

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

<i>В.А. Розанов</i> Эволюционно-этологические аспекты суицида	3
<i>Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, В.М. Кушнарёв</i> История развития суицидологии в России	22
<i>Н.Д. Узлов, М.Н. Семёнова</i> Игра, трансгрессия и сетевой суицид	40
<i>П.Б. Зотов</i> Психотерапия при суицидальном поведении: теоретические и клинические предпосылки ...	53
<i>М.П. Чернышкова, Н.А. Цветкова, Л.П. Лобачева, М.Г. Дебольский, Д.Е. Дикопольцев</i> Суициды среди подозреваемых, обвиняемых и осуждённых: аналитический обзор	62
<i>Ю.Е. Разводовский, С.В. Кандрычин</i> Суициды и смертность от туберкулёза до и после распада СССР: анализ национальных трендов	70
<i>А.В. Меринов, М.А. Байкова, О.П. Зотова</i> Трагическая смерть родственников как активный сценарный конструкт и его значение для суицидологической практики ...	78
<i>Е.В. Лебедева, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин, Т.Н. Сергиенко, Т.Г. Нонка, А.Н. Репин, М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина, Л.Д. Рахмазова</i> Влияние аффективных расстройств с различным риском суицидального поведения на выживание больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС и проживающих в Томске и Томской области ...	84
Дискуссии	
<i>М.С. Уманский, П.Б. Зотов, О.В. Абатурова, В.А. Жмуров, Е.В. Родяшин, А.Б. Приленский</i> Суицид и сердечно-сосудистые заболевания: есть ли взаимосвязь?	94

EDITOR IN CHIEF	
P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia)	
RESPONSIBLE SECRETARY	
M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia)	
EDITORIAL COLLEGE	
N.A. Bokhan, acad. RAS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)	
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)	
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburg, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland)	
Ilkka Henrik Mäkinen, Ph. D., prof. (Sweden)	
William Alex Pridemore, Ph. D., prof. (USA)	
Niko Seppälä, M.D., Ph.D. (Finland)	
Marcin Wojnar, M.D., Ph.D., prof. (Poland)	
Журнал «Суицидология» включен в:	
1) Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)	
2) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)	
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74	
Адрес редакции: 625051, г. Тюмень, 30 лет Победы, 81А, оф. 201, 202 Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600 Телефон: (3452) 73-27-45 Факс: (3452) 54-07-07 E-mail: note72@yandex.ru Заказ № 127. Тираж 1000 экз. Подписан в печать 27.09.2017 г. Распространяется по подписке	
ISSN 2224-1264	

Юбилей Валентина Михайловича Кушнарера	99
Информация для авторов	100

Contents

<i>V.A. Rozanov</i>	
Evolutionary-ethological perspectives of suicide	3
<i>E.B. Ljubov, P.B. Zotov, V.M. Kushnarev</i>	
History of suicidology development in Russia	22
<i>N.D. Uzlov, M.N Semenova</i>	
Game, transgression and network suicide	40
<i>P.B. Zotov</i>	
Psychotherapy of suicidal behavior: theoretical and clinical premises	53
<i>M.P. Chernyshkova, N.A. Tsvetkova, L.P. Lobacheva, M.G. Debolsky, D.E. Dikopoltsev</i>	
Suicides among the suspects, indicted and convicts: an analytical review	62
<i>Y.E. Razvodovsky, S.V. Kandrychyn</i>	
Suicides and mortality from tuberculosis before and after dissolution of USSR: the trends analysis	70
<i>A.V. Merinov, M.A. Baqkova, O.P. Zotova</i>	
Tragic death of relatives as active precept's component and its importance for a suicide practice	78
<i>E.V. Lebedeva, E.D. Schastnyy, G.G. Simutkin, T.N. Sergienko, T.G. Nonka, A.N. Repin, M.M. Axenov, O.E. Perchatkina, L.D. Rakhmazova</i>	
Influence of affective disorders with different risk of suicidal behavior on survival of patients receiving conservative therapy of chronic coronary artery disease	84
<i>M.S. Umansky, P.B. Zotov, O.V. Abaturova, V.A. Zhmurov, E.V. Rodyashin, A.B. Prilensky</i>	
Suicide and cardiovascular diseases: is there a relation?	94
Information	100

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

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

ЭВОЛЮЦИОННО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДА*В.А. Розанов*

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова, г. Одесса, Украина
Институт информатики и социальных технологий, г. Одесса, Украина

Контактная информация:

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

Обзор затрагивает такие вопросы, как самоубийство в мире животных, виды поведения животных, которые напоминают суицидальное, этологические корреляты суицидальности, взаимосвязь агрессии и аутоагрессии с учетом эволюции поведения, суицид с точки зрения теорий эволюции, эволюционные гипотезы, объясняющие рост самоубийств, эволюционные аспекты пола и их значение для половых различий в суицидальности. Гипотезы, объясняющие рост самоубийств с позиций дарвиновского селектогенеза не очень убедительны, в то время как альтернативные теории эволюции, в которых первостепенная роль придается влиянию внешней среды и предполагается возможность направленных изменений в геноме, дают более логичные объяснения. Наиболее привлекательно выглядит концепция психоламаркизма, дополненная современными взглядами о роли эпигенетических феноменов, индуцированных стрессом, и о возможности трансгенерационной передачи поведенческих фенотипов, связанных с ними. Данная тематика имеет не только общетеоретическое и концептуальное значение, но и может рассматриваться в прикладном плане, как задел для моделирования суицидального поведения на животных и обоснование направленных стратегий превенции.

Ключевые слова: суицид, аутоагрессия, агрессия, эволюция

Самоубийство как человеческое явление столь же беспредельно, многогранно и неоднозначно, как и феномен человека. При этом человек как индивид и как личность, с его психическими функциями, внутренним миром, культурой, религией, философией и социальной жизнью всегда остаётся представителем своего биологического вида, и в этом смысле к нему приложима нейробиология поведения, поведенческая генетика и эволюционная психология. В последние десятилетия, благодаря достижениям нейронаук и эволюционному подходу, используя широкие сопоставления и переходы от модельных объектов к человеку и обратно, уточнены механизмы пищевого, полового, родительского, агрессивного и стрессорного поведения человека и выявлено, как нарушения этих механизмов отражаются на физическом и психическом здоровье [1-3]. Особое внимание привлекает суицидальное поведение, учитывая значимость социально-психологическую проблемы самоубийств.

Однако возникает вопрос, можно ли ставить в один ряд такие базовые формы поведения и рассматривать суицид в одном ряду с ними? С одной стороны, суицидальное поведение часто рассматривается как самостоятельная форма поведения, ключевым предрасполагающим фактором которого является суици-

дальный диатез, имеющий генетическую основу [4-8]. В то же время, если в случае животных поведение можно охарактеризовать как то, что «делают животные», то в случае человека это, прежде всего то, что человек думает, понимает, осознает, планирует, а также то, как он оценивает последствия своего поступка, действия или поведенческого акта. Этот когнитивный, а также волевой и «намеренный», целеполагающий компонент особенно важны в контексте самоубийства, что, по мнению многих, делает этот вид поведения уникальным и присущим исключительно человеку. Тем не менее, вопрос о самоубийстве в животном мире и о приложимости к миру животных понятия «суицидальное поведение» периодически становится предметом обсуждения [9-12].

Мы попытаемся рассмотреть эту проблему в контексте одновременно этологическом (с позиций поведения животных, причём преимущественно с учётом нейробиологического аспекта поведения) и эволюционном, поскольку все виды поведения, как адаптивного, так и патологического (но, тем не менее, тоже адаптивного в определённом смысле, только оцениваемого обществом как «ненормальное»), несомненно, являются следствием эволюции. Таким образом, данная статья, посвящённая конкретной суицидологической проблеме, свя-

зана с этологией, эволюционной психологией и эволюционной психиатрией.

Самоубийства в животном мире.

Сведения о самоубийстве среди животных были особенно популярны в период античности, но и впоследствии им уделяли внимание многие крупные зоологи, антропологи и психиатры, от Карла Линнея и Дарвина до Генри Модсли (Henry Maudsley), Уильяма Линдсея (William Lindsay) и Энрико Морселли (Enrico Morselli) [12]. Если говорить об античности, то в качестве основного источника упоминается Клавдий Элиан, живший предположительно во II-III в. нашей эры. В своем труде *De Natura Animalium* он приводит сведения о 21 «достоверном» случае самоубийств среди животных, включая птиц. Из этих описаний в 12 случаях речь идет об отказе от пищи из-за переживания горя после смерти хозяина, в трёх случаях – о причинах, связанных с сексуальными отношениями (измена или инцест), в двух случаях – о горе после смерти близкого друга, и далее – по 1 случаю – в связи с отвержением, стремлением соединиться с потомством, захваченным врагами, лояльностью к хозяину, который оказался в смертельной ловушке, а также страхом перед неволей. Перечисленные описания касаются таких животных, как дельфин, орел, лисуха, лошадь (по два случая), верблюд и горилла (по 1 случаю) и собака (11 случаев) (цит. по [9]). Истории об отказе от пищи у собак после смерти хозяина наиболее распространены, периодически появляясь в различных популярных и околонуточных источниках [9, 10]. Приводятся также сведения о самопожертвовании у различных видов ради сохранения своего потомства [13].

В обзорах по данной теме авторы приводят такие часто упоминаемые факты, как «самоубийство» окружённого огнём скорпиона путём смертельного укула собственным жалом и массовая гибель леммингов [9, 10, 12]. Поведение скорпиона (которое, по результатам экспериментов, скорее всего, является инстинктивной реакцией на раздражение) стало нарицательным в связи с тем, что было использовано как литературный образ Байроном. Поведение леммингов (которое считается на самом деле биологической реакцией на избыточный рост популяции, например, в виде миграции, индуцированной перенаселением со случайным попаданием в географическую западню) также приобрело аллегорическое звучание в связи с поведением значительной части людей в условиях жесточайшей депривации, например, в концлагерях [12].

В целом все авторы сходятся во мнении, что, несмотря на периодически появляющиеся сведения о самоубийствах животных, нет оснований считать их действия (или бездействия) намеренным актом самоуничтожения. Во всех случаях можно найти некие рациональные с точки зрения человека объяснения происходящему. Например, массовая гибель китов, дельфинов, тюленей и других крупных водных млекопитающих чаще всего объясняется электромагнитным загрязнением океана и непредсказуемой потерей ориентации, или сложностями поведения на мелководье в определённых районах [14]. Отказ от пищи в неволе у некоторых животных, например, у приматов, можно объяснить социальной депривацией и стрессом из-за ограничения свободного передвижения и т.д. [15].

Эти объяснения проистекают из определения самоубийства, которое было дано ещё Дюркгеймом. В своём фундаментальном труде он много внимания уделяет вопросу намеренности и осознанности суицидального акта (интересно, что обсуждая этот вопрос, он отталкивается как раз от сравнений с животными) и приходит к заключению, что «... самоубийством называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах». Таким образом, для Дюркгейма суицид – это исключительно человеческий феномен. Отсюда априорно всё аналогичное, что происходит с животными, и, что может трактоваться как самоубийство, теряет свой смысл. Более того, существует точка зрения, что понятие человека мы можем фактически лишь через то, что ему присуще сознание, мышление и самоубийство, что и отличает его от животного. Однако при этом закономерно возникает вопрос о наличии у животных рассудка или разума. Этот вопрос, при всех сложностях его объективного исследования, наукой в принципе решается отрицательно, что и делает невозможным научное обсуждение возможности самоубийства у животных [12].

Некоторые виды поведения животных, напоминающие суицидальное.

Гораздо более обоснованно, без заводящих в тупик философских рассуждений, можно рассмотреть вопрос об эквивалентах суицидального поведения у животных. В суицидологии под таким углом зрения рассматривается аутоагрессивное и самоповреждающее поведение [16-18]. Подчеркивается, что различные

самоповреждения (self-harm, self-mutilation) на самом деле носят несуицидальный характер, однако у людей (особенно среди подростков) они тесно ассоциированы с суицидальными попытками и суицидом [19, 20]. Самоповреждения (шрамирование, ожоги, царапание, порезы, другие повреждения мягких тканей, оставляющие следы и шрамы) хотя бы однажды наносят себе до 20% подростков [21].

При таких действиях у человека желание умереть как таковое отсутствует. Это делается главным образом с целью снять внутреннее напряжение (испытыв боль, увидев кровь), с тем, чтобы «наказать себя» или привлечь внимание к своим переживаниям, ослабить внутреннюю психологическую боль. Особенно часто это происходит при различных видах дистресса, например, после издевательств сверстников [22, 23]. В то же время, явно просматривается связь этого поведения с различной психопатологией, прежде всего с так называемыми экстернализирующими расстройствами, куда принято относить гиперактивность, оппозиционно-вызывающее поведение, антисоциальное расстройство и другие поведенческие нарушения с яркими внешними проявлениями [24]. Кроме того, такая аутоагрессия характерна для целого ряда наследственных и врожденных синдромов с интеллектуальным снижением, в том числе эпигенетического генеза, таких как синдром Энджелмана, Корнелии де Ланге, синдром Прадера-Вилли, Лея-Нихана и др. [20].

Среди животных также задокументированы многочисленные проявления самоповреждающего поведения и аутоагрессии, причём также в основном при стрессовых ситуациях [9, 10]. Подобное наблюдается при помещении диких животных в клетки, особенно при социальной депривации (одиночное пребывание), или, наоборот, в условиях перенаселения [11, 12, 25]. Различные формы самоповреждения (укусы, расчесы, раздирание глубоких ран на теле в области суставов, туловища и т.д.) встречаются у человекообразных и мармышкообразных обезьян, а также леопардов, львов, шакалов, гиен и грызунов [26]. Среди приматов встречаются расчесывания до крови, разгрызание конечностей до появления рваных ран, другие травматические повреждения в результате ударов о клетку, в том числе с потерей ногтей, а также самоповреждения глаз [27, 28]. Ветеринары также регистрируют немотивированные самоповреждения (разлизывание ран с появлением гранулем) у некоторых пород собак, которые ими интерпретируются как про-

явления обсессивно-компульсивного расстройства, ассоциированного со стрессом разлуки [29]. Интересно, что макаки-резус, которые с раннего возраста не получали материнской заботы, были в наибольшей степени подвержены подобным видам поведения, что напоминает поведение детей, растущих в условиях учреждений для сирот [30]. Отсутствие материнской заботы в раннем детстве способствует формированию суицидального диатеза [7]. Кроме того, многие авторы обращают внимание на то, что нечто подобное может происходить в тюрьмах с заключенными [10, 13, 13]. В этом контексте представляется интересной точка зрения С.И. Ворошилина, который рассматривает эти проявления как частичную потерю инстинкта самосохранения [31].

С точки зрения нейробиологии такое поведение у животных ассоциировано с гиперактивностью гипоталамо-гипофиз-адреналовой системы и дисбалансами серотонинергической и дофаминергической систем мозга [30]. Эти же системы, как свидетельствуют обзоры экспериментальных данных, в наибольшей степени вовлечены в формирование суицидального поведения у человека [4, 32, 33].

Агрессия и аутоагрессия – эволюционно общие биологические корни?

Самоповреждения у животных чаще всего происходят как следствие фрустрации каких-то потребностей или в контексте социального стресса. Они обычно ассоциированы не с депрессией, ангедонией, подавленной волей и т.д., а скорее с агрессивными реакциями. В связи с этим представляет большой интерес роль агрессивного инстинкта, в частности, насколько обоснована его связь с аутоагрессией – можно ли рассматривать самоповреждения и суицид как проявление инвертированного агрессивного инстинкта, как это формулировал Зигмунд Фрейд?

Агрессия – общебиологическое свойство, инстинкт, играющий важную адаптивную роль. Одним из первых, кто подробно обсудил и экспериментально исследовал это явление, был Конрад Лоренц [34]. По его представлениям, любое инстинктивное поведение связано с непрерывным накоплением специфической энергии в неких нервных центрах. До некоторого момента выход этой энергии в виде той или иной формы поведения блокируется определённым механизмом, однако он может быть разблокирован при предъявлении внешнего стимула (релизера). Проявления агрессии у животных и людей в условиях неволи, ограничения свободы, при попадании в «ловушку», то

есть как реакция на внешние крайне неблагоприятные и угрожающие обстоятельства, хорошо укладываются в положения этой теории.

Лоренц сформулировал представления об эволюционной (видосохраняющей) значимости инстинктивной агрессивности, связав свою теорию с взглядами Дарвина [35]. Суть эволюционных приобретений, возникших как следствие повышения роли агрессивности, заключается в трёх основных положениях. Во-первых, агрессивность способствует дистанцированию особей друг от друга, что влечёт за собой расширение ареала обитания вида, захват новых пространств и, как следствие, улучшение кормовой базы и более благоприятные перспективы выживания. Во-вторых, агрессия улучшает адаптивность и выживаемость вида вследствие того, что более агрессивные и, следовательно, более приспособленные особи дают наиболее многочисленное потомство. Наконец, в-третьих, агрессия способствует сохранению своего потомства, поскольку обеспечивает более эффективную защиту от враждебных действий иных взрослых особей или врагов.

Лоренц последовательно отстаивал точку зрения, что агрессия у животных имеет важное приспособительное значение, но она не направлена на физическое уничтожение представителей своего вида, поскольку для этого существуют естественные поведенческие ограничения. В отличие от животных, человек, как утверждал Лоренц, лишён этих «тормозных механизмов», поэтому уничтожение себе подобных в человеческих сообществах приобретает всё более массовые масштабы [34]. Аналогичные идеи высказывал также Роберт Ардри, автор «охотничьей гипотезы», который считал, что ускоренная эволюция человеческих навыков и, соответственно, мозга, черт личности и поведения, шла параллельно с освоением более эффективных методов дистантной охоты, предоставляющей возможность нанесения ущерба жертве (врагу) при собственной неуязвимости, что также имело значение для повышения агрессивности человека [36]. В подтверждение этих взглядов выступают приматологи, подчеркивающие, что человек убивает себе подобных намного чаще, чем другие представители человекообразных [37].

Если принять точку зрения об исключительно высокой агрессивности человека (с чем, однако, далеко не все этологи и антропологи согласны), то естественно предположить, что по мере роста агрессивности, растёт и аутоагрессивность. Здесь важно отметить, что кон-

цепция агрессивности Лоренца в значительной степени совпадает с концепцией агрессивного инстинкта Фрейда, хотя эти авторы принадлежат к совершенно разным направлениям [38, 39]. По Фрейду, повышенная агрессивность человека, сталкиваясь со всё более широкими ограничениями социального, морального и ценностного характера, находит выход путём перенаправления агрессии на самого субъекта. Если рассматривать рост агрессивности как эволюционное приобретение, то находят своё объяснение существенные отличия человека от животных в аспекте истинного суицида, при этом агрессия и аутоагрессия как-бы «перетекают» друг в друга. У животных, при их относительно меньшей ограниченности социальными барьерами, аутоагрессия тоже часто сопряжена с невозможностью реализовать внешнюю агрессию [26]. У людей при некоторых психических расстройствах выявляется явная конкуренция между суицидальными тенденциями и склонностью к насилию и агрессивным действиям [40].

Косвенно в пользу того, что агрессия и аутоагрессия – «две стороны одной медали», говорят задействованные в них однотипные нейрофизиологические и нейрохимические механизмы. При агрессии, также как и при суицидальности, наблюдается патологическая реактивность нейроэндокринных механизмов реализации стресс-реакции, нарушения серотониновой, дофаминовой и эндорфиновой систем мозга, аналогично проявляет себя фактор половой дифференциации (самцы проявляют подобное поведение чаще, чем самки), очевидна связь с тревогой, стереотипиями и импульсивностью и некоторыми внешними факторами [41]. Интересная точка зрения высказана А.А. Зайченко и др. Эти авторы указывают на то, что общность биомаркеров агрессии и суицида – это своеобразная «объективная сторона» Фрейдовского конструкта Танатоса – инстинкта смерти [42]. Аутоагрессия и агрессия ассоциированы на уровне генетической связи – семейная отягощенность по суицидальным попыткам сопровождается семейными проявлениями импульсивной агрессии [43]. Общим механизмом, способствующим программированию этих характеристик, является неблагоприятное прохождение ранних этапов развития, стресс *in utero* и в постнатальном периоде развития, а также в период детства [44-46].

В то же время, если проводить параллели между агрессией, аутоагрессией и суицидом, то, скорее всего, речь может идти только о той части самоубийств, которые принято рассмат-

ривать как импульсивные (например, подростковые) самоубийства. В массе своей самоубийство ассоциировано с дефицитом серотонинергической и дофаминергической систем и депрессивными симптомами [4, 32], в то время как при самоповреждениях наблюдается гиперактивность дофаминергических систем, связанных с такой чертой, как импульсивность. Последнее подтверждается усилением самоповреждений под воздействием дофаминергических стимуляторов, например, амфетаминов [10].

В целом нейробиологические и клинические данные дают косвенные, но достаточно многочисленные свидетельства в поддержку гипотезы о сходстве базовых механизмов суицидальности и агрессивного поведения [47, 48]. В то же время, феномен агрессии сам по себе крайне неоднороден, формы и сочетания агрессивных проявлений простираются от контролируемой проактивно-инструментальной или хищнической агрессии, до импульсивной реактивно-враждебной и аффективно окрашенной агрессии [49]. Можно увидеть параллели между этими типами агрессии и типами суицида – продуманного и основанного на относительно хладнокровном принятии решения, или импульсивного и аффективно обусловленного, а также между типами суицидальных попыток, соответственно манипулятивных или импульсивных.

Другие этологические конструкты, наиболее близкие к пониманию суицидального поведения.

С точки зрения этологии необходимо обратить внимание на те, эволюционно сформировавшиеся формы поведения животных, которые можно заметить в суицидальном поведении человека. Эта тема редко звучит в суицидологии, хотя многие этологические конструкты находят свое отражение в существующих моделях суицида. Так, Роберт Голдней (Robert Goldney), более всего занимавшийся этой проблемой, указывает, что такие базовые этологические концепты как «импринтинг», «критические периоды» и «фиксированный паттерн поведения» просматриваются во всех типах суицидального поведения [50, 51]. Действительно, нельзя не обратить внимание на то, что суицидальная попытка в значительном числе случаев выступает в качестве социального релизера, заставляя окружающих проявить участие, оказать помощь или, по крайней мере, обратить внимание на субъекта. В этом смысле мы сталкиваемся с ещё одним этологическим понятием – «поведением, направленным на получение помощи». Именно с этих позиций рассматри-

вали самоубийство Шнейдман и Фарбероу, благодаря которым в широкий обиход вошло понятие «крик о помощи». С точки зрения эволюционной значимости альтруизма такое поведение должно быть более характерно для молодых женщин, которые представляют собой наиболее ценный репродуктивный ресурс популяции [51]. Это подтверждается большей частотой попыток среди молодых женщин по сравнению с мужчинами того же возраста [52, 53] и анализом мотивов попыток [54].

С другой стороны, повторная суицидальная попытка (а существование лиц, многократно повторяющих подобные действия хорошо известно), может рассматриваться как своеобразная аддикция и форма «фиксированного поведения» [51, 55]. Суицидальное поведение может быть интерпретировано также как «замещающее поведение», которое возникает обычно в ситуации конфликта мотивов или невозможности реализовать некое поведение (к которому есть очень высокая мотивация) в силу внешних причин и барьеров.

Можно также провести параллели между суицидальным поведением и такими этологическими конструктами, как «ритуальное агонистическое поведение», «подчиняющееся поведение» и «потенциал привлечения социального внимания» [51]. Эти поведенческие паттерны могут иметь отношение к явлению «ощущения в западне», на которое особое внимание обращал автор собственной концепции суицида Марк Уильямс [56]. Последняя модель включает в себя и возможность подчинения судьбе, и вероятность самоуничтожения, чтобы избежать длительных мучений, и привлечение внимания к своей проблеме путём суицидальной попытки. В этом смысле суицидальное поведение тесно связано с моделью «выученной беспомощности». Наконец, определённое значение может иметь механизм «переломного момента», который предусматривает, что некоторая форма поведения, которая созревала и носила неявный характер, при определённых условиях неожиданно резко проявляет себя [51].

В целом необходимо признать, что практически все этологические конструкты находят то или иное отражение в суицидальном поведении. Это может говорить о некоем поведенческом континууме (от животных до человека) и отражать эволюционную природу суицидальности. В то же время, нужно иметь в виду, что все этологические представления и модели, хотя и возникли на основе натуралистических наблюдений и экспериментов, являются плодом человеческой трактовки поведения живот-

ных, то есть не могут избежать антропоморфизма мышления экспериментатора.

Суицид как эволюционный парадокс.

С точки зрения биолога-эволюциониста самоубийство является парадоксальным явлением. Действительно, коль скоро суицидальность хотя бы частично генетически обусловлена, то соответствующие гены должны постепенно элиминироваться из популяции в силу самоубийства их носителей, особенно если речь идёт о ранних самоубийствах. Таким образом, «гены суицидальности» за некоторое число поколений должны были бы устраниться из биологического оборота [55]. Интересно, что с таким же парадоксом мы сталкиваемся при обсуждении генетической обусловленности гомосексуальности – и в этом случае теоретически гены должны постепенно элиминироваться, а сам фенотип, соответственно, уменьшать свою распространённость в популяции [57]. Тем не менее, распространённость суицида и других девиаций не снижается, более того, за последние 50-60 лет в глобальном масштабе медленно, но неуклонно растёт, причём особенно выражено – среди подростков и молодых людей [58].

Для объяснения парадоксального поведения «генов суицидальности» привлекаются различные гипотезы. Так, De Catanzaro сформулировал четыре основных подхода, начав широкую дискуссию по данному вопросу [13]. Согласно первому из них, человек как биологический вид, благодаря своим исключительным способностям к научению и возможностям культурной передачи информации и норм поведения, постепенно становится независимым от биологических механизмов эволюции. Гены, согласно синтетической теории эволюции, основанной на Дарвиновских воззрениях, в целом способствуют выживанию вида и индивида, а нейрональные сети, мозг в целом и основные паттерны поведения сформировались путём естественного отбора как следствие закрепления адаптаций к многократно повторяющимся ситуациям. Если некая форма поведения, тем не менее, толкает организм к гибели, и к тому же получает все большее распространение, приходится признать наличие более мощных сил, превосходящих адаптивную нацеленность поведения. К ним как раз могут быть отнесены такие факторы, как культура, традиции, ментальность, то есть всё, что способствует негенетической передаче обучающей, индуцирующей информации, и, что в социуме влечёт за собой суицидальность в противовес силам природы, рациональности и адаптивности.

Вторая гипотеза связана с тем, что самоубийство следует рассматривать как некую патологию, род нарушения или расстройства, следствие дисбалансов, например, во время внутриутробного развития. В этом случае даже «хорошие гены» не могут гарантировать успешной адаптации. Альтернативный вариант этой гипотезы предусматривает, например, такую ситуацию, когда гены мутируют, приводя к появлению неадаптивного поведения, или когда внешние условия меняются слишком существенно, в силу чего в целом адаптивные гены уже не обеспечивают приспособляемости и, наоборот, начинают подталкивать к самоуничтожению. Данная гипотеза хорошо согласуется с тем, что психические расстройства в целом (как явная патология), тесно ассоциированы с суицидом [13].

Третья гипотеза тесно связана с основными постулатами социобиологии и рассматривает самоубийство в контексте альтруистического поведения. Один из основателей социобиологии, Эдвард Уилсон (Edward Wilson), будучи специалистом по насекомым, переложил представления о взаимоотношениях между особями в муравьином сообществе на человеческую популяцию, пытаясь объяснить явления агрессии и альтруизма [59]. Усилиями другого авторитета в этой области Вильяма Гамильтона (William Hamilton) были разработаны представления о родственном отборе (kin selection), согласно которым гены, способствующие выживанию близких родственников, будут иметь более широкое распространение, даже если их носитель жертвует собой. Отбор способствует фиксации таких генов в популяции [60]. Таким образом, в противовес Дарвиновскому внутривидовому соперничеству и борьбе за существование, социобиология продвигает (вслед за одним из первых критиков Дарвина князем П. А. Кропоткиным) представления об альтруизме и взаимопомощи как о факторах эволюции вида. В последующем в развитие социобиологии большой вклад внесли Роберт Триверс (Robert Trivers), Ричард Докинз (Richard Dawkins), Луиджи Кавалли-Сфорца (Luigi Cavalli-Sforza) и другие авторы, связав между собой культуру, язык и генетику, и заложив основы концепции культурального наследования или генно-культурной коэволюции.

С позиций социобиологии, эволюция поведения и распространение «суицидальных генов» хорошо согласуется с взглядами Дюркгейма на существование «альтруистического» суицида, представлениями Фрейда об «инстинкте смерти», с взглядами об исключитель-

но важной роли чувства вины и о значении негативного отношения к себе в генезе суицидальности [13]. В последнее время многие авторы обращают особое внимание на явную связь альтруистического самоубийства с ощущением себя как обузы для окружающих (perceived burdensomeness) – важнейшего субъективного фактора межличностной модели суицида Джойнера [55, 61]. В то же время, эти взгляды находятся в явном противоречии с концепцией агрессии-аутоагрессии и, очевидно, объясняют некую другую часть самоубийств, скорее всего ассоциированную с депрессивными переживаниями.

Наконец, четвертая базовая гипотеза De Catanzaro сформулирована им как гипотеза «эволюционной толерантности суицида». В данном случае речь идёт о том, что лица, совершающие суицид, как особая часть популяции, являются носителями специфических демографических, экологических и социальных характеристик, вследствие чего на них не распространяется давление отбора. Действительно, суицид часто происходит в контексте тяжелого неизлечимого заболевания, в связи с низким социо-экономическим статусом субъекта, одиночеством, изоляцией и т.д. Известно, что лица, не имеющие семейных уз, или пребывающие в изоляции, имеют более высокий риск, известно также, что суицид ассоциирован либо с ранним, либо с довольно поздним возрастом. Все эти моменты снижают вероятность репродукции суицидальных личностей, что как-бы выводит их генотипы из оборота и ослабляет давление среды [13].

Дискуссия, инициированная публикацией Дениса Де Катанзаро, привлекла внимание почти всех известных на тот момент эволюционистов, занимающихся поведением или эволюционной психологией, после чего последовали многочисленные уточнения и дополнения. Так, Blasco-Fontecilla и др., поддержав гипотезу альтруистического самоубийства, подчеркивают, что такое самоубийство реально встречается у традиционно живущих малых народов Севера (в частности, у инуитов) в ситуациях массового голода [55]. Стремление избавить свою семью от обузы характерно для неизлечимо больных и пожилых людей, а также для лиц, страдающих тяжелой клинической депрессией [55]. В биологическом смысле это действительно адаптивная стратегия, так как позволяет ближайшему окружению более рационально использовать ресурсы для выживания более «ценных» членов сообщества, способных оставить потомство.

В то же время, многие авторы высказывают мысль о том, что несмертельное суицидальное поведение может служить «предупреждающим сигналом» для ближайшего окружения, с которым субъект пребывает в конфликте, о том, что неоказание помощи сулит определённые потери (гипотеза «переговоров или заключения сделки» [55, 61]. В контексте этой гипотезы предполагается, что суицидальная попытка – это в каком-то смысле азартная игра с неизвестным результатом, поскольку те, кто реально нуждается в помощи, выигрывают, если получают её, но проигрывают, если их призыв остается без ответа. Эта стратегия «закрепляется в генах», если общий выигрыш превышает затраты социума. При этом важно, что большинство суицидальных попыток не заканчиваются фатально [61].

Ряд работ выдвигают эволюционные объяснения варьирующих уровней самоубийств в связи с экологическими факторами и миграционными процессами. Согласно многим генетическим и лингвистическим данным, современное человечество в целом является потомками относительно небольшой группы людей, покинувших Африканский континент 100-150 тыс. лет тому назад, причём последующее распространение и увеличение численности различных пионерских субпопуляций происходило в гораздо более суровых климатических условиях по сравнению с исходной ситуацией [62-64]. Дальнейший процесс образования этнических групп, народностей и наций связан с относительно постоянным проживанием на неких территориях, освоением определенного географического пространства и популяционной экспансией. Автор одной из гипотез, основываясь на национальных статистиках суицида и прироста народонаселения, выявил корреляцию между средней температурой самого холодного месяца зимы, уровнем самоубийств и приростом населения – чем ниже температура, тем выше индексы самоубийств и тем ниже прирост [65]. Объясняется данная корреляция адапционной ценностью раннего альтруистического ухода из жизни ради сохранения ресурсов для своего окружения и миграцией медленно размножающихся и более склонных к самоубийству субпопуляций в районы с более суровым климатом [65]. В другой работе авторы обращают внимание на существование градиента суицидов не только с Севера на Юг, но и с Востока на Запад (по крайней мере, в пределах Европейского континента и Восточной Сибири), и в рамках так называемой финно-угорской гипотезы рассматривают высокие

уровни суицидов в Венгрии, Словении, Финляндии, Эстонии и среди народов Зауралья как следствие миграции больших масс населения из-за Уральского хребта в центральную и северную Европу, несущих с собой свои «гены суицидальности» с Востока на Запад [66-68].

В ряде работ обсуждается такая довольно экзотическая гипотеза, как «манипулирование паразитарной инфекцией» [10, 61]. Эта гипотеза проистекает из хорошо документированных данных о том, что некоторые виды паразитарных инфекций закономерно приводят к таким изменениям в поведении носителя, которые способствуют дальнейшему распространению паразита [69]. В некоторых случаях изменения в поведении, вызванные инфицированием, можно расценить как суицидальное поведение, например, крысы, инфицированные *Toxoplasma gondii* (основным хозяином этого возбудителя являются все виды семейства кошачьих), приобретают необычное пристрастие к запаху кошачьей мочи, которого они обычно избегают. В итоге они чаще становятся жертвами кошек, в результате чего выигрывает паразит – его жизненный цикл находит свое продолжение [70].

Применительно к человеку известно, что данная инфекция, (если речь не идёт о внутриутробном заражении), протекает чаще всего латентно или маскируется под тифоидные и иммунодефицитные состояния, при этом серопозитивность к *T. gondii* встречается у 25-75% случайно обследованных, в зависимости от региона проживания и условий жизни. Многие авторы отмечают, что инфицирование *T. gondii* сопровождается изменениями в поведении (гиперактивность) и в личностном профиле (склонность к риску) и часто встречается у жертв суицида и автокатастроф [71, 72]. Существуют также данные о связи инфицирования *T. gondii* с шизофренией [73]. Ряд авторов подчёркивает, что крупные представители семейства кошачьих (тигр, лев, пума и т. д.) являются опасными хищниками и естественными врагами человеческого рода от древнейших времен до настоящего времени [10, 61]. В то же время, представляется сомнительным, что это может иметь последствия для генетического отбора, за исключением, пожалуй, традиционных сообществ в Индии и Африке [61].

Другая гипотеза увязывает суицидальное поведение с вероятностью инфицирования опасными инфекциями, то есть самоубийство, согласно этим взглядам, выполняет в общем адаптивную роль, устраняя носителей некоторых потенциально опасных патогенов [74]. В

подтверждение авторы приводят данные о роли инфекций и нарушений иммунной системы в генезе психических расстройств и суицида. Кроме того, они обращают внимание на то, что некоторые виды деятельности людей, при которых высок риск суицида (врачи, ветеринары) ассоциированы с большей вероятностью инфицирования, и, что в животном мире поведение, напоминающее суицидальное, может быть направлено на предотвращение инфицирования других членов сообщества [74]. Следует отметить, что ДНК вируса герпеса действительно чаще встречается в геноме нервных клеток лиц, страдавших клинической депрессией и погибших по причине суицида, по сравнению с лицами умершими от других причин [75].

Суицид в свете альтернативных теорий эволюции.

Несмотря на разнообразие существующих эволюционных гипотез суицида, практически все они базируются на Дарвиновской теории естественного отбора и синтетической теории эволюции (селектогенеза), основные положения которой предполагают случайный характер мутаций (которые к тому же очень редко затрагивают клетки зародышевой линии) и их фиксацию при определённых условиях среды. В этой теории, как и во многих других, первенство отдаётся генам, что является отражением своеобразного «геноцентрического мышления». В этой системе взглядов эволюция идёт «от генов к среде» благодаря спонтанным мутациям, причём чрезвычайно медленно. При этом, если Дарвин и признавал, что приобретённые адаптации способны наследоваться, то после формулировки Вейсманом принципа «зародышевой плазмы» и непреодолимого барьера между ней и телом, всякая возможность передачи в поколениях приобретённого признака была отвергнута на долгие годы.

Альтернативные теории биологической эволюции, например, такие как номогенез, ортогенез и др. рассматривают ситуацию под иным углом зрения, больше внимания уделяют влиянию внешней среды и предусматривают возможность одновременного возникновения однотипных изменений в геноме под влиянием какого-либо внешнего воздействия, при этом геном рассматривается как более динамичная система [76, 77]. Иными словами, согласно этим теориям эволюция идёт «от среды к генам». Эти взгляды приобретают новое звучание в связи с прогрессом в понимании роли эпигенетики [78, 79].

Признание в последнее время важной роли эпигенетического программирования как фак-

тора, влияющего на долголетие, физическое и психическое здоровье и поведение в целом, в совокупности с представлениями о целенаправленных изменениях в геноме и выяснением их молекулярных механизмов, открывают новые перспективы для объяснения глобальных изменений, происходящих с человеком [80]. Эпигенетические феномены – это механизм, с помощью которого «окружающая среда разговаривает с генами», они возникают под влиянием разнообразных экологических факторов и, что самое главное – в результате стрессовых ситуаций, в том числе социального характера [46, 81, 82]. Различные экологические воздействия (химические, физические, связанные с питанием, взаимодействием между поколениями и окружением и т.д.), особенно повлиявшие на организм на ранних этапах его развития, оставляют свои следы в геноме в виде устойчивого профиля транскрипции больших наборов генов [83]. В результате формируется устойчивая (на весь период жизни отдельного индивидуума) система нейроэндокринных, метаболических и поведенческих реакций, направленная на проживание всей последующей жизни при тех уровнях стресса (доступности пищевых ресурсов, опасности для жизни, уровне родительской заботы и социальной поддержки), которые были запрограммированы ранними воздействиями [84]. В дальнейшем всё действительно зависит от среды – будет ли она соответствовать установившимся программам или нет. Например, раннее детство, проведённое в условиях жестокого отношения, депривации и других жизненных несчастий, создаёт предпосылки для повышенного стиля реагирования на стресс, что является основанием (особенно при наличии генетически обусловленных predisпозиционных черт) для импульсивности, агрессивности, негативной эмоциональности и т.д., а это, в свою очередь, при определённых условиях может сопровождаться суицидальным поведением [46, 85]. Все это обусловлено определёнными структурно-функциональными особенностями нейрональных сетей и мозговых механизмов, которые формируются в процессе развития под влиянием внешних сигналов. Есть все основания полагать, что эти же механизмы, связывающие между собой мозг, внешнюю среду и поведение, сыграли важную роль в формировании мозга в глобальной эволюционной перспективе [86, 87].

Самое главное – многие зафиксированные с помощью молекулярных механизмов профили активности генома могут передаваться по-

следующим поколениям, например через родительские метки на X или Y хромосоме, через метильные метки в ДНК в самых разных частях генома, в частности, индуцированные поведением (стрессом) матери, через передачу модифицированных гистонных белков или через микро-РНК спермы по отцовской линии [80]. Эта трансгенерационная передача не затрагивает саму последовательность нуклеотидов в ДНК, но довольно отчетливо обеспечивает персистирование различных нейроэндокринных, метаболических и поведенческих фенотипов в нескольких поколениях, после чего она может прерваться (если меняются внешние обстоятельства) или, наоборот, ещё больше укрепиться, если внешние факторы этому способствуют. В последнее время накоплен большой экспериментальный материал по трансгенерационной передаче стрессреактивности и ассоциированной со стрессом патологии, в том числе, психопатологий (депрессия, тревога, аддикции) [88]. Весь объём выявленных закономерностей, которые многие годы были не столь очевидны, фактически возвращают нас к представлениям, которые в XVIII веке развивал Жан Батист Ламарк. Многие исследователи в области этой «мягкой наследственности» сегодня прямо говорят о том, что Ламарк был прав, но родился слишком рано [89].

Все это может иметь большое значение для понимания роли эволюционных процессов в генезе суицида, приоткрывая суть этого эволюционного парадокса. Многие становятся понятным, если признать, что среда во много раз важнее, чем гены, особенно если речь идёт о таких сложных явлениях, как суицид. В то же время, среда для человека тесно связана с его поведением, поскольку то, как он выстраивает свою жизнь и взаимодействие с другими людьми, и создает его ближайшую и важнейшую социальную среду. Критики Дарвина и ранее неоднократно подчеркивали, что его теория абсолютизирует соперничество и борьбу за существование, и не учитывает роли альтруизма и взаимопомощи, а самое главное – недоучитывает роль стресса, эмоций и поведенческих реакций, как на уровне отдельной особи, так и на уровне популяции [76]. В противовес Дарвину, Ламарк (наивно, как многим казалось) утверждал, что, развитие и адаптация вида происходит в связи с тем, что отдельные особи «стремятся к совершенству», а возникающие в процессе накопления опыта адаптации фиксируются и передаются следующим поколениям. Но что происходит, если отдельные

особи действительно стремятся к совершенству, в то время как другие стремятся как можно скорее умереть? Если их собственная судьба понятна, то может ли их поведение повлиять на всю популяцию? Существуют ли какие-то общие и неосознаваемые механизмы для всей популяции в целом, которые влияют на распространение некоторых форм поведения, в частности, суицидального? Действительно ли эволюция применительно к человеку не действует, как утверждал De Catanzaro, или действуют другие законы эволюции? Если правы представители психоламаркизма (направления, которое развивали оппозиционные дарвинизму неоламаркисты – Р. Коп, Р. Франсе, Э. Геринг, А. Бергсон, П. Вентребер), утверждавшие, что «живое – творец своей эволюции» и считавшие, что волевые усилия, психика и память являются основным двигателем эволюции, то различные негативные тенденции внутри человеческой популяции, укорачивающие жизнь и устраняющие некоторые гены из оборота, приобретают новое звучание. При этом дарвиновские и ламарковские (эпигенетические) процессы вполне могут сосуществовать, дополняя друг друга и составляя эволюционные гиперциклы, отражающиеся на клеточном, организменном и популяционном уровнях, причём стресс при этом играет важнейшую роль [78, 79]. Да, гены важны, но среда в определённые периоды может оказаться важнее, психоламаркизм в своём крайнем выражении ведёт к витализму, но в определённые периоды внутренние устремления популяции действительно могут оказаться решающими.

На современном этапе развития цивилизации созрели некоторые количественные и качественные особенности, которые начинают проявлять себя на глобальном уровне. Некоторые наблюдаемые тенденции, например, такие как рост нарушений психического здоровья, самоубийств и поведенческих девиаций, например гомосексуальности, являются тому подтверждением. Эти особенности сводятся к следующему: 1) численность человеческой популяции значительно выросла, что повышает вероятность диверсифицирующих процессов (чем больше особей, тем выше вероятность различных отклонений и необычных вариантов); 2) произошли значительные демографические сдвиги, при этом вырос разрыв между поколениями, ослабла роль традиций, предупреждающих и осуждающих девиации; 3) существенно изменился институт семьи, её размеры снизились до состояния ядерной или неполной семьи, что ведёт к глобальному сниже-

нию социальной поддержки; 4) значительно вырос уровень стресса, причём преимущественно психосоциального, связанного с тем, как устроено общество; 5) произошли существенные изменения в стиле жизни, связанные с урбанизацией, изменением характера труда, уровнем потребления, конкуренцией, неравенством, секуляризацией и социальным расизмом; 6) всё вышеизложенное оказывает на человечество гораздо более мощное воздействие за счёт тотальной информатизации, тотальной доступности информации, колоссального воздействия тревожащей и индуцирующей информации о суициде, проблемах психики, поведенческих девиациях и т.д. В результате человечество оказалось в абсолютно новой реальности, в которой оно никогда ещё не существовало – при исключительно высоком уровне стресса, минимуме социальной поддержки, и в условиях невиданного информационного давления, в буквальном смысле пропагандирующего отклоняющееся поведение, часто подавая его под лозунгами свободы личности, и одновременно призывая к толерантности, то есть к неосуждению этих явлений.

В рамках данного обзора нет возможности аргументировать все перечисленные выше позиции. Можно лишь указать на некоторые публикации (что характерно, в основном из Индии и Китая, то есть стран с огромным народонаселением, в которых современные глобализационные и модернизационные процессы породили резкую урбанизацию и проблемы с психическим здоровьем населения), трактующие происходящие изменения примерно в таком же ключе [90-92].

Мы отстаиваем точку зрения, что перечисленные выше глобальные тенденции способствуют такому явлению, как субъективное ощущение хронического стресса, которое непосредственно порождается неясными жизненными перспективами, растущим неравенством, нереалистичными ожиданиями от будущего, фрустрациями и разочарованиями. Стресс – это, прежде всего, субъективное когнитивное ощущение невозможности справиться с проблемами [93], часто ассоциированное с появлением безнадежности и депрессивных переживаний, утратой надежды и потерей смысла существования, особенно если речь идет о хроническом психосоциальном стрессе. Можно полагать (и тому есть многочисленные клинические подтверждения), что субъективно ощущаемый стресс за счёт эпигенетических механизмов может формировать стресс-реактивные фенотипы в поколениях, усиливая

ассоциированные с ними поведенческие девиации и нарушения психического здоровья, включая суицид [46].

За последние десятилетия наметились массовые биологические и психологические тенденции, которые вероятно представляют собой эпигенетически наследуемые фенотипы, возникающими под влиянием быстро меняющейся среды, и обусловленные ранним программированием определенных паттернов метаболизма и поведения, которые затем вступают в противоречие с динамичными средовыми факторами. В частности, под таким углом зрения рассматриваются увеличение среднего роста молодежи в странах Европы, снижение возраста первых месячных у девушек, эпидемию раннего диабета в Восточной Европе, эпидемию избыточного веса среди молодежи в США, Европе, а в последние годы – в Африке и Юго-Восточной Азии, эпидемию близорукости среди школьников в Юго-Восточной Азии, накопление проблем психического здоровья (депрессия, тревога, зависимости), рост суицидов среди подростков и молодых людей [46, 82, 84, 85, 94]. Большой интерес представляют данные об увеличении баллов нейротизма и клинических шкал личностного опросника ММРІ при обследовании студенческих когорт американских и британских университетов в 60-х годах прошлого века и в начале века нынешнего, что свидетельствует об изменениях в характеристиках личности [95, 96]. Для подтверждения вовлеченности эпигенетических процессов в эти явления нужны дальнейшие исследования с выявлением эпигенетических маркеров.

Половые различия в суицидальном поведении с позиций эволюционных теорий.

В биологии со времён Дарвина существует длительная дискуссия о ценности существования двух полов, поскольку половой способ размножения не является самым эффективным в плане экспансии вида. Одна из наиболее разработанных теорий, объясняющая эволюционную ценность полов, принадлежит советскому биологу Вигену Артаваздовичу Геодакяну [97, 98]. Главный тезис теории Геодакяна заключается в том, что разнополость – может быть и не самый лучший способ размножения, но зато очень эффективный способ эволюции. Теория подчеркивает эволюционную неоднозначность женского и мужского начала – женский пол символизирует стабильность и сохранение генофонда, в то время как мужской – поиск нового и выявление наиболее подходящих адаптивных вариантов для будущего. Суть приспособления заключается в отслеживании эколо-

гических сигналов и реагировании биологической системы на изменения среды. В.А. Геодакян предположил, что для сохранения устойчивости вида в целом выгодно разделиться на два пола, один из которых (мужской) более приближен к среде, активно взаимодействует с ней и быстро реагирует на все изменения, а второй (женский) – относительно отдалён от среды и более консервативен. В процессе эволюции появился целый ряд механизмов, которые обеспечивают более тесную связь женского пола с генеративным (консервативным) потоком, а мужского – с экологическим (оперативным). Так, у мужского пола по сравнению с женским выше частота мутаций, меньше аддитивность наследования родительских признаков, уже норма реакции, что сочетается с поведенческими особенностями – выше агрессивность и любознательность, активнее поисковое и рискованное поведение и другие качества, «приближающие к среде». Всё это обеспечивает мужскому полу быстрый доступ к экологической информации. Необходимо учитывать также избыточность мужских гамет, их малые размеры и высокую подвижность, большую активность и мобильность самцов, их склонность к полигамии и другие эволюционно-психологические свойства. Наоборот, поведенческие особенности самок связаны с длительными периодами беременности, необходимостью выкармливания и заботы о потомстве (внешнего донашивания). В итоге биолого-поведенческие качества мужских особей превращают мужской пол в «избыточный», в известном смысле, «дешевый», а женский – в «дефицитный» и более «ценный».

С данной точкой зрения хорошо сочетаются многие психологические и поведенческие особенности мужчин и женщин. Это касается рискованного поведения, смертности мужчин от стрессовых заболеваний и внешних причин, различий в межполушарной асимметрии, способностей к ориентации в пространстве и т.д. При этом теория подчеркивает, что малое число мужских особей передает потомству столько же информации, сколько и большое число женских, иными словами, канал связи с потомством у мужского пола шире, чем у женского. Соответственно, генетическая информация, переданная по женской линии, репрезентативнее, а по мужской – селективнее, то есть в женской линии полнее сохраняется прошлое разнообразие генотипов, в мужской – сильнее меняется средний и наиболее массовый генотип, соответствующий актуальной обстановке. Это имеет большое значение в связи с актуаль-

ной степенью стрессовости среды – в оптимальных условиях основные характеристики популяции снижаются (падает рождаемость мужских особей, сужается их дисперсия, уменьшается половой диморфизм), а в экстремальных – растут. Согласно теории, когда для данного признака среда становится «движущей», (стрессовой, требующей напряжения и адаптации) начинается эволюция признака у мужского пола, в то время как у женского он сохраняется неизменным [97, 98].

Нам представляется, что основные положения эволюционной теории пола В.А. Геодакяна прекрасно иллюстрируются не только хорошо известным преобладанием завершённых самоубийств среди мужчин, но и теми динамичными сдвигами, которые наблюдались среди больших контингентов людей в условиях стресса социальных перемен на постсоветском пространстве, когда изменения коснулись в основном индексов суицида среди мужчин и в значительно меньшей мере – среди женщин [18, 99]. Современные стрессоры для человечества – это, прежде всего, психосоциальные стрессоры. Более того, согласно современным представлениям, в генезе биопсихологических различий между полами, в том числе различий в заболеваемости психическими расстройствами, реактивности к стрессу и по другим параметрам существенную роль играют эпигенетические феномены [100]. Так, экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что передача материнского стиля у грызунов осуществляется через молекулярные механизмы метилирования у самок-детенышей генов, ответственных за работу рецепторов к окситоцину и эстрадиолу, причём эти эффекты просматриваются в третьем поколении [101, 102]. Данные, полученные на грызунах, конечно, следует осторожно интерпретировать с точки зрения их пригодности для объяснения поведения человека. В то же время, существует большой массив данных по трансгенерационной передаче различных позитивных и психопатологических проявлений и видов поведения, связанных со стрессом, которое осуществляется исключительно по женской линии, и которое может иметь значение для сообществ с высоким уровнем стресса [103]. Эпигенетическое наследование стресса по отцовской линии также приводит к передаче стрессовых характеристик, и к тому же сопровождается программирующими эффектами различных интоксикаций (алкоголь, курение, экотоксиканты, ксенобиотики), особенно имевших место в период предпубертата и пубертата [104, 105].

Если признать, что поведение, привычки и пристрастия женщин и мужчин в условиях стресса влияют на поведение и психопатологию их потомков в нескольких поколениях, то возникает соблазн рассмотреть, каким образом настойчиво продвигаемое уравнивание женщин с мужчинами на основе гендерных концепций, попытка доказать, что между ними нет глубинных различий, навязывание им соответствующих ролевых моделей, (что, несомненно, меняет характеристики переживаемого ими стресса и отношение к социальным лекарствам, коими являются никотин и алкоголь) оказывает влияние на различные поведенческие и психопатологические проявления в социуме за последние десятилетия, включая суицидальность. Этот вопрос с позиций суицидологии достоин отдельного подробного анализа, что выходит за рамки данного обзора.

Некоторые факторы риска суицида с точки зрения эволюции.

Самоубийство может быть связано с психическими расстройствами, стрессовыми ситуациями и некоторыми личностными и поведенческими особенностями. Возникновение психических расстройств с точки зрения эволюционной психологии и психиатрии является следствием того, что определённые черты и характеристики, которые приобрели адаптивную ценность для индивида или популяции в процессе развития, при изменении условий существования (для человека – прежде всего в иной социальной ситуации), становятся причиной дизадаптивного поведения. Иными словами, некоторые симптомы, которые выглядят как дизадаптивные, на самом деле могли длительное время служить целям выживания [106, 107]. То же самое можно сказать о чертах личности. Так, например, повышенная тревожность и подозрительность в принципе могут иметь адаптивное значение, поскольку наличие в популяции особей с такими повышенными характеристиками обеспечивает более низкий порог реагирования на недооценённые угрозы и своевременное информирование остальных членов сообщества. Различные фобии, например, боязнь пауков и змей, а также сил природы, имеют под собой вполне конкретную адаптивную базу, эти эмоции и страхи должны обеспечить выживание особи и вида за счёт избегания реально опасных существ и внешних факторов [108, 109]. Многие личностные черты человека, например, такие как агрессивность, импульсивность, нейротизм, экстраверсия и любопытство имеют явные аналогии в животном мире, от крыс и собак до шимпанзе [110-112].

Не столь очевидна роль депрессии, в то же время, можно предположить, что появление этого типа эмоциональных реакций также играет (или играло) важную адаптивную роль. Они могут выполнять двоякую функцию – с одной стороны, эти реакции, возникающие у части наиболее чувствительных и уязвимых индивидуумов, сигнализируют о недостижимости неких поставленных целей и устремлений и, соответственно, могут послужить сигналом для других, с другой – они могут способствовать получению эмоциональной и социальной поддержки от других членов сообщества. Плач (что часто наблюдается в состоянии депрессии) и подавленное состояние в целом являются важными межличностными сигналами, привлекающими внимание, заставляющими прекратить те или иные действия, а также вызывающими сочувствие и желание помочь и утешить у большинства представителей человеческой популяции [113]. Что касается психозов и шизофрении, то одним из факторов риска этих состояний является проживание в городской среде. Городская жизнь (в настоящее время уже более половины населения Земли живёт в городах, и эта тенденция будет только расти), особенно жизнь мегаполисов, провоцирует разнообразные нарушения психического здоровья, что и отражает результат различных процессов – эффектов некоторых адаптивных генов в резко изменившейся обстановке, роль патогенов, темпа и ритма жизни, стресса и т.д. [114].

У психопатологических проявлений и некоторых личностных расстройств, например, при асоциальном и пограничном расстройстве личности, тоже есть своя эволюционно значимая роль – эти состояния, вполне адаптивные во враждебном и стрессовом окружении, становятся очевидно патологическими при более благополучных условиях существования [115]. Вообще многие психопатологии, по-видимому, являются адаптациями, причём не исключено, что поздними, связанными с новым временем и социальными факторами, присущими модернизации [116]. Так, очень привлекательно выглядит гипотеза, что рост СДВГ у современных детей – это результат приспособления современных детей к изменившейся обстановке, к информационным перегрузкам, постоянному телевизионному контенту, игровым приставкам, требующих мгновенного реагирования и, в какой-то степени, итог технологий раннего развития, которые охватили весь цивилизованный мир под влиянием озабоченных родителей и которые направлены на ускоренное освоение современных информационных потоков [117].

Разумеется, для многих такое раннее развитие будет благом, но возможно будут и пострадавшие. Многие серьезные специалисты высказывают опасения относительно того, как сегодня развивается мозг совсем маленьких детей, уже «сопряженный» с гаджетами, при том, что сотни тысяч лет этот процесс шел очень постепенно, при очень традиционном освоении вначале общей, затем мелкой моторики, формирования эмоционального интеллекта, и лишь затем – управления какими-то техническими средствами [118]. Значение процессов, которые оказываются вовлеченными в нейробиологию развивающегося мозга в связи с факторами модернизации и глобализации, ещё предстоит оценить.

Перспективы моделирования суицидального поведения на животных.

Данное направление в суицидологии сталкивается, разумеется, со значительными трудностями, если говорить о самоубийстве как таковом. Более перспективным выглядит моделирование отдельных предрасполагающих факторов, например, депрессии. Однако и на этом направлении существуют проблемы, поскольку только некоторые поведенческие проявления депрессии (заторможенность и ангедония) можно уверенно наблюдать у животных, в то время как когнитивные нарушения регистрировать невозможно [11]. В то же время, в связи с автоматизацией и компьютеризацией регистрации поведенческих проявлений мелких грызунов возможности количественной оценки различных поведенческих и эмоциональных нарушений у животных растут.

Имеются наработки по моделированию отдельных факторов риска суицида, в частности, агрессивности и импульсивности, а также более тонких поведенческих реакций, связанных с принятием решений, ориентацией на местности, проявлениями тревожности и депрессии [119]. На основе представлений о нейробиологических коррелятах суицидального поведения и их генетической подоснове (дефицит серотониновой и дофаминергической медиации, вовлечённость системы ГАМК и возбуждающих аминокислот, участие систем внутриклеточной системы протеинкиназ, ассоциации с соответствующими генными полиморфизмами) выстраиваются модели на основе нокаутных животных, наблюдение за которыми позволяет оценивать различные поведенческие проявления в процессе развития. В отдельных случаях удаётся подтвердить аналогию патогенетических механизмов нарушений в мозге. Например, у крыс, в зависимости от выраженности

синдрома выученной беспомощности, выявлены различия в профиле экспрессии некодирующих микро-РНК, участвующих в эпигенетической регуляции [120]. В то же время, имеющиеся на этом направлении достижения касаются обычно отдельных факторов риска или патогенетических механизмов, не создавая цельной картины.

В связи с этим моделирование более глобальных патогенетических механизмов, которые лежат в основе суицидального поведения, например, стресс-уязвимости, выглядит предпочтительнее и имеет большие практические перспективы. На практике это осуществляется за счёт нескольких подходов. Один из них – это получение нокаутных (с удаленным геном) или трансгенных (с внедренным геном) животных с последующим их стрессированием и установлением нейрохимических коррелятов повышенной или пониженной реактивности. Второй путь – это отбор субпопуляций стресс-уязвимых или стрессо-устойчивых особей из общей популяции и детальный анализ их генетических и эпигенетических отличий. Третий – селективный инбридинг животных с заданными свойствами, например с повышенной или пониженной поисковой активностью, тревожностью, склонностью к ангедонии, то есть с отдельными элементами реагирования на стресс [121].

Именно на этих направлениях получены очень интересные результаты, например, у крыс, устойчивых к хроническому умеренному стрессу (аналог психосоциального стресса для современного человека), в мозге выявляются генетические и нейрохимические особенности в критически важных мозговых структурах – гиппокампе, миндалине и префронтальной коре, вовлеченных в суицидальность. Во многих исследованиях также установлена роль гормонального фона (половые и стрессовые стероиды), установлены генетические особенности гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системы, выявлены специфические механизмы, определяющие состояние медиаторных систем мозга при устойчивости и уязвимости к стрессу. Всё это создает возможности для моделирования признаваемого сегодня основным патогенетического механизма суицидальности – травматического опыта раннего периода развития, формирования дисфункциональных мозговых нейронных структур в важнейших отделах мозга и, по истечению определённого периода развития – воссоздания поведенческих нарушений и черт, предрасполагающих к суицидальному поведению.

Заключение.

Поведение и психологические черты – суть эволюционно сформировавшиеся признаки, направленные на большую приспособляемость человека. Однако эволюция человека продолжается, и не прекращалась никогда [122]. Многие эмоциональные, когнитивные и поведенческие явления и симптомы, ассоциированные с суицидальностью и рассматриваемые в современном мире как патологии, являются следствием постепенно развивающегося конфликта между эволюционно сформировавшимися характеристиками и тем стилем жизни, который присущ человеку. Эволюционно - этологический подход к суицидальности предусматривает поиск аналогий в животном мире и анализ тех причин, по которым гены, предрасполагающие к суицидальному поведению, сохраняют свое представительство в человеческих популяциях. Существующие гипотезы, объясняющие это явление с позиций дарвиновского естественного отбора, не очень убедительны, в то время как альтернативные теории эволюции, в которых первостепенная роль придается влиянию внешней среды, дают более логичные объяснения. Сильнее всего по своей объяснительной силе выглядит концепция психоламаркизма, дополненная современными взглядами о роли эпигенетических феноменов, индуцированных стрессом, и о возможности трансгенерационной передачи поведенческих фенотипов, связанных с ними. Происходящие довольно быстрые (в эволюционном измерении) изменения в суицидальном поведении, которые наблюдаются в последние 50-60 лет в глобальном масштабе, могут быть объяснены на этой основе. Можно только высказывать гипотезы о том, что является движущей силой этих изменений. На эту роль наиболее обоснованно претендует глобальный психосоциальный стресс, усиленный информационными технологиями. Одним из факторов может быть влияние нарастающее информирование о суициде, доступное все более широкому слою населения, в том числе благодаря повсеместности текущей информации и новой роли социальных сетей. Если вспомнить, что согласно одной из гипотез депрессия и суицид являются сигналом со стороны наиболее уязвимых личностей всей популяции о том, что все движется в неправильном направлении, то роль СМИ и современных средств коммуникации становится важнейшей в этой связке. Это обосновывает соответствующие стратегии суицидальной превенции.

Литература:

1. Breedlove S.M., Rosenzweig M.R., Watson N.V. Biological Psychology: an introduction to behavioral, cognitive and clinical neuroscience. – 5th Edition, Sunderland: Sinauer Associates. – 603 p.
2. Confer J.C., Easton J.A., Fleischman D.S. et al. Evolutionary psychology: Controversies, questions, prospects, and limitations // *American Psychologist*. 2010. V. 65. P. 110-126.
3. Linden D. Biological psychiatry: time for new paradigms // *The British Journal of Psychiatry*. 2013. V. 202, № 3. P. 166-167.
4. Pandey G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior // *Bipolar Disorders*. 2013. V. 15, № 5. P. 524–541.
5. Heeringen van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide // *The Lancet Psychiatry*. 2014. V. 1, № 1. P. 63-72.
6. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain // *Nature Reviews Neuroscience*. 2014. V. 15, № 12. P. 802–816.
7. Brodsky B.S. Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior // *Current Psychiatry Reports*. 2016. V. 18, № 9. P. 86.
8. Ludwig B., Roy B., Wang Q. et al. The life span model of suicide and its neurobiological foundation // *Frontiers of Neuroscience*. 2017. V. 11. P. 74.
9. Preti A. Suicide among animals: clues from folklore that may prevent suicidal behavior in human beings // *Psychological Reports*. 2005. V. 97. P. 547–558.
10. Preti A. Suicide among animals: a review of evidence // *Psychological Reports*. 2007. V. 101. P. 831–848.
11. Preti A. Animal model and neurobiology of suicide // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011. V. 35. P. 818-830.
12. Ramsden E., Wilson D. The suicidal animal: science and the nature of self-destruction // *Past and Present*. 2014. № 224. P. 201-242.
13. de Catanzaro D. Human suicide: a biological perspective // *The Behavioral and Brain Sciences*. 1980. V. 3. P. 265-290.
14. IFAW. <http://www.ifaw.org/russia/our-work/animal-rescue>
15. Tiefenbacher S., Novak M, A, Lutz C. K. et al. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model // *Frontiers in Biosciences*. 2005. V. 10. P. 1-11.
16. Шустов Д. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2004. 216 с.
17. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
18. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология, Днепропетровск: Пороги, 2006. 470 с.
19. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model // *Clinical Psychology Review*. 2012. V. 32, № 6. P. 482-495.
20. Huisman S., Mulder P., Kuijk J. et al. Self-injurious behavior // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017. Jul 7.
21. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2013. V. 22, Suppl 1. S. 75-79.
22. van Geel M., Goemans A., Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury // *Psychiatry Research*. 2015. V. 230, № 2. P. 364-368.
23. Möhl B., Rubæk L. Self-injury, converting emotional distress into physical pain. *Ugeskrift for Laeger*. 2017. V. 179. P. 2-5.
24. Meszaros G., Horvath L.O., Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review // *BMC Psychiatry*. 2017. V. 17, № 1. P. 160.
25. Malkesman O., Pine D., Tragon T. et al. Animal models of suicide trait-related behaviors // *Trends in Pharmacological Sciences*. 2009. V. 30, № 4. P. 165–173.
26. Jones I.H., Daniels B.A. An ethological approach to self-injury // *British Journal of Psychiatry*. 1996. V. 169. P. 263-267.
27. Fittinghoff N.A., Lindburg D.G. Gomber J. et al. Consistency and variability in the behavior of mature, isolation-reared, male rhesus macaques // *Primates*. 1974. V. 15. P. 111-139.
28. Crawley J.N., Sutton M.E., Pickar D. Animal models of self-destructive behavior and suicide // *Psychiatr Clinics of North America*. 1985. V. 8. P. 299–310.
29. Schwartz S. Separation anxiety syndrome in *dogs* and *cats* // *Journal of American Veterinary Medicine Association*. 2003. V. 222, № 11. P. 1526-1532.
30. Kraemer G.W., Clarke A.S. The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 1990. V. 14. P. 141–168.

References:

1. Breedlove S.M., Rosenzweig M.R., Watson N.V. Biological Psychology: an introduction to behavioral, cognitive and clinical neuroscience. – 5th Edition, Sunderland: Sinauer Associates. – 603 p.
2. Confer J.C., Easton J.A., Fleischman D.S. et al. Evolutionary psychology: Controversies, questions, prospects, and limitations // *American Psychologist*. 2010. V. 65. P. 110-126.
3. Linden D. Biological psychiatry: time for new paradigms // *The British Journal of Psychiatry*. 2013. V. 202, № 3. P. 166-167.
4. Pandey G.N. Biological basis of suicide and suicidal behavior // *Bipolar Disorders*. 2013. V. 15, № 5. P. 524–541.
5. Heeringen van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide // *The Lancet Psychiatry*. 2014. V. 1, № 1. P. 63-72.
6. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain // *Nature Reviews Neuroscience*. 2014. V. 15, № 12. P. 802–816.
7. Brodsky B.S. Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior // *Current Psychiatry Reports*. 2016. V. 18, № 9. P. 86.
8. Ludwig B., Roy B., Wang Q. et al. The life span model of suicide and its neurobiological foundation // *Frontiers of Neuroscience*. 2017. V. 11. P. 74.
9. Preti A. Suicide among animals: clues from folklore that may prevent suicidal behavior in human beings // *Psychological Reports*. 2005. V. 97. P. 547–558.
10. Preti A. Suicide among animals: a review of evidence // *Psychological Reports*. 2007. V. 101. P. 831–848.
11. Preti A. Animal model and neurobiology of suicide // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011. V. 35. P. 818-830.
12. Ramsden E., Wilson D. The suicidal animal: science and the nature of self-destruction // *Past and Present*. 2014. № 224. P. 201-242.
13. de Catanzaro D. Human suicide: a biological perspective // *The Behavioral and Brain Sciences*. 1980. V. 3. P. 265-290.
14. IFAW. <http://www.ifaw.org/russia/our-work/animal-rescue>
15. Tiefenbacher S., Novak M, A, Lutz C. K. et al. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model // *Frontiers in Biosciences*. 2005. V. 10. P. 1-11.
16. Shustov D. Autoagressija, suicid i alkoholizm. M.: Kogito-Centr, 2004. 216 s. (In Russ)
17. Wojczech V.F. Klinicheskaja suicidologija. M.: Miklosh, 2007. 280 s. (In Russ)
18. Jur'eva L.N. Klinicheskaja suicidologija, Dnepropetrovsk: Porogi, 2006. 470 s. (In Russ)
19. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model // *Clinical Psychology Review*. 2012. V. 32, № 6. P. 482-495.
20. Huisman S., Mulder P., Kuijk J. et al. Self-injurious behavior // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017. Jul 7.
21. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2013. V. 22, Suppl 1. S. 75-79.
22. van Geel M., Goemans A., Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury // *Psychiatry Research*. 2015. V. 230, № 2. P. 364-368.
23. Möhl B., Rubæk L. Self-injury, converting emotional distress into physical pain. *Ugeskrift for Laeger*. 2017. V. 179. P. 2-5.
24. Meszaros G., Horvath L.O., Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review // *BMC Psychiatry*. 2017. V. 17, № 1. P. 160.
25. Malkesman O., Pine D., Tragon T. et al. Animal models of suicide trait-related behaviors // *Trends in Pharmacological Sciences*. 2009. V. 30, № 4. P. 165–173.
26. Jones I.H., Daniels B.A. An ethological approach to self-injury // *British Journal of Psychiatry*. 1996. V. 169. P. 263-267.
27. Fittinghoff N.A., Lindburg D.G. Gomber J. et al. Consistency and variability in the behavior of mature, isolation-reared, male rhesus macaques // *Primates*. 1974. V. 15. P. 111-139.
28. Crawley J.N., Sutton M.E., Pickar D. Animal models of self-destructive behavior and suicide // *Psychiatr Clinics of North America*. 1985. V. 8. P. 299–310.
29. Schwartz S. Separation anxiety syndrome in *dogs* and *cats* // *Journal of American Veterinary Medicine Association*. 2003. V. 222, № 11. P. 1526-1532.
30. Kraemer G.W., Clarke A.S. The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 1990. V. 14. P. 141–168.

31. Ворошилин С. И. Самоповреждения и влечения к модификации тела как парциальные нарушения инстинкта самосохранения // Суицидология. 2012. № 4. С. 40-51.
32. Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J. et al. Neurobiology and the genetics of suicide. In: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention (Ed. D. Wasserman and C. Wasserman), 2009, NY: Oxford University Press, pp. 165-182.
33. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. 2013. Т. 4, № 1. С. 3-14.
34. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): Пер. с нем., М.: Издательская группа "Прогресс", "Универс", 1994. 272 с.
35. История биологии с начала XX века до наших дней / Под ред. Л.Я. Бляхера, М.: Наука, 1975. 660 с.
36. Ardrey R. The Hunting Hypothesis: A Personal Conclusion Concerning the Evolutionary Nature of Man, New York: Atheneum, 1976. 231 pp.
37. De Waal F. B. Primates – a natural heritage of conflict resolution // Science. 2000. V. 289. P. 586-590.
38. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 512 с.
39. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. 2-е международное издание. СПб.: Питер, 2001. 351 с.
40. Plutchik R., van Praag H.M., Conte H.R. Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces // Psychiatry Research. 1989. V. 28, №2. P. 215-225.
41. Алфимова М.В., Трубников В.И. Психогенетика агрессивности // Вопросы психологии. 2000. № 6. С. 112-122.
42. Зайченко А.А., Печерский В.Г., Баранова М.В. и др. Танатос: нейробиологическая детерминация и биометрические маркеры риска развития аутоагрессивного поведения // http://self-injury.at.ua/publ/tanatos_nejrobiologicheskaja_determinacija_i_biometricheskie_markery_riska_razvitija_autoagressivnogo_povedenija/1-1-0-16 [дата обращения – 02.08.2017].
43. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B. et al. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior // American Journal of Psychiatry. 2003. V. 160, № 8. P. 1486-1493.
44. Chistiakov D.A., Chekhonin V.P. Early-life adversity-induced long-term epigenetic programming associated with early onset of chronic physical aggression: Studies in humans and animals // World Journal of Biological Psychiatry. 2017. V. 5. P. 1-20.
45. 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.
46. Rozanov V. Stress and Epigenetics in Suicide. 1st Edition, Academic Press, 2017. 227 p.
47. de Almeida R.M., Ferrari P.F., Parmigiani S. et al. Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA // European Journal of Pharmacology. 2005. V. 526 (1-3). P. 51-64.
48. Takahashi A., Miczek K.A. Neurogenetics of aggressive behavior: studies in rodents // Current Topics in Behavioral Neuroscience. 2014. V. 17. P. 3-44.
49. Miczek K.A., Fish E.W., De Bold J.F. et al. Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid systems // Psychopharmacology (Berl). 2002. V. 163 (3-4). P. 434-458.
50. Goldney R.D. Attempted suicide: an ethological perspective // Suicide and Life Threatening Behavior. 1980. V. 10, № 3. P. 131-141.
51. Goldney R.D. Ethology and suicidal behavior. In: K. Hawton, K.van Heeringen (eds) The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide, 2000, NY: Wiley, p. 95-106.
52. Mościcki E.K. Gender differences in completed and attempted suicides // Annals of Epidemiology. 1994. V. 4, № 2. P. 152-158.
53. Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е. и др. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 1 (28). С. 53-61.
54. Orbach I., Iohan-Barak M. Psychopathology and risk factors for suicide in the young. In: D.Wasserman and C.Wasserman (eds). Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention, 2009, NY: Oxford University Press, pp. 633-641.
55. Blasco-Fontecilla H., Lopez-Castroman J., Gomez-Carilla A. et al. Towards an evolutionary framework of suicidal behavior // Medical Hypotheses. 2009. V. 73. P. 1072-1080.
31. Voroshilin S.I. Self-harm and attraction to body modification (BID) as a partial disorder of survival instinct // Suicidology. 2012. № 4. P. 40-51. (In Russ)
32. Wasserman D., Sokolowski M., Wasserman J. et al. Neurobiology and the genetics of suicide. In: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention (Ed. D. Wasserman and C. Wasserman), 2009, NY: Oxford University Press, pp. 165-182.
33. Rozanov V.A. Genes and suicidality // Suicidology. 2013. V. 4, № 1. PH. 3-14. (In Russ)
34. Lorenc K. Agressija (tak nazываемое «zlo»): Per. s nem., M.: Izdatel'skaja gruppa "Progress", "Univers", 1994. 272 s.
35. Istorija biologii s nachala XX veka do nashih dnei / Pod red. L.Ja. Bljahera, M.: Nauka, 1975. 660 s. (In Russ)
36. Ardrey R. The Hunting Hypothesis: A Personal Conclusion Concerning the Evolutionary Nature of Man, New York: Atheneum, 1976. 231 pp.
37. De Waal F. B. Primates – a natural heritage of conflict resolution // Science. 2000. V. 289. P. 586-590.
38. Berkovic L. Agressija. Prichiny, posledstviya i kontrol'. SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2002. 512 s. (In Russ)
39. Bjeron R., Richardson D. Agressija. 2-e mezhduнародное izdanie. SPb.: Piter, 2001. 351 s. (In Russ)
40. Plutchik R., van Praag H.M., Conte H.R. Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces // Psychiatry Research. 1989. V. 28, №2. P. 215-225.
41. Alfimova M.V., Trubnikov V.I. Psihogenetika aggressivnosti // Voprosy psihologii. 2000. № 6. S. 112-122. (In Russ)
42. Zajchenko A.A., Pecherskij V.G., Baranova M.V. i dr. Tanatos: nejrobiologicheskaja determinacija i biometricheskie markery riska razvitija autoagressivnogo povedenija // http://self-injury.at.ua/publ/tanatos_nejrobiologicheskaja_determinacija_i_biometricheskie_markery_riska_razvitija_autoagressivnogo_povedenija/1-1-0-16 [data obrashhenija – 02.08.2017]. (In Russ)
43. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B. et al. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior // American Journal of Psychiatry. 2003. V. 160, № 8. P. 1486-1493.
44. Chistiakov D.A., Chekhonin V.P. Early-life adversity-induced long-term epigenetic programming associated with early onset of chronic physical aggression: Studies in humans and animals // World Journal of Biological Psychiatry. 2017. V. 5. P. 1-20.
45. Rozanov V.A. O mehanizmah formirovanija suicidal'nogo povedenija i vozmozhnostjah ego predikcii na rannih j etapah razvitija // Ukrainskij medicinskij zhurnal. 2010. № 1 (75). S. 92-97. (In Russ)
46. Rozanov V. Stress and Epigenetics in Suicide. 1st Edition, Academic Press, 2017. 227 p.
47. de Almeida R.M., Ferrari P.F., Parmigiani S. et al. Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA // European Journal of Pharmacology. 2005. V. 526 (1-3). P. 51-64.
48. Takahashi A., Miczek K.A. Neurogenetics of aggressive behavior: studies in rodents // Current Topics in Behavioral Neuroscience. 2014. V. 17. P. 3-44.
49. Miczek K.A., Fish E.W., De Bold J.F. et al. Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid systems // Psychopharmacology (Berl). 2002. V. 163 (3-4). P. 434-458.
50. Goldney R.D. Attempted suicide: an ethological perspective // Suicide and Life Threatening Behavior. 1980. V. 10, № 3. P. 131-141.
51. Goldney R.D. Ethology and suicidal behavior. In: K. Hawton, K.van Heeringen (eds) The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide, 2000, NY: Wiley, p. 95-106.
52. Mościcki E.K. Gender differences in completed and attempted suicides // Annals of Epidemiology. 1994. V. 4, № 2. P. 152-158.
53. Rozanov V.A., Valiev V.V., Zaharov S.E. i dr. Cuicidy i suicidal'nye popytki sredi detej i podrostkov v g. Odesse v 2002-2010 gg. // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2012. № 1 (28). S. 53-61. (In Russ)
54. Orbach I., Iohan-Barak M. Psychopathology and risk factors for suicide in the young. In: D.Wasserman and C.Wasserman (eds). Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention, 2009, NY: Oxford University Press, pp. 633-641.
55. Blasco-Fontecilla H., Lopez-Castroman J., Gomez-Carilla A. et al. Towards an evolutionary framework of suicidal behavior // Medical Hypotheses. 2009. V. 73. P. 1072-1080.

56. Williams M.G., Pollock L.R. The psychology of suicidal behavior. In: K. Hawton, K.van Heeringen (eds) The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide, 2000, NY: Wiley, p. 79-93.
57. Savolainen V., Lehmann L. Evolutionary biology: Genetics and bisexuality // Nature. 2007. V. 445. P. 158-159.
58. Apter A., Bursztein C., Bertolote J. et al. Suicide in all continents in the young. In D.Wasserman & C.Wasserman (Eds) Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective, Oxford: Oxford University Press, 2009. – P. 621-628.
59. Wilson E.O. On Human Nature. Revised Edition, Harvard University Press, 2004. 288 p.
60. Hamilton W. D. The evolution of altruistic behavior // The American Naturalist. 1963. V. 97 (896). P. 354-356.
61. Aubin H.J., Berlin I., Kornreich C. The evolutionary puzzle of suicide // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013. V. 10. P. 6873-6886.
62. Cann R.L., Stoneking M., Wilson A.C. Mitochondrial DNA and human evolution // Nature. 1987. V. 325. P. 31-36.
63. Cavalli-Sforza L.L., Menozzi P., Piazza A. The history and geography of human genes. Princeton: Princeton University Press, 1994. 432 p.
64. Underhill P.A., Passarino G., Lin A.A. et al. The phylogeography of Y chromosome binary haplotypes and the origins of modern human populations // Annals of Human Genetics. 2001. V. 65 (1). P. 43-62.
65. Turmel J.-F. Influence of the coldness of the winter on the growth and suicide rate of human populations of the world, 2010, (personal communication).
66. Kondrichin S.V. Suicide among Finno-Ugrians // Lancet. 1995. V. 346. P. 1632-1633.
67. Marusic A. History and geography of suicide: Could genetic risk factors account for the variation in suicide rates? // American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics. 2005. V. 133C. P. 43-47
68. Voracek M., Marusic A. Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Geographic variation of elderly suicide rates in Europe // Nordic Journal of Psychiatry. 2008. V. 62 (4). P. 302-308.
69. Lagrue C., Poulin R. Manipulative parasites in the world of veterinary science: Implication for epidemiology and pathology // The Veterinary Journal. 2010. V. 184. P. 9-13.
70. Berdoy M., Webster J.P., Macdonald D.W. Fatal attraction in rats infected by *Toxoplasma gondii* // Proceeding of Biological Sciences. 2000. V. 267. P. 1591-1594.
71. Fleg J. Effects of toxoplasma on human behavior // Schizophrenia Bulletin. 2007. V. 33. P. 757-760.
72. Arling T.A., Yolken R.H., Lapidus M. et al. *Toxoplasma gondii* antibody titers and history of suicide attempts in patients with recurrent mood disorders // Journal of Nervous and Mental Disorders. 2009. V. 197. P. 905-908.
73. Okusaga O., Langenberg P., Sleemi A. et al. *Toxoplasma gondii* antibody titers and history of suicide attempts in patients with schizophrenia // Schizophrenia Research. 2011. V. 133. P. 150-155.
74. Tanaka M., Kinney D.K. An evolutionary hypothesis of suicide: why it could be biologically adaptive and is so prevalent in certain occupations // Psychological Reports. 2011. V. 108 (3). P. 977-992.
75. Tombácz D., Maróti Z., Kalmár T. et al. Whole-Exome Sequencing Identifies Candidate Genes for Suicide in Victims with Major Depressive Disorder // Scientific Reports. 2017. V. 7: 7106.
76. Назаров В.И. Эволюция не по Дарвину: Смена эволюционной модели. Учебное пособие. Изд-е 2-е, испр. – М.: Изд-во ЛКИ, 2007. 520 с.
77. Чайковский Ю.В. Эволюционизм и эволюция // Lethaea rossica. 2016. Т. 12. С. 100-112.
78. Damiani G. The Yin and Yang of anti-Darwinian epigenetics and Darwinian genetics // Rivista di Biologia. 2007. V. 100. P. 361-402.
79. Skinner M.K. Environmental epigenetics and a unified theory of the molecular aspects of evolution: A neo-Lamarckian concept that facilitates neo-Darwinian evolution // Genome Biology and Evolution. 2015. V. 7, № 5. P. 1296-1302.
80. Tammen S. A., Friso S., Choi S-W. Epigenetics: The link between nature and nurture // Molecular Aspects of Medicine. 2013. V. 34. P. 753-764.
56. Williams M.G., Pollock L.R. The psychology of suicidal behavior. In: K. Hawton, K.van Heeringen (eds) The International Handbook on Suicide and Attempted Suicide, 2000, NY: Wiley, p. 79-93.
57. Savolainen V., Lehmann L. Evolutionary biology: Genetics and bisexuality // Nature. 2007. V. 445. P. 158-159.
58. Apter A., Bursztein C., Bertolote J. et al. Suicide in all continents in the young. In D.Wasserman & C.Wasserman (Eds) Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective, Oxford: Oxford University Press, 2009. – P. 621-628.
59. Wilson E.O. On Human Nature. Revised Edition, Harvard University Press, 2004. 288 p.
60. Hamilton W. D. The evolution of altruistic behavior // The American Naturalist. 1963. V. 97 (896). P. 354-356.
61. Aubin H.J., Berlin I., Kornreich C. The evolutionary puzzle of suicide // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013. V. 10. P. 6873-6886.
62. Cann R.L., Stoneking M., Wilson A.C. Mitochondrial DNA and human evolution // Nature. 1987. V. 325. P. 31-36.
63. Cavalli-Sforza L.L., Menozzi P., Piazza A. The history and geography of human genes. Princeton: Princeton University Press, 1994. 432 p.
64. Underhill P.A., Passarino G., Lin A.A. et al. The phylogeography of Y chromosome binary haplotypes and the origins of modern human populations // Annals of Human Genetics. 2001. V. 65 (1). P. 43-62.
65. Turmel J.-F. Influence of the coldness of the winter on the growth and suicide rate of human populations of the world, 2010, (personal communication).
66. Kondrichin S.V. Suicide among Finno-Ugrians // Lancet. 1995. V. 346. P. 1632-1633.
67. Marusic A. History and geography of suicide: Could genetic risk factors account for the variation in suicide rates? // American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics. 2005. V. 133C. P. 43-47
68. Voracek M., Marusic A. Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: Geographic variation of elderly suicide rates in Europe // Nordic Journal of Psychiatry. 2008. V. 62 (4). P. 302-308.
69. Lagrue C., Poulin R. Manipulative parasites in the world of veterinary science: Implication for epidemiology and pathology // The Veterinary Journal. 2010. V. 184. P. 9-13.
70. Berdoy M., Webster J.P., Macdonald D.W. Fatal attraction in rats infected by *Toxoplasma gondii* // Proceeding of Biological Sciences. 2000. V. 267. P. 1591-1594.
71. Fleg J. Effects of toxoplasma on human behavior // Schizophrenia Bulletin. 2007. V. 33. P. 757-760.
72. Arling T.A., Yolken R.H., Lapidus M. et al. *Toxoplasma gondii* antibody titers and history of suicide attempts in patients with recurrent mood disorders // Journal of Nervous and Mental Disorders. 2009. V. 197. P. 905-908.
73. Okusaga O., Langenberg P., Sleemi A. et al. *Toxoplasma gondii* antibody titers and history of suicide attempts in patients with schizophrenia // Schizophrenia Research. 2011. V. 133. P. 150-155.
74. Tanaka M., Kinney D.K. An evolutionary hypothesis of suicide: why it could be biologically adaptive and is so prevalent in certain occupations // Psychological Reports. 2011. V. 108 (3). P. 977-992.
75. Tombácz D., Maróti Z., Kalmár T. et al. Whole-Exome Sequencing Identifies Candidate Genes for Suicide in Victims with Major Depressive Disorder // Scientific Reports. 2017. V. 7: 7106.
76. Назаров В.И. Эволюция не по Дарвину: Смена эволюционной модели. Учебное пособие. Изд-е 2-е, испр. – М.: Изд-во ЛКИ, 2007. 520 с. (In Russ)
77. Чайковский Ю.В. Эволюционизм и эволюция // Lethaea rossica. 2016. Т. 12. С. 100-112. (In Russ)
78. Damiani G. The Yin and Yang of anti-Darwinian epigenetics and Darwinian genetics // Rivista di Biologia. 2007. V. 100. P. 361-402.
79. Skinner M.K. Environmental epigenetics and a unified theory of the molecular aspects of evolution: A neo-Lamarckian concept that facilitates neo-Darwinian evolution // Genome Biology and Evolution. 2015. V. 7, № 5. P. 1296-1302.
80. Tammen S. A., Friso S., Choi S-W. Epigenetics: The link between nature and nurture // Molecular Aspects of Medicine. 2013. V. 34. P. 753-764.

81. McEwen B. Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proceedings of National Academy of Sciences*. 2012. V. 109 (S2). P. 17180-17185.
82. Vaiserman A. M. Epigenetic programming by early-life stress: Evidence from human populations. *Developmental Dynamics*. 2015. V. 244. P. 246-265.
83. Kanherkar R.R., Bhatia-Dey N., Csoka A.B. Epigenetics across the life span // *Cell and Developmental Biology*. 2104. V. 2. P. 49.
84. Hochberg Z., Feil R., Constancia M. et al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming // *Endocrine Reviews*. 2011. V. 32. P. 159-224.
85. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2014. – V. 47. – S. 144-151.
86. Keverne E.B., Curley J.P. Epigenetics, brain evolution and behavior // *Frontiers of Neuroendocrinology*. 2008. V. 29. P. 398-412.
87. Joshi A. Behaviour genetics in the post-genomics era: From genes to behaviour and vice versa // *Current Science*. 2005. V. 89 (7). P. 1128-1135.
88. Babenko O., Kovalchuk I., Metz G.A. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015. V. 48. P. 70-91.
89. Richards E.J. Inherited epigenetic variation – revisiting soft inheritance // *Nature Reviews Genetics*. 2006. V. 7. P. 395-400.
90. Chen J., Chen S., Landry P.F. Urbanization and mental health in China: Linking the 2010 population census with a cross-sectional survey // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015. V. 12 (8). P. 9012-9024.
91. Nambiar D., Razzak J., Afsana K. et al. *Mental* illness and injuries: emerging health challenges of urbanisation in South Asia // *BMJ*. 2017. V. 357. P. 1126.
92. Prasad K.M., Angothu H., Mathews M.M. et al. How are social changes in the twenty first century relevant to mental health? // *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2016. V. 32. P. 227-237.
93. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer, 1984. 456 p.
94. Dolgin E. The myopia boom // *Nature*. 2015. V. 519. P. 276-278.
95. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. V. 45 (8). P. 1350-1362.
96. Twenge J. M., Gentile B., DeWall C.N. et al. Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938-2007: a cross-temporal meta-analysis of the MMPI // *Clinical Psychology Review*. 2010. V. 30. P. 145-154.
97. Геодакян В.А. Эволюционная логика дифференциации полов // *Природа*. 1983. № 1. С. 70-80.
98. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // *Человек в системе наук*. М., 1989. С. 171-189.
99. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // *Суицидология*. 2012. № 4. С. 28-40.
100. Forger N.G. Past, present, and future of epigenetics in brain sexual differentiation // *Journal of Neuroendocrinology*. 2017. Jun 6.
101. Champagne F.C., Diorio J., Sharma S., Meaney M.J. Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors // *Proceeding of National Academy of Sciences USA*. 2002. V. 98. P. 12736-12741.
102. Curley J.P., Champagne F.A., Bateson P. et al. Transgenerational effects of impaired maternal care on behaviour of offspring and grandoffspring // *Animal Behaviour*. 2008. V.75, № 4. P. 1551-1561
103. Matthews S.G., Phillips D.I. Transgenerational inheritance of stress pathology // *Experimental Neurology*. 2012. V. 233, № 1. P. 95-101.
104. Rodgers A.B., Morgan C.P., Bronson S.L. et al. Paternal stress exposure alters sperm microRNA content and reprograms offspring HPA stress axis regulation // *Journal of Neuroscience*. 2013. V. 33, № 21. P. 9003-9012.
105. Vaiserman A.M. Long-term health consequences of early-life exposure to substance abuse: an epigenetic perspective // *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. 2013. V. 4, № 4. P. 269-279.
81. McEwen B. Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proceedings of National Academy of Sciences*. 2012. V. 109 (S2). P. 17180-17185.
82. Vaiserman A. M. Epigenetic programming by early-life stress: Evidence from human populations. *Developmental Dynamics*. 2015. V. 244. P. 246-265.
83. Kanherkar R.R., Bhatia-Dey N., Csoka A.B. Epigenetics across the life span // *Cell and Developmental Biology*. 2104. V. 2. P. 49.
84. Hochberg Z., Feil R., Constancia M. et al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming // *Endocrine Reviews*. 2011. V. 32. P. 159-224.
85. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2014. – V. 47. – S. 144-151.
86. Keverne E.B., Curley J.P. Epigenetics, brain evolution and behavior // *Frontiers of Neuroendocrinology*. 2008. V. 29. P. 398-412.
87. Joshi A. Behaviour genetics in the post-genomics era: From genes to behaviour and vice versa // *Current Science*. 2005. V. 89 (7). P. 1128-1135.
88. Babenko O., Kovalchuk I., Metz G.A. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015. V. 48. P. 70-91.
89. Richards E.J. Inherited epigenetic variation – revisiting soft inheritance // *Nature Reviews Genetics*. 2006. V. 7. P. 395-400.
90. Chen J., Chen S., Landry P.F. Urbanization and mental health in China: Linking the 2010 population census with a cross-sectional survey // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015. V. 12 (8). P. 9012-9024.
91. Nambiar D., Razzak J., Afsana K. et al. *Mental* illness and injuries: emerging health challenges of urbanisation in South Asia // *BMJ*. 2017. V. 357. P. 1126.
92. Prasad K.M., Angothu H., Mathews M.M. et al. How are social changes in the twenty first century relevant to mental health? // *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2016. V. 32. P. 227-237.
93. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer, 1984. 456 p.
94. Dolgin E. The myopia boom // *Nature*. 2015. V. 519. P. 276-278.
95. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. V. 45 (8). P. 1350-1362.
96. Twenge J. M., Gentile B., DeWall C.N. et al. Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938-2007: a cross-temporal meta-analysis of the MMPI // *Clinical Psychology Review*. 2010. V. 30. P. 145-154.
97. Геодакян В.А. Эволюционная логика дифференциации полов // *Природа*. 1983. № 1. С. 70-80. (In Russ)
98. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // *Человек в системе наук*. М., 1989. С. 171-189. (In Russ)
99. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // *Suicidology*. 2012. № 4. P. 28-40. (In Russ)
100. Forger N.G. Past, present, and future of epigenetics in brain sexual differentiation // *Journal of Neuroendocrinology*. 2017. Jun 6.
101. Champagne F.C., Diorio J., Sharma S., Meaney M.J. Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors // *Proceeding of National Academy of Sciences USA*. 2002. V. 98. P. 12736-12741.
102. Curley J.P., Champagne F.A., Bateson P. et al. Transgenerational effects of impaired maternal care on behaviour of offspring and grandoffspring // *Animal Behaviour*. 2008. V.75, № 4. P. 1551-1561
103. Matthews S.G., Phillips D.I. Transgenerational inheritance of stress pathology // *Experimental Neurology*. 2012. V. 233, № 1. P. 95-101.
104. Rodgers A.B., Morgan C.P., Bronson S.L. et al. Paternal stress exposure alters sperm microRNA content and reprograms offspring HPA stress axis regulation // *Journal of Neuroscience*. 2013. V. 33, № 21. P. 9003-9012.
105. Vaiserman A.M. Long-term health consequences of early-life exposure to substance abuse: an epigenetic perspective // *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. 2013. V. 4, № 4. P. 269-279.

106. Nesse R.M. An evolutionary perspective on psychiatry // *Comparative Psychiatry*. 1984. V. 25. P. 575-580.
107. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия [Электронный ресурс]: история души и эволюция безумия. – Симферополь: ИМИС – НПФ «Движение» Лтд, 1993. 286 с.
108. Bateson M., Brilot B., Nettle D. Anxiety: an evolutionary approach // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011. V. 56, № 12. P. 707-715.
109. Willers L.E., Vulink N.C., Denys D. et al. The origin of anxiety disorders – an evolutionary approach // *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. 2013. V. 29. P. 16-23.
110. Draper T.W. Canine analogs of human personality factors // *The Journal of General Psychology*. 1995. V. 122, № 3. P. 241-252.
111. Castro J.E., Diessler S., Varea E. et al. Personality traits in rats predict vulnerability and resilience to developing stress-induced depression-like behaviors, HPA axis hyper-reactivity and brain changes in pERK1/2 activity // *Psychoneuroendocrinology*. 2012. V. 37, № 8. P. 1209-1223.
112. Weiss A., Staes N., Pereboom J.J. Personality in Bonobos // *Psychological Science*. 2015. V. 26, № 9. P. 1430-1439.
113. Varga S. Evolutionary psychiatry and depression: testing two hypotheses // *Medical Health Care and Philosophy*. 2012. V. 15. P. 41-52.
114. Padhy S.K., Sarkar S., Davuluri T. et al. Urban living and psychosis – An overview // *Asian Journal Of Psychiatry*. 2014. V. 12. P. 17-22.
115. Molina J.D., Lopez-Munoz F., Stein D.J. et al. Borderline personality disorder: A review and reformulation from evolutionary theory // *Medical Hypotheses*. 2009. V. 73. P. 382-386.
116. Crawford C., Salmon C. Psychopathology or adaptation? Genetic and evolutionary perspectives on individual differences and psychopathology // *Neuroendocrinology Letters*. 2002. V. 23 (Suppl. 4). P. 39-45.
117. Jensen P.S., Mrazek D., Penelope M.D. et al. Evolution and revolution of child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. V. 36, № 12. P. 1672-1679.
118. Lagercrantz H. Connecting the brain of the child from synapses to screen-based activity // *Acta Paediatrica*. 2016. V. 105. P. 352-357.
119. Gould T.D., Georgiou P., Brenner L.A. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior // *Translational Psychiatry*. 2017. V. 7, e1092.
120. Smalheiser N.R., Lugli G., Rizavi H.S. et al. MicroRNA expression in rat brain exposed to repeated inescapable shock: differential alterations in learned helplessness vs. non-learned helplessness // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2011. V. 14. P. 1315-1325.
121. Scharf S.H., Schmidt M.V. Animal models of stress-vulnerability and resilience in translational research // *Curr. Psychiatry Rep*. 2012. V. 14. P.159-165.
122. Марков А. Эволюция человека. Книга 2. Обезьяны, нейроны и душа. М.: Астрель: CORPUS, 2011. 512 с.
106. Nesse R.M. An evolutionary perspective on psychiatry // *Comparative Psychiatry*. 1984. V. 25. P. 575-580.
107. Samohvalov V.P. Jevoljucionnaja psihiatrija [Jelektronnyj resurs]: istorija dushi i jevoljucija bezumija. – Simferopol': IMIS – NPF «Dvizhenie» Ltd, 1993. 286 s. (In Russ)
108. Bateson M., Brilot B., Nettle D. Anxiety: an evolutionary approach // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011. V. 56, № 12. P. 707-715.
109. Willers L.E., Vulink N.C., Denys D. et al. The origin of anxiety disorders – an evolutionary approach // *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. 2013. V. 29. P. 16-23.
110. Draper T.W. Canine analogs of human personality factors // *The Journal of General Psychology*. 1995. V. 122, № 3. P. 241-252.
111. Castro J.E., Diessler S., Varea E. et al. Personality traits in rats predict vulnerability and resilience to developing stress-induced depression-like behaviors, HPA axis hyper-reactivity and brain changes in pERK1/2 activity // *Psychoneuroendocrinology*. 2012. V. 37, № 8. P. 1209-1223.
112. Weiss A., Staes N., Pereboom J.J. Personality in Bonobos // *Psychological Science*. 2015. V. 26, № 9. P. 1430-1439.
113. Varga S. Evolutionary psychiatry and depression: testing two hypotheses // *Medical Health Care and Philosophy*. 2012. V. 15. P. 41-52.
114. Padhy S.K., Sarkar S., Davuluri T. et al. Urban living and psychosis – An overview // *Asian Journal Of Psychiatry*. 2014. V. 12. P. 17-22.
115. Molina J.D., Lopez-Munoz F., Stein D.J. et al. Borderline personality disorder: A review and reformulation from evolutionary theory // *Medical Hypotheses*. 2009. V. 73. P. 382-386.
116. Crawford C., Salmon C. Psychopathology or adaptation? Genetic and evolutionary perspectives on individual differences and psychopathology // *Neuroendocrinology Letters*. 2002. V. 23 (Suppl. 4). P. 39-45.
117. Jensen P.S., Mrazek D., Penelope M.D. et al. Evolution and revolution of child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. V. 36, № 12. P. 1672-1679.
118. Lagercrantz H. Connecting the brain of the child from synapses to screen-based activity // *Acta Paediatrica*. 2016. V. 105. P. 352-357.
119. Gould T.D., Georgiou P., Brenner L.A. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior // *Translational Psychiatry*. 2017. V. 7, e1092.
120. Smalheiser N.R., Lugli G., Rizavi H.S. et al. MicroRNA expression in rat brain exposed to repeated inescapable shock: differential alterations in learned helplessness vs. non-learned helplessness // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2011. V. 14. P. 1315-1325.
121. Scharf S.H., Schmidt M.V. Animal models of stress-vulnerability and resilience in translational research // *Curr. Psychiatry Rep*. 2012. V. 14. P.159-165.
122. Markov A. Jevoljucija cheloveka. Kniga 2. Obez'jany, nejrony i dusha. M.: Astrel': CORPUS, 2011. 512 s. (In Russ)

EVOLUTIONARY-ETHOLOGICAL PERSPECTIVES OF SUICIDE

V.A. Rozanov

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

Abstract:

Current review is discussing such aspects of suicide as possibility of suicide in animals, animals' behaviors that resemble suicide, ethological correlates of suicide, association between aggression and self-aggression in relation to evolution of behavior, suicide from the evolutionary perspective, evolutionary hypotheses explaining growing suicides, evolutionary aspects of sex differentiation and their relevance for sex differences in suicide rates. Darwinian hypotheses explaining suicide are not very convincing, while alternative hypotheses of evolution, which put forward the role of the environment and imply purposeful changes in genome provide more logical explanations. The most attractive for its' explanatory power is the psycholamarckizm concept, supplemented with modern knowledge on the role of epigenetic programming by stress and the possibility of transgenerational transfer of stress-induced phenotypes. This conceptual framework may be relevant not only for theoretical purposes but also may be useful for suicide modeling and for the development of more targeted prevention strategies.

Key words: suicide, self-aggression, aggression, evolution

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СУИЦИДОЛОГИИ В РОССИИ*

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, В.М. Кушнарёв

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-666

Кушнарёв Валентин Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72

Ступени развития отечественной суицидологии вписаны в крутые русские горки судьбы страны. «Донаучный» этап представлен взаимосвязанными религиозными, морально-этическими и правовыми подходами к самоубийству, со Средневековья – карательными, как в ходе Петровских реформ. С пореформенных 1860-х гг., развития судопроизводства, статистических комитетов, органов местного самоуправления и массовой печати, самоубийство становится социальным явлением – предметом газетных хроник и статистических анализов. Следующие вопросы определили в XIX в. «стандартный взгляд на самоубийство» и направления изучения: связаны ли самоубийства с наследственностью, психической болезнью, социальными факторами? «Классические» статистические исследования конца XIX – начала XX вв. связывали суицид с социо-демографическими (возраст, образование, семья, достаток) характеристиками, вероисповеданием жертв для выделения групп особого риска. С конца XIX – начала XX вв. на этапе «протосуицидологии» проблема суицидального поведения как поступок отдельного человека и социальное явление стало предметом теологии, философии, психиатрии, психологии, педагогики, правоведения, объектом нравственно-этических оценок; на «медико-статистическом» уровне – социологии девиаций. Суицидология утверждается как особая научная дисциплина с середины XX в. «Реновация» 60-70х гг. XX в. неизменно актуальной темы и становление суицидологии как области научного знания на стыке медицинских и общественных дисциплин в СССР, и затем в РФ стало возможным, благодаря плодотворному междисциплинарному и межведомственному научно-практическому подходу к изучению, лечению и профилактике широкого спектра аутоагрессивного поведения. Систематические многолетние (с 70-х гг. XX в.) исследования суицидального поведения как биопсихосоциального феномена стали научно доказательным обоснованием оригинальной концепции суицидогенеза А.А. Амбрумовой и гибкой по структуре и функции, имеющей потенциал совершенствования и развития в новых условиях, отечественной модели суицидологической (антикризисной) помощи.

Ключевые слова: суицидология, история, этапы развития, междисциплинарный, межведомственный подход

Ретроспекция суицидологии как «системы с рефлексией» полезна для решения современных научно-практических вопросов. Ступени развития отечественной суицидологии вписаны в крутые русские горки судьбы страны. «Донаучный» этап представлен взаимосвязанными религиозными, морально-этическими и правовыми подходами к самоубийству, со Средневековья – карательными, как в ходе Петровских реформ. С начала XVIII в. понятия «самоубийство» и «самоубийца» указывают

греховность и наказуемость поступка (как массовые «протестные» самосожжения старообрядцев XVII-XVIII вв.), эстафетой перенятые мучениками-диссидентами XX в.

В конце XVII – начале XVIII вв. произошло около 40 массовых самосожжений («гарей») и самоутоплений, в целом якобы погибло > 20000 старообрядцев [1].

*Статья подготовлена на основе главы Национального руководства по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего, 2017.

С пореформенных 1860-х гг., развития судопроизводства, статистических комитетов, органов местного самоуправления и массовой печати, самоубийство становится социальным явлением – предметом газетных хроник и статистических анализов. Водораздел (зона ответственности) естественных и общественных наук размыт особо при изучении суицидального поведения (СП) и иного отклоняющегося поведения; усугублён раскол меж политизированным научным подходом и официальной доктриной (самодержавие, православие, народность).

При незначительном росте суицидов (отчасти – следствие лучшего учёта и внимания к «резонансным» случаям печати) в промышленно развивающейся стране психиатром И.А. Сикорским самоубийства названы «болезнью века», социологом Питиримом Сорокиным – угрозой обществу [2, 3]. Лоскутная имперская Россия саморазрушалась со своими гражданами, и сотни работ философов и врачей, психологов и священников, педагогов и юристов, писателей и историков, этнографов, журналистов, общественных деятелей XIX-XX вв. указывают, что СП оказалось в перекрестье общественного и научного интересов.

Э. Дюркгеймом в конце XIX в. показано, что суициды есть статистически устойчивое социальное явление, распространённость которого подчиняется закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно - историческими и этническими условиями [4].

Результат моральной статистики XIX в. – включение социальных факторов в понимание самоубийства. С 20-х гг. XIX века «моральная статистика» насильственных смертей – часть уголовной и медицинской ведомственной (затем земской). Нравственная (моральная) статистика, «наука о массовых явлениях общественной жизни» [5], пыталась объяснить общественное явление как суицид через распределение его числовых показателей с целью показать и лечить общественные недуги, связав их с социально-демографическими характеристиками, временными и сезонными явлениями, в поиске общего закона самоубийства как общественного явления подчиненного математической закономерности.

Первый полицейский отчёт 1819-1820 гг. о самоубийствах в губерниях возмутил министра просвещения как «ненужный и вредный»: «...Разве к тому только, что колеблющийся преступник, видя перед собой многих предшественников, мог почерпнуть из того одобрение, что он не первый к такому делу приступает?

... Хорошо извещать о благих делах, а такие, как смертоубийство и самоубийство, должны погружаться в вечное забвение».

Однако с XIX века эпидемиологические исследования – основной источник изучения СП в России (как и в Западной Европе); сравнительный и динамический анализ охватывал десятки лет. С 30-х гг. в географических, экономико-статистических отчетах появляются параграфы, посвященные негативным чертам «народной нравственности» – пьянству, преступности, самоубийствам. С 60-х гг. (гласности пореформенной России) всё больше внимания к социологическим и психологическим причинам самоубийств.

Центральный Статистический Комитет МВД России сообщает об «Умерших насильственно и внезапно в Российской империи» в 1870-94 гг. Количество самоубийств за 25 лет выросло, их доля среди насильственных смертей в Риге, Москве, Петербурге не менее 85%. При этом в 1858-1862 гг. в Петербурге самоубийцы составляли около 10% погибших насильственной и внезапной смертью при уровне суицидов (УС) – 5 (как в наши дни). В 1869-1878 гг. в Петербурге 57 детей 8-16 лет избалованы в покушениях на самоубийство, 16 погибли.

Доля самоубийств женщин в 1821-1899 гг. выросла с 1/5 до 1/3 (объяснено «эмансипацией»). Количество семейных вдвое более холостых (1841-1844), что удивительно (в наше время лишь семья юных увеличивает риск СП); неграмотных в 8 раз больше (1834-1844), но в общем населении их более 70% (Европейская Россия). Первое место среди способов СП повешения (в 40-50-е гг. г. около 80%), далее самострел, самопорезы (менее 10%), утопление (около 3%), отравление, падение с высоты (менее 1%), отравление угарным газом, ставшее популярным в XX веке, – «экзотика» (0,03%).

На заре официальной статистики СП видны её неизменные «родимые пятна»: неполнота и схематичность статистики, отсутствие стандартизации данных в различных ведомствах (данные МВД и градоначальника), трудность разграничения суицида от иных видов насильственной смерти врачами и полицейскими. Расхождение данных объяснено выборками, взглядами автора при оценке причин СП. Так, К.С. Веселовский привлекает внимание к недоучёту насильственной смертности в России и совокупности факторов самоистребления: «... везде число самоубийств бывает значительнее того, какое оказывается на основании официальных документов». Регистрирова-

ли самоубийства в морге. Все подлежали расследованию, кроме «заведомо известного» душевного недуга, что уменьшало число самоубийств. Возможно, МВД и губернские статистические комитеты учитывали лишь каждое третье самоубийство [цит. по: 6], как в ряде регионов РФ и ныне.

Губернские отчеты «О состоянии народного здоровья» рисовали благостную (по сравнению с Западной Европой) картину. И. Пушкарев [7] не видит угрозы государства и нации: «...самоубийства совершаются в Петербурге наиболее простолюдными и в незначительном числе сравнительно с другими столицами Европы; вернейшее доказательство истины, что понятия религиозные сохраняются у нас во всем благотворном своем могуществе».

За первую треть XIX века УС в России вырос (общевропейский тренд) вдвое, до 3 (как и в 1912 г.), в Санкт-Петербурге – до 5, Москве – около 6, при росте населения на 75% (возможно и улучшение статистического учёта). В конце XIX в. УС в странах различается на порядок. Лидеры (более 20 – угрожающий нации показатель, по градации современной ВОЗ) Швейцария (карамзинские «щастливые швейцары» таковыми себя не ощущали) и Франция, замыкает список Россия (менее 5).

Социолог, будущий первый президент Чехословакии Масарик («Самоубийство как массовое социальное явление современной цивилизации», 1878 – на 16 лет ранее Дюркгейма) поддержал гипотезу о «расово» обусловленном низком риске самоубийств русских.

Однако к XX в. криминолог Е.Н. Тарновский (1901) [8] отмечает «колоссальные размеры» самоубийств в Париже и Вене – более 40, Берлине УС более 30, а в провинциях Пруссии – 15, в Петербурге около 20, тогда как по России – 3. Самоубийства в русских городах втрое чаще, чем в сельском населении. В крупных городах (Петербург, Рига, Харьков, Казань) мужчины вчетверо чаще совершали суициды при доле суицидов мужчин и женщин среди умерших насильственно и внезапно около 20%, как и мужчин.

УС увеличен в Петербурге на ½ в 1905 г., в 1906-1909 гг. – на ¼. При этом помним о «лукавости» статистики относительно редкого эпидемиологически феномена суицида: «дополнительные» 20 суицидов в 1,5-миллионной столице в 1905 г. означал повышение УС на единицу [цит. по: 6].

Лиц моложе 30 лет около 65% в Санкт-Петербурге (1906-1910), около 75% в Москве (1908-1909) и Одессе, но и в 40-е гг. XIX в.

большинство самоубийств пришлось на 21-28 лет. При этом следует учитывать и возрастное распределение горожан. В целом по стране молодежь составляла 35%.

«Радикальные врачи» Н.И. Григорьев и Д.Н. Жбанков черпали альтернативную информацию из избранных газет (благо указаны имена жертв и обстоятельства трагедии), традиционно не веря официальной статистике, особо в годы реакции [9, 10, 11]. По их данным, в революционный 1905 г. УС в Петербурге снижен (люди чутки к ветрам перемен, неизменно рассчитывая на лучшее – как в 80-е гг. XX в.) в 1906-1909 гг. (горько «послевкусье», как в 90-е гг. XX в.) на 150% вырос. Методологическая ошибка статистиков-любителей, помимо веры в точность газетных новостей, в указании суммарных сведений о суицидах и покушениях на самоубийство. Из-за стачек газеты выходили нерегулярно, интерес их временно сместился к политическим событиям, и «газетные» УС были вдвое ниже официального, но затем в 3-6 раз выше (газетчиками суицид в пору поражения революции приравнен к политическому протесту). Искажены характеристики СП в связи с неизменной тягой журналистов к драматичному и необычному. Женщины с испокон веков (в России показано с первой 1/3 XIX в.) выбирали самоотравление, мужчины – brutальные способы как самоповешение, но доля последних 11% (и это удел бедняков) при прогнозируемых 80% (как в течение XX в.), но отравившихся 44%; велика доля «сенсационных» групповых самоубийств.

Социологический (статистический) метод определил самоубийство как общественную проблему, требующую глобального решения. «Классические» статистические исследования конца XIX – начала XX вв. связывали суицид с социо-демографическими (возраст, образование, семья, достаток) характеристиками, вероисповеданием жертв для выделения групп особого риска (УС выше среднестатистического на порядок) как учащаяся молодежь, военные (доступ к оружию. *Прим. соавт.*) и представители свободных профессий, размытая часть деклассированных (вспомним «На дне»). Устойчиво отношение мужчин / женщин 4:1 (в наше время 5-6:1) с преобладанием «городских» суицидов («Облегчи наши страсти, о Боже! / Мы, как звери, вгнездились в пещеры. / Жестко наше гранитное ложе, / Душно нам без лучей и без веры». В. Брюсов), согласно дюркгеймовой лубочной версии жизни пейзаж (сегодня УС россиян-селян превосходит многократно городской). Отмечены «возрастные»

пики суицидов молодых и пожилых («двугорбая» кривая УС неизменна для России) при «омоложении» СП (современная официальная статистика суицидов – с детей 5 лет).

В официальных отчетах мотивы суицидов сведены в 5-10 разнородных групп, исследователи выделили около 50. А.В. Лихачев [12] замечает: число индивидуальных мотивов безгранично: любое неудовлетворенное желание человека, стремление, встретившее существенные препятствия (фрустрация в современном понимании.), может стать эпилогом самоубийства. Содержание мотивов суицида окрашено национальным колоритом (заманчиво для сравнительных этно-культуральных исследований) и взглядами авторов, что затрудняет сравнения мотивов самоубийств XIX и XXI вв., искажение реальных мотивов: сокрытие или подстановка «архетипов» мышления. Искажение статистики, включая мотивы СП, по Дюркгейму, происходит уже «на уровне низшего полицейского чина» и семьи.

И. Пушкарев [7] называет «... побудительный повод самоубийства» – отчаяние, наведенное или действием бурных страстей, или стечением несчастных обстоятельств», тоску «... по родине, об умерших родственниках». Отчаяние и тоска – скажем сегодня – черты суицидогенной депрессии.

Юрист А.В. Лихачев [12], не разделяет «фасад» и причины суицида: мотивы неизвестны у ½ жертв, душевные болезни и «пьянство» определили 20% (как полагала на склоне XX века А.Г. Амбрумова), затем материальные потери, неудачи, «утомление жизнью» (5%), горе и обиды, физические страдания (менее 5%), стыд и страх наказания; замыкают список несчастная любовь, ревность и внебрачная беременность (2%). В конце XX в. [13], «несчастливая любовь» определила менее 5%, суицидов и менее 10% попыток самоубийства.

П. Ольхин в противоречие заявленной биологической позиции называет основным мотивом суицида «отвращение жизни» (жизнь в тягость) вне психического недуга, и доказывал это письмами жертв с ровным почерком, и выявляющих логичность мыслей и чувств, как позже врач Г. Гордон [14]. Однако П.Г. Розанов (1891) [15] рассматривает его в разделе душевных болезней: «беспочвенно и неосновательно стоять на возможности самоубийства в здравом состоянии».

И.А. Сикорский [2] замечает «отвращение к жизни» (*taedium vitae*) в прощальных записках: «разочарован, скучал, жаловался на тягость и утомление жизнью, задумчив» – частой

причиной самоубийств XIX в. В конце XX века ангедония предвещает континуум СП (Амбрумова А.Г.) и соответствует депрессии (возможно, атипичной или субсиндромальной)

П.Г. Розанов (1891) [13] скептически отзываясь о пользе рубрик мотивов: «... редкий человек позволит другому проникнуть в своё святая святых, а не редко даже *сам не может уяснить себе*, что именно делается в его душе», что подтверждено А. Амбрумовой, различающей «истинную» причину СП и мотивировку жертвы.

М.Я. Феноменов [16] отличал предрасполагающие и ближайшие причины и мотивы суицида, соответствуя взглядам школы А.Г. Амбрумовой (она же его подробно цитирует) конца того же века. Так, алкоголизм есть предрасполагающая причина, опьянение – ближайшая или «случайная» причина (толчок). Причины СП жертва может не понимать, мотивы же сознаются. Поэтому душевные и телесные болезни – не мотивы самоубийства сами по себе, за исключением ситуаций, связанных с их психогенным влиянием. Автор разделил самоубийства по комбинации предрасполагающих причин, толчков и мотивов. 1. У душевнобольных предрасполагающие и ближайшие причины патологического характера выступают как достаточные основания для объяснения произошедшего. 2. Патологические причины (нервное расстройство, физическая болезнь) сочетаны с ближайшими социальными (неудачи, катастрофы), мотивы частично понимаемы жертвой. 3. Малая группа: предрасполагающие патологические причины не играют никакой или почти никакой роли. Важнейшие – причины социального характера, то есть жизненные катастрофы. Мотивы по большей части являются и действительными причинами самоубийства.

Затруднен неизменно анализ суицидальных попыток (с 1880-х гг.). В начале XX в. С.А. Новосельский [17] сравнивает отношение самоубийств к покушениям (современный коэффициент летальности) с таковым смертности и заболеваемости. Действительно, статистически самоубийства и покушения на них – величины разного порядка, что не позволяет экстраполировать особую выборку суицидальных попыток на СП в целом, но статистические данные служат «информацией к размышлению», указывают группу повышенного риска СП как мишень вторичной профилактики.

В середине XIX в. ученик Пинеля, Ж.-Э. Эскироль («О душевных болезнях», 1838), самоубийство приравняет к симптому душев-

ной болезни (так называемые суициденты требуют лечения): самоубийцы-мономаны движимы страстью; утомление и ненависть к жизни включают механизм самоуничтожения. Став «медицинским фактом», самоубийства выводились из под удара церкви и закона («безумен, – неподсуден»).

Опытный закон о вырождении (Морель, середина XIX в.) в третьем поколении вырожденцев обнаруживает душевные болезни рядом с суицидами и социальной несостоятельностью. Если «... установлено, что предрасположение к самоубийству передается из поколения к поколению, то пришлось бы признать, что оно тесно связано с определенным органическим строением» [4].

Сотни и сотни вскрытий XIX – начала XX в. не выявили («дегенеративную») почву и «локус» самоубийств. П. Ольхин (середина XIX века) в первом российском обзоре «О самоубийстве в медицинском отношении сетовал»: «... мы доныне не знаем ничего положительного о том, какие анатомические изменения свойственны больным, расположенным к самоубийству», что не отменило связи между СП и психической болезнью. При «хроническом расположении к самоубийству» (сравним с «суицидальной мониманией» Бурдена), возможно незаметное окружающим развитие болезни, и многие лишают себя жизни раньше, чем у них разовьется «совершенное расстройство различных отправлений организма и умственных способностей». Часто больные обнаруживают намерение покончить с собой поступками и словами, и немногие ничем не обнаруживают «гибельной решимости», но его «можно подозревать по мрачному, отчаянному выражению лица». Итог принятия суицидального решения зависит от результатов внутренней борьбы между желанием покончить с собой и чувством самосохранения.

Гибель Гаршина (конец XIX в.) навела психиатра И.А. Бирштейна на мысль, что «апофеоз жизни» проявляется равным образом и в «гениальном творчестве, и в психоневрозе или в самоубийстве». Тот не поэт, кто бросившись вниз, не надеется взмыть. «Гаршинские типы», «патологические альтруисты», стремящиеся пожертвовать собой, чтобы остановить кровопролитие 1905 г., попадали в психиатрические больницы. В.М. Бехтерев [18] связывал переполнение психиатрических больниц разочарованием послереволюционных лет.

Г. Гордон [14] не находил непосредственной связи самоубийства и душевной болезни, ссылаясь на вскрытия самоубийц: признаки

душевной болезни (видимые органические изменения?) у менее 10%.

Однако Н.В. Пономарев (1880) [19] показывает корреляцию на популяционном материале (сходное количество самоубийц и психических больных, возрастание с возрастом; психиатрические данные и мнения психиатров о ненормальности совершивших самоубийство).

Следующие вопросы определили в XIX в. «стандартный взгляд на самоубийство» и направления изучения: связаны ли самоубийство с наследственностью, психической болезнью, социальными факторами?

Социально-статистический анализ не исключал клинический. С.С. Корсаков допускал самоубийства «из чувства долга ... при здоровом уме» (вслед Эскиролю: не самоубийцы – «добровольно жертвующие жизнью во имя закона, веры или спасения родины»), но «статистика показывает, несомненно, что большинство самоубийц происходит из психопатических семей и сами по себе представляют нередко резкие признаки психической неуравновешенности. Поэтому в громадном большинстве случаев приходится смотреть на самоубийство, даже вызываемое экономическими и общественными условиями, отсутствием нравственных устоев и высших идеалов, как на акт... душевного, (может быть, кратковременного) расстройства. И, действительно, часто мы видим стремление к самоубийству у лиц, формально психически расстроенных, особенно у меланхоликов».

Среди суицидентов, по мнению В.М. Бехтерева, не более 1/3 душевнобольных, обширная группа «душевно здоровых», но психически неустойчивых и легко теряющих самообладание; малую часть составили убившие себя обдуманно, «из расчёта». Категории душевнобольных, лица с пограничными нервно-психическими расстройствами и психически здоровых соответствуют позиции А.Г. Амбрумовой.

Первые эпидемиологии озабочены «истинными причинами» суицидов, отличая их от мотивов. Так, по данным Н.В. Пономарева, в двух столицах в 1860-1880 г. более 1/2 самоубийств «от пьянства и помешательства», у П. Розанова (конец XIX в.) более 80%. Земский врач А.М. Коровин (1916) на основе 10-летнего изучения потребления водки показал тесную связь пьянства и суицида в европейской России.

Карл Гелинг (1842) [20] пишет: «Обыкновенными поводами к самоубийству суть: превратное понятие о чести; несчастная любовь,

рукоблудие, соблазнительные романы, театральные зрелища, выставяющие самоубийства каким-то геройством, безбожность, изуверство, праздность, обеднение, игра в карты, даже самая мода».

Судебный патологоанатом И.М. Гвоздев (1889), сторонник эскиролевой позиции, не обнаружив «молекулярного движения в головном мозге» жертв суицида, подчеркивал у них при жизни проявление крайних границ ненормальности, замечая, что болезнь не есть преступление. Риск суицида душевнобольных превышал в 100 раз средний уровень (Прозоров Л.А.) при доле не более 1/3 (сегодня зарегистрированные психиатрическими службами составляют 5-10%).

Сравним: Э. Дюркгейм видит самоубийство в ряду социально обусловленных выборов: «Не существует ни одного психопатического состояния, которое имело бы с самоубийством постоянную и бессменную связь».

Врач П.Г. Розанов объясняет СП, совмещающая историко - антропологическую («общество не может не давать известного процента самоубийств, потому что является продуктом прежних поколений, культуры, нравов, жизненных условий...») и более близкую ему – медицинскую («Причины самоубийства те же, что и причины помешательства...») позиции. Ведь «помешательство и пьянство» сами по себе не составляют мотивов к самоубийству, но состояния, не исключают действительных мотивов (бедность, несчастная любовь, преувеличение горя). Необходимо для адекватного сопоставления частоты психических расстройств самоубийц учитывать не мотив самоубийства, а состояние человека: «и меланхолик может покончить с собой и от «огорчения», и от «обиды». П.Г. Розанов за Крафт-Эбингом провозглашает «презумпцию болезни»: суициденты психически больны, пока не доказано противное. Суициды – не следствие «горя или обиды», «расстройства дел», «боязни суда», но по причине «душевной подавленности, гнетущего состояния духа, замешательства, которое выбивает человека из обычной умственно-нравственной колеи, и вследствие действительной или, гораздо чаще, кажущейся безысходности, безыборности положения» («Прежний, так называемый порядочный человек стрелялся оттого, что казенные деньги растратил, а теперешний – жизнь надоела, тоска» А. Чехов. «По делам службы»).

В конце XIX в. близ Тирасполя во избежание «антихристовой печати» (всероссийской переписи) более 20 человек закопали себя. К

спору о причинах ритуального суицида в старообрядческой среде подключены психиатры. Державник И.А. Сикорский отрицал связь между старообрядческими «вольными смертями» и правительственными гонениями: «социальные бедствия, преследования правительств скорее вызывают появление мятежей, активного сопротивления, в самоистреблениях мы имеем дело с психологическим явлением глубоко пассивного типа. Этой своей стороной самоистребление ближе всего подходит к явлениям патологическим». В.М. Бехтерев считал, что «убеждения раскольников ... создают почву для самоистребительных стремлений», но при изоляции от внешнего мира «самоистребительная проповедь и находит себе благодатную почву».

Сектантская апокалиптика как форма суицидальной рефлексии проявила себя в России и в середине XX в. («Свидетели Иеговы» встретили смертью начало Великой Отечественной войны как приход Антихриста); новые религиозные движения («деструктивные культы») потенциально суицидоопасны для их членов и преследуемы законом. Так, в 1993 г. в Киеве пресечена попытка массового самоубийства «белых братьев». Л. Гумилев [21] полагал самоубийства показателями «антисистемы» и выделял особо расположенные к СП субкультуры (как старообрядцев) в связи с «биофобскими» установками мировосприятия и психоментальности.

Изначально психиатрия (суицидология) развивалась как практическая деятельность. С XIX в. уточнена клиника СП душевнобольных. При «мрачном помешательстве» стремление к самоубийству может вызывать или поддерживать телесная болезнь, их «кризисы» могут способствовать исчезновению суицидальных тенденций, связанных с психическим расстройством. Незавершенный суицид приводит к «перелому» психической болезни, исчезают и суицидальные тенденции. По П. Ольхину, ипохондрия редко влечёт самоубийство. Любовь к жизни возрастает вместе с усилением страдания, по поводу которого советуются с врачами, чтобы избавиться от воображаемого недуга. «Обыкновенно эти несчастные по несколько лет твердят, что лишат себя жизни, прежде чем действительно на это решатся». П.Г. Розанов описывает особенности психической жизни суицидента, которые на исходе XX века названы сужением сознания (туннельным мышлением). Суицидент – «раб охватившей его идеи и потому-то собственно должен быть рассматриваем как умственно нездоровый человек». По Н.А. Бердяеву, философу XX века, самоубий-

ство есть, прежде всего, «страшное сужение сознания ... болезненный конфликт бессознательного и сознания».

П.Г. Розановым замечена и «типичная» (подчеркнута Э. Шнайдманом во второй 1/2 XX в) двойственность суицидента: «Освети, блесни ему идея противоположного свойства в виде луча надежды, возможности лучшего – и человек, нередко, излечен, спасён, возвращён к жизни». Но не всякий раз поможет «борьба противоположных представлений». То есть необходима кризисная помощь «здесь и сейчас». Однако при «психопатологическом крене» СП представляется поступком, мало зависящим от воли, нравственности и зрелости «Я» суицидента.

С начала XX в. статистика самоубийств политически ангажирована. Объяснение СП сугубо социальными причинами Э. Дюркгеймом (1897) оказалось востребованным кстати: аномическому самоубийству предшествует разочарованность и отвращение к жизни. Через 15 лет, в предвоенные годы очередных испытаний страны и «эпидемии» суицидов закономерен русский перевод будущего социолога П.А. Сорокина. В очерке пока студента-юриста «Самоубийство как общественное явление» (1913) читаем: «Одиночество, оторванность личности от общества, быстрый и лихорадочный бег жизни, распыленность общества и падение религиозных верований, неуравновешенность и неустойчивость жизни ... благоприятная почва для развития самоубийств; достаточно в таких условиях малейшей неприятности, чтобы человек покончил с собой ...: одни с проклятием и ненавистью к обществу, другие – тихо и безропотно, третьи – медленно гаснут»... Масарик назвал «неколебимую» религиозность «ментальным рабством», но сожалеет о «борьбе культур»: идеи Просвещения вызывают в России отчаянное сопротивление (и сегодня тезис востребован сторонниками «особого пути Отчизны»). Объяснил он «русскую меланхолию» (извечную русскую тоску): «образованный русский топчет идеалы своего детства и идеалы своего народа» ... и впадает в отчаяние.

Мотивы самоубийства, по А. Лихачеву (конец XIX в.), определены сложными условиями общественной жизни, не только экономическими факторами; более высокой уровень самоубийств в городах – «усиленной деятельностью мозга». С этими же «побудительными причинами» связывает высокий риск самоубийств «образованных классов общества, преимущественно представителей «свободных профессий».

По Э. Дюркгейму, статистика мотивов самоубийств есть статистика мнений низших чинов полиции: «Мы ежедневно читаем о самоубийстве как о чем-то понятном. Достаточно добавить ... из-за «несчастной любви», «семейных неурядиц», «провала на экзамене». Громадное число людей кончает из-за «разочарования в жизни».

И.А. Сикорский (1897), полагая суицид результатом проигранной борьбы «инстинкта жизни с инстинктом смерти», указывал роль «нравственных директив» в решении о самоубийстве, прочности традиционных устоев общества.

Моральная статистика в основе социокультурной теории суицида Э. Дюркгейма недостаточна на личностном уровне: «... мало внимания изучению индивидуальных качеств и свойств человеческой души и выяснению той роли, которую играет его психофизическая организация в сложном акте самоубийства» (Г. Гордон). Анализ личности самоубийцы исключён, и вопрос, отчего в схожих жизненных условиях меньшинство лишает себя жизни остается открытым.

В статистике важна «индивидуализация» (Пирогов Н.И.) случая при неоднородности обширного материала (популяционных выборок). Инварианты личных переживаний указывают на общность ситуационных факторов риска СП. В.М. Бехтерев (1914) считал, что статистика выделит общие причины самоубийств, но индивидуальные («в самой личности человека») сложнее. Метод изучения обстоятельств и способа самоубийства обозначил как судебно-медицинский.

Индивидуально-психологическими аспектами СП озабочен педагог и публицист А.Н. Острогорский (1893) [22]. Отстаивая презумпцию психического здоровья, отмечает обратимость «душевной растерянности» суицидента и важность предупреждения СП до и после попытки.

Человек XX в. Питирим Сорокин видит в модернизации (секуляризации) общества риск суицидов (смычка с Э. Дюркгеймом) объясняя «исторической обусловленностью» (как А. Лихачев и П. Розанов) мало доказанную «эпидемию» самоубийств, обычную в заголовках и современных журналистов.

«Классическим» суицидентом стал не бунтарь-пораженец гимназист, герой газетных рубрик о суициде, простодушный крестьянин, пришедший на заработки в греховно суетный перенаселенный равнодушно пресыщенный мегаполис. Беспорядочная организация обще-

ства толкает бедняка на суицид. Утратив религию без равноценной замены, человек беззащитен перед вызовами жизни. Одиночество, ослабление религиозности, «обесценивание жизни» для Э. Дюркгейма неважные аргументы СП, но, однозначно, бедность (!) предотвратит самоубийство. Однако блага «цивилизация» перевешивают неизбежные беды. Связь активной общественной жизни и УС Э. Дюркгейм не называет причинно-следственной и не уточнил её механизм.

П. Сорокин избегает тем образования и «альтруистических» самоубийств представителей преследуемых религиозных сект (см. выше).

Будоражащие умы читателя обличения одинаковых во все времена журналистов, занимающих нишу статистиков, живописали отдельную трагедию, возводя до закономерности, а не мазка палитры СП.

«Радикальные врачи» Н.И. Григорьев и Д.Н. Жбанков участвовали в бурных политических баталиях. «Эпидемия самоубийств» (пресса усиливала чувство галопирующего кризиса) – прямое следствие краха надежд 1905 г.: не так гнёта репрессивного режима, но разочарования, бессмысленности и гедонизма молодых. Газетный «контент-анализ» Жбанкова и Григорьева ожидаемо обосновал посыл П. Сорокина. Так, Карл Менингер [23] позже и на другом конце света нашел в газетах похожие, как близнецы, невыразительные строки скупой констатации хронической болезни, разочарования в жизни, финансовых неурядиц, малодушия, уныния и безответной любви. «Как правило, стандартная формулировка выглядит следующим образом: «Самоубийство – бегство от невыносимой жизненной ситуации».

«В любом номере газеты, в отделе «просишествий» ежедневно можно встретить рубрику «самоубийства» или «покушения на самоубийство». Наблюдая изо дня в день за этой рубрикой, мы видим, что в качестве самоубийц фигурируют люди различных классов, сословий и профессий; тут вы встретите и проститутку, и безработного, и банкира, и студента, и ученого, и священника ...» (Сорокин П.А., 1913). Ожидаемо, большинство самоубийц в крупных городах составили русские рабочие, бедняки и прислуга (более 60%), люди свободных профессий – 5%, учащиеся – 10% (Жбанков Д., 1912), согласно с данными Гордона (1912), Новосельского (1910). Нужда, голод и безработица виновны в ½ самоубийств в послереволюционном 1906 г., по материалам газет, или по Жбанкову (1910), опережая «болезни» (20% в 1912 г.), «любовь, сексуальные

мотивы» (около 15%). Связать риск самоубийств рабочих с повышением уровня образования (по Дюркгейму) и самосознания сложно.

Н.И. Григорьев называет безработицу главной причиной самоубийств в Петербурге, не забыв спиртное. «Обесценивание жизни», упоминаемое Сорокиным и иными авторами, важно для Жбанкова, но как следствие отчаяния безвременья социального пессимизма («Живая жизнь давно уж позади. / Передового нет, и я, как есть, / На роковой стою очереди» Ф. Тютчев). Замечены суициды в тюрьмах. Сорокин же поднимается до бед «аномийной» цивилизации. Оба отмечают (как и Э. Дюркгейм) фактор подражания в групповых самоубийствах.

Якобы рост самоубийств в тюрьмах связан лишь с увеличением политических заключенных [24, 25], причём, в отличие от тюрем Европы, самоубийства превышают количество покушений: политические «почти никогда не симулируют» [26].

В.П. Сербский, напротив, заметил, что общество зачисляет в преступники наиболее несчастных и отверженных, тогда как преступники из высших классов в тюрьму не попадают [27].

В суицидально-патологические тона окрашен закат Российской империи. Учащение самоубийств приходится на годы, когда «общее возбуждение утихает, когда наступает разочарование, когда приходится оценивать утраты». В.М. Бехтерев отмечает общее пессимистическое настроение, психологию потребительства [18]. Многие молодые, потеряв жизненные ориентиры, идеалы, веру, испытывают гнетущее чувство одиночества.

Гуманизация законодательства. Задолго до евгенических мероприятий (в первой 1/3 XVIII в.) Указ «О свидетельствовании дураков в Сенате» поразил в правах (но после «экспертизы») душевнобольных, «отнюдь жениться и замуж идтить не допускать», так как от таких браков «доброе наследия к государственной пользе» ожидать нельзя. В обосновании мер отмечено, что «дураки» не только не годятся ни в какую науку и службу, но беспутно расточают имущество, бьют и мучают своих подданных и «смертоубийство чинят».

После средневековых репрессий против живых и мертвых суицидентов и их семей во второй ½ XIX века юристы, исходя из «ведущих факторов» СП, пытаются изъять СП из числа уголовно наказуемых за отсутствием состава преступления. По русским законам XIX в., ст. 1472 и 1473 УК, самоубийство нака-

зано отказом в христианском погребении и аннулированием завещания самоубийцы. Уголовное уложение за доставление средств к самоубийству карало заключением до трёх лет, подговор (найдет одобрение современного читателя. *Прим. соавт*), самоубийство по жребью согласно условию с противником – каторгой. По Питириму Сорокину, в 1905 г. из Устава Врачебного исключена статья: «Тело самоубийцы надлежит палачу в безчестное место оттащить и закопать там». Однако Сорокин чересчур оптимистичен, обнадеженный предложения о более мягком (по А.Ф. Кони) законе, который введён в неполном объеме. Фактически, вплоть до 1917 г. действительно старое законодательство. П. Сорокин отрицает связь меж карательными узаконенными мерами и самим СП, но сам вспоминает рост суицидов эпохи либерализации в XIX в., при смягчении законов поздней Античности. Ужесточение отношения к самоубийствам ведёт к снижению их числа, хотя это неоднократно оспаривалось в отношении убийств сторонниками отмены смертной казни. В.М. Бехтерев предостерегал от «карательных» мер в борьбе с СП, видя в них анахронизм.

Лечение и профилактика СП. Бесчеловечное отношение к суицидентам и их близким носило предупредительный характер. Выжившие вряд ли могли рассчитывать на медицинскую помощь, если не скрыта попытка суицида, жизнь могла быть сохранена и для наказания. Однако после смерти Петра I сенатский Указ «Об отсылке беснующихся в Святейший Синод для распределения их по монастырям» предлагал содержать больных в особых, для них предназначенных помещениях, «имея над ними надзирание, чтобы они не учинили какого себе и другим повреждения». Медицинская модель СП позволила «несчастным» получить психиатрическую помощь (узилище стало долгаузом). В 30–40 гг. XIX века условия в образцовых психиатрических лечебницах улучшены с особым вниманием к суицидентам при режиме нестеснения (не исключавшего изоляцию и сдерживание по клиническим показаниям и под врачебным контролем). Суицид становился предметом обсуждения целесообразности режима открытых дверей. Особые требования предъявлены персоналу и контролю за больным, структурированию его дня (терапевтической среде). В начале XX в. апробирована амбулаторная помощь суицидентам и их психотерапевтической профилактики. Ресурсом стала благотворительность (целевая помощь нуждающимся, раздача образовательной литерату-

ры, лекции) с привлечением общественных деятелей (писателей), СМИ.

Поиску факторов риска СП сопутствовало выделение защитных (антисуицидальных) факторов. В первой ½ XIX в. показан «сдерживающий» эффект патриархальной семьи и ортодоксальной религии (Катерина у А. Островского «не типична»). При секуляризации общества в зоне риска «освобождённые» женщины, как сегодня – в независимых республиках Востока. У Дюркгейма женщина менее социальна, довольствуется тем, что есть, ведь её умственная жизнь «менее развита»; она легче справится с одиночеством и разводом, и П. Сорокин подчёркивает низкий УС женщин. И.А. Невзоров (1891), ссылаясь на Е. Lisle (1856), убеждён, что в поднятии религиозности главное антисуицидальное средство: «Если человек не укрепит своей души религиозными чувствами, то он больше будет расположен добровольно окончить свою жизнь, когда будет испытывать какую-нибудь печаль или какое-нибудь несчастье». ... Когда мы говорим о религиозном чувстве, то разумеем все формы религии и все культы ...». А.В. Лихачев (1882) призывает к благополучию населения: «правильное понимание нравственной статистики даёт ... светлую надежду на улучшение жизни человека. Уменьшить склонность к самоубийству нельзя одним привитием религиозного чувства – оно есть слишком святая и высокая потребность, не имеющая под собой почвы, на которой люди живут и умирают. Более материальны, более грубы побуждения самоубийства: они порождаются, главным образом, экономическими условиями общественной жизни».

На I-м съезде Союза русских невропатологов и психиатров (1911) В.П. Сербский перефразировал Бальмонта: «Если поэты только хотят быть гордыми и смелыми, то мы, представители науки, должны быть ими. И, пользуясь её светом, мы должны сказать громко и открыто, что нельзя вести людей к одичанию, толкать их на самоубийства и психические заболевания». В.М. Бехтеревым там же предложена многоуровневая государственная и общественная программа первичной профилактики СП с обще- и психогигиеническими подходами. Внимание привлечено к социально-экономическому неравенству, взаимопомощи, развитию общественных организаций, повышению образовательного и культурного уровня граждан. Войны и социальные конфликты решаемы политическими, юридическими или договорными путями. Увы, наша Родина выберет козыри иной масти.

Универсален рецепт И.П. Павлова: «... испорченный аппетит, подорванное питание можно поправить, восстановить тщательнейшим уходом, специальной гигиеной. То же может и должно произойти с загнанным исторически на русской почве рефлексом цели. Если каждый из нас будет лелеять этот рефлекс в себе как драгоценнейшую часть своего существа, если родители и все учительство всех рангов сделают своей главной задачей укрепление и развитие этого рефлекса в опекаемой массе, если наши общественность и государственность откроют широкие возможности для практики этого рефлекса, то мы сделаемся тем, чем мы должны и можем быть, судя по многим эпизодам нашей исторической жизни и по некоторым взмахам нашей творческой силы».

Уже П. Ольхин (середина XIX в.) причину СП находил в «неправильном воспитании»: ведь «в мире нет совершенно безнадежного положения для человека, также нет совершенно лишних людей». В.М. Бехтерев подчеркивает роль социальной среды (семья и школа), воспитания в человеке будущего нравственных и общественных идеалов, развития оптимистического начала. Важна борьба с алкоголизмом; целесообразна поддержка благотворительности и попечительства.

Э. Дюркгейм допускал, что активная общественная жизнь и семья защитят от самоубийств: число женщин, покончивших с собой, гораздо меньше, чем мужчин, в связи с гораздо меньшим соприкосновением с дурным или хорошим воздействием коллективной жизни

Исходя из малоубедительных статистических выкладок, у П. Сорокина идейный вывод: «Эпохи революций и общественных подъёмов дают меньше всего самоубийств ... Появляются партии, общественные течения, встают общие цели ... Коллективные чувства оживают, оживает вера, оживают общие интересы и цели; маленькие личные интересы и неудачи исчезают в общем массовом деле и ... личность уже не чувствует себя сиротой. При избавлении от материальной нужды уменьшится оторванность человека от человека; появятся общая цель, смысл жизни и необходимость полезной и высокой деятельности, в которой каждый найдет удовлетворение. Необходимое условие прогресса, создания правды, истины и красоты – жизнь. Она поправима, смерть – нет. Силы общества, науки и человека должны быть положены на борьбу за жизнь. Если жизнь потеряла ценность, нужно жить для семьи. Она – убежище от все более невыносимо-

го общества». П. Сорокин в главе о потенциале противодействия самоубийствам на первое место ставит: ...коли не вернуться в сонно-бесконфликтное вчера, любовь – вслед модернисту Христу и консерватору Достоевскому, считавшему, что нездоровая сила воли, ведущая к самоубийству, проистекает из безбожного материализма и избытка материальных благ.

К переломным 20-м гг. XX века накоплен обширный, но несистематизированный и разнородный свод данных разного уровня доказательности без единого методологического подхода, теоретически мало осмысленный. Выделить универсальный причинный фактор («вирус и локус») СП не удалось.

На «классическом» этапе [28] «сюисидологии» (термин конца XIX в.) развиваются эпидемиологические, клинические, социологические подходы поиска единой «причины» СП. «Сюисидологи» вторгаются в смежные области знания с учетом особенностей законодательства, религиозных воззрений, культурно-исторического фона, закладывая основу методологии теории и практики междисциплинарной и межведомственной сферы общественного здравоохранения. Многостороннему изучению СП, однако, уделил внимание и Гёте («Поэзия и правда: из моей жизни»), показавший себя на страницах «Вертера», художественном опыте психологической аутопсии, недюжинным клиницистом и даже патологоанатомом: «Ведь неестественно же, что человек отрывается от самого себя и не только повреждает, но уничтожает себя; отвращение к жизни имеет физиологические и моральные свои причины: первые должны быть изучены врачом, последние моралистом». Исходя из возможной «полиэтиологичности» СП плодотворно комплексное изучение СП.

В.М. Бехтерев предлагал при изучении причин СП сочетать взаимодополняющие подходы (статистический, клинический, судебно-медицинский, патологоанатомический). Полагая суицидологию междисциплинарной наукой и анализируя медико-психологические, социально-психологические, психопатологические факторы риска СП, предложена «био-психосоциальная» модель человека и его недугов.

На гражданской войне музы и статистика СП молчат, особо при массовом узаконенном насилии. Снижение УС в 1915-1917 гг. – «предсказано» Э. Дюркгеймом: социальное сплочение при внешней угрозе нации играет антисуицидальную роль.

В 20-е гг. XX века в обеих столицах СП изучают междисциплинарные (в современном

понимании) комиссии, объединившие психиатров и психологов, юристов, статистиков, студентов-добровольцев. Исследования с крепким социологизмом обращены к социально-психологическим аспектам СП: жизненным обстоятельствам и личности суицидентов.

В эпидемиологических сводках Отдела моральной статистики Центрального статистического управления (заслуга юриста - криминолога М.Н. Гернета) приведены социально-демографические характеристики жертв, мотивы, способы СП среди иных проявлений девиантного поведения в уездах и губерниях (Н.П. Бруханский, М.Н. Гернет, О.И. Корчагинский, Я.Л. Лейбович).

Любые социальные катаклизмы влекут пики УС, но СССР среди стран с невысоким УС: в 1925-26 гг. менее 10, как в Англии и Уэльсе, Италии, вдвое ниже, чем в Бельгии, Германии, Франции. Доля женских самоубийств ~ 1/3 1923-1926 гг. как в Англии и Уэльсе, Дании, Италии и Нидерландах. УС в новой и отставной столицах опережал в 2-4 раза усредненный в стране. Высок УС молодежи (18-29 лет), особенно горожан (в 6-8 раз выше). Среди способов суицида первое место (1/2) у самоповешения, далее самострелы (около 25%), отравления (около 15%). Городские женщины «предпочитали» отравления (первое место), а мужчины и сельские жительницы – повешение.

Один из первых эпидемиологов СП М.А. Феноменов выделил теплое время года, будние дни и утренние часы как пиковые для СП. В советское время показан весенне-летний пик самоубийств (около 60%), максимум в июне, минимум в январе; в городах наиболее «суицидогенны» понедельник и среда, самый благополучный день – воскресенье, в сельской местности максимум самоубийств в воскресенье и понедельник (похмельный синдром?). Число самоубийств минимально ранним утром (4-9 ч), с максимумом в 10-15 ч. Календарь самоубийств» («космические факторы» Дюркгейма) не подтвержден затем на популяционных выборах.

Среди мотивов граждан «старорежимные» (вечные?) разочарование, недовольство жизнью, горе и обиды, обычно связанные с личносемейными конфликтами.

По юристу А.Ф. Кони (1923), «удрученное перед смертью настроение ошибочно считать душевной болезнью ... социальные и политические потрясения могут вызвать такое именно удрученное настроение в том, кто не может и не умеет, подобно животному, и притом низшей породы, относиться ко всему его окружа-

ющему безразлично и впасть в то, что Герцен назвал «тупосердием»».

Редкие сообщения СМИ о суицидах как нетипичных для нового общества фактах («если кое-кто порой с нами жить не хочет») указывали человеческую слабость «попутчиков». СП – последнее убежище маленького человека, потерявшегося в новом лучезарном мире («Самоубийца» Н. Эрдмана). Надежда Мандельштам писала, что в те годы самоубийца приравнивался к дезертиру. Допустить, чтобы в прекрасной армии строителей социализма бывали случаи дезертирства, невозможно.

В начале 30-х гг. свернуты междисциплинарные исследования. Поругание и забвение постигло социально-психологическое изучение СП, выплеснутое заодно с «вульгарным социологизмом». Искоренение классовых противоречий не противоречило медицинской основе СП как пока ещё не побежденного психического недуга в стране рабочих и крестьян. Изучение СП ограничено прокрустовым ложем медико-биологического подхода и стало интересом психиатров (единичные публикации). После возможной медицинской помощи выживших добровольно-принудительно направляли в безальтернативные психиатрические больницы и «ставили на учет» ПНД, игнорировалась сложность природы суицидального поступка, ограничивались прогностические возможности и профилактические меры.

По закрытию Отдела (сектор социальных аномалий), стала излишней (с 1927 г.) и открытая статистика суицидов СССР.

Становление новой-старой темы (70-80-е гг. XX века). При «третьем пришествии» (1965 г.) статистики СП, УС в СССР соответствовал среднеевропейским показателям. В Большой Советской Энциклопедии (70-е гг. XX века) не найти и термина «самоубийство» (проблема отменена). Меж тем профессор Московского НИИ психиатрии А.Г. Амбрумова (далее – АА), организатор и бессменный руководитель Федерального Центра суицидологии Московского НИИ психиатрии, поначалу организовала проблемную группу единомышленников. Открытие почти полвека назад Всесоюзного (Федерального) научно-методического центра суицидологии в Московском НИИ психиатрии активизировало планирование и выполнение целевых исследований, обусловленных нуждами реальной практики. На базе отделения суицидологии создан Федеральный научно-методический центр (1978-1995 гг.). АА – председатель Всесоюзной про-

блемной комиссии по суицидологии в 80-е гг. XX века [здесь и далее – цит. по 29].

За 10 лет (1979-1989 гг.) вышли шесть сборников трудов АА и её сотрудников, охватывающих широкий ряд научно-практических (организационных) проблем суицидологии.

Критикуя принцип биологического редукционизма, АА не отвергает «постулат непосредственности» – зависимости СП от психопатологических симптомов. Клинико - психологическая концепция СП АА – синтез творческого осмысления международного, отечественного (полузабытого) опыта и оригинальных результатов целенаправленных широких исследований 1971-1999 гг. АА учитывает взаимодействие факторов риска психопатологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового уровней; модель применима для понимания СП при психозах, пограничных расстройствах и «практически здоровых».

АА определяет самоубийство как намеренное (осознанное) лишение себя жизни, но указана связь с социально-психологической дезадаптацией личности на фоне «неразрешимого» (с позиции суицидента) обычно микро-социального конфликта. Опущено замечание Э. Дюркгейма (1912) о непосредственном или опосредованном результате положительного или отрицательного поступка жертвы, что расширяет спектр СП. АА не обсуждает возможность самоубийств животных и не исключает психотических (умственно отсталых, дементных?) больных (как в дефиниции ВОЗ, 1986) из способных на «истинное» СП, хотя последние не подпадают формально под критерий «осознанности» действий. Однако намерение умереть различно, что отражено условиями и способами СП.

«Сердцевину» концепции АА (суицидогенеза) представляет суицидоопасный психологический кризис Carlan (1974), эмоционального дисбаланса вследствие фрустрации значимых для личности потребностей арсеналом жизненного опыта Farberow (1980). Детализирован континуум СП с привязкой к диагностике риска и динамического контроля СП и дифференцированной антикризисной помощи. Антисоциальное и СП полагается АА ипостасями отклоняющегося поведения с общими и особыми чертами этиологии, согласно современному подходу. Делинквенты и девианты обнаруживают склонность к аутоагрессивным действиям. В ходе комплексных исследований расширены контакты с криминологами Академии МВД, социологами, демографами, философами, социальными психологами и педагогами.

Научно-доказательное обоснование программы предупреждения СП.

Эпидемиология. Накопление и анализ информации о причинах, характере и масштабах СП стали обязанностями суицидологической службы. Эпидемиологические исследования и психологическая аутопсия показали, что большинство суицидентов не наблюдалось психиатрами.

УС в стране за годы открытой статистики рос, составив в 1985 г. более 20 («критический»: угрожающий нации, по критериям ВОЗ), как в Бельгии, Швейцарии, Франции при высочайших (более 40) в Венгрии и ФРГ. Детальная официальная статистика самоубийств с разбивкой по полу, возрасту, горожан и селян доступна с 1989 г., спустя 60 лет после публикаций Отдела моральной статистики, стараниями АА. С распадом страны УС в 1994 / 95 гг. достиг «антирекорда» более 40 (2-е место рейтинга ВОЗ после Литвы), в ряде регионов (Волго-Вятский, Западно-Сибирский, Восточно-Сибирский, Дальневосточный, Уральский) 65-81, в Коми, Удмуртии: 150-180. Доля жертв самоубийств среди умерших в 1990-94 гг. около 2,5% (150 лет назад менее 0,1%). «Лихие» конец 80-х – начало 90-х гг. названы АА «годами мобилизации»; «синдром выживания»: надежда на улучшение жизни стала антисуицидальным фактором при сломе социально-экономической формации с новыми правилами игры. На смену пришла демобилизация с новым пиком суицидальной смертности.

Отдел суицидологии МНИИП провёл уникальный динамический анализ суицидальных попыток в Москве (увы, без продолжения). С помощью разработанных и утвержденных МЗ «Экстренных извещений», заполняемых сотрудниками скорой и неотложной помощи, показано, что суммарный уровень суицидальных попыток, уровни попыток мужчин и женщин в 1998 г. составил 40, 35 и 44 соответственно и снижен по сравнению с 1978 г. в 1,6; 2,4 и 1,3 раза при сходном УС: 20 и 22 соответственно. Снижение уровней попыток самоубийств (большей частью мужчин) более, чем УС. Артефактом отбора (попытки, требующие медицинской помощи), объяснено различие в 1,5 раза уровней суицидов и суицидальных попыток («общепринятое» соотношение 1:10). В 2008 г. (ещё через 10 лет) уровень суицидальных попыток в одном из московских округов, по данным суицидологического кабинета ПНД, 10,7 при УС 5,5. Соотношение мужчины: женщины 1:1, как в 1978 г. В 20-45 лет: 2/3 суицидентов. Доля зарегистрированных ПНД

суицидентов 1/3 (20% – больны шизофренией), превышает фактическую, исходя из источника информации. Показана в очередной раз клиническая группа-мишень службы – СП в рамках кризисных состояний (психосоциальной дезадаптации), которых АА именovala «практически здоровыми» (очевидно, вне кризиса). К. Ясперс, оппонент сторонников психопатологического подхода, иронизировал: «Больной человек идет к врачу, здоровый – кончает самоубийством». При альтернативе помощи – скажем: «... идёт за суицидологической (антикризисной) помощью».

Социальные факторы СП рассмотрены АА на макро- и на микроуровнях. Проблемы «периода застоя» напоминают современные «кризисные». В начале 70-х гг. XX века, в сердцевине «застоя», АА так характеризовала социальную ситуацию в России: резко различающиеся социо-экологические особенности регионов (намечен подход к невыполненной и доныне многоуровневой оценке СП на региональном уровне. *Прим. соавт.*); интенсивная миграция и алкоголизация населения; различия сельского и городского населения по образу жизни; изменение традиционных устоев и обычаев; усиление статусных различий; разрушение семьи; конфликт поколений; ослабление морально-этических норм; дегуманизация основных понятий; снижение ценности человеческого существования. Опасны, предостерегала АА, и представления вульгарного социологизма, связывающие самоубийство исключительно с уровнем материального обеспечения населения: АА пишет о «демократичности» феномена суицидального поведения, имея в виду, что он знаком хижинам и дворцам, но современные исследования указывают на бедность и / или социальную депривацию как фактор риска СП.

Неблагополучную суицидологическую ситуацию АА объясняла «реактивными состояниями, неврозами, расстройствами детского и подросткового возраста, в возникновении и развитии которых важную роль играют социально-экономические факторы».

Социально-экономическое бремя суицидальной смертности не объективизировано АА, но отмечены тяжкие последствия гибели суицидента для его семьи (о третичной профилактике речь не шла) и для общества в целом. «Это и дурной пример для детей и других членов семьи, это и вдовство, сиротство, одинокая старость для матерей и отцов, а в случае суицидальных попыток – разрушение здоровья суицидента, часто инвалидизация и, кроме то-

го, необходимость медицинского вмешательства персонала машин скорой помощи, реаниматологов, специалистов общей терапии и хирургии».

Актуальная научно-практическая задача суицидологии, считала АА, – выявление и типологизация возрастных, профессиональных и клинических *популяций высокого риска*, выделение их характеристик и особых суицидогенных факторов, выявление лиц с высоким риском суицида, после чего неотложно следует помочь им. Группы-мишени неоднородны, как разнообразно СП.

Отечественная психиатрия (к 70-80-е гг. XX века) вышла за рамки матричной модели стационарной и внебольничной помощи с участковым, территориальным принципом обслуживания населения, сложившимся за полвека. Суицидологическая служба как внедиспансерный раздел психиатрической помощи указала расширение сфер интересов и ответственности психиатров за счёт кризисных расстройств и большем проникновении психиатрии в общество.

АА подчеркивает многофакторную почву СП, его мотивы и цели, затуманивающие «типовой» портрет жертвы. СП представлено результирующим средовых, личностных и психопатологических (не обязательных) факторов, то есть, по АА, феноменом биосоциальном. Такому пониманию природы СП предшествовал длительный этап накопления и анализа данных медицины, психологии, социологии, но лишь на исходе XX века комплексный подход стал методологическим подходом отечественной суицидологии как междисциплинарной научной дисциплины (АА назвала её наукой, торопясь чувствовать и жить).

АА изучение и предупреждение СП рассматривала нравственным долгом ученых, ибо речь идёт не только об отдельных людях, а о духовном здоровье общества.

При совместном деятельном участии медиков и других специалистов можно приблизиться к решению вопроса об «искоренении этой формы социальных отклонений». Комплексный подход – ведущий методологический принцип суицидологии [30] с опорой на социокультуральные, психологические, психоаналитические, социологические основания. Суицидология сегодня – область знаний (причисление к науке требует основополагающей теории), на стыке медицинских и социальных дисциплин (психиатрия, психология, юриспруденция, социология). Так, философию и юриспруденцию неизменно интересуется свобода во-

ли, сознание (суицидента), этические проблемы как право распоряжаться собственной и чужой жизнью (жизнью пациента – при эвтаназии), медицина и социология ищут причины СП: избранные самоубийства «замечательных людей» и добровольный уход «простого» человека, создание антропологической модели в эпоху биотехнологической революции.

От теоретических построений к комплексной программе профилактики СП (70-90 гг. XX в.). В середине XX века рост УС стал вызовом для общественного здравоохранения многих стран с различными общественно-политическим строем, экономическим развитием. Разработка, обсуждение и рекомендации программ медико-социально-психологической профилактической помощи нового типа стала целью созданной в 1960 г. Международной ассоциации по предупреждению самоубийств, к коей присоединились советские ученые. Сегодня в экономически развитых странах тысячи разнородных программ профилактики суицидов, но эффективных – на два порядка меньше. Службы ориентированы на потенциально или актуально суицидоопасных лиц. Принципами служб стали анонимность и расположение вне психиатрических учреждений; объединение структурных подразделений в систему преемственной помощи, координированной центром.

Программа предупреждения СП обоснована многолетними систематическими комплексными исследованиями о школы АА. 1. Прослежены, описаны типы суицидогенных конфликтов, сохраняющие значимость. 2. Определены и уточнены критерии социализации человека, исходя из набора социальных навыков или усвоения адаптивных гуманистических принципов. 3. Указаны суицидоопасные особенности личности как ригидность эмоций, перемещение личностных ценностей в системе, наличие «актуальной» системы ценностей, неконформность мышления; особенности воспитания как гиперопека, искажающая модус принятия решения. 4. Разработана типология непатологических личностных реакций на стресс. 5. Научно обоснованы принципы дифференцированной комплексной кризисной терапии.

В соответствии с типологией суицида АА созданы специализированные медико - психологические учреждения открытого типа *вне* психиатрических больниц и ориентированные на различные диагностические группы: психически больных, пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами и

наркологическими заболеваниями, «практически здоровых» в психологическом кризисе. Образцовая модель суицидологической службы включила взаимосвязанные типовые структурно-функциональные звенья, отражающие концептуально обоснованные последовательные этапы лечебно-профилактической помощи.

Преимущества детища АА, системы специализированных лечебно-профилактических мероприятий больным с суицидальным (аутоагрессивным) поведением, от зарубежных прототипов в введении структурно - функциональных единиц нового типа в традиционную систему государственного здравоохранения с сочетанием привычного принципа бесплатности, преемственности, взаимосвязи структурно-функциональных звеньев и новыми (анонимность); профессиональном составе сотрудников.

Практическое воплощение суицидологической службы. Модель апробирована в Москве в 1978 г. Служба столичного Тимирязевского района (прообраз региональной программы) включила первый кабинет социально - психологической помощи (КСПП) при ПНД №5 Тимирязевского района г. Москвы. Затем КСПП были развернуты при ряде поликлиник, ВУЗах, производствах, для детей и подростков, пожилых, в приемнике для несовершеннолетних правонарушителей. Долечивание и динамическое наблюдение входило в обязанности КСПП, что обеспечивало оптимальный профилактический эффект. На пике развития программы 23 КСПП в Москве выявляли и курировали лиц из клинических, профессиональных, возрастных групп риска суицидального поведения, оказывали не только медико-социальную, но и юридическую (привлекался консультант) помощь в зоне обслуживания. КСПП принимал пациентов по направлениям ТД, врачей поликлиник, диспансеров, больниц СП. В связи с тяжестью психического состояния пациента лечение осуществлялось в КСПП, либо он направлялся в ПБ (специализированные койки), КС при городской больнице № 20. Увы, к 1994 г. работали 17 столичных КСПП и не в полном объеме (недостаток финансирования, текучесть кадров). Однако после апробации столичного прототипа в 80-90-х гг. развиваются региональные суицидологические службы как филиалы Центра. В РСФСР: Горьком (ТД, КСПП), Иваново (ТД), Калуге, Кемерово (ТД), Ленинграде (ТД, КСПП и КС на базе ГПБ № 7 им. И.П. Павлова с 1989 г.), Липецке, Магадане (ТД), Мурманске (КСПП), Новосибирске (ТД), Омске (с 1991 г.), Оренбурге (ТД); Перми (СПП «Доверие»); Ростове-

на-Дону (ТД, КСПП), Саратове (ТД), Свердловске (суицидологический центр), Сочи (КСПП), Томске, Челябинске (ТД, КСПП), Башкирской АССР: Уфе (КСПП), Татарской АССР: Казани (ТД, КСПП), Набережных Челнах (ТД); Удмуртской АССР: Ижевск (ТД). Построение служб в полном объеме, по примеру московских, было затруднено местными экономическими и организационными условиями. В 1994 г. в полном объеме комплексная организационная структура суицидологической службы, включающая ТД, КСПП в поликлиниках и кабинеты суицидологов в ПНД, в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и психиатрические отделения только в Москве.

Примерами эффективной ресурсосберегающей программы по первичной профилактике суицидов и депрессий служит не только классическая Готландская учебная программа (Швеция) для врачей общей практики, но и многолетние усилия Московского НИИ психиатрии (модули выявления депрессии в первичном медицинском звене) и тиражируемая программа профессора Н.А. Корнетова (Томск) [31].

Научными направлениями отдела суицидологии в 1996-2010 гг. (руководитель профессор В.Ф. Войцех) стали определение риска и профилактика повторных суицидальных попыток; многофакторный анализ состояний дезадаптации, ведущей к суицидальному поведению; ранняя диагностика и профилактика таких состояний [32]. Продолжена научно-методическая поддержка организации региональных суицидологических служб.

Тренд снижения УС на федеральном уровне, согласно общемировому, не может дезориентировать специалистов и общественность особо на фоне очередного витка социально-экономического кризиса. Разрушение социально-личностных ценностей, усугубление социального неравенства в России XX-XXI вв. отражено в смысле brutальных «мизантропических» и «суггестивных» типов суицида [33]. Первому свойственно озлобление к обществу, проекция на него вины за личные потери, утрату статусных ролей, невозможность самореализации со стремлением отомстить окружающим (случайным лицам), как обезличенным «врагам». Реализация убийства-самоубийства, как «мизантропического» акта, при антисоциальной динамике личности суицидента, в итоге затяжного внутриличностного кризиса, под влиянием антисоциальных групп. Зависимость от группы и взаимосуггестия – смысл антиви-

тальной позиции расширенного (группового) «суггестивного» суицида, связанного с нигилистическим влиянием маргинальных групп или тоталитарных сект. Группа риска самоубийства «по договору» – подростки, обделённые теплом и пониманием семьи, отвергаемые сверстниками, «социальные сироты», неустойчивую антивитаальную позицию, нередко декларируют для завоевания признания. При давлении референтной группы («слабо сделать, пустозвон») переход суицидальных мыслей в намерение, к реализации, не позволяет отказаться от опасной «игры».

УС и иных форм девиантного поведения (как убийства) отражают социальное и душевное благополучие населения страны (региона) и (более на региональном уровне) доступность общемедицинской и специализированной помощи. Сумму уровней убийств и самоубийств (пересекающиеся частично феномены) служит интегральным индикатором социальной патологии. Показательны тренд УС в России XX-XXI вв, зависимость от социальных, экономических, политических переменных, прослежен в сравнении с динамикой самоубийств в некоторых странах бывшего «социалистического лагеря» и бывших республик СССР.

На современном этапе дифференциации и интеграции естественно-научного и гуманитарного знания отечественные, зачастую многоцентровые, исследования многочисленны, большинство – в рамках эпидемиологического и клинко-эпидемиологического анализов с опорой на социо-демографические, профессиональные и клинические популяционные выборки (этно-культуральные группы, дети, подростки, студенты, сотрудники МВД, медики, онкобольные, зарегистрированные психически больные, пациенты суицидологических служб), позволяющие выделение группмишенной высокого риска СП, раннюю диагностику (разработка и валидизация скрининговых шкал), уточнение суицидогенеза, факторов риска, а также направлены на разработку новых подходов лечения и профилактики с оценкой их результативности. Развиваются клинко-экономические (бремя СП) и экологические исследования (сопоставление потребления антидепрессантов и УС на региональном и федеральном уровнях). Внимание уделено изучению возможному суицидогенному и антисуицидальному эффектам СМИ (особо электронных) с контент-анализом сообщений по данной теме и выработкой рекомендаций для СМИ, третичной профилактике СП (с семьями жертв

СП) с применением качественного анализа (самоописаний).

Перспективны социокультурный [34] и антропологический подходы для объяснения различий СП на местном уровне (в национальных образованиях) и выработки целевых профилактических программ.

Отечественная традиция относит СП к девиантному поведению [35], но необходимо учитывать социальную сконструированность культурных норм, поскольку решающее значение в отклонении принадлежит отношению к нему. Социокультурный анализ СП включает изучение аттитудов к самоубийству, подражания, мотиваций суицида, литературных стереотипов, мифов и домыслов. Культурные образцы имеют разрешающее и провоцирующее действие, укрепляя человека в кризисе в решении о суициде.

Систематический анализ теоретических и клинических исследований позволил разработать проф. Б.С. Положему концептуальную модель СП [36], развивающую гипотезу «Диатез-стресс». Модель включает этиопатогенетический и клинко-динамический блоки. Первый характеризует механизмы возникновения СП, второй – развитие процесса (континуума) СП. В обширной и разнородной группе факторов суицидального диатеза выделены детерминанты I, II и III ранга. Детерминанты I ранга – биологические (генетические, биохимические), клинические (психические расстройства, прежде всего, депрессивные) и личностно-психологические (обычно сочетание изначальных импульсивности, эмоциональной неустойчивости, низкой стрессоустойчивости и когнитивного дефицита) – необходимые условия возникновения СП. Детерминанты II ранга (как социальное одиночество, злоупотребление ПАВ, телесные болезни) и актуальный психосоциальный дистресс повышают риск СП. Детерминанты I и II ранга со стрессовым фактором определяют возможность СП и реализацию суицидальных намерений. Детерминанты III ранга (социальное неблагополучие, этнокультуральные факторы) отражают популяционную частоту суицидов. Модель улучшает понимание биопсихосоциального феномена СП, указывает первоочередные «мишени» лечебно-профилактических программ.

Перспективно изучение эпигенетических механизмов СП, выявление генетических (нейробиологических) маркеров (в частности, сцепленных с депрессиями), спектра аутоагрессивного поведения. Изучение стресса и

способов совладания с ним; философско-этических проблем самоубийства, анализ сознания, формирования представлений о смерти на различных этапах онтогенеза; когнитивной сферы суицидента.

Не «гены самоубийства», «суицидальный мозг», но определённый тип поведенческих реакций, наследуемый вкупе с социальными и индивидуально-психологическими характеристиками, могут способствовать реализации СП. Предстоит разработка и оценка шкал суицидального риска в различных субпопуляциях, совершенствование дифференцированной кризисной психотерапии и психосоциальной реабилитации; оптимизация психофармакотерапии на последовательных этапах многофакторного воздействия на терапевтические мишени СП, обучение навыкам саморегуляции (преодоления жизненных трудностей) суицидентов и их близких, организация групп самопомощи суицидентов и их близких (предтеча: «коррекционный клуб» в московском КС). Важно изучение проблем одиночества, конфликтов в интимно-личностной и сексуальной сферах как суицидогенных факторов для семейной терапии, катамнез и курация отдалённых последствий техногенных катастроф и терактов. Следует оценивать социально-экономическое бремя СП на федеральном и местном уровнях с доказательством ресурсосберегающего эффекта суицидологических служб; развивать новые формы антикризисной помощи (как антисуицидальные сайты) с оценкой их эффективности, апробировать дифференциальные лечебно-реабилитационные программы для выделенных групп риска СП.

Актуально развитие *гендерной суицидологии*, определение суицидогенного и антисуицидального влияния СМИ и искусства через анализ представления первого. Аксиологический подход к СП связан с экзистенциальным и социальным осмыслением смысла и ценности жизни и смерти, ускоряющим или тормозящим суицидогенез. Изучение общественного мнения в отношении к СП нужно для развития первичной профилактики, улучшения доступности профессиональных служб и привлечения социальных ресурсов (добровольцев, благотворителей).

С конца XIX – начала XX вв. на этапе «протосуицидологии» проблема СП как поступок отдельного человека и социальное явление стало предметом теологии, философии, психиатрии, психологии, педагогики, правове-

дения, объект нравственно-этических оценок; на «медико-статистическом» – социологии девиаций. Отечественные (и зарубежные) исследования обращены к анализу социокультурных факторов риска СП.

Однако комплексный подход не открывает сути СП, оставаясь способом регистрации и систематизации опытных причин и фактических обстоятельств. Философия суицида (как фундаментальное познание самоубийства в его сути) предшествует научной суицидологии; суицидология вообще и философская суицидология в частности, могут быть построены на гносеологических основаниях.

Суицидология утверждается как особая научная дисциплина с середины XX в. «Реновация» 60-70х гг. XX в. неизменно актуальной

темы и становление суицидологии как области научного знания на стыке медицинских и общественных дисциплин в СССР и затем в РФ стало возможным, благодаря плодотворному междисциплинарному и межведомственному научно - практическому подходу к изучению, лечению и профилактике широкого спектра аутоагрессивного поведения. Систематические многолетние (с 70-х гг. XX века) исследования СП как биопсихосоциального феномена стали научно доказательным обоснованием оригинальной концепции суицидогенеза и гибкой по структуре и функции, имеющей потенциал совершенствования и развития в новых условиях, отечественной модели суицидологической (антикризисной) помощи.

Литература:

1. Сапожников Д.И. Самоожжение в русском расколе (со второй половины XVII в. до конца XVIII в.). Исторический очерк по архивным документам. М., 1891. 126 с.
2. Сикорский И.А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (Близ Тораполя). Психологическое исследование. Киев, 1897. С. 85–86.
3. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление. Рига: Наука и жизнь, 1913.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство. Пер с франц. СПб.: Союз, 1998. 493 с.
5. Самоубийство // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. XXVIIIА Саварни-Сахаров. – С.-Петербург. Типография Акц. Общ. «Издательское Дело», Брокгауз-Ефрон. 1900. – С. 233-239.
6. Богданов С.В. Самоубийства в Санкт-Петербурге во второй половине XIX века. Масштабы, тенденции, проблемы недоучета // Суицидология. 2013. Т. 4. № 4 (13). С. 3-10.
7. Пушкарев И. Описание Санкт-Петербурга и уездных городов Санкт-Петербургской губернии. – С-Пб.: Тип. Н. Греча, 1839. – 506 с.
8. Тарновский Е.Н. Статистика самоубийства // Журнал Министерства юстиции. – 1901. – № 1 (январь). – С. 145-151.
9. Григорьев Н.И. Самоубийства в г. С.-Петербург за первую половину 1910 г. // Врачебная газета. 1901. № 36. С. 106.
10. Григорьев Н. Самоубийства и покушения на самоубийства в Петербурге в 1911 г. // Русский врач. 1913. № 6. С. 187-189.
11. Жбанков Д. К статистике самоубийств // Практикующий врач. 1912. № 34-38.
12. Лихачев А.В. Самоубийство в Западной Европе и Европейской России. Сравнительное статистическое исследование. – СПб: Тип. М.М. Стасюлевича, 1882. – 253 с.
13. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств / Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 28-43.
14. Гордон Г.И. Современные самоубийства // Русская мысль. 1912. Кн. V. – С. 74-93.
15. Розанов П.Г. О самоубийстве. М.: т-во "Печатня С.П. Яковлева", 1891. 151 с.
16. Феноменов М.Я. Причины самоубийства в русской школе. СПб., 1914.
17. Новосельский С. Статистика самоубийств. СПб., 1910.
18. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними. Труды Первого русского съезда невропатологов и психиатров. М., 1914. С. 84–117.
19. Пономарев Н.В. Самоубийство в Западной Европе и в России в связи с развитием умопомешательства. СПб, 1880.
20. Гелинг К. Опыт гражданской медицинской полиции, примененный к законам Российской империи. СПб, 1842.
21. Гумилев Л. Н. Этногенез и биосфера земли. М: Мишель и К, 1993. 503 с.

References:

1. Sapozhnikov D.I. Samosozhzhenie v russkom raskole (so vtoroj poloviny XVII v. do konca XVIII v.). Istoricheskij ocherk po arhivnym dokumentam. M., 1891. 126 s. (In Russ)
2. Sikorskij I.A. Jepidemicheskie vol'nye smerti i smertoubijstva v Ternovskih hutorah (Bliz Torapolja). Psihologicheskoe issledovanie. Kiev, 1897. S. 85–86. (In Russ)
3. Sorokin P.A. Samoubijstvo kak obshhestvennoe javlenie. Riga: Nauka i zhizn', 1913.
4. Djurkgejm Je. Samoubijstvo. Per s franc. SPb.: Sojuz, 1998. 493 s. (In Russ)
5. Samoubijstvo // Jenciklopedicheskij slovar' Brokgauza i Efrona. T. XXVIIIА Savarni-Saharov. – S.-Peterburg. Tipografija Akc. Obshh. «Izdatel'skoe Delo», Brokguaz-Efron. 1900. – S. 233-239. (In Russ)
6. Bogdanov S.V. Suicide in St. Petersburg in the second half of XIX century: the magnitude, trends and problems of the undercount // Suicidology. 2013. V. 4. № 4 (13). P. 3-10. (In Russ)
7. Pushkarev I. Opisanie Sankt-Peterburga i uezdnyh gorodov Sankt-Peterburgskoj gubernii. – S-Pb.: Tip. N. Grecha, 1839. – 506 s. (In Russ)
8. Tarnovskij E.N. Statistika samoubijstva // Zhurnal Ministerstva justicii. – 1901. – № 1 (janvar'). – S. 145-151. (In Russ)
9. Grigor'ev N.I. Samoubijstva v g. S.-Peterburg za pervuju polovinu 1910 g. // Vrachebnaja gazeta. 1901. № 36. S. 106. (In Russ)
10. Grigor'ev N. Samoubijstva i pokushenija na samoubijstva v Peterburge v 1911 g. // Russkij vrach. 1913. № 6. S. 187-189.
11. Zhbankov D. K statistike samoubijstv // Praktikujuushij vrach. 1912. № 34-38. (In Russ)
12. Lihachev A.V. Samoubijstvo v Zapadnoj Evrope i Evropejskoj Rossii. Sravnitel'noe statisticheskoe issledovanie. – SPb: Tip. M.M. Stasjulevicha, 1882. – 253 s. (In Russ)
13. Borodin S.V., Mihlin A.S. Motivy i prichiny samoubijstv / Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1978. S. 28-43. (In Russ)
14. Gordon G.I. Sovremennye samoubijstva // Russkaja mysl'. 1912. Kn. V. – S. 74-93. (In Russ)
15. Rozanov P.G. O samoubijstve. M.: t-vo "Pechatnja S.P. Jakovleva", 1891. 151 s. (In Russ)
16. Fenomenov M.Ja. Prichiny samoubijstva v russkoj shkole. SPb., 1914. (In Russ)
17. Novosel'skij S. Statistika samoubijstv. SPb., 1910. (In Russ)
18. Behterev V.M. O prichinah samoubijstva i vozmozhnoj bor'be s nimi. Trudy Pervogo russkogo s'ezda nevropatologov i psihiatrov. M., 1914. S. 84–117. (In Russ)
19. Ponomarev N.V. Samoubijstvo v Zapadnoj Evrope i v Rossii v svjazj s razvitiem umopomeshatel'stva. SPb, 1880. (In Russ)
20. Geling K. Opyt grazhdanskoj medicinskoj policii, primenennyj k zakonam Rossijskoj imperii. SPb, 1842. (In Russ)
21. Gumilev L. H. Jetnogenez i biosfera zemli. M: Mishel' i K, 1993. 503 s.

22. Острогорский А.Н. Самоубийство как психологическая проблема, 1893.
23. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: "ЭКСПО-Пресс", 2000. 480 с.
24. Прозоров Л. Самоубийства в тюрьмах и около тюрем по данным 1906 и 1907 гг. // Медицинское обозрение. 1908. № 12.
25. Жбанков Д. Современные самоубийства // Современный мир. 1910. № 3. С. 27-63.
26. Фроммет Б. Самоубийства в политической тюрьме и ссылке // Врачебная газета. 1910. № 51.
27. Сербский В.П. Преступные и честные люди // Вопросы философии и психологии. М., 1896. VII, кн. 5 (35). С. 660-678.
28. Кузнецов В.Е. Этапы развития отечественной дореволюционной суицидологии: психиатрический и междисциплинарный аспекты. М., 1987. 22 с.
29. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место проф. Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013. № 2 (19).
30. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии. Сб. научных трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. С. 7 -25.
31. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 11-12.
32. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
33. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013. Т. 4. № 2 (14). С. 3-7.
34. Положий Б.С. Клиническая суицидология. Этнокультуральные подходы. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. 207 с.
35. Гилинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 160-181.
36. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1 (18). С. 3.-7.
22. Ostrogorskiy A.N. Samoubijstvo kak psihologicheskaja problema, 1893. (In Russ)
23. Menninger K. Vojna s samim soboj. – M.: "JeKSPO-Press", 2000. 480 s. (In Russ)
24. Prozorov L. Samoubijstva v tjur'mah i okolo tjurem po dannym 1906 i 1907 gg.. // Medicinskoe obozrenie. 1908. № 12. (In Russ)
25. Zhbankov D. Sovremennye samoubijstva // Sovremennij mir. 1910. № 3. S. 27-63. (In Russ)
26. Frommet B. Samoubijstva v politicheskoj tjur'me i ssylke // Vrachebnaja gazeta. 1910. № 51. (In Russ)
27. Serbskij V.P. Prestupnye i chestnye ljudi // Voprosy filosofii i psihologii. M., 1896. VII, kn. 5 (35). S. 660-678. (In Russ)
28. Kuznecov V.E. Jetapy razvittija otechestvennoj dorevoljucionnoj suicidologii: psihiatricheskij i mezhdisciplinarnyj aspekty. M., 1987. 22 s. (In Russ)
29. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto prof. Ambrumovoj v oteche-stvennoj suicidologii [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal. 2013. № 2 (19). (In Russ)
30. Ambrumova A.G. Suicidal'noe povedenie kak ob'ekt kompleksnogo izuchenija / Kompleksnye issledovanija v suicidologii. Sb. nauchnyh trudov. – M.: Izd. Mosk. NII psihiatrii MZ SSSR, 1986. S. 7 -25. (In Russ)
31. Kornetov N.A. Multiaspect model for the prevention of suicide // Tyumen Medical Journal. 2013. № 1. P. 11-12. (In Russ)
32. Vojceh V.F. Klinicheskaja suicidologija. M.: Miklosh, 2007. 280 s. (In Russ)
33. Kudryavtsev Joseph A. Semantic typology of suicides // Suicidology. 2013. V. 4. № 2 (14). P. 3-7. (In Russ)
34. Polozhij B.S. Klinicheskaja suicidologija. Jetnokul'tural'nye podhody. – M.: RIO FGU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2006. 207 s. (In Russ)
35. Gilinskij Ja.I. Deviantologija: sociologija prestupnosti, narkotizma, prostitucii, samoubijstv i drugih «otklonenij». SPb: Juridicheskij centr Press, 2004. S. 160-181. (In Russ)
36. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // Suicidology. 2015. V. 6. № 1 (18). P. 3.-7. (In Russ)

HISTORY OF SUICIDOLOGY DEVELOPMENT IN RUSSIA

E.B. Ljubov, P.B. Zotov, V.M. Kushnarev

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Abstract:

The development stages of national suicidology are integrated into our country's twisted history. The "pre-scientific" stage is represented by interconnected religious, moral, ethical and legal approaches, penal measures being introduced since Middle Ages, particularly due to tsar Peter's reforms. After the post-reform 1860s the evolution of legal proceedings, statistical committees, local administration bodies and mass media resulted in describing suicide as a social phenomenon, worth highlighting by news items and statistical analysis. In the 19th century the "typical view of suicide" and research trends were determined by referring suicide to heredity, or/and mental illness, or/and social factors. In the late 19th-early 20th centuries "classic" statistical studies for defining high risk suicide groups emphasized the social demographic features (age, education, family, income) as well as religious beliefs of the victims. Since the late 19th-early 20th centuries, at the stage of "proto-suicidology", suicidal behavior as an individual act and social phenomenon has been tackled by theology, philosophy, psychiatry, pedagogy, jurisprudence and assessed from moral and ethical point of view, while at the medical-statistical level it has been studied by deviation sociology.

Since the second half of the 20th century suicidology has been established as a self-sufficient discipline. In the 60th-70th of the 20th century the "renovation" of the invariably urgent issue and confirmation of suicidology as a field of scientific knowledge at the intersection of medical and social sciences became feasible in the USSR and, later, RF due to a fruitful multi-disciplinary and multiagency approach to comprehensive research, treatment and prevention of auto-aggressive behavior. The systematic longevity (since the 70-s of the 20th century) of studying suicidal behavior as a biopsychosocial phenomenon allowed to create a scientifically verified corner-stone for the original suicide genesis conception by prof. A.A. Ambrumova as well as for the suicidological (anticrisis) national pattern, whose structural and functional flexibility implies potential upgrading.

Key words: suicidology, history, development stages, multidisciplinary, multiagency approach

ИГРА, ТРАНСГРЕССИЯ И СЕТЕВОЙ СУИЦИД

Н.Д. Узлов, М.Н. Семёнова

АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования», г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет»
Березниковский филиал, г. Березники, Россия

Контактная информация:

Узлов Николай Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: преподаватель дистанционной формы обучения, АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования». Адрес: 117556, г. Москва, Варшавское ш., 79, к. 2. Телефон: (495) 150-17-11, электронный адрес: knots51@mail.ru

Семёнова Марина Николаевна – кандидат психологических наук. Место работы и должность: доцент кафедры общенаучных дисциплин, ФГБОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет» Березниковский филиал. Адрес: 618404, Пермский край, г. Березники, ул. Тельмана, 7. Телефон: (3424) 26-80-39, электронный адрес: semenova_rus@mail.ru

В статье предпринята попытка объяснить причины подростковой суицидальной активности в социальных сетях в Интернете. В качестве единицы анализа рассмотрен феномен игры как трансгрессивной практики. Раскрыта роль трансгрессии в виртуализации сознания подростка. Проведён критический анализ отдельных публикаций, посвящённых группам смерти в социальных сетях. С использованием категории трансгрессии раскрыты некоторые психологические особенности администраторов сайтов суицидальных игр, поведения самих игроков и подстрекателей самоубийств. Представлены две распространённые точки зрения по вопросу решения проблемы сетевых суицидальных сообществ – радикальная и умеренная. В качестве эффективной меры профилактики распространения сетевых суицидов рассматривается усиление контроля со стороны государства, включая ограничительные меры и ужесточение законодательства. Альтернативой деструктивной активности в Сети может быть создание антисуицидальных сайтов с контр-трансгрессивной направленностью, ориентированных на здравомыслие, жизнелюбие, терминальные ценности, формирование духовности, а также потенциальная возможность создания принципиально нового класса антисуицидальных игр, интересных молодежи.

Ключевые слова: игра, трансгрессия, суицид, группы смерти, подростки, виртуальная реальность, социальные сети, профилактика суицидов

Игра представляет собой особый культурно-исторический феномен, который сопровождает человеческое общество на всём пути его становления и развития, является важной частью жизни, как отдельного индивида, так и всего человечества. Игра является объектом исследования и предметного воплощения многих областей знания: философии, психологии, педагогики, социологии, антропологии, этологии, лингвистики, менеджмента, математики, программирования, психотерапии, масс-медиа и др. Немецкий философ Э. Финк писал, что игра охватывает всю человеческую жизнь до самого основания, овладевает ею и существенным образом определяет бытийный склад человека, а также способ понимания бытия человеком. «Игра объёмлет всё. Она вершится человеческим действием, окрылённым фантазией, в чудесном промежуточном пространстве между действительностью и возможностью, реальностью и воображаемой видимостью, и представляет на učinённой ею иде-

альной сцене в себе самой все другие феномены бытия, да вдобавок самой себя» [1]. Имеются, как минимум, четыре сферы бытия человека, в которых проявляет себя игра: 1) как вид деятельности (например, детская игра); 2) как средство оптимизации общения (обмен идеями, чувствами и переживаниями); 3) как средство манипуляции (например, берновские игры в транзактном анализе); 4) как текст (например, как спортивное зрелище, карнавал) [2]. Говоря о современном уровне развития цивилизации, связанным с внедрением компьютерных и интернет-технологий, следует отметить, что игра стала одной из наиболее распространенных форм включённости в виртуальную реальность, представленная во всем её многообразии в бесконечном пространстве Сети. Бурное развитие компьютерных игр привело к игрофикации (геймеризации) – «использованию игрового мышления и динамики игр для вовлечения аудитории и решения задач» [3]; применению подходов, характерных для игр, в неигровых

процессах с целью привлечения пользователей и потребителей, использование продуктов, услуг посредством электронной коммуникации [4-7 и др.]. Игрофикация открыла эпоху социальных игр в Интернете через социальные сети. На сегодняшний день происходит бум онлайн игр. Огромное число геймеров по всему миру тратят тысячи часов на «прокачивание» своего персонажа, аккаунта, транжируют уйму денег на покупку дополнительных вещей, статусов и прочей атрибутики внутри игры. К 2015 году геймификации подверглось около 50% инновационных и более 25% всех бизнес-проектов. Считается, что абсолютно в любой бизнес можно внедрить игровые процессы и структуру игр, которые существенно будут вовлекать в бизнес клиентов, создавая имитацию игры – рейтинги, статусы и пр. При этом процесс геймеризации происходит столь стремительно, что в попытке осмысления феномена компьютерных онлайн и оффлайн игр в Европе и США возникла целая академическая дисциплина «game studies» (аналог в России «филология видеоигр») [8].

Й. Хейзинга [9] одним из первых провёл глубокий философский анализ феномена игры. Он даёт следующее определение игре: «свободная деятельность, которая совершается внутри намеренно ограниченного пространства и времени, протекает упорядоченно, по определённым правилам и вызывает к жизни общественные группировки, предпочитающие окружать себя тайной, либо подчеркивающие своё отличие от прочего мира всевозможной маскировкой». К определяющим характеристикам игры он относит: наличие во всякой игре определённого смысла, заключённого в ней самой; игра – это свободная деятельность; это развлечение, веселье, забава (англ. fun); тотальность и повторяемость; всегда – некое излишество (человек может жить без игры); таинственность, обеспечивающая игре некую исключительность и обособленность; «невзправданность» и «понарошку», отсутствие серьёзности. Наряду с формальными характеристиками игры (бесспорность и обязательность правил, установление порядка и т.п.), она создаёт определённое напряжение, обладает группировочной силой, «поддерживает мировой порядок через представление», является выходом из обыденной жизни и др. Игра разворачивается по ту сторону профанного мира, так как она по сути своей не преследует никаких полезных целей. Игра остаётся игрой независимо от победы или проигрыша, поскольку дух игры

– это соблазн, это праздник, расточительство и отказ от обыденности.

Другой видный французский философ Роже Кайуа выделял следующие классы игр: 1) соревновательные игры, в которых успех достигается собственными усилиями (agon), их девиз: «боремся до конца», как, например, в спортивных состязаниях; 2) игры, связанные с удачей и полаганием на волю случая (alea) – всегда предполагают определённый риск и азарт, например, карточная игра, рулетка и т.п.; 3) игры-симуляции, построенные на воображении и имитации, на принятии чужой личности, маски (mimicry): подражаем чему-либо (актёрская игра, балет, психодрама и др.); 4) головокружительные игры, направленные на получение удовольствия от нарушения стабильности своего состояния (ilinx), их посыл: создаём опасную для себя ситуацию и преодолеваем стресс [10]. Общими свойствами игр, по его мнению, являются добровольность, обособленность, непредсказуемость и непроизводительность. Среди выделенных им видов игр особое место занимают головокружительные игры. Это тип игр, связанный с интенсивным, форсированным изменением состояния сознания. Страх и транс здесь соединяются в головокружительную смесь, лежащую в основе всякого удовольствия. С.М. Каштанова даёт следующее описание данного типа игры: «Головокружительная игра – игра в высшей степени трансгрессивная, единственный её смысл сводится к подчинению разрушительным влечениям, стремлению к гибели. В головокружении притупляется, иногда даже отключается инстинкт самосохранения, человек впадает в состояние сладостной паники, оторванности от реальности. За подобной практикой следует общее ощущение неустойчивости, потери стабильности, нарушение восприятия, которые в целом на краткий миг отменяют существующую действительность... Головокружительные игры направлены на достижение подобного состояния путём различных физических воздействий, среди которых можно упомянуть падение, вращение, скоростную езду и прочее...» [11].

Ключевой характеристикой любой игры является её трансгрессивность. *Трансгрессия* (от лат. transgressio – переход, передвижение) – одно из основных понятий философии постмодернизма, определяющей трансформацию индивидуального и массового сознания людей, начиная с конца 60-х годов прошлого века. Трансгрессия – это феномен, фиксирующий «переход непроходимой границы между воз-

возможным и невозможным», «выход за пределы», «преодоление непреодолимого барьера» [12]. Согласно М. Фуко, трансгрессия – акт эксцесса, излишества, злоупотребления, преодолевающий предел возможного, преступающий через него и открывающий тем самым сексуальность и «смерть Бога» в едином опыте [12]. Будучи обозначенным термином представителями французской философской мысли в середине XX века, трансгрессия стала вполне очерченным и очевидным явлением в XXI столетии. Мы становимся живыми свидетелями того, как социальные субъекты позволяют себе перешагивать через границы, непреложные для многих обычных людей, нарушать общепринятый ход событий, устоявшиеся нормы поведения, морали и т.п. Общество всё чаще выходит из-под структурных ограничений. Философы констатируют: «в повседневности прижился постмодернистский феномен трансгрессии» [13].

Выделяют организованные и индивидуальные трансгрессивные практики. К первым относятся праздник, жертвоприношение, пиршество, игра, война. Они предполагают коллективный выход за границы профанного, обыденного миропорядка, способствуют социализации, снимают напряженное чувство вины, позволяют всем членам группы приобщиться к трансгрессивному опыту. К индивидуальным проявлениям трансгрессии относятся эротизм, смех, трансгрессивный язык, убийство. На этом уровне человек может противопоставлять себя целому обществу. Трансгрессивный подход используется также при объяснении феноменов безумия, власти, анархии и революций [11].

В классическую эпоху трансгрессия имела смысл, связанный с преступлением, нарушением табу, моральных норм и религиозных запретов. Постмодернизм изменил первичный смысл трансгрессии, ликвидировав сакральный её компонент, освободил её от идеи линейной детерминированности, внешней причинности, провозгласив вместо него постулат множественности истины, многовариантности, непредсказуемости. Последствия этой трансгрессивной трансформации мы наиболее отчетливо наблюдаем в современной сексуальной культуре, освобожденной от каких-либо условностей, проявлениях сексуального плюрализма, гендерного многообразия, легализации однополых браков и т.п. [14, 15].

Трансгрессия всё больше захватывает и другие значимые сферы человеческой жизни, в которых ранее достаточно четко были обозна-

чены какие-либо границы допустимого – традиционных устоев религии, семьи, образования, медицины, науки, национальной принадлежности и др. Фундаментальные для общества сферы приобрели трансгрессивный характер, в первую очередь это коснулось процессов глобализации экономики, смены ценностных ориентаций с коллективистских на индивидуальные, виртуализации жизненного пространства [11, 13, 16, 17 и др.]. Современные исследователи всё более склонны говорить о «трансгрессирующем обществе».

Категория *смерти* в постмодернистском дискурсе также занимает значительное место. Наиболее отчетливо этот подход разработан в концепции Ж. Батая, для которого смерти отводится место, традиционно занимаемое жизнью. Смерть – сокровенное, влекущее и пугающее: «смерть разверзается в непостижимую, непознаваемую непрерывность, где заключена тайна». Через смерть, разрушение объект переносится в сакральный мир имманентности [18]. Традиционный механизм миропорядка исключает смерть из социальной жизни, поскольку она несёт в себе угрозу для её эффективности. С другой стороны, человек устроен так, что, осознавая конечность своего существования, стремится к поискам способов испытания себя в «бытии-к-смерти» [19], к противостоянию, вызовам и даже игре со смертью, с собственной обреченностью. Представляется, что именно в рамках трансгрессии становится достижим этот опыт, что практически невозможно с точки зрения социально допустимых практик для обыкновенного человека, обывателя.

Трансгрессия, по утверждениям постмодернистов, есть необходимое условие для самореализации. «Если у человека есть мужество, необходимое для нарушения границ, – писал Ж. Батай, – можно считать, что он состоялся» <...> «Именно нарушая границы, необходимые для его сохранения, индивид утверждает свою сущность» [20]. Примерами этому может служить современная молодежная «адреналиновая культура» с её головокружительными играми (опасные виды спорта и увлечения, экстремальные селфи, зацепинг, уличные игры «Беги или умри» и др.).

Современные философы указывают на много общих свойств между игрой и трансгрессией. Общие свойства игр, выделенных Й. Хейзингой и Р. Кайуа, роднят их с трансгрессией. Как указывает С.М. Каштанова, эти же свойства в целом справедливы и для определения трансгрессии: «феномен игры ключевым образом связан с трансгрессией, игра и транс-

грессия взаимоопределяемы. Игра оказывается трансгрессивным отрицанием обыденной реальности, в то время как трансгрессия разыгрывается на границе между дозволенным и запретным согласно определённым правилам. Игровые практики в целом пронизывают как социальную жизнь, так и её трансгрессивную изнанку и находят своё выражение также в явлениях, в которых трудно усмотреть игровое начало, будь то эротика, война или борьба за власть» [11]. Смертельные игры (то есть заканчивающиеся смертью или угрозой смерти участника) имели место на протяжении всей человеческой истории: от гладиаторских боёв в античности до современных боёв без правил, от игры в «русскую рулетку» до увлечения подростков зацепингом или асфиксифилией и проч. Трансгрессивный характер подобных игр категории *ilinx* проявляет себя наиболее отчетливо.

Виртуальная реальность уже сама по себе есть «выход за предел». Слово «виртуальный» (лат. *virtualis* – возможный) означает объект или состояние, которые реально не существуют, но могут возникнуть при определённых условиях. Говоря о виртуальных пространствах, мы, прежде всего, имеем в виду Интернет, его содержимое и сопряженные с ним гаджеты. Исследователи выделяют три основных аспекта виртуализации социального в информационном обществе: 1) она может быть рассмотрена как замещение реальности образами и символами; 2) как создание альтернативного социального пространства; 3) как наложение виртуальной реальности на действительность, встреча виртуального и реального [21], в сущности, происходит подмена реальности симуляцией [22] (или симулякрами – в терминологии Ж. Бодрийяра [23]). В связи с этим следует отметить, что современный пользователь электронных средств информации обречён находиться как бы в двух измерениях: в мире физического существования, обыденных вещей, повседневных дел, традиционных ценностей и конвенциональных норм, и в мире, где все ограничения и запреты можно обойти, наслаждаясь анонимной свободой под вымышленным именем (ником), создавая или включаясь в группы единомышленников, получая понимание и поддержку, электронные знаки внимания и поглаживания (лайки), а также обретая власть над другими пользователями, чего бывает часто невозможно достичь в офлайн-режиме взаимодействия. В связи с этим уместно привести аналогию с высказыванием Э. Финка: «Играющая девочка живёт одновременно в двух

царствах: в обычной действительности и в сфере нереального, воображаемого. В своей игре она называет куклу ребенком: игрушка обладает магическими чертами, она возникает <...> в игре и из игры, насколько последняя является проектом особого смыслового изменения, не включающаяся в действительность, но, скорее, парящего над нею в качестве некоей неуловимой видимости» [1].

Современные исследования показывают, что трансгрессивность в виртуальной социальной коммуникации проявляет себя наиболее отчетливо [24]. Очевидно, что трансгрессивность, как основная характеристика игрового поведения, может быть эксплицирована как на общение в Интернете в целом, так и на компьютерные и сетевые игры в частности. Так, любой пользователь может организовать своё общение с незнакомыми ему людьми в любом качестве, в каком диктует его собственная фантазия. Такое общение часто бывает провокационным, служит целям самореализации себя как личности в пространстве виртуальной реальности, иногда по причинам, связанных с невозможностью репрезентировать себя в оффлайн. Трансгрессия в Интернет-коммуникации позволяет пользователю выйти за границы собственного Я, виртуализироваться с помощью симуляции, а, вовлекаясь в игру, достигать того самого состояния «головокружения» по Кайуа, когда азарт, опьянение от игры создают иллюзию мнимого бессмертия (физически герой всегда остается жив, игру всегда можно начать заново и т.д.), притупляет ощущение реальности и чувство опасности, подавляет инстинкт самосохранения.

В последнее время внимание широкой общественности привлекают сетевые суицидальные игры подростков, получившие распространение в российском сегменте Интернета, и постепенно охватывающие другие страны, в том числе Европы и Латинской Америки [25]. По мнению экспертов они представляют собой разновидность более широкого класса явлений, получивших название «депрессивно - (ауто)агрессивного Интернет-контента», наряду с кибербуллингом, сайтами деструктивных сект (сатанизм, демонизм и др.), молодежных субкультур с антисоциальной и антивитальной направленностью, разными формами пропаганды насилия, вовлечения несовершеннолетних в проституцию, педофилию, экстремистские организации и прочее [26].

Проблеме влияния Интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков в последние годы уделяется пристальное внимание в

отечественной и зарубежной научной среде. Работы Н.Ю. Демдоуми, Ю.П. Денисова [27, 28], Е.И. Ключко [29], Е.М. Красновой [30], В.Л. Силаевой [31] и других авторов посвящены, главным образом, анализу контентов, способам подачи информации и методам воздействия на сознание детей с помощью текстовой и аудио-визуальной информации, а также общим вопросам профилактики. Е.Б. Любов в своих обзорах указывает на роль подражательного поведения (свойственных подростковому возрасту реакциям имитации) и синдрома Вертера в распространении суицидов [32, 33]. Многочисленными исследованиями установлено, что значимыми факторами риска суицидальной активности подростков являются безнадёжность, одиночество, депрессивность, внутренняя напряженность, наряду с потенциальными факторами (личностные акцентуации, психологические характеристики семейного функционирования), а среди механизмов развития суицидального поведения одно из ведущих мест занимает агрессия [34-37 и др.]. Был также отмечен интересный факт, подтвержденный эмпирическими данными: участники закрытых суицидальных групп в Интернете находят на их сайтах большее «сочувствующее понимание» со стороны других людей, чем в официальных службах психологической (или иной) помощи, семье, у друзей, медицинских работников: никто, якобы, не может их понять так, как участники таких сайтов [38-40]. Этот феномен пока что недостаточно оценен, однако, по мнению Е.Б. Любова с соавт. [41], он представляет собой потенциальный ресурс «взаимопомощи, общения, поддержки, обучения в атмосфере информированного оптимизма» в Интернет-превенции суицидов.

Основная опасность компьютерных и сетевых игр подростков в контексте суицидальной угрозы объясняется особенностями включенности их в процесс игры. Так, герои могут сколько угодно раз быть убитыми и воскреснувшими. Находясь в психологической зависимости от Интернет-игр, подростки не видят грани между реальностью и виртуальным миром. И победы, и поражения героев компьютерных игр дети воспринимают всерьез. Они часто даже живут жизнью виртуального героя, полностью отторгая реальность. В итоге, чередование жизни и смерти в сознании ребенка становится настолько естественным, что он перестаёт понимать, что после смерти никакой жизни в реальности уже быть не может. Если на этом фоне возникают мысли об уходе из жизни, то подросток не до конца понимает, что

вернуться назад уже будет невозможно [42, 43].

В свете вышесказанного представляет интерес рассмотрение ситуации с так называемыми «группами смерти» с привлечением конструкта трансгрессии. Следует сразу заметить, что интерес к теме «группы смерти» подогревается уже не первый год. Началом этой истории послужило журналистское расследование [44]. В настоящее время поисковая система Яндекс на запрос «группы смерти в социальных сетях» дает 76 млн. результатов (данные на 25 мая 2017 года).

Следственным Комитетом РФ деятельность «Групп смерти» квалифицируется как преступная, объектом которой является здоровье населения и общественная нравственность, и подпадает под действие ст. 239 УК РФ «Создание некоммерческой организации, посягающей на личность и права граждан».

А.И. Бастрыкин приводит характерные черты «групп смерти», позволяющие говорить о них как об объединении:

1) общая идеология обесценивания жизни, бессмысленности человеческого существования;

2) наличие специфического содержания (контента): картинок («пикчей»), аудио и видео с суицидальной тематикой;

3) специальный суицидальный сленг: «самовыпил» – суицид, «шаверма» – изуродованные трупы и т.д.;

4) символика, в качестве которой в основном используются киты, бабочки, а также знак со словами «ОНО» и «АД»;

5) раскручивание «икон суицида» (Ренаты Камболиной – Рины Паленковой, бросившейся под поезд в ноябре 2015 года, предварительно отправившей селфи на фоне проезжающего поезда и выложившей их на страницы в Сети с подписью «ня. пока.» [45] и псковских Бонни и Клайда – школьников Дениса Муравьева и Кати Власовой, покончивших с собой после перестрелки с полицией [46];

6) стандартные способы объявления о «суицидальном квесте» – так называемые хештеги (#): #СинийКит, #ТихийДом, #ЯВИгре и др.;

7) типичные способы обработки сознания: прохождение ряда стадий (выполнение 50 заданий), депривация сна, угрозы убийства близких в случаях неподчинения и др. [47].

В качестве техник психологического воздействия в группах смерти используются: эксплуатация факторов подросткового кризиса идентичности; эксплуатация травм и пережи-

ваний; формирование игровой зависимости; использование транса и внушающей коммуникации; нарушение сна; классическая манипуляция «взять на слабо»; ограничение времени на принятие решений; использование информации; эксплуатация страха; романтизация и эстетизация смерти; эксплуатация чувства избранности и превосходства; поощрение иерархической элитарности [48].

Глубокий анализ ситуации с группами смерти представлен в докладе Кавказского геополитического клуба [26]. Авторы выделяют несколько временных этапов игры, отличающихся целями и задачами. На первом этапе (ориентировочно до лета–осени 2016 г.) с условным названием «ВКонтакте действуют «группы смерти» их администраторы вели целенаправленную, «штучную» работу с целевой аудиторией, выявляя среди общей массы подростков, склонных к совершению суицида в связи со сложными жизненными обстоятельствами и личностными особенностями. Они сами выходили на подростков, затем вовлекали отобранных в выполнение заданий (связанных с образом «синего кита», изображение которого является одним из основных визуальных маркеров игры), итогом чего должно было стать (и нередко становилось) самоубийство. Администраторы групп действовали открыто и чувствовали себя безнаказанно.

На втором этапе (январь–март 2017 г.), получившем в СМИ условное название «Суицидальная игра – Синий кит», ситуация стала прямо противоположной: подростки, желающие принять участие в игре, оставляли на своих страницах в соцсети обращения с соответствующими хештегами, по которым на них выходили организаторы. «Игра» активно рекламировалась, несмотря на то, что Роскомнадзор начал блокировать суицидальные сайты в социальной сети «ВКонтакте». Авторы доклада утверждают, что поддержание диалога с вступившими в игру выполнялась не реальными людьми (как на первом этапе), а ботами – специальными программами, имитирующими человеческое общение, и, что одной из задач этого этапа «эволюции» околосуицидальной сети, было бесплатное тестирование и отладка ботов на массовой аудитории. Автоматизацией процесса, по их мнению, объясняется и огромное количество участников игры (новые хештеги появлялись каждые 15-20 секунд). Интерес к игре поддерживался уже не прямыми призывами к самоубийству, а наполнением Сети соответствующим «мусорным» контентом, содержащим намеки, напоминания об иг-

ре, разного рода демотиваторы и т.д., которые были призваны создавать соответствующий фон. Благодаря этому число подписчиков в социальной сети значительно возросло (хотя количество совершенных суицидов не увеличилось). Общим итогом второго этапа авторы доклада считают дальнейшее распространение игры (в том числе и за пределы РФ). Они также приводят доказательства связи околосуицидальной и радикально-исламистской тематики, особенно ярко проявляющей себя на первом этапе, а также с протестной активностью молодежи – на втором. Для второго этапа характерен плавный переход от сугубо подростковой к общественно-политической тематике (апрель–май 2017 г.). Общие выводы, которые следуют из доклада: «группы смерти» создаются «по одному лекалу»; жестко, в одностороннем порядке, модерировуются; осуществляется отработка технологии управления массовым поведением, рассчитанном на молодежь с целью использования этого деструктивного поведения в дальнейшем; в социальных сетях организовано, с помощью психотехнологий осуществляется обработка сознания молодежи – подростков подводят к мысли об убийстве либо других людей (вербуемые в «ИГ»), либо себя (контингент суицидальных групп).

Дискуссия вокруг «групп смерти» началась сразу же после публикации в «Новой газете». Эта полемика, в частности, широко представлена в вышеприведенном докладе [26]. Сторонники первой точки зрения (ряд журналистов, работники правоохранительных органов, депутаты Госдумы, детский омбудсмен, представители РПЦ, некоторые эксперты и др.) говорят о вовлеченности детей и подростков в сетевые суицидальные игры как едва ли не катастрофе, представляющей очевидную угрозу национальной безопасности РФ. Для преодоления сложившейся ситуации предлагаются исключительно запретительные и репрессивные меры (зачистка суицидального контента в Сети [26], ужесточение законодательства [49, 50] и т.п.).

Им оппонировать некоторые представители либерального крыла интеллигенции (например, журналисты интернет-издания Meduza [51], «Эхо Москвы» [52], известные блогеры [53], некоторые психологи [54, 55] и другие авторы) – противники ограничения свободы в Интернете. «Группы смерти» рассматриваются ими как некая разновидность подростковой субкультуры, нетсталкинга (рода деятельности, связанного с поиском в сети скрытого контента, который невозможно найти

с помощью обычных поисковиков) [54], «городской легенды» [56], непомерно раздутой истерии вокруг несуществующего явления [55, 57] и т.п.

Профессионалы по работе с детьми (психологи, врачи-психиатры и некоторые криминологи и суицидологи) дают более сдержанные оценки, полагая, что влияние «синих китов» на суицидальную активность подростков в социальных сетях может быть преувеличено. Они связывают рост суицидальной активности детей с кризисными явлениями, с которыми сталкивается современное российское общество: отчужденными отношениями между родителями и детьми в семье, школьными проблемами и др. [58]. При этом они ссылаются на клинико-эпидемиологические исследования самоубийств и опыт их превенции в зарубежных странах, где проблема детско - подростковых суицидов стоит также остро [59-61 и др.]. Таким образом, несмотря на противоречивость оценок повышенной суицидальной «активности» детей и подростков в социальных сетях, нельзя преуменьшать их социальную опасность.

Нам представляется, что некоторые стороны сетевых суицидальных игр можно объяснить с привлечением конструкта трансгрессии. Как уже было сказано выше, любая игра трансгрессивна по своей сути, а сетевая игра трансгрессивна вдвойне, поскольку разворачивается в виртуальном пространстве, когда сознание играющего находится как бы «там», хотя он телесно присутствует «здесь», и эти два пространства разделяют лишь экран монитора. Именно «оттуда» он получает указания и инструкции, реализовав которые он может эффективно репрезентировать себя в виртуальном мире (стать членом сообщества, получить одобрение, оценку и т.п.). Кажется, здесь парадокс, поскольку, вовлекая себя в суицидоопасную игру, подросток поступает в ущерб себе, бездумно. Однако ответ на этот вопрос дал ещё тот же Э. Финк: «Пока человек играет, он не мыслит, а пока он мыслит, он не играет» [1]. Следует, по-видимому, согласиться и с тем, что суицидальные игры в Интернете относятся к классу игр, которые Р. Кайуа описал как «головокружительные». Но, даже, если они совершаются оффлайн, как, например, зацепинг или руфинг, их значимость для подростка может быть ничтожна без документированного фото- или видеосвидетельства такого рода «испытания угрозой смерти», фиксации своего отчаянного поступка в Сети.

Можно предположить, что сознание подростка, совершающего прыжок с крыши или иное опасное смертельное действие, подвержено трансгрессии, а говоря более точно – «заражено» трансгрессией. Оно флюктуирует как бы в двух плоскостях: в мире реальности и виртуальном пространстве, но в целом подчинено игре, требующей соблюдения определенных правил. Поэтому, если ты в игре, то следует идти до конца. Такого рода игра представляется иррациональной с точки зрения обыденного её понимания, но, как отмечает С.М. Каштанова, само сознание этой иррациональности игры, её глубинного несоответствия должному поведению делает игру возможной [11]. В этом заключается её парадокс, объясняющий, в частности, поведение тех подростков, которые одобряют своих сверстников на последний шаг, расцениваемый как подстрекательство. Говоря о реальных подстрекателях самоубийств, М.Е. Сандомирский выделяет несколько категорий: использующих корыстный мотив, а также около-суицидальную подростковую субкультуру с целью привлечения внимания, «раскрутки» популярности сетевых групп (что характерно для некоторых координаторов «групп смерти»). Для реальных подстрекателей, движимых мотивом расширенного самоубийства, характерно суицидальное замещение: пропагандируя уход из жизни, они могут испытывать облегчение, навязывая свои проблемы другим [58]. Феномен виртуализированной жестокости, которым заражено сетевое подростковое сообщество, также сформирован трансгрессией, а неадекватность оценки последствий суицидальных действий связана с нереалистичностью представлений о смерти у подростков, недопониманием её необратимости. Примеры циничного поведения подстрекателей суицидов описаны в литературе. Так, Е.Б. Любов с соавт. приводят историю Сергея К.: «Когда он написал о намерении повеситься, на каждый призыв остановиться приходилось несколько едких анонимных издевок <...> Собеседники поддержали: «Давай уже шоу!», «Ты подготовился?». Подсказали как лучше транслировать в «эфир» самоубийство, попросили адрес скайпа, чтобы лицемереть «процесс» и убедиться в том, что «мужик сказал – мужик сделал». «Если он действительно убьёт себя, то запишите это! Не зря же человек умирает», – пишет один из форумчан, отправляясь ужинать» [41]. А чего стоит брошенная фраза в видеозаписи самоубийства 20-летнего владикавказского студента Антона Чайки, распространявшаяся в Сети в марте 2014 г. «Давай

быстрее прыгай, у меня зарядка садится!» [62]. Или популярный суицидальный мем «прыгай с крыши, Зай, это весело!».

Подстрекательство и провокация в терминах трансгрессии могут быть описаны как «грандиозный прикол», «шоу», «хепнинг», «черный юмор», повод для смеха, в котором одновременно присутствует как превосходство, так и осмеяние, и презрение к жертве. Ж. Батай пишет о смехе и «переживании границы возможного». Смех, согласно Ж. Батаю, сопровождает безумие, смерть, экстаз и оргазм: «Смешное, нечто определяя, отрицает самое себя. Смешным является то, чего мне не достает сил вынести» [63]. Смех становится мерой внутреннего опыта игрового самоубийства. Этот опыт – единственный самодостаточный авторитет, который, словно молния, пронзающая башню, подрывает основы нашего мышления. Автор пишет: «Вся мораль смеха, риска, экзальтации доблестей и сил есть не что иное, как дух решимости. И тогда – на грани смеха – человек прекращает хотеть быть всем, наконец-то он хочет быть таким, каков он есть, несовершенным, незавершённым, добрым – если потребуется, вплоть до невозможных моментов жестокости; и прозорливым... до слепоты смерти» [63].

Итак, смех сам по себе является проявлением трансгрессии. Но это не радостный и веселый смех, связанный с переживаниями безмятежности и счастья, а смех, который могут вызывать вещи, восприятие которых сопряжено со смертельной тревогой. Такого рода смех помогает справиться со страхом смерти, который каждый так или иначе испытывает, но обыкновенно старается его подавлять [11].

Существует также и другое, классическое объяснение поведению «зрителей игры», которое дал Э. Финк. Он назвал его «мимопрохождением», когда мы воспринимаем игровое поведение других, понимая, что они играют, разряжаются и т.п. «Мы можем неожиданно стать свидетелями какого-нибудь несчастного случая, чужой смерти. Все подобные свидетельства мы совершаем «проходя мимо». Прохождение мимо вообще есть преимущественный способ человеческого сосуществования. Мы высказываем это без примеси сожаления или обвинения» [1].

Совершая акт самоубийства, подросток-суицидент перестаёт существовать в своем физическом теле, но осуществляет переход в иной мир, который не является в полном смысле «небытием». Он ещё длительное время презентуется в виртуальном пространстве, продол-

жая заявлять о себе. В Интернете есть публикации, когда молодые люди снимали свою смерть на видео, размещая там уже свое смертельное сообщение. Такие случаи зафиксированы во Франции, Украине, России и, в частности, в США – в ходе онлайн-трансляции в Facebook [цит. по 26]. На них следуют комментарии, обсуждения, лайки, иногда появляются сторонники и подражатели, как это было в случае с «иконой суицида» Риной Паленковой [45]; (считается, что именно после этого случая началась вся эта история в СМИ с «группами смерти»).

Для совершившего сетевой суицид даже смерть – всего лишь продолжение виртуальной игры (ведь после самоубийства он останется в компьютерном мире и станет героем) [64]. Таким способом, пройдя испытание конечностью существования и благодаря трансгрессивному переходу, создается иллюзия виртуального бессмертия. Это также напоминает то, что социологи называют «эскапизмом в киберпространстве» [65]. Понимая эту особенность, администраторы суицидальных сайтов создали и поддерживают миф, что в Интернете присутствует некий «уровень А», где якобы есть «пик Интернета», так называемый «тихий дом». Согласно утверждениям лиц, склоняющихся к суицидам, это не сайт, а точка невозврата в реальный мир: попадая в «тихий дом», человек переживает «информационное перерождение» и навеки сливается с Сетью [47].

В настоящее время мало что достоверно известно об организаторах суицидальных игр, а ещё меньше об их разработчиках. В докладе Кавказского геополитического клуба прослеживается явный конспирологический уклон: распространение «групп смерти» рассматривается как один из инструментов ведения против России информационно-психологической войны, и разработчиками игр являются, по мнению авторов, опытные профессионалы [26].

Среди отечественных админов наиболее изучена биография Филиппа Будейкина, известного координатора суицидальной группы смерти f57, которого обвиняют в подстрекательстве и доведении до самоубийства 15 подростков. По информации, собранной Интернет-порталом Meduza, Будейкин в детстве подвергался насилию со стороны матери, рос замкнутым, скрытым, раздражительным ребенком, был неуживчивым и агрессивным со сверстниками, плохо учился и смог окончить лишь 9 классов. Свою популярность он приобрёл именно благодаря активности в Сети, и до настоящего времени продолжает быть кумиром

многих подростков [66]. Находясь в следственном изоляторе, он написал книгу «Разбуди меня в 4.20», и уже начата кампания по её раскрутке. Себя в ней он позиционирует как «музыкант и психолог, долгое время работавший с подростками», «философ и гуманист» [67]. Психиатрическая экспертиза признала его вменяемым, хотя перед арестом он заявлял, что, якобы, страдает биполярным расстройством [68].

Приводятся данные, что координаторами игр часто выступают подростки – школьники и студенты. Делаются предположения, что имеются определённые психологические особенности у этих людей, испытывающих проблемы в онлайн общении, для которых организация суицидальных групп в социальных сетях является своеобразной формой гиперкомпенсации. «Большинство кураторов «групп смерти» – это несостоявшиеся молодые люди с множеством комплексов и страхов. Многие из них сами были жертвами насилия и в качестве компенсации избрали стратегию подчинения других, более слабых» [48]. На наш взгляд, их поведение может быть трансгрессивно: создавая правила игры, они тем самым обретают власть над своими жертвами, не обязательно собираясь их убивать, достигая в виртуальном пространстве ощущения могущества, нарциссической значимости и собственной грандиозности. Другое объяснение такому поведению можно дать, привлекая для этого концепцию протестного поведения личности, разработанную А.Ш. Гусейновым [69]. Указанный психотип вполне подходит для носителя такого деструктивного варианта протестной активности, как негативизм. Последнему свойственны следующие качества: склонность к доминированию и власти, желание контролировать и подчинять среду, на фоне сниженного самоконтроля и социальной пассивности; потворство собственным примитивным желанием; высокие статусные притязания, негативные ценностные установки, отрицание традиционных ценностей; пренебрежение к окружающим, неприемлемые способы личного позиционирования, неудовлетворенность и разочарованность в жизни, отсутствие доброты [69]. Однако сказанное выше нуждается в эмпирической проверке.

Говоря о потенциальной опасности суицидальных игр в социальных сетях и способах борьбы с ними, следует отметить ряд важных моментов.

Во-первых, ответить на вопрос: а в чём смысл подобных игр? Ответ на него дан уже давно (Э. Финк, 1979): любая игра, независимо от того, к какому классу она относится – «не

средство, не орудие, не повод для выражения смысла. Она сама есть собственный смысл. Игра осмысленна в себе самой и через себя самоё» [1]. Таким образом, искать причины вовне увлеченностью игрой подростками вполне возможно, а в поисках смысла игры логический способ мышления неотвратимо заводит нас в тупик. Трансгрессивный характер игры ещё больше подчеркивает её заурядность. Отсюда вывод: пока подросток в игре, он по-особому «безумен», не критичен, «не мыслит», слепо следует правилам. Но «от погруженности в игру можно очнуться» [1]; всякая игра кончается тогда, когда она надоедает или когда её правила перестают соблюдаться, на что указывали уже цитируемые выше классики [1, 29, 69]. Таким образом, лечебными средствами здесь могут быть: выход из игры, и как результат – отрезвление, возвращение к здравомыслию; ломка игры или введение других менее суицидоопасных правил.

Второе: практика запрета или ограничения игр приводят к известным последствиям, знакомым нам на примерах казино и игорных клубов, когда государству в начале 2000-х годов удалось ликвидировать эпидемию игромании, охватившей практически всю страну и осуществить контроль над игорным бизнесом. В Российской Федерации действует общий запрет на азартные игры онлайн – на деятельность по организации и проведению азартных игр с использованием информационно - телекоммуникационных сетей, в частности сети Интернет, а также с использованием средств связи, в том числе подвижной связи [70]. Нам представляется, что этот опыт также можно использовать.

Существуют две распространенные точки зрения относительно решения проблемы суицидальных сетевых сообществ: радикальная и умеренная. Сторонниками первой являются, например, некоторые депутаты Государственной Думы (например, вице-спикер ГД Ирина Яровая) или те же представители Кавказского геополитического клуба [26], ратующие за принудительную зачистку социальных сетей от деструктивного контента, полное исключение анонимности в Интернете и запрет доступа в соцсети для лиц в возрасте до 14 лет, что уже находит свое воплощение в новых нормативных документах. Так, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 09.05.2017 № 203 «О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017-2030 годы» вводится запрет анонимности в Сети. А Федеральный закон от 07.06.2017 № 120-ФЗ «О внесении изменений в

Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» также усиливает ответственность за вовлечение несовершеннолетних в Интернет-сообщества и игры, пропагандирующие суицид.

Представители умеренного крыла, основываясь на мировом опыте в этой области, полагают, что тотальный запрет сайтов о самоубийстве не практичен и неразумен [71], и призывают к формированию политики ответственности [72]. В комментарии к статье итальянских коллег [72] Е.Б. Любов с соавт. указывают, что наряду с ограничительными законодательными мерами (мониторинг, закрытие суицидальных сайтов) необходимо «компенсаторно» развивать антисуицидальные сайты, на которых возможно обсуждение актуальных проблем суицидального поведения с профессионалами и добровольцами с успешным опытом преодоления кризисных ситуаций, получение онлайн помощи, мониторинг (самооценка) суицидального поведения, обучение профессионалов [41]. Мы солидарны с этой точкой зрения, и полагаем, что подобные сайты должны быть в известной степени контр - трансгрессивны, иными словами, ориентированы на здравомыслие, жизнелюбие, терминальные ценности, формирование духовности, и одновременно быть интересными для подростков и молодежи. Значимость такой работы крайне актуальна, поскольку в постиндустриальном обществе принципы морали уже давно подверглись трансгрессии, и в Сети значительное место занимает аморальный контент. Полностью искоренить его невозможно, но возможно изменить к нему ценностно-смысловое отношение. Необходимо учитывать реалии времени, работать с сознанием подростков на обеих площадках: в обыденном (профанном) и виртуальном (сакральном для них) мире, ведя с ними честный и откровенный разговор о жизни и смерти.

На наш взгляд, суицидопрофилактика должна также встроиться в процесс геймеризации, наряду с другими областями социальной практики, поскольку этот процесс неизбежен и необратим. В качестве инструмента такого

воздействия возможна разработка принципиально нового класса «антисуицидальных игр», заряженных на позитив. Достигнутый уровень развития компьютерной техники, теории и практики разработки игр позволяет это сделать.

Однако, как нам представляется, одного только технологического противопоставления суицидальным играм явно недостаточно. Контр-трансгрессивность в данных контекстах должна получить новое идеологическое и ценностно - смысловое наполнение – в виде преимуществ, которые дают здоровьесбережение, самоограничение, следование морали и нравственности против аутодеструкции, основывающейся на вседозволенности, распушенности и прочих атрибутах трансгрессии. В этой связи также уместно привести мнение специалиста с мировым именем в области суицидологии Дануты Вассерман, которая пишет, что следует преодолеть устоявшееся в либеральном обществе убеждение о том, что самоубийство представляет собой действие, отражающее свободу выбора и контроль человека над жизненной ситуацией [59]. Данный биоэтический тезис является прямым порождением философии постмодернизма [12]. «Правда, однако, состоит в том, – пишет Д. Вассерман, – что в большинстве случаев суицидальные поступки возникают в ситуациях, когда жизнь становится невыносимой, и всё происходящее воспринимается как не поддающееся личному контролю. В подобной ситуации философские рассуждения о праве человека на самоубийство могут выглядеть насмешкой и невниманием к тому, кто находится на грани саморазрушения, кроме того, они ставят занимающегося этой проблемой профессионала-медика в сложное положение. Для человека с недостаточными знаниями в области суицидологии подобная «философская» позиция может стать предлогом для невмешательства в ситуации [59]. Или, говоря более простым языком, проявлением равнодушия и цинизма.

В завершении вышесказанного следует ещё раз отметить, что привлечение философской категории трансгрессии позволяет глубже понять природу и сущность сетевой суицидальной игры и поведение её участников, а также открывает новые перспективы на возможности превенции самоубийств среди несовершеннолетних.

Литература:

1. Финк Э. Основные феномены человеческого бытия // Проблема человека в западной философии: Переводы / сост. и послесл. П.С. Гуревича; Общ. ред. Ю.Н. Попова. М.: Прогресс, 1988. С. 357-401.

References:

1. Fink Je. Osnovnye fenomeny chelovecheskogo bytija // Problema cheloveka v zapadnoj filosofii: Perevody / sost. i poslesl. P.S. Gurevicha; Obshh. red. Ju.N. Popova. M.: Progress, 1988. S. 357-401. (In Russ)

2. Волкова И.И. Игра как системообразующий феномен экран-ных коммуникаций: автореферат дис. ...докт. филол. наук: 10.01.10 / Волкова И.И.; РУДН. М., 2015. 39 с.
3. Игрофикация. Википедия [Электронный ресурс]. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Игрофикация> (дата обращения – 17.03.17).
4. Зикерман Г., Линдер Д. Геймификация в бизнесе. Как пробиться сквозь шум и завладеть вниманием сотрудников и клиентов. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. 272 с.
5. Никитин С.И. Геймификация, игрофикация, играйзация в образовательном процессе // Молодой ученый. 2016. № 9. С. 1159-1162.
6. Потапова О.С. Компьютерная игра в пространстве культуры // Вестник Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского. 2010. № 4. С. 349-353.
7. Санагурский Д.Ю. Понятие игрофикации в современной культуре // Вопросы культурологии: научно-практический и методический журнал. 2015. № 12. С.
8. Геймификация всей страны. Какие задачи и для чего решает философия видеоигр [Электронный ресурс]. – URL: <https://lenta.ru/articles/2014/01/03/gamification/> (дата обращения 12.03.17)
9. Хейзинга Й. Homo Ludens; Статьи по истории культуры. М.: Прогресс – Традиция, 1997. 416 с.
10. Кайуа Р. Игры и люди // Игры и люди; Статьи и эссе по социологии культуры. М.: ОГИ, 2007. 304 с.
11. Каштанова С.М. Трансгрессия как социально-философское понятие: дис. ...канд. филос. наук: 09.00.11 / Каштанова Софья Михайловна. СПб., 2016. 203 с.
12. Танатография Эроса: Жорж Батай и французская мысль середины XX века [Сб. статей А. Бретона, Ж. П. Сартра, Г. Марселья, М. Бланшо, Р. Барта и др., а также избр. работы самого Ж. Батая]. СПб.: Мифрил, 1994. 346 с.
13. Громова Е.А. Трансгрессирующее общество: о метаморфозах социального порядка // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 7 Философия. 2015. № 3 (29). С. 58-63.
14. Узлов Н.Д. Трансгрессия сексуальности: экзгибционирующие женщины в Сети и психологическая кастрация мужчин // Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения: матер. Междунар. заочной научно-практ. конфер., г. Владимир, 12 мая 2010 г. – Владимир: Изд. Владимирского госуниверситета, 2010. С. 98-106.
15. Узлов Н.Д. Трансгрессия сексуальности: идентичность и новые культурные практики // Социальная эволюция, идентичность и коммуникация в XXI веке: сб. научных статей (по матер. Междунар. научно-практ. конфер. 13 ноября 2010 года). – Ставрополь: СевКавГТУ, 2010. С.142-144.
16. Топчиев М.С., Дрягалов В.С. Влияние института семьи на трансгрессирующее общество // Политематический сетевой электронный научный журнал КубГАУ. 2016. №123 (09). [Электр. ресурс]. – URL: <http://ej.kubagro.ru/2016/09/pdf/13.pdf> (дата обращения – 31.05.2017)
17. Фаритов В.Т. Трансгрессия и трансценденция как онтологические перспективы дискурса: дис. ...докт. филос. наук: 09.00.01 / Фаритов В.Т.. – Ульяновск, 2016. 318 с.
18. Батай Ж. Литература и Зло: Сборник эссе. М.: Изд-во МГУ, 1994. 166 с.
19. Хайдеггер М. Бытие и время. Харьков: Фолио, 2003. 509 с.
20. Батай Ж. Запрет и трансгрессия / пер. Е. Герасимовой [Электронный ресурс]. – URL: <http://vispir.narod.ru/bataj2.htm>.
21. Иванов Д.В. Виртуализация общества. – СПб.: Петербургское Востоковедение, 2000. 96 с.
22. Силаева В.Л. Подмена реальности как социокультурный механизм виртуализации общества: автореферат дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / Силаева Виктория Леонидовна. М.: МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2004. 20 с.
23. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляция / Перевод О.А. Печенкина. – Тула, 2013. 204 с.
24. Леушкин Р.В. Трансгрессивность виртуальной коммуникации // Социодинамика. 2015. № 11. С. 158-167. [Электронный ресурс]. – URL: http://e-notabene.ru/pr/article_16601.html
25. «Синий кит» добрался до Испании и Латинской Америки [Электронный ресурс]. – URL: <http://rossaprimavera.ru/news/siniy-kit-dobral-sya-do-ispanii-i-latinskoy-ameriki> (дата публикации – 16.05.2017)
26. Амелина Я.А. «Группы смерти» как угроза национальной безопасности России. Аналитический доклад (18+) / Кавказский геополитический клуб. М.: Издатель А.В. Воробьев, 2017. 76 с.
2. Volkova I.I. Igra kak sistemoobrazujushhij fenomen jekrannyh kommunikacij: avtoreferat dis. ...dokt. filol. nauk: 10.01.10 / Volkova I.I.; RUDN. M., 2015. 39 s. (In Russ)
3. Igrofikacija. Vikipedija [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Igrofikacija> (data obrashhenija – 17.03.17). (In Russ)
4. Zikerman G., Linder D. Gejmifikacija v biznese. Kak probit'sja skvoz' shum i zavladet' vnimaniem sotrudnikov i klientov. M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2014. 272 s. (In Russ)
5. Nikitin S.I. Gejmifikacija, igrofikacija, igraizacija v obrazovatel'nom processe // Molodoy uchenyj. 2016. № 9. S. 1159-1162. (In Russ)
6. Potapova O.S. Komp'juternaja igra v prostranstve kul'tury // Vestnik Nizhegorodskogo un-ta im. N.I. Lobachevskogo. 2010. № 4. S. 349-353. (In Russ)
7. Sanagurskij D.Ju. Ponjatije igrofikacii v sovremennoj kul'ture // Voprosy kul'turologii: nauchno-prakticheskij i metodicheskij zhurnal. 2015. № 12. S. (In Russ)
8. Gejmifikacija vsej strany. Kakie zadachi i dlja chego reshaet filosofija videoigr [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://lenta.ru/articles/2014/01/03/gamification/> (data obrashhenija 12.03.17) (In Russ)
9. Hejzinga J. Homo Ludens; Stat'i po istorii kul'tury. M.: Progress – Tradicija, 1997. 416 s. (In Russ)
10. Kajua R. Igrы i ljudi // Igrы i ljudi; Stat'i i jesse po sociologii kul'tury. M.: OGI, 2007. 304 s. (In Russ)
11. Kashtanova S.M. Transgressija kak social'no-filosofskoe ponjatije: dis. ...kand. filос. nauk: 09.00.11 / Kashtanova Sof'ja Mihajlovna. SPb., 2016. 203 s. (In Russ)
12. Tanatografija Jerosa: Zhorzh Bataj i francuzskaja mysl' serediny XX veka [Sb. statej A. Bretona, Zh. P. Sartra, G. Marsel'ja, M. Blansho, R. Barta i dr., a takzhe izbr. raboty samogo Zh. Bataja]. SPb.: Mifril, 1994. 346 s. (In Russ)
13. Gromova E.A. Transgressirujushhee obshhestvo: o metamorfozah social'nogo porjadka // Vestn. Volgogr. gos. un-ta. Ser. 7 Filosofija. 2015. № 3 (29). S. 58-63. (In Russ)
14. Uzlov N.D. Transgressija seksual'nosti: jekzhibicionirujushhie zhenshhiny v Seti i psihologicheskaja kastracija muzhchin // Otklonjajushheesja povedenie cheloveka v sovremennom mire: problemy i reshenija: mater. Mezhdunar. zaочноj nauchno-prakt. konfer., g. Vladimir, 12 maja 2010 g. – Vladimir: Izd. Vladimirsckogo gosuniversiteta, 2010. S. 98-106. (In Russ)
15. Uzlov N.D. Transgressija seksual'nosti: identichnost' i novye kul'turnye praktiki // Social'naja jevoljucija, identichnost' i kommunikacija v XXI veke: sb. nauchnyh statej (po mater. Mezhdunar. nauchno-praktich. konfer. 13 nojabrja 2010 goda). – Stavropol': SevKavGTU, 2010. S.142-144. (In Russ)
16. Topchiev M.S., Drjagalov V.S. Vlijanie instituta sem'i na transgressirujushhee obshhestvo // Politematicheskij setevoj jelektronnyj nauchnyj zhurnal KubGAU. 2016. №123 (09). [Jelekt. resurs]. – URL: <http://ej.kubagro.ru/2016/09/pdf/13.pdf> (data obrashhenija – 31.05.2017) (In Russ)
17. Faritov V.T. Transgressija i transcencencija kak ontologicheskie perspektivy diskursa: dis. ...dokt. filос. nauk: 09.00.01 / Faritov V.T.. – Ul'janovsk, 2016. 318 s. (In Russ)
18. Bataj Zh. Literatura i Zlo: Sbornik jesse. M.: Izd-vo MGU, 1994. 166 s. (In Russ)
19. Hajdegger M. Bytie i vremja.Har'kov: Folio, 2003. 509 s. (In Russ)
20. Bataj Zh. Zapret i transgressija / per. E. Gerasimovoj [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://vispir.narod.ru/bataj2.htm>. (In Russ)
21. Ivanov D.V. Virtualizacija obshhestva. – SPb.: Peterburgskoe Vostokovedenie, 2000. 96 s. (In Russ)
22. Silaeva V.L. Podmena real'nosti kak sociokul'turnyj mehanizm virtualizacii obshhestva: avtoreferat dis. ... kand. filос. nauk: 09.00.11 / Silaeva Viktorija Leonidovna. M.: MGTU im. N.Ie. Baumana, 2004. 20 s. (In Russ)
23. Bodrijjar Zh. Simuljakry i simuljacija / Perevod O.A. Pechenkina. – Tula, 2013. 204 s. (In Russ)
24. Leushkin R.V. Transgressivnost' virtual'noj kommunikacii // Sociodinamika. 2015. № 11. S. 158-167. [Jelektronnyj resurs]. – URL: http://e-notabene.ru/pr/article_16601.html (In Russ)
25. «Siniy kit» dobralsja do Ispanii i Latinskoy Ameriki [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://rossaprimavera.ru/news/siniy-kit-dobral-sya-do-ispanii-i-latinskoy-ameriki> (data publikacii – 16.05.2017) (In Russ)
26. Amelina Ja.A. «Gruppy smerti» kak ugroza nacional'noj bezopasnosti Rossii. Analiticheskij doklad (18+) / Kavkazskij geopoliticheskij klub. M.: Izdatel' A.V. Vorob'ev, 2017. 76 s. (In Russ)

27. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. «Контент смерти»: проблема пропаганды суицида в русскоязычном интернете // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4 [Электронный ресурс]. – URL: www.science-education.ru/110-9624 (дата обращения – 23.04.17).
28. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Проблема распространения «суицидального контента» в социальных сетях русскоязычного Интернета // Наука и образование XXI века: сб. статей Междунар. научно-практ. конф. 31 мая 2013 г. В 5 частях. – Ч.5. / отв. ред. Р.Г. Юсупов. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2013. – С.78-83.
29. Ключко Е.И. Воздействие интернета на суицидальное поведение молодежи // Общество. Среда. Развитие. 2014. №1. С.69-72.
30. Краснова Е.М. Воздействие Интернет-ресурсов на суицидальное поведение подростков // Успехи современной науки. 2016. Т. 7, № 11. С. 88-90.
31. Силаева В.Л. Суицидальные практики в Интернете // Человек. 2008. № 6. С. 132-137.
32. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // Суицидология. 2012. № 3. С. 3-10.
33. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. 2012. № 4. С. 10-22.
34. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2013. – №2 (19). [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php (дата обращения 24.05.2017).
35. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т.24, № 3. С. 8-24.
36. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. of child psychology and psychiatry. 2006. № 47:3/4. P. 372–394.
37. Daniel S., Walsh A., Goldston D., Arnold E., Reboussin B., Wood F. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents // J. of learning disabilities. 2006. № 39. P. 507–514.
38. Вихристюк О.В., Банников Г.С., Легова А.В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – № 1 [Электр. ресурс]. – URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59156.shtml (дата обращения: 26.05.2017)
39. Лапшин В.Е. Генеалогия и превенция суицида учащейся молодежи // Вестник Владимирского гос. ун-та им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. 2014. № 16 (35). С. 74-81.
40. Baker D., Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users // Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2008. V. 29, № 3. P. 118-122.
41. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Комментарий. Двудликая паутина: Вертер vs Папагено // Суицидология. 2016. Т. 7, № 4 (25). С. 41-51.
42. Иванова Н. Влияние компьютерных игр на склонность к суициду [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.domotvetov.ru/semeynaya-psihologiya/vliyanie-kompyuternyih-igr-na-sk.html#WSgkN6Azrh0>
43. Шурыгина М.Г. Какое значение в подростковом суициде имеют компьютерные игры? [Электронный ресурс]. – URL: <http://ivanschool.edusite.ru> (дата обращения 21.03.17)
44. Мурсалиева Г. Группы смерти. С детьми в социальных сетях работают системно и планомерно, шаг за шагом подталкивая к последней черте. Как родителям распознать надвигающуюся беду // Новая газета. № 51 от 16 мая 2016 года.
45. Кочегаров П. Ня. Икона суицида [Электронный ресурс]. – URL: https://life.ru/t/rassledovaniya/412546/nya_ikona_suitsida (дата публикации 26.05.2016)
46. Страх и ненависть онлайн. Как RIP-страницы в соцсетях строят настоящие храмы и превращают самоубийц в мучеников [Электр. ресурс]. – URL: <http://www.om1.ru/news/society/98417/part3> (дата публикации – 24.11.2016).
47. Бастрыкин А.И. Преступления против несовершеннолетних в интернет-пространстве: к вопросу о виктимологической профилактике и уголовно-правовой оценке // Всероссийский криминологический журнал. 2017. Т. 11, № 1. С. 5-12.
48. Елкин Е., Крылова С., Разорина Д. Анатомия «синих китов» [Электр. ресурс]. – URL: <https://regnum.ru/author/1269.html> (дата публикации 16.03.2017)
27. Demdoui N.Ju., Denisov Ju.P. «Kontent smerti»: problema propagandy suicida v russkojazychnom internete // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. – 2013. – № 4 [Jelektronnyj resurs]. – URL: www.science-education.ru/110-9624 (data obrashhenija – 23.04.17). (In Russ)
28. Demdoui N.Ju., Denisov Ju.P. Problema rasprostraneniya «suicidal'nogo kontenta» v social'nyh setjah russkojazychnogo Interneta // Nauka i obrazovanie XXI veka: sb. statej Mezhdunar. nauchno-prakt. konfer. 31 maja 2013 g. V 5 chastjah. – Ch.5. / otv. red. R.G. Jusupov. – Ufa: RIC BashGU, 2013. – S.78-83. (In Russ)
29. Kljuchko E.I. Vozdejstvie interneta na suicidal'noe povedenie molodezhi // Obshhestvo. Sreda. Razvitie. 2014. №1. S.69-72. (In Russ)
30. Krasnova E.M. Vozdejstvie Internet-resursov na suicidal'noe povedenie podrostkov // Uspehi sovremennoj nauki. 2016. T. 7, № 11. S. 88-90. (In Russ)
31. Silaeva V.L. Suicidal'nye praktiki v Internete // Chelovek. 2008. № 6. C. 132-137. (In Russ)
32. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. // Suicidology. 2012. № 3. P. 3-10. (In Russ)
33. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals // Suicidology. 2012. № 4. P. 10-22. (In Russ)
34. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostojaniya u podrostkov (presuicidal'nye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psihoterapevticheskoj pomoshhi) // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal. – 2013. – №2 (19). [Jelektronnyj resurs]. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php (data obrashhenija 24.05.2017). (In Russ)
35. Syrokvashina K.V., Dozorceva E.G. Psihologicheskie faktory riska suicidal'nogo povedeniya u podrostkov // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2016. T. 24, № 3. S. 8-24. (In Russ)
36. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // J. of child psychology and psychiatry. 2006. № 47:3/4. P. 372–394.
37. Daniel S., Walsh A., Goldston D., Arnold E., Reboussin B., Wood F. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents // J. of learning disabilities. 2006. № 39. P. 507–514.
38. Vihristjuk O.V., Bannikov G.S., Letova A.V. Sredstva massovoj kommunikacii v sisteme prediktorov suicidal'nogo povedeniya v podrostkovom vozraste [Jelektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. – 2013. – № 1 [Jelektr. resurs]. – URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59156.shtml (data obrashhenija: 26.05.2017) (In Russ)
39. Lapshin V.E. Genealogija i prevencija suicida uchashhejsja molodezhi // Vestnik Vladimirskogo gos. un-ta im. A.G. i N.G. Stoletovyh. 2014. № 16 (35). S. 74-81. (In Russ)
40. Baker D., Fortune S. Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users // Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2008. V. 29, № 3. P. 118-122.
41. Lyubov E.B., Antochin E.Y., Palaeva R.A. A comment two-faced web: Werther vs Papageno // Suicidology. 2016. V. 7, № 4 (25). P. 41-51. (In Russ)
42. Ivanova N. Vliyanie komp'juternyh igr na sklonnost' k suicidu [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.domotvetov.ru/semeynaya-psihologiya/vliyanie-kompyuternyih-igr-na-sk.html#WSgkN6Azrh0> (In Russ)
43. Shurygina M.G. Kakoe znachenie v podrostkovom suicide imejut komp'juternye igry? [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://ivanschool.edusite.ru> (data obrashhenija 21.03.17) (In Russ)
44. Mursaliev G. Gruppy smerti. S det'mi v social'nyh setjah rabotajut sistemno i planomerno, shag za shagom podtalkivaja k poslednej cherte. Kak roditeljam raspoznat' nadvigajushhujusja bedu // Novaja gazeta. № 51 ot 16 maja 2016 goda. (In Russ)
45. Kochegarov P. Nja. Ikona suicida [Jelektronnyj resurs]. – URL: https://life.ru/t/rassledovaniya/412546/nya_ikona_suitsida (data publikacii 26.05.2016) (In Russ)
46. Strah i nenavist' onlajn. Kak RIP-stranicy v socsetjah strojat nastojashhie hramy i prevrashhajut samoubijcy v muchenikov [Jelektr. resurs]. – URL: <http://www.om1.ru/news/society/98417/part3> (data publikacii – 24.11.2016). (In Russ)
47. Bastyrkin A.I. Prestupleniya protiv nesovershennoletnih v internet-prostranstve: k voprosu o viktimologicheskoy profilaktike i ugovolno-pravovoj ocenke // Vserossijskij kriminologicheskij zhurnal. 2017. T. 11, № 1. S. 5-12. (In Russ)
48. Elkin E., Krylova S., Razorina D. Anatomija «sinih kitov» [Jelektr. resurs]. – URL: <https://regnum.ru/author/1269.html> (data publikacii 16.03.2017) (In Russ)

49. Крылова Н.Е. «Группы смерти» и подростковый суицид: уголовно-правовые аспекты // Уголовное право. 2016. №4. С.36-48.
50. Проект ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» [Электронный ресурс]. – URL: http://asozd2.duma.gov.ru/addwork/scans.nsf/ID/5BB9B36A1C42865E432580DE00429B33/%24File/118634-7_09032017_118634-7.PDF?OpenElement (дата обращения 27.05.2017)
51. Рыковцева Е. Битвы насмерть вокруг «Групп смерти» [Электр. ресурс]. – URL: <https://www.svoboda.org/amp/27747726.html> (дата публикации – 20.05.2016).
52. Латынина Ю. «Код доступа» на «Эхо Москвы» от 21 мая 2016 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://echo.msk.ru/programs/code/1769120-echo/> (In Russ)
53. Таевский Д. «Группы смерти»: миф на фоне истерии [Электронный ресурс]. – URL: <http://smartbabr.com/?doc=1259> (дата публикации – 13. 03.2017).
54. Архипова А., Волкова М. «Привет, я твой куратор». Взгляд на «группы смерти» изнутри [Электронный ресурс]. – URL: <https://republic.ru/posts/80667> (дата публикации – 15.03.2017).
55. Психолог Катерина Мурашова: Групп смерти не существует: [Электронный ресурс]. – URL: <https://aftershock.news/?q=node/507254> &full (дата публикации – 08.04.2017)
56. Городская легенда. Что стоит за игрой «Синий кит» и всплеском интереса к «суицидальным публкам» [Электронный ресурс]. – URL: <https://meduza.io/feature/2017/02/17/gorodskaya-legendachtoit-za-igroy-siniy-kit-i-vspleskom-interesa-k-suicidalnym-publikam> (дата публикации – 17.02. 2017).
57. Таевский Д. & Со. Масштабный срыв покровов с «Групп Смерти» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/1175>
58. Психотерапевт Марк Сандомирский: закрытие «групп смерти» не решит проблему [Электронный ресурс]. – URL: <https://newizv.ru/news/society/19-05-2016/239658-psihoterapevt-mark-sandomirskij-zakrytie-grupp-smerti-ne-reshit-problemu> (дата публикации – 19.05.2016).
59. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005. 310 с.
60. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5, № 4 (17). С. 16-31.
61. Спирина И.Д., Шорников А.В. Подростковые киберсуициды – новый вызов (особенности, предикторы, профилактика) [Электронный ресурс]. – URL: <http://healthua.com/stati/psychiatry/podrostkovyie-kibersuitsidy-novyiy-vyzov-osobennosti-prediktoryi-profilaktika.html> (дата публикации – 18.04.2017).
62. Тотоева М.В Центральном парке 20-летний парень покончил жизнь самоубийством // Новости Осетии. [Электронный ресурс]. – URL: <http://blogosetia.ru/731-samoubiystvo.html> (дата публикации – 23.03.2014).
63. Батай Ж. Внутренний опыт / Пер., послесл. и коммент. С.Л. Фокина. СПб.: Аксиома; Мифрил, 1997. 336 с.
64. Батай Ж. Внутренний опыт / Пер., послесл. и коммент. С.Л. Фокина. СПб.: Аксиома; Мифрил, 1997. 336 с
65. Шапинская Е.Н. Эскапизм в киберпространстве: безграничные возможности и новые опасности // Культурологический журнал. 2013. № 2 [Электронный ресурс] – URL: http://www.cr-journal.ru/rus/journals/215.html&j_id=15 С (дата обращения – 23.05.17).
66. Кто такой Филипп Лис и какое отношение он имеет к синим китам из «VKontakte». Репортаж «Медузы» [Электронный ресурс]. – URL: <https://meduza.io/feature/2017/03/03/kto-takoy-filipp-lis-i-kakoe-otnoshenie-on-imeet-k-sinim-kitam-iz-vkontakte-reportazh-meduzy> (дата публикации – 03.03.2017)
67. Филипп Лис. Разбуди меня в 4.20. – [Электронный ресурс]. – URL: https://ridero.ru/books/razbudi_menya/ (In Russ)
68. Группы смерти. Википедия [Электронный ресурс]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Группы_смерти (дата обращения – 11.05.17)
69. Гусейнов А.Ш. Протестная активность личности: дис. ... докт. психол. наук: 19.00.01 / Гусейнов А.Ш. Краснодар, 2016. 505 с.
49. Krylova N.E. «Gruppy smerti» i podrostkovyj suicid: ugolovno-pravovye aspekty // Ugolovnoe pravo. 2016. №4. S.36-48. (In Russ)
50. Proekt FZ «O vnesenii izmenenij v Ugolovnyj kodeks Rossijskoj Federacii i Ugolovno-processual'nyj kodeks Rossijskoj Federacii v chasti ustanovlenija dopolnitel'nyh mehanizmov protivodejstvija dejatel'nosti, napravlennoj na pobuzhdenie detej k suicidal'nomu povedeniju» [Jelektronnyj resurs]. – URL: http://asozd2.duma.gov.ru/addwork/scans.nsf/ID/5BB9B36A1C42865E432580DE00429B33/%24File/118634-7_09032017_118634-7.PDF?OpenElement (data obrashhenija 27.05.2017) (In Russ)
51. Rykovceva E. Bitvy nasmert' vokrug «Grupp smerti» [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://www.svoboda.org/amp/27747726.html> (data publikacii – 20.05.2016). (In Russ)
52. Latynina Ju. «Kod dostupa» na «Jeho Moskvy» ot 21 maja 2016 g. [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://echo.msk.ru/programs/code/1769120-echo/> (In Russ)
53. Taevskij D. «Gruppy smerti»: mif na fone isterii [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://smartbabr.com/?doc=1259> (data publikacii – 13. 03.2017). (In Russ)
54. Arhipova A., Volkova M. «Privet, ja tvoj kurator». Vzgljad na «gruppy smerti» iznutri [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://republic.ru/posts/80667> (data publikacii – 15.03.2017). (In Russ)
55. Psiholog Katerina Murashova: Grupp smerti ne sushhestvuet: [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://aftershock.news/?q=node/507254> &full (data publikacii – 08.04.2017) (In Russ)
56. Gorodskaja legenda. Chto stoit za igroj «Sinij kit» i vspleskom interesa k «suicidal'nyim publikam» [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://meduza.io/feature/2017/02/17/gorodskaya-legendachtoit-za-igroy-siniy-kit-i-vspleskom-interesa-k-suicidalnym-publikam> (data publikacii – 17.02. 2017). (In Russ)
57. Taevskij D. & Co. Masshtabnyj sryv pokrovov s «Grupp Smerti» [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/1175> (In Russ)
58. Psihoterapevt Mark Sandomirskij: zakrytie «grupp smerti» ne reshit problemu [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://newizv.ru/news/society/19-05-2016/239658-psihoterapevt-mark-sandomirskij-zakrytie-grupp-smerti-ne-reshit-problemu> (data publikacii – 19.05.2016). (In Russ)
59. Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv / red. D. Vasserman; per. E. Rojne. M.: Smysl, 2005. 310 s. (In Russ)
60. Rozanov V.A. Suicides in children and adolescents – what is happening and what may be the reason? // Suicidology. 2014. V. 5, № 4 (17). P. 16-31. (In Russ)
61. Spirina I.D., Shornikov A.V. Podrostkovye kibersuicidy – novyj vyzov (osobennosti, prediktory, profilaktika) [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://healthua.com/stati/psychiatry/podrostkovyie-kibersuitsidy-novyiy-vyzov-osobennosti-prediktoryi-profilaktika.html> (data publikacii – 18.04.2017). (In Russ)
62. Totoeva M.V Central'nom parke 20-letnij paren' pokonchil zhizn' samoubijstvom // Novosti Osetii. [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://blogosetia.ru/731-samoubiystvo.html> (data publikacii – 23.03.2014). (In Russ)
63. Bataj Zh. Vnutrennij opyt / Per., poslesl. i komment. C.JI. Fokina. SPb.: Aksioma; Mifril, 1997. 336 s. (In Russ)
64. Bataj Zh. Vnutrennij opyt / Per., poslesl. i komment. C.JI. Fokina. SPb.: Aksioma; Mifril, 1997. 336 s (In Russ)
65. Shapinskaja E.N. Jeskapizm v kiberprostranstve: bezgranichnye vozmozhnosti i novye opasnosti // Kul'turologicheskij zhurnal. 2013. № 2 [Jelektronnyj resurs] – URL: http://www.cr-journal.ru/rus/journals/215.html&j_id=15 S (data obrashhenija – 23.05.17). (In Russ)
66. Kto takoj Filipp Lis i kakoe otnoshenie on imeet k sinim kitam iz «VKontakte». Reportazh «Meduzy» [Jelektronnyj resurs]. – URL: <https://meduza.io/feature/2017/03/03/kto-takoy-filipp-lis-i-kakoe-otnoshenie-on-imeet-k-sinim-kitam-iz-vkontakte-reportazh-meduzy> (data publikacii – 03.03.2017) (In Russ)
67. Filipp Lis. Razbudi menja v 4.20. – [Jelektronnyj resurs]. – URL: https://ridero.ru/books/razbudi_menya/ (In Russ)
68. Gruppy smerti. Vikipedija [Jelektronnyj resurs]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Gruppy_smerti (data obrashhenija – 11.05.17) (In Russ)
69. Gusejnov A.Sh. Protestnaja aktivnost' lichnosti: dis. ... dokt. psihol. nauk: 19.00.01 / Gusejnov A.Sh.. Krasnodar, 2016. 505 s. (In Russ)

70. Законы игорного бизнеса в России [Электронный ресурс]. – URL: <http://newsofgambling.com/zakony-igornogo-biznesa-rf/> (дата обращения – 24.05.17)
71. Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide // J. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. V. 43. P. 246–247.
72. Totaro S., Toffol E., Scocco P. Предупреждение суицидов и Интернет: риск и возможности // Суицидология. 2016. Т. 7, № 4 (25). С. 32–40.
70. Zakony igornogo biznesa v Rossii [Jelektronnyj resurs]. – URL: <http://newsofgambling.com/zakony-igornogo-biznesa-rf/> (data obrashhenija – 24.05.17) (In Russ)
71. Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide // J. of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. V. 43. P. 246–247.
72. Totaro S., Toffol E., Scocco P. Preduprezhdenie suicidov i Internet: risk i vozmozhnosti // Suicidology. 2016. V. 7, № 4 (25). P. 32–40. (In Russ)

GAME, TRANSGRESSION AND NETWORK SUICIDE

N.D. Uzlov, M.N Semenova

National Research Institute of Additional Professional Education Berezniki Branch of Federal state budgetary educational institution of higher professional education, Moscow, Russia
Perm National Research Politechnic University, Russia

Abstract:

The article attempts to explain the causes of adolescent suicidal activity in social networks on the Internet. As the unit of analysis the phenomenon of games as a transgressive practice is examined. The role of transgression in virtualization of teenage consciousness is revealed. A critical analysis of publications on the social networks death groups was made. Transgression category was used to disclose some psychological characteristics of administrators of suicidal games sites, as well as behavior of the players and suicide instigators. Two common points of view on the issue of the problem of suicidal network communities are presented – radical and moderate. Increase in state control, including restrictive measures and strict legislation, are discussed as an effective measure to prevent the spread of suicide network. Alternative to destructive activity in the Network could be the creation of antisuicidal sites with a counter-transgressive orientation, focused on common sense, love for life, terminal values, the formation of spirituality, as well as creation of a fundamentally new class of anti-suicidal games that would allure young people.

Key words: game, transgression, suicide, group of death, adolescents, virtual reality, social network, prevention of suicides

УДК: 616.89–008

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ*

П.Б. Зотов

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

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-666

Обсуждаются вопросы психокоррекционной работы при суицидальном поведении. Отмечено, что объём и характер лечебного воздействия у конкретного пациента может зависеть от многих факторов. Однако суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, имеющий свои когнитивно-поведенческие механизмы, определяющие суицидокинез. Общим для суицидального поведения, как правило, является: 1. Придание стрессовой (суицидогенной) ситуации доминирующего значения в сознании. 2. Эмоционально обусловленное сужение предметности сознания, ограничение мышления преимущественно суицидогенной ситуацией. 3. Направленность поведения в будущее (суицидальные действия, рассматриваются как ключевой этап преодоления стресса и разрешения сложной ситуации). 4. Изменение системы ценностей и приоритетов: патологически переоцененная и завышенная индивидуальная значимость суицидогенной ситуации при одновременном полном обесценивании или резком снижении ценности жизни. Так же обращается внимание на то, что при планировании и оказании помощи вполне обосновано разделение пациентов на две традиционно выделяемые группы – с истинными намерениями погибнуть и манипулятивными формами, в большинстве случаев использующими различные эмоционально-когнитивные механизмы и стратегии преодоления стресса. Приво-

*Статья подготовлена на основе главы Национального руководства по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего, 2017.

дятся данные о характерных особенностях каждой из этих групп. С целью повышения эффективности психокоррекционной работы автором выделены 10 основных элементов акцентного внимания, выявление и воздействие на которые («акцентный подход»), должно входить в обязательную программу коррекционной работы специалиста, оказывающего помощь суициденту. «Акцентный подход» подразумевает обязательную оценку ведущих механизмов суицидальной динамики, а так же актуализацию и/или перекодировку факторов, укрепляющих индивидуальную антисуицидальную защиту. Обращается внимание, что такой подход не ограничивает возможности специалиста и оставляет за ним право выбора приоритетного направления и методик психотерапии. В заключении делается вывод о том, что знание особенностей динамики суицидального поведения, отдельных психологически важных элементов суицидокинеза, позволит проводить более дифференцированную и эффективную индивидуальную работу, что имеет важное значение для профилактики самоубийства.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, суицидокинез, психотерапия, психологическая помощь, «акцентный подход» в психотерапии

Психокоррекционные (психологическое консультирование, психотерапия) и медикаментозные методы лечения у лиц с суицидальным поведением имеют важное значение в профилактике самоубийства, восстановлении эмоционального равновесия и выздоровлении. Объём, доля и характер каждого из этих методов у конкретного пациента зависит от многих факторов, среди которых с суицидологических позиций наиболее важное значение имеют:

1. Клиническая форма суицидального поведения (антивитальные переживания, суицидальные мысли, замыслы, намерения, суицидальный шантаж или истинная попытка).

2. Этап суицидальной динамики (пресуицидальный, подготовки и реализации суицидальных действий, постсуицидальный).

3. Характер суицидального поведения (демонстративно-шантажный, истинный, импульсивный и др.).

4. Ключевые мотивы (конфликта, неблагополучия) [1] и типологическая форма суицидов («протест», «призыв», «избежание», «самонаказание», «отказ», «мизантропический» и «суггестивный» типы) [2].

5. Психопатологическая основа суицидальной активности.

6. Приверженность терапии (комплаенс).

Нежелательно предпочтение только одного метода терапии или подхода при полном игнорировании других. Рекомендуется разумное сочетание, этапность и транзиторное доминирование немедикаментозной или лекарственной помощи с учётом конкретной клинической ситуации.

При планировании реабилитационных мероприятий необходимо исходить из того, что в большинстве случаев суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий, и чаще занима-

ет определенный период, даже если для окружающих суицид выглядит неожиданным [3].

Внешние признаки суицидального поведения, особенно на ранних этапах развития, не всегда привлекают внимание окружающих, и, нередко, специалистов, теряются за другими проявлениями эмоциональных нарушений. Тем не менее, любое подозрение на суицидальную активность требует более глубокого анализа клинической ситуации, выявления и оценки факторов риска, и при подтверждении угрожающей ситуации должно рассматриваться как неотложное состояние, требующее помощи и интенсивной коррекционной работы по принципу «здесь и сейчас».

Так же важно понимать, что суицидальное поведение при непсихотических нарушениях в большинстве случаев является реакцией личности на стрессовую (психо-, социо- или соматогенную) ситуацию. Вместе с тем, известно, что многие люди, встречаясь на жизненном пути с различными неблагоприятными, и даже объективно безвыходными ситуациями, никогда не рассматривают добровольную смерть как решение проблемы. Именно личностная переориентация когнитивно-поведенческих механизмов на суицидальный путь решения проблемы запускает индивидуальный суицидокинез.

Обращение когнитивно-поведенческих механизмов в сторону осознанной добровольной гибели или покушения свидетельствуют о том, что:

– стрессовый фактор (факторы) обладает для данного человека выраженным индивидуально значимым негативным действием, преодолеть который он самостоятельно не в силах;

– психологические защиты и стратегии преодоления стресса, действующие до этого момента, неэффективны (недостаточно сформированы, превалируют малоадаптивные типы реакций или подавлены массивным стрессовым фактором);

– факторы антисуицидального барьера не ограничили суицидогенный потенциал стресса;

– имеется индивидуальная склонность к реакциям по аутоагрессивному типу (индуцированная, выученная и/или эпигенетическая).

Поэтому при всём многообразии клинических проявлений можно выделить некоторые общие когнитивно-поведенческие элементы, характерные для суицидальной активности, воздействие на которые следует обязательно включать в терапевтический процесс.

Общим для суицидального поведения, как правило, является:

1. *Придание стрессовой (суицидогенной) ситуации доминирующего значения в сознании.* Суицидальное поведение рассматривается индивидом единственно возможным инструментом и вариантом решения проблемы. Ранее используемые стратегии преодоления оказались неэффективны (требуется их идентификация; их наличие является базисом для коррекционной работы) или практически отсутствовали (несформированы или искажены, требуется работа по их созданию и адаптации).

2. *Эмоционально обусловленное сужение предметности сознания,* ограничение мышления преимущественно суицидогенной ситуацией. Это ведёт к игнорированию, выпадению из поля зрения, прежнего положительного опыта, компенсаторных факторов и механизмов, сдерживающих суицидальную активность (факторы антисуицидального барьера). Максимально проявляется в аффективных формах суицидального поведения, особенно выражено в реакциях по типу «короткого замыкания». Своевременная диагностика этого состояния и оказание помощи является важным элементом профилактики покушений, в том числе повторных. С терапевтической точки зрения необходим перенос внимания на компенсаторные механизмы, актуализация ранее имевшихся или создание новых.

3. *Направленность поведения в будущее:* суицидальные действия, рассматриваются как ключевой этап преодоления стресса и разрешения сложной ситуации. Прошлое, как правило, малоосознаваемо, воспринимается преимущественно в негативных тонах. Будущее манит эмоциональным облегчением (даже в случае смерти – «прекращение страдания»).

4. *Изменение системы ценностей и приоритетов:* патологически переоцененная и завышенная индивидуальная значимость суицидогенной ситуации при одновременном полном обесценивании или резком снижении ценности жизни.

При планировании и оказании помощи вполне обосновано разделение пациентов на две традиционно выделяемые группы: с истинными намерениями погибнуть и манипулятивными формами. Следует отметить, что это разделение весьма условно, и, в частности, оно не может быть причиной снижения суицидальной настороженности специалиста даже при наличии явных признаков демонстративно - шантажного поведения. Гибель человека возможна и при внешне малоугрожающих ситуациях. Тем не менее, сравнение покушений и летальных суицидов свидетельствует о наличии значительных различий в ключевых характеристиках большинства представителей этих групп: по полу, возрасту, внешним проявлениям суицидальной активности, эмоционально-когнитивным механизмам, используемым стратегиям преодоления стресса и др. Это так же позволяет выделить некоторые отдельные черты, знание которых даёт возможность проводить коррекционную работу более дифференцированно и соответственно более эффективно.

Помимо указанных выше общих черт для истинного суицидального поведения характерно:

1. Наличие планов с предпочтением методов и средств суицида с наибольшим летальным потенциалом, а так же выбором места и времени, ограничивающих своевременное оказание помощи.

2. Ожидаемый итог суицидальных действий – гибель. Важно отметить, что смерть не является целью суицида, она лишь ключевой элемент в общем механизме достижения цели, определяемой мотивом: «протест», «призыв», «избежание» и др.

3. Максимальное обесценивание жизни и повышение бесстрашия к смерти.

4. Смерть рассматривается как прекращение страдания и личного участия в стрессовой ситуации.

5. Ограничение жизненной перспективы и проецирования себя в будущее: индивидуальная линия времени заканчивается суицидом, и крайне редко переходит эту черту. Это ограничивает поиск индивидом возможных вариантов разрешения ситуации в настоящем, и исключает его участие в будущем (в постсуицидальный период).

6. Внешний мир – будущее видится обычно без личного участия и ассоциируется с проецированием на остающихся в живых:

– негативных переживаний и ответственности за совершенный суицид («... пусть потом страдают»);

– облегчения забот, например, при альтруистическом суициде тяжелобольных, считающих себя обузой для окружающих («... без меня им будет лучше»).

Для *манипулятивно-шантажного суицидального поведения* характерно:

1. Преимущественно аффектогенный, импульсивный характер поведения (часто прослеживается в анамнезе и в данной ситуации).

2. Наличие планов с предпочтением методов и средств суицида с минимальным летальным потенциалом, выбором места и времени с необходимым минимальным количеством присутствующих – «объекта(ов) влияния».

3. Гибель не входит в планы суицидента (но в отдельных ситуациях риск гибели может быть высок, и в итоге, при летальном исходе, должен рассматриваться не как истинный суицид, а как несчастный случай).

4. Ценность личной жизни для суицидента сохранена, но искажена – жизнь является предметом торга, и подвергается риску. Тем не менее, сохранность даже искаженного отношения к ценности жизни, создает базис для психокоррекционной работы.

5. Суицидальные действия рассматриваются преимущественно как способ решения конфликта.

6. Ожидаемый итог суицидальных действий – воздействие на объект влияния с целью достижения вторичной выгоды.

7. Проецирование себя в будущее сохраняется: линия времени не заканчивается покушением, но продолжаясь в постсуицидальный период, обычно включает чётко оформленные немногочисленные варианты (преимущественно эгоцентричные и ригидные) сценария личного поведения и окружающих.

8. Внешний мир: будущее видится с личным участием, и обязательно включает ближние цели – ожидаемые результаты воздействия попытки на объект влияния – изменения его поведения или другой вторичной выгоды.

Последний аспект достаточно важен в плане прогноза повторных попыток: несоответствие поведения окружающих ожидаемым сценарным образам при недостаточно эффективной коррекционной работе может резко повышать риск новых покушений. Выбор более жесткого способа при повторной суицидальной попытке, нередко свидетельствует о присоединении дополнительного мотива или полной переориентации цели – ... максимально наказать объект воздействия. Особенно актуальна подобная ситуация при окончании раннего и начале катамнестического периода, как

правило, приходящегося на амбулаторный этап наблюдения, после выписки из стационара и отсутствии достаточного внимания специалиста и «успокоившихся» близких.

Выделение достаточно характерных элементов суицидокинеза, выявляемых у большинства суицидентов, позволяет обосновать самостоятельный акцентный подход психокоррекционной работы. Он подразумевает обязательную оценку ведущих механизмов суицидальной динамики, а так же актуализацию и/или перекодировку факторов, укрепляющих индивидуальную антисуицидальную защиту [4]. В настоящее время при оказании помощи применяются самые различные методы психотерапии. Однако предпочтение (ограничение) терапевтического потенциала только одним направлением (например, только экзистенциальными, или только бихевиоральными методиками и др.) нередко исключает возможность воздействия на другие субъективно значимые элементы индивидуального суицидокинеза, и повышает вероятность реактуализации суицидального поведения.

Акцентный подход не ограничивает возможностей в выборе направлений психотерапии и применяемых методик – это право терапевта. Акцентный подход лишь *указывает на необходимость обязательной проработки ключевых элементов суицидокинеза*. При работе с конкретным пациентом очерёдность, степень актуализации этих элементов, может зависеть от характера и этапа суицидальной активности, выраженности эмоциональных нарушений, предпочитаемого специалистом метода психотерапии и др.

Важным аспектом данного подхода является то, что помимо расширения индивидуального поля психической деятельности больного для терапевтического воздействия, он становится и инструментом диагностики. Актуализация каждого ведущего элемента позволяет оценить:

1) его наличие (например, наличие детей у женщины, обычно является важным антисуицидальным фактором);

2) осознаётся ли пациентом: на фоне эмоционально суженного сознания, реально существующие антисуицидальные факторы, могут выпадать из поля зрения и переходить в латентное состояние. В приведённом выше примере, наличие детей и забота об их будущем у женщины могут подавляться доминирующим стрессом (деградация системных ценностей);

3) состояние – *активен* – принимается во внимание и значим для суицидента, / *неактивен* –

вен – не рассматривается индивидом, как сдерживающий фактор, в том числе игнорируется, «выпадает» из поля зрения);

4) направление и объём коррекционной работы, с учётом выявленных нарушений.

В качестве элементов акцентного внимания следует рассматривать:

1. Осознанность пациентом своего поведения как суицидального. Нередко лица, проявляющие суицидальную активность, отрицают её аутоагрессивную направленность. Особенно высока доля отрицания после суицидальных попыток, сопровождающихся утратой сознания, в том числе покушений с употреблением алкоголя (до 25%) [5]. Задачей специалиста является необходимость идентифицировать данные проявления для восприятия их индивидом как суицидальное поведение.

2. Ведущий мотив – один из обязательных элементов суицидального поведения, требующий идентификации и осознания, отделения от других конкурирующих мотивов, часто скрывающих истинные личностно значимые причины аутоагрессии.

3. Ценностные характеристики суицидогенной ситуации и жизни, их соотношение. С терапевтических позиций необходимы методы, направленные на сравнительную оценку личностной ценности этих двух ведущих категорий, и последующее восстановление приоритетов.

4. Линия времени – образы будущего (личного и окружающих). Важна оценка и вербализация формируемых суицидентом образов ближайшего и отдалённого будущего (имеются ли они вообще...). Видения в нём себя и вовлечённых в конфликт лиц, их и своего поведения, а так же возможного участия (роли) референтного человека (группы лиц) – (см. «Факторы антисуицидального барьера»). Учитывая преимущественно моносценарный вариант развития будущих событий, формируемых большинством лиц, необходимым условием коррекционной работы является стимуляция их на продуцирование необходимого множества вариантов образов будущего (контролируется терапевтом), в том числе с обязательным поиском возможных путей решения сложившейся ситуации, новых более адаптивных форм личного поведения и ожидаемых изменений со стороны окружающих.

5. Последствия для себя – прямая / косвенная выгода, и негативные последствия. Внимание обращается на осознание пациентом прямой и нередко скрываемой или малоосознаваемой им косвенной выгоды, а так же воз-

можных последствий покушения, связанных с эстетически значимыми переживаниями (например, внешний вид после суицидальной попытки), психологическими и социальными (стигматизация обществом) и др. негативными факторами.

6. Последствия для окружающих. Поведение суицидента в отношении окружающих обычно определяется ведущим мотивом, и чаще носит характер наказания или манипулирования, реже – другими, в том числе альтруистического освобождения. Задачей терапевта на этом этапе может быть расширение круга лиц, в том числе включающего референтную группу, негативные последствия для которых не входит в планы пациента. Напротив, актуализация их мнения и/или личного отношения может оказывать протективное влияние на суицидента.

7. Эмоциональное сужение сознания, как правило, определяется личностной реакцией на стрессовую ситуацию, выраженностью тревожного и депрессивного компонента, нередко, чувства безсходности. Характерными являются: а) доминирование ассоциативного поиска негативной информации из личного прошлого опыта, при одновременном подавлении позитивных компонентов; б) ограничение к доступу индивидуальных резервов, сформированных в прошлом; в) негативное прогнозирование и программирование будущего. Работа в этом направлении, помимо медикаментозной терапии, требует переноса внимания на компенсаторные возможности суицидента, поиск и актуализацию положительного прошлого опыта, при необходимости создание новых стратегий преодоления, формирование положительных образов будущего.

8. Факторы антисуицидального барьера (см. ниже).

9. Возможные варианты решения – один из важнейших элементов (этапов) коррекционной работы; может включать самые различные подходы и методы психотерапии. К элементам акцентного внимания можно отнести работу с отношением к ситуации. Оптимальным можно рассматривать возможность перевода её в категорию решаемых. При этом сама возникшая проблема должна восприниматься не как стечение внешних обстоятельств (на что часто указывают суициденты) и/или личная неспособность противостоять негативным факторам (реже), а в процессе терапии, должна приобретать более позитивный смысл – «как испытание (судьбой)» и/или «научение», преодоление которой даёт возможность с новым опытом

идти дальше по жизни. Основываясь на таком изменении смысла текущей сложной жизненной ситуации, поиск возможных решений, как правило, позволяет повысить приверженность терапии (положительный комплаенс) и достичь более лучших результатов лечения.

10. Выработка новых адаптивных реакций и моделей поведения – обычно идёт параллельно поиску вариантов решений. Важным аспектом данной работы является потенцирование терапевтом тех моделей поведения, которые приемлемы для данного человека, не идут в конфликт с его прежним опытом, социальным окружением, психологическими и этническими характеристиками.

Факторы антисуицидального барьера (ФАБ) относятся к обязательным объектам психокоррекционной работы, актуализация которых может способствовать снижению суицидальной готовности и предупредить самоубийство. ФАБ включают самые различные психологически значимые элементы, формируемые на основе культуральных, религиозных, социальных и др. представлений и норм принятых в обществе.

При работе с суицидентами необходимо помнить, что:

1. ФАБ – это объективный психологически значимый элемент, оказывающий протективное влияние на суицидальную активность населения в целом.

2. Индивидуальная значимость отдельных факторов может значительно различаться.

3. При формировании суицидального поведения может наблюдаться разнонаправленный характер снижения значимости ФАБ, в том числе дезактуализация (прекращение действия, например, суицид при утрате близкого человека), игнорирование (например, отказ от религиозных воззрений), подавление («...люди поймут и простят ...»), незнание и др.

4. Возможна актуализация и повышение индивидуальной значимости отдельного или нескольких ФАБ.

5. Возможно формирование новых ФАБ в процессе коррекционной работы.

В качестве основных можно указать следующие ФАБ:

1. Страх смерти – один из основных факторов, ограничивающих суицидальную активность. В повседневной жизни он редко выходит на поверхность сознания, но как только человек сталкивается с реальной угрозой собственной жизни и здоровью, этот страх, независимо от воли, начинает контролировать психическую активность и поведение. Как пра-

вило, эти переживания вызывают образы смерти, погребения, тлена и ассоциируется с негативными эмоциями.

Страх и бесстрашие к смерти – лабильные характеристики. Мужчины более бесстрашны к смерти, чем женщины. Люди с суицидальными мыслями (до попытки) отличаются относительным бесстрашием. После неудачной попытки страх обычно значительно повышается, превосходя средние показатели в популяции [6].

В психотерапевтической работе контролируемое усиление этих образов имеет значительный терапевтический эффект. Однако данный подход важен преимущественно при работе с молодыми людьми, проявляющими суицидальное поведение. У лиц пожилого возраста, вследствие ограниченной жизненной перспективы, акцентирование внимание на этом факторе, напротив, может усилить негативные эмоции стресса (депрессии) и повысить суицидальную готовность. Соответственно этот фактор в данной возрастной категории может быть применим лишь ограниченно [7].

2. Религия обладает значительным контролирующим и сдерживающим влиянием на суицидальную активность, обращая внимание верующих к духовным аспектам жизни и смерти. Религиозные мотивы отражают сформированные представления о самоубийстве как о грехе, страх погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения. С точки зрения верующего человека жизнь даётся Богом, и только Он может распоряжаться судьбой человека.

Актуализация религиозных представлений более значима у лиц пожилого возраста. В то же время она важна и при работе с другими категориями суицидентов, так как самоубийство как грех воспринимают даже те люди, которые формально отрицают у себя какие-либо религиозные убеждения [8, 9]

3. Эстетические переживания очень важны, так как человек всегда считается с теми чувствами, которые после самоубийства вызовет вид его тела у окружающих [8]. Для молодых людей, с преимущественно внешней, манипулятивно направленной на ближайшее окружение суицидальной активностью, этот фактор может играть значимую сдерживающую роль, особенно при выборе ими травматичных, калечащих способов суицида (самоповешение, самострел и др.). Направленная коррекция со стороны психотерапевта на акцентирование негативных эмоций, которые могут проявить окружающие на вид погибшего, например,

вследствие удушения (синюшное лицо, выступающий из полости рта язык, непроизвольное мочеиспускание и др.) нередко ведёт к снижению уровня суицидальной активности. В старших возрастных группах этот фактор так же имеет достаточно важное значение. Лишь в случаях социальной изолированности, одиночества, его влияние может снижаться.

4. Социальные отношения / связи, нарушения которых является достаточно частым условием формирования суицидального поведения во всех возрастных и социальных группах. Актуализация у суицидента субъективно значимых отношений «референтной» группы или отдельной личности может обладать значительным терапевтическим потенциалом. В условиях эмоциональной концентрации (сужения) сознания на стрессовой ситуации значимость этих отношений может игнорироваться личностью. Ориентированный терапевтом поиск референтного человека – «... есть ли хоть один человек, который пожалеет о твоём уходе?» – может оказать сильное влияние, способное снизить суицидальный риск. Положительным аспектом работы с этим фактором, является то, что референтным потенциалом может обладать и умерший человек, или напротив никогда не живший или существовавший. В первом случае предлагается суициденту представить, что бы сказал этот значимый человек, будь он жив и/или здесь рядом. Если такого человека вообще не было и нет, то можно предложить найти такую личность среди образов литературы, искусства, кино и др. При отсутствии и таких лиц предлагается другой вариант: если представить «идеального» человека... В такой ситуации обращается внимание собеседника на описание и создание его более полного и позитивного образа [10].

Последние варианты имеют большое значение при работе с подростками, особенно воспитывающихся в условиях социального сиротства. Отсутствие личного опыта или примеров преодоления стресса, демонстрируемых ближайшим окружением, значительно ограничивают возможность выработки стратегий преодоления у этой категории суицидентов. У пожилых пациентов чаще актуализируются референтные лица из далёкого прошлого, юности или умершие близкие и/или друзья [7].

5. Стигматизация тесно связана с социальными отношениями, но в отличие от позитивного влияния референтной группы, как правило, отражает негативное мнение окружающих о человеке, совершившего суицидальные действия [11]. Нередко стигматизирующее негатив-

ное отношение переносится и на ближайшее окружение суицидента, его семью. Чаше суицид рассматривается окружением как слабость, проявления нестабильной психики, неспособность противостоять сложной жизненной ситуации. В случае шантажного суицидального поведения (обычно в подростковом и молодом возрасте) это может приобретать выраженный негативный осуждающий характер, что нередко ведёт к формированию самостигматизации пациентов, усугублению тяжести эмоциональных нарушений, повышению суицидального риска.

Актуализация данного фактора может иметь большее влияние на молодых суицидентов. В пожилом возрасте, особенно в условиях социальной изоляции, одиночества стигматизация, как правило, мало значима. Однако при целенаправленной психотерапевтической работе его субъективная значимость может значительно повышаться, особенно при ассоциативной нагрузке с религиозными факторами и «референтной» группой.

6. Родительские обязанности, забота о ребёнке, его текущих потребностях и будущем – один из важнейших факторов, ограничивающих суицидальную активность. Наиболее значим для женщин. Однако в условиях дисгармоничной, патологической семьи, нарушении / разрушении взаимоотношений в диаде «мать-дети» влияние этого фактора может резко снижаться. У мужчин он нередко требует акцентного внимания и проработки всех аспектов, негативных последствий суицида родителя для ребёнка (психологических, социальных и др.).

В возрастном аспекте – фактор значим практически в весь период воспитания ребенка. При отсутствии детей эта функция может быть переориентирована на других близких (чаще племянники и др.) соответствующего возраста. У пожилых людей, при взрослых детях, сдерживающее влияние родительских обязанностей на суицидальную активность значительно снижается. Однако появление внуков, потребность в заботе о них, может способствовать снижению суицидальной настроенности. В условиях одиночества значимое, нередко выраженное, влияние могут оказывать «социальные» приемники (дети соседей, друзей и др.) [7].

7. Объекты заботы. Этот фактор помимо детей, может включать и других людей (престарелые родители, больные родственники или друзья, др.), забота о судьбе которых и потребность в помощи может контролировать суицидальную динамику индивида. К этой категории можно отнести и заботу о домашних питомцах

(собаки, кошки, птицы и др.). Следует помнить о временной характеристике этого фактора – прекращение активности при утрате объекта заботы (смерть, перевод в социальную службу или др.). Фактор мало значим в ситуации одиночества и явлениями социальной изоляции [7].

8. Наличие жизненных планов, замыслов тесно связано с характерными для суицидального поведения ограничениями жизненной перспективы и проецирования образа собственного Я в будущее. Часто регистрируемые явления редуцированием, «ретуширования» далёкой перспективы требуют актуализации жизненных планов, расширение временной перспективы, масштаба целей. Это может касаться и прежних нереализованных планов, и вновь формируемых в процессе терапевтической работы. Необходимым условием при планировании ближайшей и отдаленной перспективы является учёт специалистом не только индивидуальных возможностей суицидента, но и объективных внешних факторов (условий) для реализации этих планов. Данный фактор актуален во всех возрастных группах. Даже в условиях ограниченной жизненной перспективы, тяжелого соматического заболевания, возможен поиск доступных планов практически для каждого человека. Предпочтителен индивидуальный поиск возможных событий и действий через потенцирование психотерапевтом самого суицидента с положительным подкреплением доступных для него вариантов. В ряде случаев возможны и некоторые универсальные предложения, например, встретить восход Солнца, сходить в театр или посетить интересное историческое место и др.

Важно помнить, что субъективная значимость отдельного ФАБ различна для каждого человека. Зависит от конкретной жизненной ситуации, индивидуальных психологических особенностей личности, уровня образования и интеллектуального развития, социальных условий, пола и возраста суицидента.

Важное значение имеет возраст, так как, во-первых, определяет наличие или отсутствие знаний и личного опыта преодоления стресса, во-вторых, отражает жизненную перспективу – ожидаемую длительность предстоящей жизни. Исходя из этих позиций, можно ожидать, что основные элементы суицидальной динамики в разных возрастных группах будут отличаться, особенно значимо у лиц молодого и пожилого возраста.

Для молодых людей, особенно подростков, проявляющих суицидальное поведение, обычно характерно:

1. Отсутствие (ограниченность) личного жизненного опыта, а так же примеров преодоления стресса и сложных жизненных ситуаций, демонстрируемых ближайшим окружением.

2. Присутствие дисгармоничной или патологической семьи и, как следствие, отсутствие эмоциональной поддержки, или, напротив, потенцирование стресса.

3. Нередко наличие семейного суицидального анамнеза и / или демонстрация суицидального поведения одного или обоих родителей.

4. Преимущественно эмоционально обусловленный характер мышления и поведения.

В этих условиях жизненный опыт и знания обладают минимальным защитным потенциалом и ограничивают возможность выработки стратегий преодоления. С другой стороны, именно молодость создает потенциал для психотерапевтической коррекции – создания (программирования) положительного образа будущего, в том числе и значительно отдалённого.

В пожилом возрасте, старшей возрастной группе, предикторы суицидального поведения имеют несколько другие характеристики. К основным из них можно отнести:

1. Наличие жизненного опыта. Но, либо он недостаточно адаптивный, так как не позволил справиться со стрессовой ситуацией и привёл личность к размышлению о добровольном уходе из жизни, либо стресс имел выраженный, «запредельный» характер.

2. Возрастные изменения организма – снижение уровня физической активности, повышение частоты и тяжести соматических заболеваний, сосудистой и церебральной патологии, изменение гормонального статуса и др. Как следствие, повышение суицидогенного влияния соматогенных факторов.

3. Снижение социального статуса и, нередко, уровня материального благополучия.

4. Утрата близких, лиц «референтной» группы.

5. Ограничение жизненной перспективы.

Наличие представленных особенностей суицидального поведения предполагает необходимость их учёта при проведении психокоррекционной работы у лиц разных возрастных групп [4, 7, 10].

Медикаментозная терапия при суицидальном поведении определяется характером, выраженностью и синдромальной структурой базовых психических нарушений. С учётом того, что самыми распространёнными психи-

ческими расстройствами при суицидальном поведении являются депрессивные состояния, предпочтение отдаётся тимоаналептической терапии. Выбор антидепрессанта, как правило, зависит от степени выраженности суицидального риска. При высоком суицидальном риске предпочтение отдаётся трициклическим антидепрессантам или препаратам из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ). Если риск совершения суицидальных попыток невысок, арсенал тимоаналептической терапии значительно расширяется – возможно назначение препаратов со сбалансированным или стимулирующим действием [12].

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6, № 4. С. 14-20.
2. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. 2013. Т. 4, № 2. С. 3-8.
3. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. 2010. № 3. С. 35-37.
4. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами // Научный форум. Сибирь. 2017. Т. 3, № 1. С. 79-82.
5. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпискрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. 2012. № 1. С. 28-39.
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Е.Л. Николаев, Магурдумова Л.Г. Бесстрашие к смерти – статика или динамика // Суицидология. 2017. Т. 8, № 2. С. 64-71.
7. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения: возрастной аспект // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 3. С. 52-54.
8. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. 2011. № 3. С. 3-17.
9. Пашковский В.Э., Шамрей В.К., Софронов А.Г., Днов К.В., Рутковская Н.Н. Суицидальное поведение и религиозность // Суицидология. 2015. Т. 6, № 3. С. 30-41.
10. Зотов П.Б. «Референтный человек» – в психотерапии суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 2. С. 28-30.
11. Руженкова В.В. Некоторые аспекты стигматизации суицидентов специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 1. С. 17-18.
12. Ваулин С. Терапия суицидального поведения // Врач. 2011. № 14. С. 72-74.

Заключение.

Индивидуальный выбор направления и метода психотерапии с обоснованным сочетанием или этапным предпочтением лекарственной терапии, а так же с учётом конкретной клинической ситуации должен являться основным принципом помощи лицам, проявляющим суицидальную активность. При этом знание особенностей динамики суицидального поведения, отдельных психологически важных элементов суицидокинеза, позволяет проводить более дифференцированную и эффективную индивидуальную работу, что имеет важное значение в профилактике самоубийства.

References:

1. Ambrumova A.G. Psihologija samoubijstva // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 1996. T. 6, № 4. S. 14-20. (In Russ)
2. Kudryavtsev Joseph A. Semantic typology of suicides // Suicidology. 2013. V. 4, № 2. P. 3-8. (In Russ)
3. Zotov P.B. Voprosy identifikacii klinicheskikh form i klassifikacii suicidal'nogo povedenija // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2010. № 3. P. 35-37. (In Russ)
4. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides // Scientific forum. Siberia. 2017. V. 3, № 1. P. 79-82. (In Russ)
5. Merinov A.V., Shustov D.I., Vasjatkina N.N. Episcrypt as a variant of intrafamilial dynamics of autoagressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence // Suicidology. 2012. № 1. P. 28-39. (In Russ)
6. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Magurdumova L.G. A commentary: fearlessness about death – a static or a dynamic quality? // Suicidology. 2017. V. 8, № 2. P. 64-71. (In Russ)
7. Zotov P.B. Psychotherapy of suicidal behavior: age-specific // Academic Journal of West Siberia. 2013. V. 9, № 3. P. 52-54. (In Russ)
8. Vagin Y.R. Questions phenomenological suicidology // Suicidology. 2011. № 3. P. 3-17. (In Russ)
9. Pashkovskiy V.E., Shamrei V.K., Sofronov A.G., Dnov K.V., Rutkovskaya N.S. Suicidal behavior and religiousness // Suicidology. 2015. V. 6, № 3. P. 30-41. (In Russ)
10. Zotov P.B. "Reference man" – in psychotherapy of suicidal behavior // Academic Journal of West Siberia. 2013. V. 9, № 2. P. 28-30. (In Russ)
11. Ruzhenkova V.V. Some aspects of the stigma of suicides with professionals in mental health care // Tyumen Medical Journal. 2014. V. 16, № 1. P. 17-18. (In Russ)
12. Vaulin S. Terapija suicidal'nogo povedenija // Vrach. 2011. № 14. S. 72-74. (In Russ)

PSYCHOTHERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR: THEORETICAL AND CLINICAL PREMISES

P.B. Zotov

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

Abstract:

The article discusses psychocorrection of suicidal behavior. The amount and type of therapeutic effect for every patient depends on a number of factors. However, suicidal behavior is a phasic and dynamic process that has its cognitive and behavioral mechanisms that determine suicide kinesis. The following aspects are common for suicidal behavior: 1. Giving a stressful (suicide provoking) situation dominant meaning in consciousness. 2. Emotionally caused

narrowing of objectivity of consciousness, narrowing of thinking to suicide provoking situation. 3. Direction of behavior into the future (suicidal actions are seen as a key stage in overcoming stress and difficult situation resolution). 4. Changes in the value and priorities systems: pathological overvaluation and increased personal significance of suicidalogenic situation with full simultaneous depreciation or sharp decrease of the value of life. When planning and providing assistance, it is advised to differentiate between two groups of patients – having true intention to die and using manipulative forms of behavior – since in most cases they use different emotional and cognitive mechanisms and coping strategies. Characteristic peculiarities of each group are provided. To increase effectiveness of psychocorrection the author highlights 10 basic elements for accent attention. The suicide prevention specialist should detect and influence those (“accent approach”) as part of the compulsory correction programme. “Accent approach” suggests compulsory evaluation of leading mechanisms of suicide dynamics, as well as actualization and/or recoding of factors that strengthen individual antisuicide protection. This approach is noted as not limiting the resources of the specialist and leaves him a right to choose priority direction in psychotherapy methods. It is concluded that knowing the peculiarities of dynamics of suicide behavior, specific psychologically important elements of suicide kinesis would allow to run more differentiated and effective individual psychocorrection, which is really important for suicide prevention.

Key words: suicide, suicide behavior, suicide kinesis, psychotherapy, psychological help, ‘accent approach’ in psychotherapy

УДК: 616.62

СУИЦИДЫ СРЕДИ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЁННЫХ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

М.П. Чернышкова, Н.А. Цветкова, Л.П. Лобачева, М.Г. Дебольский, Д.Е. Дикопольцев

ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:

Чернышкова Марина Павловна – полковник внутренней службы. Место работы и должность: заместитель начальника Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России. Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14. Электронный адрес: mblack_shkaf@mail.ru

Цветкова Надежда Александровна – доктор психологических наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры социальной, общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет». Адрес: 129226, г. Москва, ул. В. Пика, д. 4; ведущий научный сотрудник Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России. Телефон: (916) 106-80-64, электронный адрес: TsvetkovaNA@yandex.ru

Лобачева Людмила Петровна – майор внутренней службы. Место работы и должность: научный сотрудник Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России. Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14. Электронный адрес: rigania74@mail.ru

Дебольский Михаил Георгиевич – кандидат психологических наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры юридической психологии и права Московского городского психолого-педагогического университета, ведущий научный сотрудник Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России. Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, Ул. Сухаревская, 29. Электронный адрес: mdebolsky@mail.ru

Дикопольцев Дмитрий Евгеньевич – кандидат психологических наук, майор внутренней службы. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник Центра исследования проблем исполнения уголовных наказаний и психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы ФКУ «НИИ Федеральной службы исполнения наказаний» России. Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, ул. Житная, д. 14. Электронный адрес: dimarik62rus@yandex.ru

В статье анализируются состояние, динамика и факторы суицидов в уголовно-исполнительной системе России среди подозреваемых, обвиняемых и осуждённых. Показано, что за 5 лет (2012-2016 гг.) процент снижения самоубийств от их общего числа составил 17,2%, а уровень суицидов в расчёте на 1 тыс. чел. за этот период снизился с 0,65 в 2012 г. и 0,66 – в 2013 г. до 0,55 в 2016 г. Наибольший уровень суицидов наблюдается в тюрьмах и СИЗО. Даны обобщенные характеристики суицидентов, покончивших с жизнью в 2016 г., избрав для этого два способа: механическая асфиксия (92,3%) и нанесение себе порезов на теле (7,7%). Большинство

суицидентов (79,3%) были осуждены, подозревались или обвинялись за особо тяжкие (49,2%) и тяжкие (30,1%) преступления. Отмечается, что им были свойственны: эмоциональная нестабильность, напряжённость (66%); вспыльчивость, импульсивность (40%); избирательность в контактах, замкнутость, холодность в общении, осторожность, недоверчивость, скрытность, подозрительность (26%); чувствительность к критике, тревожность, ощущение бесперспективности и собственной ненужности, пессимизм (24%); раздражительность и агрессивность, сочетающиеся с неуверенностью в себе и низкой самооценкой (22%). Названы мотивы совершения самоубийств в 2016 г.: утрата смысла жизни (35%); конфликты или разрыв отношений со значимыми людьми (23%); неадекватное состояние психического или физического здоровья (12%); длительность наказания (11%); чувство вины (8%); конфликт с другими осуждёнными (4%); потребность привлечь внимание путём демонстративно-шантажного поведения (3%). Выделены факторы риска суицида в СИЗО: неопределённость ситуации; авторитарная среда; потеря контроля над событиями собственной жизни; лишение контактов с близкими и дефицит социально-психологической поддержки; чувство стыда за содеянное и страх перед лишением свободы; антигуманные аспекты заключения под стражу в СИЗО, а также факторы, добавляющиеся к ним со временем пребывания в СИЗО: знакомство с материалами уголовного дела, предъявление обвинения, приближение даты суда или вынесение приговора и после осуждения, изоляция от общества и размещение в замкнутой среде, режим, игнорирующий индивидуальность, приучающий к подчинению, и обуславливающий снижение самостоятельности; резкое ограничение возможностей в удовлетворении потребностей; изменение привычного стереотипа жизни; постоянное общение с ограниченным кругом лиц и криминогенным контингентом; принудительное вхождение в однополюсные социальные группы и т.д. Обращается внимание на то, что риск суицида возрастает, если подозреваемый, обвиняемый или осуждённый злоупотреблял алкоголем или употреблял наркотики, в прошлом совершал парасуицид и/или страдает психическим расстройством. Авторами показан ряд недостатков служебной деятельности, способствовавших совершению суицидов. Сделан вывод о том, что для сохранения тенденции на ежегодное снижение уровня суицидов необходимо усилить деятельность сотрудников по ряду направлений, разработать и внедрить в учреждения уголовно-исполнительной системы социально-психологическую модель профилактики суицида.

Ключевые слова: уголовно-исполнительная система, подозреваемые, обвиняемые, осужденные, суициды, профилактика

Суицид – «сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [1] является одной из актуальных проблем деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы России (далее – УИС) [2-11 и др.]. Статус подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, ситуация следственного изолятора (далее – СИЗО) и сопряженные с нахождением в ней факторы являются мощным стрессом, разрушающим психику человека, в отношении которого возбуждено уголовное дело.

В условиях пенитенциарного учреждения к стресс-факторам, приводящим к потере личностных ресурсов и адаптивности, относятся: изоляция от общества и размещение в замкнутой среде; наличие определённого режима (действие которого нивелирует индивидуальность личности, приучает к подчинению, снижает уровень самостоятельности); резкое ограничение возможностей в удовлетворении потребностей; изменение привычного стереотипа жизни; постоянное общение с ограниченным кругом лиц и криминогенным контингентом; принудительное вхождение в однополюсные социальные группы и т.д. [2-11].

Установлено, что суициду в ходе следствия способствуют: 1) неопределённость ситуации; 2) авторитарная среда; 3) потеря контроля над событиями собственной жизни; 3)

лишение контактов с близкими и дефицит социально-психологической поддержки; 4) чувство стыда за содеянное и страх перед лишением свободы; 5) антигуманные аспекты заключения под стражу в СИЗО. Со временем к этому перечню факторов добавляется знакомство с материалами уголовного дела, предъявление обвинения, приближение даты суда или вынесение приговора. Риск суицида возрастает, если подсудимый злоупотреблял алкоголем или употреблял наркотики, в прошлом совершал парасуицид и/или страдает психическим расстройством [2-5].

Проведенные в США исследования показали зависимость частоты суицидов в местах лишения свободы (далее – МЛС) от типа исправительного учреждения, строгости режима (чем он строже, тем чаще происходят самоубийства) и условий содержания осужденных. При этом их чаще совершают заключённые, совершившие преступления против личности, а не против собственности; в общих камерах преобладают парасуициды, в одиночных – самоповешение. Как правило, больше половины самоубийц в МЛС не подают сигналов о намерении убить себя, не оставляют записок, не находятся в состоянии депрессии. И в целом уровень аутоагрессивного поведения в тюрьмах в 3-11 раз выше, чем на свободе [6].

Динамика суицидов среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, содержащихся в учреждениях УИС

Год	Общее число суицидов	Динамика суицидов по сравнению с АППГ	Число суицидов в учреждениях УИС в год					Уровень суицидов на 1 тыс. чел.
			СИЗО	Исправительные колонии (ИК)	Воспитательные колонии (ВК)	Тюрьмы	Больницы	
2012	466 (22,5%)	+ 56 (+ 12%)	149 (32,0%)	305 (65,5%)	0 (0,0%)	6 (1,3%)	6 (1,3%)	0,65
2013	454 (21,9%)	- 12 (- 0,6%)	171 (37,7%)	271 (59,7%)	2 (0,5%)	3 (0,7%)	7 (1,5%)	0,66
2014	396 (19,1%)	- 58 (- 2,8%)	121 (30,6%)	267 (67,4%)	0 (0,0%)	4 (1,0%)	4 (1,0%)	0,59
2015	398 (19,2%)	+ 2 (+ 0,1%)	133 (33,4%)	253 (63,6%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)	10 (2,5%)	0,61
2016	355 (17,2%)	- 43 (- 2,0%)	130 (36,6%)	216 (60,9%)	0 (0,0%)	3 (0,8%)	6 (1,7%)	0,55
2012-16	2069 (100%)							

Нередко конечной целью суицидальных действий подозреваемых, обвиняемых и осуждённых может быть не уход из жизни, а вторичная выгода. Так человек пытается добиться особых условий содержания или признания его психически невменяемым [2-4, 7, 12].

Цель данного исследования – анализ состояния, динамики и факторов суицидов в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации среди подозреваемых, обвиняемых и осуждённых.

Материал и методы: подвергнуты разностороннему анализу следующие документы: 1) данные Росстата; 2) отчеты психологических служб УИС по форме ПС-1; 3) сведения из информационных карт по форме Ос. Сцд; 4) акты служебных проверок по фактам суицида; 5) материалы инспекторских и контрольных проверок.

Результаты и обсуждение.

Анализ динамики суицидов в учреждениях УИС России в Российской Федерации за последние 5 лет указывает на снижение к 2016 г. его уровня до 17,2% (от общего числа самоубийств за период с 2012 по 2016 гг.).

Таблица 1 отражает в целом позитивную тенденцию в общей картине суицидов, несмотря на возросший уровень криминализации и делинквентности лиц, поступающих в учреждения УИС, что, отчасти, можно объяснить декриминализацией ряда статей УК РФ.

В ходе аналитической работы установлено, что в 2016 г. подозреваемыми, обвиняемыми и осуждёнными, содержащимися в СИЗО и исправительных учреждениях УИС (ИК,

ВК, тюрьмах и больницах), было совершено 355 суицидов, что на 10,8% меньше, чем в 2015 г. (398 случаев). При этом уровень суицидов (здесь и далее – в расчете на 1 тысячу человек) снизился с 0,61 до 0,55. Стоит пояснить, что постепенное снижение уровня суицидов в учреждениях УИС согласуется с аналогичной общероссийской тенденцией, наблюдаемой на протяжении 14 лет и указывающей на постепенное сокращение количества самоубийств в масштабах страны. В МЛС данный факт может объясняться повышением эффективности превентивных мер.

Сравнительный анализ статистики суицидов, совершенных в учреждениях УИС в 2016 г., показал, что в исправительных колониях (ИК) было допущено 60,9% от общего количества суицидов 2016 г. – это на 2,7% меньше, чем в аналогичный период прошлого года (далее – АППГ). В то же время доля самоубийств в СИЗО увеличилась до 36,6% (прирост составил 3,2%) (см. табл. 1).

Анализ картины суицидов в УИС в 2015-2016 гг. путём определения их уровня в расчёте на 1000 человек показал, что, несмотря на большее количество самоубийств, происходящих в 2016 г. на ИК, уровень суицидов в них намного ниже – 0,41, чем в СИЗО – 1,17 (табл. 2). Данная тенденция соответствует общемировой практике, о которой речь шла выше (арест, судебное разбирательство, неопределённость наказания, а также камерное содержание подозреваемых и обвиняемых оказывают более сильное психологическое воздействие на человека, чем содержание в ИК).

Таблица 2

Показатели уровня суицидов в учреждениях УИС в 2015-2016 гг. в расчете на 1 тыс. человек

Год	Число суицидов в учреждениях УИС					Уровень суицидов на 1 тыс. чел.
	СИЗО	Исправительные колонии (ИК)	Воспитательные колонии (ВК)	Тюрьмы	Больницы	
2015	1,15	0,48	0	1,08	1,00	0,61
2016	1,17	0,41	0	1,41	0,57	0,55

В больницах в 2016 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечено уменьшение числа суицидов на 0,8%, при этом уровень суицидов в них также снизился с 1,00 до 0,57. Как и в 2015 г., суицидов не было зарегистрировано в воспитательных колониях (ВК).

В 2016 г. тюрьмах было совершено 0,85% от общего числа самоубийств в учреждениях УИС. Причём здесь уровень суицидов оказался относительно самым высоким – 1,41 (в аналогичный период прошлого года – 1,08, то есть увеличился на 0,33).

В целом стоит отметить, что наибольший уровень суицидов в 2016 г., как и в аналогичном периоде прошлого года, наблюдался в тюрьмах и СИЗО, осуществляющих покамерное содержание. Это означает, что необходимость усиления профилактики самоубийств в данных видах учреждений возрастает.

Основным способом самоубийства в местах заключения является самоповешение (удушение) как наиболее доступный. Второе место занимает нанесение самоповреждений (чаще «вскрытие вен»), сопровождающихся кровопотерей. Падение с высоты как способ суицида не получило широкое распространение в местах лишения свободы в связи с особенностями их архитектуры (высота зданий 2-3 этажа).

Таблица 3

Суициды среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, содержащихся в учреждениях УИС, состоящих на профилактическом учете по разным основаниям

Год	Всего суицидов в учреждениях УИС	Количество суицидентов, состоявших на учёте	
		п	%
2012	466	134	28,8
2013	454	139	30,6
2014	396	115	29,0
2015	398	117	29,4
2016	355	127	35,8

В 2016 г. из 355 подозреваемых, обвиняемых и осужденных, совершивших суицид, на учете у психолога состояло 30,1%, а на профилактическом учёте (по разным основаниям) – 35,8%, что на 6,4% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года (29,4%) и предыдущие годы (табл. 3).

В соответствии с Концепцией развития УИС до 2020 г., одним из приоритетных направлений работы с осужденными является оказание им адресной социальной и психологической помощи. В связи с этим значительно активизировалась психодиагностическая работа, в результате чего большее количество осужденных оказывается на профилактическом учете.

В 7% случаев суицид был совершён в первые часы пребывания в СИЗО, когда психодиагностическое обследование вновь прибывших заключённых под стражу ещё не было проведено, а значит, не были приняты меры, помогающие отдельным из них совладать со стрессом, вызванным теми факторами, которые были отмечены выше. В настоящее время на начальном этапе пребывания подозреваемых и обвиняемых в следственном изоляторе проводится только первичная экспресс-диагностика, позволяющая выявить лиц, нуждающихся в экстренной психологической помощи, а постановка на профилактический учёт осуществляется после более глубокой диагностики.

Анализ заключений служебных проверок показал, что основными недостатками служебной деятельности, способствовавшими совершению суицидов являются: 1) ненадлежащий надзор за подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными (94%), в том числе неэффективно проводимая обысковая работа, допустившая наличие у них запрещенных предметов (12%); отсутствие видеонаблюдения либо проблемы в его работе (12%); нарушение порядка вывода данных лиц из камер (7%); 2) недостаточная воспитательная и профилактическая работа среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных (77%); 3) ненадлежащее психологическое сопровождение лиц, склон-

ных к суициду и членовредительству (49%); 4) недостаточная информированность сотрудников учреждений УИС о наличии конфликтных взаимоотношений или трудных жизненных ситуаций у подозреваемых, обвиняемых и осужденных (47%); 5) невыполнение сотрудниками учреждений УИС рекомендаций психолога (6%).

Выборочный анализ данных, содержащихся в информационных картах по форме Ос. Сцд (специальная информационная карточка, которая заполняется при оформлении факта попытки суицида), с их последующей математико-статистической обработкой (корреляционный анализ по Пирсону) позволил составить уголовно-правовые, уголовно-исправительные, социально-демографические и социально-психологические характеристики суицидентов, а также выявить закономерности, значимые для профилактики суицидов в УИС.

Так, уголовно-правовые характеристики суицидентов 2016 г. свидетельствуют о том, что из всех встреченных у них составов преступлений самыми представленными оказались *преступления против собственности* (ст.ст. 158, 159, 161, 162, 166, 167 УК РФ), на долю которых приходится 28,9%. Значительное количество среди суицидентов лиц, совершивших преступления против собственности, объясняется тем, что в общей массе осужденных данная категория является наиболее многочисленной. Таким осужденным обычно назначают небольшие или умеренно длительные сроки наказания за совершение преступлений, в том числе небольшой и средней тяжести (например, ст. 158 УК РФ), и, поэтому они не часто попадают в поле зрения сотрудников учреждений. Они редко признают вину и не стремятся её загладить перед потерпевшими, не испытывают чувства раскаяния и порой даже оправдывают свои преступные действия. При этом сами оказываются не способными пережить чувство рухнувшей надежды (фрустрацию), выдержать стресс, связанный с утратой доминирования в окружающей среде с помощью признаков материального благополучия, которое у них было на свободе; переживают зависимое поведение как угрозу утраты собственной индивидуальности.

За преступлениями против собственности следуют:

– *преступления против жизни и здоровья* (ст.ст. 105, 111, 112, 115, 119 УК РФ) – 24,1%. У данной категории преступников преобладают такие свойства, как ярко выраженный эгоцентризм, враждебность к окружающим лю-

дям, агрессивность, повышенная склонность к риску, высокая чувствительность к обидам. Они не критичны к своим поступкам и не склонны к сопереживанию. Они быстро пресыщаются однообразием, стремятся к постоянной внешней стимуляции, оказывают сильное противодействие внешнему давлению, опираясь лишь на собственное мнение. Их высказывания и действия импульсивны, и часто опережают планомерность и продуманность поступков. В ряде случаев совершение преступления с особой жестокостью вызывает у самих преступников чувства вины, позора, состояние депрессии и стремление покончить с собой;

– *преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности* (ст.ст. 131, 132, 135 УК РФ) – 10,8%. Лица, их совершившие, являются наиболее уязвимых категорий осужденных в плане суицидального поведения. Они совершают суицид не только потому, что у них возникает чувство вины за совершенное преступление. Под влиянием тюремной субкультуры такие осужденные испытывают на себе угрозы, пренебрежение, опасаются сексуального насилия как мести, подвергаются притеснению со стороны криминально зараженных осужденных, то есть приверженцев криминальной субкультуры. Им не всегда обеспечиваются безопасные условия содержания, они находятся в состоянии пенициарного стресса, им не оказывается нужная психологическая помощь, что связано, в основном, с нежеланием самих осужденных обращаться за помощью к психологам;

– *преступления против здоровья населения и общественной нравственности* (ст.ст. 228, 228.1, 232 УК РФ) – 7,4%. Лица, совершившие их, чаще всего характеризуются употреблением наркотических веществ в немедицинских целях и наличием наркотической зависимости. Невозможность удовлетворить тягу к наркотику провоцирует суицидальную попытку.

В числе упомянутых групп преступлений наиболее распространёнными среди суицидентов статьи УК РФ являются: ст. 105 («Убийство») – 14,5%; ст. 158 («Кража») – 12,5%; ст. 111 («Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью») – 8,2%; ст. 162 («Разбой») – 7,1%; ст. 161 («Грабёж») – 5,7%; ст. 131 («Изнасилование») – 5,7%; ст. 228 («Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств...») – 5,7%.

Большинство суицидентов – 79,3% были осуждены, подозревались или обвинялись за особо тяжкие (49,2%) и тяжкие (30,1%) пре-

ступления, что характеризует их как наиболее криминогенную часть населения; остальные лица – за преступления небольшой (18,6%) и средней (2,1%) тяжести.

21,8% суицидентов осуждены на срок от 5 до 10 лет лишения свободы, 20% – более 10 лет лишения свободы, в числе которых 4% лиц осуждены на срок более чем на 15 лет. Приговор не был вынесен в отношении 32% подозреваемых и обвиняемых; 9% осуждено сроком до 5 лет, 4,2% – до 2 лет.

Более чувствительными к отмеченным выше факторам пенитенциарной системы, провоцирующим суициды, оказались: 1) впервые осужденные – 39,3%; 2) имеющие вторую судимость – 25,4%; 3) имеющие третью судимость – 13,5%. Осужденных, имеющих 4 и более судимостей, – 21,8%.

Из общего числа самоубийств, совершенных в исправительных колониях (60,8%), наибольшее количество пришлось на ИК строгого режима – 39,9%, остальные (16,2%) – на ИК общего режима; в колониях-поселениях (далее – КП) суициды совершили 4,7% осужденных. В СИЗО совершено 36,6%, в больницах и тюрьмах – 2,6% от общего числа суицидов. Установлено, что суицид в ИК чаще совершался лицами, не имеющими отца, не признающими свою вину в совершенном преступлении и не поддерживающими отношения с близкими, тогда как в колониях-поселениях – лицами, имеющими противоположные характеристики (из полных семей, поддерживающими отношения с близкими и признающими вину в совершенном преступлении).

Социально-демографические характеристики: наибольшее число суицидов приходится на возраст 21-30 лет – 38%; 31-40 лет – 29%; 41-50 лет – 18%. В других возрастах суициды реже (18-20 лет – 5%, 51-60 лет – 9%; более 60 лет – 1%). Наибольшее количество суицидентов имели среднее профессиональное (33%) или основное общее (23%) образование, остальные лица – начальное (4,6%), неполное высшее, высшее (4,4%) или среднее общее (3%). Жильём были обеспечены 74% суицидентов. 67% лиц данной категории были не женаты (не замужем), 13% находились в разводе, 20% – состояли в законном браке; 32% – имели детей. Таким образом, на основе представленных данных, можно заключить, что суициды в основном совершаются относительно социально-благополучными лицами (среднего – работоспособного возраста, имеющими жильё, образование), но не имеющими семьи.

Социально-психологические характеристики: 68% из них поддерживали социальные связи. При этом установлено, что более тесные отношения с близкими людьми достоверно чаще поддерживали осужденные-суициденты, отбывающие наказание в учреждениях строгого или особого видов режима, имеющие очередную судимость, большой срок наказания и в период, приближающийся к его окончанию (47,3%). Такие лица отличались наличием соматических заболеваний, совершали ранее суицидальные попытки, в том числе в местах лишения свободы, находились на учётах у психиатра и психолога. Из них каждый третий (32%) не имел семьи, детей, постоянного места жительства, образования и в целом отличался отсутствием социально полезных связей. Эти лица представляли собой группу наибольшего социального риска.

Состояние психического и физического здоровья: на учёте у психиатра состояло 25,4% подозреваемых, обвиняемых и осуждённых с диагнозами: наркомания (14%), алкоголизм (12,5%), слабоумие в форме дебильности, органическое поражение головного мозга, а также расстройства личности, наличие которых повышает риск аутоагрессивного поведения осуждённых [5]. Такие лица часто были неоднократно судимы. 35,2% лиц данной категории страдали соматическими заболеваниями разного генеза (туберкулез, ВИЧ-инфекция, гепатит В, С и др.; 2% – имели инвалидность). Более ¼ суицидентов (27,5%) ранее демонстрировали аутоагрессивное поведение: не менее 1 суицидальной попытки в прошлом совершали 16,6% и неоднократно – 10,9%. Как правило, эти лица находились под наблюдением врача и психолога учреждения.

Сведения о вероисповедании лиц, совершивших самоубийство: 44,6% из них относились к религии нейтрально, 32,1% – исповедовали Православие и 11,9% – Ислам. При анализе отношения суицидентов к совершенному преступлению выявилась его достоверно значимая связь с религиозностью и долей отбытого наказания. Установлено, что свою вину, особенно с течением времени отбывания наказания, чаще признавали лица, обратившиеся к религии (44%). В общей сложности свою вину в совершённом преступлении признавали 64% суицидентов, 13% – только частично, 23% – полностью отрицали.

Психологические особенностей суицидентов: им свойственны: 1) эмоциональная нестабильность, напряженность (66%); 2) вспыльчивость, импульсивность (40%); 3) избиратель-

ность в контактах, замкнутость, холодность в общении, осторожность, недоверчивость, скрытность, подозрительность (26%); 4) тревожность, ощущение отсутствия будущего и собственной ненужности, пессимизм (24%); 5) раздражительность и агрессивность при неуверенности в себе и низкой самооценке – у 22%.

Анализ обстоятельств совершения суицида показал, что аутоагрессивные действия совершались на всех *периодах отбывания наказания*: 25,9% лиц совершили суицид, находясь в ожидании судебного решения; 19,2% – на первом году отбывания наказания. 27,5% суицидентов совершили аутоагрессивный акт, отбыв менее, а 18,7% – более половины срока. Стоит заметить, что суициденты, отбывшие более половины срока, как правило, хорошо адаптированы в МЛС, знают требования администрации и криминальной субкультуры, рассматривают своё пребывание в учреждении УИС как один из неизбежных этапов своей жизни. Их суицидальное поведение объясняется негативным восприятием однообразных условий отбывания наказания; ощущением отсутствия поддержки, психологической усталости, бессилия; растущим нежеланием находиться в изоляции; остроконфликтными взаимоотношениями с другими осуждёнными; наличием проблем, связанных с криминальной субкультурой, и непреодолимого желания избавиться от них даже путем ухода из жизни; виной перед близкими, которым они не могут оказать нужную помощь; разрушением социальных связей, осознанием бесперспективности и бессмысленности своего существования.

В 2016 г. 2% осужденных покончили с собой на последнем году отбывания наказания, что связано с высокой тревожностью, обусловленной скорым освобождением, страхом перед неизвестностью и отсутствием перспектив на свободе. Подобные случаи суицида характерны для лиц с длительными сроками отбывания наказания, у которых к концу срока социальные связи, как правило, были утрачены.

Анализ временных данных свидетельствует о том, что больше всего суицидов совершено весной – в марте и апреле 2016 г. (по 15%), а также в летние месяцы – в июне и августе (15% и 16% соответственно) и меньше всего – в осенне-зимний период: с сентября по январь (1,5% – 2,5%), что в целом отражает общие тенденции сезонности суицидальной активности.

Преимущественное число суицидальных действий (76%) совершено в дневное время – в уединенных местах, запираемых помещениях и

на производстве (06⁰⁰-07⁰⁰ ч. – 15%, 08⁰⁰-12⁰⁰ ч. – 22%, 13⁰⁰-18⁰⁰ ч. – 27%, 18⁰⁰-21⁰⁰ ч. – 12%), то есть в период наибольшей концентрации сотрудников учреждения; 24% – в ночное (22⁰⁰-05⁰⁰ часов).

Совершение суицида осуществлялось двумя способами: путём механической асфиксии (самый распространенный – 92,3%) и нанесения себе порезов на теле (7,7%). Самоповешение в условиях изоляции является наиболее доступным и эффективным способом совершения суицида, поскольку, как правило, заканчивается летальным исходом. К самоповешению чаще прибегали осуждённые, имеющие обоих живых родителей в отличие от лиц, совершающих суицид с кровопотерей. Самоубийство с применением колюще-режущих предметов в основном совершается при демонстративно-шантажном или аффективном поведении. При этом вероятность успеха суицидальной попытки невысока, поскольку в случае обнаружения суицидента ему будет оказана медицинская помощь.

По оценке психологов, мотивами совершения суицида являлись: 1) утрата смысла жизни, состояние фрустрации в связи с перспективой отбывания наказания – 35%; 2) конфликты с родными, развод или разрыв отношений с близкими людьми, утрата социально-значимых связей – 23%; 3) неадекватное состояние психического или физического здоровья (алкогольная, наркотическая зависимости; острый психоз; тяжелая болезнь и др.) – 12%; 4) длительный срок отбывания наказания – 11%; 5) чувство вины перед родственниками, осознание тяжести совершенного преступления – 8%; 6) конфликт с другими осужденными – 4%; 7) потребность привлечь внимание окружающих (демонстративно-шантажное поведение) – 3%. При этом, п.п. 1, 5 характерны в большей степени для СИЗО, п.п. 2, 3, 4 для осуждённых, содержащихся в исправительных учреждениях, а п.п. 6 и 7 распространены в равной степени как для СИЗО, так и в ИК.

Краткое заключение по результатам анализа проблемы суицида в УИС сводится к тому, что тенденция на снижение уровня самоубийств в МЛС может закрепиться. Однако для этого необходимо усилить деятельность сотрудников УИС по ряду направлений: 1) профилактика суицидов, и, в первую очередь – в СИЗО и тюрьмах; 2) психодиагностическое обследование 100% лиц, поступающих в учреждение УИС, причём с обязательным составлением и внесением психологических характеристик в личные дела подозреваемых, обвиня-

емых и осуждённых. При этом наряду с применением формализованных методов экспресс-диагностики, предпочтение желательно отдавать персональной беседе с четко построенным интервью; 3) повышение психологической компетентности сотрудников УИС, непосредственно работающих с подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными: организация для них разноуровневых курсов повышения квалификации (например, в форме семинаров-практикумов «Интервенция, превенция и поственция суицидов в УИС» [10] и др.).

Напомним, что в целях профилактики самоубийств в мировой практике используются различные подходы: 1. *Медицинская модель* (рассматривает попытку суицида как крик о

помощи, и оказывает её методами медикаментозного лечения, консультирования, психотерапии). 2. *Социологическая модель* (ориентирована на выявление факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями). 3. *Экологическая модель* (исследуются связи суицидов с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте; устанавливаются контроль и ограничения доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии). Однако, на наш взгляд, в УИС, начиная с СИЗО, требуется социально-психологическая модель профилактики суицида, берущая в расчёт условия формирования суицидального поведения и его мотивацию, которая находится в стадии разработки [6].

Литература:

1. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Хрестоматия по суицидологии. Киев: А.Л.Д., 1996. С. 177-182.
2. Дикопольцев Д.Е. О способах и причинах самоубийств осужденных в местах лишения свободы // Новая наука: современное состояние и пути развития. 2016. № 9. С. 84-85.
3. Ковалев О.Г., Тимонин Н.М. Психология суицидального поведения осужденных: монография. Владимир: Юрист, 2002. 103 с.
4. Сысов А.М. Психология аутоагрессивного поведения осужденных и его предупреждение: Дис. ... канд. психол. наук. – Рязань, 2002. 220 с.
5. Чернышкова М.П. Расстройства личности осужденных исправительных учреждений как фактор риска аутоагрессивного поведения // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2016. № 6-2 (89). С. 161-165.
6. Мамченко А.М., Цветкова Н.А. Научно-теоретические предпосылки социально-психологической профилактики суицида у подсудимых, находящихся в СИЗО // Ученые записки РГСУ. 2016. Т. 15, № 2. С.71-79.
7. Дебольский М.Г., Матвеева И.А. Суицидальное поведение осужденных, подозреваемых и обвиняемых в местах лишения свободы [Электр. ресурс] // Психология и право. 2013. – № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63783.shtml> (дата обращения: 02.05.2017).
8. Кузнецов П.В. Мотивы и факторы антисуицидального барьера у мужчин, совершивших суицидальную попытку в условиях следственного изолятора // Суицидология. 2014. Т.5, №4. С.58-65.
9. Кузнецов П.В. Суицидальные попытки следственно-арестованных мужчин: способы и средства // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 3. – С. 30-32.
10. Цветкова Н.А., Колесникова Н.Е. Интервенция, поственция и превенция суицидальных состояний у взрослых. Псков: ПЮИ ФСИН России, 2011. – 116 с.
11. Узлов Н.Д. Приговоренные к жизни: самооценка агрессивности и чувства вины осужденными к пожизненному сроку лишения свободы // Суицидология. 2015. Т. 6, № 1 (18). С. 42-53.
12. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. 2008. V.47, №4. P.433-449.

Reference:

1. Shnejdman Je. Desjat' obshhih chert samoubijstv i ih znachenie dlja psihoterapii // Hrestomatija po suicidologii. Kiev: A.L.D., 1996. S. 177-182. (In Russ)
2. Dikopol'cev D.E. O sposobah i prichinah samoubijstv osuzhdennyh v mestah lisheniya svobody // Novaja nauka: sovremennoe sostojanie i puti razvitija. 2016. № 9. S. 84-85. (In Russ)
3. Kovalev O.G., Timonin N.M. Psihologija suicidal'nogo povedenija osuzhdennyh: monografija. Vladimir: Jurist, 2002. 103 s. (In Russ)
4. Sysoev A.M. Psihologija autoagressivnogo povedenija osuzhdennyh i ego preduprezhdenie: Dis. ... kand. psihol. nauk. – Rjazan', 2002. 220 s. (In Russ)
5. Chernyshkova M.P. Rasstrojstva lichnosti osuzhdennyh ispravitel'nyh uchrezhdenij kak faktor riska autoagressivnogo povedenija // Novaja nauka: Opyt, tradicii, innovacii. 2016. № 6-2 (89). S. 161-165. (In Russ)
6. Mamchenko A.M., Cvetkova N.A. Nauchno-teoreticheskie predposylki social'no-psihologicheskoy profilaktiki suicida u podsledstvennyh, nahodjashhsja v SIZO // Uchenye zapiski RGSU. 2016. T. 15, № 2. S.71-79. (In Russ)
7. Debol'skij M.G., Matveeva I.A. Suicidal'noe povedenie osuzhdennyh, podozrevaemyh i obvinjaemyh v mestah lisheniya svobody [Elektr. resurs] // Psihologija i pravo. 2013. – № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63783.shtml> (data obrashhenija: 02.05.2017). (In Russ)
8. Kuznetsov P.V. The motives and factors anticuicidal barrier men who committed suicide attempt in the pretrial detention centre // Suicidology. 2014. V. 5, № 4. P. 58-65. (In Russ)
9. Kuznetsov P.V. Suicide attempts of investigative-arrested men: ways and means // Tyumen Medical Journal. 2013. V. 15, № 3. P. 30-32. (In Russ)
10. Cvetkova N.A., Kolesnikova N.E. Intervencija, postvencija i prevencija suicidal'nyh sostojanij u vzroslyh. Pskov: PJuI FSIN Rossii, 2011. – 116 s. (In Russ)
11. Uzlov N.D. Sentenced to life: self-assessment of aggression and sense of guilt of condemned to lifelong terms of imprisonment // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1 (18). – P. 42-53. (In Russ)
12. Brown S., Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management // J. Offender Rehabil. 2008. V.47, №. P.433-449.

SUICIDES AMONG THE SUSPECTS, INDICTED AND CONVICTS: AN ANALYTICAL REVIEW

M.P. Chernyshkova, N.A. Tsvetkova, L.P. Lobacheva, M.G. Debolsky, D.E. Dikopol'tsev

Scientific Research Institute of the Federal Service for the Execution of Punishments, Moscow, Russia
Russian state social University, Moscow, Russia

Abstract:

The article analyzes the status, dynamics and factors of suicide in the penitentiary system of the Russian Federation among the suspects, accused and convicted persons. It is defined that for 5 years (2012-2016) reduction in suicides reached 17.2% of their total number, and the level of suicides per 1 thousand people for this period decreased from 0.65 in 2012 and 0.66 in 2013 to 0.55 in 2016; the highest level of suicides is observed in prisons and detention cen-

ters. We present generalized characteristics of suicide attempters who committed suicides in 2016 choosing two methods - mechanical asphyxia (92.3%) and body cuts (7.7%). The majority of suiciders (79.3%) were convicted, suspected or accused for the most serious (49.2%) and serious (30.1%) crimes. They were typified with emotional instability, tension (66%); irascibility, impulsiveness (40%); selectivity in contacts, aloofness, offishness, caution, distrust, suspicion (26%); sensitivity to criticism, anxiety, feeling of hopelessness and uselessness, pessimism (24%); irritability and aggressiveness combined with lack of confidence and low self esteem (22%). Among the named motives for suicide were: the loss of meaning of life (35%); conflict or breakup with significant people (23%); inadequate mental or physical health (12%); duration of punishment (11%); guilt (8%); conflict with other prisoners (4%); the need to attract attention by demonstrative-blackmailing behavior (3%). Risk factors of suicide in prison were determined as the uncertainty of the situation; authoritarian environment; the loss of control over life events; the denial of contact with family and the shortage of social and psychological support; the feeling of shame for their actions and fear of losing liberty; inhumane aspects of detention in etc. The following factors add up to them while in jail: acquaintance with the criminal case materials, the indictment, the approaching court date or sentencing after conviction, community isolation and placement in a closed environment; regime that ignores individuality, teaches to obey and lacks autonomy; abrupt limitation of opportunities to meet personal needs; changes in usual stereotype; communication with a limited circle of persons and the criminal environment; forced tenure into same-sex social groups, etc. Attention is drawn to the fact that the risk of suicide increases if the suspect, accused or convicted person abused alcohol or used drugs, made a suicide attempt in the past and/or suffers from a mental disorder. The authors reveal a number of drawbacks in service activities that contributed to the suicide completion. It is concluded that to preserve the trend in the annual decrease in suicide rates it is necessary to strengthen the activities of employees in a number of areas, to develop and introduce social-psychological model of suicide prevention in the penitentiary system.

Key words: penitentiary system; suspects, accused persons and convicted persons; suicides; prevention

УДК: 616.89-008

СУИЦИДЫ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА ДО И ПОСЛЕ РАСПАДА СССР: АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ ТРЕНДОВ

Ю.Е. Разводовский, С.В. Кандрычын

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
УЗ «Минская областная клиническая больница», пос. Лесной, Минский р-н, Республика Беларусь

Контактная информация:

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

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

Эпидемиологические параметры туберкулеза и самоубийств широко используются в качестве индикаторов социального неблагополучия. На сегодняшний день имеются теоретические основания, и накоплен достаточный объём эмпирического материала, позволяющий обсуждать существование зависимости между суицидами и туберкулёзом, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Цель исследования: сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза на территории бывшего СССР: в трёх восточнославянских (Россия, Украина, Беларусь) и трёх прибалтийских государствах (Литва, Латвия, Эстония) за период с 1981 по 2012 год. Результаты корреляционного анализа по Спирману говорят о существовании положительной, статистически значимой связи между трендами уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза в течение рассматриваемого периода в России ($r=0,42$; $p<0,022$), Беларуси ($r=0,55$; $p<0,001$), Литве ($r=0,77$; $p<0,000$), Латвии ($r=0,88$; $p<0,000$), Эстонии ($r=0,85$; $p<0,000$). В Украине эта связь также положительная, но статистически не значима ($r=0,26$; $p<0,139$). Согласно результатам корреляционного анализа, во всех странах существует тесная положительная связь между изучаемыми показателями в советский период. В постсоветский период эта связь сохранилась в странах Прибалтики, в то время как в восточнославянских государствах она исчезла. Выводы: в целом, представленные данные подтверждают гипотезу о том, что показатель смертности от туберкулёза и уровень смертности от самоубийств могут рассматриваться в качестве индикаторов психосоциального дистресса, проявления которого нарастали в условиях социально-экономического кризиса, вызванного распадом СССР.

Ключевые слова: смертность от туберкулёза, самоубийства, тренды, республики СССР, 1981-2012 годы

Среди всего набора индикаторов социального неблагополучия эпидемиологические характеристики туберкулёза и самоубийств имеют особое значение. Эти показатели широко используются в практике социальных исследований, при этом исследователи часто наделяют каждый из этих показателей интегральной значимостью [1-3]. Исходно предполагается, что зависимость между эпидемиологическими показателями туберкулёза и уровнем самоубийств обусловлена характером функционирования социальных институтов или уровнем социального благополучия. Вместе с тем, остаются без внимания конкретные механизмы её формирования, действующие, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне, а так же характер выстраивания этой зависимости во времени, то есть в перспективе исторического развития стран и регионов.

Сегодня выглядит обоснованным мнение о том, что зависимость между различными формами социальной патологии на территории бывшего СССР в большей степени обусловлено действием социально-психологических механизмов, чем действием причин социально-экономического характера [4]. Именно в этом теоретическом ключе, нами будет обсуждаться динамика показателей самоубийств и смертности от туберкулёза. Такой подход предполагает участие факторов психологической и духовной сферы в формировании обоих показателей. И если в генезе самоубийств участие этих факторов представляется очевидным, то по отношению к туберкулёзу их значимость представляется второстепенной, а во главу поставлен контакт с инфекционным агентом, хотя общеизвестно, что частота контакта с инфекцией и уровень инфицированности отдельных групп населения намного превосходит реальный уровень заболеваемости [1].

Многие исследователи подчёркивают роль психосоциальных механизмов в развитии туберкулёза, а сами показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза предлагают рассматривать в качестве индикатора психосоциального дистресса [1, 2, 5]. Ещё в 1826 году французский интернист Лаеннес отмечал, что в патогенезе туберкулёза особенно значимыми являются не внезапные удары судьбы и тяжёлые душевные травмы, а хронические состояния, изнуряющие напряжения и конфликты [6]. Значительно позднее эти состояния определялись такими понятиями как хронический стресс или психосоциальный дистресс. Сегодня, обсуждая зависимость в развитии туберкулёза от состояния социальной среды и ду-

ховного климата в обществе, специалисты снова подчёркивают, “что дезадаптивное функционирование в преморбидном периоде актуализируется не столько в объективно тяжёлых психотравмирующих обстоятельствах, сколько в пространстве повседневного бытового и социального взаимодействия, обуславливая так называемый стресс обыденной жизни” [7].

Именно при рассмотрении в психосоматическом и психо-социальном ракурсе представляется обоснованной долговременная зависимость в формировании таких разнородных популяционных показателей, как смертность от туберкулёза и уровень самоубийств [7, 8]. В то же время оба эти показателя могут рассматриваться в качестве индикаторов широкого набора проявлений социального дистресса. Известно, что лица со сниженной социальной адаптацией наиболее подвержены интенсивным психоэмоциональным воздействиям, обуславливающим каскад патологических реакций в организме [5]. Поэтому и в генезе самоубийств и в генезе туберкулёза представляется обоснованным выстраивание этиопатогенетической цепочки между стессогенным и протективным эффектом социокультурной среды. Негативное воздействие внешних факторов усиливается в кризисные периоды, и, параллельно, возрастает значимость защитных механизмов, позволяющих индивиду преодолеть это воздействие, а при их недостаточности отреагировать запуском патологических реакций.

В ряде предыдущих исследований была предпринята попытка выявления связи между суицидами и смертностью от туберкулёза на популяционном уровне. В одном из них было показано, что в период с 1990 по 1995 годы в странах Восточной Европы уровень суицидов положительно коррелировал с уровнем смертности от туберкулёза, в то время как в странах Западной Европы такая взаимосвязь отсутствовала [8]. При этом уровень обоих видов смертности был значительно выше в странах Восточной Европы. Эти данные подтверждают мнение о том, что уровень смертности от туберкулёза, наряду с уровнем суицидов, является одним из индикаторов социально - экономического кризиса в республиках бывшего СССР и странах восточного блока.

На обобщённую эпидемиологическую значимость факторов психологического и социокультурного содержания в формировании показателей уровня самоубийств и смертности от туберкулёза также указывают результаты региональных исследований, рассматривающих устойчивость и зависимость в характере рас-

пределения этих показателей на территории бывшего СССР [1].

Сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от туберкулёза в бывших советских республиках представляет интерес с точки зрения изучения влияния на их уровень и динамику социально-экономических факторов. В бывшем СССР три восточнославянские и три прибалтийские республики находились в сходных социально - экономических условиях и относились к республикам с высоким уровнем суицидов и высоким уровнем заболеваемости и смертности связанной с алкоголем [9]. После распада СССР эти республики выбрали разные модели социально - экономического развития, что существенно образом отразилось на ряде показателей, характеризующих состояние здоровья. Так в отличие от республик Прибалтики и России, где экономические реформы носили шоковый характер, в Беларуси процесс приватизации шел медленными темпами, и на сегодняшний день большая часть собственности осталась в собственности государства. В то время как, массовая приватизация и связанный с нею рост безработицы, может рассматриваться в качестве одной из причин «сверхсмертности» в этот период [10, 11].

В настоящей работе с целью дальнейшего изучения связи между психосоциальным дистрессом и туберкулезом на популяционном уровне был проведен сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от туберкулёза в трёх восточнославянских (Россия, Украина, Беларусь) и прибалтийских государствах (Литва, Латвия, Эстония) в период с 1981 по 2012 год.

Материалы и методы.

Использованы стандартизированные коэффициенты смертности от самоубийств и смертности от туберкулёза в расчёте на 100 тыс. населения. Связь между изучаемыми показателями изучалась за весь период с 1981 по 2012 год, а также дифференцированно за советский (с 1981 по 1991 гг.) и постсоветский (с 1992 по 2012 гг.) периоды. Показатель смертности от туберкулёза является одним из наиболее информативных и надежных показателей, поскольку он наименее подвержен искажениям и с большей степенью достоверности отражает эпидемическую ситуацию по этому заболеванию [12]. Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ по Спирману) проводилась с помощью программного пакета «Statistica 10».

Результаты и их обсуждение.

Наиболее высокое среднее значение показателя суицидов за весь рассматриваемый период отмечался в Литве, а самый низкий – в Украине (табл. 1). Динамика уровня суицидов демонстрировала схожий паттерн во всех странах: снижение в середине 1980-х гг., резкий рост в начале 1990-х гг., с последующей тенденцией к снижению данного показателя.

Вместе с тем, имеют место некоторые различия в динамике уровня самоубийств в разных странах, касающиеся амплитуды колебаний и времени достижения пикового уровня. Минимальная амплитуда колебаний уровня суицидов отмечалась в Литве, а минимальная – в Украине. Пикового уровня за весь рассматриваемый период показатель суицидов достиг в следующей последовательности: Латвия – 1991 г., Эстония и Россия – 1992 г., Литва – 1993 г., Беларусь – 1994 г.

Таблица 1

Средние показатели (на 100 тыс. населения) уровня суицидов и смертности от туберкулёза за период с 1981-2012 гг.

Страна	Суициды	Смертность от туберкулёза
Россия	31,4±6,4	14,7±4,6
Украина	22,6±4,0	15,4±5,4
Беларусь	26,9±5,9	6,7±2,0
Литва	36,5±7,4	11,8±4,7
Латвия	27,3±7,3	9,1±2,2
Эстония	26,3±8,5	5,9±2,6

Наиболее высокое среднее значение показателя уровня смертности от туберкулёза за весь рассматриваемый период отмечался в Украине, а самый низкий – в Эстонии. Динамика уровня смертности от туберкулёза, также как и динамика уровня суицидов демонстрировала S-образный тренд. Максимальная амплитуда колебаний уровня смертности от туберкулёза отмечалась в Украине, а минимальная – в Литве. Пикового уровня за весь рассматриваемый период показатель смертности от туберкулёза достиг в следующей последовательности: Литва, Латвия и Эстония – 1993 г., Беларусь – 2002 г., Россия и Украина – 2003 г.

Визуальный анализ графических данных свидетельствует о схожей динамике уровня суицидов и уровня смертности от туберкулёза в странах Балтии, причём тренды данных показателей были достаточно близки как в советский, так и в постсоветский период (рис. 1-3).

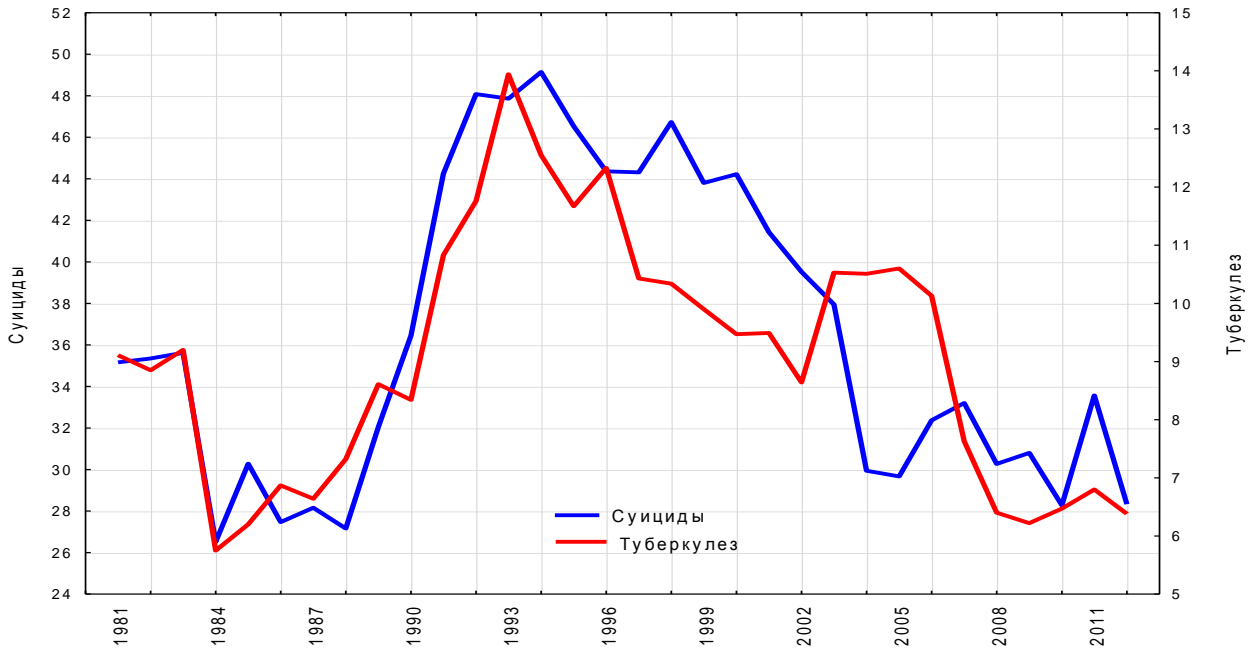


Рис. 1. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулёза в Литве в период с 1981 по 2012 гг.

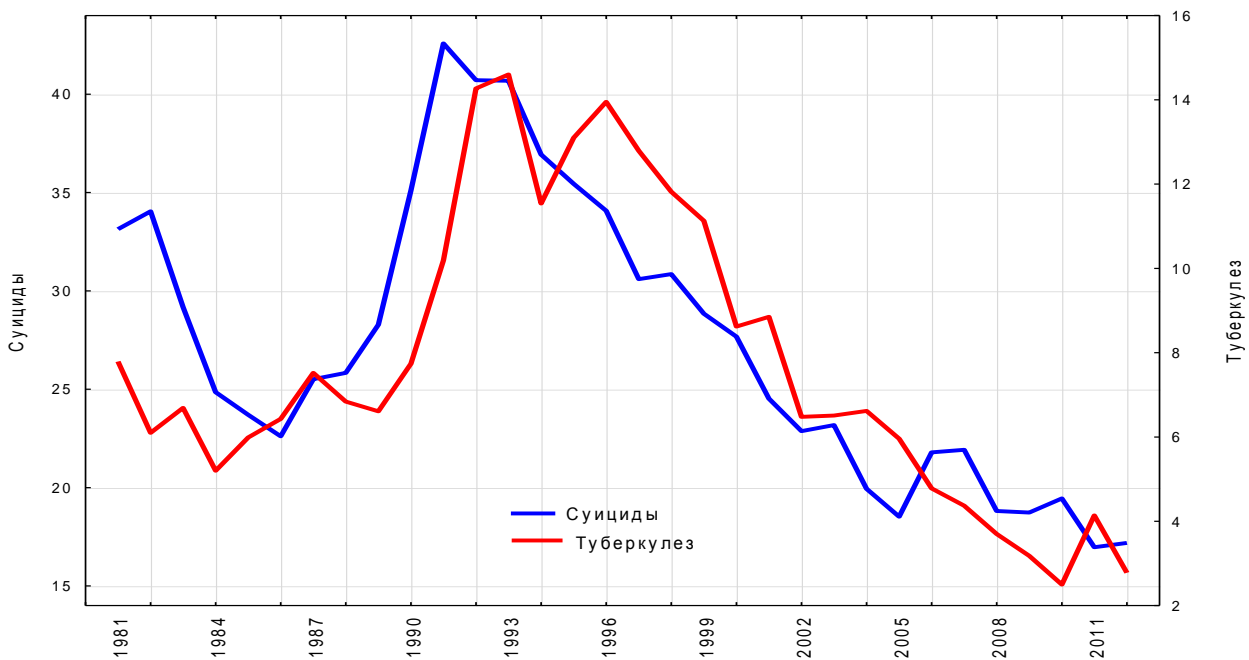


Рис. 2. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулёза в Латвии в период с 1981 по 2012 гг.

В восточнославянских государствах динамика изучаемых показателей была схожей в советский период и существенно различалась после распада СССР: во второй половине 1990-х гг. и начале нынешнего века уровень смертности от туберкулёза рос на фоне снижения уровня суицидов (рис. 4-6).

Результаты корреляционного анализа говорят о существовании положительной, статистически значимой связи между трендами уровня суицидов и уровня смертности от туберкулёза в течение рассматриваемого периода

во всех странах, кроме Украины, где эта связь была хоть и положительная, но статистически не значима (табл. 2). Следует отметить, что связь между изучаемыми показателями в республиках Прибалтики более тесная, чем в восточнославянских государствах.

Согласно результатам корреляционного анализа, во всех странах существует тесная положительная связь между изучаемыми показателями в советский период.

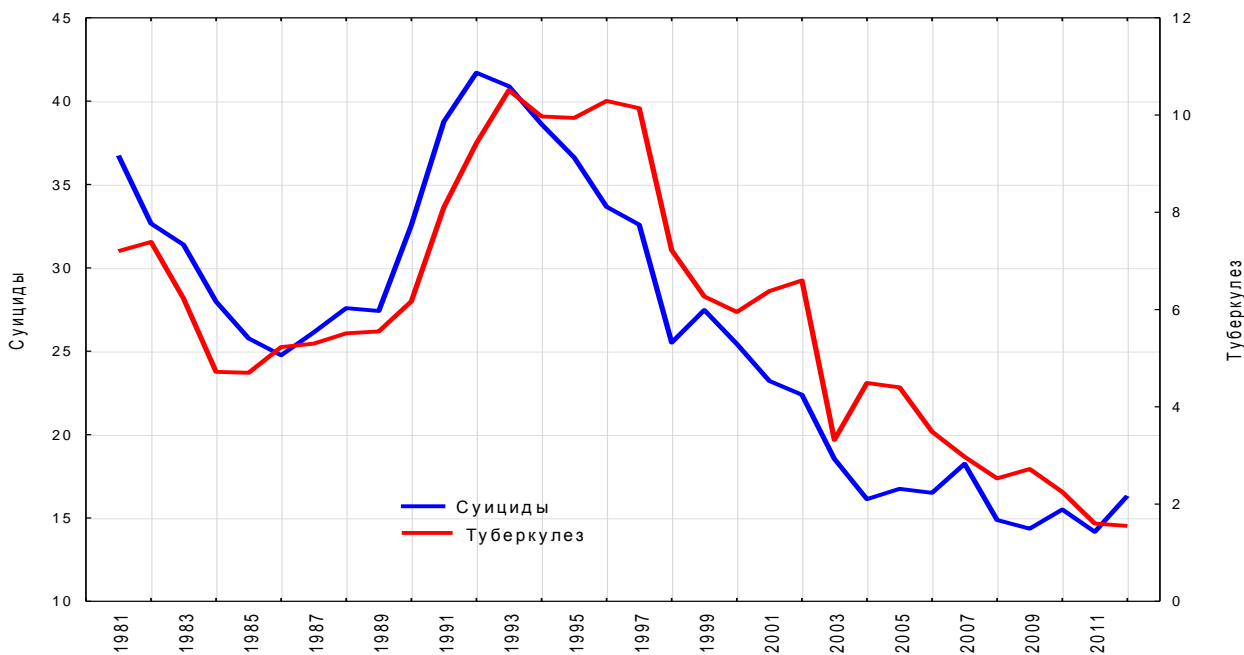


Рис. 3. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулеза в Эстонии в период с 1981 по 2012 гг.

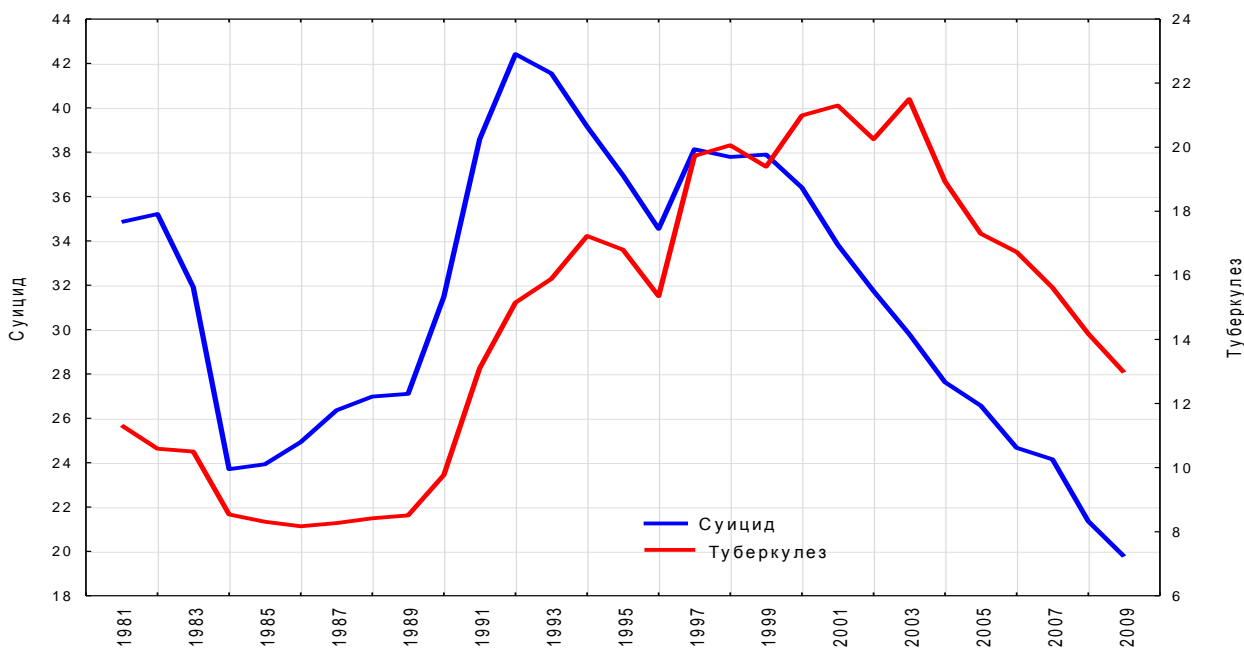


Рис. 4. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулёза в России в период с 1981 по 2010 гг.

В постсоветский период эта связь сохранилась в странах Прибалтики, в то время как в восточнославянских государствах она исчезла. Представленные данные естественным образом поднимают вопрос относительно причины исчезновения после 1991 года связи между трендами суицидов и смертности от туберкулёза в трёх восточнославянских странах. Исчезновение этой связи может быть обусловлено воздействием каких-то факторов, оказавших влияние на динамику обоих либо одного из рассматриваемых показателей. Учитывая то об-

стоятельство, что динамика уровня суицидов во всех шести странах была достаточно схожей, речь, вероятно, должна идти о факторах, повлиявших на динамику уровня смертности от туберкулёза.

Очевидно, что психосоциальный дистресс, вызванный социально-экономическим кризисом и резким падением уровня жизни населения, явился важной детерминантой роста уровней суицидов и смертности от туберкулёза в 1990-х гг. прошлого века.

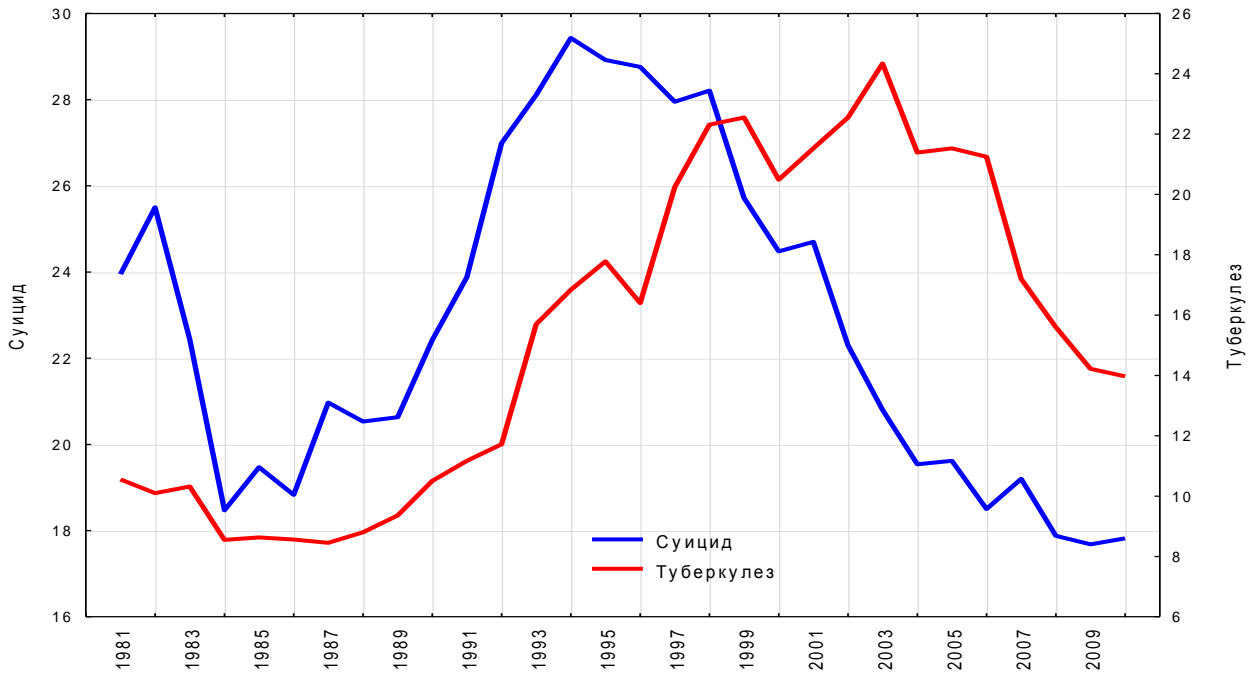


Рис. 5. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулёза в Украине в период с 1981 по 2010 гг.

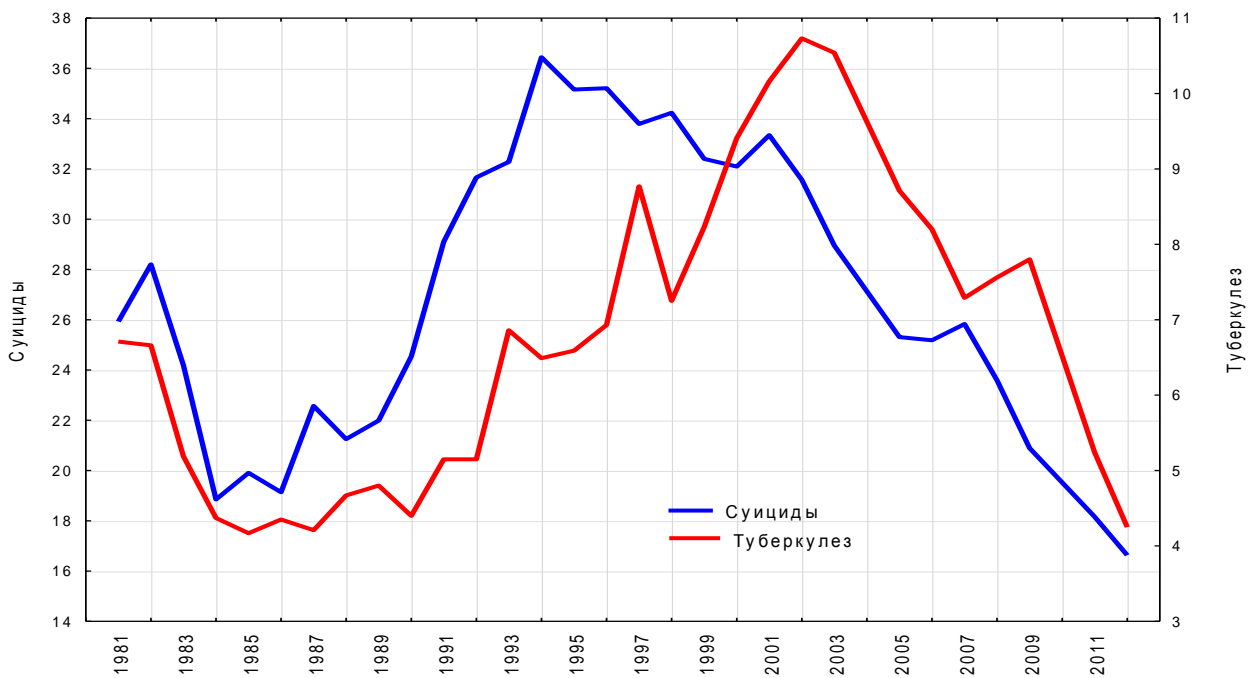


Рис. 6. Динамика уровня суицидов и смертности от туберкулёза в Беларуси в период с 1981 по 2012 гг.

Вместе с тем, влияние фактора психосоциального дистресса не стоит переоценивать, поскольку, несмотря на разные темпы проведения приватизации, динамика смертности от туберкулёза в них была схожей (что демонстрируют тренды трёх восточнославянских государств).

Важной детерминантой уровня смертности от туберкулёза является качество оказания

противотуберкулёзной помощи населению. По всей видимости, такие факторы как недостаточное финансирование противотуберкулёзных мероприятий, сокращение контрольных обследований населения, разрушение вертикали управления противотуберкулёзной службой и её разобщение с общей лечебной сетью явились одной из причин резкого роста уровня смертности от туберкулёза после 1991 г. [13, 14].

Результаты корреляционного анализа

Страна	1981-2012		1981-1991		1992-2012	
	r	p	r	p	r	p
Россия	0,42	0,022	0,67	0,183	0,20	0,433
Украина	0,26	0,139	0,76	0,007	0,10	0,686
Беларусь	0,55	0,001	0,71	0,015	0,03	0,904
Литва	0,77	0,000	0,81	0,003	0,68	0,000
Латвия	0,88	0,000	0,65	0,029	0,92	0,000
Эстония	0,85	0,000	0,86	0,000	0,90	0,000

Причинами снижения уровня смертности от туберкулёза в последующие годы являются: стабилизация социально-экономической ситуации и повышение уровня жизни населения, улучшение финансирования здравоохранения, повышение качества противотуберкулёзной помощи населению [14].

Поскольку изучаемые нами явления относительно независимы друг от друга, речь идёт о совпадающих трендах, сформировавшихся под влиянием каких-то общих неучтённых факторов. Один из таких потенциальных факторов связан с чрезмерным употреблением алкоголя [9]. Влияние алкогольного фактора на уровни суицидов и смертности от туберкулёза отчетливо проявилось в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов, которая является наиболее известным экспериментом в области алкогольной политики [15]. Резкое ограничение доступности алкоголя в этот период сопровождалось существенным снижением уровня суицидов, а также уровня смертности от туберкулёза. Вместе с тем, нельзя отрицать влияния на динамику изучаемых показателей в середине 1980-х гг. фактора «ожидания позитивных перемен», связанных с перестройкой [16].

В качестве ограничения данного исследования следует отметить снижение качества использованных данных в постсоветский пери-

од, в особенности в трёх восточнославянских государствах. Ряд исследователей указывает на то, что в силу социальной значимости отдельных видов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств, имеют место определённые манипуляции со статистикой смертности [17]. Проблема качества данных касается и эпидемических параметров туберкулёза [14]. Надёжность данных уровня смертности от туберкулёза зависит от качества диагностики причин смерти больных от туберкулёза и сопутствующих заболеваний. Некоторые исследователи отмечают, что при заполнении *врачебных* свидетельств о смерти допускается много ошибок, что искажает официальную статистику [12].

Таким образом, результаты настоящего исследования говорят о существовании на популяционном уровне связи между уровнем суицидов и уровнем смертности от туберкулёза в республиках бывшего Советского Союза. Следовательно, подтверждается гипотеза о том, что показатель смертности от туберкулёза может рассматриваться в качестве индикатора психосоциального дистресса, проявления которого усилились в условиях социально-экономического кризиса. Вместе с тем, к трактовке полученных результатов необходимо подходить с осторожностью, учитывая ряд методологических ограничений.

Литература:

1. Кандрычын С.В. Исторические и социокультурные аспекты эпидемиологии туберкулёза // Псковский регионологический журнал. 2017. № 2. С. 51–60.
2. Разводовский Ю.Е. Смертность от туберкулёза и суициды в Беларуси в 1970 – 2005 гг. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. № 7. С. 23–25.
3. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б., Кандрычын С.В. Самоубийства и эпидемиологические параметры туберкулеза в России: популяционный уровень связи // Суицидология. 2017. Т. 8, № 1. С. 39–46.
4. Гундаров И.А., Полесский В.А. Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска – к резервам здоровья и социальной профилактике. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016.

References:

1. Kandrychyn S.V. Istoricheskie i sociokul'turnye aspekty jepidemiologii tuberkuljoza // Pskovskij regionologicheskij zhurnal. 2017. № 2. S. 51-60. (In Russ)
2. Razvodovskij Ju.E. Smertnost' ot tuberkuljoza i suicidy v Belarusi v 1970 – 2005 gg. // Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. 2007. № 7. S. 23-25. (In Russ)
3. Razvodovsky Y.E., Zotov P.B., Kondrychyn S.V. Suicide and epidemiological parameters of tuberculosis: population level of relationship // Suicidology. 2017. Vol. 8, № 1. P. 39-46. (In Russ)
4. Gundarov I.A., Poleskij V.A. Profilakticheskaja medicina na rubezhe vekov. Ot faktorov riska – k rezervam zdorov'ja i social'noj profilaktike. M.: GJeOTAR-Media. 2016. (In Russ)

5. Филиппова Т.П., Васильева Л.С., Кочкин А.В., Савватеева В.Г., Шеметов А.В., Русак Д.М. Современные тенденции эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Сибирский медицинский журнал. 2009. Т. 90, № 7. С. 13–16.
6. Laënnec R.T.H. De l'auscultation mediate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et de Coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. T. 2. Paris: J. A. Brosson et J. S Chaudé, 1819. Available on: <http://www.gallica.bnf.fr>
7. Lerner B.H. Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949-1961 // Ann. Intern. Med. 1996. Vol. 124, № 7. P. 673–680.
8. Kondrichin S., Lester D. Tuberculosis and suicide // Psychological Reports. 2001. № 89. P. 326.
9. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов // Суицидология. 2016. Т. 7, № 1. С. 3–10.
10. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. 2012. № 4. С. 28–40.
11. Stuckler D., King L., McKee M. Mass privatization and the postcommunism mortality crisis. A cross-national analysis // The lancet. 2009. Vol. 373, № 9661. P. 399–407.
12. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 12. С. 40–49.
13. Нечаева О.Б., Шестаков М.Г., Скачкова Е.И., Фурсенко С.Н. Социально-экономические аспекты туберкулеза // Проблемы управления здравоохранением. 2010. № 6. С. 16–22.
14. Шилова М.В. Смертность населения и больных туберкулезом от туберкулеза и других причин и факторы, оказывающие влияние на ее уровень // Инфекционные болезни. Спецвыпуск. 2015. №1. С. 32–37.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. 2011. Vol. 2. P. 67–74.
16. Varnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund, G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries // Acta Psychiatr Scand. 1998. № 98 (Suppl. 394). P. 20–25.
17. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian Mortality Crisis and the Quality of Vital Statistics // Population Research and Policy Review. 2008. Vol. 27, № 5. P. 551–574.
5. Filippova T.P., Vasil'eva L.S., Kochkin A.V., Savvateeva V.G., Shemetov A.V., Rusak D.M. Sovremennye tendencii jepidemiologicheskoy situacii po tuberkuljozu v Rossii // Sibirskij medicinskij zhurnal. 2009. T. 90, № 7. S. 13–16. (In Russ)
6. Laënnec R.T.H. De l'auscultation mediate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et de Coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. T. 2. Paris: J. A. Brosson et J. S Chaudé, 1819. Available on: <http://www.gallica.bnf.fr>
7. Lerner B.H. Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949-1961 // Ann. Intern. Med. 1996. Vol. 124, № 7. P. 673–680.
8. Kondrichin S., Lester D. Tuberculosis and suicide // Psychological Reports. 2001. № 89. P. 326.
9. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicides in Russia, Ukraine and Belarus: a comparative analysis of trends // Suicidology. 2016. Vol. 7, № 1. P. 3–10. (In Russ)
10. Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR // Suicidology. 2012. № 4. P. 28–40. (In Russ)
11. Stuckler D., King L., McKee M. Mass privatization and the postcommunism mortality crisis. A cross-national analysis // The lancet. 2009. Vol. 373, № 9661. P. 399–407.
12. Nechaeva O.B., Skachkova E.I., Kucherjavaja D.A. Monitoring tuberkuleza v Rossijskoj Federacii // Tuberkulez i bolezni legkih. 2013. № 12. S.40–49. (In Russ)
13. Nechaeva O.B., Shestakov M.G., Skachkova E.I., Fursenko S.N. Social'no-jekonomicheskie aspekty tuberkuleza // Problemy upravlenija zdavoohraneniem. 2010. № 6. S. 16–22. (In Russ)
14. Shilova M.V. Smernost' naselenija i bol'nyh tuberkulezom ot tuberkuleza i drugih prichin i faktory, okazyvajushhie vlijanie na ee uroven' // Infekcionnye bolezni. Specvypusk. 2015. №1. С. 32–37. (In Russ)
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. 2011. Vol. 2. P. 67–74.
16. Varnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund, G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries // Acta Psychiatr Scand. 1998. № 98 (Suppl. 394). P. 20–25.
17. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian Mortality Crisis and the Quality of Vital Statistics // Population Research and Policy Review. 2008. Vol. 27, № 5. P. 551–574.

SUICIDES AND MORTALITY FROM TUBERCULOSIS BEFORE AND AFTER DISSOLUTION OF USSR: THE TRENDS ANALYSIS

Y.E. Razvodovsky, S.V. Kandrychyn

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Minsk regional hospital, Minsk, Belarus

Abstract:

Introduction: Tuberculosis and suicide belong to the medico-social problems and their epidemiological parameters are often considered as the indicators of psychosocial distress. There are theoretical premises and empirical evidence which suggest the positive association between suicide and mortality from tuberculosis both at individual and population levels. **Aims:** The aim of the present study is to run a comparative analysis between the epidemiological parameters of tuberculosis and the suicide rates in the republics of former Soviet Union: Slavic republics (Russia, Ukraine, Belarus) and Baltic republics (Lithuania, Latvia, Estonia). **Methods:** Trends in tuberculosis mortality and the suicide rates from 1981 to 2012 were analyzed employing Spearman correlation analysis in order to assess bivariate relationship between the time series. **Results:** The results of analysis indicate the presence of a statistically significant positive association between tuberculosis mortality and suicide rates in Russia ($r=0,42$; $p<0,022$), Belarus ($r=0,55$; $p<0,001$), Lithuania ($r=0,77$; $p<0,000$), Latvia ($r=0,88$; $p<0,000$), Estonia ($r=0,85$; $p<0,000$). In Ukraine this association is positive, but statistically not significant ($r=0,26$; $p<0,139$). According to correlation analysis results all countries share a strong positive relation between studied parameters during the Soviet period. In the post-Soviet period the relation was preserved in Baltic countries but disappeared in Slavic countries. **Conclusions:** This study indirectly supports the hypothesis that tuberculosis mortality can be considered as an indicator of psychosocial distress, the manifestations of which were increased after dissolution of the former USSR.

Key words: tuberculosis mortality, suicide, trends, republics of former USSR, 1981-2012

ТРАГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ РОДСТВЕННИКОВ КАК АКТИВНЫЙ СЦЕНАРНЫЙ КОНСТРУКТ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А.В. Меринов, М.А. Байкова, О.П. Зотова

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Рязань, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

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

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

Зотова Ольга Павловна – ассистент кафедры разработки и эксплуатации нефтяных и газовых месторождений ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38. Телефон: (3452) 28-36-60; специалист Школы превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А. Телефон: (3452) 90-68-81

Цель. Данная работа посвящена изучению вопроса о влиянии наличия трагических смертей в роду на антивита́льный профиль человека. Известно, что гибель родственника может являться просуицидальным феноменом, безусловно, нуждающимся в уточнении его значимости. Мы решили эмпирическим путём оценить важность его для суицидологической практики, особенно в отношении комплексной оценки риска аутоагрессивного поведения. Материалы и методы. Была исследована группа студентов, общий пул которых составил 966 человек; из них знающих о наличии трагической смерти в собственной родословной было 233 человека, группу контроля составили 733 человека. Так же попутно мы обследовали группу студентов, имевших и не имевших в роду долгожителей (более двух человек старше 80-ти лет), взяв их в качестве «сценарно» противоположной группы. Результаты. Выяснено, что респонденты, знающие о наличии трагической смерти в роду склонны к наличию суицидальных мыслей (29% опрошенных), совершению попыток суицида (10%), длительному переживанию депрессии (54% респондентов), рискованному поведению, а так же к различного рода телесным повреждениям, выражающимся в виде пренебрежительного отношения к телу (ожоги, обморожения, самопорезы). Таким образом, установлено, что знание о наличии трагической смерти в роду «плотно» ассоциировано с различными антивита́льными паттернами поведения и их предикторами. Это позволяет отметить указание респондентом на наличие в семье трагической смерти к важным аспектам формирования потенциального суицидального риска и может быть использовано в качестве одного из вопросов при скрининговой оценке такового.

Ключевые слова: суицидология, аутоагрессия, молодые люди, трагическая смерть, долгожители, депрессия, суицид

Мы достаточно часто наблюдаем в средствах массовой информации скоростную, трагическую, насильственную смерть людей разного возраста, социального происхождения, вероисповедания, другой расовой принадлежности. Сообщения о террористических актах, авиакатастрофах, бессмысленных убийствах и политических преступлениях, предложенные нам «на завтрак» стали до такой степени обыденными, что многие давно превратили их в часть общего «шумового» фона. Нас интересует лишь отношение этих смертей к нам самим. Если же мы получаем информацию о смерти некоего абстрактного человека, то чаще легко дистанцируемся от этого факта, вытесняя дан-

ный пласт информации, лишь повторяя слова, которые требуют от нас нормы приличия: «Какой ужас!». Совсем другое дело, если данная трагическая смерть касается непосредственно нас самих.

Известно, что смерть близкого человека, особенно внезапная, неким образом способна деструктивно отражаться на всех родственниках погибшего, так как, минимум, «активирует» в них реакцию проживания утраты [1, 2], напоминая о конечности собственной жизни, заставляет произвести оценку уже прожитого отрезка, что, вероятно, является мощным фактором, запускающим формирование сценария жизни [3, 4], либо, «дорабатывая» его, внося

существенные коррективы. Это, вероятно, способно приводить к искусственному «ускорению» ритма жизни, необдуманному и рискованному поведению, в целом увеличивая аутоагрессивную направленность личности. Эти реакции изучены и в той или иной мере предсказуемы [5]. Однако как точно влияет подобное знание на общий уровень аутоагрессии в долгосрочной перспективе до конца не изучено.

Цель исследования: изучить влияние наличия трагических смертей в роду на аутоагрессивный профиль потомства.

Материалы и методы.

Для получения ответов на поставленные вопросы нами обследовано 966 студентов. Из них 83,0% (n=802) на базе кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России; 17,0% (n=164) на кафедре разработки и эксплуатации нефтяных и газовых месторождений ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет» (ТИУ). Сравнение полученных первичных данных из двух площадок исследования показало их однородность, что позволило в дальнейшем материал подвергнуть анализу в соответствии с поставленной целью работы.

Изначальный дизайн исследования подразумевал разделение общей группы респондентов на две крупные когорты по следующим признакам: знание о наличии трагических смертей в семье, соответственно группой контроля в данном случае были респонденты, не имеющие такового; и наличие в семье долгожителей (лиц старше 80-ти лет) – здесь соответственно группой контроля были лица, у которых в семье не было долгожителей.

Таким образом, в исследовании приняли участие 233 человека, имевших погибшего родственника (группа с трагической смертью родственников – ГТСП) и 733 – не имеющих (группа не имеющих трагически погибшего родственника – ГНТСП). Возраст в первой группе составил 20,94±0,19 года и 21,08±0,25

года для второй группы респондентов. Обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям, единственным значимым различием в группах являлось наличие либо отсутствие знания о наличии трагической смерти в роду.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [5]. Для оценки показателей личностно-психологического профиля были использованы: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, тест Mini-Mult (сокращённый вариант MMPI), а также опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI, а также тест-опросник «Шкала предписаний» [5].

Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0. Применение статистических методов определения достоверности различий между изучаемыми группами также определялось характером распределения и типом исследуемых переменных. В случае нормального распределения признаков применялся t-критерий Стьюдента. В иных случаях применялись методы непараметрической статистики (использовались метод χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса). Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$. Выборочные дескриптивные статистики представлены в виде $M \pm m$.

Результаты и обсуждение.

На первом этапе было оценено присутствие классических суицидальных феноменов в исследуемых группах, что отражено в таблице 1.

Представленные данные убедительно демонстрируют, что в группе ГТСП, по большинству показателей классической суицидальной активности значения, полученные нами в ходе исследования, превышают таковые в группе ГНТСП.

Таблица 1

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов ($p < 0,05$)

Признак	ГТСП, n=233		ГНТСП, n=733		χ^2	p
	n	%	n	%		
Попытка суицида у респондента в анамнезе	23	9,9	38	5,2	6,57	0,0104
Наличие суицидальных мыслей в течение последних двух лет	43	18,5	86	11,7	6,90	0,0086
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе	67	28,8	155	21,1	5,78	0,0162
Суицид родственника в анамнезе	40	17,2	58	7,9	16,61	0,0001

Таблица 2

Основные статистически значимые отличия в отношении предикторов аутоагрессии ($p < 0,05$)

Признак	ГТСП, n=233		ГНТСП, n=733		χ^2	P
	n	%	n	%		
Обращение за психиатрической помощью в анамнезе	12	5,2	16	2,2	5,53	0,0187
Длительное переживание чувства вины в анамнезе	98	42,1	232	31,7	8,52	0,0035
Частое ощущение одиночества в анамнезе	105	45,1	264	36,0	6,13	0,0133
Частота депрессивных реакций в анамнезе	126	54,1	328	44,7	6,18	0,0129
Переживание чувства безысходности в течение последних двух лет	91	39,0	205	28,0	10,23	0,0014
Переживание чувства безысходности в анамнезе	105	45,1	231	31,5	14,31	0,0002
Стыд тела в анамнезе	134	57,5	338	46,1	9,19	0,0024
Убежденность в наличии физического недостатка	61	26,2	135	18,4	6,59	0,0103
Наличие комплекса неполноценности в анамнезе	100	42,9	222	30,3	12,70	0,0004
Способность представить собственные похороны и горе родственников	128	54,9	338	46,1	5,51	0,0189
Угрызение совести в течение жизни	94	40,3	208	28,4	11,78	0,0006
Субъективная оценка себя, как повышено агрессивного	101	43,3	238	32,5	9,19	0,0024
Гибель родителя	26	11,2	18	2,5	30,80	0,00001
Общение с суицидентом ранее 2-х последних лет	32	13,7	57	7,8	7,50	0,0062
Общение с суицидентом в анамнезе	37	15,9	71	9,7	6,83	0,0090

При этом стоит отметить, что суицид родственника, предположительно, выступает не только в качестве «трагической смерти», знание о которой в дальнейшем будет передаваться из поколения в поколение, но и, вероятно, в виде провоцирующего фактора, что демонстрирует такой предиктор, как общение с суицидентом ($p \leq 0,05$). Здесь необходимо подчеркнуть, что трагические смерти родственников носили, преимущественно, несуйцидальный характер.

Оценим теперь представленность наиболее значимых предикторов аутоагрессивного поведения в группах.

Группа ГТСП характеризуется, в значительно большей степени, следующим комплексом суицидологических предикторов: обращение за психиатрической помощью, чувство вины, стыда, безысходности. Основные чувства, которые «ассоциированы» с знанием о наличии трагической смерти, это одиночество, длительно переживаемая вина, безысходность, от которой невозможно избавиться, чувство стыда и вины за происходящие события, угрызения совести, гетероагрессия. Всё это не только формируют общий депрессивный «фон», но и становятся стереотипными (привычными) в условиях стрессовых ситуаций [4, 7].

Таблица 3

Основные статистически значимые отличия в отношении несуйцидальных паттернов аутоагрессивного поведения ($p < 0,05$)

Признак	ГТСП, n=233		ГНТСП, n=733		χ^2	P
	n	%	n	%		
Наличие хронических болезней	127	54,0	346	47,2	3,77	0,0521
Неоднократные операции в анамнезе	78	33,5	174	23,7	8,70	0,0032
Склонность к переяданию	134	57,5	329	44,9	11,29	0,0008
Увлечение опасными хобби в анамнезе	44	18,9	84	11,5	8,48	0,0036
Подверженность насилию в последние два года	11	4,7	12	1,6	7,23	0,0072
Братания в анамнезе	44	8,9	80	10,9	10,04	0,0015
Склонность к риску в анамнезе	65	27,9	148	20,2	6,11	0,0135
Обморожения в анамнезе	14	6,0	23	3,4	3,96	0,0467
Ожоги в анамнезе	43	18,5	85	11,6	7,24	0,0072

Таблица 4

Основные статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик ($p < 0,05$)

Признак	ГТСП, n=233	ГНТСП, n=733	Критерий Стьюдента	P
Послание «Не существуй»	16,67±0,423	14,96±0,23	3,64124	0,000286
Послание «Не принадлежи»	14,62±0,51	12,77±0,24	3,58017	0,000361
Послание «Не будь нормальным»	14,97±0,42	13,28±0,21	3,77559	0,000169
Послание «Не думай»	15,81±0,49	13,72±0,25	3,96435	0,000079
Шкала Mini-Mult Hs	4,16±0,18	3,52±0,088	3,45612	0,000572
Шкала Mini-Mult D	6,59±0,19	5,78±0,09	4,03380	0,000059
Шкала Mini-Mult Pa	3,68±0,14	3,16±0,074	3,35340	0,000829
Шкала Mini-Mult Pt	6,84±0,24	5,73±0,12	4,28285	0,000020
Шкала Mini-Mult Sch	6,46±0,25	5,21±0,12	4,71347	0,000003
Шкала Mini-Mult Ma	5,61±0,16	4,83±0,08	4,51635	0,000007
Защитный психологический механизм «Регрессия»	5,82±0,18	5,24±0,095	2,93918	0,003370
Защитный психологический механизм «Компенсация»	4,53±0,13	4,14±0,078	2,46236	0,013978
Защитный психологический механизм «Проекция»	8,43±0,19	7,90±0,11	2,37993	0,017512
Защитный психологический механизм «Замещение»	4,13±0,172	3,72±0,09	2,12724	0,033656
Шкала теста STAXI «Ax/In»	14,5±0,31	13,47±0,14	3,27633	0,001089

Перейдём к анализу представленности несуицидальных паттернов в группах, что отражено в табл. 3. Видно, что несуицидальные аутоагрессивные паттерны поведения у респондентов ГТСП представлены не только соматическим направлением (наличие хронических болезней, операций, ожогов, обморожений), но так же рискованно-виктимным поведением. Респонденты изучаемой группы проявляют пренебрежительное отношение к своему телу, по сравнению с контрольной группой, хорошо согласуется с данными, приведенными в табл. 2 (высокая частота комплекса неполноценности, убежденность в наличии физического недостатка).

В заключительной части работы рассмотрим значимые отличия в отношении личностных характеристик респондентов. Из представленных данных в табл. 4 видно, что по 11 «родительским посланиям» из 12 существующих (согласно теории транзакционного анализа) [6, 7], есть статистически значимые отличия в исследуемой группе по сравнению с группой контроля, демонстрирующие более высокие показатели в группе испытуемых.

Социально одобряемый «поиск смерти» в данной группе респондентов, так же, возможно, объяснить с точки зрения теории транзакционного анализа, как активацию послания «Не живи» в случае, если респондент стал оче-

видцем гибели родственника, либо формированием и/или передачей сценарной матрицы в том случае, если родители рассказывали респонденту в то время, когда тот ещё был ребёнком, о трагической гибели одного из родственников [4, 7]. В подобных случаях повествование о погибшем может пойти в двух взаимоположенных направлениях, ведущих тем не менее к одному исходу. В первом случае, мама ругает ребёнка и сообщает ему, что он «будет как погибший...», похож на погибшего», который скончался, часто вследствие несправедного и невоздержанного образа жизни [8, 9]. В случае же второго варианта, мать (или отец) с гордостью повествует ребёнку о трагической, но героической судьбе одного из своих родственников, основным нарративом такой истории выступает неосознанное или полуосознанное желание родителя вызвать в ребёнке чувство гордости за одного из предков, и желание прожить героическую, но трагическую судьбу [7]. И тот и другой сценарий в полной мере находят своё отражение в полученных данных: в виде активации аутоагрессивного радикала в соматическом, аддиктивном, виктимном направлениях, так же находят своё выражение в рискованном поведении. Таким образом, возможно, запускается программа «быть как...», направленная на самоуничтожение.

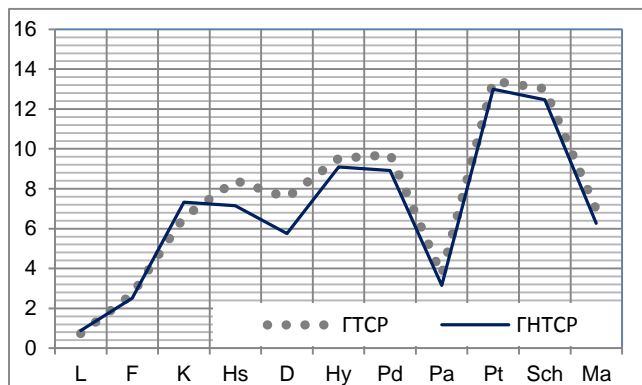


Рис. 1. Личностные профили респондентов в группах ГТСР и ГНТСР.

Защитные механизмы, которые более склонны использовать респонденты ГТСР, это: регрессия, компенсация, проекция и замещение. Это логично сочетается с личностными характеристиками данной группы, полученными при обработке результатов опросника Mini-Mult.

В личностном профиле респондентов исследуемой группы (как позволяют нам судить высокие шкалы Hs, D, Pa, Pd), происходит своеобразный «конфликт интересов» между миром внутренних желаний, устремлений и инстинктивных порывов (Pd), и некой настороженностью, не достигающей степени выраженной паранойяльности, однако не позволяющей расслабиться, держащей всегда начеку (Pa), склонностью к астено-невротическому типу реагирования (Hs), что порождает высокое внутриличностное напряжение, которое реализуется в различного рода депрессивных реакциях (D) и психастении (Pt). Для наглядности приведём графическое представление шкал Mini-Mult, что отражено на рис. 1.

Это порождает уход от реальности, стремление к отчужденности, эмоциональную холодность (Sch) и при этом нарочито приподнятое настроение (Ma), что респонденты данной группы используют в виде социальных «масок», которыми прикрывают свою внутреннюю импульсивность и противоречивость.

В данном контексте, в условиях психотравмирующих и стрессовых ситуаций, респонденты испытуемой группы, склонны к регрессии, к более ранним типам реагирования, «уходу в болезнь» [10], к замещению одного действия (или потребности) другим, более «безопасным» или социально-приемлемым. Так же обнаруживается склонность к проецированию неприятных чувств и эмоций, которые

они испытывают, на других людей, что может порождать социальные конфликты, некую отчужденность от различных групп. Всё это в полной мере сочетается с личностными характеристиками и использованием защитного механизма «компенсация», что позволяет данной группе респондентов преодолевать или «корректировать» свои личностные и поведенческие «недостатки».

Тем не менее, данный подход не только не облегчает внутреннего напряжения, а скорее наоборот, вызывает его усиление, приводя, в конечном итоге, к возрастанию раздражительности, агрессивности. Невозможность же выразить агрессию во вне, в связи с внутренней потребностью «держат лицо», приводит к направленности её на себя (Ax/In). И, уже на данном этапе, мы можем с уверенностью сказать, что полученные данные указывают на высокую напряженность аутоагрессивного радикала исследуемой группы. В дальнейшем планируется оценка просуицидальной напряженности среди респондентов, знающих о наличии трагической смерти в семье, с учётом их гендерной принадлежности.

Мы не обнаружили статистически значимых в суицидологическом плане отличий между группами респондентами, имеющими и не имеющими долгожителей в роду. Это позволило сделать вывод о том, что наличие таковых в роду не влияет на выраженность аутоагрессивных паттернов поведения и их динамику в жизни индивида.

Выводы:

1. Знание о наличии трагической смерти в роду является феноменом, ассоциированным с суицидальным и иным аутоагрессивным поведением.

2. Наличие в семье долгожителей (лиц старше 80-ти лет) не оказывает существенного контр-аутоагрессивного действия.

3. Знание о наличии трагической смерти в роду чаще вызывает у индивида просуицидальные эмоциональные состояния: чувство одиночества, безысходности, депрессии, вину.

4. Личностно-психологические характеристики исследуемой группы демонстрируют наличие внутреннего противоречия, которое усугубляет, а возможно и обуславливает общее депрессивное состояние респондентов, а также склонность направлять агрессию «на себя», таким образом, проявляя мнимый компромисс между внутренней импульсивностью и общепринятыми нормами поведения.

5. Полученные данные можно использовать при скрининговой оценке суицидологического риска, а также использовать в качестве

опорных признаков при разработке инструментария для подобных исследований.

Литература:

1. Рейнгольд Дж. С. Мать, тревога и смерть. Комплекс трагической смерти / науч. ред. проф. В.М. Астапова, пер. с англ.: В.М. Астапов, И. Метлицкая. М.: ПЕР СЭ, 2004. 68 с.
2. Азарных Т.Д. Посттравматические стрессы юношеского возраста, вызванные смертью близких // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 3. С. 3-4.
3. Berne E. What do you say after you say hello // New York: Grove Press, 1972. 318 p.
4. Азарных Т.Д. Острая реакция на стресс у женщин // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 3. С. 48-50.
5. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А.В. Меринов. М., 2012. 48 с.
6. Drego P. The cultural parent // Transactional Analysis Journal. 1983. Vol. 13. P. 224-227.
7. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. N-Y: Grove Press, 1961. 318 p.
8. Меринов А.В., Сомкина О.Ю. Сценарные аспекты реализации аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн. 2013. № 1. С. 95-118 – URL: http://humjournal.rzgm.ru/uploadfiles/03_Merinov_A_Somkina_O_2011_01.pdf
9. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпикрип как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. 2012. № 1. С. 28-39.
10. Нэнси Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. В. Снигур. М.: Класс, 2015. 217 с.

References:

1. Rejngol'd Dzh. S. Mat', trevoga i smert'. Kompleks tragicheskoy smerti / nauch. red. prof. V.M. Astapova, per. s angl.: V.M. Astapov, I. Metlickaja. M.: PER SJe, 2004. 68 s. (In Russ)
2. Azarnyh T.D. Posttraumatic stress adolescence, caused by the death of loved ones // Tyumen Medical Journal. 2014. V. 16, № 3. P. 3-4. (In Russ)
3. Berne E. What do you say after you say hello // New York: Grove Press, 1972. 318 p. (In Russ)
4. Azarnyh T.D. Acute stress response in women // Scientific forum. Siberia. 2016. V. 2, № 3. P. 48-50. (In Russ)
5. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkohol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06 / A.V. Merinov. M., 2012. 48 s. (In Russ)
6. Drego P. The cultural parent // Transactional Analysis Journal. 1983. Vol. 13. P. 224-227.
7. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. N-Y: Grove Press, 1961. 318 p.
8. Merinov A.V., Somkina O.Ju. Scenarnye aspekty realizacii autoagressivnyh patternov v sem'jah muzhchin, stradajushhih alkohol'noj zavisimost'ju // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: jelektron. nauch. zhurn. 2013. № 1. S. 95-118 – URL: http://humjournal.rzgm.ru/uploadfiles/03_Merinov_A_Somkina_O_2011_01.pdf (In Russ)
9. Merinov A.V., Shustov D.I., Vasjatkina N.N. Episcrypt as a variant of intrafamilial dynamics of autoaggressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence // Suicidology. 2012. № 1. P. 28-39. (In Russ)
10. Njensi Mak-Vil'jams. Psihoanaliticheskaja diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe: per. s angl. V. Snigur. M.: Klass, 2015. 217 s. (In Russ)

TRAGIC DEATH OF RELATIVES AS ACTIVE PRECEPT'S COMPONENT AND ITS IMPORTANCE FOR A SUICIDE PRACTICE

A.V. Merinov¹, M.A. Baqkova¹, O.P. Zotova²

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

²Industrial University of Tyumen, Russia

Abstract:

This work is devoted to the study of the influence of the presence of tragic deaths in the family to antivital personal profile. Materials and methods: We studied a group of students, the common pool amounted to 966 people; 233 persons knew there was a tragic death in their pedigree, the control group consisted of 733 people. It is known that the death of a relative may be classified as a prosuicide phenomenon though its significance needs to be yet clarified; we decided to empirically assess the importance of it for suicide practices, particularly in relation to integrated assessment of autoaggressive risk behavior. Note that the results of the study confirmed the important role it plays for autoaggressive trajectory formation. At the same time we examined a group of students with and without centenarians in their families (more than two people older than 80 years), taking them as "scriptwriting" opposite group. Results. We found no statistically significant differences in terms of a suicide between the last two groups; which led to the conclusion that the presence of centenarians in pedigree does not affect to the severity of auto-aggressive behavior patterns and their dynamics in the individual's life. It was found that respondents who were aware of the presence of the tragic death in the family were prone to having suicidal thoughts (29%), suicide attempts (10%), long-term experience of depression (54% of respondents), risky behavior, as well as to various self-harming behavior (burns, frostbite, self-cutting). Thus, it was found that knowledge of the existence of the tragic death in the family is closely associated with various antivital patterns of behavior and their predictors. This allows us to mark respondent's indication of the presence of the tragic death in the family as an important aspect of the potential suicide risk formation and can be used as one of the issues in the screening assessment.

Key words: suicidology, autoaggression, young people, the tragic death, centenarians, depression, suicide

ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАЗЛИЧНЫМ РИСКОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ВЫЖИВАНИЕ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС И ПРОЖИВАЮЩИХ В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.В. Лебедева, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин, Т.Н. Сергиенко, Т.Г. Нонка, А.Н. Репин, М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина, Л.Д. Рахмазова

Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск, Россия
Научно-исследовательский институт кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск, Россия

Контактная информация:

Лебедева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-38-24. Старший научный сотрудник отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: 8 (3822) 55-58-32, электронный адрес: lebedevaev@sibmail.com

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: evgeny.schastnyy@gmail.com

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-38-24, электронный адрес: ggsimutkin@gmail.com

Сергиенко Татьяна Николаевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (3822) 55-58-32, электронный адрес: t.sergienko2013@yandex.ru

Нонка Татьяна Геннадьевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (3822) 55-58-32, электронный адрес: ntg@sibmail.com

Репин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (3822) 55-58-31, электронный адрес: ran_12@mail.ru

Аксенов Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением пограничных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-35-16, электронный адрес: max1957@mail.ru

Перчаткина Ольга Эрнстовна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заведующая отделением координации научных исследований НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-35-16, электронный адрес: roa@antline.ru

Рахмазова Любовь Демьяновна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аддитивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-30-01, электронный адрес: lrakhmazova@mail2000.ru

Цель исследования: анализ влияния аффективных расстройств с наличием и отсутствием суицидальных мыслей на выживаемость, и изучение особенностей суицидального поведения у больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС, и проживавших в Томске и Томской области. Материалы и методы. В проспективном когортном исследовании (2008-2014 гг.) наблюдались больные (n=333) хронической ИБС без инвазивных вмешательств; из них 230 мужчин (средний возраст 59,5±9,3) и 103 женщины (средний возраст 67,9±8,9). Для оценки суицидального риска анализировались анамнез и клинические данные в отношении факторов риска суицидального поведения, а также учитывался соответствующий пункт шкалы самооценки депрессии Бека. Пациенты получали стандартное обследование и подвергались рутинному скринингу

шкалами самооценки депрессии (BDI) и тревоги (ShARS). При получении информированного согласия больные осматривались психиатром и, в случае наличия показаний, пролечены антидепрессантами ($n=20$). Далее пациенты разделялись на 2 группы: с коморбидными АР и без них. Для каждой выборки вычисляли среднее и стандартное отклонение при нормальном распределении признака или медиану, 25% и 75% квантили – при его отсутствии; статистическую значимость различий между группами определяли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Вилкоксона (для двух зависимых выборок). Для выявления взаимосвязи признаков использовался корреляционный анализ Спирмена. Для оценки частот использован критерий χ^2 Фишера. Для оценки выживаемости применялся метод Каплана-Мейера. Сравнение кривых выживания проводили с помощью лог-рангового критерия (Кокса-Мантеля). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica-8.0. Результаты. В группах пациентов с АР и без них частота суицидального поведения (по шкале депрессии Бека) статистически значимо отличалась (20,0% и 7,9%; $p<0,01$). Выявлена связь случаев смерти с уровнем суицидального поведения по шкале депрессии Бека ($r_s=0,3$, $p<0,05$) через высокий общий балл по BDI, с тревогой по шкале ShARS и низким уровнем социальной адаптации по шкале SASS в группе пациентов с аффективными расстройствами и хронической ИБС. Клинически были обнаружены особенные для больных хронической ИБС суицидальные планы и намерения. Это моделирование пациентом ситуации гарантированного неполучения помощи при провокации стенокардии: уехать из дома без антиангинальных средств и увеличить физическую нагрузку («оставлю дома нитроглицерин и буду долго идти / бежать в безлюдном месте, пока не умру от инфаркта», «один поеду на рыбалку / охоту без лекарств»). В данном случае причиной смерти будет острая сердечно-сосудистая катастрофа (социально приемлемый способ ухода из жизни, его основным механизмом является невыполнение врачебных рекомендаций и моделирование угрожающего жизни состояния). Среди других предпочтительных способов ухода из жизни пациенты размышляли о приёме больших доз назначенных лекарств, о падении под движущийся транспорт или с высоты. В их основе лежит недиагностированное психическое, чаще, аффективное расстройство. Больные хронической ИБС с АР имели высокий риск смерти в период течения депрессивного эпизода, а у лиц без АР он увеличивался со временем наблюдения ($p=0,0000$). Частично эти различия можно объяснить особенным суицидальным поведением, описанным выше. В группе больных хронической ИБС с АР, принимавшими антидепрессанты, во время терапии и спустя месяц после отмены случаев смерти не отмечалось. Выводы. Выявлено особенное для больных хронической ИБС суицидальное поведение, проявляющегося через моделирование ситуации гарантированного неполучения помощи при провокации стенокардии. Возможно этим частично объясняется высокая смертность больных хронической ИБС без инвазивных вмешательств с коморбидными аффективными расстройствами в течение депрессивного эпизода (1-2 год наблюдения). Обнаруженные связи между ИБС и АР обосновывают проведение скрининга пациентов, страдающих коронарной болезнью. Необходимо своевременное выявление и терапия аффективных расстройств и профилактика суицидального поведения в данной группе пациентов. Назначение антидепрессантов не связано с увеличением риска смерти, что может говорить об их безопасности. Необходима разработка комплексного подхода к реабилитации данной группы больных (с привлечением в междисциплинарную команду врача-психиатра / психотерапевта) и улучшение качества жизни пациентов. Отдельного внимания требует образование врачей в отношении выявления суицидального поведения и терапии аффективных расстройств.

Ключевые слова: аффективные расстройства, суицидальное поведение, хроническая ишемическая болезнь сердца, антидепрессивная терапия.

Частота суицидов в России в последние годы имеет устойчивую тенденцию к снижению. В Томской области наблюдалась подобная динамика, даже с некоторым опережением среднего уровня по стране – в 2013 г. 13,4 на 100 тыс. населения [1]. Тем не менее, в 2015 г. отмечено повышение этого показателя в регионе до 20,5 на 100 тыс. населения. С чем может быть связана динамика частоты суицидов? В настоящее время считается, что популяционная частота суицидов зависит от трёх групп факторов: социально-экономических, этнокультуральных и медико-организационных. В целом, причины суицидального поведения можно оценивать как комплексные, складывающиеся из биопсихосоциальных факторов [2-5]. Высокая суицидальная активность отмечается в подростковом, среднем и в пожилом возрасте [2, 4].

Психические расстройства, как основные факторы риска суицида, выявлены у более 90% жертв, и обычно (около 80% случаев), они не диагностируются своевременно. На аффективные расстройства приходится не менее 60% психиатрического «вклада». Рациональная фармакотерапия (особенно вместе с психотерапией) аффективных (депрессивных, смешанных и коморбидных с тревогой) расстройств, судя по систематическим обзорам и рекомендациям, основанным на доказательных данных – мощный антисуицидальный фактор [3-6].

Вопросы диагностики депрессивных расстройств (ДР) вызывают сложности не только у врачей соматологов, но и у психиатров, особенно это касается пожилых пациентов. Диагностика депрессии у лиц старших возрастных групп затруднена не только в связи с высокой коморбидностью с тревогой и/или когнитив-

ными нарушениями [7], но и частой заболеваемостью с другими серьезными заболеваниями (сердечные-сосудистые заболевания, инсульт, сахарный диабет, злокачественные новообразования и др.). И врачи, и пациенты, часто считают, что депрессия является естественной реакцией на проблемы со здоровьем или на социальные ограничения, накладываемые тяжелым хроническим заболеванием. Кроме того, у пожилых пациентов отдельные депрессивные симптомы совпадают с симптомами соматических болезней (снижение аппетита, уменьшение массы тела, запоры, бессонница, потеря энергии, нехватка воздуха, боли в сердце) [7-9].

Пожилые и престарелые составляют особую группу риска в отношении суицидального поведения, что связано с рядом причин. По данным различных исследований именно депрессия – расстройство, чаще всего ассоциируемое с самоубийством людей преклонного возраста [6, 10]. При этом проявления депрессии у пожилых пациентов, а соответственно суицидальный риск не всегда хорошо диагностируются в общеврачебной практике. Так, отдельные исследования показали, что многие пожилые люди, умершие в результате самоубийства (до 75%), посещали своего лечащего врача в течение месяца, предшествовавшего самоубийству [11]. Для снижения риска самоубийства среди престарелых лиц необходимо повысить качество выявления и лечения депрессии [12, 13].

Депрессия является прогностическим фактором риска смертности в связи с сердечно-сосудистыми событиями и фактором риска повторных госпитализаций [14-18]. Распространенность аффективных расстройств в Томской области в 2016 году составила 0,8 на 1000 населения, тогда как в мире эти показатели колеблются от 2 до 7% [4, 5]. Уровень заболеваемости ИБС в Томской области составил 42,3 на 1000 населения старше 18 лет, а в Томске – 35,4 на 1000 населения [1].

Депрессия может возникать одновременно с ИБС, предшествовать ей, и развиваться после диагностированной ИБС. Вероятно, эти депрессивные состояния имеют различный патогенез, но сходную клиническую картину. Таким образом, независимо от предполагаемых причин возникшего расстройства, при обследовании и терапии пациентов пожилого возраста с хроническими соматическими заболеваниями важным аспектом является выявление аффективных расстройств (с тревогой или без неё) и оценка суицидального риска [4, 5, 8, 10].

Рутинный скрининг наряду с выявлением возможных тревожных и депрессивных расстройств помогает оценить и суицидальный риск от появления мыслей о смерти до планов и намерений. Для скрининга депрессивных расстройств у пожилых людей наибольшее распространение получила шкала депрессии пожилого и старческого возраста [19]. Чувство безнадежности является одним из базовых, связанных с суицидальным поведением. В связи с этим информативной может быть шкала безнадежности Бека. В клинической практике лёгко и удобен в использовании опросник депрессии Бека, который содержит вопрос и в отношении суицидального поведения.

Представляется важным иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили клинически оценить риск суицида у конкретного пациента, что, позволяет принять решение о необходимости, например, специализированного лечения в психиатрической клинике.

По данным литературы суицидальный риск увеличивается при наличии следующих факторов [2, 3, 5, 10, 20]: суицидальные попытки в семейном анамнезе и/или у пациента, прямые или не прямые угрозы суицида, выражение конкретных замыслов подготовки суицида, «необъяснимое беспокойство» после обсуждения суицидального поведения и угроз суицида, уничижающие, катастрофические травмы и крушение надежд в семье. Также важно обращать внимание на следующие факторы: одинокое проживание, развод, тяжелые и/или неизлечимые соматические и психические заболевания, смерть близкого, поступление в психиатрический стационар или выписка из него, психомоторное возбуждение, чувство вины, безнадежность, одиночество, отсутствие цели или бессмысленность жизни, алкоголизм. У пожилых внешними катализаторами суицидов часто могут быть высокая стоимость медицинских услуг, ослабление семейных связей и снижение социальной поддержки, миграция (переезд в крупные города, «к детям»), бедность.

Аффективные расстройства через суицидальное поведение могут влиять на среднюю продолжительность жизни и общую смертность. Это влияние может быть статистически значимо или незначимо, но каждый случай представляет человеческую жизнь.

По итогам 2015 года коэффициент смертности населения Томской области [1] составил 11,5 случаев на 1000 населения, что ниже показателя за 2014 год (11,7 на 1000 населения). Структура причин смертности населения Том-

ской области в 2015 г. представлена: болезнями системы кровообращения 44% (ИБС – 23,7%); новообразования – 18,8%; несчастные случаи, отравления и травмы – 10,1%, среди них самоубийства составили 1,1%.

Продолжительность жизни жителей Томска и Томской области продолжает расти: в 2015 г. она составила 70,7 лет, тогда как в ещё в 2010 г. этот показатель составлял лишь 68,8 лет. В 2014 г. в Области 21,5% населения был старше трудоспособного возраста, а в 2015 г. – 26,8% [1].

До настоящего времени остаются открытыми вопросы об особенностях суицидального поведения у больных хронической ИБС, о вкладе коморбидных аффективных расстройств с наличием и отсутствием суицидальных мыслей в общую смертность больных ИБС, о влиянии антидепрессивной терапии на частоту смертных случаев среди пациентов с коморбидными состояниями. На сегодняшний день имеются противоречивые данные в отношении понимания этой проблемы [16, 17, 18, 19].

Цель исследования: анализ влияния аффективных расстройств с наличием и отсутствием суицидальных мыслей на выживаемость и изучение особенностей суицидального поведения у больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС, и проживавших в Томске и Томской области.

Материалы и методы.

В данный блок исследования включались пациенты, поступающие в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ОРБ) НИИ кардиологии (г. Томск), и получающие консервативное лечение ИБС (в анамнезе отсутствовали данные об использовании инвазивных методов терапии ИБС). Всего 333 пациента.

Для оценки суицидального риска производился анализ анамнеза и клинических данных в отношении факторов риска суицидального поведения. Также учитывался пункт шкалы самооценки депрессии Бека в отношении суицидального поведения.

Пациенты получали стандартное обследование и подвергались рутинному скринингу на выявление депрессии и тревоги шкалами самооценки (шкалой депрессии Бека (BDI), шкалой тревоги Шихана (ShARS)). Кроме того, у пациентов оценивался уровень социальной адаптации с помощью шкалы социальной адаптации (SASS) [21]. При положительном скрининге по BDI, ShARS и нарушении социальной адаптации, а также при информированном согласии

на консультацию пациенты были осмотрены психиатром. Для квалификации диагноза аффективных расстройств использовались критерии МКБ-10 [25]. AP (n=80) в группе были представлены следующим образом: дистимия (n=37), депрессивный эпизод (ДЭ), (n=16), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), (n=20), биполярное аффективное расстройство (БАР) (n=7). При наличии показаний и согласия пациентов они получали антидепрессивную терапию преимущественно антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), (n=20).

После выписки пациенты наблюдались междисциплинарной командой в течение 7 лет (с 2008 по 2014 гг.). Время выживания начинали отсчитывать с момента поступления в ОРБ. Фиксировались случаи смерти от общих причин: n=57, «полные данные». Цензурированными данными (n=276) считались случаи для лиц, оставшихся живыми (n=259) или потерянными для наблюдения (n=17). Далее пациенты были разделены на 2 группы: с коморбидными аффективными расстройствами (n=80) и без них (n=253).

Таблица 1

Характеристика общей группы пациентов

Показатель	Результат
Возраст всех пациентов, годы, (M±SD)	n=333, средний возраст – 61,8±9,8
Возраст мужчин, годы, (M±SD)	n=230, средний возраст 59,5±9,3
Возраст женщин, годы (M±SD)	n=103, средний возраст 67,9±8,9
ФК стенокардии, Ме (Q1-Q3)	2 (2-3)
Длительность ИБС, годы, Ме (Q1-Q3)	5 (2-11)
Наличие постинфарктного кардиосклероза; давность в месяцах, Ме (Q1-Q3)	n=70 (21,0%), давность 38 (4-120)
Наличие сахарного диабета	НТГ, n=26 (7,8%) СД, n=31 (9,3%)
Длительность сахарного диабета в годах, Ме (Q1-Q3)	8 (1-12)
Курение, %	Курил ранее – 19,2 Продолжает курить – 33,0
Алкогольная зависимость, %	Возможна – 52,9 Да 12,9%
BDI, Ме (Q1-Q3), баллы	6 (3-13)
SASS, Ме (Q1-Q3), баллы	37 (32-41)
ShARS, Ме (Q1-Q3), баллы	30 (14-44)

Для каждой выборки вычисляли медиану, 25% и 75% квартили, статистическую значимость различий между группами определяли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Краскела-Уоллеса (для более двух независимых выборок), Вилкоксона (для двух зависимых выборок). Для оценки частот в двух анализируемых группах использован критерий χ^2 Фишера. Для оценки частоты выживания использован метод таблиц дожития, позволяющий изучать неполные или цензурированные данные [22, 23]. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica-8.0.

Результаты и обсуждение.

Всего в исследовании приняли участие 333 пациента, средний возраст составил 61,8±9,8 лет, из них женщин 30,9% (n=103), мужчин 69,1% (n=230).

В целом, можно сказать, что выборка представлена пациентами с хронической ИБС, которые отказались от инвазивных вмешательств или имели противопоказания к их проведению. Значения оценок частоты выживания для пациентов с консервативной терапией ИБС в течение 7 лет оказались равны 82,9% (n=276).

Как уже указывалось выше, в последующем пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – с коморбидными аффективными расстройствами (n=80) и 2-я – без них (n=253). В течение семи лет среди пациентов с АР и ИБС 18,8% (n=15) умерли (полные данные о времени выживания), 81,2% (n=65) оставались живыми или потерянными для наблюдения (цензурированные данные). В группе больных ИБС без АР умерли 42 пациента (16,6%) (полные данные), живы 211 больных (83,4%) (цензурированные данные).

Выделенные группы больных с консервативной терапией хронической ИБС с наличием или без АР статистически значимо не различались по возрасту, полу, коронарному стажу, частоте постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) и сахарного диабета (СД). Статистически значимо различались группы по шкалам самооценки депрессии, тревоги и социальной адаптации (табл. 2).

Среди пациентов с хронической ИБС, продемонстрировавших повышенное количество баллов по шкалам самооценки, выявлены с разной частотой следующие расстройства настроения (табл. 3).

Таблица 2

Основные показатели, проанализированные для выявления различий между группами больных с консервативной терапией ИБС с коморбидными аффективными расстройствами и без них

Параметры	Группа 1 (ИБС±АР), n=80	Группа 2 (ИБС), n=253	P
Возраст мужчин	56,9±8,1	60,2±9,5	>0,05
Возраст женщин	65,4±7,5	67,4±9,1	>0,05
Пол	Муж – n=43(68,3%) Жен – n=20 (31,7%)	Муж – n=192 (69,6%) Жен – n=84 (30,4%)	>0,05
ФК стенокардии	3 (2-3)	2 (2-3)	>0,05
Длительность ИБС, лет	7 (4-10)	5 (1-13)	>0,05
ПИКС	27 (42%)	110 (40%)	>0,05
Сахарный диабет	НТГ – n=5 (6,3%) СД – n=6 (7,5%)	НТГ – n=27 (10,7%) СД – n=31 (12,3%)	>0,05
Длительность сахарного диабета, лет	6,5 (1-12)	8 (4-15)	>0,05
Курение	Курили 18,8% (n=15) Курят 32,5% (n=26)	Курили 7,1% (n=18) Курят 22,1% (n=56)	<0,05
Алкогольная зависимость	Возможно 52,5% (n=42) Да 12,5% (n=10)	Возможно 49,8% (n=126)	
BDI	10 (6-17)	5 (3-10,5)	<0,05
SASS	32,5 (30-39)	37,6 (33-42)	<0,05
ShARS	40 (28-51)	27 (12-40)	<0,05
MADRS	7,9 (6-10)	–	–
CGI-S	4 (4-4)	0 (0-3)	<0,05
CGI-I (4 неделя)	2 (0-3)	–	–
Длительность приема антидепрессантов (мес.)	5,5 (1-8)	–	–

Частота аффективных расстройств у больных хронической ИБС, получающих консервативную терапию, составила 24,0% (n=80).

Таблица 3

Структура депрессивных расстройств у больных с консервативным видом терапии хронической ИБС, %

Диагноз	n	Доля среди АР, %	Доля в общей группе, %
АР	80	100,0	24,0
Дистимия	37	46,3	11,1
Депрессивный эпизод	16	20,0	4,8
РДР	20	25,0	6,0
БАР	7	8,8	2,1

В группе пациентов с аффективными расстройствами (n=80) распределение частот выборов вариантов ответа на вопрос о суицидальном поведении (по BDI) было представлено следующим образом (табл. 4).

Таблица 4

Частота суицидального поведения в группах больных хронической ИБС без инвазивных вмешательств наличием или отсутствием коморбидного аффективного расстройства (по шкале самооценки депрессии Бека)

Суицидальное поведение по BDI	Пациенты с ИБС+АР		Пациенты с ИБС	
	n	%	n	%
0 – отсутствие суицидальных мыслей	64	80,0	233	92,1
1 – пассивные суицидальные мысли	13	16,3	20	7,9
2 – суицидальные планы	2	2,5	0	0
3 – суицидальные намерения	1	1,2	0	0
Всего СП:	16	20,0	20	7,9

Частота активных суицидальных мыслей (планов и намерений) среди стационарных пациентов ИБС с АР составила 3,7% (n=3), 0,9% среди всей группы исследования. Пассивные суицидальные мысли обнаружены у 16,3% с АР (n=13). Всего различных форм суицидального поведения – 16 (20%). В клинической беседе в этой группе так же было выявлено, что у 7 пациентов (8,8%) ранее возникали суицидальные планы и намерения. У одного мужчины была в анамнезе прерванная суицидальная попытка (ножевое ранение).

Мотивами суицидального поведения в данной группе больных были: избавление от страданий (беспомощности и зависимости от других, связанные с болью в сердце и одышкой), нежелание отягощать своим присутствием

жизнь близких, (с обращением к Богу «о даровании смерти») и бессмысленность жизни (нежелание жить далее без конкретных планов и возможностей).

Клинически были выявлены особенные для больных хронической ИБС без инвазивных вмешательств суицидальные планы и намерения. Это моделирование пациентом ситуации гарантированного неполучения помощи при стенокардии: уехать из дома без антиангинальных средств и увеличить физическую нагрузку («оставлю дома нитроглицерин и буду долго идти/бежать в безлюдном месте, пока не умру от инфаркта», «один поеду на рыбалку/охоту без лекарств»). В любом случае, установленной причиной смерти будет не суицид, а острая кардиоваскулярная катастрофа (социально приемлемый способ ухода из жизни). Другой вариант – отказ от оперативного вмешательства («зачем продлять страдания и беспомощность»). Остается вопрос, можно ли его отнести к праву больного принимать или отказываться от лечения, или к парасуицидальному действию, или к суициду [24]. Среди других предпочтительных способов пациенты размышляли о приеме больших доз назначенных лекарств, о падении под движущийся транспорт или с высоты.

В группе пациентов с ИБС без аффективных расстройств пассивные суицидальные мысли были выявлены лишь в 7,9% случаев (n=20). Зависимость частоты случаев суицидального поведения по шкале самооценки депрессии Бека от наличия АР оказалась статистически значима (p<0,01). Относительный риск развития суицидального поведения по шкале самооценки депрессии Бека в зависимости от наличия АР составил 1,9 (1,3-3,0) с 95% доверительным интервалом. Критерий Пирсона 7,6 при уровне значимости p<0,01, (f=1).

При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлено, что в группе пациентов с консервативным лечением ИБС без аффективных расстройств не было выявлено корреляций между суицидальным поведением и случаями смерти от общих причин. В группе пациентов с аффективными расстройствами случаи смерти были опосредованно связаны с уровнем суицидального поведения по соответствующему пункту в шкале депрессии Бека (rs=0,3) через общий балл по BDI, который был связан подобной связью (rs=0,3; p<0,05) с тревогой по шкале ShARS и низким уровнем социальной адаптации по шкале SASS. Эти данные подтверждают необходимость выявления и лечения аффективных расстройств для снижения риска суицидального поведения.

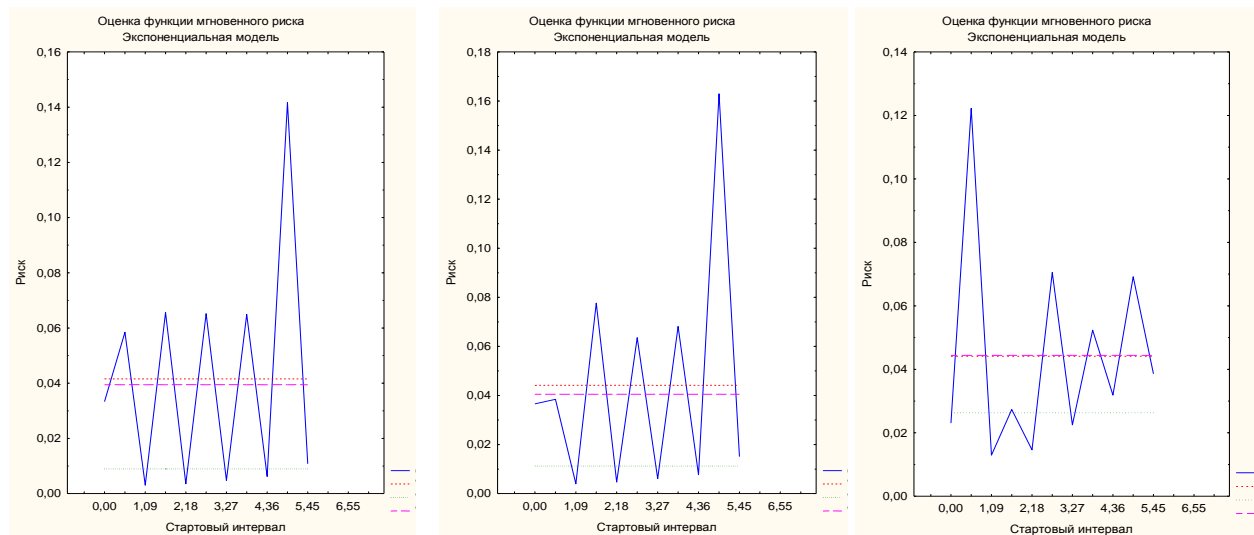


График функции мгновенных рисков в общей группе пациентов, получавших консервативную терапию хронической ИБС

График функции мгновенных рисков в группе больных хронической ИБС без АР

График функции мгновенных рисков в группе больных хронической ИБС с коморбидными АР

Рис. 1. Различия функции мгновенных рисков в общей группе пациентов с консервативной терапией хронической ИБС, в группе без коморбидных АР и при их наличии.

На следующем этапе была изучена частота случаев смерти от общих причин: она значительно не различалась в группе больных ИБС с АР и без них, и составила 18,8% и 16,6% ($p=0,5$). Лог-ранговый критерий выявил статистически значимое различие по частоте выживания в группах с течением времени ($p=0,0000$). Функция выживания различалась в группе пациентов с консервативной терапией хронической ИБС без АР и с АР: пациенты с коморбидными аффективными расстройствами имели более низкую вероятность выжить в течение 1-2 года наблюдения (то есть в период течения депрессивного эпизода), а с течением времени вероятность выживания снижалась постепенно. Одним из механизмов, объясняющих данную закономерность, может быть реализация описанного нами суицидального или парасуицидального поведения, характерного для больных хронической ИБС без инвазивных вмешательств.

Пациенты без АР демонстрировали снижение вероятности выживания к 6-7 году наблюдения. Более наглядно эту закономерность демонстрирует график функции мгновенных рисков: больные с АР имели высокий риск смерти в течение первого года после выявления аффективной симптоматики, а в группе без АР он увеличивается со временем наблюдения, к 6-7 году (рис. 1).

Медиана продолжительности антидепрессивной терапии составила 5,5 месяцев (табл. 2).

Частота случаев смерти среди больных с АР, получавших и не получавших антидепрессанты статистически значимо не различалась ($p=0,09$), что может быть связано с отсутствием влияния антидепрессантов на выживаемость больных хронической ИБС или недостаточным количеством пролеченных пациентов в данной выборке. Среди принимавших антидепрессанты пациентов ($n=20$) во время терапии и спустя месяц после отмены случаев смерти не отмечалось, что может говорить о безопасности монотерапии современными антидепрессантами с низким риском кардиотоксических побочных эффектов. По шкале самооценки социальной адаптации (SASS) отмечалось значимое увеличение баллов – 6 (3–9). Увеличение качества жизни проявлялось во включении в общественную деятельность, организацию досуга и хобби. Включение антидепрессантов, наряду с соматотропной терапией, позволяет улучшить самооценку качества жизни пациентов с коморбидной патологией.

Исследование проводилось в период снижения динамики суицидов в России. Невысокий уровень суицидального поведения в представленной группе больных также может быть связан с большим количеством пациентов с дистимией, которая относится к легким психическим расстройствам, и в меньшей степени ассоциируется с суицидальным поведением, чем другие аффективные расстройства. Реальные цифры самоубийств могут представляться

более высокими, поскольку часть случаев суицидов может оказаться учтенной в разделе «Несчастные случаи, отравления и травмы». Об этом свидетельствуют и наши наблюдения в отношении особенностей выбора метода суицида (моделирование ситуации гарантированного неполучения помощи). Ю.Е. Разводовский с соавт. (2016) отмечают, что удельный вес подтвержденных суицидов в структуре смертности в результате дорожно - транспортных происшествий (ДТП) относительно невысок и варьирует в разных странах от 1,1% до 14,3%. Некоторые исследователи считают этот показатель заниженным, указывая при этом, что недоучёт числа самоубийств посредством ДТП негативным образом отражается на качестве официальной статистики. Наиболее известным способом искажения статистики самоубийств является увеличение доли смертности от повреждений с неопределенными намерениями (явления, названного переводом социально значимых причин в латентную форму) [25].

Таким образом, оценка риска суицида в пожилом возрасте должна проводиться с учетом определённых факторов [2, 3, 5, 10, 19], наличие которых увеличивает вероятность суицидального поведения у соответствующего пациента. В связи с изложенным выше, врач, наблюдающий конкретного пациента по поводу сомато-неврологического заболевания (в том числе с хронической ИБС), должен быть внимателен по отношению к нюансам изменения поведения, внешнего вида, изменений в личной жизни пациента, которые могут «сигнализировать» о повышенном риске суицида. Могут быть необычные высказывания: размышления о малой ценности жизни; фантазии о собственной смерти; суицидальные мысли; высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии здоровья, неблагоприятном исходе болезни, предстоящей операции, послеоперационного периода; отрицание объективно существующей актуальной проблемы; наличие просьб о прощении к окружающим; высказывание мыслей, содержание которых прямо или косвенно свидетельствует о «прощании».

У пациента может появиться необычное поведение: «уход» в себя, замкнутость, склонность к уединению; неадекватная стрессовой ситуации гиперактивность; отказ от помощи; наличие суицидальных угроз; признаки прощания (раздача долгов, личных вещей, подарков, оформление завещания); подготовка или наличие плана суицида; подготовка или наличие средств суицида (накопление или закупка

лекарственных средств, сильнодействующих, ядовитых и химических веществ, огнестрельного или холодного оружия, колющих, режущих предметов, шнура, поиск открываемых окон, отдаленных помещений, выходов на крыши зданий, лестничные проемы высоких этажей). Необходимо воспринимать серьёзно даже так называемые угрозы суицида шантажирующего характера.

При обнаружении факторов риска суицида может оказаться необходимым решение вопроса о психиатрическом лечении или помещении пациента в специализированную психиатрическую клинику. В междисциплинарной команде при оказании помощи пациентам должен участвовать психиатр / психотерапевт, который наряду с оказанием помощи больным может заниматься психообразованием врачей в команде.

Выводы:

В группах пациентов с наличием и отсутствием аффективных расстройств частота суицидального поведения (оцененная по шкале депрессии Бека) статистически значимо отличается (20,0% и 7,9%; $p < 0,01$). Суицидальное поведение, оцененное по шкале самооценки депрессии Бека, связано со случаями смерти ($r_s = 0,3$; $p < 0,05$) через высокий общий балл по BDI, тревогой по шкале ShARS и низкий уровень социальной адаптации по шкале SASS в группе пациентов с аффективными расстройствами и хронической ИБС. Больные хронической ИБС с коморбидными АР имели высокий риск смерти в период течения депрессивного эпизода (1-2 год).

Моделирование ситуации гарантированного неполучения помощи при стенокардии является особенным для больных хронической ИБС с суицидальным поведением, возможным объясняющим повышенную смертность среди данной группы больных в течение первых двух лет наблюдения. В группе пациентов хронической ИБС без АР он увеличивался со временем наблюдения ($p = 0,0000$). Среди пациентов, принимавших антидепрессанты, во время терапии и спустя месяц после отмены случаев смерти не отмечалось.

В группе пациентов с консервативной терапией ИБС частота достижения первичной конечной точки (случаи смерти от общих причин) статистически значимо не отличаются от соответствующего показателя в группе пациентов с наличием и отсутствием аффективных расстройств – 18,8% и 16,6% соответственно.

Обнаруженные связи между ИБС и АР обосновывают проведение скрининга пациен-

тов, страдающих коронарной болезнью, для своевременного выявления и терапии аффективных расстройств и профилактики суицидального поведения, проявляющегося, в том числе, через моделирование ситуации гарантированного неполучения помощи при провокации стенокардии.

Необходима разработка комплексного подхода к реабилитации данной группы больных (с привлечением в междисциплинарную команду врача-психиатра / психотерапевта) и улучшения качества жизни пациентов. Отдельного внимания требует образование врачей в отношении выявления суицидального поведения и терапии аффективных расстройств.

Литература:

1. Здравоохранение Томской области в 2015 г. Томск, 2016.
2. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 55-63.
3. Зотов М.В. Суицидальное поведение. Механизмы развития, диагностика, коррекция. СПб: Речь. 2006. 144 с.
4. Корнетов Н.А. Межведомственная антикризисная суицидологическая служба в системе социального обслуживания населения. (К 25-летию Томской суицидологической службы) [Электр. ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
5. Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления. Учебное пособие. – Томск, 2016. 300 с.
6. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Ed. by Keith Hawton and Kees van Heeringen Chichester: John Wiley & Sons. 2000. 755 p.
7. Психосоматические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б. Смудевича. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 776 с.
8. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Кардиология. 2011. № 2. С. 59-66.
9. Nakamura S., Kato K., Yoshida A. Et al. Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes // <http://dx.doi.org/10.1016/amjcard.2013.01.293>
10. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life // Biological Psychiatry. 2002. V. 52. P. 193-204.
11. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. of Public Health. 2000. V. 90. P. 1885-1891.
12. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения. М., 1980.
13. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Уровни суицидов и назначений антидепрессантов: неоднозначные взаимосвязи // Суицидология. 2016. Т. 7, № 3 (24). С. 40-53.
14. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов, 2011. Сборник. Под ред. Р.Г. Оганова. – 4-е издание. М: Силиция–Полиграф, 2011. С. 17-112.
15. Coquhoun D., Bunker S., Clarke D. et al. Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease: a consensus statement from the National Heart Foundation of Australia // Clinical focus MJA. 2013. V. 198, № 9. С. 1-7.
16. Kozela M., Bobak M., Besala A. et al. The association of depressive symptoms with cardiovascular and all-cause mortality in Central and Eastern Europe: Prospective results of the HAPIEE study // Eur. J. Prev. Cardiol. 2016. V. 23 (17). P. 1839-1847.
17. Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С. Прогноз больных ишемической болезнью сердца с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами – результаты проспективного четырехлетнего наблюдения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 44-48.

Основными направлениями совершенствования суицидологической помощи, согласно данным российских исследований [2-5] могут быть: создание государственной программы по предупреждению самоубийств, создание отвечающей современным требованиям системы суицидологической помощи, учитывающей социально-экономические и этнокультуральные особенности страны, разработка новой организационной системы учета завершенных и незавершенных самоубийств [26, 27], повышение уровня суицидологических знаний у врачей общей медицинской сети и психиатрических учреждений и суицидологическое просвещение населения.

References:

1. Zdravoohranenie Tomskoj oblasti v 2015 g. Tomsk, 2016. (In Russ)
2. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedenija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2010. № 4. S. 55-63. (In Russ)
3. Zotov M.V. Suicidal'noe povedenie. Mehanizmy razvitiija, diagnostika, korrekcija. SPb: Rech'. 2006. 144 s. (In Russ)
4. Kornetov N.A. Mezhhvedomstvennaja antikrizisnaja suicidologicheskaja sluzhba v sisteme social'nogo obsluzhivaniija naselenija. (K 25-letiju Tomskoj suicidologicheskoi sluzhby) [Elektr. resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. 2013. № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (In Russ)
5. Shelehov I.L., Kornetov A.N., Grebennikova E.V. Suicidologija: istorija i sovremennye predstavlenija. Uchebnoe posobie. – Tomsk, 2016. 300 s. (In Russ)
6. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Ed. by Keith Hawton and Kees van Heeringen Chichester: John Wiley & Sons. 2000. 755 p.
7. Psihosomaticheskie rasstrojstva v klinicheskoi praktike / Pod red. A.B. Smulevicha. M.: MEDpress-inform, 2016. 776 s. (In Russ)
8. Oganov R.G., Pogosova G.V., Koltunov I.E. i dr. Depressivnaja simptomatika uhudshaet prognoz serdechno-sosudistyh zabolevanij i snizhaet prodolzhitel'nost' zhizni bol'nyh arterial'noj gipertoniej i ishemicheskoi bolezni'ju serdca // Kardiologija. 2011. № 2. S. 59-66. (In Russ)
9. Nakamura S., Kato K., Yoshida A. Et al. Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes // <http://dx.doi.org/10.1016/amjcard.2013.01.293>
10. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life // Biological Psychiatry. 2002. V. 52. P. 193-204.
11. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. of Public Health. 2000. V. 90. P. 1885-1891.
12. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktika suicidal'nogo povedenija. M., 1980. (In Russ)
13. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Antidepressant prescription and suicide rates: equivocal relationships // Suicidology. 2016. V. 7, № 3 (24). P. 40-53. (In Russ)
14. Kardiovaskuljarnaja profilaktika. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii. Vserossijskoe nauchnoe obshhestvo kardiologov, 2011. Sbornik. Pod red. R.G. Oganova. – 4-e izdanie. M: Silicija–Poligraf, 2011. S. 17-112. (In Russ)
15. Coquhoun D., Bunker S., Clarke D. et al. Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease: a consensus statement from the National Heart Foundation of Australia // Clinical focus MJA. 2013. V. 198, № 9. С. 1-7.
16. Kozela M., Bobak M., Besala A. et al. The association of depressive symptoms with cardiovascular and all-cause mortality in Central and Eastern Europe: Prospective results of the HAPIEE study // Eur. J. Prev. Cardiol. 2016. V. 23 (17). P. 1839-1847.
17. Kozlova S.N., Golubev A.V., Krylova Ju.S. Prognoz bol'nyh ishemicheskoi bolezni'ju serdca s komorbidnymi trevozhno-depressivnymi rasstrojstvami – rezul'taty prospektivnogo chetyrehletnego nabljudenija // Obozrenie psihiatrii i medicinskoi psihologii. 2012. № 4. S. 44-48. (In Russ)

18. Narayan S.M., Stein M.B. Do depression or antidepressants increase cardiovascular mortality? The absence of proof might be more important than the proof of absence // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. V. 53. P. 959-961.
19. Katona C.L.E., P.M. Katona Geriatric depression scale can be used in older-people in primary-care // BMJ. 1997. V. 315, № 7117. P. 1236-1236.
20. Vieta E. Eur Psychiatry. 2008. V. 23 (Suppl 2). S. 46.
21. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale // European Neuropsychopharmacology. 1997. V. 7. S. 1. P. 57-70.
22. Эпидемиологический словарь четвертое издание. – М. 2009.
23. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 512 с.
24. Трунов Д. Г. Определение суицида: поиск критериев // Суицидология. 2016. Т. 7, № 1 (22). С. 64-67.
25. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б., Кондричин С.В. Суициды и фатальный дорожно-транспортный травматизм в России: сравнительный анализ трендов // Суицидология. 2016. Т. 7, № 4. С. 3-11.
26. Зотов П.Б. Опыт системного суицидологического учета: первичная документация // Академический журнал Западной Сибири. 2011. № 6. С. 13-16.
27. Артемьев И.А. Эпидемиология – фундамент и детонатор сервиса в психиатрии и наркологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 7-12.
18. Narayan S.M., Stein M.B. Do depression or antidepressants increase cardiovascular mortality? The absence of proof might be more important than the proof of absence // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. V. 53. P. 959-961.
19. Katona C.L.E., P.M. Katona Geriatric depression scale can be used in older-people in primary-care // BMJ. 1997. V. 315, № 7117. P. 1236-1236.
20. Vieta E. Eur Psychiatry. 2008. V. 23 (Suppl 2). S. 46.
21. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale // European Neuropsychopharmacology. 1997. V. 7. S. 1. P. 57-70.
22. Jepidemiologicheskij slovar' chetvertoe izdanie. – M.2009.(In Russ)
23. Lisicyn Ju.P. Obshhestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie: uchebnik. – 2-e izd. M.: GJeOTAR-Media. 2010. 512 s. (In Russ)
24. Trunov D.G. The definition of suicide: description of criteria // Suicidology. 2016. V. 7, № 1 (22). P. 64-67. (In Russ)
25. Razvodovsky Y.E., Zotov P.B., Kondrychyn S.V. Suicides and road traffic deaths in Russia: a comparative analysis of trends // Suicidology. 2016. V. 7, № 4. P. 3-11. (In Russ)
26. Zotov P.B. Experience in system accounting suicide: primary documents // Academic Journal of West Siberia. 2011. № 6. P. 13-16. (In Russ)
27. Artem'ev I.A. Jepidemiologija – fundament i detonator servisa v psihiatrii i narkologii // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2012. № 2. S. 7-12. (In Russ)

INFLUENCE OF AFFECTIVE DISORDERS WITH DIFFERENT RISK OF SUICIDAL BEHAVIOR ON SURVIVAL OF PATIENTS RECEIVING CONSERVATIVE THERAPY OF CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

E.V. Lebedeva¹, E.D. Schastnyy¹, G.G. Simutkin¹, T.N. Sergienko², T.G. Nonka², A.N. Repin², M.M. Axenov¹, O.E. Perchatkina¹, L.D. Rakhmazova¹

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Russia

²Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Russia

Abstract:

Objective: to analyze influence of affective disorders (AD) with and without suicidal thoughts on survival rates and to study features of suicidal behavior in patients under conservative therapy of chronic coronary artery disease (CAD) who lived in Tomsk and in the Tomsk Region. **Materials and Methods:** A prospective cohort study (2008-2014) enrolled patients with chronic CAD (n=333) without invasive interventions; of them 230 male (mean age 59.5±9.3) and 103 female (mean age 67.9±8.9) patients. For the purpose of assessment of suicidal risk an anamnesis and clinical data regarding risk factors of suicidal behavior were analyzed as well as the corresponding item of Beck Depression Inventory (BDI). Patients received standard examination and underwent routine screening with use of BDI and ShARS. When obtaining the informed consent, patients were examined by a psychiatrist and, if there were any indications, were treated with antidepressants (n=20). Further patients were divided into 2 groups: with and without comorbid AD. For every sample, we calculated mean and standard deviation during normal sign distribution or the median, 25% and 75% quartiles if those were absent; the statistical significance of differences between groups was determined according to Mann-Whitney (for two independent samples), Wilcoxon (for two dependent samples) criteria. For revealing interrelationship of signs, Spearman correlation analysis was used. For assessment of frequencies Fisher χ^2 -criterion was used. Kaplan-Meier estimate was used for measuring survival rate. Comparison of survival curves was conducted with use of log-rank test (Mantel-Cox test). Statistical processing of data was carried out with program kit Statistica-8.0. **Results:** In groups with and without AD, frequency of suicidal behavior (according to BDI) was significantly different statistically (18.75% and 7.9%; p=0.0054). There was disclosed the relationship of the death cases with a high total score of suicidal behavior according to BDI (rs=0.3, p<0.05), anxiety according to ShARS and low level of social adaptation according to SASS in group of patients with AD and chronic CAD. Peculiar suicidal plans and intentions were detected clinically for patients with chronic CAD: patients tended to model situations where non-getting help was guaranteed when provoking angina pectoris: to leave the home without anti-angina agents and to increase physical load ("I leave nitroglycerine home and go/run for a long time in a deserted place until I die from infarction", "I go alone fishing/hunting without medicines"). In this case, the death will be caused by acute cardiovascular accident (socially accepted way of suicide, its main mechanism is non-compliance with medical recommendations and modeling of threatening life state). Among other preferable ways of suicide, patients thought about intake of high doses of prescribed medicines, getting under moving transport or falling from the height. Undiagnosed mental, more frequently, affective disorder forms the basis of these ways. Patients with chronic CAD and AD had a high risk of death in the course of a depressive episode, and for persons without AD it increased over time of observation (p=0.0000). In part, these differences may be explained by peculiar suicidal behavior mentioned above. There were no cases of death in the group of patients with chronic CAD and AD receiving antidepressants during the therapy and a month after discontinuation. **Conclusions:** Suicidal behavior peculiar for patients with CAD was revealed. It mani-

fested as modeling situation of guaranteed nonreceipt of assistance during provocation of angina pectoris. This likely explained high mortality of patients with chronic CAD without invasive interventions and with comorbid affective disorders during depressive episode (1-2 years of follow-up). Detected relationships between CAD and AD substantiated carrying out of screening of patients suffering from coronary disease. Timely detection and therapy of AD and prevention of suicidal behavior in this group of patients are necessary. Prescription of antidepressants was not associated with increase of risk of death that may evidence their safety. Development of complex approach to rehabilitation of this group of patients (with involvement of psychiatrist/psychotherapist in the multidisciplinary team) and improvement of quality of life of patients are necessary. A special attention should be paid to education of physicians regarding detection of suicidal behavior and therapy of affective disorders.

Key words: affective disorders, suicidal behavior, chronic coronary artery disease, antidepressant therapy.

УДК: 616.89-008

Дискуссии

СУИЦИД И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

М.С. Уманский, П.Б. Зотов, О.В. Абатурова, В.А. Жмуров, Е.В. Родяшин, А.Б. Приленский

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень, Россия

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

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Уманский Марк Станиславович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: заведующий отделением ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 2. Телефон: (3452) 46-15-47

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-666

Абатурова Ольга Викторовна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры кардиологии и кардиохирургии с курсом скорой медицинской помощи Института непрерывного профессионально развития ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Телефон: (3452) 20-21-97, электронный адрес: abaturova@tyumsmu.ru

Жмуров Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Электронный адрес: zhmuigovva@yandex

Родяшин Евгений Владимирович – главный врач ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19.

Приленский Александр Борисович – врач-психиатр отделения токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница». Адрес: г. Тюмень, ул. Котовского, д. 54.

Обсуждается возможная связь суицида и заболеваний системы кровообращения. Указывается, что в настоящее время отсутствуют точные статистические данные о числе самоубийств среди этой категории пациентов. Тем не менее, показано, что в отдельных исследованиях отмечается высокий процент лиц, у которых сердечно-сосудистые заболевания могли быть ведущей причиной самоубийства (21,6% мужчин и 34,4% женщин). В качестве возможных факторов повышения суицидального риска приводятся данные о высокой распространённости у кардиологических пациентов тревожно-депрессивных нарушений, согласно отдельным публикациям, определяющих присутствие суицидальных идей у каждого десятого больного ИБС. По мнению авторов, имеется связь депрессии и снижения приверженности к терапии, присутствие которой может в некоторых случаях свидетельствовать о суицидальной активности. В качестве объективных статистических данных о высокой распространённости покушений на самоубийство среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (но не регистрируемых) авторы приводят цифры о доле кардиотропных препаратов, используемых с целью самоотравления. Препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, в структуре лекарств, выбранных для суицида, устойчиво занимают второе место после психотропных средств. Причём, исследования, проводимые в различных регионах страны, дают очень близкие показатели: Нижний Новгород – 12,6%, Тюмень – 13,5%. Преобладают гипотензивные и противоритмические средства. В заключение делается вывод о необходимости исследований в этой области. Важными направлениями являются: своевременная и квалифицированная диагностика у пациентов кардиологической клиники эмоциональных нарушений и суи-

цидальной активности, система их регистрации и учёта, обучение врачей-кардиологов по соответствующим темам в сфере психического здоровья, совершенствование подходов лекарственной терапии.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, депрессия, ИБС, гипертоническая болезнь, инсульт, сердечно-сосудистые заболевания

Самоубийство относится к явлениям в человеческой культуре со сложной полиэтиологической структурой, требующим в изучении разностороннего подхода. Медицинские аспекты суицида так же многогранны, а взаимосвязи не всегда внешне наглядны и убедительны. Примером таких непростых взаимоотношений может быть роль в суицидогенезе соматической патологии. При этом обычно рассматриваются две ситуации: первая – наличие коморбидной патологии у суицидента, мало связанной с суицидальной динамикой (исходно подразумевается, что у этих лиц суицидальная активность обусловлена преимущественно психо-социальными факторами и/или психической патологией), вторая – доминирующее влияние болезней тела на суицидальное поведение (физическое страдание потенцирует суицидальное поведение). Между ними должны быть какие-то переходные варианты.

Рассмотрим первую ситуацию – коморбидная патология. Понятно, что её частота и тяжесть должны нарастать по мере роста и старения человека. Как свидетельствуют исследования [1] уже у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку, соматогенный фон присутствует с достаточно высокой частотой – 37,5%. Конечно, в этом возрасте доминируют функциональные нарушения: вегетососудистая дистония – 51,9%; дискинезия желчевыводящих путей – 29,6%; гастродуоденит – 22,0%, но так же выявляется и резидуально-органические поражения ЦНС – 22,0%; хронический бронхит – 14,8% и др. При этом практически у 2/3 патология носит сочетанный характер. Однако, несмотря на сложившиеся в популяции под влиянием СМИ представления о преимущественно молодой возрастной категории суицидентов – 15-17 лет [2], согласно данным Росстата [3] средний возраст, добровольно погибшего в России значительно выше – для мужчин – 46,3 лет, для женщин – 53,9 лет, что определяет и более высокие показатели коморбидной соматической патологии.

Так, результаты секционного анализа В.В. Зыкова и А.Е. Мальцева [4], свидетельствуют о том, что среди 850 лиц, погибших от суицида, половина (51,5%) при жизни страдали одним или несколькими тяжелыми соматическими заболеваниями. Таким образом, согласно приведенным данным, соматический фон присутствует у значительной части суицидентов.

Вторая ситуация – когда болезнь тела, становится движущей силой суицидогенеза. В указанном выше исследовании, авторы [4] путём заполнения специально разработанной анкеты и опроса родственников погибших, показали, что, несмотря на столь высокую частоту соматической патологии, непосредственно заболевание могло быть причиной суицидальной активности лишь у 21,6% мужчин и 34,4% женщин. Соответственно у остальной части больных соматический недуг не оказывал значимого влияния на добровольный уход из жизни.

Исследования, проведённые на группах онкологических больных, больных рассеянным склерозом и др., так же показали, что, несмотря на тяжелый недуг, суицидальная активность не относится к часто регистрируемым феноменам у этих групп пациентов. Было установлено, что помимо самого заболевания для формирования суицидального поведения должны присутствовать и другие неблагоприятные факторы, включая неэффективность контроля негативных проявлений самого заболевания (боль, одышка, парез и др.), психосоциальное неблагополучие, генетическую предрасположенность и др. [4-8].

В этой связи интерес вызывают заболевания системы кровообращения, как наиболее распространённые в популяции, и являющиеся основной причиной смерти населения. Игруют ли они какую-либо роль в суицидальной активности? На первый взгляд, ответ очевиден ... Однако при простом сравнении показателей основных причин смертности возникает некоторое сомнение, а корреляционный анализ даёт удивительно высокие показатели созависимости (табл. 1).

При интерпретации этих данных можно привести различные аргументы – за и против. Так, при анализе секционного материала В.В. Зыков и А.Е. Мальцев [4] показали, что среди соматических детерминант погибших от суицида наиболее частыми причинами являлись болезни системы кровообращения (27,1%), опередив злокачественные новообразования (26,3%). У мужчин частота данного фактора была выше (30,0%), чем у женщин (20,5%). В других работах [9], напротив, не отмечается повышенного суицидального риска при сердечно-сосудистых заболеваниях, лишь указывается на повышение в 1,6 раза риска суицида и насильственных смертей в целом при лекарственном снижении уровня холестерина у мужчин.

Уровни смертности по основным классам причин (на 100 тыс. населения) [3]

Причины смерти	2005	2010	2011	2012	2013	2014	r*
от самоубийств	32,1	23,4	21,8	20,8	20,1	18,5	
от сердечно-сосудистых заболеваний, всего	905,4	806,4	753,0	737,1	698,1	653,9	0,9611
от гипертонической болезни	15,1	18,0	16,5	15,8	14,2	13,3	0,2270
от ИБС	435,9	418,6	397,4	393,1	369,2	342,3	0,8495
в т.ч. от инфаркта миокарда	44,6	47,2	45,5	47,1	46,2	44,4	-0,2594
от др. болезней сердца	76,1	70,1	67,7	65,3	63,1	61,0	0,9552
от цереброваскулярных болезней	324,1	260,6	232,8	225,6	216,4	205,5	0,9923

По нашему мнению, нет оснований расценивать полученные корреляционные показатели, абсолютно доказанными, но и не следует полностью отрицать возможность такой связи на меньшем уровне. В настоящей работе, считаем наиболее важным – обратить внимание к данной ситуации врачей соматических стационаров, так как для многих суицидальные действия пациентов, как правило, носят неожиданный характер [10].

Клиническая практика и данные литературы, позволяют выделить отдельные моменты, где суицидальное поведение и заболевания системы кровообращения могут иметь точки соприкосновения. Укажем на некоторые из них.

Тревога различной степени выраженности выявляется у 90% больных гипертонической болезнью. У женщин эти нарушения носят более выраженный характер. Максимальный балл тревоги как среди мужчин, так и среди женщин присутствует при наличии вредных привычек (курение, алкоголь) и недостаточном материальном положении [11]. Тревога у больных с ИБС обычно выше, чем при гипертонической болезни (ГБ) [12], и находится в прямой зависимости от степени выраженности ИБС и ГБ [13]. Повышенная тревожность увеличивает вероятность фатального инфаркта миокарда в 1,9 раза, внезапной смерти – в 4,5 раза [цит. по 14].

Депрессия, как правило, в сочетании с тревогой регистрируются с высокой частотой при инсульте (25-33%) и инфаркте миокарда (25-67%) [14-16]. Развитие депрессии при этих состояниях может быть обусловлено как психологическими, соматическими и социальными причинами (боль, нарушение способности к самообслуживанию, изменение социального и материального положения), так и нарушением синтеза мелатонина [17].

Высокая частота эмоциональных нарушений, с преимущественно депрессивной направленностью, создаёт *благоприятный фон для суицидальной активности*. Суицид как и большинство сердечно-сосудистых заболеваний обычно ассоциируется с *депрессией*, ча-

стога которой в популяции может достигать 5-8%, а среди лиц пожилого возраста – 15% [18]. Клинически оформленная депрессия повышает риск суицида в 20 раз [19].

Важным аспектом депрессивных расстройств является не только направление мыслей и действий пациента на реальное самоповреждение. Депрессивный фон у многих больных создаёт условия для снижения витальной активности, активной борьбы за жизнь – авитальные идеи, что может рассматриваться как начальный этап суицидальной активности [20]. Авитальное поведение находит своё отражение в клинической практике в форме *снижения приверженности терапии* – отрицательный комплаенс. Исследователями указывается, что отказ или нерегулярный приём гипотензивных препаратов достоверно чаще ведёт к осложнениям гипертонической болезни [21]. Доля случаев с низкой приверженностью лечению, особенно в группе кардиологических больных пожилого возраста, может достигать – 70% [22]. В этом аспекте некоторые исследователи отмечают, что для мужчин гипертония может сигнализировать о повышенном риске смерти от внешних причин, в том числе от суицида [23].

Примечательна в этом плане работа томских коллег [24]. Было показано, что каждый десятый (!) пациент, госпитализированный в кардиологический стационар с хронической ИБС, может иметь авитальные переживания и пассивные или активные суицидальные мысли. В качестве особых способов суицида они могут выбирать одномоментное прекращение приёма антиангинальных средств при выраженных физических нагрузках или оперативное лечение ИБС (в случае реализации такого плана смерть будет расценена как естественная – *Прим. Авт.*). В качестве рекомендаций авторы указывают на необходимость более внимательного отношения к изменениям поведения, внешнего вида, изменениям в личной жизни пациента, которые могут «сигнализировать» о повышенном риске суицида. Так же приводят перечень характерных высказываний,

отдельных форм поведения, которые могут помочь врачу в ранней диагностике суицидальной активности.

В свою очередь так же отметим, что принятие этих клинических фактов указывает на важность санитарно-просветительной работы, более широкое развитие профильных Школ, семинаров, психокоррекционной работы с пациентами, а так же привлечение специалистов в области психического здоровья.

Ещё один аспект, на который бы хотелось обратить внимание при рассмотрении данной темы – лекарственные средства, используемые в кардиологической практике. Спектр препаратов значительный, и у многих среди заявленных в инструкции побочных действий со стороны ЦНС указана – «депрессия» (в этой связи интересны исследования, целью которых является изучение возможной связи между использованием отдельных препаратов и риском самоубийства среди людей с гипертонией [25]).

С учётом высокой частоты депрессивных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях, вероятно, следует более целенаправленно обращать внимание врачей и на характер побочных действий, а так же необходимость динамической оценки психического состояния на фоне проводимого лечения.

Не менее важен и другой аспект лекарственной терапии – приём кардиотропных препаратов с суицидальной целью. Наверное, не нужно особых подтверждений высокого суицидогенного потенциала многих лекарственных средств, используемых в кардиологии, а так же их широкой доступности для пациентов. Приведём лишь некоторые данные. Несмотря на отсутствие официальных цифр о распространённости самоубийств среди данной группы пациентов отдельные косвенные показатели

могут отражать реальную действительность. Среди лиц, совершивших попытку самоотравления, препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, в структуре лекарств, выбранных для суицида, устойчиво занимают второе место после психотропных средств. Причём, исследования, проводимые в различных регионах страны, дают очень близкие показатели: Нижний Новгород – 12,6% [26], Тюмень – 13,5% [27]. Преобладают гипотензивные и противоаритмические средства.

В целом, обобщая приведённые в работе данные, можно сделать вывод об актуальности исследований в этом направлении. Многие вопросы требуют более пристального внимания. Среди них: своевременная и квалифицированная диагностика у пациентов кардиологической клиники эмоциональных нарушений и суицидальной активности, система их регистрации и учёта, обучение врачей-кардиологов по соответствующим темам в сфере психического здоровья, совершенствование подходов лекарственной терапии.

В качестве направлений, развиваемых в нашем регионе, укажем на систему регистрации и учёта суицидальных действий – Суицидологический регистр, действующий на базе Областной психиатрической больницы с 2012 года. Персонифицированный учёт позволяет систематизировать медицинские данные о суицидентах [28]. В настоящее время регулярно проводится сверка данных суицидологического регистра и канцер-регистра, позволяющая выявлять онкологических больных среди лиц, совершивших покушения на суицид. Дополнение базы данных о других формах коморбидной, в том числе и сердечно-сосудистой патологии, может явиться важным этапом развития формируемой в регионе системе суицидальной превенции.

Литература:

1. Кошелева Г.Г., Ширяев О.Ю., Неретина А.Ф. Анализ соматической патологии у суицидентов // Суицидология. 2011. №3. С.39-41.
2. Зотов П.Б. Образ суицидента в представлении педагогов-психологов // Тюменский медицинский журнал. 2016. Т. 18, № 4. С. 47-50.
3. Демографический ежегодник России. 2015: Стат.сб. / Росстат. М., 2015.
4. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 3. С. 5-6.
5. Зотов П.Б. Хроническая боль среди факторов суицидальной активности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. 2004. – № 3. С. 77-79.
6. Куценко Н.И. Соматогенные детерминанты суицидальной активности больных рассеянным склерозом // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 4 (53). С. 63-65.
7. Вильянов В.Б., Кудряшов А.В., Кобозев Г.Н., Орлов И.Ю., Ременник А.Ю. Влияние аллельного полиморфизма Val158Met COMT на характер аффективных нарушений в

References:

1. Kosheleva G.G., Shiryayev O., Neretina A.F. Analysis of somatic pathology suicide // Suicidology. 2011. № 3. P. 39-41. (In Russ)
2. Zotov P.B. The image of suicide in the view of educational psychologists // Tyumen Medical Journal. 2016. T. 18, № 4. S. 47-50. (In Russ)
3. Demograficheskiy ezhegodnik Rossii. 2015: Stat.sb. / Rosstat. M., 2015. (In Russ)
4. Zykov V. V., Maltsev A. E. The role of somatic diseases in arose-collision of suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. 2013. T. 15, № 3. S. 5-6. (In Russ)
5. Zotov P.B. Hronicheskaja bol' sredi faktorov suicidal'noj aktivnosti onkologicheskikh bol'nyh // Vestnik Rossijskogo onkologicheskogo nauchnogo centra im. N.N. Blohina. 2004. – № 3. S. 77-79. (In Russ)
6. Kucenko N.I. Somatogenic determinants of suicidal activity of patients with multiple sclerosis // Academic Journal of West Siberia. 2014. T. 10, № 4 (53). S. 63-65. (In Russ)
7. Wilanow B. V., Kudryashov V. A., Kobozev G. N., Orlov, Y. I., A. Y. Remennik the Influence of allelic polymorphism of COMT Val158Met on the nature of affective disorders in the structure of

- структуре психоорганического синдрома больных с последствиями инсульта // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 4 (46). С. 50-51.
8. Zotov P.B., Lyubov E.B. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19, № 1. С. 3-24.
 9. Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
 10. Решетова Т.В. О суицидальном поведении больных соматической клиники // Суицидология. 2011. № 3. С. 37-39.
 11. Пахомова С.А., Деренок А.П., Кузьмина И.А. Расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных с сердечно-сосудистой патологией // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 2. С. 65-67.
 12. Пахомова С.А., Деренок А.П., Кузьмина И.А. Аффективные расстройства в кардиологической практике // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 2. С. 138.
 13. Нефедова Е.А. Динамика тревожных расстройств в соматическом стационаре // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2014. Т. 4, № 3. С. 166.
 14. Челышева И.А., Бунина И.С., Герасимова Ю.А., Краснощекова Л.И. Особенности тревожно-депрессивных расстройств при осложнениях гипертонической болезни (инфаркте миокарда и ишемическом инсульте) // Вестник Ивановской медицинской академии. 2012. Т. 17, № 4. С. 23-26.
 15. Sanacore F.K. Pharmacotherapies for depression and other conditions // Drug topics. 2003. V. 147, № 16. P. 55.
 16. Зуева О.Н., Смолгов Л.М., Привалова М.А., Абакаров Ш.А. Проблемы постинсультной депрессии в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта у больных пожилого возраста // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 3 (52). С. 60-61.
 17. Афлитонов М.А., Парцерняк С.А., Мироненко А.Н. и соавт. Особенности экскреции мелатонина при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии с тревожно-депрессивными расстройствами у мужчин молодого и среднего возраста // Артериальная гипертензия. 2015. Т. 21, № 3. С. 286-293.
 18. Gottfries C.-G. Late life depression // European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2001. V. 251, № 8. P. 57-61.
 19. Lépine J.P., Briley M. The increasing burden of depression // Neuropsychiatric disease and treatment. 2011. № 7. P. 3-7.
 20. Zotov P.B. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. 2010. № 3. С. 35-37.
 21. Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Пекарский С.Е. Значение факторов риска в возникновении цереброваскулярных осложнений у больных гипертонической болезнью по данным пятилетнего наблюдения // Российский кардиологический журнал. 2006. № 6 (62). С. 62-66.
 22. Куимова Ж.В., Филонова М.В., Болотнова Т.В. Влияние приверженности лечению на риск сердечно-сосудистых осложнений у больных пожилого и старческого возраста // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 2. С. 11-12.
 23. Terry P.D., Abramson J.L., Neaton J.D. Blood pressure and risk of death from external causes among men screened for the multiple risk factor intervention trial // Amer. J. of Epidemiol. 2007. V. 165, № 3. P. 294.
 24. Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца // Суицидология. 2014. Т. 5, № 2. С. 69-76.
 25. Gasse C. Risk of suicide among users of calcium channel blockers: population based, nested case-control study // BMJ. 2000. V. 320, № 7244. P. 1251.
 26. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Суицидология. 2011. № 1. С. 54-55.
 27. Приленский А.Б. Характер средств, выбранных пациентами для преднамеренного отравления с суицидальной целью (на примере Тюменской области) // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 4. С. 95-97.
 28. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Umansky S.M., Kuznetsov P.V. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. 2011 №1. С.10-11.
 - psycho-organic syndrome in patients with consequences of stroke // Academic Journal of West Siberia. 2013. T. 9, № 4 (46). S. 50-51. (In Russ)
 8. Zotov P.B., Lyubov E.B. *Suicidal behavior in the medical patients* // Tyumen Medical Journal. 2017. T. 19, № 1. S. 3-24. (In Russ)
 9. Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
 10. Reshetova T.V. About suicide somatic patients clinic // Suicidology. 2011. № 3. P. 37-39. (In Russ)
 11. Pahomova S.A., Derenok A.P., Kuz'mina I.A. Rasstrojstva trevozno-depressivnogo spektra u bol'nyh s serdechno-sosudistoj patologiej // B'ulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2015. T. 5, № 2. S. 65-67. (In Russ)
 12. Pahomova S.A., Derenok A.P., Kuz'mina I.A. Affective rasstrojstva v kardiologicheskoj praktike // B'ulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2015. T. 5, № 2. S. 138. (In Russ)
 13. Nefedova E.A. Dinamika trevozhnyh rasstrojstv v somaticheskom stacionare // B'ulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2014. T. 4, № 3. S. 166. (In Russ)
 14. Chelysheva I.A., Bunina I.S., Gerasimova Ju.A., Krasnoshheкова L.I. Osobennosti trevozno-depressivnyh rasstrojstv pri oslozhnenijah gipertonicheskoj bolezni (infarkte miokarda i ishemicheском insulte) // Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. 2012. T. 17, № 4. S. 23-26. (In Russ)
 15. Sanacore F.K. Pharmacotherapies for depression and other conditions // Drug topics. 2003. V. 147, № 16. P. 55.
 16. Zueva O. N., Smolov L. M., Privalova M. A., Abakarov A. sh., Problems of post-stroke depression in the early recovery period of ischemic stroke in elderly patients // Academic Journal of West Siberia. 2014. T. 10, № 3 (52). S. 60-61. (In Russ)
 17. Afilitonov M.A., Partsernyak S.A., Mironenko A.N. et al. Melatonin excretion in young and middle-aged men with polymorbid cardiovascular pathology, anxiety and depressive disorders // Arterial. Hypertension. 2015. V. 21, 3. P. 286-293. (In Russ)
 18. Gottfries C.-G. Late life depression // European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2001. V. 251, № 8. P. 57-61.
 19. Lépine J.P., Briley M. The increasing burden of depression // Neuropsychiatric disease and treatment. 2011. № 7. P. 3-7.
 20. Zotov P.B. The identification of clinical forms and classification of suicidal behavior // Academic Journal of West Siberia. 2010. № 3. S. 35-37. (In Russ)
 21. Afanas'eva N.L., Mordovin V.F., Semke G.V., Pekarskij S.E. Znachenie faktorov riska v vzniknovenii cerebроваскулярных осложнений у больных гипертонической болезнью по данным пятилетнего наблюдения // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2006. № 6 (62). S. 62-66. (In Russ)
 22. Kuimova J. V., Filonov, M.V., Bolotnova T.V. the Influence of treatment adherence on the risk of cardiovascular complications in patients of elderly and senile age // Tyumen Medical Journal. 2013. T. 15, № 2. S. 11-12. (In Russ)
 23. Terry P.D., Abramson J.L., Neaton J.D. Blood pressure and risk of death from external causes among men screened for the multiple risk factor intervention trial // Amer. J. of Epidemiol. 2007. V. 165, № 3. P. 294.
 24. Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Repin A.N., Sergienko T.N. Particularly disturbing, depressive disorders and suicidal behavior in patients of elderly and senile age with chronic CAD // Suicidology. 2014. V. 5, № 2. P. 69-76. (In Russ)
 25. Gasse C. Risk of suicide among users of calcium channel blockers: population based, nested case-control study // BMJ. 2000. V. 320, № 7244. P. 1251.
 26. Kasimova L.N., Svyatogor M.V., Vtyurina M.V. Analysis by suicide attempts self-poisoning // Suicidology. 2011. № 1. P. 54-55. (In Russ)
 27. Prilensky A. Funds selected by the patients for the intentional poisoning with suicidal intent (for example, Tyumen region) // Scientific forum. Siberia. 2016. T. 2, № 4. S. 95-97. (In Russ)
 28. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Umansky S.M., Kuznetsov P.V. Problems and challenges results-based (organization registry) // Tyumen Medical Journal. 2011. № 1. S. 10-11. (In Russ)

SUICIDE AND CARDIOVASCULAR DISEASES: IS THERE A RELATION?M.S. Umansky¹, P.B. Zotov^{2,3}, O.V. Abaturova², V.A. Zhmurov², E.V. Rodyashin³, A.B. Prilensky⁴¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia²Regional narcological dispensary, Tyumen, Russia³Regional clinical mental hospital, Tyumen, Russia⁴Regional clinical hospital, Tyumen, Russia**Abstract:**

The article discusses a possible relation between suicide and cardiovascular diseases. It is stated that nowadays there is no accurate statistics on suicide among such patients. Still, authors show that there is high percentage of people whose cardio-vascular diseases could be a leading cause of suicide (21,6% males and 34,4% females). As probable factors that increase suicide risk high frequency of anxiety-depressive disorders among cardiac patients is marked. According to a number of publications these disorders determine suicide ideation for one in ten cardiac ischemia patients. Authors believe that there is a correlation between depression and decrease of commitment to therapy, which in some cases can also indicate suicidal activity. As objective statistics of high prevalence of suicide commitment among cardiac patients, that are not registered though, the authors provide data on cardiotropic drugs that are used for self-poisoning. Cardio-vascular drugs (antihypertensive and antiarrhythmic drugs especially) stably take the second place after psychotropic drugs in the structure of drugs used for suicide. What is more, researches made in different regions of the country provide very similar indices: Nizhniy Novgorod – 12,6%, Tyumen – 13,5%.

Conclusion is made that it is necessary to have more research in this area. Important directions are timely and qualified diagnostics of emotional disorders and suicide activity of cardiac hospital patients, the system of their registration and record, teaching cardiologists mental health specifics, improvement of drug therapy approaches.

Key words: suicide, suicide behavior, depression, cardiac ischemia, hypertonic disease, stroke, cardio-vascular diseases

Юбилеи

**Девяностолетие
Валентина Михайловича Кушнарёва**

Валентин Михайлович Кушнарёв, 1927 г.р. (3 июня) после окончания Медицинского института служил 10 лет в истребительной авиации военным врачом. Работает в Московском НИИ психиатрии (ныне филиале Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского) с 1963 г. по настоящее время.

В 1967 г. защитил кандидатскую диссертацию, с 1982 г. (35 лет) – научный сотрудник отдела суицидологии (ныне – отделение клинической и профилактической суицидологии). Опубликовал более 70 научных работ, из них 10 – за последние 5 лет. Активный автор журнала «Суицидология».

Научную деятельность Валентин Михайлович успешно сочетает с практической – врач амбулаторно-консультативного отдела МНИИП и кабинета социально-психологической поддержки Учебно-методического центра Московского Технического Университета им. Н.Э. Баумана, щедро делится уникальным научно-практическим опытом с ординаторами и сотрудниками.

В.М. Кушнарёв неизменно заражает окружающих неуемной энергией, оптимизмом, интересом к людям и жизни.

В связи со славным 90-летием и более чем полувековой активной деятельностью учёного и врача, коллектив НМИЦПН им. В.П. Сербского и редколлегия журнала «Суицидология» желают юбиляру и далее оставаться для коллег и пациентов примером жизнестойкости и творческого отношения к делу!



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

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

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

4. Перед названием статьи указывается УДК.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В списке литературы указываются:

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

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

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

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

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

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

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

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