых людей (15-34 г.). Все это – представители местных племен. Среди белого населения ЮАР существенного увеличения частоты самоубийств в сегменте детей и подростков не наблюдается [71]. В то же время, другой источник из ЮАР обращает внимание на проблему суицидов среди подростков (независимо от этнической и расовой принадлежности) и призывает к систематиче-

ским исследованиям в этой области [75]. Имеющиеся в нашем распоряжении работы также указывают на рост самоубийств в Уганде [62].

Заключение. Возможные причины.

Результаты нашего аналитического обзора приводят к почти однозначным выводам. За последние несколько десятилетий действительно наблюдается рост частоты самоубийств среди подростков и молодежи в возрасте 11-24 года. Данная тенденция подтверждается большим количеством серьезных научных публикаций, базирующихся на национальной статистике и охватывающих значительные временные промежутки. Это характерно как для экономически благополучных стран Европы и Северной Америки, так и для стран постсоветского пространства, переживших многочисленные социо-экономические трудности, а также для Азии и Азиатско-Тихоокеанского региона, Латинской Америки и, судя по всему, Африки. В ряде стран ярко выраженный подъем начался достаточно давно, еще в 60-х годах прошлого века, и сегодня, на фоне целенаправленных мер по суицидальной превенции, эти тенденции не столь заметны. Так, похоже, обстоит дело в Великобритании, Австрии, Финляндии, Швейцарии, Италии. В США, Канаде и Австралии пик подростковых самоубийств тоже пройден, и ситуация характеризуется как относительно стабильная. В то же время, наметившееся снижение за счет интенсивных мер первичной и вторичной суицидальной превенции (направленных на общество в целом и на группы риска) в большинстве перечисленных стран не позволяет добиться снижения до уровня 40-50-летней давности. Поднявшись и достигнув пика, уровни уже не снижаются до исходного. Таким образом, налицо глобальное ухудшение ситуации, причем, прежде всего, среди совсем молодых людей, в то время как в традиционных группах риска (средний и пожилой возраст) такие тенденции отсутствуют или не столь выражены.

В значительной части работ авторы указывают, что в наибольшей степени повышение суицидальности характерно для молодых представителей автохтонных народов, например, саамов в Швеции, тувинцев, якутов, эвенов, бурятов и алтайцев в России, маори в Новой Зеландии, североамериканских индейцев и австралийских аборигенов. Существует вполне обоснованная точка зрения, что основной причиной этого является угроза для своей куль-

турной идентичности, необходимость приспособиться к условиям и стилю жизни, которые диктует западная культура, продвигающая такие ценности, как потребительство, соревновательность, индивидуализм и материализм [42]. Свою роль, очевидно, играют и обрушившиеся на молодежь этих народов потоки информации. Учитывая те сложности и трудности, которые испытывает подросток или молодой человек в процессе своего становления, связанные как с внутренними переживаниями и поиском своего места в мире, так и с внешними (прежде всего социальными) вызовами, эта причина представляется наиболее вероятной.

Однако если для автохтонных народов такое объяснение представляется логичным, то как объяснить ситуацию в урбанизированных и технологически развитых странах, являющихся главными адептами и организаторами этого культурного давления? Казалось бы, здесь должно наблюдаться некое приспособление и проблемы не должны накапливаться. Мы отстаиваем точку зрения, что в силу исключительно быстрой модернизации теперь уже все человечество сталкивается с аналогичной проблемой. Конфликт культур, благодаря информационному напору приобрел глобальный характер, индивидуалистическая культура превратилась в угрозу для всех, а не только для островков традиционной культуры. Все это означает повсеместный рост психосоциального стресса – подспудно проявляющегося хронического напряжения, фрустрации, тревоги и депрессии, вызванного нарастанием несправедливости, неравенства, несбывшихся ожиданий и негативного восприятия будущего.

Когда мы говорим о западной культуре, мы понимаем прежде всего экономическую модель и концепцию универсальных прав человека. Либеральная экономическая модель для своего существования требует сверхпотребления, заставляя человека хотеть больше, чем ему нужно, стремиться к обладанию или доминантному статусу, что становится причиной тревоги, фрустрации и депрессии. Она поощряет эгоизм, пренебрежение к слабым и другие антисоциальные проявления, а также эксплуатирует патологические влечения и поведенческие девиации. Либеральная концепция прав человека, «подыгрывая» экономической модели, расширительно трактует права индивидуума и девиантных меньшинств, вытесняя

существовавшие веками традиционные запреты на некоторые формы поведения и патологические влечения. Сюда относится право на употребление психоактивных препаратов, на любые патологические влечения и зависимости, сексуальные девиации, право индивидуума на модификацию своего тела и, в конечном итоге, право на самоубийство как таковое, в частности в виде ассистированного самоубийства. Поскольку для реализации этой стратегии необходимо преодолеть моральное осуждение за подобные действия, ассоциируемые прежде всего с традиционными религиями, пропагандируется моральный релятивизм и происходит атака на церковь, подрывается ее авторитет. Информационная поддержка этой стратегии возложена на современные СМИ и интернет, показательно, что право на доступ к информации также включено в число неотъемлемых прав человека.

Информационные потоки при этом становятся самостоятельной силой. По своей сути содержание этого давления мало изменилось – все то же провоцирование страсти к потреблению, конкуренция, сверхценность личного успеха и презрение к «лузерам», одержимость известностью и богатством, оправдание социально-имущественного неравенства и т.д. Однако повсеместность контента становится мощным средством, с помощью которого провоцирующие стресс переживания настигают каждого индивида без исключения. Можно полагать, что в силу того, что подростки наиболее подвержены влиянию потока информации, последствия для них наиболее опасны, в то время как старшие возрастные группы, пройдя этапы своего взросления, приобретают некоторую устойчивость. В этом можно видеть одну из причин того, что суициды растут главным образом среди молодых.

При этом возникают новые психологические последствия – если в эпоху телевидения основной проблемой была скука, то в эпоху интернета основной проблемой становится одиночество. За последние десятилетия серия исследований позволила выявить, что эмоциональные и психологические последствия одиночества значительно усилились в современном обществе, причем фокус сместился в сторону подростков и молодых людей в противовес традиционным представлениям о пожилых как о группе риска [78]. Одиночество, само по себе способное провоцировать нарушения пси-

хического здоровья, стимулирует у современной молодежи активность в социальных сетях. Эта активность, как свидетельствуют данные исследований, в свою очередь, ассоциирована со сниженным психологическим благополучием [53].

Можно возразить, что все перечисленные явления всегда существовали в человеческом обществе. Это верно, но современная ситуация тем и отличается от всей предыдущей истории человечества, что информация о настроениях и ощущениях людей становится достоянием широчайших масс за счет эффективности ее распространения, возможностей быстрого обмена мнениями, взаимовлияния и взаимного усиления. То, что рассматривалось как важнейшее достижение человечества (раскрепощение, самовыражение, обмен мнениями и информацией), становится одновременно и инструментом, ухудшающим психологическое благополучие людей. Типичным примером является сама логика киберпространства, объединяющая людей по интересам, например, в плане распространения «суицидального контента» [5] или работа поисковиков, предлагающих наиболее популярные словосочетания («суицид – как совершить»).

Более того, сама скорость, с которой внедряются новшества, становится фактором, затрудняющим взаимоотношения поколений. Впервые за всю историю человечества молодежь технологически опережает старших, вследствие чего «экспертная роль» старших поколений пошатнулась. Это, в свою очередь, усиливает разрыв между молодым и пожилым поколениями. Одновременно ослабевает связь между современными подростками и их достаточно молодыми родителями, уже освоившими современный стиль – и те, и другие, живя в одной семье, все больше погружаются в интернет в ущерб человеческому общению.

Рост консьюмеризма, индивидуализма и материализма, конфликтность и фрустрационность бытия сопровождается эволюцией психологических характеристик людей, которые всегда казались достаточно устойчивыми, например, нейротизма (черта, ассоциированная с суицидальностью). Так, при сопоставлении результатов тестирования студентов колледжей и университетов в США с помощью широко известного личностного теста ММРІ вскоре после его создания в 1938 и 1951 гг., и впоследствии в 2002 и 2007 гг., обнаружено

пятикратное увеличение доли студентов, испытывающих психологические проблемы за прошедший период времени. В частности, больше всего увеличение коснулось эмоциональных нарушений, беспокойства, возросли неудовлетворенность жизнью, нереалистично высокая самооценка, гиперактивность и неспособность к самоконтролю [39]. В другом исследовании было продемонстрировано, что подростки в Великобритании, обследованные в 2006 г., показывали значительно больше нарушений эмоциональной сферы по сравнению с аналогичной группой 1986 г. Различия касались в основном таких проявлений, как тревога, раздражительность, усталость, нарушения сна, панические состояния, чувство истощения и напряжения [80]. Следует сразу отметить, что такие исследования крайне редки, когда благодаря использованию стандартизированных инструментов оцениваются личностные черты и психологические характеристики больших контингентов людей в исторической перспективе.

Как следствие, мы наблюдаем нарастание проблем психического здоровья молодежи в экономически развитых странах за последние десятилетия [42, 60, 66, 79]. Речь идет прежде всего о росте распространенности депрессии, тревоги и аддикций как в клиническом, так и в субклиническом, но не менее опасном выражении. Эти проявления, а также рисковое поведение, антисоциальные расстройства личности, интернет-зависимость и зависимость от социальных сетей, нарушения сна, субъективное переживание напряжения и стресса, ощущение неспособности справиться с проблемами наряду с сидячим образом жизни и постоянной вовлеченностью в контент телеканалов и интернета, являются сегодня распространенными явлениями среди старших школьников. В недавнем исследовании, охватившем около 12000 школьников в 12 странах ЕС выявлено, что примерно 30% подростков имеют признаки депрессии и 23% – признаки тревоги. Отчетливая депрессия и интенсивная тревога выявлена у 8% и 5% соответственно, суицидальные мысли возникают у 33% школьников, а частота суицидальных попыток составляет 4,2% [37]. Таким образом, налицо ухудшение психического здоровья и эмоциональной устойчивости молодых людей, что само по себе может быть причиной роста суицидов.

Эти проблемы, которые находятся на грани между биологическими и психосоциальными

ми процессами, связаны также с экзистенциальными проблемами молодых людей. По нашим данным, более 40% подростков отмечают у себя ощущение бессмысленности существования и мысли о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить. Эти переживания тесно связаны с более определенными суицидальными мыслями и различными проявлениями нарушений психического здоровья – депрессией, сниженным субъективным самочувствием, ощущением переживания стресса и напряжения [15].

Усиливающееся негативное влияние современной западной цивилизации совпало (и отчасти обусловило) кризис в сфере семьи. Так, по данным западных источников, начиная с 50-х годов прошлого века в США и Западной Европе происходят существенные изменения в структуре семьи, резко уменьшилось число расширенных семей, возросло число разводов и поздних родов среди женщин, резко возросла доля семей, живущих в гражданском браке, стало вдвое больше семей с одним родителем [38]. Аналогичные и порой более выраженные изменения происходят в Центральной и Восточной Европе [64]. Следует отметить, что неполная семья является одним из самых сильных предикторов суицидальных мыслей и попыток среди подростков [69]. Вполне вероятно, свой негативный вклад вносят характерные для западного мира эксперименты с однополыми семьями и поддержкой сексуальных меньшинств. Известно, что среди подростков с гомосексуальной ориентацией частота самоубийств в разы превышает таковую среди их гетеросексуальных сверстников [3]. Этот модный тренд среди молодежи может также оказывать влияние на общий уровень завершенных самоубийств. В связи с этим уместно вспомнить, что во многих исследованиях замечен опережающий темп роста суицидов среди девушек. Это может быть связано с давлением рано внушаемых представлений о гендерном равенстве, что является одним из маркеров западной культуры.

Вероятно, дело не только в изменении структуры семьи и гендерных перекосах, влияние западной культуры распространяется на модель семьи, ее смыслы, социальные роли ее членов. Так, А.М. Карпов обращает внимание на эволюцию модели семьи, спровоцированную заменой патерналистской традиции на менеджерский подход [11]. Это сочетается с переориентацией ценностей – «... Деньги,

власть, потребительство, лживость стали высшей ценностью. Социальные ценности – образование, профессионализм, наука, культура сместились ниже. Духовные ценности – справедливость, совесть, ответственность устранены как помеха деньгам и власти» [11].

Действительно, консьюмеризм, эгоизм и конкуренция провоцируют потерю «больших смыслов», ослабляют роль духовного начала в жизни подростка. Западные психологии отмечают эволюцию ценностей и жизненных целей у молодежи, за последние 40 лет эти изменения в наибольшей степени коснулись двух моментов – «выработать осознанную жизненную философию» (стало меньше), и «достигнуть финансового успеха» (стало больше) [42]. Некоторые авторы рассматривают это в контексте конфликта внешних (extrinsic) и внутренних (intrinsic) жизненных целей и ценностей. Ориентация на внутренние ценности означает следование неким принципам как проявление собственной автономности и компетентности, в то время как ориентация на внешние цели и ценности означает выстраивание деятельности в надежде на вознаграждение и улучшение собственного имиджа. Здесь центральными мотивами становятся статус, признание и деньги [79]. Весьма схожие изменения происходят в сознании молодежи постсоветских стран – здесь тот же индивидуализм, высокая ценность личного успеха, гедонизм, прагматизм, моральный релятивизм, порой даже более выраженный чем на западе [19]. Причина большей выраженности – исключительно быстрое погружение в реалии либеральной экономической модели и кризис духовности.

Подводя итог, можно считать, что объяснения с позиций негативного влияния современной глобализованной культуры (тесно связанной с современной мировой экономической моделью) является наиболее популярной. Разумеется, мы должны принимать во внимание все возможные факторы самоубийств среди подростков. К ним, как известно, относятся генетические и нейробиологические факторы, психические расстройства и аддикции, рискованное поведение и другие проявления деструктивного жизненного стиля, психологические и когнитивные особенности – максимализм и недостаточная способность оценить последствия своих поступков, подверженность влиянию референтной группы и копирование суицидального поведения, а также выраженность

жизненного стресса, главным образом в силу попадания в ситуации отсутствия семейной поддержки, насилия, жестокости, несправедливости и т.д. Но ни один из них в отдельности не дает объяснений наблюдаемым процессам роста подростковых самоубийств за последние годы. Никакими биологическими сдвигами в генотипе, которые требуют тысячелетий, происходящие изменения в поведении, произошедшие за 2-3 поколения, объяснить нельзя. С другой стороны, нетрудно заметить, что многие перечисленные факторы, включая рост распространенности нарушений психического здоровья и нарастание психосоциального стресса, так или иначе зависят от продолжающегося и глобализирующегося влияния современной западной культуры. Человек – слишком социальное существо, и вся его жизнь, и биологическая адаптация связана с приспособлением к социальным изменениям, в которых огромную роль играют культура и психология масс, зависящая от информационных процессов.

Разумеется, нельзя исключить и других причин всего происходящего. Какую роль играет экологическая деградация, техногенное загрязнение продуктов питания и воды, технологически приготовленная и далекая от природных качеств пища, новые репродуктивные технологии – еще предстоит оценить. В последние годы обсуждается роль таких тонких биологических механизмов, как эпигенетические модификации, связанные с социальными процессами и стрессом [68]. Не исключено, что и эти факторы вносят свой вклад в общую тенденцию снижения адаптивности и ухудшения психического здоровья в молодом возрасте, формирования ранних уязвимостей, роль которых проявляется в конкретных жизненных условиях. Наша попытка объяснить все происходящее наверняка в чем-то однобока. Самоубийство – столь же бесконечное явление, как и человек, и любые объяснения, как правило, чего-то не учитывают.

Все вышеизложенное, на наш взгляд, может стать отправной точкой для понимания того, что может быть положено в основу превентивных стратегий. Очевидно, что культурное и технологическое давление будет нарастать, и, разумеется, речь не идет о том, чтобы остановить его и, тем более, отгородиться. Но нет сомнений, что приверженность традиционным ценностям семьи, повышение ее роли и

осознание рисков, которые несет современная цивилизация и глобальная культура, является хорошей основой для осмысленной деятельности в этом направлении. Должны быть выработаны механизмы психологического «иммунитета», в которых духовность, обращение к своим традициям и социальная поддержка, вероятно, должны сыграть свою роль.

Литература:

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. – 280 с.
2. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24-33.
3. Ворошилин С.И. Расстройства половой ориентации и суицидальное поведение: правовые и социальные аспекты // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 39-44.
4. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П. и др. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – № 1. – С. 48-54.
5. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарного исследования // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2 (15). – С. 47-54.
6. Захаров С.Е., Валиев В.В., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф., Розанов В.А. Мониторинг суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе – рост среди наиболее молодой части населения // Академический журн. Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 25-26.
7. Захаров С.Е., Розанов В.А. Динамика самоубийств и суицидальных попыток в Одессе в 2001-2008 гг – первые признаки влияния мирового кризиса? // Медицинская психология. – 2009. – Том 4, № 4 (16). – С. 38-47.
8. Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., П.Н. Жужуленко Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 3-9.
9. 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. – № 1. – С. 124-126.
10. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. - ЮНИСЕФ, 2011. - 132 с.
11. Карпов А.М. «Семейные» причины роста распространенности расстройств личности //

- Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. – 2014. – Том 2, № 2. – С. 69-77.
12. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктен-оо С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1 (14). – С. 11-17.
 13. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
 14. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 1 (28). – С. 53-61.
 15. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3 (16). – С. 33-40.
 16. Семенова Н.Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 28-32.
 17. Хаарп Р.Н. Суицид среди детей в Казахстане. – ЮНИСЕФ, 2011. – 31 с.
 18. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.
 19. Черкасова А.А. Жизненные ценности студенческой молодежи в России и США: социологический анализ: Автореф. дисс. ... канд. социол. наук. – Екатеринбург, 2012. – 26 с.
 20. Шурыгина И. Смертность российских детей от внешних причин // Демоскоп. – 2013. – №537-538.
 21. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
 22. Aaron R., Joseph A., Abraham S. et al. Suicides in young people in rural southern India // Lancet. – 2004. – Vol. 363, № 9415. – P. 1117-1118.
 23. Ahlm K., Hassler S., Sjölander P., Eriksson A. Unnatural deaths in reindeer-herding Sami families in Sweden, 1961-2001 // Int. J. Circumpolar Health. – 2010. – Vol. 69, № 2. – P. 129-137.
 24. American Foundation for Suicide Prevention. Facts and Figures. (<https://www.afsp.org/understanding-suicide/facts-and-figures>).
 25. Apter A., Bursztein C., Bertolote J., Fleischman A., Wasserman D. Suicide in all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman. – NY: Oxford University Press, 2009. – P. 621-628.
 26. Arslan M., Akcan R., Hilal A. et al. Suicide among children and adolescents: data from Cukurova, Turkey // Child Psychiatry Hum Dev. – 2007. – Vol. 38, № 4. – P. 271-277.
 27. Australian Bureau of Statistics. Mortality and Morbidity: Youth suicide. (<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/2f762f95845417aeca25706c00834efa/c8b4c69ec061acddca2570ec00785dc2!OpenDocument>)
 28. Baquedano G. Maya religion and traditions influencing suicide prevention in contemporary Mexico. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – P. 77-84.
 29. Beautrais A.L. Child and young adolescent suicide in New Zealand // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 35, № 5. – P. 647-653.
 30. Beautrais A.L. Suicide in New Zealand: time trends and epidemiology // Journal of the New Zealand Medical Association. – 2003. – Vol. 116. – P. 1175.
 31. Beck-Little R. Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk // J. Emerg. Nurs. – 2011. – Vol. 37, № 6. – P. 587-589.
 32. Bella M.E., Acosta L., Villace B. et al. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007 // Arch. Argent. Pediatr. – 2013. – Vol. 111, № 1. – P. 16-21.
 33. Bridge J.A., Barbe R.P., Brent D.A. Recent trends in suicide among U.S. adolescents males, 1992-2001 // Psychiatr. Serv. – 2005. – Vol. 56, № 5. – P. 522-523.
 34. Brown P. Choosing to die – a growing epidemic among the young // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – Vol. 79, № 12. – P. 1175-1177.
 35. Campi R., Barbato A., D'Avanzo B. et al. Suicide in Italian children and adolescents // J. Affect. Disord. – 2009. – Vol. 113, № 3. – P. 291-295.
 36. Cantor C., Neulinger K., De Leo D. Australian suicide trends 1964-1997: youth and beyond? // Med. J. Austr. – 1999. – Vol. 171. – P. 137-141.
 37. Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // World Psychiatry. – 2014. – Vol. 13, № 1. – P. 78-86.
 38. Cliquet R. Major trends affecting families in the new millennium. Western Europe and North America. Department of Public Information, United Nations, 2010. – 40 p. (<http://undesadspd.org/LinkClick.aspx?fileticket=wclbstPFzJo%3d&tabid=282>)
 39. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45, № 8. – P. 1350-1362.

40. Dervic K., Friedrich E., Oquendo M.A. et al. Suicide in Austrian children and young adolescents aged 14 and younger // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 15, № 7. – P. 427-434.
41. Dodig-Curkovic K., Curkovic M., Radic J. et al. Suicidal behavior and suicide among children and adolescents – risk factors and epidemiological characteristics // *Coll. Antropol.* – 2010. – Vol. 34, № 2. – P. 771-777.
42. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? // *Early Intervention in Psychiatry.* – 2011. – Vol. 5 (Suppl. 1). – P. 6-11.
43. Fajkic A., Leparo O., Voracek M. et al. Child and adolescents suicides in Bosnia and Herzegovina before and after the war (1992-1995) // *Crisis.* – 2010. – Vol. 31, № 3. – P. 160-164.
44. Greudanus D.E. Suicide in children and adolescents // *Prim. Care.* – 2007. – Vol. 34, № 2. – P. 259-273.
45. Hepp U., Stulz N., Unger-Koppel J. et al. Methods of suicides used by children and adolescents // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 21, № 2. – P. 67-73.
46. Indian health service. Trends in Indian health, 2002-2003 edition, Washington, Government Printing Office, October 2009. – 237 p.
47. Isacson G. Unscientific contribution about suicide among adolescents // *Lakartidningen.* – 2005. – Vol. 102, № 7. – P. 498-499; discussion 499, 502-503.
48. Isacson G. Suicide among children and adolescents – too serious for empty rhetoric // *Lakartidningen.* – 2008. – Vol. 106, № 8. – P. 530-530.
49. Jiang G., Choi B.C., Wang D. et al. Leading causes of death from injury and poisoning by age, sex and urban/rural areas in Tianjin, China 1999-2006 // *Injury.* – 2011. – Vol. 42, № 5. – P. 501-506.
50. Johansson L., Stenlund H., Lindqvist P et al. A survey of teenager unnatural deaths in northern Sweden 1981-2000 // *Accid. Anal. Prev.* – 2005. – Vol. 37, № 2. – P. 253-258.
51. Kim W. J., Singsh T. Trends and dynamics of youth suicides in the developing countries // *Lancet.* – 2004. – Vol. 363, № 8415. – P. 1090-1091.
52. Kirmayer L.J. Changing pattern in suicide among young people // *CMAJ.* – 2012. – Vol. 184, № 9. – P. 1015-1016.
53. Kross E., Verduyn P., Demiralp E. et al. Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults // *PLoS One.* – 2013. – Vol. 8, № 8:e69841
54. Kułaga Z., Napieralska E., Gurzkowska B. et al. Trends in children and adolescents deaths due to suicide, event of undetermined intent and poisoning in Poland in the years 1999-2007 // *Przegl. Epidemiol.* – 2010. – Vol. 64, № 4. – P. 551-556.
55. Lahti A., Räsänen P., Riala K. et al. Youth suicide trends in Finland, 1969-2008 // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 52, № 9. – P. 984-991 (ISSN: 1469-7610)
56. Lalwani S., Sharma G.A., Kabra S.K. et al. Suicide among children and adolescents in South Delhi (1991-2000) // *Indian J Pediatr.* – 2004. – Vol. 71, № 8. – P. 701-703.
57. Liu Q., Zhang L., Li J. et al. The gap in injury mortality rates between urban and rural residents of Hubei Province, China // *BMC Public Health.* – 2012. – Vol. 12. – P. 180.
58. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // *Soc Sci Med.* – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1405-1420.
59. McKeown R.E., Cuffe S.P., Schulz R.M. US suicide rates by age groups, 1970-2002: an examination of recent trends // *Am. J. Public. Health.* – 2006. – Vol. 96, № 10. – P. 1744-1751.
60. Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // *Dialogues Clin. Neurosci.* – 2009. – Vol. 11, № 1. – P. 7-20.
61. O'Connell K.L. Child and adolescent suicide // *J. Child. Adolesc. Psychiatr Nurs.* – 2012. – Vol. 25, № 3. – P. 111-112.
62. Ovuga E. The role of religion in suicide prevention work in Uganda. In.: *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective* / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman. – NY: Oxford University Press, 2009. – P. 71-79.
63. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention // *Paediatr. Drugs.* – 2003. – Vol. 5, № 4. – P. 243-265.
64. Philipov D. Major trends affecting families in Central and Eastern Europe. Department of Public Information, United Nations, 2010. – 40 p. (<http://undesadspd.org/LinkClick.aspx?fileticket=5bUOs2gtW-k%3d&tabid=282>)
65. Pompili M., Vich M., De Leo D. et al. A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 21, № 2. – P. 111-121.
66. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A. et al. Mental health of children and adolescents in 12 European countries – results from the European KIDSCREEN study // *Clin. Psychol. Psychother.* – 2008. – Vol. 15. – P. 154-163.
67. Redaniel M.T., Lebanan-Dalida M.A., Gunnell D. Suicide in the Philippines: time trend analysis (1974-2005) and literature review // *BMC Public Health.* – 2011. – Vol. 11. – P. 536.
68. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology.* – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.
69. Rozanov V.A., Ukhanova A.I., Rakhimkulova A.V. Meaning in life – relation to mental health indica-

- tors, self-perception, suicidal thoughts and attempts in adolescents. In.: 15th European symposium on suicide and suicidal behavior Abstract Book (Tallinn, 27.-30.08.2014). – P. 147-147.
70. Rutz E.M., Wasserman D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2004. – Vol. 13, № 5. – P. 321-331.
 71. Schlebousch L., Burrows S., Vawda N. Suicide prevention and religious traditions on the African continent. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – P. 63-69.
 72. Shahtahmasebi S. Suicide research and adolescent suicide trends in New Zealand // Scientific World Journal. – 2008. – Vol. 8. – P. 287-302.
 73. Shaw D., Fernandez J.R., Rao C. Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review // Am. J. Forensic. Med. Pathol. – 2005. – Vol. 26, № 4. – P. 309-315.
 74. Shek D.T., Lee B.M., Chow J.T. Trends in adolescent suicide in Hong Kong for the period 1980 to 2003 // Scientific World Journal. – 2005. – Vol. 5. – P. 702-723.
 75. Shilubane H.N., Ruiter R.A., van der Borne B. et al. Suicide and related health risk behaviours in school learners in South Africa: results from the 2002 and 2008 national youth risk behavior survey // BMC. Public Health. – 2013. – Vol. 13. – P. 926.
 76. Skinner R., McFaul S. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008 // CMAJ. – 2012. – Vol. 184, № 9. – P. 1029-1034.
 77. The Committee on Legal Statistics and special accounts GP RK, Information about the number of reported cases of suicide (including suicide attempts) among minors in 2010 and 2011, Government of the Republic of Kazakhstan, Astana, 2011; TransMonEE Database, 2012. (http://www.transmonee.org/index_ru.html#)
 78. The lonely society? Mental Health Foundation, 2010. – 41 p. (http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/the_lonely_society_report.pdf)
 79. Twenge J.M. Generational differences in mental health: are children and adolescents suffering more, or less? // Am. J. Orthopsychiatry. – 2011. – Vol. 81, № 4. – P. 469-472.
 80. Twenge J. M., Gentile B., DeWall C.N. et al. Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938-2007: a cross-temporal meta-analysis of the MMPI // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30. – P. 145-154.
 81. Uzun I., Karayel F.A., Akyildiz E.U. et al. Suicide among children and adolescents in a province of Turkey // J. Forensic. Sci. – 2009. – Vol. 54, № 5. – P. 1097-1100.
 82. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika // Acta. Psychiatr. Scand. Suppl. – 1998. – Vol. 394. – P. 13-19.
 83. Vieweg W.V., Linker J.A., Anum E.A. et al. Child and adolescents suicides in Virginia: 1987 to 2003 // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. – 2005. – Vol. 15, № 4. – P. 655-663.
 84. Vougiouklakis T., Tsiligianni C., Boumba V.A. Children, adolescent and young suicide data from Epirus // Forensic. Sci. Med. Pathol. – 2009. – Vol. 5, № 4. – P. 369-273.
 85. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114-120.
 86. Wasserman D. Increased suicide rate among young people in Sweden. A national preventive program is ready, parliamentary resolution is delayed // Lakartidningen. – 2004. – Vol. 101, № 50. – P. 4078-4079.
 87. Windfuhr K., White D., Hunt I. et al. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol. 49, № 11. – P. 1155-1165.
 88. Windfuhr K., White D., Hunt I.M. et al. Suicide and accidental deaths in children and adolescents in England and Wales // Arch. Dis. Child. – 2013. – Vol. 98, № 12. – P. 945-950.

SUICIDES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – WHAT IS HAPPENING AND WHAT MAY BE THE REASON?

V. Rozanov

Odessa National Mechnikov University, Institute of innovative and post-diploma education, Odessa, Ukraine

A review of existing sources from all continents shows that during several last decades suicide rates among the youngest populations is growing. Among the reasons of it the pressure of the western culture may be named which provokes consumerism, individualism, competitiveness, hedonism, evolution of values and growing problems of mental health in children and adolescents. It is associated with enhanced psychosocial stress, which is dependent on inequalities, loneliness, family crisis and lack of social support. Globalization and universal development of information technologies makes these influences even stronger and as a result, bigger contingents are involved.

Keywords: suicide, children.

СУИЦИД В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ: СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Л.Н. Юрьева

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины, г. Днепропетровск, Украина

Контактная информация:

Юрьева Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, академик АН ВО Украины. Место работы и должность: заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Адрес: 49015, Украина, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. Телефон: +380-675622566, e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

В статье приводятся данные о том, что самоубийство пациента является одним из сильнейших профессиональных и личностных стрессов в деятельности сотрудников психиатрических служб. Выделены острые, подострые и отдаленные психолого-психиатрические последствия, ведущие к психической дезадаптации медицинского персонала и факторы, которые их потенцируют. Описаны особенности работы с медицинским персоналом в кризисной ситуации. Выделены факторы, определяющие реакцию медицинского персонала на суицид пациента, и выделены группы риска по формированию психической дезадаптации.

Представлены стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала, включающие индивидуальный и коллективный уровни. Автор рекомендует создать «Стандарты» выполнения и регистрации действий медицинского персонала в экстренных ситуациях (суицидальная попытка, завершённый суицид и т.п.) и протоколы отчета об этих случаях.

Ключевые слова: суицид пациента, психическая дезадаптация медицинского персонала, профилактика.

«Именно суицидальная ситуация свидетельствует о том, как тяжело работать в психиатрии при всем своем личном участии, а также о том, насколько ограничена эффективность психиатрической терапии»

Райнер Телле

Практически каждому врачу, хотя бы один раз в жизни приходилось переживать потрясение, вызванное самоубийством его пациента. Это драматическая ситуация не только для родственников больного, но и для медицинского персонала и других пациентов стационара.

Работа с суицидальными пациентами является дополнительным психотравмирующим фактором для медицинского персонала. В процессе терапии суицидального пациента между ним и врачом возникает процесс, обозначаемый в психоанализе как «перенос» (реакции пациента на врача) и «контрперенос» (ответные реакции врача). Перенос суицидента и его проекции неизбежно влияют на поведение врача, который тоже имеет свои психологические конфликты, личностные черты и характеристики, свою историю формирования отношений к жизни, смерти и суицидальности. Врач, оценивая риск суицида, основывается не только на профессиональных знаниях и опыте,

но также и на своих индивидуальных ментальных характеристиках. Поэтому, самоубийство пациента является одним из сильнейших профессиональных и личностных стрессов в деятельности сотрудников психиатрических служб.

В отличие от «естественной» смерти в результате тяжелой болезни или травмы, с которой сталкиваются медицинские работники общесоматической сети, самоубийство в психиатрическом стационаре воспринимается и родственниками, и коллегами, и медицинским персоналом отделения как утрата, которую можно было распознать, предотвратить и избежать. Персонал реагирует на случившееся подобно родственникам и друзьям суицидента, и так же как они нуждается в профилактике психической дезадаптации.

По данным статистики среди психически больных, находящихся в стационаре, около 40% пациентов имеют те или иные проявления суицидального поведения, а самоубийства совершают от 0,003% до 1% пациентов стационара [2, 3].

Были изучены паттерны риска суицида на примере 100 завершённых суицидов, случившихся в больнице или вскоре после выписки.

Изучались только случаи, связанные с иском родственников к врачам [1, 15]. В результате проведенного анализа было выявлено, что эти суициды в 3 раза чаще совершали мужчины в возрасте от 30 до 50 лет. Преобладали впервые госпитализированные пациенты с первым тяжелым депрессивным эпизодом. Независимо от диагноза в клинической картине доминировали психотические состояния, тревожная (ажитированная) депрессия с выраженной меланхолией и чувством безнадежности. Пациенты категорически отрицали суицидальные намерения, как в настоящем, так и в прошлом или пассивно соглашались с попыткой врача заключить антисуицидальный « контракт». Они избегали контактов с врачом, персоналом, другими пациентами, отрицали психическое заболевание и необходимость лечения, требовали выписки из стационара.

Проблема влияния самоубийства пациента на ментальное состояние сотрудников психиатрических служб очень редко обсуждается в литературе, а научные работы, посвященные стратегиям совладания с профессиональным стрессом и профилактике психической дезадаптации у медицинского персонала, не многочисленны.

В рамках программы исследования синдрома выгорания у 223 врачей-психиатров нами изучался вопрос изменения ментального состояния докторов после суицида пациента [4]. В результате проведенных исследований были выделены острые, подострые и отдаленные психолого-психиатрические последствия, вызванные самоубийством пациента.

Острые реакции на стресс проявлялись в виде оцепенения, отрешенности, растерянности, испуга, потрясения, инсомнии, гнева, возбуждения.

Подострые реакции чаще всего проявляются в виде сниженного настроения, плохого сна, чувства вины, отчаяния, тоски, угнетения, депрессии, печали, безнадежности, снижение самооценки. У медицинского персонала появляется страх судебного расследования и наказания, возникают конфликты и «выяснения отношений» с коллегами, поиск виновного в случившемся, разрыв отношений. У врачей нередки идеи самообвинения и мысли о профессиональной несостоятельности, они начинают использовать «перестраховочный» подход в отношении «опасных» пациентов, у них усиливаются самосомнения, они начинают бо-

лее тщательно вести медицинскую документацию и следовать закону о психиатрической помощи.

Период отдаленных психолого - психиатрических последствий возникает не у всех медицинских работников. Чаще всего он проявляется в виде симптомов посттравматического стрессового расстройства, синдрома выгорания, психосоматических расстройств, размышлениями о выходе на пенсию или смене профессии.

Самоубийство пациента негативно влияет не только на психическое и физическое здоровье медицинского персонала, но и на его профессиональную и личную жизнь.

Стратегия поведения медицинского персонала.

Исследования, в которых разрабатываются конкретные психологические, организационные, этически и юридически обоснованные рекомендации и стратегии поведения медицинского персонала при совершении пациентом самоубийства в стационаре немногочисленны и принадлежат перу западных исследователей, где законодательная база и подходы несколько отличны от отечественных [14].

Ниже описаны стратегии поведения медицинского персонала при совершении самоубийства в стационаре, которые основаны на анализе литературных данных и собственных исследованиях. Описанный порядок действий условен и может быть изменен в зависимости от обстоятельств [5, 7-11].

Стратегии поведения медицинского персонала при совершении самоубийства в стационаре.

1. Немедленно проинформировать о случившемся главного врача или его заместителя (дежурного врача) в устной и письменной форме.

2. Изолировать тело (но не трогать его) до получения дальнейших указаний.

3. Сообщить членам семьи о случившемся, выразить им соболезнование и готовность оказать помощь (желательно, чтобы это сделал заведующий отделением).

4. Описать в журнале наблюдений (медсестра) и в истории болезни (лечащий врач) обстоятельства и способ совершения суицида, время обнаружения трупа, все выполненные действия (включая констатацию смерти).

5. Подготовить документацию для проведения судебно-медицинской экспертизы.

6. Провести короткое совещание с медицинским персоналом отделения, на котором проинформировать о случившемся, собрать письменное объяснение с членов дежурной смены.

7. Провести собрание с пациентами отделения, на котором сообщить о случившемся, ответить на вопросы, разрешить возникшие проблемы.

8. Встретиться с членами семьи суицидента и оказать им всяческую поддержку и помощь (если они готовы и хотят её принять).

9. Оказать поддержку медицинскому персоналу или быть готовым принять ее от них.

10. Проанализировать причины суицида (клинические, психологические, организационные) и провести конференцию по разбору данного конкретного случая.

Особенности работы с медицинским персоналом в кризисной ситуации.

Переживание горя и ментальные изменения после суицида пациента, а также влияние этой психотравмы на профессиональную компетенцию медицинского персонала и их навыки суицидальной превенции, длительное время почти не изучались. Единичные работы посвящены также изучению факторов, которые способствуют их психической дезадаптации. А ведь знание медицинских и немедицинских факторов риска очень важно для проведения профилактических мероприятий с персоналом в отделении, где совершен суицид. В результате проведенных исследований были выделены факторы, потенцирующие выраженные и длительные эмоциональные реакции на суицид пациента [5].

Факторы, потенцирующие психическую дезадаптацию медицинского персонала после суицида пациента.

1. Особенности взаимоотношений в коллективе: патерналистические с длительной и жесткой ролевой деформацией.

2. Неоднократные суициды пациентов в отделении за короткий промежуток времени.

3. Значимые психологические жизненные события, предшествующие суициду пациента: осложненное горе, депрессия, потеря родителей в детстве, суицид кого-то из родственников (особенно в недалеком прошлом).

4. Личностные особенности специалиста: эмоциональная неуравновешенность, низкая фрустрационная толерантность, низкий уро-

вень самооценки и экстернальный локус контроля, невротическая тревога, интровертированность, склонность к идеализации профессии, стремление быть сильным и контролировать ситуацию, трудности осознания собственных чувств.

5. Плохое состояние здоровья медицинского работника.

6. Социально-психологические причины: социальная незащищенность медицинского персонала, отсутствие возможности или желания обсудить случившееся с другими.

Психологически наиболее уязвимые следующие категории медицинских работников:

– сотрудник, который первым обнаружил тело;

– молодые сотрудники, впервые столкнувшиеся со смертью;

– лица с низким уровнем профессиональной подготовки;

– сотрудники, имевшие доверительные, близкие отношения с пациентом.

Эти сотрудники в первую очередь нуждаются в психологическом консультировании (по их желанию). В этой ситуации положение заведующего отделением (подразделением) очень неоднозначно и сложно (как юридически, так и психологически). Заведующий отделением вынужден выполнять тройную роль: проверяющего действия своего персонала, проверяемого руководством больницы, виновного (а иногда и «преступника») в глазах родственников. При этом он должен исполнять свою главную роль – роль врача-психиатра, который оказывает медикаментозную и психотерапевтическую поддержку пациентам и персоналу. В такой ситуации ему необходима психологическая поддержка и психотерапевтическая коррекция психоэмоционального состояния.

К сожалению, в психиатрической субкультуре не принято обращаться за подобной помощью к коллегам. Поэтому Британская медицинская ассоциация организовала круглосуточное психологическое консультирование врачей, а работа телефона доверия обеспечивается Королевским колледжем психиатров. Это позволяет врачам обращаться за помощью за пределами своего места работы. Кроме того, существует государственная служба психологического консультирования больных врачей.

Наиболее частые проблемы в коллективе медицинских работников, после самоубийства пациента:

- взаимные обвинения членов дежурившей смены;
- перекладывание ответственности на других;
- раскол в коллективе (может быть длительным и завершиться увольнением некоторых сотрудников);
- некоторые сотрудники чувствуют себя как «на скамье подсудимых»;
- отказ работать в одной смене с некоторыми коллегами.

Основываясь на анализе литературных данных и данных собственных исследований, представленных выше, была разработана программа профилактики и коррекции психической дезадаптации персонала, находящегося в кризисной ситуации. Программа включает в себя несколько уровней и проводится в течение нескольких месяцев.

Программа профилактики и коррекции психической дезадаптации у медицинского персонала после суицида пациента.

Индивидуальный уровень:

1. Поддержка коллег, членов семьи и друзей. В некоторых случаях контакт с семьей суицидента может быть источником взаимной поддержки.
2. Использование зрелых механизмов психологической защиты (альтруизм, аскетизм, сублимация, антиципация).
3. Обучение стратегиям совладания со стрессом.
4. При необходимости консультация психолога или психиатра.
5. Духовная поддержка.
6. Повышение квалификации на курсах стажировки, участие в обучающих программах.

Коллективный уровень:

1. Анализ случая самоубийства специально созданной группой экспертов, который проводится сразу после случившегося. Оглашение выводов комиссии всему коллективу отделения.
2. Через несколько недель после случившегося необходимо провести «психологическое вскрытие» [12, 13].

Один из вариантов «психологического вскрытия», предложенный S.J. Bartels [6],

представляет собой конференцию по разбору случая самоубийства, которую рекомендуется проводить не ранее, чем через 3-4 недели после суицида. Это практическая конференция, в которой принимают участие все сотрудники отделения, где произошел суицид. Конференцию проводит квалифицированный врач-психиатр, который не работает в данной больнице и не имеет никаких отношений с персоналом клиники. В процессе конференции подробно анализируются анамнестические данные, тщательно рассматриваются факторы суицидального риска, поведенческие и лингвистические маркеры суицидального поведения в отделении, личностные и межличностные особенности и образ жизни суицидента, наличие химической и нехимической аддикции, отношение с медицинским персоналом и пациентами отделения, с родственниками, а также действия персонала после обнаружения тела. Список вопросов, рассматриваемых на конференции, может быть расширен и индивидуализирован в каждом конкретном случае.

Анализ вышеперечисленных факторов у конкретного больного позволяет персоналу оценить самоубийство в определенном контексте, что поможет уменьшить чувство вины. Очень важно, также, не только не искать «козла отпущения», но и не отбеливать персонал, сознательно не замечая его ошибок. Именно поэтому, роль ведущего конференции поручается только независимому от персонала, родственников и руководства больницы высококвалифицированному профессионалу в области психиатрии.

Суицид, совершенный пациентом, находящимся под наблюдением психиатра, – это драматическое событие не только для семьи, но и для всего медицинского персонала. Эта психологическая рана не заживает долгие годы, а иногда и всю жизнь. Но персонал уязвим еще и юридически, так как нередко его обвиняют в недостаточной компетентности и халатном отношении к своим обязанностям. При расследованиях, вызванных подобными обвинениями, решающую роль играет анализ медицинской документации. Согласно требованиям в истории болезни аргументированно должен быть отражен характер суицидального риска, а заявлениям или поступкам пациента, которые были расценены как проявления

суицидальности, дана соответствующая интерпретация.

В отечественной психиатрии отсутствуют «Стандарты» выполнения и регистрации действий, которые должен провести медицинский персонал в экстренных ситуациях (суицидальная попытка, завершённый суицид, насильственная или внезапная смерть, акт агрессии по отношению к персоналу или пациенту и т.п.). Кроме того, отсутствуют протоколы отчета об этих случаях. Необходимость создания этих документов, где пошагово расписаны все действия персонала в экстренных ситуациях, давно назрела. В стрессовой ситуации, которую переживает персонал, наличие этих документов позволит избежать дополнительного дистресса и уменьшить проявление психической дезадаптации и синдрома выгорания в дальнейшем.

Только при наличии «Стандартов» и протоколов возможно создание юридически корректного и обоснованного механизма оценки, проверки и анализа действий медицинского персонала в каждом конкретном случае.

Литература:

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Том 2. – С. 18–30.
3. Телле Р. Психиатрия. – Минск: Высшая школа, 1999. – С. 160–165.
4. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция. – К.: Сфера, 2004. – 272 с.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
6. Bartels S.J. The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit // General hospital psychiatry. – 1987. – Vol. 9. – P. 189–197.
7. Chemtob C.M., Hamade R.S., Bauer G. et al. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists // American journal of psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – P. 224–228.
8. Hodelet N., Hughson M. What to do when a patient commits suicide // Psychiatric bulletin. – 2001. – Vol. 25. – P. 43–45.

9. Hodgkinson P.E. Responding to in-patient suicide // British journal of medical psychology. – 1987. – Vol. 60. – P. 387–392.
10. Kaye N.S., Soreff S.M. The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide // American journal of psychiatry. – 1991. – Vol. 148. – P. 739–743.
11. Little J.D. Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what to do we do? // Australian and New Zealand journal of psychiatry. – 1992. – Vol. 26. – P. 162–167.
12. Schneidman E.S. Suicide, lethality and the psychological autopsy // International psychiatry clinic. – 1969. – Vol. 6. – P. 225–250.
13. Schneidman E.S. The psychological autopsy // Suicide and life – threatening behaviour. – 1981. – Vol. 11. – P. 325–340.
14. Sharon R. Foley, Brendan D. Kelly. When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 134–138.
15. Simon R.I., Gutheil T.G. A Recurrent Pattern of suicide risk factors observed in litigated cases lessons in risk management // Psychiatric Annals. – 2002. – Vol. 32, № 7. – P. 384–387.

SUICIDE IN PSYCHIATRIC HOSPITAL:
STRATEGY FOR PREVENTION OF PSYCHIATRIC
MISADAPTATION AMONG MEDICAL STAFF

L.N. Yur'yeva

Dnepropetrovsk State Medical Academy,
Dnepropetrovsk, Ukraine

The article provides data about patient suicide as one of the strongest professional and personal stress in career of the psychiatry service staff. Acute, sub-acute and delayed psychological and psychiatric consequences leading to mental misadaptation of medical staff are described and potentiating factors are underlined. Specifics of work with medical staff in crisis situation are described. Factors determining reaction of medical personnel on patient suicide and risk groups for misadaptation are distinguished.

Strategies for prevention of mental misadaptation among medical staff at individual and group levels are introduced.

Author recommends creation of standards for execution and registration of medical personnel actions in emergent situations (suicide attempts, completed suicide etc.) and protocols for reporting of those cases.

Keywords: patient suicide, mental misadaptation of medical personnel, prevention.

УДК: 616.89-008.441.44

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СУИЦИДЫ В БЕЛАРУСИ И РОССИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕНДОВ

Ю.Е. Разводовский

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

Контактная информация:

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

Работа посвящена сравнительному анализу динамики уровня потребления алкоголя на душу населения и уровня самоубийств в Беларуси и России в период с 1980 по 2005 годы. Результаты анализа временных серий свидетельствуют о существовании тесной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов в Беларуси и России на популяционном уровне. Согласно оценке с использованием модели авторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС) увеличение уровня потребления алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня суицидов на 6,6% в Беларуси и на 6,5% в России. Результаты настоящего исследования поддерживают гипотезу, согласно которой алкоголь является ключевым фактором резкого колебания уровня суицидов в Беларуси и России на протяжении последних десятилетий.

Ключевые слова: алкоголь, суициды, Беларусь, Россия, 1980-2005 годы.

Самоубийство наряду с алкогольной и другими видами зависимостей является моделью саморазрушительного поведения и относится к социальным девиациям [1, 12]. Рост уровня суицидального поведения в современном обществе обуславливает необходимость изучения этого феномена с целью разработки стратегии профилактики [12]. Взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением на индивидуальном и популяционном уровне была установлена в многочисленных исследованиях [2-10, 14-27]. Согласно результатам ретроспективной психологической аутопсии от 15 до 51% лиц, совершивших самоубийство, страдали алкогольной зависимостью [15]. Роль острой алкогольной интоксикации как фактора снижающего суицидальный барьер хорошо известна [12]. Согласно литературным данным от 50 до 70% самоубийц находились в состоянии алкогольного опьянения в момент совершения суицида [8]. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах на популяционном уровне, показали существование тесной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств. Так, например, анализ временных серий, проведенный в США, показал, что повышение уровня потребления алкоголя на душу населения на 1 литр ассоциируется с ростом уровня суицидов на 3% [14]. Аналогичное исследова-

ние, основанное на данных из 13 стран, показало, что в период с 1959 по 1972 годы уровень потребления алкоголя положительно коррелирует с частотой суицидов в 10 из них [16]. Большинство исследователей единодушно во мнении, что алкоголь является ключевым фактором резкого колебания уровня суицидов в славянских республиках бывшего Советского Союза на протяжении последних десятилетий [4-6, 18, 20, 26]. В то же время, некоторые авторы указывают на важную роль психосоциальных факторов в объяснении данного феномена [11]. Несмотря на то, что разграничение алкогольного и психосоциального факторов с феноменологической точки зрения достаточно условно, сравнительный анализ динамики уровня потребления алкоголя и уровня суицидов в бывших Советских республиках может оказаться полезным в определении удельного веса этих факторов в резких колебаниях уровня суицидов. Настоящая работа посвящена сравнительному анализу динамики уровня потребления алкоголя и уровня суицидов в Беларуси и России в период с 1980 по 2005 годы.

Материал и методы.

Стандартизированные коэффициенты суицидов в России представлены согласно данным Госкомстата Российской Федерации в расчете на 100 тысяч населения. Данные уровня самоубийств в Беларуси взяты из ежегодных отчетов

тов Министерства статистики и анализа Беларуси. Уровень потребления алкоголя в литрах абсолютного алкоголя на душу населения в России и Беларуси рассчитывался не прямым методом на основании динамики косвенных индикаторов алкогольных проблем [5]. Оценка связи между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня потребления алкоголя проводилась с помощью метода авторегрессии-проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС).

С целью приведения временного ряда к стационарному виду использовалась процедура дифференцирования [13]. Оценка алкогольной фракции (АФ) в структуре смертности от самоубийств рассчитывалась с помощью следующего уравнения:

$АФ=1-\exp(-bX)$, где X -средний для всего периода уровень потребления алкоголя, b -параметр, оцениваемый с помощью метода АРПСС.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета "STATISTICA" в модуле "Анализ временных рядов".

Результаты и их обсуждение.

В период с 1980 по 2005 годы уровень суицидов в России снизился на 6,9% (с 34,2 до 32,2 на 100 тыс. населения), в то время как в Беларуси этот показатель вырос на 26,7% (с 24,3 до 30,8 на 100 тыс. населения). Средний уровень самоубийств в России в рассматриваемый период был на 21,5% выше, чем в Беларуси. Что касается половых коэффициентов, то в Беларуси в период с 1980 по 2005 годы уровень суицидов среди мужчин вырос на 30,9% (с 42,7 до 55,9 на 100 тыс. населения), а среди женщин на 7,2% (с 8,3 до 8,9 на 100 тыс. населения). В России в этот же период уровень суицидов снизился среди мужчин на 8,3% (с 65,3 до 59,9 на 100 тыс. населения), а среди женщин на 32% (с 13,8 до 9,4 на 100 тыс. населения). Показатель, характеризующий соотношение уровня самоубийств среди мужчин и женщин в рассматриваемый период, вырос в Беларуси на 36,2% (с 4,7 до 6,4), а в России на 23,5% (с 5,1 до 6,3). Обращает на себя внимание значительно более высокий уровень суицидов в России как среди мужчин, так и среди женщин. В то же время, различия в уровне самоубийств в России и Беларуси существенно уменьшились

на протяжении рассматриваемого периода. Так, если в 1980 году уровень самоубийств в России среди мужчин на 35%, а среди женщин на 40% превышал аналогичный показатель в Беларуси, то в 2005 году эта разница составила соответственно 8,3% и 5,3%. Визуальный анализ данных свидетельствует о схожем паттерне динамики уровня половых коэффициентов суицидов в Беларуси и России (рис. 1, 2).

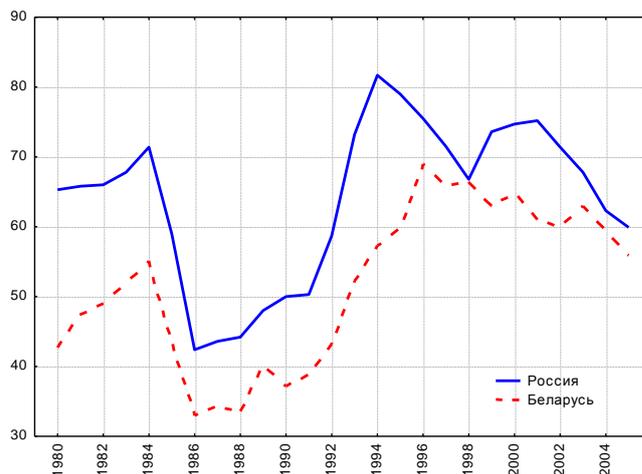


Рис. 1. Динамика уровня самоубийств среди мужчин в Беларуси и России в период с 1980 по 2005 годы.

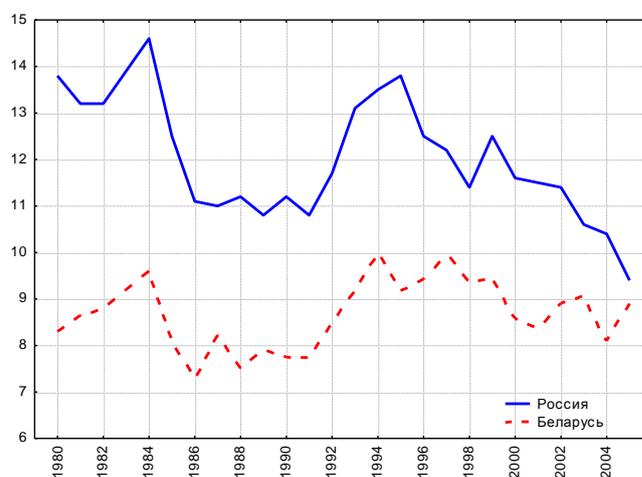


Рис. 2. Динамика уровня самоубийств среди женщин в Беларуси и России в период с 1980 по 2005 годы.

После резкого снижения уровня самоубийств в середине 80-х годов прошлого века последовал резкий рост в первой половине 90-х годов, после чего наблюдалась тенденция к снижению уровня этого показателя. Вместе с тем, имеются существенные различия в дина-

мике половых коэффициентов суицидов в обеих странах.

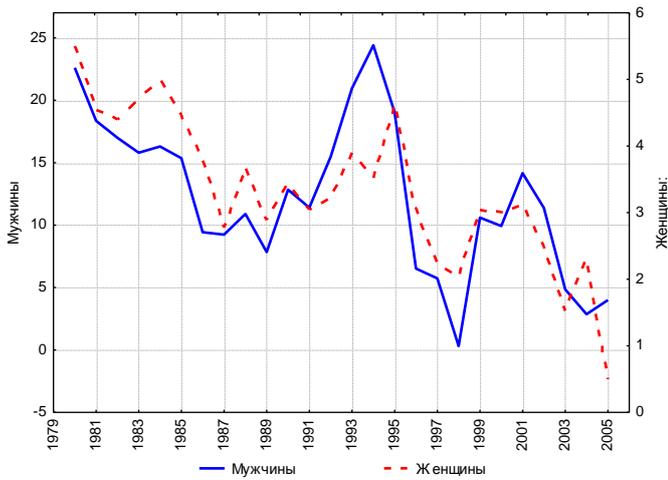


Рис. 3. Ежегодная разница между уровнем самоубийств в России и Беларуси.

Прежде всего, следует отметить более выраженную амплитуду колебаний уровня суицидов среди мужчин. Так, в период с 1984 по 1986 годы в России и Беларуси этот показатель среди мужчин снизился соответственно на 40,6% и 38,5%, в то время как среди женщин снижение составило соответственно 23,5% и 22,5%. В период с 1991 по 1994 годы в России и Беларуси уровень суицидов среди мужчин вырос соответственно на 62% и 47%, в то время как среди женщин данный показатель вырос соответственно на 25% и 28%. Обращает на себя внимание также то обстоятельство, что рост уровня суицидов среди мужчин начался в 1986 году, в то время как рост этого показателя среди женщин начался только в 1991 году. Кроме того, уровень суицидов среди женщин в первой половине 90-х годов в обеих странах не значительно превысил уровень начала 80-х годов, в то время как среди мужчин уровень суицидов в первой половине 90-х годов значительно превысил базовый уровень. Существуют также некоторые различия в динамике уровня суицидов среди мужчин обеих стран. Так, уровень суицидов в России, достигнув пика в 1994 году (81,7 на 100 тыс. населения), стал снижаться, после чего снова вырос в период с 1998 по 2001 годы. Уровень самоубийств среди мужчин в Беларуси достиг максимальной точки в 1996 году (69,0 на 100 тыс. населения) и стал снижаться в последующие годы.

Динамика уровня суицидов среди женщин в обеих странах выглядит более синхронно. В России отмечался незначительный "выброс" уровня этого показателя среди женщин в 1999 году на фоне тенденции к снижению.

Графические данные, представленные на рисунке 3, свидетельствуют о том, что ежегодная разница между уровнем половых коэффициентов суицидов в России и Беларуси имела тенденцию к снижению. За счет более быстрых темпов прироста уровня самоубийств среди мужчин в начале 90-х годов прошлого века различия в уровне самоубийств между Россией и Беларусью были максимальными за весь рассматриваемый период.

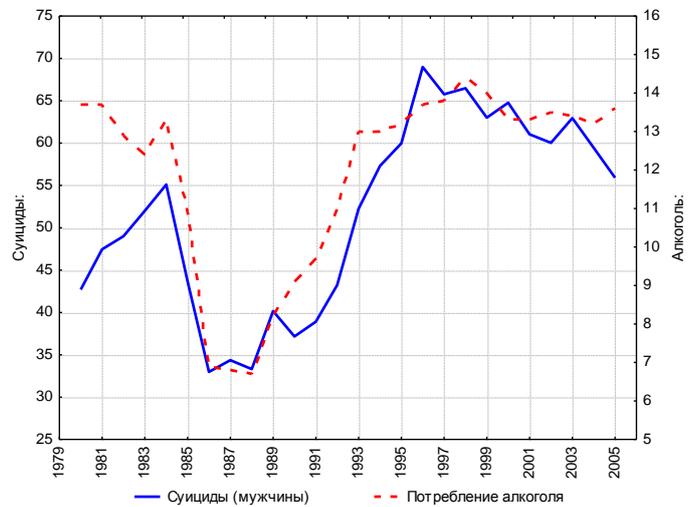


Рис. 4. Динамика уровня потребления алкоголя и уровня суицидов среди мужчин в Беларуси в период с 1980 по 2005 годы.

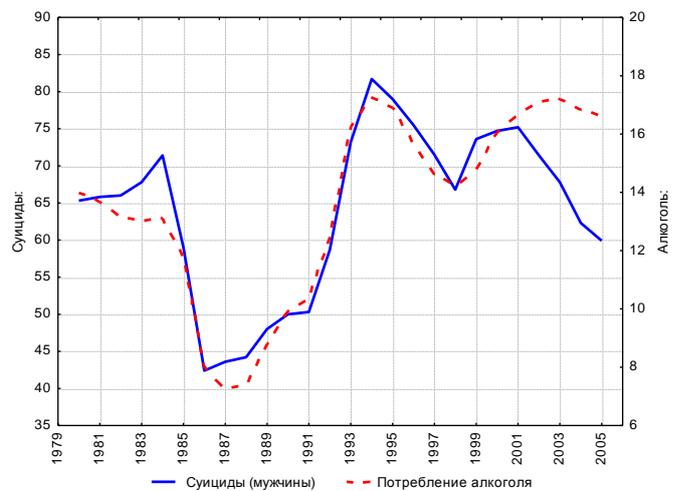


Рис. 5. Динамика уровня потребления алкоголя и уровня суицидов среди мужчин в России в период с 1980 по 2005 годы.

Второй "всплеск" уровня различий по времени совпал с кризисом российской банковской системы в 1998 году.

В период с 1980 по 2005 годы уровень потребления алкоголя в России вырос на 18,6% (с 14,0 до 16,6 литра на душу населения), в то время как в Беларуси снизился на 0,7% (с 13,7 до 13,6 литра на душу населения). Динамика уровня потребления алкоголя в Беларуси и России была схожей в 1980-1993 годы и существенно различалась в последующий период (рис. 4, 5).

Резкое снижение уровня потребления алкоголя, отмечавшееся в середине 80-х годов прошлого века было обусловлено ограничением уровня продажи алкоголя в период антиалкогольной кампании. В период с 1984 по 1987 годы снижение уровня потребления алкоголя в России составило 45% (с 13,1 до 7,3 литра), а в Беларуси 50% (с 13,3 до 6,7 литра). В России уровень потребления алкоголя достиг пика в 1994 году – 17,3 литра, после чего несколько снизился, а затем снова стал расти, начиная с 1998 года. В Беларуси в период после 1992 года уровень потребления алкоголя держался в пределах 13-14 литров на душу населения, достигнув максимума (14,4 литра) в 1998 году. Визуальные данные свидетельствуют о том,

что динамика уровня потребления алкоголя достаточно схожа с динамикой уровня самоубийств как в Беларуси (рис. 4), так и в России (рис. 5).

Таблица 1
Зависимость уровня суицидов от уровня потребления алкоголя.
Результаты корреляционного анализа

Показатель	Россия		Беларусь	
	r	p	r	p
Суициды: мужчины + женщины	0,80	0,000	0,81	0,000
Суициды: мужчины	0,79	0,000	0,80	0,000
Суициды: женщины	0,12	0,000	0,67	0,000

Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана в Беларуси существует статистически значимая сильная связь между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов как среди мужчин ($r=0,81$; $p=0,000$), так и среди женщин ($r=0,67$; $p=0,000$). В России существует статистически значимая связь между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств среди мужчин ($r=0,79$; $p=0,000$), в то время как для женщин эта связь статистически не значима (табл. 1).

Таблица 2
Зависимость уровня суицидов от уровня потребления алкоголя.
Результаты кросс-корреляционного анализа "выбеленных" временных серий

Показатель	Россия			Беларусь		
	лаг	r	ст. ошибка	лаг	r	ст. ошибка
Суициды мужчины + женщины	0	0,86	0,20	0	0,74	0,20
Суициды мужчины	0	0,87	0,20	0	0,73	0,20
Суициды женщины	0	0,65	0,20	0	0,54	0,20

Таблица 3
Зависимость уровня суицидов от уровня потребления алкоголя.
Параметры модели АРПСС и оценка алкогольной фракции (АФ)

Показатель	Россия			Беларусь		
	модель	оценка	АФ	модель	оценка	АФ
Суициды мужчины + женщины	0,1,1	0,065*	58,6	0,1,1	0,066*	56,7
Суициды мужчины	0,1,1	0,070*	61,0	0,1,1	0,740*	63,4
Суициды женщины	0,1,1	0,032*	35,0	0,1,1	0,031*	35,2

* $p < 0,000$

Примечание: Связь между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов описывается моделью следующего вида: $p=0$, $d=1$, $q=1$, где p – порядок авторегрессии, d – степень дифференцирования, q – порядок процесса скользящего среднего.

Согласно результатам кросс - корреляционного анализа в России и в Беларуси уровень потребления алкоголя коррелирует на нулевом лаге с уровнем суицидов как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 2).

Результаты оценки модели АРПСС, где в качестве независимой переменной фигурирует уровень потребления алкоголя, а в качестве зависимой – общий уровень суицидов, а также половые коэффициенты суицидов представлены в таблице 3.

Согласно полученным коэффициентам регрессии увеличение уровня потребления алкоголя на 1 литр в Беларуси сопровождается ростом уровня самоубийств среди мужчин на 7,4%, а среди женщин на 3,1%. Увеличение уровня потребления алкоголя на 1 литр в России сопровождается ростом уровня суицидов среди мужчин на 7%, а среди женщин на 3,2%. Алкогольная фракция в структуре самоубийств в России и Беларуси составила соответственно 61,0% / 63,4% для мужчин и 35,0% / 35,0% для женщин (табл. 3).

Результаты анализа свидетельствуют о том, что сила связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов в Беларуси и России примерно одинакова. Тот факт, что ассоциация между алкоголем и суицидами более тесная для мужчин, нежели для женщин говорит о том, что алкогольный суицид является преимущественно мужским феноменом. Оценочный эффект алкоголя на уровень суицидов среди мужчин в России и Беларуси аналогичен эффекту в странах Северной Европы [20]. Эти данные согласуются с гипотезой Norstrom, который предположил, что алкоголь и суицид более тесно связаны в странах с Северной культурой потребления алкоголя, характеризующейся эпизодическим употреблением больших доз крепких алкогольных напитков [17].

Существование тесной связи между динамикой уровня самоубийств и динамикой уровня потребления алкоголя на душу населения свидетельствует о важной роли алкогольного фактора в этиологии суицидального поведения. Веским аргументом в пользу ключевой роли алкогольного фактора в этиологии суицидального поведения является резкое снижение уровня самоубийств в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов. Существует, однако, гипотеза, согласно которой снижение уровня самоубийств в середине 80-х годов в быв-

шем Советском Союзе было обусловлено перестройкой и связанными с нею социальным оптимизмом и ожиданием перемен [28]. В противовес этой гипотезе А.В. Немцов показал, что в период антиалкогольной кампании резко снизилось число самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, в то время как число самоубийств в трезвом состоянии практически не изменилось [18]. Аналогичная ситуация имела место в Беларуси, где алкогольные суициды были более подвержены влиянию ограничения доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании: в период с 1984 по 1996 гг. число САК-позитивных суицидов снизилось на 54,2%, в то время как число САК-негативных суицидов снизилось только на 7,1% [23].

В первой половине 90-х годов резкий рост уровня суицидов, по всей видимости, был обусловлен сочетанным влиянием алкогольного фактора и фактора психосоциального дистресса, которые взаимно усиливали друг друга по принципу порочного круга. Социально - экономический кризис явился причиной аномии и психосоциального дистресса, что в свою очередь могло привести к резкому росту уровня потребления алкоголя. Повышение спроса сочеталось с увеличением доступности алкоголя вследствие отмены государственной алкогольной монополии в 1992 году, а также снижения стоимости алкоголя относительно основных продуктов питания [3]. Тесная связь на популяционном уровне между алкоголем и суицидом в России и Беларуси, продемонстрированная в настоящем исследовании, а также результаты предыдущего исследования, проведенного в Беларуси и показавшего, что число САК-позитивных суицидов резко выросло в первой половине 1990-х годов, в то время как число САК-негативных суицидов выросло незначительно [23], свидетельствуют о том, что алкоголь был ключевым фактором резкого роста уровня суицидов в бывших Советских Республиках в переходный период.

Представляется интересным тот факт, что темпы прироста уровня суицидов в 90-х годах среди мужчин в России опережали темпы прироста этого показателя в Беларуси. Имеются основания полагать, что более быстрые темпы экономических реформ, в частности темпов приватизации в России [27], стали причиной сильного психосоциального дистресса, ставшего одним из факторов «кризиса» суицидальной

активности в переходный период. Поскольку Беларусь выбрала путь менее радикальных экономических реформ, уровень психосоциального дистресса, испытываемого населением этой республики, был несколько ниже [27]. Следует также отметить, что снижение уровня суицидов среди мужчин в России началось с 1994 года, в то время как в Беларуси этот показатель стал снижаться с 1996 года. На основании этих различий можно предположить, что российские мужчины более остро отреагировали на психосоциальный дистресс, обусловленный социально-экономическим кризисом переходного периода, однако быстрее адаптировались к новым условиям жизни.

Рост уровня суицидов среди российских мужчин в период с 1998 по 2001 годы, очевидно, был вызван банковским кризисом 1998 года, повлекшим за собой экономический кризис и рост социальной напряженности. Кстати, российские женщины отреагировали менее выраженным ростом уровня суицидов в этот период, что может косвенно свидетельствовать в пользу гипотезы Э. Дюркгейма, согласно которой женщины в меньшей степени подвержены негативному влиянию различных социальных потрясений [1]. Судя по динамике уровня суицидов, банковский кризис в России не вызвал социально-экономической напряженности в Беларуси, что может быть обусловлено относительной автономностью социально-экономических моделей двух государств. Альтернативным объяснением роста уровня суицидов среди российских мужчин в период с 1998 по 2001 может быть повышение доступности водки как следствие снижения ее стоимости относительно основных продуктов питания [3].

Таким образом, резкие колебания уровня суицидов в двух странах в рассматриваемый период были обусловлены влиянием алкогольного фактора, с одной стороны, и фактором психосоциального дистресса, с другой. Существование тесной связи между динамикой уровня потребления алкоголя и уровнем суицидов свидетельствует о ключевой роли алкогольного фактора. Знание основных факторов риска обуславливает необходимость реализации государственной программы по профилактике суицидов, ключевыми аспектами которой должны быть снижение уровня потребления алкоголя, а также совершенствование психотерапевтической помощи населению.

Литература:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб, 1998. – 399 с.
2. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С., Куценко Н.И., Кузнецов П.В. Суицидальное поведение в Тюменской области: некоторые эпидемиологические и клинические аспекты // Медицинская наука и образование Урала. – 2009. – № 2. – С. 113-115.
3. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Книжный дом «Либроком», 2009. – 318 с.
4. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48-52.
5. Разводовский Ю.Е. Общий уровень потребления алкоголя в Беларуси // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – № 4. – С. 64-68.
6. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы Наркологии. – 2008. – № 6. – С. 67-71.
7. Разводовский Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 12-17.
8. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: эпидемиологический анализ – LAP LAMBERT Academic Publishing. Saabruken, 2012. – 81 с.
9. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в странах Восточной Европы // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 18-28.
10. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 31-38.
11. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
12. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги. 2006. – С. 470.
13. Box G.E.P., Jenkins G.M. Time series analysis: forecasting and control. London: Holden-Day Inc. 1976.
14. Caces P., Harford T. Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1984-1987 // Studies alcohol. – 1998. – № 59. – P. 455-461.
15. Kolves K., Varnik A., Tooding L., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study // Psychological medicine. – 2006. – № 4. – P. 1-8.
16. Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations // Alcohol and alcoholism. – 1995. – № 13. – P. 98-100.

17. Norström T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden // *Addiction*. – 1995. – Vol. 90, № 11. – P. 1465–1469.
18. Nemtsov A.V. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // *Drug and alcohol dependence*. – 2003. – № 71. – P. 161-168.
19. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // *Social forces*. – 2006. – Vol. 85, № 1. – P. 413–430.
20. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries // *Addiction*. – 2001. – Vol. 96 (Suppl 1). – P. 59–75.
21. Razvodovsky Y.E. The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis // *Alcoholism*. – 2001. – № 2. – P. 35–43.
22. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus // *Psychiatria danubina*. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 290–296.
23. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide in Belarus // *Suicidology Online*. – 2011. – Vol. 2. – P. 1–7.
24. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // *Suicidology Online*. – 2011. – № 2. – P. 67–74.
25. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // *Crisis*. – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
26. Stickley A., Jukkala T., Norstrom T. Alcohol and suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time? // *Journal of studies on alcohol and drugs*. – 2011. – Vol. 72, № 2. – P. 341–347.
27. Stuckler D., King L., McKee M. Mass privatization and the post-communism mortality crisis. A cross-national analysis // *The lancet*. – 2009. – Vol. 373, № 9661. – P. 399–407.
28. Wasserman D., Varnic A.E., Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR // *Acta Psychiatrica Scand. Suppl.* – 1998. – Vol. 394. – P. 26–33.

ALCOHOL CONSUMPTION AND SUICIDE
IN BELARUS AND RUSSIA: A COMPARATIVE
ANALYSIS OF TRENDS

Y.E. Razvodovsky

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Trends in age-adjusted, sex-specific suicide rate and level of alcohol consumption per capita from 1980 to 2005 in Belarus and Russia were analyzed employing an ARIMA time series analyses. The results of the time series analysis indicate the presence of a statistically significant association between the two variables. According to results of analysis 1 liters increase in alcohol consumption per capita would result in a 6,6% increase in suicide rate in Belarus and 6,5% increase in Russia. The present study provides support for the hypothesis that suicide and alcohol are closely connected in culture where intoxication-oriented drinking pattern prevails and adds to the growing body of evidence that alcohol plays a crucial role in the fluctuation in suicide mortality rate in Belarus and Russia during the last decades.

Keywords: alcohol, suicide, Belarus, Russia, 1980-2005.

УДК: 616.89–008.44

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУПРУГОВ ИЗ БРАКОВ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, С ВТОРИЧНО ОТКРЫТОЙ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМОЙ

А.В. Меринов

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

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии 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: alex_mer@inbox.ru

В статье изучены суицидологические, наркологические и экспериментально-психологические спецификации супругов из семей, где муж страдает алкогольной зависимостью, сформировавшихся и функционирующих в рамках модели с вторично открытой семейной системой. Показано, что супруги в подобных браках в отношении рассматриваемых характеристик, не вписываются в усредненные характеристики, присущие женатым мужчинам, страдающими алкогольной зависимостью, и их женам. В данной работе проведена оценка пред-

ставленности саморазрушающих паттернов, продемонстрирована суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая уникальность характеристик супругов. Это имеет принципиальное значение для проведения дифференцированной превентологической работы, вероятностной оценки возможности аутоагрессивных реакций в зависимо-созависимой диаде и осуществления эффективных и максимально индивидуализированных терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: аутоагрессия; алкоголизм; динамика семейных отношений у больных алкогольной зависимостью.

Семьи больных алкогольной зависимостью до настоящего времени являются предметом пристального изучения, однако, многие особенности их образования и функционирования до сих пор остаются «загадкой, не подчиняющейся законам бытийной понятности» [4, 8]. Их развитие часто, банально, не укладывается в общепринятые законы динамики семейных систем, поражая своей, особой «созависимой логикой», когда принцип «бьют – беги» – перестает действовать. А раз он перестает действовать, именно это может служить предпосылкой для формирования созависимой «порции» семейной аутоагрессивности.

В своих прошлых работах мы попытались ответить на вопросы, что же может служить «цементом» подобных, зачастую деструктивных отношений, и описать возможные варианты их динамики.

Актуальность настоящей работы, прежде всего, объясняется широчайшей распространенностью подобных семейных отношений, а также необходимостью поиска эффективных, дифференцированных подходов к лечению алкогольной зависимости и созависимости, безусловно, с учетом динамики семейных отношений. То же самое имеет непосредственное отношение и к разработке высокоэффективных превентологических схем в наркологической суицидологии, так как вклад супругов из рассматриваемых семей в «валовые» общегосударственные суицидологические показатели остается весьма значительным [1-3, 5-7 и др.].

Перед тем, как перейти к характеристикам супругов из браков с вторично открытой семейной системой, коротко остановимся на описании предложенной нами типологии. Главной особенностью «алкогольных» браков является феномен «закрытой семейной системы». Это своеобразная, глухая изоляция «дел семейных» от внешнего мира, некий «заговор молчания» по поводу имеющихся проблем. Данный вариант рассматривался как единственный возможный и, согласно ему, создавались методы воздействия на зависимое и созависимое звенья. Наши исследования позволили

выделить три, клинически чётко очерченных, варианта динамического развития семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), в зависимости от проницаемости границ семейной системы. Два из которых первично закрыты: браки с перманентно закрытой (ПЗСС) и вторично открытой семейными системами (ВОСС). Последний вариант подразумевал отсутствие закрытости вообще – браки с первично открытой семейной системой (ПОСС). Интересующий нас вариант – с ВОСС, имеет как бы признаки двух остальных – на первом этапе – схожую с ПЗСС тотальную отгороженность, однако на последнем – полную открытость, что внешне его роднило с браками с ПОСС.

Однако при детальном изучении данного варианта, он во многом являлся совершенно оригинальным с позиций как наркологии, так и суицидологии.

Опишем рассматриваемые семейные отношения подробнее. Брак МСАЗ с ВОСС – это тип семейной динамики, подразумевающий на начальном этапе инициальную закрытость, которая спустя некоторое время перестает поддерживаться семьей, что формирует этап вторичной открытости семейных границ, когда алкогольная зависимость мужа перестаёт быть скрываемым ото всех «семейным секретом». Это приводит к значительному изменению существующих семейных ролей и иным, несозависимым, в классическом понимании, отношениям.

Начальной изоляции способствуют неудачи в борьбе с заболеванием мужа. Отношение к алкогольной зависимости мужа носит достаточно рациональный характер, как к болезненному состоянию, а не результату собственных ошибок в контроле аддикции супруга. Спустя несколько лет наступала фаза «бессилия и разочарования», сопровождающаяся депрессивными переживаниями, но не завершающаяся окончательным, финальным блоком в проницаемости семейных границ. Скоро мы наблюдаем запоздалый инсайт – спонтанно или под воздействием каких-то «десенсибили-

зирующих» факторов, супруга осознавала тщетность и бесполезность собственных усилий. Иногда этот момент был хорошо очерчен в семейной истории, иногда проходит более сглажено. Сами женщины описывали этот момент как: «Все надоело», «у него своя судьба, а у меня трое детей», «намучалась, с дураком связалась, буду жить для себя». Различными путями происходит «публичное покаяние», супруга переставала скрывать проблемы мужа – семейная система становится вторично открытой: «Да у меня муж пьёт, не повезло...», «я не муж, это его проблемы». Спустя некоторое время (чаще несколько месяцев), нередко исчезали симптомы созависимого состояния. Женщина больше времени начинала заниматься собой, детьми. Формируются «параллельное» сосуществование супругов.

Безусловно, подобное развитие семейных отношений может являться отправной точкой для распада брака, что подтверждается нашими многочисленными наблюдениями. Однако по различным причинам (например, «квартирным») значительная часть браков не распадается. В таких случаях болезнь мужа уже больше никогда не скрывается от окружающих и нередко искусственно выносится «на публику». Часто сохраняется совместное выполнение семейных обязанностей.

В данном случае созависимость не носит классического характера, а является экзогенной реакцией на аддикцию супруга, что можно обозначить как реактивно-созависимая или псевдосозависимая реакция.

Таким образом, задачей настоящей работы была оценка суицидологических, наркологических и экспериментально - психологических характеристик супругов из браков с вторично открытой семейной системой, а также – разработка подходов к лечению как основной патологии, так и коррекции и предотвращения аутоагрессивного поведения.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 250 семей МСАЗ. Из всех обследованных семей 20,8% были отнесены к семьям с ВОСС. Возраст МСАЗ в этой выборке составил $46,3 \pm 3,5$ года, их жён – $45,1 \pm 4,0$ года. Срок семейной жизни в браке у МСАЗ равнялся $18,4 \pm 4,1$ года, у их жён – $17,9 \pm 3,2$ года.

По этим показателям исследуемая группа статистически не отличалась от семей с про-

чими типами семейной динамики (ПЗСС и ПОСС).

Все пациенты клинически находились во второй-третьей стадии заболевания.

Для оценки суицидологического статуса использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Для исследования экспериментально-психологических особенностей группы использовались: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI), тест выражения гнева Спилбергера (STAXI). Динамика семейных отношений оценивалась на основании клинко-анамнестических сведений, отражающих функционирование диады «аддикт-семейное окружение».

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение.

Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики мужчин из браков с ВОСС

Показатели «классической» суицидальной активности достоверно не отличают МСАЗ из изучаемой группы от остальных обследованных респондентов. Это согласуется с мнением ряда учёных, считающих, что суицидальное поведение «генетически» связано с алкогольной зависимостью и является одним из облигатных клинических признаков данной патологии [11].

По профилю представленности аутоагрессивных паттернов и их предикторов наиболее близкими оказались МСАЗ из браков с вторично открытой и с перманентно закрытой семейной системами. Нельзя игнорировать и тот факт, что проживание в браке со сверхзаботящейся и обесценивающей супругой (закрытые типы супружества) поддерживает эти показатели на чуть более высоком уровне, чем в случае с ПОСС.

Отметим, что с момента окончательного формирования вторично открытой семейной системы у МСАЗ не наблюдается заметного увеличения количества суицидальных паттернов поведения.

Предикторы суицидального поведения и несуйцидальные аутоагрессивные феномены у МСАЗ из браков с ВОСС (приведены пары сравнений с $p < 0,05$), в %

Признак	МСАЗ из браков с ВОСС	МСАЗ из браков с ПОСС	МСАЗ из браков с ПЗСС
Навязчивое переживание чувства стыда до брака	30,77	–	9,09
Склонность к затяжным депрессивным реакциям до брака	38,46	–	16,88
Наличие травматической патологии до брака	65,38	26,32	38,96
Переживание чувства безысходности до брака	23,08	0	–
Наличие опасного хобби до брака	38,46	–	12,99
Склонность к неоправданному риску до брака	53,85	21,05	27,27
«Братание» или нанесение самоповреждений до брака	30,77	–	0
Подверженность физическому насилию до брака	26,92	–	10,53
Употребление наркотических средств до брака	30,77	–	5,26
Наличие комплекса неполноценности до брака	23,08	0	–
Уверенность в долгой последующей жизни	19,23	47,37	55,84
Физические наказания родителями в детстве	84,62	36,84	50,65

Примечание: «-» - означает отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре.

В таблице 1 приведены ряд предикторов саморазрушающего поведения, характеризующих рассматриваемую группу.

Обращает на себя внимание то, что МСАЗ из браков с ВОСС имеют большее количество достоверных отличий от двух других групп по представленности у них предикторов суицидального поведения и несуйцидальных аутоагрессивных феноменов в период «до брака».

Другими словами, данная группа МСАЗ имеет наиболее неблагоприятный аутоагрес-

сивный добрачный анамнез, являющийся ее характерным клиническим маркером. Кроме того, данную группу от остальных достоверно отличает отсутствие убежденности в своей долгой последующей жизни («долго жить не буду, будущего не вижу»). Возникновение данного феномена у 38,46% МСАЗ по времени совпало с периодом возникшей вторичной открытости, когда супруга перестала являться нивелирующим буфером и прекратила «спасать» мужа.

Таблица 2

Наркологические характеристики МСАЗ из браков с вторично открытой семейной системой

Признак	МСАЗ из браков с ВОСС	МСАЗ из браков с ПОСС	МСАЗ из браков с ПЗСС
Высокопрогредиентное течение заболевания	*26,92%	*0%	31,17%
Среднепрогредиентное течение заболевания	*69,23%	*26,6%	55,84%
Низкопрогредиентное течение заболевания	*3,85%	*73,4%	12,99%
Толерантность (литры, в пересчёте на водку)	*1,1±0,4	*0,7±0,3	1,2±0,4
Возраст возникновения похмельного синдрома	*29,2±4,2	*34,7±2,3	27,3±3,9
Употребление суррогатов алкоголя в анамнезе	*61,54%	*20,0%	54,55%
Наличие амнестических форм опьянения	*73,08%	*16,6%	63,64%
Длительность ремиссии после лечения (в месяцах)	* [#] 13,6±6,6	*37,5±12,9	[#] 23,3±9,4
Добровольное продление лечебной программы	* [#] 8,7%	*73,4%	[#] 23,73%
Ремиссия свыше пяти лет	*8,7%	*36,6%	5,08%

Примечание: знаками * и [#] – обозначены пары сравнений с $p < 0,05$.

Кроме того, МСАЗ из этой группы достоверно чаще в детстве подвергались физическим наказаниям со стороны родителей. Единственным психологическим маркером МСАЗ из браков с ВОСС, достоверно отличающим их от обеих остальных групп, служит склонность использовать реактивные образования как ведущий механизм психологической защиты ($p < 0,05$).

Пациенты из браков с ВОСС системой не склонны к выраженному внешне обвиняющему типу коппинговых реакций, достоверно характеризующих МСАЗ из браков с ПЗСС (23,08% и 55,84% соответственно, $p < 0,05$).

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с ВОСС

Характерные наркологические особенности пациентов из изучаемой группы отражены в таблице 2.

С одной стороны, группа имеет значительно количество достоверных отличий от МСАЗ

из браков с ПОСС, явно не в пользу изучаемых респондентов. С другой стороны, наркологические спецификации этой группы в целом похожи на таковые у МСАЗ из браков с ПЗСС. Однако имеются существенные терапевтические особенности группы, делающие ее весьма необычной. Это наименьшая продолжительность ремиссий после проведенного нами лечения и частое начало употребления алкоголя на фоне терапевтической программы. Большое количество срывов сроком до шести месяцев, преобладающие выборы коротких сроков лечения (год). В процессе психотерапевтической работы пациенты из данной группы с большим трудом контрактировались на длительные сроки лечения и испытывали сложности с построением трезвеннической перспективы.

Любопытно, что именно пациенты этой группы достоверно чаще других воспользовались процедурой «раскодирования» – 56,52%.

Таблица 3

Автоагрессивная, личностно-созависимая и экспериментально-психологическая характеристики жен МСАЗ из браков с ВОСС

Признак	Жены МСАЗ из браков с ВОСС	Жены МСАЗ из браков с ПОСС	Жены МСАЗ из браков с ПЗСС
Автоагрессивные паттерны поведения и их предикторы			
Наличие суицидальной попытки вообще в анамнезе	*11,54%	0%	15,58%
Наличие суицидальной попытки в последние два года	0%	0%	4,8%
Суицидальные мысли вообще в анамнезе	*38,46%	0%	25,97%
Суицидальные мысли в последние два года	*15,38%	0%	23,2%
Моменты безысходности в анамнезе	*69,23%	*16,6%	62,34%
Одиночество	*#69,23%	*3,3%	#35,06%
Табакокурение	*#50,0%	*6,7%	#28,57%
Личностно-созависимые характеристики			
Держу неприятности «в себе»	*#36,52%	*16,6%	#57,14%
Насилие со стороны мужа	*23,08%	0%	32,47%
Продолжаю активно спасать мужа от зависимости	*#40,0%	*3,3%	#85,71%
Убежденность в том, что муж «пропадёт» без нее	*#23,08%	*10,0%	#49,35%
Сокрытие алкогольных проблем мужа	#7,69%	6,66%	#72,73%
Создание иллюзии хорошей семьи	#15,38%	10,0%	#89,61%
Экспериментально-психологические характеристики			
Выражение гнева вовне (STAXI)	5,8±2,4*#	4,0±1,7*	4,8±1,8#

Примечания: * и # - означает достоверные отличия в соответствующей паре; курсивом выделены показатели аналогичные таковым у жён из неалкогольных браков.

Данный факт особенно интересен и потому, что основная масса «снятий кода» перед выпивкой или сразу после неё чаще встретилась в период уже сформированной вторично открытой семейной системы, когда супружеская «спасающая лонжа» больше не действовала, и ответственность за свою жизнь была полностью делегирована самому пациенту.

Так, при, в целом, недлительных терапевтических ремиссиях и частых ранних срывах у МСАЗ этой группы процент «опасных» выпивок, без снятия терапевтической программы, был меньшим, чем у пациентов из браков с ПЗСС (где МСАЗ, в случае срыва, полностью «передавал» заботу о себе спасающей супруге).

Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с ВОСС

По признакам, характеризующим суицидальную и несуйцидальную аутоагрессивность, данная группа напоминает жён МСАЗ, проживающих в браках с ПЗСС, что отражено в таблице 3.

При сходстве аутоагрессивного профиля с жёнами МСАЗ из семей с ПЗСС (при сравнении показателей за весь период анамнеза), имеются существенные различия в представленности определённых видов аутоагрессивного поведения в период, ограниченных двумя последними годами жизни, что во всех наших наблюдениях приходилось на период вторичной открытости семейных границ. Это касается заметного снижения количества суицидальных попыток и соответствующих идеаций. Кроме того, эта же тенденция относится к ряду предикторов саморазрушающего поведения и личностно-психологических характеристик респондентов. Так же отметим частоту переживания одиночества при фактическом наличии семьи (69,23% и 35,06% соответственно, $p < 0,05$), что вполне понятно и объяснимо. Для этих женщин достаточно показательно сохранения брака «де-юре» из-за внешних причин, например, рентности (19,23% и 3,09% соответственно, $p < 0,05$). В браках с ПЗСС, например, ведущим мотивом сохранения брака служила убежденность, что «муж пропадёт без супруги».

Характерно, что единственным экспериментально-психологическим отличием между группами является высокая склонность первых к выражению гнева (как особенность темпера-

мента), при достаточно низкой склонности переживать вину и испытывать угрызения совести, что хорошо согласуется с клинической особенностью группы – прямо высказывать свое недовольство алкоголизмом мужа как ему самому, так и окружающим.

Суицидальное поведение в подобных браках женщины связывают с разочарованием в семейной жизни, «не нормативностью» семейных отношений, вынужденными формами супружества, различными внешними обстоятельствами.

В качестве иллюстрации брака с ВОСС предложим вашему вниманию следующий клинический пример.

Пациент Н., 47 лет, строитель-отделочник. Наблюдается амбулаторно с мая 2008 по настоящее время. Диагноз: Алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем.

Анамнестические сведения: отец, дед, брат больного страдали алкогольной зависимостью. Брат Н. два раза пытался покончить с собой, умер в 29 лет (замёрз на остановке). Раннее развитие без особенностей, второй ребёнок в семье из двух, рос шумным, «всегда был заводилой», учился посредственно. В армии не служил «по зрению». Окончил техникум, по специальности не работал, получил водительские права и стал работать водителем. С 2002 года (41 год) сменил специальность «из-за водки» (фактически был уволен за управление автомобилем в нетрезвом виде), стал работать в бригадах по отделке квартир, неоднократно менял коллективы из-за пристрастия к спиртному. Женится в 24 года на однокласснице, с которой встречался со школы. Первые четыре года брака практически не пил. Брак единственный, от брака есть дочь.

Наркологический и суицидологический анамнез: Н. алкогольные напитки попробовал в школе, в техникуме периодически «выпивал», но нерегулярно. Одним из требований будущей супруги перед вступлением в брак был полный отказ Н. от спиртного. После заключения брака в течение четырёх лет употреблял алкоголь только по праздникам. С 28-29 лет стал употреблять спиртные напитки гораздо чаще, что вызывало открытое недовольство супруги. С 33 лет возникли первые запои после «дня шофёра (пятница)» до вечера воскресения, с опохмелением. Абстинентный синдром с выраженными сомато-неврологическим и психиче-

ским компонентами, опохмеление обязательно. Толерантность достигала 1,5 литров водки. Суррогаты алкоголя не употреблял. Каких-либо суицидальных, либо иных аутоагрессивных тенденций в этот период не отмечал. К 39 годам запои стали продолжительностью до 10-14 дней, сильно худел, толерантность до двух литров водки, светлые промежутки сократились максимально до 30 дней. Через год был уволен с работы за управление автомобилем в нетрезвом состоянии, год был без работы, затем устроился плиточником в строительную бригаду. Неоднократно менял трудовой коллектив, так как «пьющий работник никому не нужен», фактически все заработанное тратил на приобретение алкогольных напитков. Приблизительно с 40 лет у пациента стали периодически возникать мысли о самоубийстве (всегда на фоне похмелья – на 4-5 день, сопровождающиеся угрызениями совести по поводу того, что не оправдал ожиданий дочери и собственной матери, стал как отец и брат). С 43 лет оформилась клиника III стадии заболевания, стал пить циклическими запоями, светлые промежутки до 2,5-3 месяцев, толерантность снизилась до одного литра водки. Стал употреблять различные суррогаты спиртного. В этом же возрасте, после выхода из запоя, пытался повеситься на собственном ремне, спасла мать. Лечился у нарколога восемь раз (шесть раз «кодировался», два – «подшивался») максимальная терапевтическая ремиссия до четырёх месяцев, в среднем – 2,5-3. Ни разу «не раскодировался», так как «собственной смерти не боялся ни когда». В 2008 году впервые самостоятельно обратился за наркологической помощью. Предложено совместное с женой участие в терапии. Успешно прошёл курс лечения, ремиссия более пяти лет. Жена Н. длительное время посещала психотерапевтическую группу для созависимых супругов.

Л., супруга Н., по профессии повар-кондитер. Анамнестические сведения и суицидологический анамнез: Отец злоупотреблял алкоголем. Мать характеризует как безвольную, зависящую от настроения и состояния отца. Отец часто нетрезвый бил мать и ребёнка. В детстве очень боялась гнева отца. Росла скрытной, необщительной. Школу закончила «на три», после девятого класса закончила техникум и стала работать по специальности. В 23 года встретила Н., с которым встречалась два года и впоследствии вышла за него замуж. До

брака будущий муж в компании выпивал обычно больше всех, выступал инициатором застолий, этот факт был хорошо известен Л. Перед браком она ему поставила ультиматум: либо спиртное, либо она. После брака муж действительно на протяжении четырёх лет выдерживался от приёма алкогольных напитков. Затем Л. стала замечать, что муж стал выпивать гораздо чаще, однако на протяжении последующих пяти лет (до возникновения похмельного синдрома и первых запоев) старалась не замечать пьянства мужа, надеясь, что «он одумается». Скрывала выпивки мужа от родственников и друзей, «прикрывала» его на работе. Осознав, что муж «алкоголик» ещё сильнее стала создавать видимость семейного благополучия. Как могла, скрывала алкоголизм мужа (мать больного узнала, что сын имеет проблему с алкоголем к 43-летию сына). Когда запои стали продолжительными брала больничные для супруга, скрывала эти периоды от соседей, покупала спиртное сама. Несмотря на пьяные выходки и дебоши мужа, постоянные его «валяния» на улице и в подъезде, была убеждена, что этого никто не замечает, что все считают ее мужа «порядочным и непьющим». Несколько раз находила его спящим в сугробе, сильно избитым. Многократно ночевала с дочерью у соседей, когда муж был пьяным и проявлял физическую агрессию против них. Стала часто болеть (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки, стенокардия, фибромиома матки, диффузная мастопатия), два раза ломала правую голень. Отмечала частые эпизоды сниженного настроения, порою с ощущением безнадежности. В 37 лет начала курить до пачки в день (ранее никогда не курила). Много раз думала о разводе, но останавливала мысль о том, что без неё муж «совсем сопьётся, погибнет». Много свободного времени посвящала поискам новых способов лечения супруга. В период перехода клинической картины алкогольной зависимости у мужа в III стадию (что ознаменовалось для неё появившимися истинными запоями по месяцу и более, резкой социальной деградацией) поняла, что больше так жить не может, тогда же отмечает единственный момент в жизни, когда жить по-настоящему не хотелось, но про самоубийство в серьёз не думала. Обратилась за помощью к священнослужителю в православной церкви (впервые). После разговора с ним, стала больше времени уделять вопросам веры,

почувствовала облегчение, стала часто посещать церковь. В этот же момент дочь выходит замуж и переезжает к мужу. В возрасте 44 лет «поняла бесполезность заботы о человеке, который в этой помощи не нуждается». Перестала скрывать и решать алкогольные проблемы мужа, рассказала о них матери пациента – «сняла камень с души». Трижды за это время, в моменты, когда муж проявлял агрессию против неё или дочери, вызывала сотрудников правоохранительных органов (что раньше для неё было абсолютно неприемлемо). Не стала больше брать «ответственность за порок мужа на себя», «просто жила с ним в одной квартире». Выяснила, что даже в состоянии сильного алкогольного опьянения тот доходит до дома без неё. К суицидальной попытке мужа отнеслась относительно спокойно – «каждый сам решает, как ему жить, его дело», «моих сил контролировать его, как маленького ребёнка, больше нет». Через год дочь с мужем купили отдельную квартиру, родился внук, большую часть времени Л. проводила у них, сидя с внуком. На пьянство мужа не обращала внимания, на «колкие замечания» соседей не реагировала: «Это его дело, хочет и пьёт». С мужем, когда тот был трезвый, старалась поддерживать равные отношения, вместе занимались внуком, когда Н. входил в запой, просто уходила из дома. Инициатором последнего обращения мужа за наркологической помощью впервые не являлась, но положительно и с пониманием отнеслась к этой идее. С удовольствием откликнулась на просьбу врача о необходимости

их совместного посещения терапевтических сеансов. Принимала активное участие в психотерапевтическом лечении мужа, параллельно занималась по программе коррекции созависимости.

Катамнез: муж ведёт трезвый образ жизни, нашёл постоянную работу, много времени уделяет воспитанию внука. Л. отмечает заметную нормализацию семейных отношений, хотя до этого ей казалось, что ничего общего у них нет и не будет (впервые два года подряд вместе ездили отдыхать на море).

Динамика клинического наблюдения отражена на рисунке 1.

Отметим, что частым завершением описываемой динамики является распад брака, либо его сохранение «де-юре». Многие из обследованных нами разведённых женщин, бывших супруг МСАЗ, прекратили брачные отношения именно в этот период, чаще по собственной инициативе – 77,4%.

Характерно, что 83,3% из них негативно относились к перспективе возобновления брачных отношений в будущем, связывая это с имеющимся негативным опытом и страхом его повторения.

Время формирования финального этапа обычно не превышало семи-девяти лет супружеской жизни (более 95% наблюдений).

Заключение и выводы.

Таким образом, выделение рассматриваемого варианта брака МСАЗ, диктуется клинической реальностью и подтверждается данными клинико-психологического исследования.



Рис. 1. Графическое отображение динамики брачных отношений с вторично открытой семейной системой.

Можно утверждать, что рассматриваемая типология браков МСАЗ позволяет по новому взглянуть на динамику семейных отношений, что имеет принципиальное значение для построения высокоэффективных, дифференцированных терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках.

В контексте браков МСАЗ с ВОСС можно утверждать, что феномен созависимости, как его понимает большинство исследователей, в подобных семьях отсутствует. Обнаруживаемая семейная динамика не имеет общепризнанной стадийности. В данном случае, скорее приходится говорить о реактивном характере нарушений, обнаруживаемых у женщин на этапе инициальной закрытости, часто принимаемой за проявление классического созависимого поведения. Было обнаружено, что после возникновения этапа вторичной открытости, данные «псевдосозависимые» паттерны исчезали самостоятельно. В ряде случаев, так же заметно снижалась и общая аутоагрессивность женщин.

Можно утверждать, что семейные отношения при наличии ВОСС являются неконгруэнтными для супругов, что в конечном итоге приводит к возникновению финальной открытости.

Диагностика данного варианта в семьях МСАЗ, позволяет более дифференцированно строить программу антиалкогольного лечения, с учётом текущей супружеской позиции.

Терапия в данном случае должна проводиться в несколько этапов. На первом этапе лечение сконцентрировано больше на самом зависимом от алкоголя мужчине. Однако при возможности, следует использовать и «супружеский» ресурс на уровне контракта «на невмешательства» и поддержку. Контракт на коррекцию резидуальных явлений состояния «инициальной созависимости» заключается по желанию супруги. Возможность осуществления этапа «возобновления супружеских отношений на новом уровне» предлагается недирективным образом и может осуществляться, по желанию супругов, отсрочено, во время поддерживающих встреч с ними.

Литература:

1. Бохан Т.Г., Пешковская А.Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34-40.

2. Кущёв Д.В., Кущёва Н.С. Особенности индивидуально-личностных свойств больных с алкогольной зависимостью // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 3. – С. 30-31.
3. Ласый Е.В., Новодворская М.В., Евсегнеев Р.А. Анализ предсмертных записок и протоколов расследования по факту суицида: связь факта употребления алкоголя и анамнеза злоупотребления алкоголем с триггерами и мотивами суицида // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22, № 4. – С. 57-62.
4. Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В. Особенности и противоречия в ценностных ориентациях больных алкоголизмом // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 42-43.
5. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
6. Овчинникова И.В., Приленский Б.Ю. Некоторые особенности эмоционально-поведенческих реакций и условий формирования личностных особенностей жен больных алкоголизмом // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 1-2. – С. 57-58.
7. Уманский М.С., Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. – № 5. – С. 56-58.
8. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47, № 1. – P. 78-81.

SUICIDAL AND NARCOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPOUSES IN FAMILIES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE, WITH SECONDARILY FROM-COVERED FAMILY SYSTEM

A. V. Merinov

Ryazan State Medical University, Russia

The article studied suicidologist, substance abuse and experimentally-psychological specifications spouses from families where the husband suffers from alcohol addiction, formed and functioning in the framework of the model with secondary open family system. It is shown that spouses in such marriages in respect to these characteristics do not fit in the average characteristics of married men suffering from alcohol dependence, and their wives. In this work assessed the representation of self-destructive patterns, product-monsterbone suicidal, substance abuse and experimentally-psychological uniqueness of the characteristics of the spouses. It is crucial to conduct differentiated preventional work, a probabilistic evaluation of the potential autoaggressive responses in the dependent-codependent dyad and implementation of effective and highly individualised therapeutic interventions

Keywords: autoaggressive; alcoholism; types of families of patient's dependent of alcohol; marriages with primary open family system.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ РИСКОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ¹

А.К. Суровцева, Е.Д. Счастный

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН, г. Томск, Россия

Контактная информация:

Суровцева Альфира Касимовна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: психолог отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: surov1964@sibmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Представлены результаты исследования субъективной оценки качества жизни больных расстройствами и ее динамики в ходе психофармакологического лечения. Группа исследования включала в себя 44 женщины (61%) и 28 мужчин (39%) со средним возрастом $39,0 \pm 1,7$ (M \pm m) лет. Исследование проводилось при помощи шкалы социальной адаптации, шкалы депрессии Бека и шкалы тревоги Шихана. Проведенное антидепрессивное лечение и образовательная психотерапия на 28 день показали значительное улучшение изучаемых характеристик, хотя средние показатели не достигли границ нормы. В 47,2% было отмечено восстановление уровня социального функционирования до нормативных значений.

Ключевые слова: аффективное расстройство, качество жизни, социальная адаптация депрессивных больных.

Сегодня показатели уровня социального функционирования и качества жизни пациентов рассматриваются в медицине как итоговые, позволяющие оценить результаты терапевтического вмешательства на уровень социального восстановления и психологического комфорта [1].

Многочисленные исследования показывают, что психические расстройства даже субклинического уровня вызывают значительное ухудшение всех параметров качества жизни. Их показатели хуже, чем у пациентов с общемедицинскими заболеваниями и взаимосвязаны с этнокультуральными и возрастными характеристиками [2-4]. Обнаружено также, что каждое психическое заболевание характеризуется специфическими нарушениями определенных параметров качества жизни – при тревожных расстройствах больше всего страдают социальная активность и ухудшается психическое здоровье, при соматоформных расстройствах нарушается ролевая активность и общее восприятие собственного здоровья, при расстройствах пищевого поведения нарушается соци-

альная активность. При аффективных расстройствах происходит ухудшение всех параметров качества жизни. Данные о том, что аффективные расстройства, и особенно депрессия, ухудшают качество жизни в большей степени, чем другие психические заболевания приводят и другие исследователи качества жизни [5, 6, 10-12]. В то же время проблема качества жизни психически больных, в том числе больных аффективными расстройствами, остается на сегодняшний день малоизученной. Представляется, что изучение влияния депрессивных расстройств на качество жизни пациентов через их субъективную оценку удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности, социальным функционированием является актуальной и важной проблемой для клинической практики.

Цель исследования: выявление особенностей субъективной оценки качества жизни депрессивных больных во взаимосвязи с нозологической структурой и тяжестью депрессивного расстройства, социально - демографическими характеристиками.

¹Исследование поддержано грантом РГНФ № 14-06-00113 «Влияние культуры на субъективное переживание депрессии и экспрессию ее признаков (на примере представителей народов Сибири)».

Материалы и методы.

Обследовано 72 пациента отделения аффективных состояний клиники НИИПЗ СО РАМН (г. Томск). Все больные имели верифицированный диагноз одного из следующих аффективных расстройств: депрессивный эпизод (ДЭ), рекуррентная депрессия, текущий депрессивный эпизод (РДР), биполярное расстройство настроения, текущий депрессивный эпизод (БАР), депрессивная реакция (ДР). Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 врачом-психиатром. По степени тяжести заболевания группы разделялись на легкую, умеренную, тяжелую без психотических симптомов, тяжелую с психотическими симптомами. Выборка формировалась путем рандомизированного отбора из госпитализированных в клинику больных депрессией.

Предметом исследования было соотношение и взаимосвязь параметров, определяющих качество жизни и социальное функционирование с уровнем выраженности депрессии, тревоги, динамики этих показателей в ходе психофармакологического лечения.

Все больные были обследованы до и через 28 дней психофармакологического лечения. Изучалось влияние депрессивных расстройств на субъективную оценку качества жизни, уровень социального функционирования, динамика этих параметров в процессе лечения, в зависимости от диагноза и степени выраженности депрессивных симптомов в ходе проводимой терапии.

Учитывались демографические характеристики обследованных: возрастной, половой состав, образовательный уровень, трудовой и социальный статус.

Сформированная группа включала в себя 72 человека из них 44 женщины (61,1%) и 28 мужчин (38,9%). Средний возраст – 39,0±1,7 лет.

Среди них доля пациентов: с депрессивным эпизодом (ДЭ) составила 38,9% (n=28), рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) – 31,9% (n=23), биполярным аффективным расстройством (БАР) – 5,6% (n=4), депрессивной реакцией – 23,6% (n=17).

Исследование проводилось при помощи комплекса валидизированных и стандартизированных психометрических методик. Основным инструментом, использованным в работе, была шкала социальной адаптации (SASS) [14]. Опросник SASS позволяет оценить особенно-

сти социального функционирования и качество жизни больных депрессивными расстройствами в следующих сферах жизнедеятельности: удовлетворенность работой, досуговой деятельностью, общением в семье и за пределами семьи. Кроме этих характеристик выявляются: наличие когнитивных нарушений, наличие интереса к общественной и культурной деятельности, чувство контроля своей жизни и окружения, способность контролировать финансовые расходы, интерес к своей внешности.

Для определения степени тяжести депрессивной симптоматики использовалась шкала депрессии Бека [13]. Для оценки уровня тревоги – шкала тревоги Шихана [15].

Результаты и их обсуждение.

Анализ полученных данных при помощи этого опросника, заполненного в день поступления (первое заполнение) до начала фармакологического лечения, позволил выделить три группы пациентов (табл. 1).

Таблица 1
Распределение депрессивных пациентов в зависимости от уровня социального функционирования

Группа	Кол-во	
	n	%
Группа I (до 21 балла по SASS)	14	19,5
Группа II (22-35 баллов по SASS)	45	62,5
Группа III (36-55 баллов по шкале SASS)	13	18,0
Всего:	72	100,0

Наиболее многочисленной оказалась группа больных с затрудненным социальным функционированием и неудовлетворительным качеством жизни 62,5%, группы больных с выраженным снижением социального функционирования и качества жизни и больных с нормальным социальным функционированием и удовлетворительным качеством жизни были практически одинаковы – 18,0% и 19,5% соответственно. Средний показатель по шкале SASS составил 28,0±1,1 баллов.

При оценке тяжести депрессии по шкале Бека у подавляющего большинства опрошенных – 90,3% (n=65) – были обнаружены депрессивные симптомы, достигающие до уровня клинического нарушения (20-24 балла), из них у 77,8% человек (n=56) уровень депрессии, требующий антидепрессивного лечения

(больше 25 баллов). У 8,3% больных (n=6) показатель депрессии был на уровне субнормы (15-19 баллов), у одного пациента на уровне нормы (меньше 14 баллов). Средний показатель составил $30,0 \pm 1,1$ (при норме до 14 и субнорме до 19 баллов).

Сходная картина наблюдалась при оценке тревоги (шкала Шихана). У 86,1% человек (n=62) наблюдались симптомы тревоги клинического уровня выраженности (выше 31 балла), из них у 30,5% (n=22) очень высокий уровень тревоги (выше 80 баллов), что подтверждает представление о том, что тревога часто отмечается при депрессивных расстройствах. У 7 человек отмечался уровень субнормы (21-30 баллов), у 3 (4,2%) – уровень нормы. Следует отметить, что в выборку не включались пациенты, которым был выставлен диагноз тревожного расстройства. Среднее значение по шкале Шихана, заполненной в день поступления, было $67,0 \pm 4,1$ баллов (при норме до 20 баллов и субнорме 30 баллов).

Корреляционный анализ по Пирсону показал статистически достоверную взаимосвязь нарушения социального функционирования и качества жизни (SASS) с уровнем выраженности депрессии ($r=-60$; $p<0,05$) и тревоги ($r=-34$; $p<0,05$), оцененными при помощи шкал Бека и Шихана.

Количественный и качественный анализ I группы пациентов с выраженным снижением социального функционирования и качества жизни (социально разочарованных по определению авторов шкалы SASS) показал, что она состояла из 8 мужчин (57,1%) в возрасте от 18 до 51 года и 6 женщин (42,9%), в возрасте от 46 до 79 лет. Средний балл в этой группе по SASS составил $17,0 \pm 0,5$; по шкале Бека – $34,0 \pm 0,8$; по шкале Шихана – $71,40 \pm 3,37$. Данные отражают выраженное снижение социального функционирования, неудовлетворенность всеми аспектами жизнедеятельности, высокий уровень депрессии и тревоги, высокий риск суицидального поведения.

Все пациенты данной группы, и мужчины, и женщины, имели диагнозы РДР, текущий ДЭ или однократный ДЭ. По тяжести заболевания отмечались тяжелая и умеренная степени выраженности заболевания. Тяжелая степень заболевания отмечалась только у мужчин. Причем молодые мужчины (n=3) этой группы в возрасте от 18 до 22 лет имели депрессивные расстройства (РДР и ДЭ) умеренной степени

выраженности, а мужчины зрелого возраста (n=5) от 32 до 51 года – РДР, текущий ДЭ, тяжелой степени выраженности. У женщин этой группы были верифицированы однократный ДЭ (n=3) и РДР, текущий ДЭ (n=3), умеренной степени тяжести.

Вторая группа (больные с затрудненным социальным функционированием и неудовлетворительным качеством жизни) была наиболее многочисленной, в нее вошли 14 мужчин и 31 женщина всех возрастных групп.

Средний балл в этой группе по SASS составил $28,0 \pm 0,11$; по шкале Бека – $31,0 \pm 0,78$; по шкале Шихана – $70,72 \pm 3,29$. Сравнение с показателями I группы показало, что степень выраженности депрессии, тревоги, снижения социального функционирования и качества жизни в данной группе меньше по шкальным баллам, но, тем не менее, достигает патологического уровня. Риск суицидального поведения в данной группе был умеренным.

Во второй группе было больше лиц с однократным ДЭ – 21 человек (46,7%), 10 (22,2%) пациентов были с РДР, текущим ДЭ, 10 (22,2%) – с депрессивной реакцией, 4 человека (8,9%) – с БАР. По тяжести заболевания у мужчин преобладали депрессивные расстройства умеренной степени выраженности, у двоих были кратковременные депрессивные реакции (легкая степень выраженности депрессивных симптомов). У женщин также преобладали депрессивные расстройства умеренной степени выраженности. У 6 женщин была тяжелая форма депрессивных расстройств, из них у 2 с психотическими симптомами. Здесь были также представлены все возрастные и социальные группы.

Третья группа пациентов (с удовлетворительным социальным функционированием и удовлетворительным качеством жизни) составила 13 человек, из них 6 мужчин (46,2%) и 7 женщин (53,8%); по возрасту: мужчины от 19 до 57, женщины от 25 до 49 лет.

Средний балл в этой группе по SASS составил $41,33 \pm 0,56$; по шкале Бека – $24,2 \pm 0,7$; по шкале Шихана – $48,33 \pm 3,72$. В данной группе, несмотря на выраженность депрессивных и тревожных симптомов до клинического уровня, пациенты сохраняли хорошее социальное функционирование и качество жизни, минимальный риск суицидального поведения.

В этой группе численно преобладали больные с депрессивной реакцией – 9 (69,2%).

С текущим депрессивным эпизодом было 3 (23,1%), с однократным ДЭ – 1 пациентка (7,7%). Почти все мужчины этой группы, за исключением одного, имели диагноз кратковременная депрессивная реакция (легкая степень выраженности депрессивных симптомов), у женщин депрессивные расстройства имели умеренную или легкую степень тяжести.

Сравнительный анализ социально - демографических характеристик выделенных групп больных с разным уровнем нарушения качества жизни и социального функционирования показал, что во всех группах преобладали пациенты с высшим образованием, работники бюджетной сферы, женатые (замужние) и холостые. Статистический анализ межгрупповых различий по выделенным социально - демографическим признакам, через кросстабуляцию и статистический расчет значимости различий с помощью критерия согласия χ^2 Пирсона, также показал отсутствие статистически значимой связи между выделенными социально-демографическими признаками и оценкой своего качества жизни депрессивными больными. Межгрупповые различия больных с разной степенью нарушения социального функционирования и качества жизни были следующими: по уровню образования – $\chi^2=15,93$, $df=16$, $p=0,46$; по социальному положению – $\chi^2=12,63$, $df=16$, $p=0,70$; по семейному положению $\chi^2=4,75$, $df=6$, $p=0,58$.

Полученные данные могут свидетельствовать о существовании возможной связи данных социальных факторов с депрессивными расстройствами, но уровень социального функционирования и качество жизни от них не зависят. Предположив, что данные социальные факторы могут быть связаны с депрессией, мы проверили статистическую значимость взаимосвязи уровня депрессии, оценённых шкалой Бека, через кросстабуляцию и статистический расчет значимости различий, с помощью критерия согласия χ^2 . Статистический анализ (χ^2 – статистика) выявил достоверную связь между выраженностью депрессивных симптомов, оценённых шкалой Бека, и социальным статусом ($\chi^2=72,50$; $df=24$; $p=0,0001$). Частотный анализ, через кросстабуляцию выявил сопряженность депрессивных симптомов с принадлежностью к следующим социальным группам: работники бюджетной сферы – 34,7% ($n=25$) и студенты – 20,8% ($n=15$). Эти группы традиционно относятся к категории населения с отно-

сительно невысокими доходами. Возможно, низкий уровень доходов увеличивает тяжесть проблем, связанных с необходимостью выживания, и является причиной хронического стресса, особенно в сочетании с недостатком теплых взаимоотношений в семье, слабой сетью социальных связей, одиночеством. В совокупности они могут выступать факторами уязвимости, повышающими риск заболевания депрессией, а также приводить к социальному разочарованию и неудовлетворенности жизнью.

Сравнение больных с разной степенью неудовлетворенности жизнью и разным уровнем социального функционирования по возрасту иллюстрирует положение о том, что существует взаимосвязь не только между депрессией и возрастом. С возрастом депрессивные расстройства приводят к более выраженному снижению социального функционирования и качества жизни. Возрастная динамика больных с разной степенью снижения социального функционирования и качества жизни показывает связь молодого возраста с большей удовлетворенностью жизнью. Исключение составляют мужчины из I группы («социально разочарованных»). Первый депрессивный эпизод, с ранним началом дезадаптирует больных, даже при умеренной выраженности депрессивных симптомов увеличивает риск суицидального поведения. По данным некоторых исследователей более ранний возраст к началу заболевания связан с большей генетической отягощенностью и прогностически более неблагоприятен [7-9]. Другие исследователи отмечают, что существует разница в возрасте к началу заболевания между мужчинами и женщинами – мужчины заболевают до 40 лет, а женщины после 40 лет. Более поздний возраст начала депрессивного расстройства часто увязывается с тенденцией к хронификации.

Сравнение групп по нозологии показывает преобладание в I группе больных с РДР, текущим ДЭ, во II группе больных с однократным ДЭ, в III группе больных с депрессивной реакцией.

Распределение больных по уровню социального функционирования и разной степени удовлетворенности жизнью в зависимости от тяжести заболевания показала несовпадение клинической оценки с субъективной оценкой тяжести своего состояния самими пациентами (по шкале Бека). Также отмечено, что тяжесть

заболевания влияет на снижение социального функционирования и качества жизни сильнее у мужчин зрелого возраста, но не у женщин. Возможно, это связано с тем, что мужчины тяжелее переживают утрату дееспособности, чем женщины.

На следующем этапе с помощью корреляционного анализа по К. Пирсону были выделены наиболее неудовлетворенные сферы жизнедеятельности у депрессивных пациентов. Была изучена взаимосвязь между выраженностью депрессивных и тревожных симптомов, оцененных клиническими шкалами Бека и Шихана (балльная оценка), с оценкой удовлетворенности отдельными сферами своей жизни (балльная оценка по отдельным пунктам SASS).

Корреляционный анализ по К. Пирсону показал, что наиболее неудовлетворенной сферой жизни в данной выборке оказалась сфера досуга. Уровень удовлетворенности досугом был связан обратно пропорционально с уровнем депрессии (по шкале Бека): $r=-0,46$ ($p<0,05$) и уровнем тревоги (по шкале Шихана): $r=-0,30$ ($p<0,05$). Неудовлетворенность ощущением отсутствия чувства контроля собственной жизни и способности влиять на окружение также связано с депрессией: $r=-0,46$ ($p<0,05$). С депрессией были связаны: утрата чувства удовольствия от работы ($r=-0,41$; $p<0,05$); снижение интереса к работе ($r=-0,28$; $p<0,05$); снижение коммуникативной активности ($r=-0,38$; $p<0,05$); сужение круга общения за пределами семьи ($r=-0,36$; $p<0,05$); негативная оценка своих отношений с другими людьми ($r=-0,34$; $p<0,05$). Нарушение социальных связей при депрессии нередко приводит к ощущению изолированности от окружающего мира и переживается как отвержение. Полученные индексы корреляции чувства «отвергнутости» или «исключенности» из своего круга с депрессией ($r=-0,33$; $p<0,05$) и ощущения, что люди не часто ищут общения с респондентами ($r=-0,31$; $p<0,05$), отражает их взаимосвязанность. Депрессия влияет также на: снижение поисковой активности и интереса к различной информации, культурной, технической, научной и т.п. ($r=-0,35$; $p<0,05$); неудовлетворенность качеством свободного времени ($r=-0,32$; $p<0,05$); снижение способности распоряжаться своими доходами и средствами ($r=-0,31$; $p<0,05$), затруднение в выражении своего мнения ($r=-0,30$; $p<0,05$).

Тревога была связана с нарушением социальных связей: сужением круга общения ($r=-$

$0,48$; $p<0,05$), при оценке социальных отношений как очень важных для себя ($r=-0,43$; $p<0,05$), коммуникативной пассивностью ($r=-0,37$; $p<0,05$) и неудовлетворительной оценке имеющихся отношений ($r=-0,28$; $p<0,05$). Также тревога была связана со снижением интереса к работе ($r=-0,30$; $p<0,05$) и досуговой деятельности ($r=-0,30$; $p<0,05$).

Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) позволил выделить те области жизнедеятельности, нарушения которых наиболее тесно связаны с выраженностью депрессии и тревоги. Отсутствие чувства контроля своей жизни, способности организовывать свое окружение согласно своим потребностям и желаниям (по SASS) было связано с тяжестью депрессии (по шкале Бека) $F=3,66$ ($p=0,02$). Неудовлетворенность своим досугом – $F=2,94$ ($p=0,04$). С тревогой (по шкале Шихана) были связаны: неудовлетворенность качеством свободного времени ($F=3,85$; $p=0,01$), отношениями вне семьи ($F=5,37$; $p=0,003$), важность отношений с другими ($F=2,97$; $p=0,04$).

Таким образом, при поступлении в стационар, до начала фармакологического лечения, 81,9% больных депрессивными расстройствами высказывали неудовлетворенность качеством своей жизни и социального функционирования. Субъективная оценка неудовлетворительного качества жизни положительно коррелировала с субъективной оценкой тяжести депрессии и тревоги. Наиболее неудовлетворенными были сферы досуга, социальных отношений за пределами семьи, высказывалась неудовлетворенность утратой чувства контроля своей жизни, ощущением неспособности организовывать свое окружение согласно своим потребностям и желаниям. Отмечалось снижение интереса к окружающему, утрата чувства удовольствия от работы и общения.

Все пациенты, вошедшие в выборку, получали антидепрессивное лечение, с ними проводилась образовательная психотерапия.

Таблица 2
Сравнительные показатели в группе депрессивных пациентов на фоне комплексной терапии

Показатель	M±m
Шкала социальной адаптации	33,0±1,0
Шкала Бека	24,0±1,1
Шкала Шихана	44,0±3,6

Повторное заполнение шкал на 28 день показало изменение изучаемых характеристик в сторону значительного улучшения, хотя средние показатели не достигли границ нормы (табл. 2).

Средний балл по SASS составил $33,0 \pm 1,0$; по шкале Бека – $24,0 \pm 1,1$; по шкале Шихана – $44,0 \pm 3,6$ баллов. Усреднение показателей отражает устойчивую тенденцию к положительным изменениям. Следует отметить, что в 47,2% было отмечено восстановление уровня социального функционирования до нормативных значений. Все эти случаи сопровождались уменьшением симптомов депрессии по шкале Бека и тревоги по шкале Шихана. Они высказывали бо́льшую удовлетворенность жизнью. У остальных 52,8% пациентов сохранялась неудовлетворенность жизнью и затрудненное социальное функционирование, они подтверждали сохранение клинических симптомов депрессии во время беседы, также сохранялись высокие баллы по шкалам Бека и Шихана.

Литература:

1. Куприянова И.Е. Клинико-патогенетические аспекты невротических состояний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2002. – 49 с.
2. Розин А.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д., Репин А.Н. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2010. – Том 25, № 3-1. – С. 29-33.
3. Розин А.И., Счастный Е.Д., Гарганеева Н.П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117-120.
4. Семке В.Я., Богомаз С.А., Бохан Т.Г. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 94-98.
5. Лебедева Е.В. Клиническая типология и терапия депрессивных расстройств у пациентов, перенесших инфаркт миокарда: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 14.00.18 – «Психиатрия». – Томск. – 2001. – 27 с.
6. Симуткин Г.Г. Клинико-конституциональные и хронобиологические закономерности при сезонных аффективных расстройствах: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Томск. – 2002. – 50 с.
7. Корнетов Н.А., Счастный Е.Д., Корнетов А.Н. Эффективность терапии депрессивных расстройств циталопрамом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 132-134.
8. Счастный Е.Д. Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 43 с.
9. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Невидимова Т.И., Лебедева Е.В., Попова Н.М., Шахурова Н.И., Розин А.И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23-33.
10. Счастный Е.Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63-68.
11. Счастный Е.Д., Зражевская И.А. Применение инновационного антидепрессанта вальдоксана (агомелатин) при лечении пациента с быстротечным течением биполярного аффективного расстройства (клинический случай) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 22-25.
12. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression // Archives of general psychiatry. – 1961. – № 4. – P. 556-571.
13. Bosc M., Dubini A., Polin V. The social adaptation self-evaluation scale (SASS) // European neuropsychopharmacology. – 1997. – Suppl. 1. – № 7. – S. 57-70.
14. Sheehan D.V. The sheehan patient rated anxiety scale // Journal of clinical psychiatry. – 1999. – Vol. 60. – P. 63-64.

FEATURES OF SELF-REPORTED OF LIFE OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS UNDER DIFFERENT RISK FOR SUICIDAL BEHAVIOR

A.K. Surovtseva, E. D. Schastnyy

FSBI «Mental Health Research Institute» SB RAMSci, Tomsk, Russia

The results of investigation of self-reported quality of life of patients with affective disorders and its dynamic in the course of psychopharmacological treatment have been presented. The investigated group included 44 women (61%) and 28 men (39%) whose mean age was $39,0 \pm 1,7$ years. The investigation was carried out with use of Social Adjustment Scale, Beck Depression Inventory and Sheehan Anxiety Rating Scale. Antidepressant treatment and educative psychotherapy by day 28 show significant improvement of characteristics studied although mean indices did not reach borders of norm. Rehabilitation of the level of social functioning up to standard values was revealed in 47% of cases.

Keywords: affective disorder, quality of life, social adaptation of depressive patients.

МОТИВЫ И ФАКТОРЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО БАРЬЕРА У МУЖЧИН, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ В УСЛОВИЯХ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

П.В. Кузнецов

ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Кузнецов Павел Владимирович – врач-психиатр ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: 625530 Тюменский р-н, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 50-70-99, e-mail: k-p-v79@gambler.ru

Обследованы 100 мужчин после совершения суицидальной попытки в условиях следственного изолятора (средний возраст – $39,5 \pm 1,7$ лет). Показано, что ведущие мотивы суицидального поведения в этой группе формируются преимущественно в структуре депрессивных переживаний, и большинстве случаев обусловлены ситуацией привлечения к уголовной ответственности и условиями заключения под стражу. Вследствие высокой психо-социальной дезадаптации у 61,0% обследуемых наблюдается деструкция естественных факторов антисуицидального барьера. Определённую значимость в ситуации заключения сохраняют лишь религиозные представления (23,0%) и семья (16,0%). Автором делается вывод о том, что в целях снижения суицидальной готовности и профилактики самоубийств среди данного контингента целесообразно проведение коррекционной работы, направленной, помимо собственно депрессивных переживаний, на системное восстановление и/или актуализацию факторов антисуицидального барьера с приоритетом на категории: референтная группа, семья, религия и др.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, мотивы, факторы антисуицидального барьера, пенитенциарная система, следственно-арестованные, мужчины.

В последние годы в России отмечается устойчивая тенденция снижения уровня преступности и числа заключенных, что, несомненно, является отражением улучшения социально-экономической ситуации в стране в целом. Несмотря на это количество лиц, пребывающих в условиях социальной изоляции, остается значительным. Среди них традиционно преобладают мужчины (соотношение мужчин и женщин – 5,5 : 1), в возрастных категориях 18-24 и 30-49 лет [17].

Заключение под стражу относится к одним из наиболее тяжелых психотравмирующих факторов, определяющих развитие у многих людей различных психофизиологических реакций, оцениваемых как «пенитенциарный стресс» [18, 20]. Наиболее травматичным считается период содержания в следственном изоляторе, когда происходит ломка привычного жизненного стереотипа, образа жизни, крушение планов. У многих подследственных в этот период наблюдаются признаки угнетённости, подавленности, безнадежности, обречённости, тоски по дому, родным и близким, чувство вины перед ними, неверие в свои силы, в том числе в возможность снова обрести прежний

статус. Это нередко ведет к аффективным реакциям с возбуждением, напряженным отношением к окружающим, раздражительностью, нетерпимостью, повышенной ранимостью, обидчивостью и завышенной реактивностью. Расширяется спектр возможных конфликтных ситуаций [13, 15, 22]. Особенно уязвимы в отношении неблагоприятных воздействий в условиях изоляции лица с психической патологией, частота которых значительно превышает среднепопуляционные [1, 3, 18].

Одним из результатов действия пенитенциарного стресса у лиц, лишенных свободы, является повышение частоты развития агрессивного поведения, направленного как во вне (как правило, на окружающих, в том числе сотрудников исправительного учреждения), так и на себя, крайним проявлением которого является самоубийство [3, 4, 21].

Несмотря на комплексные меры профилактики, проводимые в последние годы, отмечается рост числа самоубийств в системе ФСИН. В расчете на 100000 подозреваемых, обвиняемых, осужденных уровень суицидов в 2009 г. составил 49, в 2010 г. – 56, в 2011 г. – 52, в 2012 г. – 66 [Цит. по 5], что значительно

превышает показатель в среднем по стране в аналогичные периоды.

Уровень суицидальной смертности является важным демографическим индикатором, однако для разработки дифференцированной профилактической работы важны и другие показатели, отражающие суицидальную активность контингентов: частота самоповреждений, суицидальных попыток и др., данные о которых в доступной литературе неоднозначны. Так, по наблюдениям В.Л. Дресвянникова и А.И. Простякова [7], у лиц с верифицированным нарушением адаптации, находящихся в судебной или судебно-медицинской ситуации, агрессивные проявления регистрируются в 53,1%, а суицидальные тенденции – в 40,6% случаев. В исследованиях А.М. Сысоева [20] показано, что частота самоповреждений в исследуемом контингенте может достигать 19%. Зарубежные авторы [25] приводят более высокие показатели – до 37%.

По оценкам М.Г. Кузнецовой и Е.Н. Фоменко [12] в следственных изоляторах УФСИН России по г. Москве в 2009 г. в общей структуре деструктивных форм поведения заключенных под стражу ($n=175$) преобладали членовредительства и самоповреждения (68,0%). Значительно реже регистрировались отказы от приема пищи и голодовки (11,4%), групповые конфликты с сокамерниками (8,6%). Доля суицидальных попыток составила 6,9%, завершенных суицидов – 5,1%.

При анализе этих данных обращает внимание довольно низкий процент суицидальных попыток и их соотношение к числу завершенных суицидов (в общей популяции – от 8 до 15 к 1). Вполне логично допустить, что такая статистика связана с достаточно тонкой гранью между отдельными формами деструктивного поведения и отнесением суицидальных действий к категории членовредительства и самоповреждений. Это указывает на необходимость комплексной дифференциальной диагностики, и, в частности, более глубокого анализа мотивов и конечной цели аутоагрессивного поведения, так как выделение группы потенциально суицидоопасного контингента и привлечение целенаправленных мер профилактики может снизить показатели суицидальной летальности.

Основными пенитенциарными причинами аутоагрессивной активности лиц, содержащихся под стражей, являются: конфликт с представителями администрации исправительного

учреждения (реакция на законные требования, факты притеснения); конфликт с другими осужденными (физическое, психическое насилие, принуждение к вступлению в гомосексуальную связь, долги), приобретение авторитета в глазах других подсудимых (осужденных), раскаяние в содеянном, отсутствие жизненной перспективы после отбывания наказания, несогласие с приговором суда [6, 11, 19].

Помимо этого к ведущим предикторам самоповреждающего поведения относят депрессию и чувство безнадежности. В частности, S. Brown [24] показано, что заключенные с более высокой степенью одиночества проявляют более высокий уровень депрессии, безнадежности и индикаторов суицидального поведения, что в целом согласуется с данными других авторов [3, 14, 16, 23].

С другой стороны, для сохранения адекватного уровня адаптации к стрессовым пенитенциарным факторам, а так же способности противостоять их просуицидальному влиянию, необходима сохранность целого ряда психосоциальных категорий, среди которых важное место традиционно занимают личностные, духовные ценности, семья, близкие и др. [2, 8].

Таким образом, несмотря на имеющиеся исследования в этой области, изучение суицидальной активности заключенных является важной медико-социальной задачей, требующей анализа самых различных аспектов этой проблемы. Одним из таких направлений является анализ мотивов и факторов антисуицидального барьера исследуемого контингента.

Цель исследования: оценка мотивов и факторов антисуицидального барьера у мужчин, совершивших суицидальную попытку в условиях следственного изолятора.

Материалы и методы.

Основную группу исследования составили 100 следственно-арестованных мужчин, совершивших суицидальную попытку. Возраст обследуемых – от 14 до 65 лет (средний – $39,5 \pm 1,7$ лет). Все мужчины в постсуицидальном периоде наблюдались в медицинской части СИЗО.

Включение в основную группу исследования проводилось при отнесении регистрируемых аутоагрессивных действий к покушениям на самоубийство. Оценивался характер, мотивы действий, наличие внешних признаков – вербальные проявления, суицидальные угрозы, шантаж и др. После анализа всего комплекса

данных исключались случаи, квалифицируемые нами как самоповреждение с неопределёнными намерениями («на спор», игра в карты и др.).

Группа сравнения включала 100 мужчин общей популяции, совершивших суицидальную попытку, в период проведения исследования не находящихся под стражей / следствием и не привлекаемых ранее к уголовной ответственности. Мужчины этой группы после совершенной суицидальной попытки наблюдались в амбулаторно-поликлиническом отделении и Центре суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница».

Группа сравнения подбиралась с учетом критериев сопоставимости с основной группой исследования по полу, возрасту и виду суицидальных действий (попытка).

Методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, статистические.

Результаты и их обсуждение.

Оценка реализованных покушений на самоубийство показала, что ведущим способом в обеих группах являлись самопорезы (табл. 1).

Таблица 1
Способы суицидальных попыток мужчин исследуемых групп

Способ суицидальной попытки	Основная группа		Группа сравнения	
	п	%	п	%
Самопорезы, в том числе проникающие ранения	60	60,0	54	54,0
Проглатывание инородных тел	27	*27,0	1	1,0
Самоповешение	13	13,0	10	10,0
Самоотравление	--	--	23	23,0
Падение с высоты	--	--	9	9,0
Самострел	--	--	3	3,0
Итого:	100	100,0	100	100,0

Примечание: *различия достоверно значимы ($p < 0,05$)

Частота повреждений целостности кожных покровов с суицидальной целью среди заключённых под стражу составила 60,0%. Из них в 43 случаях подследственные для нанесения поверхностных самопорезов использовали лезвие бритвы («мойку»), реже, проволоку ($n=6$) или осколки стекла ($n=4$). При этом раны локализовались не только на предплечьях, локтевых сгибах, но и наблюдались в области шеи

($n=13$), реже – грудной клетки, живота ($n=8$). В 9 случаях повреждения включали две и более зон тела. У семи человек причинённые раны носили более глубокий, проникающий характер. С помощью «заточки» из ложки, вилки или гвоздя, в одном случае острым предметом, изготовленным из хлеба, обожжённым определённым образом, что сделало его твёрдым, как камень, заключенные наносили повреждения в области грудной клетки или живота.

В группе сравнения доля мужчин, сделавших выбор в пользу самопорезов, была так же высока – 54,0% ($n=54$). Однако в отличие от заключённых под стражу большинство использовали нож ($n=32$). В остальных случаях выбор останавливался на других колюще-режущих, преимущественно металлических предметах (лезвие бритвы, шило, стамеска, ручная пила и др.). В подавляющем большинстве случаев выбор средств суицидальной попытки этих лиц носил ситуационно обусловленный характер и определялся доступностью данного средства в настоящий момент.

На втором месте по частоте, регистрируемый у 27,0% заключённых, был приём с суицидальной целью инородных тел внутрь. В группе сравнения такой вариант носил скорее казуистический характер, и был отмечен у одного исследуемого. В структуре принимаемых внутрь инородных тел заключёнными преобладало заглатывание шурупов-саморезов ($n=12$) и сапожных гвоздей ($n=8$). В двух случаях сочетание гвоздей и «скруток» из проволоки. Среди других инородных тел, принятых внутрь с суицидальной целью, были металлическая производственная стружка ($n=3$), осколки стекла лампочки накаливания ($n=1$) и мелкие кусочки лезвия бритвы ($n=1$).

Анализ этих случаев свидетельствовал о том, что заключенные достаточно тщательно готовили попытку, сохраняли использованные лезвия, накапливали шурупы и гвозди, надпиливая их. Шурупы предварительно выворачивались из строительного материала или стен помещений. Гвозди чаще добывались из обуви.

На третьем месте по частоте были попытки самоповешения, регистрируемые у 13,0% подследственных и 10,0% мужчин группы сравнения. При этом, если последние для реализации суицида во всех случаях использовали бытовую веревку, то лица заключенные под стражу выбирали подручные средства: скрученный жгут из обрывков постельного белья ($n=8$),

ремень (n=3) или шнурки от обуви (n=2). Выбор такого способа суицида, не всегда характеризовался шантажностью. Семи мужчинам основной группы и шести группы сравнения спасти жизнь помогла вовремя оказанная помощь.

Другие способы суицидальных действий регистрировались лишь в группе сравнения: попытка самоотравления – 23,0%, падение с высоты – 9,0%, самострел – 3,0%. В основной группе подобных видов попыток не отмечалось.

Таким образом, результаты исследования показали, что среди заключённых под стражу, ведущими способами покушений на суицид являются самопорезы и проглатывание инородных тел. Такие предпочтения в большинстве случаев можно объяснить условиями режимного учреждения, а так же характером суицидальной активности – достоверным ($P < 0,05$) преобладанием среди следственно-арестованных шантажных форм суицидальной активности – 71,0% (группа сравнения – 53,0%).

В ходе исследования было установлено, что суицидальное поведение у следственно-арестованных мужчин формировалось преимущественно на фоне депрессивных расстройств, синдромальная структура которых была представлена тревожно-депрессивным (50,0%), астено-депрессивным (11,0%) и апато-депрессивным (5,0%) симптомокомплексами. В 19,0% случаев суицидальная активность проявлялась на фоне истерических нарушений.

Квалификация психических нарушений в соответствии МКБ-10, коморбидных с психическими расстройствами показала, что у большей части исследуемых обеих групп (основная – 41,0%; сравнения – 57,0%) регистрировались расстройства адаптации (F43). Для подавляющего большинства следственно-арестованных потенцирующим стрессовым фактором, безусловно, являлось заключение под стражу.

Категория F32 – «Депрессивный эпизод» регистрировалась у 40,0% мужчин основной и 32,0% группы сравнения. При этом у большинства следственно-арестованных формирование психических нарушений на первых этапах определялось психогенными факторами, связанными с ситуацией заключения под стражу, условиями содержания. Однако в отличие от расстройств адаптации (F43), где факторы пенитенциарного стресса обычно составляли ос-

нову переживаний обследуемых практически на всем протяжении пребывания в СИЗО, при депрессивном эпизоде характер представлений претерпевал изменения. Значимость внешних психогенных факторов постепенно уходила на второй план, замещаясь идеями о смысле жизни, наказания. Имеющаяся у многих вначале тревожная симптоматика постепенно регрессировала, оставляя место собственно депрессивным симптомам. Клинически регистрировалось снижение интересов, усиление утомляемости, истощаемость, нарастание ангедонии. Нередко эти заключенные указывали на навязчивые представления о своём пребывании в колонии, утрате здоровья. О том, что по выходу из колонии будут никому не нужны: «... жизнь пройдет мимо ...».

Данные оценки психического состояния и целенаправленного опроса показали, что признаки так называемого «пенитенциарного стресса» присутствовали у всех заключенных. И именно условия ограничения свободы в большинстве случаев выступали в качестве просуицидальных факторов. Основными среди мотивов были названы: участие в судебно-следственных действиях (75,0%); ломка жизненного стереотипа (60,0%); конфликты между обвиняемыми в условиях вынужденной скученности в камере (41,0%); ожидание наказания и страх перед ним (33,0%); представления о бесцельности дальнейшего существования (30,0%); утрата надежды на изменение к лучшему (19,0%) и др.

Проведенный анализ так же показал, что актуальность мотивов у следственно-арестованных может определяться сроками пребывания в СИЗО. Можно было выделить основные временные интервалы, в которых доминируют те или иные мотивы. Так в период до двух месяцев большинство мотивов суицидальной активности были обусловлены преимущественно участием в судебно-следственных действиях и собственно-депрессивными переживаниями, связанных с ограничением свободы. В сроки от двух до шести месяцев преобладали конфликты с другими обвиняемыми и недостаток информации от близких. Через 6 месяцев после пребывания в СИЗО повышалась роль ожидания наказания, защита своих прав и связанные с ними депрессивные переживания. В основной группе исследования в период до двух месяцев суицидальные попытки совершили 52,0% мужчин, с 2 до 6 ме-

сяцев – 27,0%, после 6 месяцев пребывания в СИЗО – 21,0%. Средний период в целом по группе составил $2,8 \pm 0,4$ месяца.

К просуицидальным факторам можно отнести и тяжесть криминальных действий, за которые обследуемые привлекаются к уголовной ответственности, и ожидаемые длительные сроки наказаний. Так, за совершение особо тяжких преступлений (ст. 105, ст. 111, ст. 162, ст. 132 УК РФ), было привлечено – 68,0% подследственных; средней тяжести (ст. 161, ст. 318, ст. 117, ст. 228 УК РФ) – 18,0%, и за менее тяжкие (ст. 158, ст. 116, ст. 166, ст. 119 УК РФ) – лишь 14%. Из особо тяжких – за убийство (ст. 105 УК РФ) был привлечен 31,0% обследуемых; 14,0% – за насильственные действия сексуального характера (ст. 131, ст. 132 УК РФ); 9,0% – нанесение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ) и разбойное нападение (ст. 162 УК РФ). Таким образом, среди мужчин, совершивших суицидальную попытку, доля привлекаемых по более тяжелым статьям Уголовного кодекса наиболее высока.

У мужчин группы сравнения структура ведущих мотивов значительно отличалась. Преобладали переживания психо-социального и депрессивного спектра: конфликты в семье (94,0%); чувство одиночества и ненужности (73,0%); утрата надежды на изменение к лучшему (41,0%); представления о бесцельности дальнейшего существования (32,0%) и др.

При сравнении обеих групп обращало внимание, что в среди ведущих мотивов следственно-арестованных достоверно реже ($p < 0,001$) указывалось чувство одиночества и ненужности лишь в 5,0% случаев, в то время, как у мужчин, находящихся на свободе, этот мотив преобладал – 73,0%. Такая на первый взгляд парадоксальная ситуация, вполне может быть объяснена следствием длительной и многокомпонентной психо-социальной дезадаптации, нарушением межличностных отношений с близкими, семьей, что в целом подтверждалось данными о дисгармоничности отношений и семейном положении, недостатке образования и др. у следственно-арестованных. В конечном итоге это могло привести к обесцениванию данного мотива в традиционном его понимании. Нередко у заключенных его может компенсировать формируемое в условиях пенитенциарной системы чувство принадлежности в определенной группе, масти и др.

Наблюдения за мужчинами так же показали, что отражением меньшей субъективной

значимости отношений, либо сознательно подавляемого желания общения с семьей и близкими, может служить наличие и объем переписки. Проведенный нами анализ показал, что в среднем в течение 1 месяца на 100 заключенных приходится $11,0 \pm 1,4$ писем близким, в то время как количество жалоб и требований, направленных ими в различные инстанции за тот же период было значительно больше – $28,0 \pm 3,7$. При этом близким в большинстве случаев писали лица с зависимыми и истерическими чертами личности. В вышестоящие инстанции направляли письма преимущественно мужчины с истерическими и эмоционально-неустойчивыми (возбудимыми) типами характера.

Отношения с близкими / семьей традиционно относятся к важным элементам психологической компенсации, в том числе ограничивающих суицидальную активность индивида, что позволяет их рассматривать в качестве ведущих факторов антисуицидального барьера [2, 8].

Проведенные исследования показали, что в острый постсуицидальный период 61,0% следственно-арестованных вообще отрицали наличие каких-либо сдерживающих факторов, в том числе страха смерти, негативное отношение к самоубийству в обществе и др. Лишь 23,0% указывали на роль религиозных представлений, а 16,0% – на значимость семьи и близких людей. Эти данные позволяют сделать вывод о выраженной деструкции естественных культурально обусловленных и психологически важных факторов антисуицидального барьера.

Обследование мужчин общей популяции выявило ещё большую частоту (74,0%) отрицания сдерживающих факторов, что может указывать на общий, и, вероятно, универсальный характер психологических процессов в остром постсуицидальном периоде. Обращал внимание, как и в группе следственно-арестованных, низкий показатель роли семьи и близких (14,0%), что согласовывалось с высоким удельным весом чувства одиночества и ненужности в структуре мотивов этих лиц. Эти данные подтверждали ведущую роль семейных факторов в суицидальной активности мужчин общей популяции.

Религиозные аспекты указывались в группе сравнения лишь в 5,0% случаев. Достоверно большая частота религиозных факторов (23,0%; $p < 0,01$) в группе следственно - арестованных, вероятно, так же отражает ситуацию

социальной изоляции, ограничения возможности общения. Религия в этих условиях может оказывать значительный адаптивный эффект, тем более, что во многих учреждениях пенитенциарной системы открыты комнаты для отправления религиозных культов и храмы, работа которых поддерживается руководством. Среди обследованных 16,0% мужчин указали, что обратились к религии впервые именно после заключения и совершения суицидальной попытки в СИЗО, то есть целенаправленно актуализировали данный психологически важный компенсаторный механизм.

Полученные в ходе исследования данные указывают возможные направления психологической коррекции и профилактики суицидального поведения как у следственно-арестованных, так и мужчин общей популяции, что в целом согласуется с данными литературы [5, 9, 10]. Принципиально важным, на наш взгляд, являлся принцип факторной направленности, который определяет качественные и количественные изменения психотерапевтической помощи – ориентация и работа с преимущественным воздействием на ведущие мишени двух основных групп: негативные (факторы стресса) и позитивные (факторы компенсации и антисуицидального барьера).

Выводы.

1. Ведущие мотивы суицидального поведения следственно-арестованных формируются преимущественно в структуре депрессивных переживаний и в большинстве случаев обусловлены ситуацией привлечения к уголовной ответственности и условиями заключения под стражу.

2. Вследствие высокой психо-социальной дезадаптации у 61,0% мужчин, совершивших суицидальную попытку в условиях следственного изолятора, наблюдается деструкция естественных факторов антисуицидального барьера. Определённую значимость в ситуации заключения сохраняют религиозные представления (23,0%) и семья (16,0%).

3. В целях снижения суицидальной готовности и профилактики самоубийств среди данного контингента целесообразно проведение коррекционной работы, направленной, помимо собственно депрессивных переживаний, на системное восстановление и/или актуализацию факторов антисуицидального барьера с приоритетом на категории: референтная группа, семья, религия и др.

Литература:

1. Ботти Д. Швейцария: две трети заключённых нуждаются в помощи психиатра // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2011. – № 11. – С. 33-35.
2. Вальздорф Е.В., Матвеева М.Г. Наличие семьи как сдерживающий фактор для возникновения правонарушений у суицидентов // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 14.
3. Вальздорф Е.В., Рожкова Н.Ю. Значимость использования экспериментально - психологических методов исследования для выявления личностных особенностей и приверженности подэкспертных к совершению аутоагрессивных актов // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 5-8.
4. Губенкова Е.В. Юрико-психологические аспекты аутоагрессивного поведения осужденных в исправительных учреждениях РФ // Вестник АГТУ. – 2011. – № 1 – С. 51.
5. Дебольский М.Г., Матвеева И.А. Суицидальное поведение осужденных, подозреваемых и обвиняемых в местах лишения свободы // Журнал «Психология и право». – 2013. – № 3. – С. 1-10. Код доступа: www.psyandlaw.ru / ISSN-online: 2222-5196
6. Диденко А.В., Аксенов М.М. Особенности динамики социального статуса осужденных с расстройствами личности в процессе отбывания уголовных наказаний в местах лишения свободы // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 7-8.
7. Дресвянников В.Л., Простяков А.И. Динамические и феноменологические особенности психогенно обусловленного реагирования // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2 (53). – С. 119-121.
8. Зотов П.Б. «Референтный человек» – в психотерапии суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 28-30.
9. Зотов П.Б., Уманский М.С. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психотерапии // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 3. – С. 160-161.
10. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11-12.
11. Кудрявцев И.А. Психологическое насилие и суицид // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 8-9.
12. Кузнецова М.Г., Фоменко Е.Н. Особенности психологического сопровождения подозреваемых и обвиняемых, содержащихся под стражей // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2012. – № 11. – С. 30-34.

13. Малкин Д.А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения. Методические рекомендации. – Москва, 2011. – 22 с.
14. Мидько А.А. Чувство безнадежности и личностная predisposition к суицидальному поведению // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 30-31.
15. Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальный аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 43 с.
16. Петушкова А.М. Аспекты психодиагностического прогнозирования аутоагрессивного поведения осужденных, подозреваемых, обвиняемых // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 32-33.
17. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. / Росстат. – Р76. – М., 2012. – С. 311-316.
18. Семке А.В., Диденко А.В., Аксенов М.М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико-динамические и социально-психологические параллели // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 72-77.
19. Спадерова Н.Н., Зотов П.Б. Суицидальное поведение у подэкспертного, обвиняемого в совершении развратных действий в отношении несовершеннолетних // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 2. – С. 109-111.
20. Сысоев А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. – Рязань, 2002. – 44 с.
21. Узлов Н.Д., Сайдали Е.А. От подавленной к аккумулятивной агрессии: как осужденные к пожизненному лишению свободы оценивают свою агрессивность // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 47-49.
22. Шабанов В.Б., Кашинский М.Ю. Организационно-правовые проблемы противодействия суицидальным и несуйцидальным аутоагрессивным проявлениям осужденных в местах лишения свободы // Вестник Воронежского института МВД России. – 2012 – № 3. – С. 17-24.
23. Blasko B.L., Jeglic E.L., Malkin S. Suicide risk assessment in jails // J. Forens. Psychol. Pract. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 67-76.
24. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. – 2008. – Vol. 47, № 4. – P. 433-449.
25. Caponetti T., Caponetti R., Fierro A. Autolesionismo e syndrome ansioso-depressiva in pazienti afferenti alla Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma // Clin. Ter. – 2010. – Vol. 161, № 2. – P. 139-141.

THE MOTIVES AND FACTORS ANTISUICIDAL BARRIER MEN WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPT IN THE PRETRIAL DETENTION CENTRE

P.V. Kuznetsov

Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

Surveyed 100 men after making suicidal attempts in the pretrial detention centre (mean age of 39,5±1,7 years). It is shown that the leading theme of suicidal behavior in this group are mainly formed in the structure of the depressive experiences, and most cases due to the situation of the criminal prosecution and imprisonment. Due to the high psycho-social maladjustment at 61,0% of subjects observed the destruction of natural factors antisuicidal barrier. Some importance in situations of imprisonment retain religion (23,0%) and family (16,0%). The author draws a conclusion about the need for remedial work, in addition to the depressive experiences on the system restore and/or update factors antisuicidal barrier with priority on categories: reference group, family, religion, etc.

Keywords: suicide, suicide attempt, motives, factors antisuicidal barrier, the prison system, men.

Список работ, опубликованных в журнале в 2014 году, № 1-3

Суицидология. – № 1.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б.
Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.</p> | <p>Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B.
Dynamics of suicide mortality in Russia: the Regional level</p> |
| <p>2. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктен-оол С.М.
Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 11-18.</p> | <p>Polozhy B.S., Kuular L.Y., Dukten-ool S.M.
Peculiarities of suicidal situation in the regions with ultrahigh suicide rate (on an example of The Republic of Tyva)</p> |
| <p>3. Емяшева Ж.В., Розанов В.А.
Некоторые позитивные события жизни могут быть ассоциированы с суицидальными проявлениями // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 18-24.</p> | <p>Emyasheva Zh.V., Rozanov V.A.
Some positive life events may be associated with suicidal manifestations</p> |
| <p>4. Меринов А.В., Сомкина О.Ю., Сафронова А.В., Коршунова Д.Р.
Аутоагрессивные и личностно-психологические характеристики женщин, ранее состоявших в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 25-30.</p> | <p>Merinov A.V., Somkina O.Y., Saphronova A.V., Korshunova D.R.
Aggressive and personal-psychological characteristics of women previously married men suffering from alcoholism</p> |
| <p>5. Васильев В.В., Ковалёв Ю.В., Имашева Э.Р.
Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 30-35.</p> | <p>Vasilyev V.V., Kovalev Y.V., Imasheva E.R.
Suicidal ideas in depressive syndrome</p> |
| <p>6. Вишневская О.А., Петрова Н.Н.
Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 35-41.</p> | <p>Vishnevskaya O.A., Petrova N.N.
Suicidal behavior in remission of schizophrenia</p> |
| <p>7. Руженков В.А., Руженкова В.В.
Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 41-51.</p> | <p>Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V.
Some aspects of terminology and classification of self-injurious behavior</p> |
| <p>8. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Тарасова О.А., Плюснина О.Б.
Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 51-56.</p> | <p>Sakharov A.V., Govorin N.V., Tarasova O.A., Plyusnina O.B.
Clinical and socio-psychological characteristics of students, committed a suicide attempts</p> |
| <p>9. Пулькин М.В.
Самосожжения старообрядцев: проблема лидерства // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 56-62.</p> | <p>Pulkin M.V.
Old believers self-immolation: a problem of leadership</p> |
| <p>10. Синова И.В.
Современный взгляд на детские суициды в Российской империи второй половины XIX – начала XX веков // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 63-72.</p> | <p>Sinova I.V.
Modern look at children's suicide in the Russian Empire second half XIX - early XX centuries</p> |

1. Пилягина Г.Я., Чумак С.А.
Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 3-19.
Pilyagina G.Ya., Chumak S.A.
Predictive factors of recurrence process of the self-destructive behaviour
2. Харитонов С.В., Чубина С.А., Рызова С.В., Соболев В.А., Кушнарев В.М.
Результаты клинических испытаний опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска» // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 20-25.
Kharitonov S.V., Chubina S.A., Ryzova S.V., Sobolev V.A., Kushnariov V.M.
Results from clinical trials questionnaire "Scales dynamic control of suicidal behavior"
3. Мидько А.А., Бирон Б.В., Розанов В.А.
Суицидальное поведение мужчин: уточнение роли безнадежности и депрессии методами структурного моделирования. Часть III. Межличностный стиль взаимодействия как медиатор связи гнева с риском тяжелых суицидальных попыток у мужчин, переживающих безнадежность // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 25-30.
Mid'ko A.A., Biron B.V., Rozanov V.A.
Suicidal behavior in males: evaluation of hopelessness and depression roles using structural equation modeling. Part III. Interpersonal style as a mediator between anger and severe suicide attempt risk in malesexperiencing hopelessness
4. Меринов А.В.
Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично-открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 31-38.
Merinov A.V.
Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with primarily from-covered family system
5. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В.
Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 38-42.
Razvodovsky Y.E., Dukorsky V.V.
Correlates of suicidal behavior of alcohol dependent males
6. Положий Б.С., Панченко Е.А., Посвянская А.Д., Фритлинский В.С.
Клинические и социокультурные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершивших покушение на самоубийство // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 42-47.
Polozhy B.S., Panchenko Ye.A., Posvyanskaya A.D., Fritlinsk V.S.
Clinical and socio-cultural characteristics of patients with depressive disorders who have committed suicide attempts
7. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П.
Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 47-54.
Demdoumi N.Yu., Denisov Yu.P.
Distribution of "The suicide content" in the cyberspace of the russian-speaking internet as the problem of multidisciplinary researches
8. Бокхан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А.
Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 55-59.
Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Schastnyy E.D., Korolev A.A.
Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior
9. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмелашвили В.В., Казанцева В.Н., Журавлева Т.В.
Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 60-69.
Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Khramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V.
Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample

10. Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н.
Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 69-78.

Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Repin A.N., Sergienko T.N.
Particularly disturbing, depressive disorders and suicidal behavior in patients of elderly and senile age with chronic CAD

Суицидология. – № 3.

1. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А.
Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 3-17.

Lyubov E.B., Kabizulov V.S., Tsuprun V.E., Chubina S.A.
Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function

2. Разводовский Ю.Е.
Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 18-27.

Razvodovsky Y.E.
Alcohol and suicide in countries of Eastern Europe

3. Меринов А.В., Лукашук А.В.
Жизнь после развода: суицидологические и наркологические показатели мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 28-32.

Merinov A.V., Lukashuk A.V.
Life after divorce: suicide and substance abuse indicators of men suffering from alcohol dependence

4. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И.
Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 33-41.

Rozanov V.A., Rakhimkulova A.V., Ukhanova A.I.
«Life has no meaning» feeling in adolescents – relation to suicidal ideation and attempts and mental health

5. Азарных Т.Д.
Суицидальные идеации и темперамент при посттравматических стрессах в юношеском возрасте // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 41-47.

Azarnykh T.D.
Suicidal ideation, temperamentum in posttraumatic stress at juvenile age

6. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г.
Влияние коморбидности аффективных и личностных расстройств на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода и суицидальное поведение // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 47-52.

Yakovleva A.L., Simutkin G.G.
The impact of comorbidity affective and personality disorders on the main clinical characteristics of the current depressive episode and suicidal behavior

7. Лазуткина А.Ю., Горбунов В.В., Говорин Н.В., Сахаров А.В.
Оценка прогностической значимости возрастного и психосоциального факторов риска для возникновения суицидов у работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 53-59.

Lazutkina A.Y., Gorbunov V.V., Govorin N.V., Sakharov A.V.
Evaluation of prognostic significance of age and psychosocial risk factors for the occurrence of suicides among workers of locomotive brigades of the Transbaikal railway

8. Шматова Ю.Е., Морев М.В., Любов Е.Б.
Экономическое бремя социально значимых болезней и девиантного поведения населения Вологодской области // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 59-64.

Shmatova J.E., Morev M.V., Lyubov E.B.
Economic burden social significant diseases and deviant behavior (at the region level)

9. Пулькин М.В.
Старообрядческие постройки для самоожжений (XVII–XVIII вв.) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 3. – С. 65-72.

Pulkin M.V.
Old Believers built for self-immolations (XVII-XVIII centuries)

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 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 (соглашается 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 пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. 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 ее 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