

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Ю.В. Ковалев, д.м.н. (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)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
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)
В.А. Солдаткин, д.м.н.
(Ростов-на-Дону)
С.М. Уманский, д.м.н., профессор
(Тюмень)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва

Свидетельство:
ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986

Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- В.А. Розанов*
Гены и суицидальное поведение 3
- Е.Б. Любов, В.Е. Цурпун*
Суицидальное поведение при шизофрении.
Часть I: Эпидемиология и факторы риска 15
- Н.Б. Семёнова*
Когнитивные факторы риска суицидального
поведения у коренных народов Севера 28
- А.В. Меринов, Е.А. Шитов, О.Ю. Сомкина*
Суицидологическая и клиническая
характеристика мужчин, страдающих
алкогольной зависимостью, жёны которых
имеют парасуицидальную активность 33
- В.И. Каневский*
Ситуация, надситуативность и парасуицид 36
- С.В. Харитонов*
Неспецифические феномены
суицидального поведения у больных
с личностными расстройствами 42
- Н.В. Говорин, А.В. Сахаров,
О.П. Ступина, О.А. Тарасова*
Эпидемиология самоубийств в Забайкальском
крае, организация кризисной помощи
населению 48
- П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин*
Суицидальные действия в г. Тюмени
и юге Тюменской области (Западная Сибирь):
динамика за 2007-2012 гг. 54
- С.И. Ворошилин*
Аддиктивное рисковое поведение
как проявление снижения инстинкта
самосохранения 61

Contents

<p><i>V.A. Rozanov</i> Genes and suicidality 3</p> <p><i>E.B. Lyubov, V.M. Tsuprun</i> Suicide and schizophrenia: rates and risk factors 15</p> <p><i>N.B. Semenova</i> Cognitive risk factors for suicidal behavior among indigenous peoples of the North 28</p> <p><i>A.V. Merinov, E.A. Shitov, O.Y. Somkina</i> Suicidal and clinical peculiarities of men with alcohol dependence, whose wives have parasuicidal activity 33</p> <p><i>V.I. Kanevsky</i> The situation, oversituation and parasuicide 36</p>	<p><i>S.V. Kharitonov</i> Non-specific phenomena of suicidal behavior in patients with personality disorders 42</p> <p><i>N.V. Govorin, A.V. Sakharov, O.P. Stupina, O.A. Tarasova</i> Epidemiology of suicide in Transbaikalian territory, organization of assistance to the population 48</p> <p><i>P.B. Zotov, E.V. Rodyashin</i> Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012 54</p> <p><i>S.I. Voroshilin</i> Addictive risk-taking behavioras reducing of the survival instinct 61</p>
---	--

Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (**РИНЦ**)
Открыта подписка на журнал «Суицидология» на второе полугодие 2013 года
Индекс подписки: **57986**
Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»
Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

Третья научно-практическая конференция с международным участием
«Суицидальное поведение: современный взгляд»

19 октября 2013 г., г. Тюмень

Оргкомитет: (3452) 73-27-45

Тезисы принимаются до 15 сентября 2013 г., высланные в адрес оргкомитета

на e-mail: sibir@sibtel.ru

Публикация тезисов – бесплатно

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

Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202

Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45, Факс: (3452) 54-07-07, e-mail: sibir@sibtel.ru

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru (раздел «Новости»), сайт медицинской психологии – www.medpsy.ru (раздел «Новости»)

Заказ № 35. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 14.03.13 г.

Распространяется по подписке.

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.

ГЕНЫ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

В.А. Розанов

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

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатольевич, д.м.н., профессор. Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования (ИИПО) Одесского национального университета им. И.И. Мечникова (ОНУ), г. Одесса, Украина. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Современные данные подтверждают, что родственники жертв суицида имеют повышенный риск, в этот риск вносят свой вклад как гены, так и общая среда. На первом уровне детерминации имеет значение носительство сочетания генов, предрасполагающего к определенным качествам (агрессия, депрессия, импульсивность, нейротизм, стресс-уязвимость). На втором уровне решающую роль играет характер ранних этапов развития, неблагоприятное протекание которых сопровождаются установлением стресс-зависимых эпигенетических меток в геноме и формированием «уязвимого фенотипа». На третьем, возможно, срабатывает поведенческая связь, приводящая индивидуума с повышенной стресс-реактивностью в повторяющиеся жизненные ситуации стресса (активная ковариация генов и среды), вследствие чего устанавливается стереотип реагирования и «приобретается» способность преодолевать страх боли и вероятной смерти. Генетические предрасположенности в семьях передаются вместе со средовыми рисками, что формирует цепь взаимосвязанных событий.

Ключевые слова: суицид, суицидальные попытки, гены, психо-социальная среда, взаимодействие генов и среды, эпигенетика

Один из популярных мифов о самоубийстве, широко растиражированных множеством печатных и электронных источников, гласит: суицид – явление наследуемое, из чего делается вывод о невозможности оказания помощи. Обычно вслед за этим следует развенчивание мифа, как правило, недостаточно обоснованное, типичный пример того, как простой фразой пытаются объяснить довольно сложное явление. В то же время, проблема «наследуемости» суицидальных проявлений сложна и не имеет простых объяснений.

Правильнее говорить не о наследуемости, а о вкладе генов в этот специфический для человека вид поведения. Именно так формулирует проблему психогенетика – популярная дисциплина и область исследований, посвященная изучению дифференциального вклада генов и среды в формирование человеческих качеств, черт и поведенческих паттернов [2, 24, 32, 41, 58]. С точки зрения психогенетики семейная история самоубийств может быть обусловлена общими генами, либо общей семейной средой, либо обоими этими факторами. При этом недостаточно оценить вклад генов и среды в суицидальность, очень важно понять роль взаимодействия генов и среды в формировании суицидального поведения. Если со времен творца психогенетики Ф. Гальтона вопрос ставился

как дихотомия («природа или воспитание», “nature or nurture”), то сейчас суицидология использует био-психо-социальный подход, рассматривая патогенез психических и поведенческих расстройств с точки зрения постоянного взаимодействия генетических, психологических и социальных факторов [21, 36, 40].

В данном обзоре мы поставили перед собой задачу обсудить современное состояние этой проблемы применительно к самоубийству на основе классических психогенетических взглядов и новых данных молекулярной генетики и эпигенетики, с учетом психологических моментов и социальных факторов.

Нейробиологические данные показывают, что в реализации суицидального (аутоагрессивного) поведения участвует ряд нейробиологических механизмов [29]. Основными объектами исследований являются серотонинергическая и моноаминергическая системы мозга, система ГАМК, нейротрофины и другие регуляторы клеточной структуры мозга, а также система нейрогуморальной регуляции, отвечающая за реагирование на стрессовые воздействия и адаптацию, иммунная система и некоторые общебиохимические механизмы, связанные с обменом холестерина и высших жирных кислот [3, 4]. Коль скоро существуют нейрхимические особенности мозга, приво-

дящие к актуализации аутоагрессии, должны существовать и генетические особенности, их определяющие.

С позиций классической психогенетики первое, на что обращают внимание – это наличие семейной истории суицидов. Суицидальность как поведенческий паттерн, без сомнения, имеет семейный характер [13, 14, 60]. Это обстоятельство замечено уже давно и подтверждено многими исследованиями. Лица, обращающиеся в центры суицидальной превенции и пациенты психиатрических лечебниц, госпитализированные по поводу суицидальных попыток, в ходе сбора анамнеза сообщают о семейной истории, как завершенных суицидов, так и парасуицидов [37, 43]. Пациенты психиатрических клиник, у которых имеется суицидальная история в семье, чаще совершают суицидальные попытки, чем такие же пациенты, но без суицидальной семейной истории, и наоборот, родственники пациентов, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, с большей частотой сами совершают попытки, чем родственники пациентов, никогда не имевших попытки в анамнезе [45]. Наличие семейной истории суицида значительно повышает риск суицидальных попыток и суицида у пациентов с различными проявлениями аффективных расстройств. Примерно 10% пациентов с депрессиями имеют историю суицида в семье [46]. При анализе различных исследований, посвященных семейным проявлениям суицидальности, авторы приходят к выводу, что в среднем риск самоубийства у родственников покончившего с собой примерно в 5 раз выше, чем представителей контрольной группы, относительный риск выше в случае завершеного суицида по сравнению с попыткой [9].

Однако в силу ограниченности семейного метода эти факты еще ничего не говорят о наличии биологического наследования суицидального поведения, поскольку обычно вместе с уменьшением доли общих генов у родственников разного уровня снижается и доля общей (разделенной) среды. Главные вопросы, которые возникают, заключаются в следующем:

1) имеем ли мы дело с реальной биологической или с поведенческой, социально-психологической наследуемостью, когда суицидальная история в семье снижает порог ответственного поведения, и

2) наследуется ли суицидальность как самостоятельный поведенческий паттерн, или на самом деле наследуется психопатология или

душевная болезнь, а суицидальность следует за ней как сопутствующее свойство, поскольку, как известно, наличие психического расстройства существенно повышает риск суицида.

Это обычные вопросы, которые стоят перед психогенетикой, но в аспекте суицидального поведения. Многие психодинамически ориентированные авторы утверждали, что семейная история самоубийства (семейная тайна, рассказ, нарратив) как проявление семейного бессознательного играет решающую роль в формировании суицидальных тенденций у следующих поколений [1]. Ряд исследований были направлены на выяснение этих вопросов.

Если полагать, что имеет место социально-психологическое наследование суицидальности, то можно было бы ожидать, что оно будет проявляться в большей степени на определенных стадиях жизненного цикла, например, в подростковом периоде или в ранней молодости, когда жизненные примеры старшего поколения оказывают наибольшее влияние на формирующиеся паттерны поведения. В одном из исследований среди 505 подростков, совершивших попытку суицида, было выявлено, что суициды в семье имели 8,3% суицидентов, в то время как в контрольной группе подростков, не совершавших попыток, суицид в семье прослеживался лишь в 1,1% случаев. Выявлено также, что среди тех, кто совершал более серьезные по медицинским последствиям попытки, семейная история суицида встречалась намного чаще [23]. Это можно было бы трактовать как свидетельство преимущественно психосоциального наследования. Однако есть целый ряд исследований, которые убедительно говорят о том, что семейная суицидальность проявляет себя в самых разных возрастах, в том числе в зрелом, пожилом или старческом возрасте. Так, из 100 взрослых жертв суицида родители шести также покончили жизнь самоубийством [22], из 109 лиц, совершивших попытку, у 11% имелась история суицидального поведения в семье [43]. Из 124 взрослых пациентов, поступивших в психиатрическое отделение госпиталя по поводу суицидальной попытки, 14% имели историю завершеного суицида в семье, 24% – историю суицидальных попыток и 6% – суицидальных угроз [38]. Среди лиц в возрасте 60 лет и старше, совершивших попытку суицида, 17% имели суицидальные попытки среди членов семьи [10].

Таким образом, семейная агрегация суицида проявляется во всех возрастах, на всех ста-

дях жизненного цикла. Эти исследования подтверждают, что семейный фактор имеет большое значение в суицидальном поведении, и косвенно свидетельствуют в пользу того, что в трансгенерационной передаче суицидального поведения имеется биологический, а не только социально-психологический компонент.

Во многих исследованиях подчеркивается, что семейная суицидальность часто сочетается с семейной историей психических заболеваний. Так, А. Роу провел масштабные наблюдения за более чем 11000 пациентами психиатрических клиник, сравнивалась группа из 5845 человек, среди которых в 4,2% случаев имелась семейная история суицида, с группой из 5602 пациентов, не имевших истории суицида в семье. Было показано, что наличие суицида среди биологических родителей первого и второго поколения повышает риск суицидальной попытки у их потомков при наличии различных психических расстройств (шизофрения, униполярная и биполярная депрессия, невротические состояния, расстройства личности, алкогольная зависимость). При этом более половины пациентов с семейной историей суицида имели диагноз аффективного расстройства [47].

Аналогичные выводы можно сделать на основании исследования, которое известно как Айова-500 [59]. В этой работе на протяжении 30-40 лет прослежена история жизни более чем 500 пациентов психиатрической клиники г. Айова, их родственников и потомков первого поколения. В качестве контроля использовалась группа пациентов хирургического профиля. В ходе многолетнего наблюдения было зарегистрировано в общей сложности 30 случаев суицида – 29 среди 525 наблюдаемых пациентов и 1 среди 160 человек контрольной группы. Было также показано, что наличие психического заболевания (особенно депрессии) сочетается с повышенным (примерно в 4 раза) риском суицида у детей пациентов при сравнении с детьми психически здоровых людей, среди прочих родственников пациентов суицид наблюдался в 3 раза чаще, чем в контрольной группе.

Таким образом, суицидальное поведение часто является сопутствующим проявлением психического расстройства. Однако аутоагрессия проявляется при разнообразных психических заболеваниях, что дает основание говорить о самостоятельном характере этого пове-

денческого проявления и, возможно, его независимом наследовании. Одним из широко цитируемых исследований, имеющих значение для понимания суицида как самостоятельно наследуемой формы поведения, является исследование старообрядческого сообщества Амиш в США. Исследование сообщества Амиш предоставило уникальную возможность проследить суицидальность на семейном уровне в контролируемых условиях. Сообщество Амиш (графство Ланкастер, юго-восток Пенсильвании) – это группа компактно проживающих старообрядцев, весьма гомогенных в этническом отношении, пацифистов, практически непьющих, отличающихся отсутствием всяких форм насилия и агрессии (в данном сообществе практически неизвестны случаи убийств за всю историю его существования). Сообщество связано прочными религиозными убеждениями, характеризуется высоким уровнем социального взаимодействия и взаимной поддержки, крайне редкими разводами и семейными проблемами, экономически очень благополучное (все они – зажиточные фермеры). Таким образом, в данном сообществе нет целого ряда факторов риска суицида (цит. по [47]).

Данное сообщество исследовано Egeland & Sussex в 80-х годах прошлого столетия. Неудивительно, что случаи суицида оказались достаточно редкими среди членов сообщества – за 100 лет удалось выявить всего 26 завершенных суицидов. Оказалось, что 24 из 26 жертв суицида имели в анамнезе аффективные расстройства, причем $\frac{3}{4}$ всех выявленных случаев суицида были зарегистрированы в 4-х семейных кланах, в которых также наблюдалась высокая частота аффективных расстройств. Важно то, что в данном сообществе были выявлены и другие семьи с примерно такой же частотой аффективных расстройств, но случаев суицида в этих семьях практически не было. Основным вывод, который был сделан на основании этих исследований, заключался в том, что наследование суицидального поведения имеет относительно самостоятельный характер и не связано напрямую с наследованием аффективных расстройств (цит. по [47]).

В последние годы в ряде лонгитудинальных исследований получено подтверждение тому, что суицидальность действительно наследуется самостоятельно [6, 16, 42]. На основании анализа обширной литературы веду-

щий в настоящее время специалист в данной области Густаво Турецкий (Gustavo Turecki) приходит к выводу, что наличие аффективных расстройств в семье является важным, но недостаточным фактором для самоубийства, большое значение имеют иные факторы, предрасполагающие к самоубийству (личностные черты, особенности темперамента, степень стрессуязвимости). В то же время, все эти факторы также обладают свойством семейной характеристики, зависящей от генов. Все эти качества, черты и патопсихологические характеристики являются полигенными признаками, зависящими от множества генов, каждый из которых в силу наличия аллелей может вносить как положительный, так и отрицательный вклад в усиление указанных характеристик [60].

Другим типом исследований, которые дают возможность более определенно судить о вкладе генов в склонность к суицидальному поведению, являются наблюдения за близнецами. Близнецовые исследования – весьма ценный прием психогенетики, поскольку при работе с близнецами известна доза идентичных генов, присущая каждому из них – у монозиготных (МЗБ) близнецов 100% общих генов, в то время как у дизиготных (ДЗБ) одинаковыми являются лишь 50% генов, как и у сиблингов. В случае с близнецами можно также рассчитывать на однотипность окружающей среды, особенно во время внутриутробного и раннего постнатального периода. На самом деле, все обстоит намного сложнее, поскольку даже у МЗБ могут возникать обусловленные внутриутробным развитием различия в ДНК, связанные с эпигенетическими трансформациями, а психо-социальная среда МЗБ и ДЗБ на разных стадиях становления личности не всегда унифицирована и оказывает неоднородное влияние. Тем не менее, можно считать, что если склонность к суициду передается генетически, конкордантность (совпадение признака) среди МЗБ должна быть выше, чем среди ДЗБ.

Исследования на близнецах по изучению вклада генов и среды в суицидальное поведение наиболее системно и на больших выборках проводил Алек Рой (Alek Roy). Им было показано, что действительно конкордантность суицидов среди МЗБ пар выше, чем среди ДЗБ. Так, в работе [48] было выявлено 176 близнецовых пар, в которых один из близнецов покончил жизнь самоубийством. В 9-ти парах из этого числа совершили суицид оба близнеца. Из этого числа 7 пар принадлежали МЗ парам

(всего монозиготных было 62) и только 2 пары – дизиготным (всего 114). Выявленная разница в конкордантности является очень убедительной – 7 из 62 против 2 из 114. Если объединить все известные на сегодняшний день исследования подобного рода, то различия становятся еще более явными – из 129 МЗБ пар самоубийства обоих близнецов выявлены в 17 случаях, а из 270 ДЗБ пар – в 2-х случаях [47]. Аналогичная ситуация имеет место в отношении суицидальных попыток. При изучении частоты суицидальных попыток среди 35 близнецов, сиблинги которых совершили суицид, было выявлено, что 10 из 26 оставшихся в живых МЗ близнецов совершали суицидальные попытки, в то время, как ни один из выживших ДЗ близнецов не предпринимал попытки самоубийства [49].

В ряде исследований авторы проследили семейную историю суицида у близнецов при условии контроля всех внешних факторов. Так, в работе D. Statham и соавт., были проведены телефонные интервью 5995 моно- и дизиготных близнецов с учетом ряда психологических, психиатрических и генетических факторов, а также истории суицидальности сиблинга-близнеца [55]. Авторы показали, что наличие суицидальных мыслей и попыток в течение жизни было достаточно стабильным в возрастных группах от 18 до 50 лет, а также среди мужчин и женщин. Суицидальные мысли и попытки в исследованной группе ассоциировались с депрессией, паническими расстройствами, социальной фобией у женщин, алкогольной зависимостью и поведенческими проблемами в детстве у мужчин. Травматические события жизни, особенно в детском и подростковом периоде, равно как и потеря социального статуса в зрелом возрасте, а также выраженность такой черты личности как нейротизм, имели тесную связь с суицидальностью. После статистического контроля всех перечисленных показателей, история суицидальных попыток и устойчивых суицидальных мыслей у сиблингов респондентов оставалась сильным предиктором суицидальности у монозиготных близнецов и не имела существенного значения у дизиготных. На основании проведенных исследований авторы пришли к выводу, что вклад генетических факторов в суицидальность составляет около 45% [55].

Многие психосоциально-ориентированные исследователи подчеркивают, что близнецовые исследования не учитывают в должной степени

психологических и межличностных факторов, присущих близнецам. Известно, что между монозиготными близнецами в процессе становления личности формируются особо тесные привязанности. Часто в детском возрасте близнецы идентифицируют себя со своим сиблингом, в их сознании их брат или сестра-близнец является неотрывной частью своего Я. Отсюда – повышенное чувство утраты, особое ощущение горя, присущее МЗ близнецам, потерявшим своего сиблинга. Чувство утраты, переживаемое МЗ близнецами, не имеет аналогов и может быть понято только такими же, как они [65]. Понятно, что такие психологические обстоятельства (т.н. близнецовая ситуация) могут сами по себе быть причиной высокой конкордантности суицида или парасуицида у близнецов, особенно монозиготных.

В одной из работ А. Роу исследован и этот аспект проблемы. В качестве гипотезы было взято предположение, что в случае, если смерть одного из близнецов наступила не вследствие суицида, а по какой-либо иной причине, то частота суицидальных попыток среди моно- и дизиготных близнецов не должна существенно различаться. Сравнивалась частота суицидальных попыток среди 166 монозиготных и 79 дизиготных близнецов, испытывающих глубокое чувство утраты в связи со смертью второго близнеца по причинам, не связанным с суицидом. Было показано, что в этом случае различия в частоте суицидальных попыток действительно оказались несущественными (1,8% среди монозиготных и 3,7% среди дизиготных близнецов) [51].

Весьма доказательными являются исследования, выполненные путем наблюдения за приемными детьми. Эти исследования были проведены в Дании R. Schulsinger и соавт. и P. Wender и соавт. во второй половине прошлого столетия. Сила доказательности таких исследований заключается в том, что дети, по тем или иным причинам оторванные от своих семей при рождении или в раннем детстве, несут генетический груз своих биологических родителей, в то время как все последующие события жизни происходят с ними в составе их новых семей. Авторы указанных исследований воспользовались реестром приемных детей в Копенгагене (5483 человека) за период с 1924 по 1947 гг. и особенностями законодательства Дании, согласно которому сведения об усыновлении не являются тайной. В данной когор-

те анализ причин смерти выявил, что 57 человек на момент исследования покончили жизнь самоубийством. К этой группе была подобрана контрольная группа из 57 приемных детей, соответствующая по возрасту, полу, социальному положению приемных родителей, а также по времени, которое они провели со своими биологическими родителями или в приютах до момента приема в новые семьи. Анализ причин смерти их биологических родственников выявил, что из 269 родственников 57 покончивших с собой принятых в новые семьи 12 также совершили суицид. В то же время, из 269 родственников контрольной группы только 2 покончили с собой. Ни у одного из 150 членов семей, которые взяли на воспитание лиц из обеих групп, истории суицида или суицидальных попыток не было [52].

Эти данные являются очень существенным свидетельством в пользу того, что гены вносят значительный вклад в суицидальное поведение. Важно также, что в данном исследовании у половины биологических суицидальных родственников приемных суицидентов не было выявлено случаев обращения или госпитализации по поводу психических заболеваний, обычно сопутствующих суицидальному поведению. Это позволило авторам высказаться в пользу самостоятельного генетического механизма, отвечающего за суицидальное поведение. Несколько другой подход использован P. Wender и соавт. при изучении истории жизни приемных детей, среди которых были отображены страдающие аффективными расстройствами. При сравнении со здоровым контролем (также из числа приемных), было выявлено, что частота суицида среди них существенно выше [64]. Исследования на приемных детях (adoption studies) считаются наиболее доказательными в психогенетике. В то же время, данные таких исследований в последнее время подвергаются критике, поскольку возникает вопрос о степени неблагоприятных эффектов, которые приемные дети могли испытать *in utero*. Это связано с осознанием программирующего эффекта раннего стресса, куда в широком плане относятся как стресс, переживаемый матерью, так и психо-социальные проблемы в постнатальном периоде и в раннем детстве [35].

Таким образом, данные классической психогенетики говорят о том, что гены вносят существенный вклад в суицидальное поведение.

Расчеты показывают, что в ряду родители-дети вероятность передачи суицидального поведения составляет 12-18%, у сиблингов – 10-15% [12]. Недавно проведенное масштабное исследование (анализ суицидов среди родственников 83951 лиц, покончивших с собой в Швеции за период с 1953 по 2003 г., в сравнении со специально подобранной контрольной группой лиц), позволило уточнить риск семейной кластеризации самоубийств [57]. Сложный статистический анализ показал, что наличие сиблинга, покончившего с собой, повышает риск самоубийства в 3,1 раза, причем если речь идет о сиблингах только по матери (при разных отцах), то риск повышается всего в 1,7 раза. Подтверждено, что МЗ близнецы имеют более высокий риск, чем ДЗ близнецы, показано также, что родственники третьего порядка (двоюродные братья и сестры) также имеют более высокий риск по сравнению с контролями. Было также выявлено влияние семейной (разделенной) среды: сиблинги жертв суицида имели более высокий риск, чем их потомки (3,1 против 2,0). И те и другие имеют 50% общих генов, но несколько разнящуюся стандартизирующую долю среды. Полу-сиблинги по матери имели более высокий риск, чем полусиблинги по отцу. Это популяционное исследование на сегодняшний день является наиболее весомым классическим психогенетическим наблюдением за весь период научных разработок в данной области, оно в целом подтверждает все предыдущие исследования, которые, несмотря на свою обоснованность, часто подвергаются критике в связи с недостаточным числом наблюдений или недоучетом влияющих факторов.

Технологический прогресс в области молекулярной генетики открыл новую страницу в изучении генетики суицидального поведения. В настоящее время идет интенсивный поиск, направленный на выяснение того, какие же собственно гены и их сочетания связаны с психическими расстройствами, какие гены определяют суицидальное поведение и какие – влияют на характер и черты личности, психологические характеристики человека. Возможно за все эти факторы отвечают одни и те же генные комплексы, влияющие на какие-то базовые нейробиологические характеристики мозга, из-за которых возможно патологическое развитие с такой неблагоприятной результирующей как самоубийство.

С момента, когда был завершен проект «Геном человека» и стало ясно, что общее чис-

ло генов в организме человека не так уж велико (около 20 тыс., каждый в 2-х копиях, всего около 40 тыс.) наметились основные технологии поиска генетических маркеров суицидального поведения. С одной стороны, по предварительным оценкам в мозге экспрессируется около 15 тыс. генов. Проверить все их полиморфизмы на предмет ассоциации с суицидальным поведением технически возможно, и такие работы ведутся с большой интенсивностью. Современные платформы позволяют определять одновременно миллионы полиморфизмов и осуществлять полногеномное сканирование. Ряд важных полиморфизмов могут располагаться не в самих генах, а в регуляторных участках интергенной ДНК и в интронах. Кроме того, к суицидальному поведению могут иметь отношение не только компоненты нервной ткани, но и факторы ненервного происхождения (например, все, что связано с обменом холестерина или с гормональным фоном). Многие нейробиологические механизмы, имеющие отношение к формированию суицидального поведения, идентифицированы, поэтому можно попытаться выявить конкретные генетические маркеры, свидетельствующие о суицидальных наклонностях. Так, например, вероятнее всего следует искать такие генетические маркеры среды генов, кодирующих белки, связанные с обменом серотонина, дофамина, норадреналина, гормонов гипофизарно - гипоталамо-адреналовой системы и холестерина. Другой путь заключается в том, чтобы путем широкого охвата маркеров выявлять полиморфизмы, сильно ассоциированные с различными проявлениями суицидальности и на основе знаний о роли близких к ним генов выстраивать новые гипотезы относительно нейробиологических механизмов суицидального поведения.

Основное внимание исследователей вначале было сконцентрировано на серотонинергической системе как наиболее важной в плане формирования депрессии и участвующей в регуляции различных видов поведения (в том числе агрессивности и импульсивности), связь которой с суицидальным поведением наиболее хорошо изучена. Исследовались аллели триптофангидроксилазы (основного регулируемого фермента биосинтеза серотонина), субтипов рецепторов серотонина, серотонинового транспортера, осуществляющего обратный захват этого нейромедиатора, катехоламин-О-метилтрансферазы и моноаминоксидазы (основ-

ных ферментов утилизации серотонина) [8, 20, 30, 39, 66]. Значительный объем исследований в этой области относительно недавно обобщен в нескольких узкотематических обзорах [11, 50]. Общий вывод из этих публикаций таков: на данном этапе проведенные исследования служат целям накопления фактического материала; пока нет возможности сделать какие-либо важные обобщающие выводы. Более того, авторы одного из процитированных обзоров поставили в заглавие вопрос: «Что за пределами серотонинергической системы?». Исследования выявляют все новые и новые биологические системы мозга, ассоциированные с суицидом или иными проявлениями суицидальности, например, систему нейротрофинов (BDNF), систему ангиотензин-превращающих ферментов, рецепторы ГАМК, рецепторы к эстрогенам, холецистокинин, субстанция Р и другие факторы [11, 50].

В ряде случаев выявляются интересные ассоциации, которые, на первый взгляд, довольно сложно логически увязать с суицидальностью как таковой. Например, в работах Шведско-Украинской группы выявлена связь суицидальной попытки с полиморфизмами генов, ответственных за некоторые базовые нервные функции, в частности, с одной из субъединиц Na^+ -канала SCN8A и белка, ассоциированного с везикулами VAMP4 (важный элемент медиаторного цикла нейронов) [61]. Такие находки в данной области нередки, и они еще раз подчеркивают, что поиск ассоциаций между таким сложным и неопределенным фенотипом как суицидальность и генными полиморфизмами, хотя и представляет несомненный интерес, далеко не всегда продуктивен. Это связано с тем, что между генотипами и указанным фенотипом лежат множественные и чрезвычайно сложные эндофенотипы – биологические механизмы, определяющие в самом широком плане многие черты (импульсивность, агрессивность, поиск возбуждения или новизны, негативная эмоциональность и т.д.), психопатологии (депрессия, расстройство адаптации, расстройство личности) и более тонкие явления, например, когнитивный стиль (ригидность мышления, тоннельность сознания в состоянии стресса и т.д.) (рис. 1).

Последние работы в области генетики суицидальности подчеркивают, что семейные проявления этой формы поведения должны учитывать личностные особенности и степень

стресса, переживаемого членами семьи [15, 17].



Рис. 1. Связь поведения с генами осуществляется через множество биологических механизмов, которые можно рассматривать как «эндофенотипы».

Толчком к такому мнению послужили важные лонгитудинальные исследования, проведенные в Новой Зеландии [18]. В ходе исследования 847 испытуемых проходили психосоциальное обследование 9 раз; в возрасте от 3 до 26 лет. На основании данных генотипирования они были подразделены на группы в связи с генотипом SERT-промотора (функционального полиморфизма промоторного участка гена, кодирующего транспортер серотонина, известного как 5-HTTLPR). Выбор гена обосновывается данными о роли дефицита серотониновой медиации в генезе депрессии и суицидальности, эффективностью ингибиторов обратного захвата серотонина при депрессии и связью носительства данного гена с более выраженным реагированием на устрашающие лица (повышенная реакция на угрозу). Самое главное – короткий s-аллель (SLC6A4) функционален, известно, что он обуславливает изменение интенсивности синтеза белка. Из числа наблюдаемых 147 участников оказались гомозиготными носителями короткого (s) аллеля, 265 – длинного (l) аллеля, а 435 оказались гетерозиготами (sl). Были проанализированы частоты 14-ти негативных событий жизни в возрасте от 21 до 26 лет (финансы, жилье, здоровье, взаимоотношения и др.), оценивали

симптомы депрессии, наличие диагноза депрессии в течение последнего года наблюдения, факт суицидальной попытки и выраженность мыслей о самоубийстве. Оказалось, что гомозиготные носители короткого аллеля дают клиническую депрессию при накоплении жизненных стрессов с наибольшей вероятностью, но при условии, что они испытывали тяжелый повреждающий стресс в раннем детстве. В отсутствие ранних стрессоров существенной разницы между носителями короткого и длинного аллеля выявить не удалось. Таким образом, короткий аллель, взаимодействуя со средой (стресс, негативные события жизни), влияет на риск депрессии и самоубийства у его носителей [18]. В последующем были опубликованы аналогичные работы, касающиеся ПТСР и ряда других психопатологических проявлений, что позволяет говорить об универсальности данного механизма. В связи с этим намного более логичным выглядит поиск генетических детерминант особенностей стресс-реагирования на семейном уровне. Последнее может быть связано как с носительством общих для членов семьи генов, так и с особенностями личностного стиля, что, в свою очередь, испытывает влияние генов, а также со степенью раннего повреждающего стресса, который может оказывать критически важное неблагоприятное влияние на приобретенную стресс-уязвимость [5, 19, 62].

В последнее время появились работы, объясняющие механизм ранней психотравмы и ее «консервации» до момента первых жизненных трудностей (пубертат, взросление). В частности, установлено, что стресс, пережитый на самых ранних стадиях развития, приводит к появлению эпигенетических меток на некоторых участках генома, вследствие чего профиль экспрессии генов, в том числе, имеющих отношение к системе реагирования на стресс, меняется и устанавливается на весь период существования организма (обзор данной проблемы – см. [44]). Данный механизм рассматривается как путь, с помощью которого контекстно-обусловленные влияния, связанные со средовыми рисками, в том числе психосоциального характера (негативные события, психологические травмы, одиночество, ранние разрывы отношений) могут оказывать влияние на формирование «инкубированной травмы», последствия которой сказываются в более позднем возрасте [34, 53, 54]. Явление, при котором гормональные эффекты, обусловлен-

ные сигналами среды, создают персистирующие биологические и поведенческие ответы (гормональное средовое программирование) объясняет, как на фоне имеющихся предрасположенностей за счет ранних стрессовых воздействий формируется своеобразный стресс-уязвимый фенотип, который в гораздо большей степени предрасполагает к формированию нарушений психического здоровья в течение всей жизни (рис. 2).

Согласно приведенной схеме, имеющиеся генетические предрасположенности при взаимодействии с неблагоприятными ранними событиями (стрессами, несчастьями, физическим или иным насилием, потерей родителей и т.д.) вследствие повреждающих эффектов высоких концентраций кортизола приводят к долговременным нарушениям в ключевых мозговых структурах – гиппокампе, миндалине, префронтальной коре. Кроме того, вся система реагирования на стресс «настраивается» на повышенный стиль реагирования за счет изменения активности ряда генов, отвечающих за синтез ее компонентов (главным образом – рецепторов к кортизолу в мозге и других тканях) (подробный обзор данного вопроса – см. нашу работу [44]).

Из представленной схемы также вытекает, что нормативно пройденный период детства может обеспечить позитивное психическое здоровье даже при наличии генов уязвимости. Более того, одни и те же гены в диаметрально разных условиях среды могут оказаться протективными и несущими уязвимость. Данный механизм подчеркивает взаимодействие генов и среды – ключевое взаимодействие, вектор которого может оказаться важным для факта самоубийства в течение жизни [7, 25, 27, 56, 63].

Исследования по эпигенетике суицидального поведения были недавно обобщены в обзоре [28]. Авторы ключевой работы, поставившей своей целью доказать эпигенетический характер инкубированной травмы, исследовали аутопсийный материал (пробы ткани мозга, взятые из гиппокампа) людей, покончивших с собой, и лиц, погибших от других причин (контрольная группа). Жертв суицида группировали с учетом выраженности перенесенного в детстве тяжелого стресса. С целью выявления детской психотравмы использовали метод психологической аутопсии, данные которого подтверждались анализом медицинской и иной документации.



Рис. 2. Схема формирования стресс-уязвимости при ранних травмирующих событиях.

Оказалось, что экспрессия рецептора к кортизолу в ткани мозга суицидентов, имевших историю детской травмы, была специфически снижена по сравнению как с покончившими с собой, и не имевшими травмы, так и умершими от иных причин [31]. Этот факт сочетался с гиперметилированием промоторных участков специфического связывания белкового фактора роста нервов NGFI-A, который является транскрипционным фактором, усиливающим транскрипцию гена, кодирующего кортизоловый рецептор [33]. Следует отметить, что метилирование ДНК рассматривается как основной механизм торможения экспрессии генов, а снижение уровня белка-рецептора к кортизолу предусматривает необходимость более активного выброса кортизола для достижения его биологических эффектов, т.е. повышенной стресс-реактивности.

Таким образом, получены свидетельства в пользу «метиловой гипотезы» о природе ранней травмы. В упомянутом обзоре [28] приводятся также данные о других эпигенетических эффектах в мозгу жертв суицида связанных с метилированием. Эти находки касаются различных генов, в частности, генов системы ГАМК, реелина (важного белкового фактора, который вовлечен в нейропластические перестройки и формирование памяти), системы полиаминов, участвующих почти во всех кле-

точных процессах в нервной ткани, тропомиозинкиназы и ряда других регуляторов [28]. Следует подчеркнуть, что в подобных исследованиях большое значение имеет локализация объекта анализа непосредственно в мозге. Наиболее изучены на настоящий момент гиппокамп и префронтальная кора. В целом данный цикл работ, обобщенный в обзоре [28], служит еще одним убедительным подтверждением того, что средовые (в том числе социально обусловленные) факторы раннего периода развития «оставляют следы» в геноме, что сопровождается поведенческими последствиями и нарушениями психического здоровья.

В подтверждение всего сказанного недавно получены данные о том, что снижение уровня BDNF в аутопсийном материале из мозга лиц, покончивших с собой, связано с гиперметилированием промоторного участка экзона IV соответствующего кодирующего гена в зоне Вернике мозга. При этом других значительных различий в метилировании при полногеномном сканировании выявлено не было [26]. Таким образом, метилирование промотора конкретного гена вследствие перенесенной ранней психотравмы выступает причиной снижения уровня BDNF, что, в свою очередь, провоцирует нарушения широкого спектра биологических процессов в ЦНС, которые могут закончиться суицидальным поведением.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что изучение генетических аспектов суицидальности является, несомненно, трудной и сложной задачей, которая, по сути, является частью более общей задачи – изучения роли генов в формировании поведения. Здесь, очевидно, могут действовать сразу несколько механизмов или уровней детерминации, взаимодействующих между собой. На первом уровне имеет значение носительство неблагоприятного сочетания генов, предрасполагающего к определенным качествам (агрессия, депрессия, импульсивность, нейротизм, стресс-уязвимость). На втором уровне решающую роль играет характер ранних этапов развития, неблагоприятное протекание которых сопровождаются установлением стресс-зависимых эпигенетических меток в геноме и формированием «уязвимо-го фенотипа». На третьем, возможно, срабатывает поведенческая связь, приводящая индивидуум с повышенной стресс-реактивностью в повторяющиеся жизненные ситуации стресса (активная ковариация генов и среды), вследствие чего устанавливается стереотип реагирования и «приобретается» способность преодолевать страх боли и вероятной смерти.

Современные данные подтверждают, что родственники жертв суицида имеют повышенный риск, однако в этот риск, очевидно, вносят свой вклад как гены, так и общая среда (психосоциальная трансгенерационная передача). Учитывая новые данные о возможности изменения активности генома под влиянием средовых неблагоприятных факторов, можно полагать, что среда является в целом более сильным действующим фактором. Консервативные генетические механизмы не могут объяснить наблюдаемого быстрого (в течение 2-3 поколений) ухудшения психического здоровья больших контингентов населения, нарастания суицидальных проявлений и иных проблем психического здоровья среди подростков и молодых людей. Изменяющиеся условия существования, усиливающийся психо-социальный стресс и, возможно, обусловленные ими эпигенетические изменения, с большей вероятностью претендуют на роль тех биологических механизмов, которые лежат в основе роста суицидов. Семейный паттерн самоубийств, таким образом, поддерживается как через общие гены, так и через общие средовые риски, способные к трансгенерационной передаче. Прервать этот цикл можно с помощью психо-социальных интервенций, улучшения общих условий суще-

ствования, снижения уровня стресса и повышения осознанности всего происходящего.

Литература:

1. Анселин-Шутценбергер А. Синдром предков. – М.: Психотерапия, 2007. – 256 с.
2. Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. Психогенетика. – М.: Аспект-Пресс, 2002. – 447 с.
3. Розанов В.А., Моховиков А.Н., Вассерман Д. Нейробиология суицидальности // Украинский медицинский журнал – 1999. – Том 6, № 14. – С. 5-12.
4. Розанов В.А., Мидько А.А. Системный липидный обмен и суицидальное поведение // Нейронауки. – 2006. – Том 4, № 6. – С. 3-13.
5. Розанов В.А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития // Украинский медицинский журнал. – 2010. – № 1 (75). – С. 92-97.
6. Agerbo E., Nordentoft M., Mortensen P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study // *BMJ*. – 2002. – Vol. 325, (7355). – P. 74-74.
7. Andersen S.L. Trajectories of brain development: point of vulnerability or window of opportunity? // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2003. – Vol. 27. – P. 3-18.
8. Arango V., Huang Y., Underwood M.D. et al. Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior // *J. Psychiatr. Res.* – 2002. – Vol. 37, №5. – P. 375-386.
9. Baldessarini R.J., Hennen J. Genetics of suicide: an overview // *Harvard Review of Psychiatry*. – 2004. – Vol.12. – P. 1-13.
10. Batchelor I., Napier M. Attempted suicide in the old age // *British Medical J.* – 1953. – Vol. 2. – P. 1186-1190.
11. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide // *Mol. Psychiatry*. – 2006. – Vol.11. – P. 336-351.
12. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. Suicidal behavior runs in families. A controlled study of adolescent suicide victim // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1996. – Vol.53. – P. 1145-1152.
13. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. Suicidal behavior runs in families. In: *Suicide Prevention. The global context*. N.Y., London: Plenum Press, 1998. – P. 51-65.
14. Brent D.A., Mann J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior // *Am. J. Med. Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*. – 2005. – Vol. 133 C. – P.13-24.
15. Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P.157-177.
16. Brezo J., Bureau A., Mérette C., Jomphe V., Barker E.D., Vitaro F., Hébert M., Carbonneau R.,

- Tremblay R.E., Turecki G. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study // *Mol. Psychiatry*. – 2010. – Vol.15, № 8. – P. 831-843.
17. Brezo J., Klempan T., Turecki G. The genetics of suicide: a critical review of molecular studies // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P. 179-203.
 18. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // *Science*. – 2003. – Vol. 301. – P. 386-389
 19. Currier D., Mann J.J. Stress, genes and the biology of suicidal behavior // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31. – P. 247-269.
 20. Du L., Faludi G., Palkovits M. et al. Frequency of long allele in serotonin transporter gene is increased in depressed suicide victims // *Biol. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 46, № 2. – P. 196-201.
 21. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine" // *Science*. – 1997. – Vol. 196. – P. 129-136.
 22. Farberow N., Simon M. Suicide in Los Angeles and Vienna: An intercultural study of two cities // *Public Health Report*. – 1969. – Vol. 84. – P. 389-403.
 23. Garfinkel B., Froese A., Hood J. Suicide attempts in children and adolescents // *Am. J. Psychiatry*. – 1982. – Vol.139. – P. 1257-1261.
 24. Gilger J.W. Contribution and promise of human behavioral genetics // *Hum. Biol.* – 2000. – Vol. 72, № 1. – P. 229-255.
 25. Hayashi R., Wada H., Ito K., Adcock I.M. Effects of glucocorticoids on gene transcription // *Eur. J. Pharmacol.* – 2004. – Vol. 500, № 1-3. – P. 51-62.
 26. Keller S., Sarchiapone M., Zarrilli F. et al. Increased BDNF promoter methylation in the wernicke area of suicide subjects // *Arch Gen Psychiatry*. – 2012. – Vol. 69, № 1. – P.62-70.
 27. Kumar R, Thompson EB Gene regulation by the glucocorticoid receptor: structure: function relationship // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* – 2005. – Vol. 94, № 5. – P. 383-394.
 28. Labonte B., Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effect of early life environmental adversity // *Archives of Suicide Research*. – 2011. – Vol. 14, № 4. – P. 291-310.
 29. Mann J.J. Neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. – 1998. – Vol. 4, № 1. – P. 25-30.
 30. Mann J.J., Malone K.M., Nielsen D. et al. Possible association of a polymorphism of a tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 1452-1453.
 31. McGowan, P. O., Sasaki A., D'Alessio A.C. et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse // *Nature Neuroscience*. – 2009. – Vol. 12, № 3. – P. 342-348.
 32. McGuffin P., Marusic A., Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology // *Crisis*. – 2001. – Vol. 22, № 2. – P. 61-65.
 33. Meaney M.J., Diorio J., Francis D., Weaver S., Yau J., Chapman K., Seckl J.R. Postnatal Handling Increases the Expression of cAMP-Inducible Transcription Factors in the Rat Hippocampus: The Effects of Thyroid Hormones and Serotonin // *The Journal of Neuroscience*. – 2000. – Vol. 20, № 10. – P. 3926-3935.
 34. Meaney M. J., Szyf M., Seckl J. R. Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health // *Trends Mol. Med.* – 2007. – Vol. 13, № 7. – P. 269-277.
 35. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study // *Lancet*. – 2004. – Vol. 364. – P. 1135-1140.
 36. Moffitt T.E. Genetic and environmental influences in antisocial behaviors: evidence from behavioral-genetic research // *Adv. Genet.* – 2005. – Vol. 55. – P. 41-104.
 37. Murphy G.E., Wetzell R.D., Swallow C.S., McClure J.N. Who calls the suicide prevention center: a study of 55 persons calling on their own behalf // *Am. J. Psychiatry*. – 1969. – Vol. 126. – P. 313-324.
 38. Murphy G., Wetzel R.D. Family history of suicidal behavior among suicide attempters. – *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1982. – Vol. 180. – P. 86-90.
 39. Nielson D., Goldman D., Virkkunen M. et al. Suicidality and 5-hydroxyindolacetic acid concentration associated with tryptophan hydroxylase polymorphism // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – P. 34-38.
 40. Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future // *Journal of Mental Health*. – 2002. – Vol. 11, № 6. – P. 585-594.
 41. Plomin R., DeFries J.C., McLean G.E., McGuffin P. *Behavioral genetics/5th Edition*. – NY.: Worth Publishers, 2008. – 505 p.
 42. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360 (9340). – P. 1126-1130.
 43. Robins E., Schmidt E.H., O'Neal P. Some interrelation of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide: a study of 109 patients // *Am. J. Psychiatry*. – 1957. – Vol. 114. – P. 221-231.
 44. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology*. – 2012. – Vol. 44, № 4. – P. 332-350.

45. Roy A. A family history of suicide // Arch.Gen. Psychiatry. – 1983. – Vol. 40. – P. 971-974.
46. Roy A. Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders // Psych. Quart. – 1993. – Vol. 64, № 4. – P. 345-358.
47. Roy A., Rylander G. Sarchiapore M. Genetic studies of suicidal behavior // The Psychiatric Clinics of North America. – 1997. – Vol. 20, № 3. – P. 595-611.
48. Roy A., Segal N., Centerwall D. et al. Suicide in twins // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. – Vol. 48. – P. 29-32.
49. Roy A., Segal N.L., Sarchiapore M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – P. 1075-1076.
50. Rujesku D., Thalmeier A., Moller H.-J. et al. Molecular genetics findings in suicidal behavior: what is beyond the serotoninegic system? // Archives of Suicide Research. – 2007. – Vol. 11. – P. 17-40.
51. Segal N.L., Roy A. Suicide attempts in twins whose co-twins deaths were not suicides // Person. Individ. Diff. – 1995. – Vol. 19, №6. – P. 937-940.
52. Shulsinger F., Kety S., Rosenthal D. et al. A family story of suicide. In: Origins, prevention and treatment of affective disorders (Ed. M.Schou & E.Stromgen). – 1979, N.Y.: Academic Press. – P. 277-278.
53. Szyf M. Epigenetic Control of Gene Expression. The early life environment and the epigenome // Biochimica et Biophysica Acta (BBA). General Subjects. – 2009. – Vol. 1790, № 9. – P. 878-885.
54. Szyf M. DNA methylation, the early-life social environment and behavioral disorders // J. Neurodev. Disord. – 2011. – Vol. 3, № 3. – P. 238-249.
55. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A.F et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study // Psychological medicine. – 1998. – Vol. 28. – P. 839-855.
56. Tabery J. Biometric and Developmental Gene-Environment Interactions: Looking Back, Moving Forward // Development and Psychopathology. – 2007. – Vol. 19 – P. 961-976.
57. Tidemalm D., Runeson B., Waern M. et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals // Psychol. Med. – 2011. – Vol. 41, № 12. – P. 2527-2534.
58. Torgersen S. Behavioral genetics of personality // Curr. Psychiatry Rep. – 2005. – Vol. 7, № 1. – P. 51-56.
59. Tsuang M.T. Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls // J. Clin. Psychol. – 1983. – Vol. 44. – P. 396-400.
60. Turecki G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? // Bipolar Disorders. – 2001. – Vol. 3, № 6. – P. 335-349.
61. Wasserman D., Geijer T., Rozanov V., Wasserman J. Suicide attempt and basic mechanisms in neural conduction: Relationships to the SCN8A and VAMP4 genes // American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics. – 2005. – Vol. 133 B, № 1. – P. 116-119.
62. Wasserman D., Geijer T., Sokolowski M., Rozanov V., Wasserman J. Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction // Physiology & Behavior. – 2007. – Vol. 92. – P. 245-249.
63. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress // Neurosci. Biobehav. Rev. – 2008. – Vol. 32, № 6. – P. 1073-1086.
64. Wender P., Kety S., Rosenthal D et al. Psychiatric disorders in the biological and adoptive individuals with affective disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – Vol. 43. – P. 923-929.
65. Woodward J. The lone twin: a study in bereavement and loss. London: Free Association Books, 1998. – 165 p.
66. Zalzman G, Frisch A., Apter A., Weizman A. Genetics of suicidal behavior: candidate association genetic approach // Isr. J. Psychiatry Realt. Sci. – 2002. – Vol. 39, № 4. – P. 252-261.

GENES AND SUICIDALITY

V.A. Rozanov

Odessa national Mechnikov university, Ukraine

Recent data confirm that relatives of suicide victims have higher risk of suicide. Both genetic and environmental factors contribute to this risk. On the first level of determination carrying of genetic variants which predispose to certain traits (aggression, depression, impulsivity, neuroticism, stress-vulnerability, etc.) is important. On the second level of determination early stages of development play its role. Early life adversities may become the reason for establishment of stress-related epigenetic markers in the genome which results in the “vulnerable phenotype” development. On the third level of determination the behavioral mechanism lead an individual into series of stressful life situations due to active genes-environment covariation. This may result in stereotypic reactivity style and acquired capability to overcome fear of pain and possible death. Genetic predispositions in the families are transmitted from generation to generation together with environmental risks which forms a series of interrelated events and behavioral links.

Key words: suicide, suicide attempt, genes, psychosocial environment, genes-environment interaction, epigenetics

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ЧАСТЬ I: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Е.Б. Любов, В.Е. Цупрун

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович, д.м.н., профессор, руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ», г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru
Цупрун Виталий Евсеевич, к.м.н., старший научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ», г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

Пожизненный риск суицида при шизофрении около 5%. Высок риск суицида у молодых мужчин, хорошо образованных. Связанные с расстройством факторы риска: количество попыток суицида в анамнезе, депрессивные симптомы, острые галлюцинации и бред, критика к состоянию. История суицида в семье, злоупотребление ПАВ также связаны с последующим суицидом. Единственный антисуицидальный фактор - доступность эффективной помощи и приверженность ей.

Ключевые слова: шизофрения, суицид, факторы риска.

Суицидальное поведение тесно связано со всеми, помимо выраженных деменций и задержек умственного развития, психическими расстройствами [1, 32, 55, 69, 82] даже при контроле демографических факторов [24], что не так подтверждает «эскиролевскую концепцию» о предопределении суицидов душевной болезнью, как подчеркивает априорно низкую стрессоустойчивость суицидентов. Психологическая аутопсия выявляет психические недуги (МКБ-10, ДСМ-IV) у 80-90% жертв суицида всех возрастов, чаще сочетанные с депрессией и / или злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) [1, 32, 61]. В США отмечена психическая болезненность у 66% покончивших с собой, и у 80% совершивших суицидальную попытку [83]. Доля первых среди молодых селян Китая 30-70% [88]; в ЮАР 61 и 70%, соответственно, без больничных пациентов, больных неаффективными психозами и личностными расстройствами [66]. Риск суицида психически больных вчетверо выше, чем здоровых, при психической коморбидности – в 8 раз [66]. До 90% суицидальных поступков совершено в непсихотическом состоянии [1, 12].

Смертность – дополнительный измеряемый клинический исход шизофрении [27]. Жизнь больных шизофренией (БШ) короче здорового контроля на 15 лет [28]. К взаимосвязанным «нежелательным последствиям» шизофрении наряду с насилием, злоупотреблением ПАВ, незанятостью пациентов отнесены

самоповреждения и суициды¹. Более 45% массива смертности приписаны суицидам [28], ведущей причине преждевременной смерти нынешних БШ [16, 56, 77]. Риск суицидального поведения выше в 5-10 раз у БШ, чем в населении [83, 93, 101], уступая лишь аффективным расстройствам [81]. Среди психически больных, жертв суицида, БШ составляют, по отдельным данным [10, 106], 45-65%, что можно объяснить недодиагностикой аффективных расстройств. Так, среди помещенных после суицидальной попытки в психиатрическую больницу (ПБ) Казахстана на аффективные расстройства пришлось < 3% [10]. Большинство аутопсий указывает на меньшую, около 15%, часть больных психозами среди жертв суицида против >40% – аффективными расстройствами [69].

«Старыми» авторами признан пожизненный риск суицида БШ 10 (9-13)% [63, 75], но соразмерная смертность в катамнезе не равна пожизненному риску. Риск суицида изменчив в течение шизофрении. Чем менее срок наблюдения и тяжелее (обычно больничные) пациенты, тем выше уровень суицида. Уточненный уровень, по метаанализу 61 исследований [86], 4,9 (3,7-8,5)%, близок к таковому в больших

¹ От суицидов следует отличать «неслучайные самоповреждения» БШ вследствие психотической или непсихотической симптоматики, не связанные с намерением лишить себя жизни, но реально угрожающие жизни БШ т.е. несчастные случаи [4]

репрезентативных когортах БШ, проспективно прослеженных десятилетиями: 4-7% [15, 89]. Мета-анализ [55] оценил риск суицидов БШ как 579 (477-680) на 100000 пациент / лет, или 0,6% в год. Стандартизованная по возрасту и полу «минимизированная» смертность БШ угрожающе высока по сравнению с усредненным пожизненным риском 1% в населении [63]. Предстоит изучить набор факторов риска БШ различного возраста и на разных фазах процесса, в различных клинических группах, в идеале проследив когорту БШ в зоне обслуживания от первого эпизода психоза до смерти.

Факторы риска суицида БШ многообразны и взаимосвязаны, но схематично разделены на *групповые* (социально - демографические, сходные с населением) и *индивидуальные*, «особые», вследствие психического расстройства (т.е. клинические), условиями и качеством специализированной помощи [4, 18].

Демографические факторы суицида.

Раса. Связь не прослеживается [55], но в населении выделены этнические группы риска.

Пол – не существенный фактор риска суицида БШ [55], хотя он у мужчин выше [57, 63, 77, 93], особенно при первом эпизоде [61, 97], ставшем последним. Высок риск и у женщин [98]: соотношение погибших мужчин и женщин в метаанализах 3:2 [89] – 1,6:1 [55], ниже такового среди жертв суицида в большинстве стран [30]. Больные «мужской шизофренией» с ранним началом, тяжелыми социальными последствиями [82], выбирая способ суицида, более настроены умереть. Соотношение женщин и мужчин, совершавших попытки суицида, однако, сходно [54].

Возраст. Средний возраст суицида БШ – 33 года [99], ниже на 10 лет, чем в населении. Мужчины убивают себя раньше женщин [63]. Наиболее «суицидоопасны» 20-40 лет [88], что особо верно для мужчин, совершающих > 80% суицидов до 30 лет [89], чаще, чем в населении и втрое – чем старшие БШ [55]. Но и зрелый (> 45 лет) возраст дебюта шизофрении, более свойственный женщинам, связан с риском суицида [67, 93, 96]. Пожилые БШ также в группе риска [63, 109], но он, возможно, снижен на фоне затухания процесса в отличие от населения в целом.

Образование. Низкий уровень повышает риск суицида [82], но «опасность» высокого уровня мало показана [55] при значимой связи с изначально высоким IQ [39].

Социально-экономические и культуральные факторы.

Риск суицида Дюркгеймом объяснен социально-экономической депривацией: необразованностью и бедностью (связанными в развитых странах), незанятостью, одиночеством, важными и в жизни, и смерти БШ [82, 112], но не столь очевидными [14]. Безработица – сильный фактор риска суицида амбулаторных *БШ* [27], но лишь не освоивших школу «выученной беспомощности» инвалида. Социальная изоляция – фактор риска суицида БШ [41, 63, 88, 99], но количество случайных знакомых его не снижают [55]. Одиночество – состояние, о котором некому рассказать, зачастую вынужденное и определенное стигматизацией, препятствуют выявлению суицидального поведения БШ [41]. Религиозная принадлежность, известный антисуицидальный фактор в населении, для БШ не играет видимой роли [55].

Объективные и простые социально-демографические характеристики указывают социологический аспект риска суицида «заочно», без учета личности суицидента [82]. Они обычно неизменны, но позволяют предварительную (неточную) оценку хронического риска суицида через соотнесение БШ с определенной группой риска (как молодой одинокий мужчина-инвалид).

Семейная история злоупотребления ПАВ, нередко как самолечения аффективной патологии, и в большей мере – суицид близкого повышают впятеро риск суицида в любой семье [69], как и в семье БШ [38, 98]. Отягощение депрессией [55] важнее, чем иным психическим расстройством [96].

Суицидальные попытки в анамнезе 20-50% БШ [22, 99] строго связаны с суицидом, по заключению метаанализов [55, 63, 90], особенно требующие больничной медпомощи [59, 96] и планируемые для минимизации шанса спасения [63, 106]. Около 15% БШ совершили не менее одной попытки самоубийства до первого обращения к психиатру, и столько же в первые 5 лет наблюдения [69]. БШ особо склонны к повторным суицидальным попыткам в первые месяцы по выписке из ПБ [37]. Относительно низкое соотношение попытки / суицид БШ связано с выбором «смертоносного» метода [66]. Коморбидные с шизофренией психические расстройства увеличивают риск суицидальных попыток [24, 32, 40, 82].

Суицидальные мысли в анамнезе как этап суицидального поведения настораживают [63];

40-50% БШ сообщают о них в течение жизни [100]. Для сравнения, в населении в целом в течение жизни мысли о самоубийстве отмечены у 10%, планы 4%, попытки 3% [19]. Психическое расстройство связано с появлением таких мыслей, но не столь строго с планированием суицида [24, 65, 82].

Нейробиологические факторы. Семейная история суицидального поведения объяснима отчасти наследованием психических расстройств. Исследователи не определили (пока?) генетический локус суицида в свете сложной природы фенотипа, но выделили его неспецифические биологические факторы при взаимодействии генов и среды как дефицит серотонина, отмеченный при иных формах импульсивно-агрессивного поведения [82] и шизофрении. Низкий уровень метаболита серотонина в спинномозговой жидкости связан с суицидальным поведением БШ и депрессией. Возможна связь между гиперактивностью гипоталамус-гипофиз-адреналовой оси, длительностью REM сна (в связи с дефицитом серотонина) и суицидальным поведением БШ [89].

Клинические факторы.

Типы, течение, длительность шизофрении. Классические типы шизофрении не определяют суицидальный риск [89]. Параноидные БШ более склонны к суицидам [46], но они и более часты в практике психиатра. Длительный (15-20 лет) «стаж» диагноза жертв суицида [17] подчеркивает риск в течение всего процесса [15, 57]. Раннее начало, частые рецидивы (обострения) и регоспитализации, высокие дозы антипсихотиков [39, 76, 88, 103] отражают тяжелое течение и сопряжены с риском суицида [63]. А.Г. Амбрумова полагала самыми опасными первые 3-5 лет шизофрении. В длительных проспективных исследованиях пик суицидов приходится на первые годы психоза [50, 63, 86, 88, 94]: до 50-70% в течение 2-3-х лет [15, 105], за 7 лет отмечены 21,6% попытки самоубийства и 4,3% суицидов [97]. Метаанализ [86] указывает более высокий риск суицида в когорте первого эпизода психоза (5,6%), чем среди хронически больных (1,8%). Уровень суицидов впервые заболевших БШ в эру шоковой терапии был 280 на 100000 болезненной популяции в год против 8 на 100000 населения зоны обслуживания ПБ [85]. Риск наибольший в первые месяцы лечения, но быстро снижается в следующие полгода, выходя полого на плато [45]. W. Mayer Cross часть «неожиданных»

суицидов молодых объяснил нераспознанной шизофренией. Длительный (> 1 года) период нелеченого психоза [17] повышает риск суицида, указывая на необходимость раннего лечения и реабилитации БШ [3]. Постепенное начало способствует суицидальным тенденциям [55]; на ранних этапах процесса возможны альтруистические суициды [Stengel E., 1963, цит. по 85]. Для инициальной фазы психоза характерен мотив суицидального поведения «неопределенная угроза» (страх надвигающейся катастрофы – фаза тремы, по Conrad) [4].

Позитивные и негативные симптомы важны в диагностически специфической модели риска суицида БШ [62, 103]. E. Bleuler рассматривал склонность к суициду «наиболее серьезным симптомом шизофрении». *Психотические симптомы* [1, 59, 77]: бред (бредовое поведение) [89, 106] более, чем императивные галлюцинации [55] у 18-50% БШ [54], обычно плохо выявляемые. Роль «голосов» суицидального [69] и / или агрессивного содержания у 10% галлюцинантов оспорена рядом контролируемых исследований [55, 89]. «Непроизвольная» реализация суицидальных намерений возможна под влиянием психических автоматизмов [4]. Возникает вопрос об «истинности» суицидального поведения, подразумевающего осознанность поступка (как при оценке вменяемости). Для суицида БШ как результата личностной «переработки» психоза [4] типичен мотив «угрозы жизни» на фоне страха вследствие невыносимого (не сравнимого с телесным) душевного страдания, от которого они пытаются спастись [13], будучи, например, в психомоторном возбуждении и беспокойстве [56, 91]. *Бессонница* [55, 90] позволяет БШ совершить задуманное ночью. Остаточная инсомния указывает на неполноту ремиссии, возможную депрессию, и / или предшествуют рецидиву; отсутствие сна характерно для острого психоза. Неадекватное лечение бензодиазепинами проторяет путь к умышленному самоубийству БШ. Враждебность, импульсивность перед суицидом БШ [50, 70] отмечены чаще, чем при депрессии или перед попыткой суицида [66, 82, 86]. Часть якобы характерных для БШ «импульсивных суицидальных попыток» [66], по сути, продуманное действие без демонстрации намерений. Негативные симптомы и нейрокогнитивный дефицит весьма умозрительно полагают антисуицидальными факторами [55, 90]. *Депрессия* как осевой симптом

многомерной модели шизофрении и типовой триггер суицидального поведения БШ [55, 77, 103] выявлена в 25-80% случаях на всем протяжении процесса [103]; у 25% БШ – при ослаблении психоза. До 60% суицидов БШ происходит на фоне депрессии [99], особенно в первом эпизоде [86]. Риск суицида выше всемерно у БШ с высоким показателем опросника депрессии Бека [47]. Связь суицида с постпсихотической депрессией (не ясна роль психосоциального дистресса) сильнее, чем с симптомами психоза [55, 89]. Безнадежность [34, 54, 64, 89], самоуничтожение [46, 63, 77, 90], пессимизм [21] в отношении, например, лечения, а не общие [21] или соматические [51] симптомы депрессии, указывают на риск суицида. Сопряжены с депрессией агрессия и враждебность, риск рецидивов и регоспитализаций, снижение социального функционирования и качества жизни, удовлетворенность лечением и приверженность к лечению [36], связанные, в свою очередь, с риском суицида, а также коморбидные тревога и панические атаки [89], осложняющие социальные связи БШ. Мотивами суицидального поведения депрессивного БШ становятся «изменение мировосприятия» (переживание утраты эмоционального реагирования), «изменение самоощущения» (переживание измененности), страдания и несчастья других (самоосуждение, самообвинение), несостоятельность, падение престижа [4], возможно, псевдоэкзистенциальная утрата смысла жизни (тщета существования).

Коморбидные расстройства и поведение.

Злоупотребление ПАВ, как и в общей популяции [82], увеличивает риск суицида БШ [55, 89], особенно молодых [89]. Спиртное – ключевой фактор риска суицида БШ [59], хотя доли «микстов» в разных странах отлична [106]. Лишь одно исследование [73] отрицает связь употребления ПАВ с суицидом БШ, исходя из данных близких погибших.

Личностные расстройства у 1/3 БШ, жертв суицида [26], соответствуют оси II ДСМ-IV.

Соматические болезни, мучительные, ограничивающие функционирование (изначально нарушенное у БШ), хронические, требующие больничного лечения [98] – дополнительный фактор риска суицида БШ [106], как и в населении в целом, но прямой связи не найдено [55]. Шизофрения – мультисистемное

расстройство, требующее комплексной оценки. У БШ высок риск соматической патологии, нередко невыявленной и нелеченой. Жалобы на телесное здоровье (возможно депрессивной природы) суть последняя попытка создать эмоционально значимые отношения с профессионалом или неформальным опекуном перед смертью, и указывают на суицидальный кризис [44, 100]. Понимание связи психологических и соматических симптомов улучшит прогноз острого риска БШ.

Последствия шизофрении.

Низкое социально-трудовое функционирование (сквозной симптом шизофрении, по ДСМ-IV) – «наддиагностический» фактор суицида [94, 99, 105], особенно при частых регоспитализациях [46].

Низкое качество жизни – атрибут суицида БШ [63], особо на фоне депрессии.

Ситуационные факторы

Стрессогенные жизненные события: «дистальный» опыт физического или сексуального насилия в детстве, ранняя потеря близкого [82, 111], определяющие низкую жизнестойкость (resilience) человека, вкпе с наложением на патологическую почву актуального психосоциального дистресса [79], подчеркивающего и выявляющего первую, связаны с риском суицида БШ [35, 110], как и в населении в целом [1]. По В.М. Бехтереву¹, повод самоубийства может быть незначителен, «если почва уже заранее подготовлена наследственностью и другими условиями ... тогда как истинные причины глубже, представляя совокупность неблагоприятно сложившихся условий». Согласно модели «стресс-диатез» [70], жизненные невзгоды чаще всего служат спусковым крючком суицидального кризиса [10, 87]. Для БШ значимы реальные лично-семейные конфликты [1], их следует отличать от сходных по форме патологических мотивировок при бреде отношения: унижения; болезнь, смерть опекающих близких; одиночество, несчастная любовь, изменение стереотипа жизни.

Невыносимый психосоциальный дистресс побуждает БШ искать выход в суициде, ведь у них априорно меньше ресурсов и умения разрешить жизненную коллизия [76]. При суициде типа «избежания страдания» [1] суть кон-

¹ Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними. / Тр. Первого русского съезда невропатологов и психиатров. М., 1914.С. 84–117.

фликта БШ в непереносимой угрозе личности. Хотя шизоидность как дефицитарное нарушение полагается защитным фактором по отношению психогений [12], возможно, у БШ больше значимых для них («подходящих как ключ к замку») негативных жизненных событий (средовых, ситуационных), чем в здоровом контроле [55]; они не всегда «типичны» (смерть аквариумной рыбки) и очевидны (малейшие изменения жизненного стереотипа). «Незначительные» (для стороннего взгляда) психотравмы видятся БШ безысходными при гипертрофированной, парадоксальной оценке [4]. Однако *потеря работы*, важный общий фактор риска самоубийства [1, 34, 64], актуальна для малой части работающих и реабилитируемых БШ [5], развод или смерти супруга [24, 55] для большинства не имеющих свои семьи БШ не актуален. Итак, мотивами суицидов БШ [1, 4] могут стать реальные конфликты, которые усугублены, сопутствуют или оказываются следствием шизофрении: личностно-семейные и связанные с антисоциальным поведением, несостоятельность в труде или учебе, материально-бытовые тяготы (при неумении распределять бюджет). Психическое страдание и напряжение сопровождают сам психоз [1, 12], и роль психогений может быть затуманена при его тяжелых формах.

Недостатки организации и качества психиатрической помощи.

Лечение. Психологическая аутопсия указывает на недодиагностику, недостаточные усилия психиатрических служб по отношению к БШ, жертвам суицида [61, 91], хотя 50% из них ранее лечилась в ПБ, а >25% в последний год [91]. Так, 81% БШ на Тайване лечились в ПБ или амбулаторно в последний месяц жизни [60]; 60% – в Финляндии лечились неадекватно и / или уклонялись от терапии [57]. Риск суицида БШ высок вслед за амбулаторным визитом к врачу [106], возможно, в связи с разочарованием пациента и пропущенным врачом призывом о помощи. Сходство суицидального риска леченых и не леченых больных шизофренией отмечено лишь в сельском Китае [93], но без лечения тяжелее симптомы. Не показана прямая связь резистентности симптомов с суицидальным риском [74], но низкая эффективность лечения связана с частыми и /или длительными госпитализациями и снижением социального функционирования, факторами риска БШ.

Нежелательные действия терапии – признак ее низкого качества, как и нераспознанные непсихотические симптомы (депрессии) – препятствуют выздоровлению (восстановлению) БШ [69]. Нейролептической депрессии (дисфории) свойственно ощущение чуждости и непереносимости состояния [33], а экстрапирамидные расстройства, особенно акатизия, усугубляют агитацию, страдания БШ вплоть до суицидального поведения, что не доказано, по крайней мере, для резистентных БШ [53]. Алгоритм лечения суицидальных БШ экспертного совета по предупреждению суицидов [74] резонно не упоминает акатизию как фактор риска, хотя БШ оценивают акатизию в ряду наиболее мучительных побочных действий [6, 9]. При акатизии вероятны самоповреждения, с возможными тяжелыми последствиями (вплоть до инфенестрации). Суицидальный риск БШ повышен на фоне начальной неспецифической активизации при антидепрессивном лечении, «парадоксальные» суициды при резком психическом улучшении («пробуждении») БШ, обостренно реагирующих на тяготы жизни, а также на фоне поздних нежелательных действий лечения (например, метаболических), значимых лично и дополнительно стигматизирующих его / ее, препятствующие их социализации [9].

Недоучет реакции на болезнь и лечение БШ. Адекватное понимание проявлений и последствий недуга, возможностей помощи, естественно, не повышает риск суицида ремитированных в той или иной мере БШ [55] в отличие от безнадежности, деморализации [25, 90], страха психического распада [41, 55], личностного опустошения и деградации при «озарении сознанием болезни» [4] обычно критическом выходе из психоза. БШ сообщают, что рецидив после выстраданного улучшения, возможно, после самовольного обрыва терапии (причинно-следственная связь нарушена), влечет отчаяние [9, 104]. Оценка недуга и ее «катастрофических» и неизбежных социальных последствий «психиатрического диагноза» [1] может быть обусловлена постпсихотической депрессией [89, 103] или независимо связана с суицидальным поведением [67]. Безнадежность частично объяснена мерой осознаваемого снижения доболезненного функционирования. Взаимодействие высокого уровня доболезненного функционирования и критики прогнозируют депрессию [95], но роль «реактивных» меха-

низмов ее развития остается под вопросом. К «контрастным» клиническим группам риска отнесены как рано заболевшие с низким уровнем психосоциального приспособления, так и БШ с «поздним» дебютом, обостренно реагирующие на личностные и социальные *потери* [76, 80, 89]. Первые мучительно переживают недостижимость успехов сверстников, вторые подавлены фиаско высоких ожиданий и целей [9, 41].

Недоучет несоблюдения лекарственного режима (нонкомплаенса) БШ. Уклонение от лечения как неспецифический поведенческий феномен, особенно, хронически больных, связан с искаженной внутренней картиной болезни в большей мере, чем с непереносимостью терапии [2], и повышает риск суицида БШ в 3-4 раза [55, 89]. После первой госпитализации БШ у не принимающих регулярно лекарства 12-кратно увеличен риск смерти от любой причины и 37-кратно в связи с суицидом [107].

Недостаточное наблюдение в психиатрической больнице и по выписке. Общая смертность пациентов ПБ (скорее злоупотребляющих ПАВ, но не БШ) обоих полов и всех возрастов, особенно молодых, выше вдвое, чем амбулаторных, из-за суицидов – в 16 раз [52]. Риск суицидов в ПБ Франции выше, чем в общих больницах: 3-5,5 и 2% соответственно [71]. Треть покончивших с собой БШ на Тайване совершила суицид в ПБ [60]. Часто госпитализированные БШ – в особой группе риска [98]. Более 60% суицидов психически больных совершено до выписки или в течение года после нее. Выделены два пика суицидов БШ: в течение недели после поступления и за две – до выписки [71]. Риск в первом случае соотносится как 80:1, по сравнению с амбулаторными БШ [91]. Он мало связан с недобровольным характером госпитализации [29, 55] и лечения [96], побегами из ПБ [96], что оспаривается [39], но группы БШ неоднородны. Настораживает участие полиции в связи с ожесточенным сопротивлением, агрессивностью, грубо нарушенным поведением, враждебностью при госпитализации [39, 43, 46]. Перевод БШ в общую палату из надзора, «тихое» отделение снижает бдительность персонала [37], как и «замыленность» взгляда на «привычного» хронического больного. БШ группы риска суицида трудно свыкаются со средой ПБ; *депрессивные перед суицидом* склонны обвинять *медперсонал в невнимании и «плохом лечении»* [17, 89], что, увы, окажется верным; «критиканы и законни-

ки» требовательны к персоналу, но без поддержки близких у них нет альтернатив пристанища [40, 43]. Они пассивно-агрессивно относятся к медперсоналу, не привлекая их внимания и не прося поддержки, затрудняя эмпатию. В состоянии «терминального злокачественного отчуждения» [78] «чрезмерные претензии», возможная агрессия как проективная защита против саморазрушения, все более отторгают «трудного больного» от медперсонала. *Потеря бдительности специалистов повышает риск самоубийства* БШ [100]. Возможно, жестокий, необычный способ, вычурная обстановка суицидальной ситуации, отсутствие адекватных внешних поводов свидетельствуют о психическом расстройстве суицидента, по В.М. Бехтееву, но в ПБ при контроле приема психотропных препаратов распространены «обыкновенные» самоповешения [4], как в стенах любого казенного учреждения (тюрьма, приют). Прыжок с высоты (в лестничный пролет, окно) совершают больничные пациенты при отсутствии иных возможностей. В период непродуманного врачом внутрибольничного отпуска (или при побеге) близлежащие к ПБ большак, рельсы, река облегчают исполнение суицида [55, 89]. Суициды в ПБ связаны с лечебной средой, неверной оценкой пациента, неадекватным надзором, доступностью средств суицида (открытое окно, незащищенный лестничный пролет, режущие предметы на виду, возможность уединения для повешения или накопления лекарств), плохое взаимодействие персонала (бригады), малоэффективным лечением. Суицид может вызвать «точечные» кластерные суициды [49] и в других отделениях ПБ.

Риск по выписке из ПБ наибольший [63, 106] в первые недели-месяцы [91, 99, 103], порой дни [98], до визита к амбулаторному врачу [19]. До 50 [19] – 80% [31] суицидов БШ приходится на первые полгода по выписке, особенно после первой [98]; 1% БШ убивают себя в первый год выписки [48], составляя 10% суицидальной смертности Великобритании [68]. Риск суицида высок и по выписке из медицинских учреждений после тяжелой суицидальной попытки [98]. Суицид отчасти связан с постпсихотической депрессией [38, 103], выступающей на передний план при становлении ремиссии [37]. Повышенный риск суицида амбулаторных БШ [58] определен большим риском несоблюдения режима лечения, но и возрастающей ролью средового дистресса. Су-

ицид вне больничных стен зависимых, удовлетворенных жестко структурированной больничной средой БШ становится следствием дистресса и амбивалентности к домашнему окружению [43]. Для них выписка часто означает потерю привычной среды и изменения круга значимых для них людей. Выписанные, особенно впервые, сообщали о тревоге, связанной с неспособностью укрепить доверие и восстановить отношения дома, особенно при низком уровне социальной поддержки [9, 37]. Наиболее доказательные данные сведены в табл. 1.

Возможно, лишь малая часть суицидов в ПБ зафиксирована; часть БШ после попытки суицида умирает в медицинских учреждениях. Пики суицидальной активности указывают на малую преимущество больничного и амбулаторного лечения, ошибки планирования выписки (внутрибольничных отпусков), чрезмерно короткий эпизод лечения (обычно в связи с дефицитом коек и настойчивостью больного и / или его близких), хрупкость фармакозависимых ремиссий и роль психосоциального дистресса на фоне плохой социальной поддержки БШ.

«Побочный» эффект деинституционализации. Изменение паттерна помощи двояко влияет на риск суицидов БШ [38, 84, 112]. Пожизненный риск БШ доинституциональной эры равен 0,03-18%, в наибольшей выборке 1-2%

[75]. Уровень суицидов БШ викторианской эпохи составил 20 на 100000 лет лечения в ПБ (для всех психозов – 16), пожизненный риск <0,5% [56]. Так, за 5 лет в больничной когорте (n=594) БШ 1875-1924 гг. в Уэльсе было 1 самоубийство, или 35 на 100000 болезненной популяции в год, в 1990-е гг. (n=133) – 7, или > 1000 (!) соответственно. В период шоковой терапии в США замечено 190 суицидов на 100000 поступлений в ПБ, причем 50% в первые три месяца лечения, как и сегодня. Из 3518 БШ, прослеженных в 6 исследованиях в среднем 8 лет в донейролептическую эру, 62 покончили с собой, или 220 на 100000 в год, в 20 чаще, чем в населении [85]. Типовой «портрет» покончившего с собой в эру шоковой терапии, сходен с сегодняшним: <45 лет, больной параноидной формой. Среди длительно (>3 лет) госпитализированных мужчин уровень суицидов был в 17 раз выше, чем в мужском населении Лондона, для женщин в 5 раз [85]. Рост риска суицидов БШ объяснен не только скоропалительной деинституционализацией, средовыми факторами «нового времени» и побочными действиями психотропных препаратов [29], от которых были избавлены прежние больные, но в большей мере – методологическими проблемами сравнения исторических когорт.

Таблица 1

Факторы риска суицида БШ в ПБ и по выписке из психиатрического стационара

Социально-демографические факторы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мужчины. 2. Возраст > 45 лет. 3. Незанятые. 4. Социальная изоляция (и при наличии семьи).
Клинические факторы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первая госпитализация. 2. Суицидальная попытка (мысли), самоповреждения при поступлении (75%) и в анамнезе. 3. Депрессия, безнадежность; смешанное состояние: дисфория. 4. Бред (>55%). 5. Высказывания о нежелании жить перед выпиской. 6. Несоблюдение лекарственного режима. 7. Агрессия. 8. Злоупотребление ПАВ (> 1/3 суицидентов).
Организация помощи и лечения (преимущество, интенсивность, многосторонность)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основной медперсонал в отпуске или уволился (рост риска в 6 раз). 2. Новый врач. 3. Краткосрочная (<недели) госпитализация. 4. Внеплановая выписка (побег). 5. Обрыв наблюдения и лечения по выписке. 6. Пренебрежение психосоциальной работой (социальная поддержка).

Суициды не госпитализированных БШ и по их выписке не отмечены ранней статистикой, стигма еще более препятствовала верификации суицида БШ век назад. Однако в Финляндии, Швеции, Норвегии показана отрицательная связь между числом психиатрических коек и суицидальной смертностью [112]. Сокращение койки на 100000 населения связано с ростом суицидов на 0,025 на 100000 человек ежегодно [112]. Закрытие ресурсоемких коек имеет затратную эффективность только при пропорциональном снижении потребности в них. Цена сбереженного года жизни 118928 US\$ против 130049 US\$ годового содержания койки в США, ниже порога затратной эффективности в 200000 US\$ / год жизни [108]. Улучшение финансирования стационарзамещающих внебольничных служб сокращает уровень суицидов [112] до определенного уровня. Деинституционализация, редкий пример социальной программы, распространенной быстрее и шире, чем предполагалось, происходит нередко без оценки рисков наиболее тяжелых БШ. Сокращение коек в Российской Федерации без развития стационарзамещающих

лечебно-реабилитационных форм внебольничной помощи [3] снижает доступность острой интенсивной помощи, и может привести к росту суицидальной смертности БШ.

Выводы и обсуждение.

У БШ высок риск суицидального поведения на всем протяжении процесса по сравнению с общим населением; возможно, он сверхвысок в дебюте и в ремиссии, но большинство БШ относится к группе суицидального риска лишь формально, по факту психического расстройства. Суицид БШ – трагичное, экономически затратное [7], но, к счастью, относительно редкое (затрудняя прогностические выкладки) и потенциально обратимое событие. Своевременно выявить и предупредить суицидальное поведение БШ – необходимый клинический навык любого врача. При общих методологических недостатках исследований риска суицида БШ: не выявление симптомов, малые и неоднородные клинические выборки, отсутствие стандартизации определения суицидального и галлюцинаторного поведения, большинство выводов современных метаанализов [55, 59, 63, 89] сходно (табл. 2).

Таблица 2

Факторы риска суицидов больных шизофренией

Фактор риска	Существенная связь с суицидом	Незначительная связь
Социально-демографические	Мужской пол, молодой возраст, незанятость, одиночество, высокие добелезненные достижения и ожидания.	Этническая принадлежность. Одинокие (не женатые или незамужние), селяне. Бедность
Клинические и организационные	Депрессия: безнадежность, низкая самооценка, самоуничтожение.	Позднее начало, длительность процесса
	Императивные галлюцинации и бред*; психическая боль; страх психического распада, двигательное беспокойство. Неадекватные лечение и надзор, уклонение от лечения.	
Коморбидные расстройства	Мучительная физическая болезнь	
Наследственность	Суициды в семье	
Суицидальные попытки, мысли в анамнезе	Сильная связь	
Употребление ПАВ (особо спиртным)		Курение
Стрессогенное жизненное событие		Потенциальный риск при детской психологической травме
Доступ к средству суицида (лекарственные препараты, открытое окно).	Сильная связь	

* усугубляют актуальный риск

Факторы риска отчасти сходны с общим населением (депрессия, предыдущая суицидальная попытка, злоупотребление ПАВ), иные, как страх («потери «Я» не самоочевидны. Некоторые факторы (снижение функционирования, низкая приверженность к лечению) общие для любой хронической болезни, другие – диагностически специфичны («голоса», возможно, нейрокогнитивный дефицит).

Психосоциальный дистресс как триггер переводит изначально уязвимого БШ из группы долгосрочного («дремлющего») риска в состояние *острого* суицидального кризиса [1, 4]. Роль неблагоприятных событий факторов не умалена у психотического больного [1, 4], но она возрастает в ремиссии в связи с низкой стрессоустойчивостью БШ и неумением решать типовые жизненные коллизии (возможно, в связи с нарушениями социальной когниции) особо на фоне завышенных требований при стихийной социальной реабилитации. Шизофрения как любой недуг, сопряжена порой с невыносимым для БШ страданием. Суицид становится *гибельным* решением избавления от безнадежности и социальной изоляции. Части суицида, по К. Меннингеру: желание убивать, желание быть убитым, желание умереть, дополнены неисполненным желанием спастись, вписанным в модель «побега» через лазейку суицида [20]. В психозе путь «спасения» символичен, что не позволяет однозначную оценку суицидального поступка больных шизофренией.

Предупреждающие знаки (отчаяние, сообщение о намерениях) требуют неотложного вмешательства. Выяснение суицидальных мыслей (как и риска агрессии) – обязательная часть рутинной психиатрической оценки. «Непредсказуемость» и «импульсивность» суицидов БШ, видимо, миф психиатрии. Перед суицидом БШ напряжены, беспокойны [43] и амбивалентны (как большинство суицидентов), но при созревшем решении (плане) покончить с собой успокаиваются [89], замыкаются. «Зловещее спокойствие» перед суицидом в диссонансе с невыносимыми (и невыразимыми) безнадежностью и страданием означает отказ от жизни. Состояние БШ, как и большинства иных жертв, непосредственно перед суицидом обычно неясно. Метод аутопсии исключает оценку внутриспихических переменных перед суицидом, но он важен при понятном отсутствии проспективных данных.

Индивидуальный прогноз затруднен малой значимостью отдельных прогностических факторов биопсихосоциального феномена суицидального поведения. Шизофрения – разнородная группа психических расстройств, претерпевает этапы развития и регрессиентности с различной вовлеченностью средовых и личностных факторов риска, набор факторов риска последних отлична у одного БШ в различные периоды «жизни в болезни» [1, 4]. Интегративный подход оценки риска суицидального поведения БШ учитывает динамическое взаимодействие социально-демографических, клинических, организационных и психосоциальных факторов с защитными (антисуицидальными), согласно модели «диатез-стресс» [70]. Многоосевой диагноз с определением фазы шизофрении, коморбидности и функциональных возможностей БШ позволяет соотнести отдельного БШ с группой высокого риска суицида – ключевой момент краткосрочного (на 24-48 часов) прогноза для выбора условий и содержания лечения и долгосрочного – предупреждения суицидального поведения. В частично пересекающиеся группы риска входят БШ с сочетанными клинико-социальными проблемами (одинокие, часто госпитализированные, уклоняющиеся от лечения, молодые инвалиды), обычно «проваливающиеся меж ячей» типовой психиатрической помощи и требующие многопрофессионального бригадного подхода [3] с привлечением суицидолога. Так, кумулятивный индекс риска «микстов» – составляющая ряда факторов и событий как импульсивности и социальной изоляции, отказа от лечения, усугубления бреда и депрессии, частых госпитализаций.

Риск суицидального поведения БШ может быть снижен при сочетанном медикаментозном и психосоциальном лечении (наиболее действенный антисуицидальный фактор) депрессивных и психотических симптомов, злоупотребления ПАВ и сопутствующих физических болезней при контроле приверженности к терапии и целевом обучении персонала (содержание части II данного обзора).

Уровни суицидов БШ в разных странах, возможно, отличны. Мало известно насколько динамика суицидального поведения населения в Российской Федерации соотносится с таковой у БШ. Если уровень суицидов на государственном уровне – показатель психического здоровья населения в связи со строгой связью с

психическими расстройствами, то показатели суицидов больных шизофренией свидетельствуют об эффективности специализированной лечебно - реабилитационной помощи. Суицидальное поведение БШ должно быть учтено при совершенствовании ее структуры и функции, приближенных к реальным проблемам наиболее тяжелых пациентов.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. – 48 с.
2. Бугрова Е.И., Любов Е.Б. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 5. – С. 65-70.
3. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22, вып. 4. – С. 5-9.
4. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией: Методические рекомендации / Под научным руководством А.Г. Амбрумовой. – М., 1987. – 17 с.
5. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство. Часть. I. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Том 20, вып. 1. – С. 91-99.
6. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22, вып. 4. – С. 51-56.
7. Любов Е.Б. Морев М.В. Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
8. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 12, вып. 3. – С. 36-42.
9. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное / Под ред. И.Я. Гуровича / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов. – М.: ОООИ «Новые возможности», 2009. – 129 с.
10. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами: Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Москва, 2012. – 48 с.
11. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: ФОЛИУМ, 2005. – 200 с.
12. Цупрун В.Е. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера. Методические рекомендации. – М., 1986. – 15 с.
13. Катамнез суицидентов и вопросы профилактики покушений на самоубийство среди больных ПНД / Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. Сб. научных трудов НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1990. – С. 87-92.
14. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education, and marriage: a suicidal cocktail among psychiatric patients // Arch. Gen. Psychiatry. – 2007. – Vol. 64. – P. 1377-1384.
15. Alaraisänen A., Miettunen J., Räsänen P. et al. Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2009. – Vol. 44. – P. 1107-1110.
16. Allebeck P., Varla A., Kristjansson E. et al. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. – 1987. – Vol. 76. – P. 414-419.
17. Altamura A.C., Bassetti R., Bignotti S. et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 60. – P. 47-55.
18. American Psychiatric Association practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, Suppl. 11. – P. 1-60.
19. Appleby L, Shaw J., Amos T. et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey // BMJ. – 1999. – Vol. 318. – P. 1235-1239.
20. Baumeister R.F. Suicide as escape from self // Psychol. Rev. – 1990. – Vol. 97, № 1. – P. 90-113.
21. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M. et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // Am. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 142. – P. 559-563.
22. Besnier N., Gavaudan G., Navez A. et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification // Encephale. – 2009. – Vol. 35, № 2. – P. 176-181.
23. Bleuler E. Dementia praecox on the group of schizophrenia. NY, 1950.
24. Borges G., Angst J., Nock M.K. et al. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys // J. Affect. Dis. – 2008. – Vol. 105, № 1-3. – P. 25-33.
25. Bourgeois M., Swendsen J., Young F. et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 1494-1496.
26. Bronisch T. The typology of personality disorders – diagnostic problems and their relevance for sui-

- cidal behavior // *Crisis*. – 1996. – Vol. 17. – P. 55-58.
27. Brown G.K., Beck A.T., Steer R.A., Grisham J.R. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 371-377.
 28. Bushe C.J., Taylor M., Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint // *Psychopharmacol.* – 2010. – Vol. 24, Suppl. 4. – P. 17-25.
 29. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenia: a high risk factor for suicide: clues to risk reduction // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1992. – Vol. 22. – P. 479-493.
 30. Canetto S.S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 2008. – Vol. 78. – P. 259-266.
 31. Cannon M., Buckley P., Larkin C. Suicide in schizophrenia // *Ir. J. Psychol. Med.* – 1991. – Vol. 8. – P. 19-21.
 32. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review // *Psychol. Med.* – 2003. – Vol. 33. – P. 395-405.
 33. Cem Atbaşoglu E., Schultz S.K., Andreasen N.C. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2001. – Vol. 13. – P. 336-341.
 34. Chen E., Chan W., Wong P. et al. Suicide in Hong Kong: a case-control psychological autopsy study // *Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36. – P. 815-825.
 35. Cohen L.J., Test M.A., Brown R.L. Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study // *Am. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – P. 602-607.
 36. Conley R.R., Ascher-Swanum H., Zhu B. et al. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 90. – P. 187-197.
 37. Crawford M.J. Suicide following discharge from in-patient psychiatric care // *Adv. Psychiatric Treat.* – 2004. – Vol. 10. – P. 434-438.
 38. Currier G.W. Psychiatric bed reductions and mortality among persons with mental disorders // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 851.
 39. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 47. – P. 127-134.
 40. Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J. et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) surveys // *JAMA.* – 2004. – Vol. 291. – P. 2581-2590.
 41. Drake R.E. Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients / Tatarelli R, Pompili M, Girardi P, eds. *Suicide in schizophrenia*. NY: Nova Science Publishers Inc, 2006.
 42. Evans J., Middleton N., Gunnell D. Social fragmentation, severe mental illness and suicide // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 39. – P. 165-170.
 43. Farberow N., Shneidman E., Neuringer C. Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1966. – Vol. 142. – P. 32-44.
 44. Fawcett J., Clark D.C., Busch K.A. Assessing and treating the patient at risk for suicide // *Psychiatr. Ann.* – 1993. – № 23. – P. 244-255.
 45. Fedyszyn I.E., Robinson J., Matyas T. et al. Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis // *Psychiatry Res.* – 2010. – Vol. 175. – P. 98-103.
 46. Fenton W.S. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2000. – Vol. 30. – P. 34-49.
 47. Fialko L., Freeman D., Bebbington P.E. et al. Understanding suicidal ideation in psychosis: Findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) Trial // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 114. – P. 117-186.
 48. Goldacre M., Seagroatt V., Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care // *Lancet.* – 1993. – Vol. 342. – P. 283-286.
 49. Gould M.S., Wallenstein S., Davidson L. Suicide clusters: A critical review // *Suicide and Life-Threat. Behav.* – 1989. – Vol. 19. – P. 17-29.
 50. Gut-Fayand A., Dervaux A., Olie J.P. et al. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity // *Psychiatry Res.* – 2001. – Vol. 102. – P. 65-72.
 51. Haghghat R. A discourse for hope: on defenses against suicide in people with schizophrenia. NY: Nova Science Publishers, 2007. – P. 189-213.
 52. Haklai Z., Goldberger N., Stein N. et al. The Mortality risk among persons with psychiatric hospitalizations. // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* – 2011. – Vol. 48. – P. 230-239.
 53. Hansen L., Jones R.M., Kingdon D. No association between akathisia or parkinsonism and suicidality in treatment-resistant schizophrenia // *J. Psychopharmacol.* – 2004. – Vol. 18. – P. 384-387.
 54. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A., Venarde D.F. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Clin. Neurosci. Res.* – 2001. – Vol. 1. – P. 345-350.
 55. Hawton K., Sutton L., Haw C. et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors // *Br. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 187. – P. 9-20.
 56. Healy D., LeNoury J., Harris M. et al. Mortality in schizophrenia and related psychoses: data from two cohorts, 1875-1924 and 1994-2010 // *BMJ. Open.* – 2012. – № 2. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001810

57. Heilä H., Isometsa E.T., Henriksson M.M. et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 1235-1242.
58. Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation: what could have been prevented? // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. – Vol. 81. – P. 231-235.
59. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // *J. Psychopharmacol.* – 2010. – Vol. 24, Suppl. 4. – P. 81-90.
60. Hu W.H., Sun C.M. et al. A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan // *Schizophr. Res.* – 1991. – Vol. 5. – P. 43-50.
61. Isometsa E. Psychological autopsy studies – a review // *Eur. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 16. – P. 379-385.
62. Kaplan K.J., Harrow M. Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaffective patients: a disease-based interactive model // *Suicide Life Threat. Behav.* – 1999. – Vol. 29. P. 10-24.
63. Kasckow J., Felmet K., Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia // *CNS Drugs.* – 2011. – Vol. 25. – P. 129-143.
64. Khan M.M., Mahmud S., Mehtab K. et al. Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan // *Br. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 193. – P. 402-405.
65. Khasakhala L., Sorsdahl K.R., Harder V.S. et al. Lifetime mental disorders and suicidal behaviour in South Africa // *Afr. J. Psychiatry (Johannesbg).* – 2011. – Vol. 142. – P. 134-139.
66. Kreyenbuhl J.A., Kelly D.L., Conley R.R. Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 58. – P. 253-261.
67. Kuo C.J., Tsai S.Y., Lo C.H. et al. Risk factors for completed suicide in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 66. – P. 579-585.
68. Lewis L. Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia // *Bull. Menninger. Clin.* – 2004. – Vol. 68. – P. 231-244.
69. Lönnqist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. Ed. D. Wassermann, C. Wassermann / *Suicidology and suicide prevention.* NY: Oxford University Press, 2009. – P. 275-286.
70. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 256. – P. 181-189.
71. Martelli C., Awad H., Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention // *Encephale.* – 2010. – Vol. 36, Suppl 2. – P. 83-91.
72. Mayer Gross W., Slater E., Roth M. *Clinical psychiatry.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1955.
73. McGirr A., Turecki G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions // *Schizophr. Res.* – 2008. – Vol. 98, № 1-3. – P. 217-224.
74. Meltzer H.Y., Alphas L., Green A.I. et al. International Suicide Prevention Trial (InterSePT) // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 82-91.
75. Miles C.P. Conditions predisposing to suicide: a review // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1977. – Vol. 164. – P. 231-246.
76. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients // *Br. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 160. – P. 398-401.
77. Montross L., Zisook S., Kasckow J.W. Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 17. – P. 173-182.
78. Morgan H.G., Priest P. Suicide and other unexpected deaths among psychiatric in-patients: the Bristol confidential inquiry // *Br. J. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 158. – P. 368-374.
79. Moscicki E.K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1997. – Vol. 20. – P. 499-517.
80. Mundt Ch. Suicides by schizophrenics – comments on genesis and prevention based on several case reports // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 1984. – Vol. 34. – P. 187-222.
81. Nasrallah H.A., Smeltzer D.J. Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia. *Handbooks in Health Care.* Newton (PA), 2002.
82. Nock M.K., Hwang I., Sampson N.A., Kessler R.C. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication // *Mol. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 15. – P. 868-876.
83. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 43, Suppl. – P. 98-106.
84. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E. et al. Change in suicide rates for patients with schizophrenia from 1981 to 1997. A nested case-control study // *Ugeskr Laeger.* – 2004. – Vol. 166. – P. 4602-4606.
85. Osmond H., Hoffer A. Schizophrenia and Suicide // *Orthomolecular. Psychiatry.* – 1978. – Vol. 7. – P. 57-67.
86. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62. – P. 247-253.
87. Phillips M.R., Yang G., Zhang Y. et al. Risk factors for suicide in China: A national case-control

- psychological autopsy study // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360. – P. 1728-1736.
88. Pinikahana J., Happell B., Keks N.A. Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990–1999) and implications for mental health nursing // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2003. – Vol. 24. – P. 27-43.
 89. Pompili M., Amador X.F., Girardi P. et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future // *Ann. Gen. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 6, № 10. – P. 122-125.
 90. Pompili M., Lester D., Grispini A. et al. Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study // *Psychiatry Res.* – 2009. – Vol. 167. – P. 251-257.
 91. Qin P., Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 427-432.
 92. Raffard S., Bayard S., Capdevielle D. et al. Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model // *Encephale*. – 2008. – Vol. 34. – P. 597-605.
 93. Ran M.S., Chan C.L.W., Chen EYH. et al. Differences in mortality and suicidal behaviour between treated and never-treated people with schizophrenia in rural China // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195. – P. 126-131.
 94. Raymont V. Suicide in schizophrenia: how can research influence training and clinical practice? // *Psychiatr. Bull.* – 2001. – Vol. 25. – P. 46-50.
 95. Restifo K., Harkavy-Friedman J.M., Shrout P.E. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2009. – № 197. – P. 147-153.
 96. Reutfors J., Brandt L., Jönsson E.G. et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study // *Schizophr. Res.* – 2009. – Vol. 108. – P. 231-237.
 97. 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.
 98. Rossau C.D., Mortensen P.B. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study // *Br. J. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 171. – P. 355-359.
 99. Roy A., Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk // *Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2009. – Vol. 32. – P. 863-883.
 100. Saarinen P., Hintikka J., Lehtonen J. Somatic symptoms and risk of suicide // *Nord. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52. – P. 311-317.
 101. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. Is the differential mortality gap worsening over time? // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64. – P. 1123-1131.
 102. Sinclair J.M.A., Mullee M.A., King E.A., Baldwin D.S. Suicide in schizophrenia: A retrospective case-control study of 51 suicides // *Schizophr. Bull.* – 2004. – Vol. 30. – P. 803-812.
 103. Siris S.G. Suicide and schizophrenia // *J. Psychopharmacol.* – 2001. – Vol. 15. – P. 127-135.
 104. Strauss J.S. Subjective experiences of schizophrenia. // *Schizophr. Bull.* 1989. Vol. 15. P. 179-187.
 105. Tandon R., Jibson M.D. Suicidal behavior in schizophrenia: diagnosis, neurobiology, and treatment implications // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 16. – P. 193-197.
 106. Thong J.Y., Su A.H., Chan Y.H., Chia B.H. Suicide in psychiatric patients: case-control study in Singapore // *Aust. NZ J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 42. – P. 509-519.
 107. Tihonen T., Lönnqvist J., Wahlbeck K. et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P. 620-627.
 108. Ubel P.A., Hirth R.A., Chernew M.E., Fendrick A.M. What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? // *Arch. Internal Med.* – 2003. – Vol. 163. – P. 1637-1641.
 109. Waern M., Runeson B.S., Allebeck P. et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 450-455.
 110. Warnes H. Suicide in schizophrenics // *Dis. Nerv. Syst.* – 1968. – Vol. 29. – P. 35-40.
 111. Westman J., Hasselström J., Johansson S.E., Sundquist J. The influence of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 409-414.
 112. Yoon J., Bruckner T.A. Does deinstitutionalization increase suicide? // *Health Serv. Res.* – 2009. – Vol. 44. – P. 1385-1405.

SUICIDE AND SCHIZOPHRENIA: RATES AND RISK FACTORS

E.B. Lyubov, V.M. Tsuprun

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

Suicide is the leading cause of premature death in schizophrenia. Estimates of rates of suicide and risk factors associated with later suicide were identified, and the risk factors were grouped according to type and strength of association with suicide. Consensus on the lifetime risk of suicide was a rate of approximately 5%. Risk factors with a strong association with later suicide included being young, male, and with a high level of education. Illness-related risk factors were important predictors, with number of prior suicide attempts, depressive symptoms, active hallucinations and delusions, and the presence of insight all having a strong evidential basis. A family history of suicide, and comorbid substance misuse were also posi-

tively associated with later suicide. The only consistent protective factor for suicide was delivery of and adherence

to effective treatment.

Key words: schizophrenia, suicide, risk factors.

УДК 616.89-008.441.44 (571.56)

КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

Н.Б. Семенова

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, Россия

Контактная информация:

Семенова Надежда Борисовна – д.м.н., зав. лабораторией психического здоровья и социальной адаптации ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск. Телефон: 8-913-539-86-02, e-mail: semenova-nadejda237@yandex.ru

Статья посвящена изучению причин и факторов риска высокой суицидальной активности у коренных народов Севера. Рассмотрены когнитивные факторы риска. Дана сравнительная характеристика психических процессов у детей коренного и некоренного населения, проживающих в Республике Саха (Якутия). Выявлено, что у детей коренного населения имеются типологические особенности высшей нервной деятельности, которые заключаются в меньшей подвижности психических процессов и правополушарной доминантности в функционировании ЦНС. Эти особенности лежат в основе сниженной динамической адаптации коренных северных народов и их повышенной уязвимости в отношении социальных стрессов.

Ключевые слова: психическое здоровье, коренное население, этнос, суициды, подростки, когнитивные функции, психические процессы, полушарная доминантность, Север.

Показатели распространенности самоубийств в разных регионах России значительно различаются и наиболее высоки в национальных субъектах РФ. Отражением крайнего социального неблагополучия являются высокие показатели суицидов среди детей и подростков коренных народов Севера и Сибири. Так, в Республике Саха (Якутия) показатель самоубийств среди младших подростков в возрасте 10-14 лет составляет 13,4 на 100 тысяч, а среди молодежи 15-19 лет достигает 74,2 на 100000 [5]. Среди коренного населения Якутии показатель самоубийств в 4 раза превышает уровень суицидов среди некоренного населения. Данные факты свидетельствуют о более высокой суицидальной активности коренных народов и диктуют необходимость углубленного изучения причин этого явления.

Известно, что важную роль в формировании суицидального поведения играют личностно-психологические особенности, в том числе отсутствие навыков конструктивного решения проблем, неумение правильно оценивать ситуацию и находить выход из нее [1, 4]. Эти факторы можно отнести в группу когнитивных факторов риска.

Исследованиями отечественных и зарубежных ученых, проведенными на представителях северных популяций, выявлено, что у коренных северных народов имеются типологические особенности высшей нервной деятельности, в частности, правополушарная доминантность в функционировании ЦНС [6, 9]. Показано, что преобладание функции того или иного полушария связано с индивидуальным стилем эмоционального реагирования. У индивидов склонных к тревоге и депрессии определяется более высокая активность фронтальной доли коры головного мозга, что подтверждается регистрацией электрических потенциалов головного мозга при записи электроэнцефалографии и функциональными пробами при проведении нейропсихологических исследований [10, 11].

Целью настоящего исследования явилось изучение этнических особенностей психических процессов у коренных народов Севера как фактора риска формирования суицидального поведения.

Материал и методы.

Обследованы дети младшего школьного возраста, учащиеся 3-4 классов общеобразова-

тельных школ, проживающие в пяти поселках Усть-Янского района Республики Саха (Якутия): Депутатский, Казачье, Усть-Куйга, Усть-Янск, Сайылык. Всего обследовано 199 детей, из них 145 детей коренного населения (якуты, эвены) и 54 ребенка некоренного населения.

Мы применяли психологические методики невербального плана, общепринятые в мировой практике для проведения кросскультуральных исследований (Анастаси А., 2001): «Воспроизведение цифровых рядов» (WISC-III – Wechsler, 1991), «Кодирование» (WISC-III – Wechsler, 1991), проективный рисуночный тест «Нарисуй человека» (Венгер А.Л., 2003), субтест «Классификация картинок» (OLSAT, редакция 1996 г.), рисуночный тест Силвера (Силвер Р., Копытин А. И., 2002)

Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA for Window Version VI. Статистический анализ количественных признаков проводился с подсчетом среднего арифметического значения (M) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Сравнение двух несвязанных групп по количественному признаку проводилось с использованием непараметрического метода U-критерия Манна-Уитни.

Исследование проведено в рамках Постановления Правительства РС (Я) от 24 декабря 2009 года № 583 «Об утверждении Межведомственного плана профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних на 2010-2012 годы «Я выбираю жизнь».

Результаты и обсуждение.

Якутия относится к самым холодным регионам нашей страны. Суровый климат и вечная мерзлота – основное отличие этого региона. Среднегодовая температура в Якутии колеблется около 0°C , а зимняя температура воздуха падает до рекордных значений: $-60-65^{\circ}\text{C}$. Большую часть времени года составляет зима с плотным залеганием снежного покрова, пронизывающими ветрами и длительными полярными ночами [2].

Северные ландшафты отличаются суровостью и величием. На территории Якутии расположены три природные зоны – тундра, лесотундра и тайга. Основная часть территории представлена ледяными пустынями, тундрой и лесотундрой с многолетним промерзанием пород. Зимой здесь на многие сотни километров простирается огромная снежная пустыня, в

которой ничего нет кроме льда и снега. Из всех существующих на Земле природных зон тундра наименее приспособлена для жизни. Существует только один способ выживания в этих условиях – кочевой образ жизни. Поэтому большинство жителей тундры переезжают с места на место со стадами оленей в поисках новых пастбищ и поиска пропитания охотой или рыболовством.

Помимо холода и вечной мерзлоты, другой серьезной проблемой являются ураганные ветры и пурга, которые валят человека с ног, обжигают лицо и затрудняют дыхание. Суровые климатические условия предъявляют высокие требования к адаптационным механизмам человека и меняют весь его образ жизни. Зимой здесь нельзя торопиться, бегать и даже быстро ходить, невозможно глубоко дышать. Порой невозможно выйти на улицу более, чем на 10-15 минут. Все физиологические процессы подчинены суровым условиям Севера.

Большое значение в регионах крайнего Севера имеют особенности фотопериодизма – продолжительности светового дня и соотношения между темным и светлым временем суток. Сочетание зимней стужи с исключительной продолжительностью темного времени суток и расцвета природы во время полярного дня формирует особое представление о времени, замедляя его ход.

Суровая среда оказывала огромное влияние на образ жизни, восприятие окружающего мира и мышление коренных народов. В процессе эволюции выработывался спокойный, умиротворенный, философский подход ко всему, без излишней болтовни и пустословия. Для традиционного мировоззрения коренных народов характерен анимизм, поклонение духам и олицетворение всего, что их окружает. Верования и взгляды имеют древнейшее происхождение и представляют собой общий культ Природы, веру в злых и добрых духов. Помимо анимизма у северных народов имеется и другая традиционная религия – шаманизм, с большой и могущественной кастой служителей религиозного культа – шаманами, которые являются связующим звеном между людьми и духами. Северяне верят в способность шаманов влиять на свою и чужую судьбу, а шаманские камлания всегда вызывают к себе интерес.

Не смотря на то, что более двухсот лет назад на территории Якутии появилось христианство, вера в духов очень сильна до сих пор, и

является основным отражением происходящих в природе процессов. Для коренных народов Севера важен любой звук, исходящий из окружающего мира. Каждый сигнал несет в себе смысловую нагрузку, а многие события имеют сакральное значение и обладают живой силой, от которой зависит судьба человеческого рода. Существует множество легенд и сказаний, которые передаются из поколения в поколение. Это и тайна озера Лабынкыр с живущим на дне чудовищем. Это и аномальная зона планеты – «Долина смерти», где в одном из трех котлов, находящихся под землей, лежат черные одноглазые люди, одетые в железные одежды [7, 8]. Это и феномен Арктики – исчезающий остров, таинственная Земля Санникова. Это и легенда о диком человеке – чучуне, которая весьма распространена среди коренных народов Севера [3].

Таким образом, формирование психических процессов у коренных народов Севера происходило в суровых климатических условиях. Особенности фотопериодизма и продолжительные полярные ночи сказывались на скорости протекания психических процессов, а суровость и величие северных ландшафтов формировали особый склад восприятия и мышления.

Наши исследования показали, что функциональные параметры ЦНС (память, внимание, умственная работоспособность) у детей коренного населения ниже, по сравнению с детьми европеоидов. Так, при обследовании механической памяти (методика «Воспроизведение цифровых рядов» в прямом и обратном предъявлении) показатели запоминания у детей коренного населения оказались ниже, чем у детей некоренного населения. Объем запоминания цифр в прямом предъявлении у детей коренного населения составил 4,0 (95% ДИ=3,9-4,2), у детей некоренного населения 4,5 (95% ДИ=4,3-4,8), $p < 0,001$. Объем запоминания цифр в обратном предъявлении у детей коренного населения составил 3,0 (95% ДИ=2,8-3,2), у детей некоренного населения 3,2 (2,9-3,6), $p > 0,05$. Суммированный показатель запоминания цифр в прямом и обратном предъявлении составил у якутов и эвенов 7,1 (95% ДИ=6,8-7,4), у детей некоренного населения 7,9 (95% ДИ=7,4-8,3), $p = 0,02$.

Для исследования умственной работоспособности (методика «Кодирование») детям предлагалось за определенный промежуток времени (в нашем случае за 45 секунд) обрабо-

тать знаки на специальном стимульном бланке. При обработке результатов получено, что дети якутов и эвенов за необходимое время обработали 17,2 знаков (95% ДИ=16,3-18,1), дети европеоидов 19,6 (95% ДИ=18,3-20,9), $p < 0,001$. Количество ошибок при выполнении методики у детей коренного населения составило 1,3 (95% ДИ=0,6-2,0), у детей пришлого населения 0,05 (95% ДИ=0,02-0,1), $p > 0,05$.

Для изучения особенностей восприятия мы использовали рисуночные тесты (методика «Рисунок человека» в интерпретации А.Л. Венгер). При выполнении задания якуты и эвены продемонстрировали лучшие результаты, по сравнению с детьми пришлого населения. Общий балл за выполнение методики у детей коренного населения составил 21,1 (95% ДИ=20,6-21,5), у детей европеоидов 20,1 (95% ДИ=19,5-20,7), $p = 0,02$. У детей коренного населения лучше развиты навыки рисования, они более детально и тщательно прорисовывают фигуру человека, обращают внимание, как на главные, так и на второстепенные детали.

При обследовании интеллектуальных функций по результатам методик невербального плана существенных различий между детьми разных этнических групп не выявлено. Так, при выполнении субтеста «Классификация картинок» результат у детей коренного населения составил 8,3 (95% ДИ=7,9-8,7), у детей некоренного населения – 8,4 (95% ДИ=7,8-9,1), $p > 0,05$.

Для оценки пространственного мышления мы использовали рисуночный тест Р. Силвер (субтест «Понятие последовательного порядка»). Данное задание демонстрирует возможность ребенка сохранять устойчивое представление о предметах, что лежит в основе логического или рационального мышления. Дети коренного населения выполняют задание с результатом 3,9 (95% ДИ=3,7-4,2), дети некоренного населения – 3,7 (95% ДИ=3,3-4,2), $p > 0,05$.

Для изучения особенностей когнитивных функций у представителей разных северных народов мы провели сравнение результатов у детей якутов и эвенов. При обследовании механической памяти различий между якутами и эвенами получено не было. Объем запоминания цифр в прямом предъявлении у якутов составил 4,1 (95% ДИ=3,9-4,3), у эвенов – 4,1 (95% ДИ=3,7-4,4), $p > 0,05$. Объем запоминания цифр в обратном предъявлении у якутов составил 3,2 (95% ДИ=2,9-3,4), у эвенов 2,8 (95% ДИ=2,4-3,2), $p > 0,05$. Общий объем запомина-

ния цифр у якутов составил 7,3 (95% ДИ=6,9-7,6), у эвенов 6,9 (95% ДИ=6,2-7,5), $p>0,05$.

Однако показатели умственной работоспособности оказались ниже у эвенов. При выполнении методики «Кодирование» эвены обработали за определенный отрезок времени 15,0 знаков (95% ДИ=13,2-16,8), якуты 17,2 знаков (95% ДИ=16,3-18,1), $p=0,048$. Эвены при выполнении методики допускают большее количество ошибок, чем якуты: 1,8 (95% ДИ=0,2-3,3) и 0,8 (95% ДИ=0,2-1,5), соответственно, хотя статистически это не подтверждено ($p>0,05$).

Сфера восприятия у якутов и эвенов развита одинаково, что подтверждается оценкой навыков рисования при выполнении теста «Нарисуй человека». Показатель теста у якутских школьников составил 21,2 балла (95% ДИ=20,7-21,7), у эвенов 20,8 балла (95% ДИ=19,6-22,0), $p>0,05$.

Степень восприятия отношений горизонтальности-вертикальности также не различается у якутов и эвенов. При выполнении теста Р. Силвера показатель понимания горизонтальности у якутов составил 3,3 балла (95% ДИ=3,0-3,6), у эвенов 2,8 балла (95% ДИ=2,1-3,4), $p>0,05$. Показатель понимания вертикальности у якутских детей составил 1,9 балла (95% ДИ=1,7-2,2), у детей эвенов 2,2 балла (95% ДИ=1,6-2,7), $p>0,05$.

Существенных различий в показателях интеллектуальных функций между якутами и эвенами также не выявлено. Это касается как логического мышления, так и аналитико-синтетической функции. Результат выполнения субтеста «Понятие последовательного порядка» у якутских школьников составил 3,9 балла (95% ДИ=3,6-4,2), у детей эвенов 4,2 балла (95% ДИ=3,7-4,6), $p>0,05$. Показатель выполнения методики «Классификация картинок» у якутов составил 8,4 балла (95% ДИ=7,9-8,9), у эвенов так же 8,4 балла (95% ДИ=7,6-9,3), $p>0,05$.

Обсуждение результатов.

Наши исследования показали, что у якутов и эвенов имеются этнические особенности психических процессов в функционировании высшей нервной деятельности. Для них характерна меньшая подвижность психических процессов, по сравнению с европеоидами, что подтверждается сниженным темпом умственной работоспособности и меньшим количеством обработанных знаков за определенное время ($p<0,001$).

Другой особенностью психических процессов характерной для якутов и эвенов является пространственно-образное восприятие, которое проявляется в навыках рисования. Их рисунки отличаются большей тщательностью, они лучше прорисовывают все детали, обращают внимание как на главные, так и на второстепенные признаки ($p=0,02$).

У якутов и эвенов хуже развита механическая память ($p<0,001$), по сравнению с европеоидами, что подтверждается меньшим объемом запоминания цифр в прямом и обратном предъявлении. В то же время, у них лучше развита сенсорная память ($p=0,02$), которая обеспечивает отражение, запечатление, сохранение, а в дальнейшем – воспроизведение увиденных ранее образов.

Согласно концепции доминантности полушарий, основная сенсорная память, заключающаяся в отражении запечатлении, сохранении и последующем воспроизведении увиденных образов, находится в правом полушарии (Симерницкая Э.Г., 1985; Хомская Е.Д., 1987). Это подтверждает тот факт, что у детей коренного населения ведущим является правое полушарие. Этим же можно объяснить и различия, полученные в ходе обследования механической памяти, при котором якуты и эвены показали меньший объем запоминания цифр в прямом и обратном предъявлении. Выявленные особенности мнестических процессов у коренных детей связаны с функциональной межполушарной асимметрией в обработке информации, которая различна с детьми пришлого населения.

Эти особенности обеспечивают удовлетворительную психическую адаптацию к существованию в северных широтах, в условиях сурового климата и арктического ландшафта.

Заключение.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей северных народов имеются типологические особенности высшей нервной деятельности, которые заключаются в меньшей подвижности психических процессов и правополушарной доминантности в функционировании ЦНС. Эти особенности формировались на протяжении многих веков под влиянием суровых климатических условий и закреплялись в генах в соответствии с законом естественного отбора. В современных социально-экономических условиях поменялся образ жизни северных народов. Освоение арктической зоны

привело к урбанизации среды, расширению социальных контактов, появлению новых социальных отношений, существенному увеличению информационного потока. Это предъявляет иные требования к адапционным механизмам коренных этносов. На сегодняшний день поведение коренных северных народов нельзя назвать адаптивным. Подтверждением тому служит не только высокий уровень суицидов, но и прочие признаки социального нездоровья этнических популяций, в том числе высокая распространенность алкоголизма и высокие показатели смертности от внешних причин (травмы, отравления, несчастные случаи). Мы считаем, что когнитивному компоненту здесь принадлежит ведущая роль.

Литература:

1. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3-18.
2. Гаврилова М.К. Климаты холодных регионов Земли. – Якутск: Изд-во СО РАН, 2003. – 206 с.
3. Гурвич И. С. Таинственный чучуна. История одного этнографического поиска. – М: Мысль, 1975 – 96 с.
4. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
5. Мартынова Т.Ф. Основные направления профилактики деструктивного поведения в детско-подростковой и молодежной среде Республики Саха (Якутия) // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 71-72.
6. Особенности распределения латерального фенотипа у школьников различных районов Красноярского края / О.И. Зайцева, И.А. Петрова, Л.С. Эверт, С.Н. Деревцова, Т.А. Колодяжная // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – № 10 (18). – www.sisp.nkras.ru
7. Пестерев В.И. Страницы истории Якутии в документах, легендах, мифах. – Якутск: Бичик, 2000. – 176 с.
8. Якутия удивительная и загадочная / Под ред. В.В. Шепелева. – Якутск: Бичик, 2009. – 240 с.
9. Dawson J.L. Alaskan Eskimo hand, eye, auditory, dominance and cognitive style // Psychologia. – 1977. – Vol. 20. – P. 121-135.
10. Frontal brain asymmetry in depression with comorbid anxiety: a neuropsychological investigation / Nelson B.D., Sarapas C., Robison-Andrew E.J., Altman S.E., Campbell M.L., Shankman S.A. // J. Abnorm. Psychol. – 2012. – Vol. 121. – P. 579-591.
11. Investigating models of affect: relationships among EEG alpha asymmetry, depression, and anxiety / Mathersul D., Williams L.M., Hopkinson P.J., Kemp A.H. // Emotion. – 2008. – Vol. 8. – P. 560-572.

COGNITIVE RISK FACTORS FOR SUICIDAL
BEHAVIOR AMONG INDIGENOUS PEOPLES
OF THE NORTH

N.B. Semenova

Medical scientific research institute
for northern problems, Russia

The paper studies the causes and risk factors of high suicidal activity among the indigenous peoples of the North. Cognitive risk factors were studied. Comparative characteristics of mental processes in children of indigenous and non-indigenous people living in the Republic of Sakha (Yakutia) was performed. The study revealed that indigenous children have typological features of higher nervous activity, consist in lower mobility of mental processes and right-hemisphere dominance of the CNS function. These features form the basis of a reduced dynamic adaptation of indigenous peoples of the North and their increased vulnerability to social stress.

Key words: mental health, indigenous population, ethnic group, suicide, teenagers, cognitive function, mental processes, hemispheric dominance, North.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

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

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

УДК: 616.89-008.441.44:616.89-008.441.15

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ЖЁНЫ КОТОРЫХ ИМЕЮТ ПАРАСУИЦИДАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ

А.В. Меринов, Е.А. Шитов, О.Ю. Сомкина

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – д.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Шитов Евгений Александрович – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: evgendoktor@mail.ru

Сомкина Ольга Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: skumbriya@bk.ru

Статья посвящена изучению влияния наличия суицидальной активности у жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на его суицидологические показатели и клинические характеристики. Показано, что мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в браках с парасуицидальными женщинами, чаще сами обнаруживают суицидальную активность (феномен суицидальной супружеской коморбидности). У них так же значительно чаще встречаются несуйцидальные паттерны поведения и широко представлены про-суицидальные предикторы. Данный контингент мужчин имеет высокий суицидальный потенциал и заслуживает пристального внимания при терапевтической работе с ними.

Ключевые слова: мужчины, страдающие алкогольной зависимостью; жены мужчин, страдающих алкогольной зависимостью; аутоагрессия; суицидальное поведение.

Вопросы экспериментально - психологических и клинических особенностей жён, состоящих в браках с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, в настоящее время сохраняют свою актуальность [3-5]. Известно, что частота суицидальных попыток у жён из подобных браков заметно выше, чем у женщин из семей, где муж не имеет проблем с алкоголем [1, 3]. Суицидальное поведение женщин в подобных семьях наиболее часто связывают с неблагоприятным воздействием пьющего мужа и генерируемой им семейной дисфункциональностью [1]. На данный счёт существует и иное мнение, предполагающее присутствие аутоагрессивных установок у потенциальных жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью ещё до брака [2]. Вступление в описываемые брачные отношения позволяет «легитимно» реализовывать собственную аутодеструктивную активность.

Целью исследования являлся ответ на вопрос, обладают ли какими-либо суицидологическими, наркологическими и терапевтическими особенностями мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, проживающие в

семьях, где жена супруга имела суицидальную активность. Или же они соответствуют основным соответствующим трендам по рассматриваемым характеристикам.

Согласно поставленной цели, основной задачей являлась оценка связи суицидальной активности у супруги с суицидологическими, наркологическими и терапевтическими характеристиками супруга, зависимого от алкоголя.

Материалы и методы исследования.

Было проведено обследование 36 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), клиническая группа А, жены которых имели в анамнезе суицидальную активность, и 89 МСАЗ, жены которых таковой активности не имели – клиническая группа В.

Возраст в первой группе составил – 41,7±4,2 года во второй – 42,0±4,5 года. Срок семейной жизни – 15,8±4,7 и 16,8±5,5 года соответственно. Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания, тип употребления алкоголя – псевдозапойный.

В качестве диагностического инструмента использовались: опросник для выявления ауто-

агрессивных паттернов и их предикторов [6], а также оценивались основные клинические и терапевтические характеристики пациентов в группах.

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.

Основные отличия в спектре аутоагрессивных паттернов, а так же предикторов аутодеструктивного поведения, между группами МСАЗ, жены которых имеют и не имеют суицидальную активность в анамнезе, приведены в таблице 1.

Обращает на себя внимание достоверно высокое количество суицидальных паттернов поведения у МСАЗ, жены которых имеют в прошлом или настоящем суицидальную активность (феномен суицидальной супружеской коморбидности). Количество предикторов аутоагрессивного поведения в период брачной жизни, отличающих МСАЗ, женатых на женщинах, имеющих суицидальные паттерны в анамнезе, ограничено всего двумя признаками:

склонностью к неоправданному риску и моментами безысходности.

Остальные предикативные феномены касаются добрачного периода жизни.

Теперь рассмотрим наркологические и терапевтические характеристики МСАЗ в группах. Достоверные отличия представлены в таблице 2.

Из предлагаемой таблицы видно, группа МСАЗ, жены которых имеют суицидальную активность, имеют клинику алкогольной зависимости более неблагоприятную, чем в группе МСАЗ, женатых на женщинах без суицидальной активности. Терапевтические характеристики так же складываются не в пользу МСАЗ, жены которых имеют суицидальный анамнез. Их достоверно характеризуют более низкие сроки терапевтических ремиссий (почти в два раза), полное отсутствие ремиссий сроком более пяти лет, срывы и рецидивы заболевания у большинства пациентов на фоне терапевтической программы при предыдущих попытках лечения.

Выводы:

1. Наличие суицидальной активности у жён из семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, подразумевает у их мужей определённый набор суицидологических и наркологических характеристик.

Таблица 1

Характеристика аутоагрессивной сферы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, жены которых имеют и не имеют суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с $p < 0,05$), в %

Признак	Группа А (n=36)	Группа В (n=89)
Суицидальная попытка в последние два года	22,22	7,78
Суицидальная попытка в период брака	36,11	19,10
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	52,78	23,60
Суицидальные мысли в последние два года	27,78	11,24
Суицидальные мысли в добрачный период	27,78	6,74
Суицидальные мысли в период брака	41,67	20,22
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	52,78	22,47
Периоды одиночества в добрачный период	27,78	11,24
Депрессивные реакции в добрачный период	38,89	16,85
Моменты безысходности в добрачный период	36,11	6,74
Моменты безысходности в период брака	50,0	28,09
Склонность к неоправданному риску в добрачный период	55,56	24,72
Склонность к неоправданному риску вообще	66,67	38,20

Таблица 2

Характеристика наркологических и терапевтических показателей МСАЗ, жены которых имеют и не имеют суицидальную активность в анамнезе (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Группа А (n=36)	Группа В (n=89)
Высокопрогредиентное течение заболевания	50,0%	17,98%
Низкопрогредиентное течение заболевания	8,33%	24,72%
Возраст формирования абстинентного синдрома (лет)	29,6±5,3	33,0±4,5
Употребление «тяжёлых» суррогатов	38,89%	11,24%
Продолжительность запойного периода (в днях)	8,9±4,1	6,2±5,5
Толерантность к алкоголю (в литрах в пересчёте на водку)	1,3±0,6	1,0±0,4
Длительность ремиссий (в месяцах)	15,0±9,6	27,1±10,3
Наличие ремиссий свыше пяти лет	0%	14,08%
Продление терапевтической программы по собственному желанию	6,9%	35,21%
«Срыв» на фоне терапевтической программы	93,33%	55,56%
Использование возможности досрочного снятия лечебной программы	37,93%	14,08%

2. Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в браке с женщинами, имеющими суицидальные тенденции, обнаруживают у себя достоверно высокую суицидальную активность (феномен суицидальной супружеской коморбидности). У них достоверно чаще встречается ряд предикторов аутодеструктивного поведения.

3. Брак с женщиной, имеющей суицидальные паттерны, подразумевает у МСАЗ определённую, в целом неблагоприятную наркологическую специфику, а так же худшие результаты терапии.

Литература:

1. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 23-33.
2. Меринов А.В. К феноменологии созависимости // XIV Съезд психиатров России 15-18 ноября 2005 г. (материалы съезда). – М., 2005. – С. 357.
3. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 15-20.
4. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпикрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин,

страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 28-39.

5. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 53-61.
6. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.

SUICIDAL AND CLINICAL PECULIARITIES OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE, WHOSE WIVES HAVE PARASUICIDAL ACTIVITY

A.V. Merinov, E.A. Shitov, O.Y. Somkina

Ryazan State Medical University, Russia

The article studies the influence of suicidal activity of wives on suicidal, narcological indexes specifications of their husbands suffering from alcohol dependence. It has been found out that men suffering from alcohol dependence married to women having suicidal activity as distinct from men suffering from alcohol dependence married to women without suicidal activity reveal suicidal activity more frequently (phenomenon of suicidal matrimonial comorbidity). They also reveal non-suicidal behavioral patterns more frequently and pro-suicidal predictors are quite common in them.

Key words: men suffering from alcohol dependence, wives of men suffering from alcohol dependence, auto-aggression, suicidal behavior.

СИТУАЦИЯ, НАДСИТУАТИВНОСТЬ И ПАРАСУИЦИД

В.И. Каневский

Черноморский государственный университет им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина

Контактная информация:

Каневский Виктор Ионович, к. психол. н., доцент кафедры социальной работы, психологии и педагогики Черноморского государственного университета им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина. Тел.: (0512) 56-81-47, e-mail: 2528kan@gmail.com

Рассматриваются аспекты ситуативного подхода и особенности целевой направленности у парасуицидентов в период ближайшего парасуицида в сравнении с контрольной группой. Установлено, что парасуицидентам присущи малое количество выдвигаемых целей, преобладание ближних целей, отражающих эгоцентрическую позицию личности, нейротизм. Рассмотрены социально-психологические особенности адаптации при постановке целей и изменения ряда личностных характеристик и состояний.

Ключевые слова: целевая направленность, ситуация, надситуативность, парасуицид, катамнез.

Проблема суицидального поведения (суицидов и парасуицидов) в настоящее время является актуальной на постсоветском пространстве [8, 11]. Специалисты, работающие с проблемами суицидентов – суицидологи, психологи, – постоянно имеют дело с кризисными ситуациями, поэтому обращение к ситуационному подходу вполне обосновано.

Термин «психология ситуации» ввел в научную литературу А. Валлон, хотя родоначальником ситуационного подхода следует считать К. Левина. Им изучалась вся ситуация в целом, когда в перцептивное поле внешних условий была включена личность. Отслеживались закономерные изменения, влияющие на поведение личности при варьировании внешних условий. Такой подход можно назвать ситуационным. Ситуацию как психологическую единицу в дальнейшем рассматривали и другие психологи.

Л.С. Выготский [6] и Л.И. Божович [3] говорили о социальных ситуациях развития, А. Валлон [4] – о ситуациях в развитии интеллекта, а Э. Фромм – о человеческой ситуации [12]. Затем под ситуациями стали понимать непосредственное взаимодействие окружающей среды и субъекта.

П.Я. Гальперин рассматривал предмет психологии через призму «ситуаций на основе их отражения» [7]. В действие личности как один из важнейших компонентов входят цели. Намечаемый план действий как непосредственная цель является отличительной чертой личности вообще.

В зарубежной психологии в рамках интеракционистского подхода М. Аргайл, А. Ферхем и Дж. Грахам в ведущие компоненты ситуации включали цели. Цели непосредственно связаны с мотивами и потребностями личности, и ведут к удовлетворению последних в каждой конкретной ситуации [2].

Каждая ситуация состоит из двух видов условий: внешних и внутренних. Внешние условия – обстоятельства (откуда, собственно, и возникло слово «ситуация»), внутренние включают спектр действий, который характеризуется широтой – количеством действий по решению задач определенного класса, и глубиной – мерой обобщенности и свернутости этих действий.

Непосредственно изучению целевой направленности личности уделяется значительное место в концепции футурреальной психологии Я.В. Васильева [5]. Футурреальная психология во главу угла ставит ориентацию личности на ситуации будущего времени, исходя из ситуаций настоящего времени. В направлении этой психологии Я. Васильев исходит из того, что изучать будущее мы можем через направленность личности, в которой операциональным компонентом является цель. Исследуя цели, мы изучаем направленность личности по тем предметам и объектам, на которые эти цели направлены.

Автором при анализе ситуаций был предложен свой вариант пространственно - временного континуума. Он позволил привести в соответствие отношения между пространственными и временными параметрами внешних

условий ситуации, а также соотнести эти внешние условия с внутренними условиями ситуации, т.е., с субъектом. Им была выявлена уровневая структура внутриситуационных отношений, которая состоит из трех уровней – ситуативного, ситуационного и надситуативного.

Цели выступают связующим звеном между реальными ситуациями настоящего времени и будущим, а за целями стоят мотивы и способы действия (Маркс К.: «...цели как закон определяют способы и характер действий человека»).

Для экспериментального исследования футурреальности личности была разработана «Методика исследования целевой направленности личности», что предполагает в исследовании применения эвентуального эксперимента (от гр. – возможность, случай). Анализ результата предполагал определение содержания целей, которые классифицировались по ширине и высоте. Под шириной понимается спектр действий, который дает количественную характеристику состава целей. В данной методике количество целей было ограничено – в среднем 20-ю целями, но возможны были и исключения как в сторону увеличения количества, так и уменьшения его, но в пределе лимита времени – 10 мин [5].

По высоте цели разделялись на три вида: близкие, средние и дальние, которые соответствовали ситуативным, ситуационным и надситуативным уровням.

Разделение целей на виды по удаленности от ситуаций настоящего времени отражают определенную степень проявления футурреальности личности. К ситуативному уровню относились близкие цели, выраженные одним или двумя словами, смыслом которых была меркантильная или утилитарная мотивация, и в основном они относились к личной сфере. Данный уровень отражает эгоцентричную позицию личности и отличается шизоидно-параноидальным синдромом черт личности.

Ситуационный уровень характеризовался средними целями, а предложения включали условия достижения целей или их оценку. Мотивация смысла целей на этом уровне была прагматичной или престижной и относилась в большей мере к учебно-профессиональной сфере. Ситуационный уровень отражает рациональную позицию личности и характеризуется снижением показателей клинических шкал методики ММРІ.

Надситуативный уровень отражает дальние и высокие цели, в которых проявляется забота о других, тенденции к саморазвитию и самосовершенствованию, а также указываются общечеловеческие ценности. Мотивация внутренняя и творческая и количественный состав сфер направленности личности обычно широкий. Этот уровень отражает альтруистическую позицию личности, а синдром черт – ипохондро-эмотивный.

Динамическая составляющая целевой направленности личности в «Методике...» определялась по соотношению двух рядов порядка целей. Первый ряд чисел отражал спонтанный список целей, а во втором – после ранжирования значимости целей для субъекта. Фактически этим соотношением устанавливаются бессознательно-сознательные отношения целевой направленности личности. Были установлены 4 типа: альтруистический, рациональный, упорствующий и парадоксальный [5].

Мы применяли этот подход при изучении поведения парасуицидентов, т.е. лиц, суицидальный акт которых не завершился летальным исходом [9]. Это позволяет также рассмотреть особенности кризисной ситуации и возможные пути преодоления ее последствий.

Материалы и методы.

Обследовано 85 человек, совершивших суицидальную попытку. Наблюдение проводилось в течение первой недели после совершения суицидальных действий (ближайший или острый постсуицид). Контрольная группа насчитывала 108 человек. В нее входили лица, не имевшие суицидальных попыток в анамнезе. Исследование проводилось в рамках международного проекта по изучению генетики суицидальных попыток, руководством проф. Д. Вассермана и проф. В.А. Розанова

Средний возраст экспериментальной группы (ЭГ) – 24,39 лет, средний возраст контрольной группы (КГ) – 23,58 года ($p < 0,533$), что свидетельствует об отсутствии достоверных статистических различий.

Применялись психодиагностические инструменты для оценки характеристик личности, эмоционального состояния и жизненного тонуса на момент исследования:

а) личностный опросник NEO-PI-R, разработанный американскими психологами Р.Т. Costa и R.R. McCrae [13], в его русскоязычной сертифицированной версии [10];

б) шкала депрессии Бека;

с) показатель благополучия ВОЗ (WHO Well-Being Index, в дальнейшем - WHO);

d) модифицированная шкала безнадежности (HS);

е) шкала оценки насильственных действий Плутчика (PFAV);

ф) шкала характеристик гнева TAS, состоящая из двух субшкал – *temperament* (t) и – *reaction* (r).

Ценностно-мотивационная сфера участников исследования определялась методикой «Целевая направленность личности».

Результаты и их обсуждение

Как показали результаты исследования, средний показатель количества целей в контрольной группе равен 18,56, а в экспериментальной – 4,26. Близких по удаленности целей – 5,74 и 2,97, средних целей – 8,11 и 0,62, а дальних – 4,65 и 0,59 соответственно. Обращает на себя внимание значительная разница на статистически достоверном уровне в количестве выдвинутых целей, с превалированием контрольной группы, особенно в средних и дальних целях.

Таблица 1

Распределение в группах целей по степени удаленности

Цели	ЭГ		КГ		t-критерий Стьюдента $p < 0,01$
	М	Std	М	Std	
Близкие	2,71	2,48	5,71	4,26	2,82
Средние	0,65	0,94	8,12	3,82	18,18
Дальние	0,58	0,95	4,68	3,1	12,06
Сумма целей	3,96	3,17	18,57	3,84	26,66

При определении типа личности, по условиям методики, следует ориентироваться на надситуативный уровень. Если он находится на первом месте в исходном списке (бессознательно продуцированных целей), то это значит, что неосознанно личность выдвигает на первые место общечеловеческие ценности.

Если же надситуативный уровень находится не на первом месте, определяем, какой уровень находится на первом и на каком – надситуативный. Таким образом, на первом месте могут быть ситуационный или ситуативный уровни. Определяющим для типа личности является сопоставление результатов, полученных при бессознательном построении списка и осознанно, т.е. показателей второй колонки, когда испытуемые ранжировали цели по субъективной значимости.

Мы рассчитываем в этом списке три уровня так же, как и в первом случае; отправной точкой вновь является надситуативный уровень. Если надситуативный уровень находится и в первом, и во втором списке на первых местах, этот тип личности называется альтруистичным. И бессознательно, и сознательно личность руководствуется «возвеличиванием потребностей», по словам П.В. Симонова, выдвигая на первые места высокие и дальние цели. Такой тип конструктивен в общении и в достижении целей.

В тех случаях, когда надситуативный уровень при бессознательной постановке находится не на первом месте, а при осознании поднимается на первое, этот тип рассматривают как рациональный. Субъект осознает результаты бессознательной деятельности и корректирует их. Если надситуативный уровень не был на первом месте, а затем также не поднялся на первое место, то этот тип квалифицируется как упорствующий: личность отличается ригидной установкой, упрямством, она не изменяет свое отношение к целям даже после осознания их значимости.

У испытуемых, принадлежащих к четвертому типу личности, при бессознательной постановке надситуативные цели были на первом месте, но при осознании они их опустили вниз. Такой тип назван парадоксальным. Испытуемые этого типа чувствуют себя комфортно, пока не обременены необходимостью принимать решения и нести за них ответственность; когда же они задумываются, то установка инверсирована. Наконец, последний тип был введен нами самостоятельно и квалифицировался как минималисты. Он встречался только в экспериментальной группе. Испытуемые смогли выдвинуть не более одной цели, как правило, близкой, отражающей их актуальное состояние.

Проведенное нами исследование дало следующие результаты (табл. 2).

Как видим, респонденты с минималистской установкой в контрольной группе отсутствуют, в то же время преобладают с альтруистической и рациональной. В группе суицидентов значительно выше доля упорствующих.

У парасуицидентов ближние цели связаны с фактором нейротизма ($r=0,285$; $p < 0,05$) (по опроснику NEO). Если понимать нейротизм как неумение приспособиться к жизни (в концепции NEO), то сочетание с близкими целями, преследующими возможность адаптации к

ближайшим ситуациям и удовлетворение базовых потребностей, тесно связанных с эгоцентризмом, вполне объяснима. С дальними целями связан только субфактор данной методики – чувства ($r=0,302$; $p<0,05$), предполагающий поглощенность своими эмоциями, делающий упор больше на эмоциональную сторону в структуре личности. Индивид, таким образом, открыт для своих эмоций. Правда, эмоции у парасуицидента, в основном, отрицательные и деструктивные.

Таблица 2

Типология целевой направленности
в исследуемы группах, в %

Тип направленности	Показатели (%)	
	ЭГ	КГ
Альтруисты	8,62	26,8
Рационалисты	18,97	42,26
Упорствующие	46,55	24,74
Парадоксальные	6,89	6,19
Минималисты	1,43	3,51

У парасуицидентов мы видим подтверждение тому, что ближние цели удовлетворяют базовые потребности и адаптивные ситуационные механизмы: для них не обязательны компетентность, скрупулезность, обязательность (в соответствии с субфакторами NEO), сознательность в целом (фактор С в NEO), т.е. волевое регулирование и планирование. Самоопределяясь, они неустойчивы: $r= - 0,265$ ($p<0,05$), т.е. не вырабатывают четкие критерии долженствования и обязательности или не следуют им.

Рассматривая роль фактора сознательности у респондентов КГ, отметим, что компетентность, подготовленность к решению жизненных ситуаций в их разнообразии предопределяет постановку задач, связанных с самоактуализацией: $r=0,262$ ($p<0,05$); самоактуализация – это также стремление к реализации поставленных целей, упорство в их достижении: $r=0,311$ ($p<0,01$) и взвешенность и методичность в действиях: $r=0,209$ ($p<0,05$).

Диалектика взаимоотношения целевой направленности и психологического состояния индивида прослеживается при рассмотрении данных и других диагностических методик, применявшихся нами при изучении особенностей суицидального поведения. Ближние цели в группе суицидентов коррелируют позитивно

с агрессивным поведением ($r=0,339$; $p<0,05$), а средние цели – с переживанием гнева ($r=0,216$; $p<0,05$) и отрицательно – с безнадежностью ($r= - 0,289$; $p<0,05$). Таким образом, можно констатировать, что целевая направленность парасуицидентов отличается близостью целей и их незначительным количеством по сравнению с контрольной группой на статистически достоверном уровне. Это указывает на то, что парасуициденты характеризуются узостью интересов и кругозора, а также меркантильной мотивацией. Фактически отсутствуют цели дальние в перспективе и высокие по духовно моральным ценностям. Присутствует «мелкотемье» в жизни и выборе целей.

Эффективность терапевтических интервенций, диагностика состояния парасуицидентов в динамике, способы адаптации их к жизни показательны в катанестическом обследовании. Мы выбрали группу ($n=10$) парасуицидентов из общего числа, которые согласились принять участие в обследовании год спустя после совершения суицидальной попытки.

Группа гомогенна – это женщины, средний возраст, $M_v=20,9$ лет. Метод попытки самоубийства – отравление: шифры X61/X63/X64 («намеренное самоотравление с использованием противосудорожных, седативно - снотворных, других препаратов, влияющих на вегетативную нервную систему, а также неуточненных лекарственных препаратов и веществ биологического происхождения и сознательное подвержение организма их действию») в соответствии с МКБ-10. Тяжесть попытки по шкале летальности в соответствии с «Медицинской шкалой повреждений» = 04 («коматозное состояние – отстраняется при воздействии болевых стимулов; рефлексы сохранены; состояние требует госпитализации»). По типу постсуицида пациенты разделились следующим образом: критический постсуицид – $n=8$, манипулятивный постсуицид – $n=1$, аналитический – $n=1$.

Парасуицидентам оказывалась кризисная поддержка, анализировались сложившиеся ситуации, способы разрешения их, на протяжении года поддерживались терапевтические контакты с ними. В процессе терапии проводились исследования целевой направленности личности, их личностных психологических характеристик и состояний.

Прежде всего отметим, что за прошедшее время изменилось количество продуцируемых целей: среднее арифметическое целей (Мц) в

постсуицидальном состоянии – 3,38; год спустя – 15,67, $t=6,0$. Заметим, что умение ставить необходимые для себя задачи, выбирать приоритетные, анализировать – это те умения, которые приобретает клиент в процессе терапии или консультирования. К.А. Абульханова-Славская отмечала, что умение ставить цели есть «... способность личности регулировать, организовывать свой жизненный путь как целое, подчиненное ее целям, ценностям, есть высший уровень и подлинное оптимальное качество субъекта жизни» [1]. Большинство целей в ранний постсуицидальный период были близкие – 66,7% от общего числа, что подтверждается и корреляцией с общей суммой целей: $r=0,748$ ($p<0,05$).

Исследование, проведенное спустя год, свидетельствует о динамических изменениях в целевой и личностной структурах. В первую очередь, это связано с целевой направленностью, что соответственно повлекло за собой коррекцию и других характеристик. Как мы отмечали, значительно увеличилось количество целей, а также трансформировалась их структура: больше стало средних по удаленности целей, что подтверждено на статистически значимом уровне, а также дальних (таблица 3). Кроме того, личностная типология также претерпела изменение.

Как можно заключить из данных таблицы 3, увеличились альтруистические тенденции и исчезли минималистские, появились рационалистские и понизились упорствующие. Можно говорить о прогрессе в сравнении с ранним постсуицидальным периодом, о процессе адаптации, учитывая, что средние по удаленности цели – это свидетельство рациональной позиции и ситуационного уровня; в то же время

необходимо обратить внимание на ряд особенностей этого этапа.

Постановка средних целей связана у наших респондентов в период ремиссии с враждебностью: $r=0,774$ ($p<0,05$), импульсивностью: $r=0,881$ ($p<0,01$), чувствами: $r=0,793$ ($p<0,05$), гневливостью как личностной чертой, Т (в отличие от реактивной гневливости, R): $r=0,962$ ($p<0,01$), а также депрессией по А. Беку: $r=0,821$ ($p<0,01$). Субфактор враждебность в концепции NEO измеряет индивидуальную готовность испытывать чувство гнева, но не показывает исчерпывающе степень его выражения, связанного в том числе с уровнем фактора А (Сотрудничество). Сам показатель субфактора враждебности невысок в сравнении с нормой: 51,88 (при норме 50,0), а показатель А выше, чем в постсуицидальный период: 56,75, $t=1,47$ ($p<0,168$).

Открытость чувств, предполагают поглощенность своими эмоциями и высокую ценность эмоций как важной составной части жизни личности, переживающей более дифференцированные эмоциональные состояния, а не только тоскливого или тревожного спектра: $t=1,79$ ($p<0,099$). Все это характеризует социализацию как эмоционально окрашенную. Кроме того, этот процесс связан с налаживанием и регуляцией межличностных отношений, в которых субъект стремлением к доминированию компенсирует свою неуверенность, перенося это на других, о чем говорят связи с гневливостью, депрессией и импульсивностью. Тяга к росту, развитию подразумевает наличие дальних целей, которые у наших респондентов в катамнезе имеет одну корреляционную связь с общительностью: $r=0,965$ ($p<0,01$), поскольку, выходя на дальние цели, они расширяют круг общения.

Таблица 3

Постановка целей суицидентами и типология целевой направленности

Показатели	В постсуицидальный период		Год спустя		t-критерий Стьюдента ($p<=$)
	М	Std	М	Std	
Близкие	2,75	1,58	6,57	4,86	2,25 (0,059)
Средние	0,63	0,916	4,57	3,69	2,76 (0,030)
Дальние	0,5	0,925	2,29	2,215	1,99 (0,083)
Сумма целей	3,38	2,445	15,67	4,546	6,003 (0,001)
Альтруисты	0	0	0,43	0,534	2,12 (0,078)
Рационалисты	0	0	0,14	0,377	1,0 (0,356)
Упорствующие	0,5	0,534	0,29	0,497	0,812 (0,43)
Парадоксальные	0,13	0,353	0	0	1,0 (0,351)

Показатели психологических состояний двух периодов

Показатели	В постсуицидальный период		Год спустя		t-критерий Стьюдента (p < =)
	М	Std	М	Std	
WHO	7	4,14	16,13	4,88	4,032 (0,001)
BDI	24,25	14,32	8,5	8,106	2,71 (0,020)
HS	3	2,138	1	0	2,646 (0,033)
PFAV	5,5	3,741	4,67	3,284	0,71 (0,489)
TAS	23,13	5,87	21,86	7,434	0,38 (0,714)
Субшкала T	8,5	3,505	7,75	3,955	0,401 (0,694)
Субшкала R	14,63	3,021	14,13	4,086	0,278 (0,785)

О возросших адаптивных способностях наших пациентов свидетельствуют данные таблицы 4.

Связи средних целей с некоторыми личностными характеристиками и состояниями говорят о структурных особенностях социализации, но не об интенсивности выражения некоторых составляющих этого процесса, психологических компонентов адаптации. Напротив, мы можем отметить, что уровень депрессии по А. Беку существенно снизился: с критического уровня до отсутствия депрессивных симптомов, снизился также уровень безнадежности. Как следствие, индекс психологического благополучия ВОЗ (WHO) вырос вдвое.

В свете этого можно предположить дальнейшие пути роста респондентов и терапевтической работы в этом направлении. Выход личности из кризисной ситуации – в расширении временной перспективы, масштаба целей, снижение импульсивности и эмоциональности в принятии решений и планировании, при которых преследуются достаточно краткосрочные цели, движение к более отдаленным и глубоким целям за счет поведения, базирующегося на опыте и позитивных результатах.

Литература:

- Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
- Аргайл М., Фернхем А., Грахам Дж. Концепт ситуации в различных областях психологии // Психология социальных ситуаций / Сост. и общая ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001.
- Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
- Валлон А. От действия к мысли. – М.: Иностранная литература, 1956. – 239 с.
- Васильев Я. В. Футурреальная психология личности. – Николаев: Илион, 2007. – С. 518.
- Выготский Л.С. Социальная ситуация развития // Психология социальных ситуаций / Сост. и общая ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001.
- Гальперин П. Я. Лекции по психологии. – М.: Университет, 2005. – 399 с.
- Захаров В.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 3-10.
- Каневский В.И. Типология целевой направленности личности и личность суицидента // Науковий вісник МДУ імені В.О. Сухомлинського // Збірник наукових праць (Серія «Психологічні науки») за ред. академіка С.Д. Максименка, Н.О. Евдокимової. – Миколаїв, 2010. – Т.2, вип. 4. – С. 100-104.
- Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук // Деп. В ИНИОН № 52220 9.10.97.
- Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
- Фромм Э. Человеческая ситуация. – М.: Смысл, 1995. – 239 с.
- Costa P.T., McCrae R.R. Manual for the NEO Personality Inventory. – Odessa, Fla.: Psychological Assessment resources Inc., 1985.

THE SITUATION, OVERSITUATION AND PARASUICIDE

V.I. Kanevsky

Key aspects of the situational approach and the target direction of suicide attempters in the period shortly after parasuicide in comparison with the control group are discussed. It is found, that suicide attempters show substantially smaller number of proposed objectives, nearest future objectives are dominating, which reflect egocentric

position of a personality and neuroticism. Socio-psychological peculiarities of adaptation while setting goals and amendment of a number of personal characteristics and conditions are scrutinized.

Key words: life goals, the situation, oversituation, parasuicide, catamnesis.

УДК 616.89-008.441.44

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.В. Харитонов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович, к.м.н., старший научный сотрудник отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии МЗ РФ», г. Москва, ул. Потешная, д.3, телефон: (495) 963-75-72; e-mail: sergeyhar@mail.ru

Приводятся результаты поиска психических феноменов общих для всей группы личностных расстройств при разных формах суицидального поведения. Сравнивались особенности психического состояния в двух группах больных. В первую группу включались пациенты, совершавшие суицидальную попытку (n=116), во вторую группу пациенты с внутренней суицидальной активностью, не совершавшие попытки самоубийства (n=56). В психическом состоянии исследовались когнитивная дисфункция, аффективная напряженность, импульсивность, склонность к накоплению аффекта, выраженность душевной боли.

Показано, что между выраженностью и частотой исследуемых феноменов, с одной стороны, и выраженностью суицидальной активности, реализуемой на поведенческом уровне, с другой стороны, существует достаточно явная зависимость. Суицидальный риск возрастает по мере увеличения числа неспецифических феноменов в психическом статусе. Предполагается, что при нарастании суицидального риска происходит сглаживание различий, связанных с вариантом личностного расстройства, за счет увеличения доли неспецифических признаков.

Ключевые слова: неспецифические феномены, самоубийства, личностные расстройства, импульсивность, когнитивная дисфункция, накопление аффекта, душевная боль.

Самоубийства при расстройствах личности имеют высокую распространенность, составляя до 1/3 от числа всех суицидов [3, 6], и вносят существенный вклад в формирование общей картины психического нездоровья [7]. При том, что личностные расстройства между собой имеют значительные психопатологические различия, представляется существенным ответ на вопрос – существуют ли общие для личностных расстройств клинические феномены суицидального поведения?

В структуре самоубийств можно выделить три различных в деятельностном аспекте, группы: 1) самоубийства без выраженного предшествующего суициду, внутреннего суицидального поведения; 2) самоубийства, которым это поведение предшествовало, и 3) внутреннее суицидальное поведение без суицидальной попытки [1, 2, 6].

Внутреннее суицидальное поведение и суицидальное поведение, реализуемое в виде суицидальных попыток, подготовки к суициду

и завершеного суицида часто не имеют однозначной взаимной связи. Пассивные суицидальные мысли, замыслы или даже намерения не обязательно находят продолжение в виде суицидальной попытки [1, 6]. С другой стороны, суицидальные попытки и завершённые суициды часто внешне развиваются внезапно. Интерпретируясь как “импульсивные” или внезапные самоубийства. При этом в клиническом интервью часто не определяются предшествующие суицидальной попытке рефлексия и продумывание способов самоубийства [1-3, 6, 11]. Иными словами, неожиданные самоубийства по своей клинической сущности могут считаться самоубийствами с очень коротким периодом пресуицида. Аналогичными являются и самоубийства, в основе которых лежит реакция эгоцентрического переключения, когда суицидальная идея появляется в сознании очень быстро и этап выбора вариантов поведения свернут до момента [3, 6].

Основная цель предпринятого исследования заключается в определении существования (или не существования) психических феноменов общих для всей группы личностных расстройств при разных формах суицидального поведения.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе суицидологического отделения Московского НИИ психиатрии, Психиатрической больницы №4 г. Москвы и кризисного центра городской больницы № 20 г. Москвы.

Дизайн исследования. Проводилась оценка психического статуса по критериям МКБ-10, включающая стандартное клиническое интервью с определением динамики психического состояния и описанием внешних и внутренних проявлений суицидальной активности.

Пациенты. В исследование включались пациенты обоих полов от 18 до 65 лет, при наличии у них состояния, соответствующего критериям специфического расстройства личности согласно МКБ-10, кроме рубрик F60.8 (другие специфические расстройства личности) и F60.9 (расстройство личности не уточненное).

Пациенты не имели выраженной хронической или острой соматической патологии и не нуждались в лечении сопутствующих хронических заболеваний, если таковые имелись. Это подтверждалось данными физикальных исследований, клиническими лабораторными тестами, электрокардиограммой, соответствующей медицинской документацией и консультациями специалистов.

Методы оценки. Оценка психического состояния проводилась на основании клинического интервью и психодиагностических тестов (Сонди, тест Стреляу, методика “Завершение предложений”, сравнение похожих рисунков по методике Дж. Кагана, визуально - аналоговые шкалы).

Описание суицидального поведения включало сведения, получаемые от больного, его ближайшего окружения и медицинского персонала.

Статистический анализ. Анализу подвергалась вся выборка пациентов. Определялись статистически значимые клинико - психологические признаки, наиболее часто встречающиеся в исследуемых группах. На основании этих показателей проводилось определение уровней достоверности по а-критерию.

Результаты исследования.

Пациенты. Выборку составили 186 пациентов с установленным диагнозом расстройство зрелой личности. Среди них, 127 человек совершили суицидальную попытку или вели подготовку к совершению самоубийства (I группа). Еще 59 пациентов высказывали суицидальные мысли и намерения, но не совершали инструментальных актов, которые могли бы свидетельствовать о подготовке или попытке самоубийства (II группа). При проведении полного анализа из исследования выбыли 14 больных в связи с противоречивостью сведений, поступавших от них и из источников в ближайшем окружении.

Таким образом, в первой группе завершили исследование 116 пациентов. Из них, в подгруппе 1.1 – пациенты без выраженной внутренней суицидальной активности в пресуициде (мысль о самоубийстве предшествовала суицидальному поведению за несколько часов и даже минут) – 37 человек, в подгруппе 1.2 – пациенты с установленной, выраженной внутренней суицидальной активностью в пресуициде – 79 человек. Во второй группе, где определена только внутренняя суицидальная активность, но суицидальных действий не предпринималось – 56 человек.

Нозологическая характеристика выборки. В нозологическом отношении выборка не была равномерной, и некоторые формы личностных расстройств были представлены в большей мере, чем другие. Более подробно нозологическая структура выборки и варианты суицидальной активности по группам приведены в таблице 1.

Клиническая структура суицидального поведения. В изучаемой выборке анализ частот психопатологических феноменов позволил определить, что достоверно чаще других (с уровнем статистической значимости $\alpha < 0,05$) встречались аффективные, когнитивные и сенсорные феномены, а именно: когнитивная дисфункция, аффективная напряженность, импульсивность, склонность к контейнированию (накоплению) аффекта, выраженная душевная боль.

Вслед за клинико-статистическим анализом, с помощью которого и были получены сведения о распространенности указанных феноменов, проводилась их формализованная оценка методами психологической диагностики с последующим статистическим исследованием в случайных выборках.

Структура выборки

Шифр МКБ-10	Диагноз	I группа		II группа	Всего
		Подгруппа 1.1 до суицида ВСП не определено	Подгруппа 1.2 до суицида было ВСП	Только ВСП	
F60.0	Параноидное расстройство личности	2	5	6	13
F60.1	Шизоидное расстройство личности	1	1	0	2
F60.2	Диссоциальное расстройство личности	1	1	4	6
F60.3	Эмоционально неустойчивое	16	11	12	39
F60.4	Истерическое расстройство личности	7	39	17	63
F60.5	Ананкастное расстройство личности	2	6	5	13
F60.6	Тревожное расстройство личности	0	2	4	6
F60.7	Зависимое расстройство личности	8	14	8	30
F60	Специфические расстройства личности	37	79	56	172

Примечание: * ВСП- внутреннее суицидальное поведение

I. Когнитивная дисфункция включает в себя, по крайней мере, два статистически значимых признака:

1. Склонность к “дихотомическому мышлению” [4].

После клинко-статистической верификации высокой распространенности этого феномена для его формализованного анализа была использована психодиагностическая методика “Завершение предложений” [12]. Данная методика позволяет делать вывод о склонности испытуемого к черно-белому мышлению, нетерпимости к неопределенности, ситуативному характеру мышления (конкретность концептуализации). Либо определяет склонность к свободе от непосредственных свойств ситуации, ориентации на внутренний опыт, независимость, гибкость (полюс абстрактной концептуализации) [10].

В настоящем исследовании методика ограничивалась 30 незаконченными предложениями. Таким образом, максимально возможная сумма баллов (по 5-ти бальной системе оценки абстрактности) составляла 150 баллов.

В группе 1.1 – 30 участников эксперимента в среднем получили оценку $\text{хср.} = 76,2 \pm 5,9$. В группе 1.2 ($n=29$) этот показатель составил $\text{хср.} = 98,3 \pm 4,7$. В группе 2 ($n=37$) показатель абстрактности был выше и составил $\text{хср.} = 112,3 \pm 5,1$.

При статистическом исследовании определено, что достоверность различий между группами 1.1 и 2 составила $\alpha < 0,05$. Между группой 1.1 и 1.2 различия статистически недостоверны. Иными словами в группе 1.1 испытуемые

оказались более склонными к конкретности концептуализации и соответственно, дихотомичности мышления, чем в группе 2.

2. Сужение сознания (в англ. – констрикция). Согласно Э. Шнейдеман (11) сужение сознания суицидента отличается от аналогичного феномена Г. Груле тем, что не обязательно является психопатологическим феноменом и может возникать как феномен психологический.

Среди диагностических тестов наиболее близкими для оценки данного качества являются методы исследующие подвижность нервных процессов. Хотя напрямую данные тесты не позволяют устанавливать факт суженного сознания, но связь между снижением подвижности нервных процессов и сужением сознания ожидать можно.

Среди множества тестов, позволяющих количественно охарактеризовать подвижность нервных процессов, предпочтение нами было отдано тесту Стреляу.

Всего, в трех исследуемых группах, этот тест применялся у 106 человек: 29 человек из группы 1.1; 41 человек из группы 1.2; 38 человек из группы 2.

Получены следующие оценки подвижности нервных процессов: в первой группе – $\text{хср.} = 8,3 \pm 1,4$; во второй группе – $\text{хср.} = 12,3 \pm 2,7$; в третьей группе – $\text{хср.} = 18,1 \pm 2,2$.

При исследовании достоверности отличий в подвижности нервных процессов у представителей исследуемых групп определено, что между группами 1.1 и 1.2 отличия достоверны при $\alpha < 0,05$. Между группами 1.2 и 2 группой

уровень достоверности отличий составил $\alpha < 0,05$. Между группами 1.1 и 2 группой $\alpha < 0,01$.

II. Аффективная напряженность и / или склонность к формированию аффекта, имеющего высокий “энергетический” потенциал (при этом, аффект может не разряжаться или иметь неадекватно слабую экспрессивность).

Оценка уровня аффективной напряженности проводилась как непосредственным клиническим наблюдением, так и по данным двукратного ретестирования суицидентов по тесту Сонди (компьютерная версия 1.1 в модификации Л.Н. Собчик). В данной модификации повторное проведение теста позволяет рассчитывать фактор k , отражающий уровень эмоциональной напряженности.

Исследование величины фактора k проведено во всех трех группах. В исследовании приняли участие 112 человек. Среди них представителей 1.1 группы – 26 человек; 1.2 группы – 54 человека; 2 группы – 32 человека.

Определено, что показатели фактора k , рассчитанные по x ср., составили: в группе 1.1 – $k=3,6 \pm 1,1$; в группе 1.2 – $k=2,1 \pm 1,7$; в группе 2 – $k=1,2 \pm 0,7$. Уровень статистической достоверности различий между группами 1.1 и группой 2 составил $\alpha < 0,05$.

III. Импульсивность. В современных исследованиях когнитивных стилей импульсивность / рефлексивность характеризуют как индивидуальные особенности в склонности принимать быстрые либо медленные решения [10]. Для оценки подобной характеристики традиционно применяется методика Дж. Кагана “Сравнение похожих рисунков”, когда испытуемым предъявляются 2 тренировочных и 12 основных листов, на каждом из них сверху располагается фигура – эталон. Внизу в два ряда располагаются 8 идентичных изображений. Но только одно из них полностью идентично эталону. Показатели импульсивности / рефлексивности анализируются по числу ошибок и латентному времени первого ответа (сумма).

Известно, что рефлексивные индивиды находятся выше медианы времени ответа и ниже медианы количества ошибок. Импульсивные – ниже медианы времени ответа и выше медианы количества ошибок.

Исследование импульсивности / рефлексивности проведено среди 28 человек из груп-

пы 1.1; 22 человек из группы 1.2 и 31 человека из группы 2. Таким образом, в исследовании принял участие 81 человек.

Получены следующие результаты: во всей выборке медиана суммарного латентного времени ответа составила 964,2 секунды; медиана количества неправильных ответов – 4,4. Испытуемые распределились следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Распределение по критерию импульсивности / рефлексивности, n

Группа	1.1	1.2	2
Импульсивные	20	13	12
Рефлексивные	4	4	11
Быстрые / точные	1	2	2
Медленные / неточные	3	3	6

Как видно из представленных сведений в выборке преобладали лица, склонные к импульсивному стилю. При этом в группе лиц, размышляющих о самоубийстве, но не предпринимаящих таких попыток, соотношение импульсивных и рефлексивных почти одинаковое. В то время как в первой группе импульсивные черты явно доминируют над рефлексивными в соотношении 4,8:1. При уровне статистической достоверности различий $\alpha < 0,01$.

Между группами 1.1 и 1.2 различия не являются статистически достоверными, но относительные показатели указывают на их наличие. Так соотношение импульсивные / рефлексивные в группе 1.1 составило 5:1, а в группе 1.2 – 3,25:1.

IV. Склонность к контейнированию (накоплению) аффекта. Подобный термин иногда употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций [8].

Оценка склонности к накоплению аффекта методами психологической диагностики представлялась возможной в рамках теста Сонди. В частности, отрицательный e -фактор в данном тесте отображает блокировку выражения аффекта у испытуемого.

В исследовании приняли участие 112 человек. Среди них, представителей 1.1 группы – 26; 1.2 группы – 54; 2 группы – 32 человека. По результатам тестирования определялось количество обследованных, обнаруживавших отрицательный фактор- e . Величина значения в расчет не бралась.

Определено, что в 1.1 группе имели отрицательный е-фактор 17 человек (65,3%). В группе 1.2 этот фактор обнаружен у 29 человек (53,7%). В группе 2 отрицательный фактор-е обнаруживался у 11 человек (34,3%).

Таким образом, статистически достоверные отличия обнаруживались только между группой 1 и 2 ($\alpha < 0,05$). Между группами 1.1 и 1.2 различия оказались не достоверны.

У. Душевная боль. Феномен хорошо известен в суицидологии и использован нами в его традиционном понимании [2, 3, 6, 11]. В исследовании феномена были включены соответствующие сведения обо всех пациентах всех трех групп. В группе 1.1 феномен встречался несколько чаще, чем в группе 1.2 и 2. В каждой из исследуемых групп пациентов частота комбинаций указанных признаков отличалась.

В количественном отношении для оценки душевной боли применялась классическая 10-ти бальная визуально-аналоговая шкала (ВАШ). В отношении применения подобного метода у суицидентов уже имеется положительный опыт других исследователей [10].

В настоящем исследовании было определено, что в группе 1.1 средняя величина выраженности душевной боли составила $\text{хср.} = 4,2 \pm 0,5$; в группе 1.2 – $\text{хср.} = 3,3 \pm 1,2$; в группе 2 $\text{хср.} = 3,4 \pm 1,8$. Статистически достоверными оказались различия между группой 1.1 и двумя другими группами (в обоих случаях $\alpha < 0,05$).

Структурный феноменологический анализ суицидального риска.

Представляется существенным не только статистический анализ отдельных феноменов, но и исследование изменчивости уровня суицидального риска в зависимости от сочетаний тех или иных феноменов. Для ответа на этот вопрос было проведено сопоставление рисков самоубийства, прогнозируемых клиническим опросником А. Бека, и представленности феноменов пентады в структуре текущего психического состояния. Несмотря на то, что опросник А. Бека не оценивался по таким характеристикам как репрезентативность, валидность и надежность, можно было ожидать его некоторую информативность достаточную для предварительного анализа данных.

В исследовании приняли участие 117 человек из всех трех групп, отобранных в случайном порядке. Оценка феноменов проводилась по двоичной кодировке: да, нет. Иными словами есть феномен вне зависимости от его выра-

женности, или феномен не регистрируется в клинических и психодиагностических тестах.

Полученные результаты представлены в таблице 3. В расчетах принято, что 117 человек составили 100% обследованных.

Таблица 3
Суицидальный риск и феноменологическая структура психического статуса, $n=117$, в %

Комбинации феноменов	Суицидальный риск		
	1-14 баллов	15-28 баллов	29-42 балла
Один феномен			
КД	–	–	–
И	–	–	–
АН	–	0,85	–
НА	–	0,85	–
ДБ	–	–	–
Диады			
КД-И	–	–	–
КД-АН	–	–	–
КД-НА	–	–	–
КД-ДБ	–	–	–
И-АН	1,7	0,85	–
И-НА	0,85	–	–
И-ДБ	–	–	–
АН-НА	–	–	–
АН-ДБ	–	–	–
НА-ДБ	–	–	–
Триады			
КД-И-АН	–	–	–
КД-И-НА	–	0,85	–
КД-И-ДБ	–	2,5	4,27
И-АН-НА	–	1,7	–
И-АН-ДБ	–	0,85	1,7
АН-НА-ДБ	–	–	0,85
Тетрады			
КД-И-АН-НА	–	5,1	6,84
И-АН-НА-ДБ	–	5,1	16,2
КД-АН-НА-ДБ	–	3,4	19,7
Пентада			
	–	–	25,64

Примечание: АН – аффективная напряженность; ДБ – душевная боль; И – импульсивность; КД – когнитивная дисфункция; НА – накопление аффекта.

Как видно из таблицы, наиболее часто встречались сочетания из пяти или четырех феноменов. С другой стороны, чем более полной оказывалась пентада, тем более высокий риск суицида прогнозировался по шкале суи-

цидальных мыслей. Чем меньше феноменов обнаруживалось, тем ниже был и уровень суицидального риска.

В выборках частотное распределение комбинаций исследуемых признаков было различным (табл. 4).

Таблица 4

Показатели частотного распределения комбинаций в группах по степеням суицидального риска (по шкале А. Бека), n=117, в %

Вид комбинации	Группа	1-14 баллов	15-28 баллов	29-42 балла
Пентады	1.1	–	–	13,7
	1.2	–	–	12,0
	2	–	–	–
Тетрады	1.1	–	0,85	6,8
	1.2	–	2,6	26,5
	2	–	10,2	9,4
Триады	1.1	–	–	2,6
	1.2	–	2,6	4,3
	2	–	3,4	–
Диады	1.1	–	–	–
	1.2	–	–	–
	2	2,6	0,85	–
Отдельные феномены	1.1	–	–	–
	1.2	–	–	–
	2	–	1,7	–

Так, для пациентов группы 1.1 наиболее характерными оказывались комбинации из четырех и пяти феноменов регистрируемых в психическом статусе одновременно. В группе 1.2 наиболее часто встречалась комбинация из четырех признаков, как и в группе 2. Триады и диады в основном отмечались у пациентов второй группы.

Обсуждение.

Репрезентативность и валидность большинства использованных тестовых методик нельзя назвать высокой. С другой стороны, полученные сведения отображают общие тенденции, в соответствие с чем, обсуждение ряда положений представляется возможным. В частности, результаты, полученные в ходе настоящего исследования, позволяют говорить о существовании, по крайней мере нескольких, определяемых корреляционной статистикой, феноменов, которые оказываются общими для разных форм суицидальной активности. Эти феномены имеют разную частоту встречаемости в ряду: суициды без выраженной предварительной внутренней суицидальной активности – суициды с предваряющей их внутренней су-

ицидальной активностью – внутренняя суицидальная активность без суицидальных действий.

Между выраженностью и распространенностью исследуемых феноменов, с одной стороны, и выраженностью суицидальной активности, реализуемой на поведенческом уровне, с другой, существует достаточно явная зависимость. Однако есть ряд проблем в понимании ее механизмов. Так, нелинейный характер зависимостей частотных трендов исследованных феноменов может объясняться как психопатологическими механизмами, так и недостаточной релевантностью использованных тестов.

Из анализа связи между полнотой представленности пентады и суицидальным риском регистрируемым по опроснику А. Бека, следует, что такой риск возрастает по мере увеличения числа феноменов пентады в психическом статусе.

При разных формах личностных расстройств логично было ожидать преобладания в клиническом статусе тех или иных из представленных феноменов. Но полученные сведения, указывающие на увеличении числа элементов пентады от группы 2 к 1.2 и к 1.1, заставляют думать, что при нарастании суицидального риска происходит сглаживание различий, связанных с вариантом личностного расстройства за счет увеличения доли неспецифических признаков пентады.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально - психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 40-52.
2. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – № 6. – С. 107-115.
3. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
5. Ивантер Э.В. Коросов А.В. Основы биометрии: Введение в статистический анализ биологических явлений и процессов. Учебное пособие. – Петрозаводск: ПГУ, 1992. – 163 с.
6. Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – Москва, 1980.
7. Ормел Й., Неелман Й., Виерсма Д. Детерминанты психического нездоровья: их учет в научных исследованиях и в политике в сфере

- психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 97-105.
8. Рутан Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – С. 208.
 9. Сидренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2000. – 350 с.
 10. Холодная М.А. Когнитивные стили: О природе индивидуального ума: учебное пособие. – М.: Пер Се, 2002. – 304 с.
 11. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
 12. Schroder H.M., Driver M.J., Streufert S. Levels of informations processing // Thought & Personality / Ed. By P.W. Warr. – Baltimor, 1970. – P. 174-191.

NON-SPECIFIC PHENOMENA OF SUICIDAL
BEHAVIOR IN PATIENTS WITH PERSONALITY
DISORDERS

S.V. Kharitonov

The Moscow Institute of Psychiatry, Russia

The paper presents the results of the search of psychic phenomena common to the whole group of personality

disorders in various forms of suicidal behavior. Especially compared to the mental condition of the two groups of patients. The first group included patients who committed suicide attempt (116 people), the second group of patients with mental suicidal activity is not engaged in real suicide attempts (56 people). In the mental state of the investigated cognitive dysfunction, emotional tension, impulsivity, a tendency to accumulate heat of affect, intensity of emotional pain. The results obtained in this study suggest the existence of at least a few, non-specific statistics, the correlation phenomena.

Revealed that between the severity and prevalence of the studied phenomena on the one hand and the degree of suicidal activity implemented at the behavioral level, there is a fairly obvious dependence. From the analysis of the relationship between the number of investigated non-specific phenomena and suicidal risk, that the risk increases as the number of non-specific phenomena in mental status. In addition, the information make us think that with an increase in suicide risk is related to bridge differences option personality disorder by increasing the share of non-specific symptoms.

Key words: non-specific phenomena, suicide, personality disorders, impulsivity, cognitive dysfunction, accumulation of affect, heartache.

УДК: 616.89-008.441.44-036.2(571.5)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САМОУБИЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, О.А. Тарасова

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Контактная информация:

Говорин Николай Васильевич, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России, г. Чита, ул. Горького, 39-а. Телефон: 8(3022) 35-53-00, e-mail: Govorin-Nik@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» МЗ РФ. Телефон: 8(914)479-6543, e-mail: sawt@list.ru

Ступина Ольга Петровна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» МЗ РФ, главный внештатный психиатр Забайкальского края, главный врач ГКУЗ "Краевая психиатрическая больница № 2". Телефон: 8(914)522-6092, e-mail: glstupina@yandex.ru

Тарасова Ольга Александровна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» МЗ РФ. Телефон: 8(914)460-2175, e-mail: olgatarasova381@mail.ru

В статье содержится анализ основных эпидемиологических характеристик самоубийств среди населения Забайкалья. Показатели смертности от суицидов в Забайкальском крае являются сверхвысокими икратно превышают показатели по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу. При этом наиболее высокая распространенность завершённых суицидов зарегистрирована среди населения сельской местности (более 90 на 100000 населения), особенно среди мужчин трудоспособного возраста (более 160 на 100000 населения).

Представлены результаты анализа оказываемой помощи населению Забайкалья при кризисных состояниях, а также определены основные перспективы развития суицидологической службы.

Ключевые слова: смертность, суицидальное поведение, самоубийство.

В течение последних 7-8 лет в стране отчетливо наметилась тенденция к снижению смертности населения по причине само-

убийств, в 2012 году показатель составил 20,2 на 100 тыс. жителей. Несмотря на положительную динамику, суициды по числу уносимых

жизней, по-прежнему, стоят на первом месте в структуре насильственной смертности [2, 4, 5].

Следует отметить существенные региональные различия по распространенности смертности от самоубийств, которые составили в прошлом году 130 раз (от 0,5 на 100 тыс. в Республике Ингушетия до 64,9 на 100 тыс. в Республике Алтай). Это определяет необходимость изучения основных факторов, влияющих на величину суицидов в конкретных регионах [1, 3, 7].

Кроме того, по-прежнему являются актуальными вопросы организации оказания суицидологической помощи населению Российской Федерации. Это обусловлено не только высокой распространенностью смертности по причине самоубийств в отдельных субъектах, но и отсутствием единой программы суицидологической превенции. В большинстве территорий нашей страны до настоящего времени этот вид комплексной медицинской и психологической помощи либо полностью отсутствует, либо организован лишь частично. При этом предупреждение самоубийств выходит за рамки узко медицинских, тем более только психиатрических мероприятий [3, 6].

Цель настоящей работы: определить эпидемиологические характеристики суицидов у жителей Забайкальского края и проанализировать уровень оказания помощи населению при кризисных состояниях.

Материал и методы исследования.

Первая часть работы основана на анализе данных, полученных при работе с архивными документами, хранящимися в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (за период с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (за период с 1995 по 2010 гг.).

Вторая часть работы осуществлялась в ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Были проанализированы журналы регистрации трупов и статистические карты умерших по причине самоубийств за 2010 год из 13 крупных районов и населенных пунктов Забайкальского края. Всего в исследование было включено 354 случая, что составило 49% от всех самоубийств, зарегистрированных на территории региона.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и включала опи-

сание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической. Определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

Забайкальский край уже давно входит в группу регионов Российской Федерации с высокой смертностью населения по причине самоубийств. В 2012 году в крае было зарегистрировано 638 самоубийств, что на 11,3% ниже, чем в 2011 году; показатель составил 57,9 на 100 тыс. человек населения (седьмое место в стране). Несмотря на явную положительную динамику в Забайкалье распространенность завершенных суицидов в 2,9 раза выше среднероссийской и в 1,8 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе.

В нашем регионе в 80-90-е годы показатель смертности по этой причине был около 40 на 100 тыс. человек населения, ниже этой отметки он опускался только в период антиалкогольной кампании. Начиная с 1993 года распространенность самоубийств стала сверхвысокой, максимум был зарегистрирован в 2002 году – 93,4 на 100 тыс. населения.

В последующие годы отмечалось снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья, хотя до 2009 года по величине этого показателя наш регион занимал вторую позицию в Российской Федерации, в 2010-2011 гг. – четвертую. Динамика указанных показателей представлена на рисунке 1.

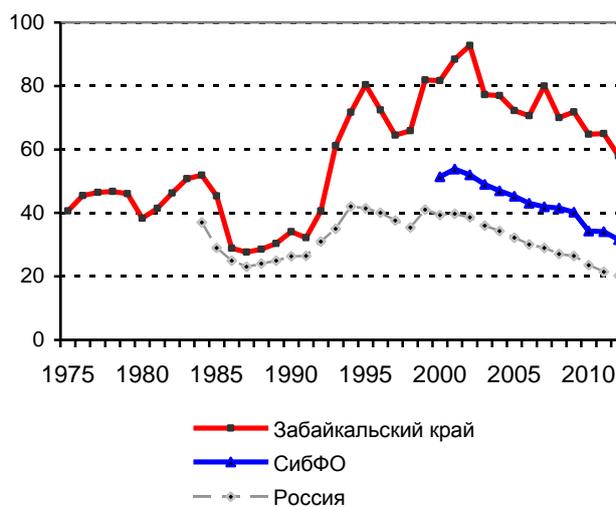


Рис. 1. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае, РФ, СибФО (на 100 тыс. человек населения).

Нами установлена существенная разница (в 1,5-2 раза) между показателями смертности по причине самоубийств среди населения городских поселений и сельской местности Забайкальского края (рис. 2).

Частота суицидов среди сельских жителей еще более высокая, чем в среднем по краю: 91,2 на 100 тысяч населения в 2010 году. В городских поселениях Забайкальского края регистрируются более низкие показатели самоубийств – 51,9 на 100 тысяч населения в 2010 году. Еще более низкая распространенность завершенных суицидов, сопоставимая со среднероссийской, выявлена в столице региона – городе Чите.

Данное обстоятельство демонстрирует наличие значительного числа неблагоприятных факторов в деревне, включая низкий уровень жизни, высокую распространенность пьянства и алкоголизма, а также недостаточную эффективность работы суицидологической службы.

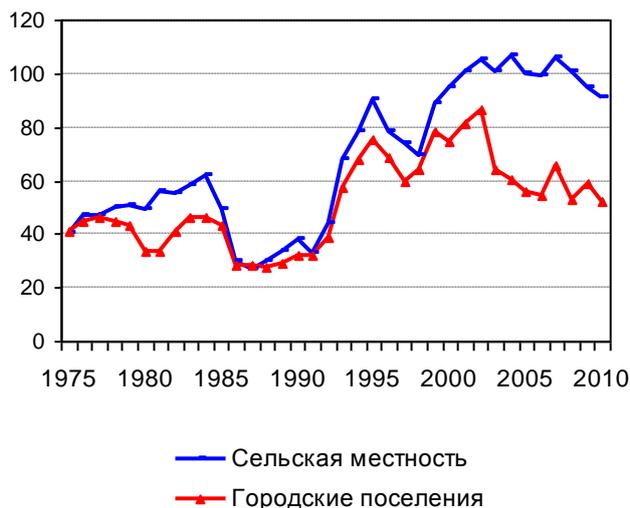


Рис. 2. Смертность населения по причине самоубийств в сельской местности и городских поселениях Забайкальского края (на 100 тыс. человек населения).

Среди суицидентов при завершенных суицидах преобладают мужчины, так в 2010 году в Забайкальском крае «мужских» самоубийств было 83,7%, «женских» – 16,3 % (соотношение 5,1 : 1), можно отметить весомое снижение количества мужчин, среди умерших по причине суицида, только в период антиалкогольной кампании. Показатель смертности от самоубийств в мужской популяции региона в 5,6 раза выше, чем в женской (114,3 и 20,4 на 100 тыс. населения соответствующего пола в 2010

году); кроме того, показатели у женщин, в отличие от мужчин, являются более стабильными (рис. 3). В свою очередь, соотношение указанных показателей между мужчинами и женщинами не зависит от места проживания и составляет 5 : 1 как в сельской, так и в городской местности.

При этом смертность от суицидов среди сельских мужчин и женщин (153,2 и 30,8 на 100 тыс. человек соответственно в 2010 году) в 1,5-2,0 раза выше, чем среди городских (93,1 и 15,3 на 100 тыс. человек соответственно в 2010 году), что подтверждает сверхвысокую распространенность самоубийств именно среди сельских жителей, особенно мужчин.

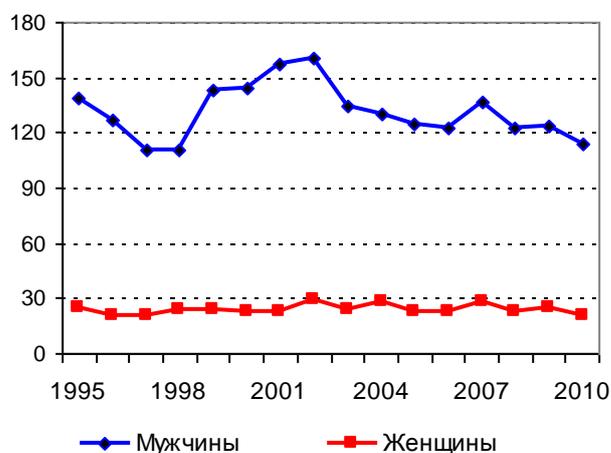


Рис. 3. Смертность по причине самоубийств среди мужчин и женщин Забайкальского края (на 100 тыс. человек населения соответствующего пола).

Анализ возрастной структуры завершенных суицидов в Забайкальском крае демонстрирует, что среди суицидентов преобладают лица молодого, трудоспособного возраста: суицидальная активность населения резко возрастает после 20-летнего возраста, сохраняясь на высоких цифрах до 50 лет, а затем заметно снижается.

В 2010 году среди умерших по причине самоубийства детей было 0,8%, лиц в возрасте 15-19 лет – 6,2%, 20-29 лет – 32,2%, 30-39 лет – 23,0%, 40-49 лет – 14,0%, 50-59 лет – 12,3%, 60-69 лет – 3,6%, 70 лет и старше – 7,5%, возраст неизвестен был у 0,4%.

Как видно из рисунка 4, показатели суицидов за 15 последних лет у детского и подросткового населения края являются стабильными: в 2010 году распространенность самоубийств у детей была 3,0 на 100 тыс. населения, у под-

ростков – 6,3 на 100 тыс. человек. Показатель летальности по причине суицидов у лиц старше 70 лет составил 80,5 на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы. Самая высокая смертность от самоубийств регистрируется в трудоспособном возрасте – 89,1 на 100 тыс. населения в 2010 году.

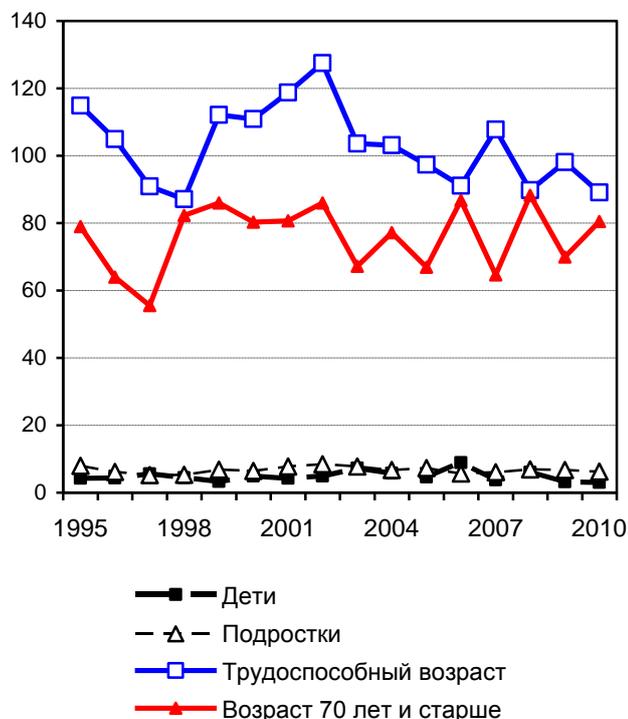


Рис. 4. Показатели смертности населения по причине самоубийств в Забайкальском крае в разных возрастных группах (на 100 тыс. человек населения).

Соотношение между показателями самоубийств у мужчин и женщин трудоспособного возраста составляет 6 : 1 (148,4 и 24,9 на 100 тыс. человек в 2010 году). У мужчин трудоспособного возраста распространенность суицидов является самой максимальной в Забайкальском крае, так в 2002 году этот показатель был равен 214,7 на 100 тыс. населения, в последние годы наблюдается снижение частоты суицидов в этой половозрастной группе.

Особенно трагичными являются показатели суицидной смертности среди сельских мужчин трудоспособного возраста – 210,8 на 100 тыс. в 2010 году, среди городских мужчин трудоспособного возраста аналогичный показатель равен 115,4 на 100 тыс. В женской популяции данные величины равны 40,6 и 17,5 на 100 тыс. соответственно.

Для «мужских» самоубийств характерна сходная возрастная динамика, что и для всех суицидентов. У женщин заметный рост суицидальной активности, хотя и начинается также с 20 лет, однако в последующем, при меньшем, чем у мужчин пике в 20-50 лет, кривая смертности от суицидов сохраняется относительно на высоких значениях, включая пожилой (инволюционный) возраст.

Сохраняющийся в пожилом возрасте относительно высокий уровень суицидов у женщин можно, по всей видимости, объяснить большей частотой аффективной патологии (тревожно-депрессивных расстройств), которые легко провоцируются в условиях социально - психологического неблагополучия.

При анализе 354 случаев самоубийств в 2010 году установлено следующее. Мужчин среди них было 81,1%, женщин – 18,9%. Суициденты были в возрасте от 11 до 97 лет, средний возраст – $39,3 \pm 0,93$ лет (мужчин – $38,1 \pm 0,96$ лет, женщин – $45,3 \pm 2,65$ лет).

Прожидали с семьей на момент смерти 31,2%, разведенными были 5,9%, вдовыми – 1,6%, холостыми – 36,5%, данных не было у 24,8%. Не работали 63,0%, работающими были 23,8%, учащимися – 2,6%, пенсионерами – 10,6%.

Преобладающим способом совершения завершенных суицидов у мужчин являлось самоповешение (83,7%), далее идут самострелы (7,8%) и самопорезы (2,7%). У женщин-суицидентов самоповешения также стоят на первом месте, но распространенность их ниже, чем среди мужского контингента (72,8%), на втором месте – отравления медикаментами (13,6%), на третьем – отравления уксусной кислотой и другими химическими жидкостями (10,2%). У женщин отсутствовали смерти от огнестрельных повреждений, падений с высоты, самосожжений и отравлений угарным газом.

При анализе сезонности самоубийств выявлены 3 максимума: январь (9,4%), март (9,9%) и август-сентябрь (10,7-9,1%).

Алкоголь в крови у умерших по причине самоубийства обнаруживался всего в 59,6%. Из них у мужчин – в 61,1%, у женщин – в 52,5% случаев. Средняя концентрация этанола в крови составила $1,35 \pm 0,08\%$.

Среди лиц трудоспособного возраста в алкогольном опьянении на момент смерти находились 66,3%. Алкоголь в крови у сельских

жителей обнаруживался в 63,9% случаев (у 65,7% мужчин и у 54,2% женщин), у городских – в 56,1% (мужчины – 57,1%; женщины – 51,4%). В то же время у сельских мужчин трудоспособного возраста величина этого показателя составила 70,3 %, у городских – 61,4%. В женской популяции эти показатели составили 68,4% и 72,0% соответственно.

При самоповешениях в алкогольном опьянении находилось 64,9% суицидентов, при самострелах – 86,9%, при медикаментозных отравлениях – 13,3%, отравлениях химическими жидкостями – 22,2%.

Нами был проведен анализ оказываемой помощи населению Забайкалья при кризисных состояниях, а также определены основные перспективы развития суицидологической службы в Крае.

Следует сразу отметить, что на нашей территории организационно суицидологическая служба не обозначена. Однако данный вид специализированной помощи населению оказывается различными ведомствами. Так, на базе медико-психологического центра помощи семье и подросткам «Доверие» функционирует «Телефон доверия». Здесь можно также получить и очную консультацию психолога пациентам с кризисными состояниями. Психологиче-

ское консультирование и психотерапевтическую помощь оказывают также в существующих центрах, работающих в системе образования и Министерства социальной защиты населения. Это психологический центр «Успех», психотерапевтическое отделение диагностической поликлиники медицинской академии, центр «Дар», центр «Лад», реабилитационный центр «Росток». Функционирует ГУЗ «Краевая психотерапевтическая поликлиника» Министерства здравоохранения. Отделения кризисных состояний официально на территории Забайкальского края и города Читы нет. Неотложную помощь суициденты получают в соматических отделениях многопрофильных стационаров и, в первую очередь, в токсикологическом центре ГУЗ «Городская клиническая больница № 1».

Таким образом, оказание помощи лицам с кризисными состояниями на территории города Читы осуществляется каждым подразделением независимо друг от друга, отсутствует межведомственное взаимодействие и преемственность. Это, в свою очередь, не позволяет контролировать, развивать и совершенствовать данный вид специализированной помощи (рис. 5)



Рис. 5. Оказание кризисной помощи в Забайкальском крае (до 2011 года).

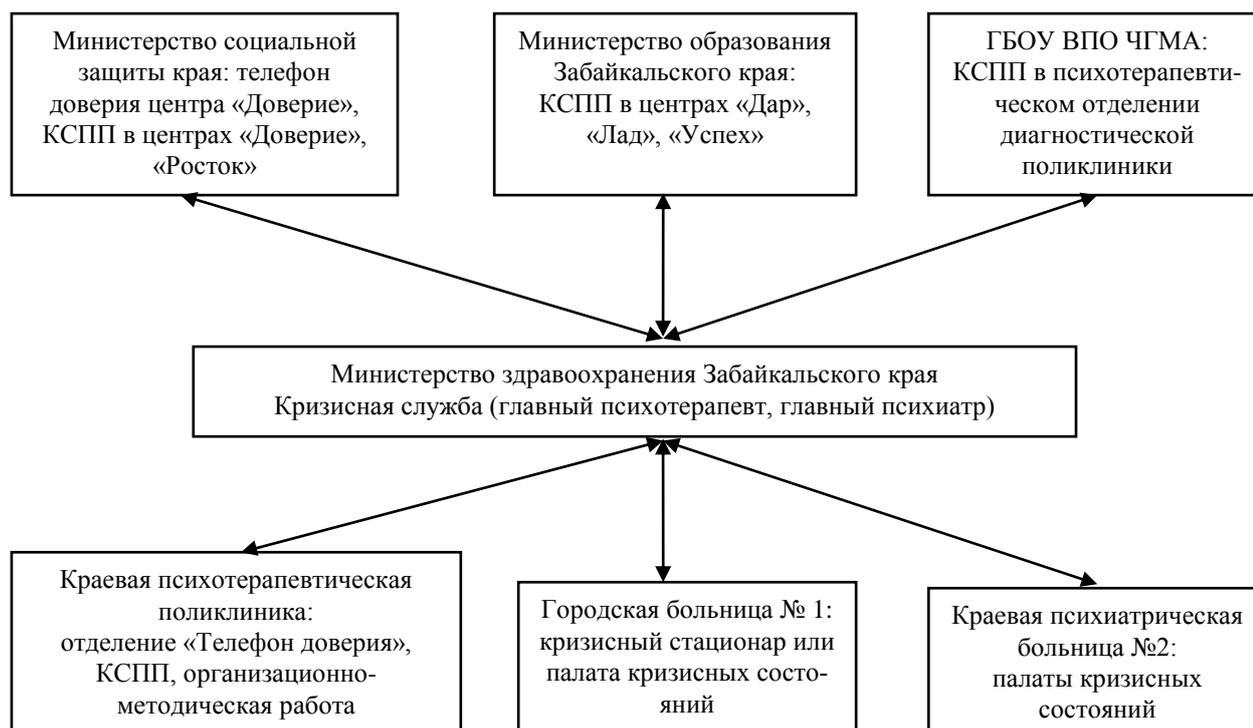


Рис. 6. Перспективный план развития кризисной службы Забайкальского края.

В связи с этим в 2010 году был создан межведомственный Координационный совет по вопросам суицидологии и кризисным состояниям. Состав совета сформирован из числа сотрудников региональных министерств и ведомств: Министерство здравоохранения, Министерство образования, науки и молодежной политики, Министерство социальной защиты, УВД по Забайкальскому краю, Читинское Епархиальное управление. Создание совета позволило осуществлять координацию работы, и разрабатывать совместные направления в совершенствовании службы.

На региональном уровне было принято решение о разработке и реализации краевой долгосрочной целевой программы «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения» (2012-2014 гг.), целевыми индикаторами которой является снижение показателей суицидов.

На рисунке 6 представлен разработанный план развития суицидологической службы населению Забайкальского края.

Для продуктивной работы суицидологической службы края планируется открыть на базе Краевой психотерапевтической поликлиники отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи; решить во-

прос о предоставлении палаты для лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе ГУЗ «Городская клиническая больница № 1». При сдаче новых корпусов психиатрической больницы № 2 будет открыто психотерапевтическое отделение на 25 коек, что позволит оказывать психотерапевтическую помощь пациентам с депрессивными расстройствами, как в круглосуточном стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Организационно-методическую, содержательную работу планируется возложить на Краевую психотерапевтическую поликлинику Министерства здравоохранения, а также на главного психотерапевта и главного психиатра Забайкальского края.

Заключение.

Таким образом, в Забайкальском крае сохраняется неблагоприятная ситуация со смертностью населения по причине самоубийств. Несмотря на некоторое улучшение показателей в последние годы смертность от суицидов является сверхвысокой и кратно превышает аналогичную по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу.

Наиболее высокая распространенность завершенных суицидов зарегистрирована среди населения сельской местности (более 90 на 100

тыс.), особенно среди мужчин трудоспособного возраста (более 210 на 100 тыс. населения).

При этом 59,6% всех завершённых суицидов в Забайкалье совершается в состоянии алкогольного опьянения. Ещё выше этот показатель у сельских мужчин трудоспособного возраста (70,3%), а также при наиболее частых способах совершения самоубийств – самоповешении и огнестрельных повреждениях.

Неблагоприятная ситуация с суицидами в Забайкалье требует совершенствования подходов к организации суицидологической помощи населению и проведению комплексной программы профилактики.

Разработанная нами перспективная модель развития кризисной службы Забайкальского края является одним из вероятных путей ее организации, внедрение которой дополнительно должно обеспечить снижение уровня суицидальной активности населения в регионе.

Литература:

1. Бохан Н.А., Семке В.Я., Мандель А.И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32-39.
2. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.
4. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольная смертность. – Томск: Издательство «Иван Федоров», 2012. – 164 с.
5. Немцов А.В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981-1998 гг. // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 53-60.
6. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
7. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.

EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE IN TRANSBAIKALIAN TERRITORY, ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO THE POPULATION

*N.V. Govorin, A.V. Sakharov,
O.P. Stupina, O.A. Tarasova*

Chita State Medical Academy, Russia

Article contains the analysis of the basic epidemiological characteristics of suicides among the population of Transbaikalia. Parameters of death rate from suicides in Transbaikalian territory are ultrahigh and multiply exceed parameters across the Russian Federation and the Siberian Federal district. Thus the highest prevalence of the completed suicides is registered among the population of a countryside (more than 90 on 100 thousand), is especial among men of able-bodied age (more than 160 on 100 thousand).

Presents results of the analysis of aid to the population of Transbaikalia in crisis conditions, and also defined the main prospects development of support services.

Key words: death rate, suicide behaviour, suicide.

УДК 616.89-008.441.44(571.12)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В Г. ТЮМЕНИ И ЮГЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЗАПАДНАЯ СИБИРЬ): ДИНАМИКА ЗА 2007-2012 ГГ.

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин

Тюменская областная клиническая психиатрическая больница, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор, ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница», Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: (3452) 270-552, e-mail: sibir@sibtel.ru

Родяшин Евгений Владимирович – главный врач ГБУЗ ТО «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница», Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: (3452) 72-72-40

Показано, что уровень самоубийств в г. Тюмени ниже среднероссийских: в 2012 г. – 17,2 на 100000 населения (соотношение женщина / мужчина – 1:4,4). На юге Тюменской области в 2012 г. выше, чем по стране – 32,4 на 100000 населения (соотношение женщина / мужчина – 1:4,3). Основным способом суицида является самоповешение – до 91,1%. В течение последних 6 лет отмечается положительная тенденция к дальнейшему снижению числа суицидов. За 10 месяцев 2012 г. в Тюмени зарегистрировано 777 суицидальных попыток – 143,4; на юге Тюменской области – 368 попыток – 67,0 на 100000 населения в год. Основной способ у женщин –

самоотравление – до 75,0%; у мужчин – самопорезы – до 47,3%. В городе организован систематический учет суицидальных действий (суицидологический регистр). Внедряются новые формы суицидальной превенции.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, Тюмень, Тюменская область, Западная Сибирь.

В России в течение многих лет показатель самоубийств превышает уровень, оцениваемый ВОЗ как «критический». В последние годы отмечается устойчивая тенденция к его снижению. Так, если в 1995 году добровольно ушли из жизни 61 тыс. человек, то спустя 10 лет, в 2005 г. – на 15 тысяч меньше – 46,1 тыс. В 2010 году абсолютный показатель достиг рекордно низкого уровня – 33,5 тыс. человек. Относительные значения смертности от самоубийств за данный период составили: 1995 г. – 41,4; 2000 г. – 39,1; 2010 г. – 23,4 [19]. В 2012 г. этот показатель снизился до 20,2 на 100000 населения (среднемировой – 16) [11, 20] (рис. 1).

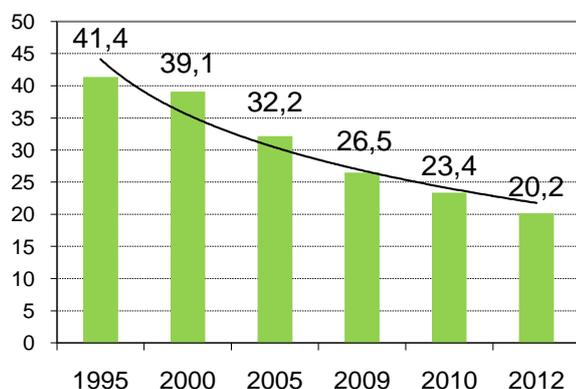


Рис. 1. Показатель уровня самоубийств в Российской Федерации в 1995-2012 гг., на 100000 населения [19, 20].

Несмотря на такую, в целом положительную динамику, уровень суицидальной активности в отдельных регионах страны значительно превышает среднероссийский [1, 22, 24]. В «суицидологическом рейтинге» первые места

занимают Сибирский, Дальневосточный и Приволжский федеральные округа с уровнем самоубийств в 2010 году – 30,0 случаев и более на 100000 населения [19]. Среди регионов лидируют республики Алтай, Бурятия и Тыва [20, 21, 23].

Высокий уровень суицидальной активности обычно свидетельствует о неблагоприятной экономической ситуации [12, 13], высокой распространенности злоупотребления алкоголем и других психоактивных веществ [17], недостаточном уровне медико-социальной и психиатрической помощи [7, 8, 18].

Тюменская область, в сравнении со многими регионами России, является достаточно благополучной по ряду ведущих экономических и социальных показателей (табл. 1) [16, 19].

Тем не менее, в Области с населением 3,46 млн человек [19] ежегодно регистрируется около 1000 случаев самоубийств. При этом распределение между Северными автономными округами (Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий) и югом Тюменской области примерно одинаково – 50 на 50%.

По югу Тюменской области стандартизованные показатели суицидальной активности превышают средний по стране, хотя в течение ряда последних лет так же отмечается устойчивая тенденция к снижению: 2009 г. – 37,8; 2010 г. – 38,7; 2011 г. – 32,2; 2012 г. – 32,4 (рис. 2). При этом гендерные соотношения (женщина / мужчина) составляют от 1 : 4,3 до 1 : 7,06.

На городское население (гг. Тюмень, Тобольск, Ишим) пришлось в 2009 г. – 34,8%, в 2010 г. – 41,5%; в 2011 г. – 39,0%; в 2012 г. – 36,3% случаев завершенных суицидов.

Таблица 1

Некоторые социально-экономические показатели Тюменской области, в т.ч. автономных округов, в 2011 г.

Показатель	ЯНАО	ХМАО	Вся Тюм. обл.	РФ
Среднедушевые денежные доходы (в месяц), руб	46669,9	32529,5	29754,1	20754,9
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата, руб	59095,3	45498,1	42289,0	23369,2
Средний размер назначенных пенсий, руб.	12644,1	12471,4	10663,1	8272,7
Численность занятых в экономике, приходящаяся на одного пенсионера, человек	3,26	2,65	2,45	1,70
Величина прожиточного минимума (в среднем на душу населения), руб. в месяц	10496	9126	6325	6209

Примечание: ЯНАО – Ямало-Ненецкий автономный округ, ХМАО – Ханты-Мансийский автономный округ

Тюмень – самый большой город Тюменской области, с постоянно проживающим населением около 650 тысяч человек. В городе развито промышленное производство, работают 15 ВУЗов с общим числом обучающихся в них студентов около 120 тысяч.

В течение последних нескольких лет число регистрируемых самоубийств в городе относительно стабильное, хотя прослеживается общий тренд снижения. Относительный показатель самоубийств на 100000 населения в 2011 г. составил – 19,8, а в 2012 г. снизился до 17,2, что ниже общероссийского уровня и среднего по Тюменской области (2012 г. – 32,4), (рис. 2).



Рис. 2. Показатель уровня самоубийств на юге Тюменской области и г. Тюмени в 2009-2012 гг., на 100000 населения.

По абсолютным показателям уменьшение числа самоубийств особенно заметно в последние два года: в 2011 г. – 123 (снижение на 19,6%); в 2012 г. – 109 (снижение на 11,4%), (рис. 3).

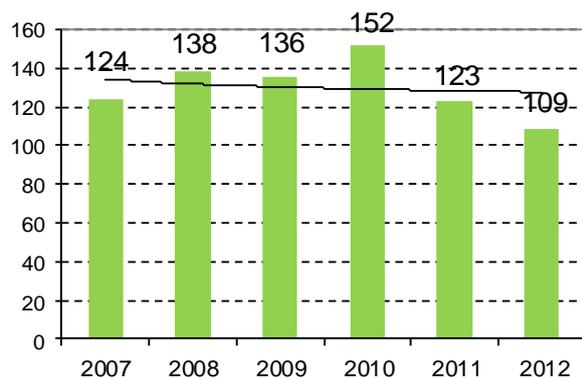


Рис. 3. Число самоубийств в г. Тюмени в 2007-2012 гг., абс.

Гендерные соотношения (женщина / мужчина) при распределении по годам значительно варьируют – от 1 : 3,2 до 1 : 6,6 (табл. 2). Однако в среднем за оцениваемый период (2007-

2012 гг.) составили 1 : 4,4, т.е. количество погибающих мужчин в 4,4 раза превышает число женщин, что в целом отражает общероссийскую и мировую практику [2, 3, 24].

Таблица 2
Гендерные соотношения суицидов
в г. Тюмени, абс.

г. Тюмень	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего, абс.,	124	138	136	152	123	109
в т.ч.						
женщины	21	31	19	20	29	24
мужчины	103	107	117	132	94	85
Соотношение: Ж/М	1:4,9	1:3,4	1:6,1	1:6,6	1:3,2	1:3,5

Важным показателем является способ суицида (табл. 3).

Таблица 3
Способы самоубийств в г. Тюмени
в 2007-2012 гг., в %

Способ	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Самоповешение (X70)	91,1	85,5	88,3	79,6	88,6	86,2
Самострел (X72-74)	--	2,9	2,9	9,2	4,1	4,6
Самоотравление (X60-69)	6,5	5,1	2,2	5,2	4,1	3,7
Самопорезы (X78)	0,8	5,8	3,7	4,0	2,4	3,7
Падение с высоты (X80)	1,6	0,7	2,9	0,7	0,8	1,8
Другие	--	--	--	1,3	--	--
Всего	100	100	100	100	100	100

Проведенный анализ показал, что среди зарегистрированных случаев самоубийств в г. Тюмени подавляющее большинство – от 79,6 до 91,1% (в среднем – 86,3%) суицидентов предпочли самоповешение. По югу Тюменской области этот показатель составляет 83,6-86,8%.

На втором месте по частоте в городе оказалось самоотравление – от 2,2 до 6,5% (в среднем – 4,5%). На юге Тюменской области этот показатель составляет – 3,9-4,6% и занимает третье ранговое место (по югу Области).

На третьем в г. Тюмени находится самострел – от 0 до 9,2% (в среднем – 4,1%). По Югу области – 5,3-7,9% (занимает второе место по югу Области).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, уровень суицидов по югу Тюменской области значительно превышает средние показатели по стране. В г. Тюмени, напротив, число случаев добровольного ухода

из жизни практически в два раза ниже показателей, по югу Тюменской области и ниже среднего по Российской Федерации. При этом в обеих территориях отмечается тенденция снижения смертности от самоубийств.

Тем не менее, несмотря на отмеченную положительную динамику вопросы суицидальной превенции имеют достаточную актуальность, так как смертность от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, в связи с чем важен поиск новых путей улучшения суицидологической ситуации [9, 10, 15].

В 2010-2011 г. нами была разработана организационная модель Центра суицидальной превенции, инновационным элементом которого являлся Суицидологический регистр. В задачи Регистра входят регистрация и учет случаев суицидальных попыток, а так же анализ полученных данных для обоснования программы снижения суицидальной активности в регионе [4, 5, 11].

Основным инструментом суицидологического учёта является Талон первичной регистрации, заполнение которого согласно приказа Департамента здравоохранения должно проводиться медицинским работником, впервые выявившим суицидальную попытку: бригадой скорой помощи, врачом приемного отделения дежурной больницы и др. Заполненный талон пересылается в Суицидологический регистр для дальнейшей обработки.

С 1 марта 2012 г. на базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы проводится регистрация и учет случаев суицидальных действий согласно этой системе.

За 10 месяцев работы (март-декабрь 2012 г.) в Регистр из медицинских учреждений г. Тюмени и юга Тюменской области поступил 1221 талон. При внесении информации о каждом случае и сверке персональных данных было установлено, что 76 талонов дублируются (6,6%), что можно рассматривать как положительный эффект действующей системы учета. Согласно итоговым данным в Суицидологический регистр поступила информация о 1145 суицидальных попытках.

В г. Тюмени было совершено 777 суицидальных попыток (67,9%). В южных районах Тюменской области (без г. Тюмени) при относительно равном населении в 2 раза меньше – 368 (32,1%). Соотношение: г. Тюмень : Юг = 2,1 : 1.

Среди городского контингента женщины составили – 55,1% (n=428), мужчины – 44,9% (n=349); соотношение 1 : 0,82. По югу Области практически в тех же долях: женщины – 53,8% (n=198), мужчины – 46,2% (n=170); соотношение 1 : 0,86, что согласуется с данными других исследований [2, 3].

Распределение по возрастным группам представлено на рис. 4.

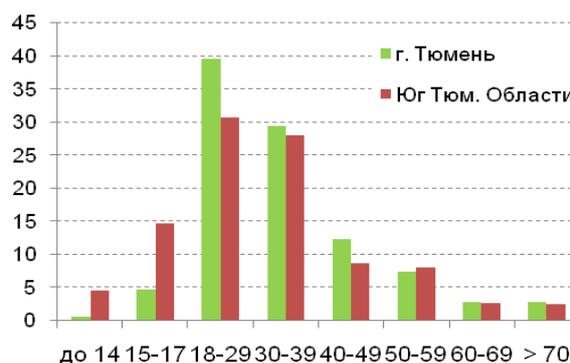


Рис. 4. Число суицидальных попыток в г. Тюмени и юге Тюменской области за период март-декабрь 2012 г. – распределение по возрастным группам, в %.

Можно отметить, что наибольшее число суицидентов пришлось на возрастные группы от 18 до 39 лет: г. Тюмень – 69,1%; юг Области – 58,7%.

При общем доминировании суицидальных попыток в г. Тюмени, в подростковом и юношеском возрасте это соотношение изменено в противоположную сторону: в 11-14 лет – в г. Тюмени – 0,6%, на юге Области – 4,6% (соотношение 1 : 7,6); в 15-17 лет – в г. Тюмени – 4,8%, на юге Области – 14,7% (соотношение 1 : 3,0). Таким образом, в этих возрастных категориях южные районы Области значительно превышают показатели г. Тюмени, что свидетельствует о неблагоприятной ситуации и необходимости усиления превентивных мер на Юге области.

Оценка способов совершённых суицидальных попыток (табл. 4) показала, что как в г. Тюмени, так и на юге Области доминировали самоотравления (г. Тюмень – 59,2%; Юг – 54,9%). На втором месте – самопорезы. Причем городские жители достоверно чаще (32,4%) использовали этот способ, чем жители южных районов (20,7%). И наоборот, самоповешение чаще регистрировалось на юге Области (12,5%), чем в городе (3,4%).

Таблица 4

Способы суицидальных попыток в г. Тюмени и юге Тюменской области, в %

Способ	г. Тюмень		Юг Тюм. Обл.		Всего	
	п	%	п	%	п	%
Самоотравление (X60-69)	460	59,2	202	54,9	662	57,8
Самопорезы (X78)	252	*32,4	76	20,7	328	28,6
Самоповешение (X70)	26	3,4	*46	12,5	72	6,3
Падение с высоты (X80)	20	2,6	6	1,6	26	2,3
Самострел (X72-74)	5	0,6	2	0,5	7	0,6
Другие	14	1,8	*36	9,8	50	4,4
Всего	777	100	368	100	1145	100

Примечание: * – различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

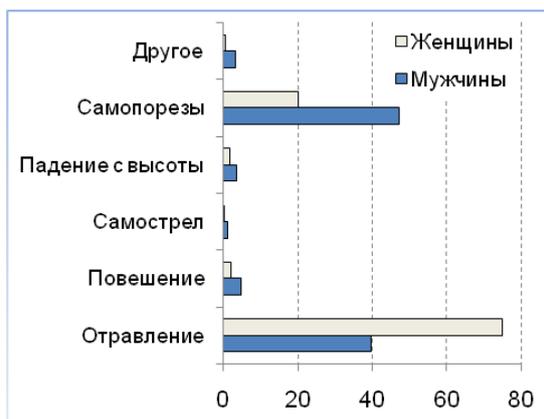


Рис. 5. Характер суицидальных попыток у мужчин и женщин, проживающих в г. Тюмени, в %.

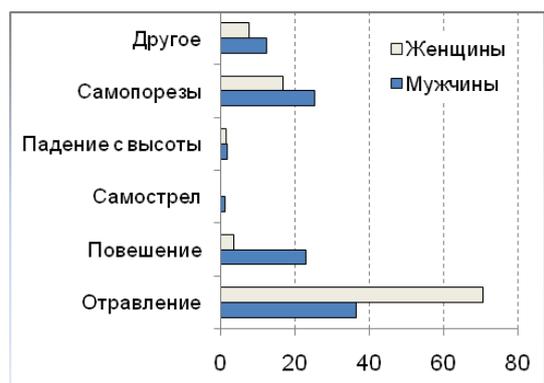


Рис. 6. Характер суицидальных попыток у мужчин и женщин, проживающих на юге Тюменской области, в %.

При распределении по гендерному показателю можно было отметить, что как в г. Тюмени, так и на юге Области большинство женщин

предпочитали самоотравление (г. Тюмень – 75,0%; Юг – 70,7%). На втором месте у них были самопорезы: г. Тюмень – 20,3%; Юг – 16,7% (рис. 5, 6). Эти тенденции подтверждаются данными других исследователей [2, 6].

У мужчин, в отличие от женщин, имелись некоторые различия, особенно при выборе «жестких» способов суицида. На первом месте у городских мужчин были самопорезы (47,3%), что достоверно превышало аналогичные показатели юга Области (25,3%), среди которых большинство (36,5%) предпочитали самоотравление и самоповешение (22,9%). Горожане совершали самоповешение в 4,5 раза реже – 4,9% (рис. 5, 6).

Следующим этапом работы являлась оценка сезонного распределения суицидальных попыток (рис. 7). Анализ показал, что в г. Тюмени за исследуемый период в месяц было совершено от 68 до 85 попыток. При этом не прослеживается выраженной сезонной динамики суицидальной активности. В течение 10 месяцев количество регистрируемых попыток имело незначительные различия – менее 10% (в среднем – 77,7 случаев в месяц).

В южных территориях Области, напротив, регистрируется неравномерное помесечное распределение со снижением числа попыток в осенние и зимние месяцы и отклонением от средних значений до 60% (в среднем – 36,8 в мес.).

Соотношение попыток, совершенных в г. Тюмени и юге Области, в среднем составляет 1:0,47. В весенне-летний период оно снижается до 1:0,68, осенью и зимой повышается до – 1:0,18, преимущественно за счет снижения числа попыток на юге Области в зимний период.

Учет попыток Регистром проводился в течение 10 месяцев. С относительной долей поправки это позволило рассчитать количество попыток, совершенных за весь 2012 год. При сохранении уровня аутоагрессивной активности населения можно предположить, что в течение года эти цифры могли бы составить (+20%): в г. Тюмень – 932, Юг Области – 442, всего по г. Тюмени и югу Области – 1374 попытки соответственно. Данные показатели могут отражать тот объем контингента, на который необходимо рассчитывать специализированную психотерапевтическую и психиатрическую помощь, в том числе штат данных специалистов.

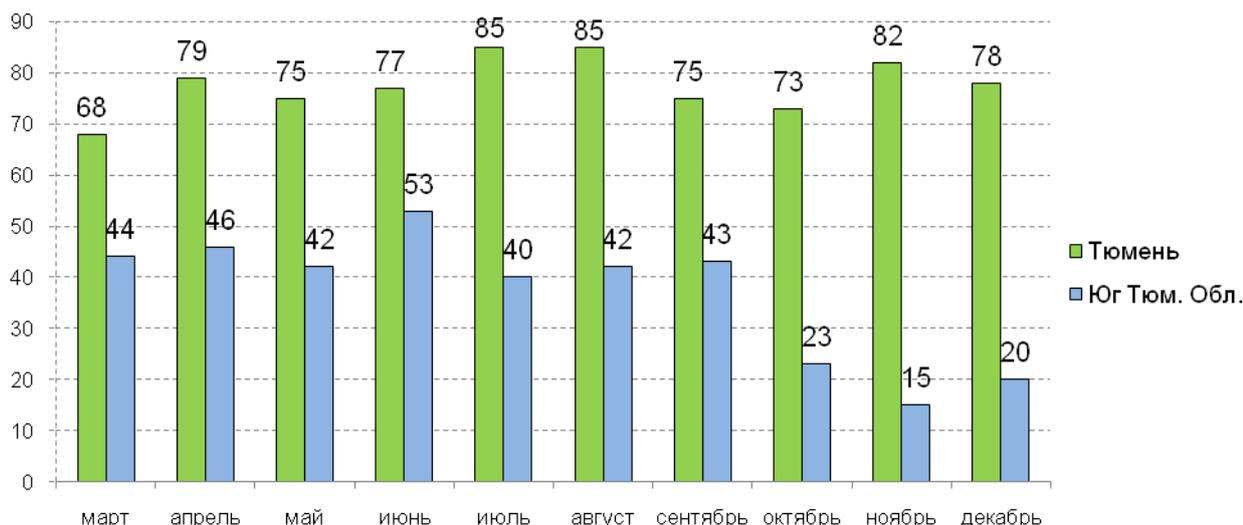


Рис. 7. Число суицидальных попыток в г. Тюмени и юге Тюменской области за период март-декабрь 2012 г. – распределение по месяцам, абс.

Относительный показатель частоты суицидальных попыток на 100000 населения г. Тюмени составил 143,4, юга Тюменской области – 67,0. Всего по г. Тюмени и югу Области – 104,9

Эти данные так же позволили произвести расчет соотношения количества покушений и завершенных суицидов. Считается, что количество попыток в 10-15 раз превышает число самоубийств. В 2012 году в г. Тюмени было зарегистрировано – 109 самоубийств. Расчетное число попыток – 932. Соотношение – суицид : попытки – 1 : 8,5. На юге Тюменской области зарегистрировано 332 суицида, расчетное число попыток – 442. Соотношение: 1 : 1,3. В целом по г. Тюмени и югу Тюменской области, соотношение – 1 : 3,1. Таким образом, количество суицидальных попыток в г. Тюмени превышает число самоубийств в 8,5 раз, а по южным районам Области – в 1,3 раза.

Для определения роли Службы скорой помощи г. Тюмени в системе учета суицидальных попыток нами были проанализированы данные о количестве вызовов, связанных с суицидальными действиями (рис. 8).

Всего за исследуемый период (10 месяцев) было принято 766 вызовов, что лишь на 11 случаев меньше, чем количество зарегистрированных Регистром попыток. В то же время, односторонней зависимости числа вызовов и количества регистрируемых суицидальных действий не наблюдалось (рис. 7). Доля различий в отдельные месяцы могла достигать 31% (например, май 2012 г.). Объяснением может служить различный характер причин вызовов

скорой помощи, среди которых могут быть случаи завершенных самоубийств, неопределенных аутоагрессивных действий, а так же другие действия, расцениваемые лицом, вызывающим бригаду скорой помощи, как суицид.

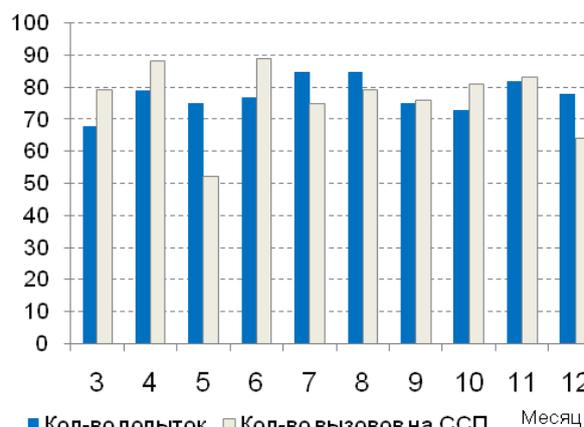


Рис. 8. Частота суицидальных попыток и вызовов скорой помощи в г. Тюмени в период март-декабрь 2012 гг., абс.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что Служба скорой помощи, оказывая помощь основной массе лиц, совершивших покушение на самоубийство, не может служить достоверным источником учета суицидальных действий.

Выводы.

Таким образом, приведенные данные, в целом свидетельствуют о том, что уровень самоубийств в г. Тюмени в течение ряда последних лет ниже среднероссийских и средних по Тюменской области. При этом отмечается по-

ложительная тенденция к дальнейшему снижению числа суицидов.

Уровень суицидальных попыток в 8,5 раз превышает количество завершённых самоубийств, что так же ниже, чем среднерасчётные по стране. В южных районах Области это соотношение значительно ниже, что требует дополнительно анализа ситуации.

В Тюменской области активно внедряются новые формы суицидологического учёта. Первые месяцы работы Суицидологического регистра свидетельствуют о том, что предложенная система повысила эффективность выявления лиц с суицидальным поведением, позволила получить достоверные данные о распространённости суицидальных попыток и их основных характеристиках. Можно надеяться, что своевременно оказываемая помощь этим людям будет способствовать снижению смертности от самоубийств в регионе.

Литература:

- Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Антонова А.А. Структура завершённых и незавершённых суицидов на территории Саратовской области (по данным за 2001–2010 гг.) // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 37-41.
- Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 18-28.
- Захаров С.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф., Жужуленко П.Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 3-10.
- Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 8-10.
- Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учёта // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
- Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 37-38.
- Колупаев В.А. Размышления о суицидальной активности в подростковом возрасте // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 46-48.
- Коргонен М.Е. Суицидальное поведение подростков в условиях социального сиротства // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 33-34.
- Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 11-12.
- Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
- Куценко Н.И., Курзин А.В., Зотов П.Б. Тактика курации суицидоопасного контингента в амбулаторной службе Тюменской областной клинической психиатрической больницы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 30-31.
- Лазебник А.И. Анализ взаимосвязи динамики уровня безработицы и частоты самоубийств в Удмуртской Республике в 1992-2003 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 35-36.
- Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
- Положий Б.С. Реформирование системы суицидологической помощи – необходимое условие совершенствования охраны общественного психического здоровья // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 11-17.
- Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
- Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2012: Стат. сб. / Росстат. – М., 2012. – 397 с. ISBN 978-5-89476-350-7
- Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
- Розанов В.А., Рейтарова Т.Е., Рахимкулова А.В., Уханова А.И., Розанова О.В. Психическое здоровье и суицидальные тенденции среди подростков в связи с социо-экономическими факторами семьи // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 32-34.
- Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. / Росстат. – 2012. – 786 с. ISBN 978-5-89476-532-1
- Сахаров А.В., Говорин Н.В. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 48-51.
- Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Этнокультуральные факторы риска суицидального поведения коренного населения Севера Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 85-89.
- Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
- Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48-51.

24. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Петрова С.В., Шаповалов Д.Л. Анализ динамики показателей суицидальной активности населения Воронежской области за период 1996-2006 гг. // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 52.

SUICIDE IN TYUMEN AND THE SOUTH
OF THE TYUMEN REGION (WESTERN SIBERIA):
DYNAMICS FOR 2007-2012

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin

Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

The suicide rate in the city of Tyumen below the average: in 2012 – 17.2 per 100,000 population (the ratio of male /

female – 1:4,4). In the south of the Tyumen region in 2012 is higher than the national average – 32.4 per 100,000 population (the ratio of male / female – 1:4,3). The main method of suicide is self-hanging – to 91.1%. In the last 6 years there has been a positive trend towards further reducing the number of suicides.

For 10 months in 2012 in Tyumen registered 777 suicide attempts – 143.4; in the south of the Tyumen region – 368 attempts – 67.0 per 100,000 population per year. The main way for women – self-poisoning – to 75.0% in men – self-cuts – to 47.3%. The city organized the systematic integration of suicidal acts (suicide register).

Key words: suicide, suicide attempt, Tyumen, Tyumen region, Western Siberia.

УДК 616.89-008.41

АДДИКТИВНОЕ РИСКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЯ ИНСТИНКТА САМОСОХРАНЕНИЯ

С.И. Ворошилин

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

Контактная информация:

Ворошилин Сергей Иванович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3; e-mail: voros04@gmail.com

Аdditивное рисковое поведение (адреналиномания) сопровождается снижением инстинкта самосохранения и целостности организма у лиц с этим влечением. Влечение к рискованному поведению у небольшой части населения является эволюционно необходимым для выживания большинства населения в чрезвычайных ситуациях. Лица с влечением к рисковому поведению при отсутствии реальной опасности стремятся к участию в любой деятельности, в которой они получают удовольствие от преодоления опасных ситуаций (и нередко при этом гибнут), в том числе от преступной деятельности, экстремальных видов спорта и социально неприемлемых форм опасных видов деятельности, таких как «руффинг» (восхождение на крыши высотных зданий и небоскребов), «диггинг» (проникновение в подземелья) или «трейнсёрфинг» («зацепинг», «электричкинг» и др.) – незаконная езда на крышах или выступах вагонов поездов.

Необходима разработка комплекса мероприятий для противодействия распространению таких социально неприемлемых форм рискового поведения.

Ключевые слова: рисковое поведение, инстинкт самосохранения, трейнсёрфинг, зацепинг

Склонность к риску представляет собой довольно устойчивую характеристику индивидуума и связана с такими личностными чертами, как импульсивность, независимость, стремление к успеху, склонность к доминированию. Влечение к рисковому поведению принадлежит к числу врожденных форм поведения, обусловленных соответствующими инстинктами. Особенностью инстинкта рискового поведения является то, что он проявляется снижением инстинкта самосохранения, т.к. толкает индивидуума на опасное поведение, которое может привести его к ранению или даже к гибели [1, 2, 6]. На рисковое поведение также оказывают влияние культура и социальные условия.

Человек всегда существовал в ситуации необходимости проявления рискового поведения, т.е. принятия решения, последствия которого неопределенны и часто негативны или даже смертельно опасны. Угроза хищников, природных факторов, войн создавали почти постоянную ситуацию риска [4]. Поводом для войн первоначально были борьба за охотничьи угодья, потом за территории, имеющие значение для ведения сельского хозяйства – поля и пастбища, или просто с целью грабежа. Второй целью почти во всех культурах и на всех континентах было похищение людей для использования их в качестве рабов или товара, а также похищение женщин. Постоянной причиной

войн еще до возникновения государств были кровная месть, войны, вызванные религиозными мотивами, такими как похищение людей для принесения в жертву, месть за предполагаемое колдовство со стороны соседей, вызвавшее чью-то гибель [4]. Кровная месть остается неизжитой в странах Ближнего Востока, некоторых кавказских народов, в Албании, а также в Южной Италии. Советское государство прилагало огромные усилия по искоренению кровной мести на Северном Кавказе. С появлением государств войны в мире ведутся почти непрерывно, иногда в форме войн, вовлекающих десятки стран, иногда в форме локальных конфликтов, в том числе в форме внутригосударственных гражданских войн.

Вместе с тем необходимость человеческого общества в рисковом поведении определяется не только войнами и угрозой природных стихий. Имеется большое число занятий и профессий, требующих такого поведения и в мирное время. Это и борьба с преступниками, действия в условиях чрезвычайных ситуаций, управление многими видами транспорта, участие в экстремальных видах спорта и т.д. Таким образом, в популяциях человека всегда имеется определенное число людей, в жизни или профессиональной деятельности которых рисковое поведение оправданно и необходимо для социума. Большинство населения предпочитает избегать опасных ситуаций, если риск для жизни достаточно очевиден. Вместе с этими двумя достаточно противоположными группами постоянно можно видеть некоторое число людей, напротив, стремящихся к ничем неоправданным опасностям.

Во многих культурах для социализации подобных проявлений практикуются опасные виды соревнований и развлечений, которые позволяют лицам с влечением к опасным ситуациям реализовать в них свое влечение. Так, во многих странах, в том числе ранее в России были распространены кулачные бои с участием сотен людей, что нередко приводило к массовым травмам (сейчас в некоторых местах предпринимаются усилия по их возрождению). С XIV до начала XX века в европейских странах была распространена практика дуэлей как способ разрешения конфликтов. В ряде стран Европы сохраняются традиционные поединки с животными, которые в отдельных случаях заканчиваются гибелью участников. К таким видам рискового поведения можно отнести корриду в Испании, Португалии и Латинской Америки, тавромахию (бычьи бега) в этих же

странах. Наиболее известны бычьи бега в Памплоне в испанской Наварре.

История свидетельствует о том, что потребность в подобных видах деятельности растет. Современные технические возможности способствуют появлению новых видов спорта, в которых главным являются не столько умение, ловкость, тренированность к определенным спортивным навыкам, сколько возможность удовлетворения влечения к преодолению искусственно создаваемых крайне опасных ситуаций. Это такие виды спорта, как автомобильные, велосипедные и мотогонки, воздушный пилотаж, альпинизм, спелеология, сплав по горным рекам, дайвинг, виндсерфинг, санный спорт и множество других. Новые технологии создали такие опасные формы перемещения в пространстве, как дельта-планеризм, парапланеризм, банджи-джампинг (прыгание на тарзанке) и т.д. При этом механизмы соревнования и моды ведут к тому, что этими опасными видами спорта все чаще пытаются заниматься случайные люди, не имеющие необходимой подготовки.

Примером такого нового, ставшего популярным видом экстремального спорта, является «бэйс-джампинг», разработанный в 1960-е годы в США К. Бенишем, включающий прыжки с парашютом с неподвижных объектов и небольшой высоты, что не позволяет использовать запасной парашют. Наименование «бэйс-джампинг» (BASE jumping) представляет собой аббревиатуру из четырех слов: Building, Antenna, Span, Earth (здание, антенна, пролет, земля). В разное время бэйсерами были совершены прыжки с Эйфелевой башни, Пизанской башни, со статуи Христа в Рио-де-Жанейро, с множества мостов. На Урале бэйс-джамперы совершали прыжки с недостроенной телебашни в Екатеринбурге (220 м) и с трубы комбината СУМЗ в Ревде. В настоящее время по этому виду спорта проводятся мировые чемпионаты.

Примерами других новых экстремальных видов спорта могут служить:

1. Вулканобординг – спуск на специальной деревянной доске с действующего вулкана, со скоростью до 50 миль/час.
2. Катание по песчаным дюнам на 4WD.
3. Слэक्лайнинг – прохождение по канату на рекордно большой высоте. Рекорд – прохождение по натянутому канату над ущельем высотой в 1000 метров.
4. Санный спорт-стрит – спуск.
5. Лимбоскейтинг – проезд на роликовых коньках под очень низко расположенным (над

уровнем земли) препятствием, например, между днищем автомобиля и асфальтом (рекорд – проезд под 57 машинами, выстроенными в один ряд).

Однако помимо таких экстремальных видов спорта в последние годы во всем мире, и в том числе в городах России растет движение последователей новых видов рискованного поведения, которые развиваются в рамках соревновательного поведения молодежи, носящего относительно бессмысленный и противозаконный характер, как, например, залезание на крыши высотных зданий или небоскребов (руфинг) или проникновение на заброшенные объекты, начиная от крупных промышленных заводов и военных баз до старых домиков в вымерших деревнях, в том числе в Чернобыльскую зону отчуждения на Украине (сталкеры), проникновение в подземелья часто бывших секретных объектов (диггеры) [20, 21]. Ерническое самоопределение руфинга самими участниками такового (руферами) звучит так: «Руфинг (руферство, от англ. Roof – крыша, оно же: крышинг, крышелазинг, крышнаидство) – времяпрепровождение представителей вида Homo Sapiens, заключающееся в проникновении и пребывании на крышах различных зданий и сооружений, начиная от коровника где-нибудь в глубоком Замкадье, кончая Зимним Дворцом в Петрограде или Кремлём в Москве. Руферство является одним из направлений сталкерства, суть которого заключается в том, чтобы «лазить, где попало в своё удовольствие» [20].

Но наиболее массовым стало совершение поездок на крышах или на различных выступах вагонов железнодорожных поездов (товарных или пассажирских) или других видов общественного транспорта – вагонах метрополитена, трамваях, троллейбусах. Наиболее общепринятое международное наименование этого вида движения – трейнсёрфинг (trainsurfing) или трейнхоп, трейнхоппинг (trainhop – запрыгивание на поезда) [22].

В России это движение получило наименование «электричкинг» или «зацепинг». «Электричкинг» также представляет собой псевдоспортивную активность, проявляющуюся в стремлении молодых людей, чаще юношей, реже девушек, подросткового или юношеского возраста, ездить на крышах вагонов электрички или на крышах вагонов троллейбусов, трамваев, метрополитена, или на каких-то выступах вагонов [18, 19].

Сама по себе езда на крышах или выступах вагонов общественного транспорта известна в Европе еще со времен дилижансов XVIII века и первых поездов XIX века. Она становилась распространённым явлением в годы Первой и Второй мировой войн, в России в годы Гражданской войны. Такая езда была достаточно частым явлением в странах с низким уровнем жизни населения. В настоящее время чрезвычайно распространена в странах Южной и Юго-Восточной Азии, Африки и Латинской Америки. В Европейских странах и СССР она исчезла уже в 1950-е годы, причем отчасти в связи с появлением автоматически закрывающихся дверей, что сделало невозможным ехать, цепляясь за ручки и иные места в дверях. Однако в 1990-е годы в европейских странах, а также в отдельных городах США и Австралии трейнсёрфинг из одного из видов молодежного хобби трансформировался практически в молодежное экстремистское движение, основу которого составил трейнсёрфинг на поездах пригородного и местного сообщения.

Время от времени на железных дорогах мира происходят случаи гибели или серьёзного травмирования людей, проезжающих снаружи поезда, некоторые из которых получают освещение в СМИ, а иногда даже могут вызвать широкий общественный резонанс. По официальным данным в Бразилии в течение 1989 года погибло порядка 150 и пострадало порядка 170 подростков-трейнсёрферов. В США в Нью-Йоркском метрополитене с 1989 по 2011 год при проезде снаружи поездов погибло 13 и пострадало 56 трейнсёрферов. В 2008 году при проезде снаружи поезда в Германии погибло 40, в Индонезии – 53 человека. В России ежегодно серьёзно травмируется и погибает несколько десятков трейнсёрферов, главным образом на территории Москвы и Московской области, где за 10 месяцев 2012 года погибло 6 и серьёзно пострадало 8 несовершеннолетних трейнсёрферов. Идеологи транссёрфинга на такую информацию заявляют, что гораздо большее число людей гибнет в обычных дорожно-транспортных происшествиях.

Трейнсёрфинг обычно рассматривается практикующими его пассажирами либо как экстремальное развлечение, либо как свободный способ езды при поездке на поезде куда-либо, обладающий рядом преимуществ по сравнению с ездой в вагоне. К числу преимуществ относят:

1. Получение удовольствия от скорости и процесса езды.

2. Расширенный обзор окружающей местности в сравнении с видом из окна вагона.

3. Возможность проехать с относительным комфортом при переполненности вагона, а также духоте или сильной жаре.

4. Возможность сэкономить на оплате проезда.

5. Возможность осуществлять посадку и высадку на ходу поезда при движении с небольшой скоростью, что позволяет успеть на отправляющийся поезд или покинуть его до полной остановки.

6. Возможность проезда на поезде, не осуществляющем перевозку пассажиров (на товарном, почтовом или служебном поезде, на одиночном локомотиве, на пассажирском поезде, совершающем служебный рейс и т.д.).

7. Повышение общей мобильности при перемещении по поезду, то есть возможность прохода с внешней стороны поезда при невозможности осуществления этого внутри него (например, из-за закрытых дверей в межвагонных переходах, пожаре в вагоне и т.д.), и возможность проникнуть в вагон или из него нестандартными способами (через окно, межвагонную резину и т.д.).

8. По мнению ряда трейнсёрферов, навык проезда снаружи поездов способствует развитию общей физической и ментальной подготовки, и может сыграть роль при спасении в экстренной ситуации.

Выделяют три подвида трейнсёрфинга (или зацепинга): Фронт-зацеп – это езда спереди, в слепой зоне видимости для машиниста. Классический зацеп – езда сзади. Руфрайд – езда на крыше поезда. Зацепинг представляет собой противозаконное действие, предполагая исходно активный, агрессивный отказ от оплаты проезда. В этом зацепинг сближается с путешествием автостопом, но автостоп предполагает добровольное согласие водителя или владельца транспорта бесплатно подвезти путешественника, а при нежелании он всегда может отказаться. В случае зацепинга зацеперы тайно проникают в места проезда, а охрана часто не в состоянии предотвратить их действия.

Важно отметить, что участниками электрички в России, как и в странах Европы или США, являются отнюдь не маргинальные слои населения. Среди них во множестве представлены студенты. В Москве – это часто студенты лучших московских ВУЗов, таких как МГТУ им. Баумана, МФТИ. В России особенно выраженный рост движения произошел летом 2010 г. после широкомасштабных отмен

электричек и аномальной жары. В это же время организованными группами зацеперов были проведены мероприятия по массовому проезду снаружи поездов. Создание организованного движения трейнсёрферов, освещение в СМИ связанных с зацепингом несчастных случаев привели к широкой известности данного явления и тому, что в Подмоскovie оно приняло массовый характер.

Можно выделить два фактора распространения различных видов рискованного поведения. Один из них состоит в возникновении материальных условий для реализации рискованного поведения. Так, Руффинг стал возможен лишь при появлении небоскрёбов и высотных зданий (небоскребы – здания в 30 и выше этажей, высотные здания – ниже 30 этажей). Трансерфинг (зацепинг) невозможен без железнодорожного или иного транспорта и возможности прикрепляться к его вагонам. Создание вагонов, ограничивающих действия зацеперов автоматически закрывающимися дверями или устранением межвагонных промежутков и выступов на вагонах, преодолевается использованием специальных технических средств, как например, вакуумных присосок и карабинов для прикрепления к поверхности вагонов скоростных поездов, как это было реализовано на германских скоростных поездах ICE3.

Точно также множество новых экстремальных видов спорта было невозможно до изобретения акваланга, дельтаплана или спортивных снарядов для виндсерфинга, саночного спорта, современных горных лыж, строительства трамплинов и т.д.

Распространению трейнсерфинга в последние 20 лет особенно способствовало развитие интернета, где зацеперы создали многочисленные сайты, форумы, в которых производится обмен информацией, выкладываются фотографии и видеоклипы, в т.ч. сообщения о гибели участников, а так же планируются массовые мероприятия по катанию снаружи поездов. Информация доступная в интернете так же свидетельствует о том, что объединения трейнсёрферов занимаются сбором и систематизацией информации по видам подвижного состава и способам проезда на них, а также особенно езде на различных железнодорожных линиях.

Среди некоторых сообществ трейнсёрферов также могут возникать определённые традиции и негласные правила этики. Например, у многих участников порча подвижного состава, причинение неудобств другим пассажирам и

поездным бригадам, а также намеренное создание помех в движении поездов считаются недопустимыми действиями. Хотя есть и исключения. Время от времени могут появляться лица, которые при незаконном проезде занимают вандализмом и наносят вред подвижному составу или создают помехи в движении поездов. Некоторые из них рисуют граффити на лобовых стёклах кабин и корпусах поездов, ломают дворники и разбивают стёкла и фары, срывают концевые краны тормозной или напорной магистрали с целью экстренной остановки поезда без необходимости, опускают токоприёмники с целью обесточить поезд или бросают предметы в проходящие поезда.

Технический прогресс не является единственной причиной развития подобных нарушений. Главным условием рискованного поведения, не связанного с потребностью защиты или сохранения социума, является наличие достаточно большой группы людей с повышенной потребностью к осуществлению ничем неоправданной опасной деятельности. Основной целью этих лиц является стремление снова и снова повторять опасные ситуации, ведущие к выбросу гормонов стресса, и получение особенно глубокого удовольствия после успешного их преодоления.

Адреналиномании – это эволюционно допускаемое нарушение инстинкта самосохранения отдельных индивидуумов в интересах сохранения в критических ситуациях большинства особей вида. Очевидно, что присутствие во всех популяциях человека людей с повышенной потребностью в опасной деятельности является результатом постоянно происходящего естественного отбора. Несмотря на то, что люди с этими свойствами в среднем живут меньше, чем избегающие опасности, и оставляют меньше потомства, их наличие в популяции обеспечивают защиту большинства в экстремальных ситуациях, хотя вне таких ситуаций они часто сами являются источниками социальных и межличностных конфликтов. "Здесь есть риск гибели, перелома костей, но ощущение, которое вы получаете, не сравнимо ни с какими другими чувствами в мире. Лучшие наркотики не могут позволить получить тот же уровень экстаза, чувство действительно хорошего адреналина", – сказал один из сёрферов, а другой заявил, что во время сёрфинга "нет ничего в сознании, не существует ничего иного, что имеет какое-то значение".

Несмотря на то, что людей с такими особенностями личности достаточно много, их место в классификациях психологических аномалий остается неопределенным. Они описываются в различных работах, и им присвоены некоторые наименования, которые пока не приобрели характер общепринятых. В отечественной литературе они часто фигурируют под наименованием адреналиномания [9]. В зарубежной психиатрии используется термин рискованное поведение (risktaking behavior). Они не вошли ни в одну из существующих классификаций болезни [1-3].

Очевидно, что все эти люди являются лицами с различными аномалиями личности. Вероятно, большинство из них, чье поведение общество готово признать социально приемлемым, принадлежит к тому типу личности, который при чрезмерной выраженности проявляется как диссоциальное расстройство личности (F60.2 по ICD-10 или 301.7 по DSM-IV). Ранее J.M. Oldham и L.B. Morris, показывая соотношения между нормальными типами и расстройствами личности, описали их как соответствующей диссоциальному расстройству «Авантюрный тип» личности [10]. Они указали на следующие характеристики данного типа:

1. Лица с авантюрным типом личности имеют собственную систему ценности, и на них не сильно влияют другие люди и нормы общества.
2. Они любят риск и обычно принимают участие в самых опасных предприятиях.
3. Они не волнуются о других и считают, что каждый сам может о себе позаботиться.
4. Они умеют приобретать друзей и влиять на людей.
5. Они любят путешествовать. Они не волнуются относительно работы.
6. Они смелы, энергичны, склонны к проказам.
7. Они мужественны, беспощадны в преодолении препятствий.
8. Они живут одним днем, не испытывают вины за прошлое и беспокойства за будущее.

Этот тип личности можно рассматривать как «акцентуацию личности авантюрного типа».

Но не все адреналиноманы становятся истинно диссоциальными личностями. Все же у большинства из них поведенческие отклонения ограничиваются влечением к их необычным пристрастиям, как например, влечением к трейнсёрфингу или руфингу. Многие из них заняты в социально приемлемом виде экстре-

мального спорта, например, в парашютном, но у них можно видеть критерии, предложенные Брауном [5], включающие симптомы, характерные для аддикций: 1) особенность, «сверхценность» (salience); 2) эйфория (euphoria); 3) рост толерантности (tolerance); 4) симптомы отмены (withdrawal symptoms); 5) конфликт с окружающими и самим собой (conflict); 6) рецидив (relapse).

Очевидно, этот тип следует отнести к психопатическому уровню аномалий личности и рассматривать его как «аддиктивное рисковое поведение» или «патологическое влечение к рисковому поведению» в рамках «расстройств привычек и влечений» (F63).

Во всем мире подростки начинают проявлять склонность к рисковому поведению и испытывают внутреннюю потребность «испытать себя». Рисковое поведение, или иначе поведение, опасное для здоровья, в той или иной степени проявляется у большинства подростков в развитых странах и нередко заканчивается серьезными последствиями. Одним из основных факторов формирования субкультуры, а также присоединения к ней подростка, по мнению многих исследователей, в частности Я. Гилинского, является возможность удовлетворения актуальных возрастных подростковых (юношеских) потребностей, к каковым авторы [11] относят потребность в обособлении, автономизации от взрослых; изживании конфликта с взрослыми; самоактуализации, самоутверждении, реализации способностей; принятии социумом; признании, преодолении комплекса неполноценности; смысле; получении удовольствий, новых ощущений; информации, доступ к которой подросток не получает в семье, школе.

Регистрируемый в последнее время рост числа участников рискованных видов развлечений указывает на то, что в обществе имеются какие-то относительно новые факторы, способствующие этому процессу.

Более 30 лет назад в Университете штата Делавэр профессор Марвин Цукерман разработал концепцию риска наркомании или то, что он называл "поиск ощущений". Было признано, что риск наркомании более глубоко сосредоточен на химии мозга [17]. Вещества или деятельности, которые заставляют людей испытывать типов максимумы, связанные с наркоманией, как полагают, связаны с выделением дофамина, нейромедиатора, который может вызывать переживание внезапного и интенсивного удовольствия, если присутствует в более высоких, чем обычно, концентрациях (дофамин

предшественник адреналина, так что когда люди говорят об "адреналиномании", они в действительности говорили об эффектах дофамина).

В течение долгого времени наиболее популярная теория утверждала, что энтузиасты спорта и другие жаждущие риска страдают от нехватки дофамина, и что участие в опасных, но захватывающих поведенческих действиях, компенсирует им дефицит дофамина. Такое поведение по существу представляет стратегию выживания, направленную на стимулирование производства этого химического соединения при его недостаточности.

Ученые Онкологического научного центра Фреда Хатчинсона обнаружили, что мутация гена *neuroD2*, связанного с развитием миндалин мозга, нарушает формирование эмоциональной памяти у мышей, что повышает их готовность к рисковому поведению [12, 14].

Синтия Томсон на основе изучения выборки из 503 горных лыжников и сноубордистов обоего пола показала, что мутация 521 C/T (rs1800955) в промоторной области дофамин-4-гена рецептора (DRD4) поддерживает значимую связь с жадой поиска нового и экстраверсией, но не с импульсивной жадой ощущений [15].

David Zald (2008) показал, что животные и люди, отличающиеся повышенной готовностью к рисковому поведению и поиску нового, имеют меньшее число дофамин тормозящих рецепторов. Рисковая деятельность способствует производству больших количеств дофамина [16].

Причиной развития у части индивидуумов общества перечисленных аномалий личности и поведения является то, что любое свойство организма формируется под влиянием большого числа факторов как биологических (мутации генов, необычные комбинации генов, средовые условия развития и жизни индивидуума), так и психологических и социальных факторов. У одних индивидуумов большую роль могут иметь биологические, в том числе генетические факторы, у других социальные. Малая частота этих признаков в населении является следствием давления отбора на них условиями среды, в том числе давления социальных факторов [8, 13].

Одним из них является рост комфортности и безопасности жизни, вследствие чего системы защиты и обороны от опасности оказываются незадействованными. Итогом становится поиск ситуаций, в которых эти потребности

могут быть удовлетворены. Очевидно, что противодействием этому фактору должно быть активное развитие в обществе различных видов спорта, туризма, возможностей путешествий, военно-спортивных видов деятельности, активно работающих под контролем взрослых массовых молодежных организаций.

Вторым фактором вовлечения молодых людей в бессмысленные виды опасной деятельности является, помимо общего пресыщения, отсутствие для очень многих молодых людей осознанной разумной (высокой) цели в жизни. В этих условиях вместо разумной деятельности, которая могла бы быть источником радости, смыслом жизни становится гедонизм, желание получать удовольствие любым путем. Противодействием нежелательному авантюренному поведению здесь также должны быть повышение образованности населения и создание условий для вовлечения молодежи в целесообразные виды деятельности или социально приемлемые виды развлечения и спорта и создание в обществе оптимистической социальной перспективы для молодежи [7].

Очевидно, что с таким негативным явлением как трейнсёрфинг, необходима борьба. Следует иметь в виду, что в отличие от других видов рискованных видов спорта, здесь практически невозможно организовывать тренировки участников, а организация такой тренировки невозможна по моральным соображениям ввиду практически криминальности этого вида развлечения. Кроме того, сам трейнсёрфинг формирует антисоциальную направленность молодежи.

С одной стороны, борьба с трейнсёрфингом требует ужесточения наказаний, как это практикуется во многих странах, вплоть до тюремного заключения, причем в первую очередь, особо сурового наказания организаторов «идеологов» движения. Возможно, следовало бы в судебном порядке включить сайты трейнсёрферов, пропагандирующие этот вид развлечения в разряд запрещенных, наряду с экстремистскими сайтами.

Во-вторых, необходимо усиление механических препятствий для трейнсёрферов, в первую очередь, на метрополитене. На территории станций и прилегающей железнодорожной инфраструктуры для повышения безопасности пассажиров, включая предотвращение проезда снаружи поездов, здесь могут применяться технические средства, такие как станционные раздвижные двери, заградительные барьеры и системы видеонаблюдения, что име-

ет широкое распространение на территории метрополитенов. На Московском метрополитене для предотвращения залезания пассажиров на крыши поездов с надземных переходов на ряде станций ведётся установка стеклянных заграждений. Также рассматривается вопрос об установке раздвижных дверей на новых станциях для предотвращения падения или проникновения пассажиров на пути и в межвагонное пространство поездов, оборудование станций мониторами контроля дверей, транслирующими изображение хвостовой части состава.

Для примера, в ряде стран Азии для борьбы с трейнсёрферами применяются более жёсткие меры, ставшие объектом массовой критики со стороны правозащитников. Например, в Бангладеш полиция использует против трейнсёрферов длинные бамбуковые палки. В Индонезии для борьбы с ездой на крышах изначально применялись установка заграждений на станциях на уровне крыш вагонов, установка на самих крышах вагонов ключей проволоки или опрыскивание крыш и самих трейнсёрферов краской или маслом. В настоящее время в Индонезии для борьбы с ездой на крышах на электрифицированных линиях практикуется понижение уровня контактной сети, что делает проезд на крыше вагона более опасным. На некоторых неэлектрифицированных линиях устанавливаются специальные габаритные ворота с подвешенными на них бетонными шарами, которые при столкновении с человеком на скорости наносят серьёзные травмы или могут привести его к гибели.

В отечественных условиях необходимо, как минимум, запретить проектирование новых станций без раздвигающихся дверей. Важны и мероприятия по отвлечению молодежи от этого рода занятий и направлению их в сторону участия в регламентированных видах рискованного спорта, где организуется необходимая тренировка, сертификация спортсменов, с наказанием тех, кто избегает требуемой подготовки и сертификации. Наиболее актуальным является развитие массовой воспитательной работы с молодежью в направлении формирования нужного обществу отношения к жизни, противостоящему доминированию гедонизма, как главного смысла жизни, а также созданию экономических условий вовлечения молодежи в жизнь общества.

Выводы:

1. В населении постоянно имеется небольшая, но заметная группа индивидуумов,

обнаруживающих влечение к рисковому поведению, в том числе к таким, которые приводят к тяжёлым травмам или к гибели. Очевидно, это является следствием того, что небольшое число таких особей, даже погибая, могут во многих случаях помочь спастись большому числу индивидуумов, не имеющих этого свойства.

2. Такое влечение возможно лишь при условии ослабления страха смерти, инстинкта к сохранению при одновременном усилении чувства удовольствия, получаемого в ходе преодоления опасных ситуаций. Это чувство настолько выражено, что такие индивидуумы стремятся к повторению рискованного поведения даже после перенесения ими тяжелых ранений.

3. Влечением к рисковому поведению в социально приемлемых формах следует отнести к «акцентуации личности авантюрного типа». Социально неприемлемое влечение можно рассматривать как «аддиктивное рисковое поведение» или «патологическое влечение к рисковому поведению» в рамках «расстройств привычек и влечений» (F63).

4. Необходимо противодействие вовлечению молодежи в нежелательные формы рискованного поведения как репрессивными, так и воспитательными мерами, созданием условий для направления активности лиц с влечением к рисковому поведению в социально приемлемые виды рискованного поведения.

Литература:

1. Ворошилин С.И. Проблема классификации патологического рискованного поведения антисоциального характера и факторов его распространения на примере «трейнсёрфинга» («зацепинга») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 38-40.
2. Ворошилин С.И. Психогенетический и этологический подходы к классификации нехимических (поведенческих) зависимостей // Психологические проблемы развития и существования человека в современном мире: Сб. научн. тр. УрГПУ. Вып. 2. – Екб., 2009. – С. 59-76.
3. Ворошилин С.И. Проблемы нехимических (поведенческих) зависимостей // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск: Атоксо, 2009. – С. 27-29.
4. Дэйви М. Эволюция войн / Пер. с англ. – М.: Центрполиграф, 2009. – 382 с.
5. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – М.: Речь, 2007. – 190 с.
6. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8-15.
7. Косарецкая С.В., Косарецкий С.Г., Синягина Н.Ю. Неформальные объединения молодежи. Профилактика асоциального поведения. М.: Каро, 2006. – 400 с.
8. Кричевец А.Н. Математическая статистика для психологов. – М.: Академия, 2012. – 400 с.
9. Кукк В. Энциклопедия зависимостей (web: <http://www.DrKukk.com>)
10. Олдхэм Дж.М., Моррис Л.Б. Автопортрет вашей личности. Как лучше узнать самого себя / Пер. с англ. – М.: Вече, 1996. – 544 с.
11. Резухина Е.В. Подростковые и молодёжные субкультуры: психолого-педагогический аспект // Психологический журнал. – 2006. – № 18.
12. Chin-Hsing L., Stacey H. et al. The dosage of the neuroD2 transcription factor regulates amygdala development and emotional learning // Proc. of Nat. Acad. USA. – 2005. – Vol. 102, № 41. – P. 14877-14882.
13. Hernstein R.J., Murray Ch. The bell curve: Intelligence and class structure in American life. – NY.: The Free Press, 1994. – 872 p.
14. Olson J. Study identifies gene in mice that may control risk-taking behavior In humans // Science Daily. March 11, 2013
15. Thomson C.J., Hanna C.W., Carlson S.R., Ruper J.L. The 521 C/T variant in the dopamine-4-receptor gene (DRD4) is associated with skiing and snowboarding behavior. // Scandinavian journal of medicine & science in sports. Article first published online: 17 DEC 2012. DOI: 10.1111/sms.12031
16. Zald David H., Cowan Ronald L., Riccardi Patrizia, a.o. Associated with novelty-seeking traits in humans 14372 // The journal of neuroscience. 2008. – Vol. 28, № 53. – P. 14372-14378.
17. Zuckerman M. Sensation seeking and risky behavior. Washington DC // Amer. Psychological Assn, 2006. – 309 p.
18. <http://lurkmo.re/> /Электричкинг/Трейнсёрфинг
19. <http://lurkmo.re/> Метроэлектричкинг
20. <http://lurkmore.to/> Пуфинг
21. <http://lurkmore.to/> Сталкеры
22. TrainSurfing http://www.squidoo.com/train_surfing

ADDICTIVE RISK-TAKING BEHAVIORAS REDUCING OF THE SURVIVAL INSTINCT

S.I. Voroshilin

Urals State Medical Academy, Yekaterinburg, Russia

Risk-taking behavior is characterized by a decrease in self-preservation instinct and the integrity of the body. Attraction to risk-taking behavior in a small proportion of the population is necessary for the survival of the majority of the population in emergency situations. In the absence of a real risk of a person with risk-taking behavior are involved in any activity in which they enjoy overcoming risk situations, including criminal activity, extreme sports and socially unacceptable forms of hazardous activities, such as climbing to high rise buildings and skyscrapers or train-surfing. It is a set of responses requires against unacceptable risk-taking behavior.

Key words: risk-taking behavior, self-preservation instinct, trainsurfing.