Суицидология

№ 1 (26)
Том 8 2017

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

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

Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова, В.Е. Цупрун
Суицидальное поведение пожилых 3

Н.Б. Семенова
Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы 17

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов, С.В. Кандрычын
Самоубийства и эпидемиологические параметры туберкулеза в России: популяционный уровень связи 39

А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Ю.А. Жукова
Значение физических наказаний в детстве для формирования аутоагрессивной «траектории» потомства 47

А.С. Рахимкулова
Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению 52

С.В. Харитонов, В.Е. Цупрун
Интерпретация пиктографического экспресс-теста «Риск суицидального действия» и дополнительные возможности превенции суицидов 62

Н.А. Бохан, А.И. Мандель, В.Н. Кузнецов, Л.Д. Рахмазова, М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина, Д.Н. Репецкий
Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу 68

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

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

EDITORIAL COLLEGE
N.A. Bokhan, acad. RAS, Ph. D., prof. (Томск, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsк, 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. Petersburs, 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. (Tomsк, 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: 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 № 49. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 27.03.2017 г.
Распространяется по подписке

ISSN 2224-1264

П.Б. Зотов, А.В. Зырянов, Е.В. Родяшин
С.И. Грачёв, О.П. Зотова, А.А. Севастьянов
Образ суицидента в представлении студентов медицинского и технического ВУЗов 77

Дискуссии

М.А. Зинковский, С.А. Рубанов, Е.Ю. Цуканова,
И.Н. Перемышленникова, О.В. Цуканов
Некоторые проблемы осуществления и защиты гражданских прав физических лиц, совершивших попытку суицида 83

Информация для авторов 92

Contents

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova, V.E. Tsuprun
Suicide behavior in older adults 3

N.B. Semenova
Suicidal prevalence and risk factors in native peoples: the review of foreign data 17

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov, S.V. Kondrychyn
Suicide and epidemiological parametrs of tuberculosis: population level of relationship 39

A.V. Merinov, T.A. Medentseva, Y.A. Zhukova
Influence of alcohol for patients geteroagressive dependence of a suicide spectrum for them 47

A.S. Rakhimkulova
Neuropsychological changes in adolescence that influence risky and suicidal behavior 52

S.V. Kharitonov, E.V. Tzuprun
Interpretation of pictographic Express-test "Risk of suicidal actions" and additional opportunities for prevention of suicides 62

N.A. Bokhan, A.I. Mandel, V.N. Kuznetsov, L.D. Rakhmazova,
M.M. Axenov, O.E. Perchatkina, D.N. Repetsky
Alcoholism and suicidality factors among indigenous population of territories given the same status as Far North 68

P.B. Zotov, A.V. Ziryanov, E.V. Rodyashin
S.I. Grachev, O.P. Zotova, A.A. Sevastyanov
The perception of a suicide attempter presented by medical and technical students 77

M.A. Zinkovsky, S.A. Rubanov, E.Y. Tsukanova,
I.N. Peremyshlennikova, O.V. Tsukanov
Some problems of implementation and civil rights protection of natural persons who have attempted suicide 83

Information 92

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.

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03

УДК: 616.89–008

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОЖИЛЫХ

Е.Б. Любов, Л.Г. Магурдумова, В.Е. Цупрун

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация

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

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

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

По данным ВОЗ (Российская Федерация – не исключение), уровни суицидов (УС) – наибольшие в пожилом (≥65) возрасте, однако относительно редкие (к счастью) суициды более молодых (подростков) зауживают перспективу актуальной медико-социальной проблемы, дополнительно стигматизируя стариков. «Причина» суицидального поведения (СП) пожилых представлена сложным взаимодействием и кумуляцией биопсихосоциальных факторов. Приведены данные о генетической, нейробиологической, нейрокогнитивной и личностной составляющих (базисе и предиспозиции) СП. Большинство пожилых суицидентов страдает депрессией. Другие факторы риска включают суицидальные мысли, неблагоприятные жизненные события (потеря близкого, разлад в семье, ведущие к одиночеству), злоупотребление алкоголем и снотворными (последнее – нередко иатрогенное) как средство самолечения. Физическая болезнь с хроническим болевым синдромом и функциональные нарушения, питающие ощущение обременения, увеличивают риск СП при сочетании с депрессией, могут вызвать последнюю. Суицидогенез, возможно, отличный от «молодого», вписывается в современные концептуальные модели СП как межличностную. Показаны перспективы развития «геронтологического» сектора суицидологической службы.

Ключевые слова: пожилые, суицидальное поведение, эпидемиология, факторы риска, защитные факторы, суицидогенез, профилактика

Всё же когда-то и где-то
Были любимы и мы.
И неудачное лето
Стоит удачной зимы.
Ф. Искандер

Суицидальное поведение (СП) пожилых – актуальная проблема общественного здравоохранения в мире [1, 2], но в нашей стране затушевана относительно редкими, но резонансными суицидами подростков. Значимую возрастную группу составляют лица ≥65 лет (время пенсии по выслуге лет). Кризис пожилых представлен переосмыслением жизни и «самости» [3] под гнётом неблагоприятных (необязательных) событий жизни (потеря близких, конфликт поколений, недуги), усугублен физическими и физиологическими ограничениями (путешествия, плотские радости), узаконенной бедностью, одиночеством, малой доступностью качественной медико-социальной помощи, стигматизацией («Вы чьё, старичье?»). Может быть старость счастливой? Или «хотя бы» спокойной. Увы…

Долгая жизнь не всегда есть лучшая жизнь. *Джордж Элиот*

Эпидемиология СП пожилых*:* континуум СП.

Суицидальные мысли. Думы о смерти обычны у пожилых и могут быть «нормативными» [4] при обычной череде долгой жизни. Размышления о тщете и малоценности постылой жизни с отвращением к себе и миру (taedium vitae) в рамках антивитального настроения.

… я так страдал и стражду,
Что страшно вновь иметь за гробом жизнь в виду:
Покоя твоего, ничтожество! я жажду:
От смерти только смерти жду.
П.А. Вяземский

Каждый четвертый (26,7%) выборки 97-летних подумывал о смерти хотя бы раз в месяц, но 77% из них не соответствовали критериям клинической (МКБ-10) депрессии [5]; бессонница и недостаток социальных связей связаны с суицидальными мыслями и вне депрессии.

Качественные анализы показали, что пожилые сначала думали о смерти как выходе из неблагоприятного жизненного события (мучительный недуг) и обстоятельства (ссоры с близкими, их болезнь и смерть, одиночество) [6, 7] при ощущении потери самоконтроля и симптомах депрессии.

«Легкой жизни я просил у Бога,
Легкой смерти надо бы просить...»

И. Тхоржевский

«Желающие себе смерти» в 1,7 раз вероятнее умрут в ближайшие 5 лет, не зависимо от тяжести депрессии или её отсутствия [*8*]. Напротив, суицидальные мысли (активные, с планированием суицида) – обычно проявление психопатологии – стойкий предиктор внешних форм СП [5, 9]*:* в 34 раз повышают риск попытки суицида в ближайший год [5]. Частота суицидальных мыслей пожилых зависит от выборки, места, периода, метода и критериев оценки. В популяционных выборках: 2-16% [5, 10], чаще в интернатах престарелых. У азиатов и европеоидов – высший риск суицидальных мыслей. Пожилые сообщают о суицидальных мыслях вшестеро реже, чем в 18-29 лет [9]. Суицидальные мысли вдвое чаще у пожилых женщин, при большем УС мужчин [10]. Суицидальные мысли независимо связаны с физическим насилием в детстве, историей самоубийства в семье, высшим образованием, курением, одиночеством, бедной сетью социальной поддержки, нерелигиозностью, денежными затруднениями, депрессией (или её симптомами) и /или тревогой, попыткой суицида в прошлом, болью, ощущением плохого здоровья как при нарушении зрения, слуха, сочетанных болезнях [5], бессонницей [11].

Я давно на тот свет хочу… Не браните меня за бирючий образ жизни – это от… болезней. С ними ладить не под лета и не под силу. Ложась спать, я никогда не знаю, когда засну… чаще всего засыпаю под утро; поэтому день у меня пропадает. Старость и климат. *И. Гончаров. Письма.*

Памятуя о нейропротективном (нейропластическом?) эффекте сна, бессонница (сдвиг цикла «сон-бодрствование») ухудшает когнитивные возможности пожилого, служит симптомом депрессии и предтечей деменций, что важно в аспекте СП (см. ниже).

У пациентов общей практики частота суицидальных мыслей 1 (за последнюю неделю) – 10%, но всемеро чаще у психически (депрессивных) и соматически (сердечными болезнями, язвой желудка) больных, страдающих ≥3 физическими болезнями [10]. Суицидальные мысли связаны с ухудшением медицинского прогноза: с ростом на 23% риска несуицидальной смертности, в основном – вследствие сердечно-сосудистых заболеваний – в течение последующих 17 лет после контроля демографических переменных, телесного здоровья, симптомов депрессии и тревоги, возможной деменции [12].

Суицидальные попытки часто не выявлены (замечены лишь с клиническими последствиями), но реже на порядок у пожилых, чем в 18-29 лет [9]. Соотношение суицидальных попыток / суицидов молодых 200:1, пожилых 4:1 [10], возможно, 1:1. У совершивших попытку ниже социальная поддержка, менее охват фармакотерапией [13]. В когорте (n=1177) с самоповреждениями 12,8% повторили попытки и 1,5% погибли в течение года [13]. Независимые факторы риска рецидива СП – психиатрическое лечение в прошлом. Безнадежность и суицидальная попытка в анамнезе более любого психического недуга [14] прогностически значимые факторы суицида в среднем и пожилом возрастах. Ведь поведение в будущем прогнозирует поведение в прошлом.

… Хемингуэй держал ружье с открытым затвором, в другой руке – два патрона. На столе записка, в которой речь шла о завещании. Приехавший по звонку жены врач после долгих уговоров забрал ружье и дал писателю успокаивающие. На следующий день, когда за писателем приехали для госпитализации, он заперся и вновь пытался застрелиться. После возвращения из клиники Хемингуэй упорно искал ключ от оружейного шкафа. И нашел.

Среди суицидентов выявлены и «пожилые подростки» (65-74 лет) с типовым мотивом привлечения внимания («криком о помощи»).

Суициды. В 2013 г. пожилые составили 8% населения мира и 17% жертв суицида [2] при малом «вкладе» суицидов в смертность первых, тогда как в 15-44 лет суициды входят в тройку ведущих причин смерти. Намеренные самоповреждения занимают 13-е место среди причин смерти в обобщенном бремени болезней в мире (2010 г.), но в 60-64 и ≥ 80 лет 17-е и 32-е – соответственно. В связи с постарением населения суициды при общемировом тренде к снижению уровней станут 10-й ведущей причиной смерти населения к 2020 г. В большинстве экономически развитых стран УС

мужчин и женщин растут с возрастом с пиком ≥ 85 лет [2, 15]. Пожилые белые мужчины совершают суициды чаще [10, 16], но с возрастом УС сближаются. Рост УС в 50-74 лет, возможно, связано с когортным эффектом: у «бэби бумеров» 1946-1964 гг.. рождения (авангард из 75 млн. человек достиг 65 лет в 2011 г.) традиционно наибольший УС в любом возрасте [10, 17]. Самоубийства пожилых в РФ составили (2015 г.) 17% всех самоубийств в РФ (14% мужских и 31% женских) при 13,5% представленности возрастной группы в населении (доля подростков в населении многократно превышает таковую среди жертв суицида). УС пожилых (≥65 лет) в РФ составил 21,7 при усредненном 17,4. Соотношение мужчин / женщин пожилых суицидов в РФ 2:1 при усредненном в стране 4,6:1. УС селян превышают таковые горожан, как и у более молодых. Различия УС на региональных уровнях достигают 2-4 раз. Обычно в регионах с высокими средними показателями УС – высоки таковые и в отдельных возрастных группах.

Факторы риска СП пожилых.

Ранние неблагоприятные жизненные события (физическое и сексуальное насилие, пренебрежение в семье, внезапная смерть, возможно, суицидальная, развод родителей, неадекватная помощь, этнические чистки) повышают риск психических расстройств и / или СП в течение жизни [16].

Генетические факторы опосредуют передачу импульсивности и/или агрессии, нейротизма и нейрокогнитивного дефицита [18]. Генетически опосредованные аномалии процессов ЦНС предрасполагает к дисфории, безнадёжности, депрессии, СП. Предиспозицию к СП определяет отчасти генетическая предуготованность к душевным и физическим расстройствам. Так, наследуемость клинической депрессии (см. ниже) о 35-40%.

Личностные черты: невротизм (возможно, фасад невыявленной депрессии) и малая открытость опыту (невыразительное аффективное реагирование, консерватизм, ограниченность контактов и интересов) связаны с СП [10] менее, чем в среднем возрасте. Риск связан со сложностью приспособления к ограничениям старости [15], неэффективной регуляцией негативных эмоций. Обсессивные и тревожные черты, робость, скромность, уединение, ипохондрия, враждебность и ригидность, независимый стиль выявлены лишь неконтролируемыми исследованиями**.** Интраверсия и высокий невротизм связаны с неадекватной регуляцией эмоций. Оптимизм / пессимизм – важный предиктор СП в любом возрасте вне связи с депрессией [19].

Александра Коллонтай (80 лет), одинокая в полупарализованная после инсульта в дневнике за 2 недели до смерти: «Я любила жизнь и очень хотела быть счастливой». Бог меня жестоко покарал. Пропорхала молодость, улетучилась зрелость, она прошла безмятежно, путешествовала, любила, меня любили, встречи были вишнево-сиреневые, горячие, как крымское солнце. Старость надвинулась беспощадная, ужасающе-скрипучая… *Вера Инбер.*

Неприспособленные к возрастным изменениям и ограничениям (старость – требует мужества совладания), не умеющие и боящиеся увядания – в группе риска СП. Для них ювеналово «Старости больше надо бояться, чем смерти». «Трагедия старости не в том, что ты стар, а в том, что по-прежнему считаешь себя молодым» (Уайльд О.). Ощущение немощи обострено депрессией. Таково «проклятье и суицидальный месседж» семьи Хемингуэя (весьма занимало Айну Амбрумову) – ведь «победитель получает ничего».

Я – диабетик! Я никогда не болел… Не могу жить таким образом… Мне стыдно… Я не могу быть больным…» *Кларенс Хемингуэй (отец).*

Кого, к чертям, может заботить жизнь души, когда долг каждого достойного человека – суметь распроститься с ней без лишних сожалений. Точно также, когда вы продаете нечто особенное для вас, но владеть которым вам уже не по карману, запросив за него как можно больше, так, чтобы оно стало самым дорогим из всего, когда-либо проданного. Не так уж трудно – умереть… Только лучшие из нас умирают, не жалея об этом». Эрнст *Хемингуэй (сын).*

Нейробиологические факторы. Показана связь СП с возрастными нейробиологическими (нейродегенеративными и сосудистыми) изменениями [20], накладывающимися на врождённую (как дефицит регуляции эмоций) или приобретённую (низкая стессоустойчивость из-за ранней жизненной травмы) уязвимость. Связь СП с нарушениями серотонинергической передачи, польза дексаметазоновой пробы, риск носителей аполипопротеина Е4 (ApoE4) не доказаны строго. Пожилые депрессивные с попыткой в анамнезе более выявляют мозговые атрофические изменения в дорзально - медиальной префронтальной коре (биологический субстрат СП?) на МРТ, чем несуицидальные [21, 22]. Функциональная случай-контроль МРТ показала, что импульсивность и история попыток связаны с ослабленным сигналом награды в окололимбической коре. Ошибки принятия решения связаны с патологией в вентральном префронтальном круге [21].

Нейрокогнитивные факторы. Когнитивные нарушения (внимания и памяти, лобной

исполнительной функции) пожилых взаимодействуют с чувством обременения, опосредующем связь депрессии и неотступных суицидальных мыслей, объясняют невозможность «фильтрации» неуместной информации в рабочей памяти, препятствуют в итоге совладанию с дистрессом, хронифицируют суицидальный кризис и приводят к ошибкам принятия решения при исключении нажитого опыта («близорукость на прошлое»), в типовых жизненных (неожиданных, неблагоприятных) ситуациях [22, 23, 24]. Зауженность на ближайших целях и конкретное мышление не оставляют альтернатив суициду. Неверное решение проблем свойственно суицидентам любого возраста. Нарушен когнитивный контроль и у эутимичных родных первой степени пожилых жертв суицида [25]. Дезадаптивная регуляция эмоций (руминация – жвачка, самообвинение, выброс негативных эмоций) вследствие когнитивных нарушений – фактор риска СП пожилых [23] вне симптомов депрессии. Эмоциональные помехи при принятии решений в дистрессе увеличит риск СП.

Психосоциальные факторы.

Стрессогенные жизненные события в критический момент развития выявляют предиспозицию к СП (большая вероятность, но не предопределение). Межличностный (семейный) разлад, денежные и производственные проблемы, нарушения закона обычны для молодых суицидентов, но хронические мучительные инвалидизирующие телесные недуги, тяжкие утраты (спутника жизни, особо внезапная) – типовые дистрессы за неделю-месяцы до СП пожилых [1, 10, 26]. Нередко проблемы хронические, кумулированы, мужчины более уязвимы. Падение социального положения – фактор риска СП пожилых во всем мире [27]. У вдовцов втрое выше суицидальный риск, чем у вдов [*28*], повышенный, в свою очередь, по сравнению с замужними и после контроля социально-демографических характеристик и психического расстройства. Систематический обзор 95 исследований подтвердил связь неблагоприятных жизненных событий с континуумом СП всех возрастов [29]. Обратная связь между позитивными событиями и СП не обнаружена. Для уязвимого пожилого нежданная радость тоже обернется психотравмой, коли влечет изменение стереотипа жизни.

Социальная изоляция, одиночество – «катастрофа для психики человека» и суицидоопасное негативное переживание [30], отличное, видимо, от пушкинского: «Ты царь, живи один». Мета-анализ 148 исследований [31] указал влияние социальной изоляции на риск преждевременной смерти любой причины, по меньшей мере, сравнимого с такими доказанными факторами риска как курение, ожирение, адинамия. Жертвы суицида чаще одиноки (и в дисфункциональной семье тоже), как и более молодые, но особо уязвимы при малой социальной поддержке [31, 32]. Изоляция необъяснима лишь депрессией и её последствиями. Риск СП одиноких повышен независимо от психических расстройств, хотя одиночество питает депрессию и наоборот [5, 14]. В домах престарелых сетуют на одиночество > 1/3 постояльцев, с возрастом доля растет [3]. Суицидоопасная группа душевнобольных в ПНД – одинокие, обделенные формальной социальной помощью.

Психологическая аутопсия со случай-контролем указывает ряд ключевых факторов риска.

Психические расстройства выявлены у 85-90% пожилых жертв суицида [10, 33]. Частота психических расстройств выше у пожилых – 1/3 пациентов ПНД > 60 лет (в населении РФ <20%) и у суицидентов в 27-113 раз, чем в контроле [14]. Треть пациентов ПНД > 60 лет (в населении < 20%). *Клиническая депрессия* – ведущее суицидоопасное психическое расстройство: у 54-87% жертв, включая первый «поздний» эпизод [10] – сильнейший предиктор смертельного и несмертельного СП пожилых: связана с 40-кратным увеличением риска, тогда как иные психические расстройства – «только» с трехкратным. Риск рецидива (обострения), СП депрессивных растет с возрастом [34].

Ромен Гари, сын нищей матери-одиночки эмигрантки, герой войны, консул Франции, кавалер Ордена Почетного легиона и дважды (!) лауреат Гонкуровской премии в предсмертной записке (66 лет): «Можно объяснить всё нервной депрессией. Но … она длится с тех пор, как я стал взрослым, и именно она помогла мне достойно заниматься литературным ремеслом».

При отсутствии прямой связи меж глубиной депрессии и суицидальным риском опасны «открытость» депрессий ситуационным влияниям, малая эффективность лечения, тягостные нежелательные действия терапии, несоблюдение режима лечения, в основе которого и безнадежность (отсутствие стимула к выздоровлению). Особо высок риск вслед психиатрической госпитализации [35] на фоне недолеченной депрессии (сохранении «понятной» у старика безнадежности) и обрыва терапии. Мысли о смерти и суициде определяют особый тип депрессии позднего возраста [36]: 42% пожилых депрессивных хотят умереть, 25% «много думают» о суициде, 5% совершают попытку

[37]. СП депрессивных пожилых связаны с тяжестью настоящего психического состояния и психиатрической коморбидностью (паническим расстройством, злоупотреблением ПАВ), СП в анамнезе, телесной отягощенностью, одиночеством, малой социальной поддержкой, бедностью [38, 39]. Вина и никчемность клинически депрессивных связана с шестикратно большим риском суицидальных мыслей. У совершивших попытку раннее начало депрессии, больше тяжелых эпизодов и с психотическими чертами [40]. Депрессия сама по себе не объяснит все случаи СП. Негативные эмоции (апатия, печаль, безнадежность, тревога, вина, никчемность, гнев и раздражительность) при отсутствии положительных возможны вне клинического диагноза. Качественный анализ (структурированный опрос знакомых жертв суицида) показал, что до гибели пожилые эмоционально отрешены [41]. Депрессия и безнадежность служат передаточным звеном меж когнитивными нарушениями и мыслями о самоубийстве [23]. Безнадежность – проксимальный фактор риска СП пожилых [10, 23, 24]. Гнев и самообвинение связаны с большим числом попыток.

Коморбидное с клинической депрессией *генерализованное тревожное расстройство* (симптомы тревоги) – сильнейший предиктор постоянных суицидальных мыслей [42, 43], суицидальной попытки. Почти ½ (46%) депрессивных или тревожных пожилых пациентов первичной сети и 61% с их сочетанием хотят умереть или покончить с собой [44].

В меньшей мере представлены психозы.

Шизофрения. У больных среднего и пожилого возраста чаще, чем в контроле актуальные (10 vs. 2%) и в течение жизни (56 vs. 7%) суицидальные мысли, попытки (30 vs. 4%) [45]. Риск суицида выше у мужчин и женщин, но снижен с возрастом [34, 46], возможно, в связи с регредиентностью процесса [47]. Факторы риска суицида – частые госпитализации, суицидальные попытки, коморбидные депрессия (риск выше вдвое) и личностные расстройства, злоупотребление ПАВ [45, 47, 48]. Особо высок риске в первом эпизоде (верхний полюс дебюта шизофрении МКБ-10 не определен) при длительности нелеченого психоза до 5 лет; в начале рецидива (обострения) и по его завершению (постшизофреническая депрессия, симулирующая и усугубляющая «эмоциональный дефект»).

Личностные расстройства реже сопутствуют СП, чем у молодых. Так, влияние пограничного личностного расстройства слабеет с возрастом [34]. Пожилые суициденты охарактеризованы как робкие и уединенные, враждебные, жёсткие и независимые [5, 10, 48] – черты, препятствующие успешному преодолению дистресса, сторонней помощи и приспособлению к ограничениям старости.

Частота *злоупотребления ПАВ* (проявление саморазрушительного поведения) в выборках зависит от метода учёта и социо - культурального фона: проблема пьянства отлична на Востоке и Западе [9]. Влияние алкоголя на СП пожилых опосредовано степенью социальной аномии и общим уровнем девиантности общества [3]. Тяга к спиртному слабеет с возрастом [35], но алкоголь служит и самолечению депрессии.

Деменции. ВОЗ прогнозирует удвоение больных каждые 20 лет. Средний период нелеченой болезни (как и шизофренического психоза) 3-5 лет. Треть пожилых пациентов ПНД – страдает деменциями, но лишь каждый четвертый из зарегистрированных в поле зрения психиатра и менее половины – получают какое-либо психиатрическое лечение за год. Классическое (дюркгеймово) определение суицида исключает дементных, как и психотических [47]. На продвинутых стадиях речь о парасуицидах и несчастных случаях. Суицидальные мысли у 40% депрессивных больных с легкой-умеренной деменциями [23]. «Старческой деменции свойственны эмоциональные расстройства», – отмечено уже Эскиролем. Депрессии (бессонница) предшествуют и сопровождают деменцию. Риск суицида повышен у мужчин и женщин в 10 раз [10, 46], но идет на убыль с годами на фоне когнитивных нарушений при сохранении – самоповреждающего поведения [34, 46, 49]. Предикторы СП [49, 50] – белая раса, возраст < 70 лет, депрессия, недавняя (до трех месяцев) верификация (особо при госпитализации, указывающей, видимо, тяжесть состояния) диагноза (особо хореи Гентингтона), сохранная критика, неэффективность противодементной терапии. Страх перед разрушительной («распад Я») «неизлечимой» болезнью («безумием»), безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем психоз (оскароносный фильм «Все ещё Элис» – интерес киноакадемии к теме показателен).

«Добрая улыбка Голливуда» (63 года) страдал деменцией на ранней стадии, в чем не был готов признаться публично» (жена). Лечение в наркологических реабилитационных центрах (последняя госпитализация – за несколько недель до суицида). В тревожной депрессии пытался вскрыть вены в спальне. Попытка не удалась – повесился на брючном ремне.

Импульсивное СП в дебюте деменции или мягком когнитивном нарушении объяснено лобной исполнительной дисфункцией [23].

Суицидальные попытки в анамнезе (см. выше).

Телесные и неврологические болезни – независимый предиктор СП любого возраста [51] и пожилых после контроля социально-демографических переменных и клинической депрессии [10]. «Старики болеют меньше молодых, но их болезни кончаются лишь с жизнью» (полагал Гиппократ). Хотя мучительные болезни – необязательный атрибут, психиатру предстоит отличить клиническую депрессию от «естественной печали» тяжело больного. Среди > 1200 пожилых пациентов первичной помощи 29% с клинической депрессией и 11% с её симптомами – желали себе смерти напряду с 7% недепрессивными [8]; 26% пассивных суицидальных мыслей в последний месяц, 16% активных – у тревожных пациентов первичной помощи [52]. Среди пожилых жертв суицида больше больных раком (без рака кожи и простаты) [53], хроническими легочными болезнями [5, 34], меньше страдающих ишемической болезнью сердца, болезнями сосудов мозга, язвой желудка и диабетом. Риск суицида в 1,5-4 раза выше, чем у сверстников без указанных недугов [10, 34] и растёт с числом болезней: у больных тремя физическими болезнями втрое выше по сравнению со здоровыми сверстниками, ≥ 7 – в девятеро [54]. Связь болезней с СП теснее у пожилых [5, 14], но меньшинство полагало недуг сам по себе основным поводом попытки суицида. Катамнез (10 лет) 14456 пожилых: плохое самочувствие (как затруднение дыхания) более диагноза прогнозирует суицид [55]. Риск суицида наивысший в начале лечения тяжелой болезни как диализа при почечной недостаточности [10]. Восприятие здоровья может оказать большее влияние на СП, чем объективные показатели, как в связи со смертностью от любых причин.

«Болезнь проникает внезапно, как что-то чуждое, она нечаянно набрасывается на объятую страхом душу и бередит в ней множество вопросов». *С. Цвейг.*

Страх последствий (бремени) телесной болезни, реальный или воображаемый, облегчает решение о безальтернативном самоубийстве, более реальных ограничений.

Инстинкт самосохранения иногда импульс к самоубийству. *Ежи Лец.*

Пожилые (более женщины) нередко наблюдались интернистами перед суицидом. 83% жертв – в течение года; $^1/_2$-$^2/_3$ осмотрены врачами за месяц до трагедии и > ½ – за неделю [56, 57], но лишь 20% – психиатрами [57]. Отягощают загруженного врача (окружающих) излишней многоречивостью (замкнутостью), вязкостью.

… меня чрезвычайно мучит геморрой, особенно с некоторого времени… И когда у меня бывают припадки, то вообще у-ди-ви-тельные при этом симптомы… (я вам подробнейшим образом их опишу). Во-первых… *Ф. Достоевский «Дядюшкин сон».*

Пожилые мало делятся намерениями, предъявляя «фасадные» неспецифические сомато - неврологические жалобы (слабость, боли, бессонница), порой убеждены в тяжкой болезни, не подтверждённой вскрытием [10]. Иногда подавленность, чувство безнадежности, персистирующие пессимистические ожидания (на успех лечения), деморализация, отчаяние и суицидальные мысли маскированы самоиронией, черным юмором; более склонны обвинять окружающих, обстоятельства, чем себя.

Боль, сильная и неконтролируемая хроническая (как при онкозаболеваниях, артрите / артрозе) – важный фактор риска СП [5, 53] и особо у пожилых мужчин.

Функциональное ухудшение – типовой повод суицида [58] и $^1/_2$ – совершивших попытки [14]. Систематический обзор 59 качественных анализов [5] связывает СП с функциональной недостаточностью (при слепоте, параличе) через восприятие обремененности при потере независимости и самоконтроля (дышать, питаться, передвигаться, отправлять физиологические нужды). Возможно недоверие (агрессия как оборотная сторона аутоагрессии) к медработникам.

72-летний пациент застрелил врача в отделении челюстно-лицевой хирургии клиники и покончил с собой. *Сообщение СМИ.*

Депрессия (особо тревожная) – независимый фактор риска стойкого снижения функционирования [59], верно и обратное.

Любые недуги повышают риск суицида через ощущение обременения при ухудшении повседневной (ролевой) активности, обостряют чувство заброшенности (одиночества); в их основе или их симптомами служат когнитивные и нейробиологические нарушения. Депрессия и социальная изоляция – наиболее существенные независимые факторы риска СП пожилых [4, 5], но выраженная (тягостная) функциональная несостоятельность связана с желанием смерти и без депрессии [5].

Ощущение обременения [60] актуализировано унизительной пенсией «по старости» при малой социальной и финансовой поддержке, необходимости большей сторонней помощи близких вследствие телесного недуга.

Философ Делез заболел раком легких (закуривал сигарету от предыдущей) и в 70 лет выбросился из окна, не вынеся жизнь с дыхательным аппаратом без возможности работать.

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

К смерти Лиля Брик относилась философски: «Ничего не поделаешь, все умирают, и мы умрём». В 86 лет, обречённая на неподвижность, приняла смертельную дозу снотворного…

Возрастные особенности мотивации, форм суицидогенеза, проявлений *СП*. Основной мотив СП [1, 51] – «отказ от жизни»: цель (суицид) и мотив (отказ) совпадают. У 85% пожилых первая попытка суицида смертельна.

Несмертельное СП реже с возрастом и мало отличимо от суицида [10, 14]: выражено намерение смерти, СП менее импульсивно как у молодых (планировано) и совершено на трезвую голову («на холоду»).

Поэтесса-фронтовичка задумала самоубийство за год до трагедии (67 лет), предусмотрев все детали. Предсмертную записка зятю: «Не пугайся! Вызови милицию и вскройте гараж!»

Ряд пожилых не выказывает намерения самоубийства, но сообщают косвенно («Я – бремя для себя, семьи», «С меня достаточно», «Жизнь бессмысленна, проиграна». Раздают эмоционально ценные вещи, пишут завещание. Отдаляются от близких и друзей, коли они уже не потеряны.

«Типичные» суициденты в РФ – бобыль 45 лет, потатор, безработный, грозивший убить соседа и покончить с собой (что и осуществил самоповешением), и вдовица 75 лет, пенсионерка, ссорившаяся с озорными подростками-внуками и жалующаяся на притеснения невестки товаркам у подъезда, страдавшая годами полиартритом, «привычно» высказывавшая желание умереть и отравившаяся вволю выписываемыми ей нестероидными обезболивающими.

Незавершенный суицид пожилого – не «крик о помощи», а неудавшееся самоубийство [26] в экзистенциальном тупике (капитуляция).

Возможно пассивное СП («смиренная смерть» при отказе от еды, питья, необходимых лекарств) [62] – по Дюркгейму – «отрицательный поступок» пострадавшего. Сравним:

Джайны верят, что Махавира разрешил последователям совершать саллекхану – добровольный уход из жизни неизлечимо больного старика через отказ от еды и питья, противопоставляемого убийству себя в силу (вернее – бессилия) перед жизненными тяготами. В Индии в первом полугодии 2015 г. более 100 джайн выполнили саллекхану. Ритуал запрещен Верховным судом.

Учитывая решимость пожилых умереть и их физическое состояние, в ряде стран легализовано право настроенных умереть, и ясно мыслящих, уйти из жизни с привлечением медицинской помощи или при её прекращении. Дискурс эвтаназии ставит этические проблемы принимающим решения [53].

«… предлагают убивать только тех, кто самому себе в тягость; но скоро так же станут поступать и с теми, кто в тягость другим». *Честертон.*

В странах, где практика легализована, на самоубийства с помощью врачей и эвтаназию приходится 0,3-4,6% смертей. Более $^2/_3$ – онкобольные [53]. Просят о прерывании жизни из-за потери самостоятельности и неспособности наслаждаться жизнью, но не столь – из-за боли.

Убийство-самоубийство (как в оскароносной «Любови» Ханеке) подчеркивает риск отчаявшегося (без адекватной помощи) опекуна пожилого.

В Ростовской области судили пенсионера, задушившего больную раком жену по её просьбе. В Саратовской области осужден застреливший страдавшую онкозаболеванием супругу из сострадания. *Сообщение СМИ.*

Возможны кластерное самоубийство в жестком хронотопе дома для престарелых (описано и Дюркгеймом), парные – пожилых верных супругов перед ужасом общей, представлялось (ключевое слово), неодолимой катастрофы, усталости от жизни («некуда боле бежать»): «Ведь если можно с кем-то жизнь делить, то кто же с нами нашу смерть разделит?». *И.Бродский*

Задыхаясь, он продиктовал записку: – "Не надо искать... виновных... Это – самоубийство... Убедительно просим... похоронить нас... непременно вместе...". Оба заплакали. *М.Алданов. «Самоубийство»*

Стефан Цвейг (60 лет) с женой приняли большую дозу снотворного. «Если бы в тот вечер в Бразилии … они могли бы излить кому-нибудь душу хотя бы по телефону, несчастья, возможно, не произошло бы. Но Цвейг оказался на чужбине среди чужих людей». Э.Ремарк. *«*Тени в раю*»*

Созвучно с разделенной трагедией осенней Москвы 1941 г.

Беженец из Германии психиатр-еврей Кронфельд (55 лет) с женой отравились вероналомэ Директор Московского института психиатрии тех лет всю жизнь горько сокрушался, обвиняя себя в случившемся *(свидетельство А. Портнова).*

Около 30-40% пожилых жертв суицида оставляют прощальные записки (сходно: 15-40% во всех возрастах). Принято считать, что записки указывают серьезность намерения, но их отсутствие – его не исключает: одинокому некому писать или суицидент ослаблен и не способен выразить себя. Типична тема немощи

старости и обремененности. Обычно записки коротки, содержат конкретные распоряжения, суховаты.

Доступ к средству суицида (как наличие оружия дома) играет критическую роль. Методы суицида [10]: в США («дементные» мужчины - ветераны – с помощью огнестрельного оружия (> 70%, тогда как в среднем в стране – < 60%), в Англии и Уэльсе 55% «дементных» мужчин выбирают самоотравление (28%), самострелы < 1%. Самоповешение требует неких навыков и подготовки, самострел может быть импульсивен. Опасен бесконтрольный доступ пожилого в группе риска к запасам лекарств в связи с риском намеренной и случайной передозировки [63].

Полуослепшая Натали Палей (76 лет) сломала шейку бедра. Вердикт врачей: остаться до смертного часа неподвижной. В задрапированной черным атласом комнате, где по стенам её портреты в пору ослепительной молодости, собрав последние силы, "чтобы уйти без истерик, жалоб, слез и ненависти к остающимся жить" приняла смертельную дозу снотворного.

Выбор брутального средства, одиночество телесная хрупкость снижают шансы спасения [10, 61].

Малая доступность качественной медико-социальной помощи. В зоне особого риска пожилые селяне, вынужденные мигранты, бездомные, заключенные. По данным комплексного наблюдения условий жизни населения Росстата, каждый второй (2014 г. – 55%) респондент в возрасте старше трудоспособного указал на хроническое заболевание, но 41% не обращались за медицинской помощью при потребности в ней. Нерациональная терапия («бремя лечения») усугубляет страдания пациента («горше самой болезни»), облегчая, как показано, возможности СП. Трагичны последствия поспешной диагностики тяжкого заболевания.

У жены переводчика Ланна (62 лет) выявлен рак желудка. Не дожидаясь страшного конца, Ланн ввел обоим смертельную дозу морфия. Рака при вскрытии жены не было. После смерти пары в писательских кругах появилось выражение «выход Ланна»: самоубийство как единственный выход из трагичного положения.

… и обезличенного получения «информированного согласия».

«… всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьёзности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться. *Э. Кречмер «Медицинская психология».*

Наряду с повсеместно запоздалом выявлении деменции, распространена недодиагностика и / или недолечение депрессии в любом возрасте, у пожилых – с симптомами обратимой деменции (не оксюморон для 10% «дементных»). Показательно изъятие под давлением обществ самопомощи из лексикона проекта МКБ-11 «деменции» («безумия») как стигматизирующего и питающего терапевтический нигилизм определения с заменой на более нейтральные «нейрокогнитивные расстройства». «Шизофрению» с известными коннотациями пока специалистам удалось отстоять.

Антисуицидальные (защитные) факторы затрудняют связь вышеуказанных факторов риска и депрессией и СП, представляя причины жить [64]. Важны духовность и религиозность (смирение, понимание невзгод как испытание) [10, 65, 66], культуральный контекст, личностные черты как «открытость» опыту [10]. Стратегии совладания «проблема-фокус» и «эмоция - фокус» связаны с жизнестойкостью, препятствуют суицидальным мыслям [67]. Суицидогенный эффект функционального снижения компенсирован (отсрочен) ощущением независимости (внутренний локус контроля и самодейственности) [68], доверительными социальными (семейными) связями [55, 69, 70], поддержкой религиозной общиной. Одиночество скрашивают общественная (добровольческая) деятельность [10, 71] и хобби. Антисуицидальный эффект биопсихосоциального подхода лечения и профилактики показан [6, 26, 53] при адекватной медицинской помощи (раннее распознавание и лечение, избегание нерациональной полипрагмазии), организация здорового образа жизни, ранняя коррекция сенсорного дефицита, поведения (поиск помощи, общение), поддержка (инструментальная, материальная, духовная).

Суицидогенез пожилых и целевых лечебно-профилактических вмешательств представлен концептуальными моделями [72, 73, 74, 75], полагающих долговременный (обычно) континуум СП как результирующую: неустойчивый баланс многообразных биопсихосоциальных факторов риска и защитных (антисуицидальных) факторов. Риск СП изменчив и не линеен; растёт с накоплением проксимальных факторов и / или истощением защитных. Чем менее знакома жертва, а это, порой, самый близкий, тем неожиданнее видится трагедия:

Бил колокол к вечерне.
Его он не слыхал.
Он полвосьмого умер.
Зачем? – никто не знал.

Из Георга Веерта

Желания недостаточно для самоубийства. Зависимость от окружения и безысходность ведут к неотступным суицидальным мыслям, а стрессогенные ситуации – к внешним формам СП. Дистальные (отдалённые как низкая жизнестойкость) и проксимальные (обычно более зримые) факторы риска СП взаимоперекрываются: жертва суицида испытывает тягостные заброшенность (одинока), обремененность собою (*«моя смерть дороже моей жизни для близких»*) и выстрадала «бесстрашие» к смерти [72] в противовес постылой мучительной жизни при планировании суицида. «Бесстрашие» может быть культурально обусловлено («старикам тут не место») в отдельных этносах [74, 76] и питаемо социально экономической ситуацией (аномия), высвечивающей наиболее уязвимых и незащищенных. Депрессия (обычно невыявленная и/или адекватно нелеченая) per se не объясняет СП у всех пожилых. Так, СП на фоне онкозаболевания [53] чаще у лиц без социальной поддержки, компенсирующей отчасти финансовое и функциональное бремя болезни. СП пожилых отличается от такового у молодых, что указывает на возможные различия этиопатогенеза.

Анализ факторов риска и защитных факторов важен для научного обоснования эффективных междисциплинарных и межведомственных программ предупреждения СП пожилых (требует отдельного обзора) как типовой возрастной группы риска [77]. В «геронтологическом» (пока не существующем) разделе суицидологической службы предстоит развивать многоуровневую профилактику, включая третичную (бремени «выживших» – близких суицидента) [78], привлечь ресурсы выделенных линий «телефонов доверия», кабинетов социально-психологической помощи (при ЦСО, территориальных поликлиниках, домах для престарелых), групп самопомощи с участием обученных добровольцев и из числа сверстников с успешным опытом преодоления кризисных состояний, благотворительных и религиозных организаций.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения / Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии / Сб. научных тр. – Московский НИИ психиатрии. – М., 1989. – С. 8-24.
2. Предупреждение суицидов: глобальный императив. – Женева: ВОЗ, 2014. – 102 с.
3. Черепанова М.И. Специфика распространения суицидальных рисков среди населения пожилого и старческого возраста // Известия Алтайского государственного университета. – 2013. – Том 1, № 2 (78). – С. 234-236.
4. Van Orden K.A., Simning A., Conwell Y. et al. Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2013. – Vol. 21. – P. 803-810.
5. Fässberg M.M., Cheung G., Canetto S.S. et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults // Aging Ment. Health. – 2016. – Vol. 20. – P. 166-194.
6. Huang L.B., Tsai Y.F., Liu C.Y., Chen Y.J. Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults // Int. J. Ment. Health Nurs. – 2016. – Vol. 11. – P. 134-152.
7. Rurup M.L., Deeg D.J., Poppelaars J.L. et al. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors // Crisis. – 2011. – Vol. 32. – P. 204-216.
8. Raue P.J., Ghesquiere A.R., Bruce M.L. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults // Curr. Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16. – P. 466.
9. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. 11 Suppl. – P. 1-60.

References:

1. Ambrumova A.G. Vozrastnye aspekty suicidal'nogo povedenija / Sravnitel'no-vozrastnye issledovanija v suicidologii / Sb. nauchnyh trudov. – Moskovskij NII psihiatrii. – M., 1989. – S. 8-24. (In Russ)
2. Preduprezhdenie suicidov: global'nyj imperativ. – Zheneva: VOZ, 2014. – 102 s. (In Russ)
3. Cherepanova M.I. Specifika rasprostranenija suicidal'nyh riskov sredi naselenija pozhilogo i starcheskogo vozrasta // Izvestija Altajskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2013. – Tom 1, № 2 (78). – S. 234-236. (In Russ)
4. Van Orden K.A., Simning A., Conwell Y. et al. Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2013. – Vol. 21. – P. 803-810.
5. Fässberg M.M., Cheung G., Canetto S.S. et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults // Aging Ment. Health. – 2016. – Vol. 20. – P. 166-194.
6. Huang L.B., Tsai Y.F., Liu C.Y., Chen Y.J. Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults // Int. J. Ment. Health Nurs. – 2016. – Vol. 11. – P. 134-152.
7. Rurup M.L., Deeg D.J., Poppelaars J.L. et al. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors // Crisis. – 2011. – Vol. 32. – P. 204-216.
8. Raue P.J., Ghesquiere A.R., Bruce M.L. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults // Curr. Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16. – P. 466.
9. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. 11 Suppl. – P. 1-60.

10. Conwell Y., Van Orden K., Caine E.D. Suicide in older adults // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2011. – Vol. 34. – P. 451-468.
11. Nadorff M.R., Fiske A., Sperry J.A. et al. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. – 2013. – Vol. 68. – P. 145-152.
12. Batterham P.J., Calear A.L., Mackinnon A.J., Christensen H. The association between suicidal ideation and increased mortality from natural causes // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 25, № 150. – P. 855-860.
13. Murphy E., Kapur N., Webb R. et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study // Br. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 200. – P. 399-404.
14. Draper B., Kõlves K., De Leo D., Snowdon J. A Controlled Study of Suicide in Middle-Aged and Older People: Personality Traits, Age, and Psychiatric Disorders // Suicide Life Threat. Behav. – 2014. – Vol. 44. – P. 130-138.
15. Szanto W. Bruine de Bruin W., Parker A. et al. Decision-making competence and attempted suicide // J. Clin. Psychiatry. – 2015. – Vol. 76. – P. e1590–e1597.
16. Chan J., Draper B., Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004 // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2007. – Vol. 22. – P. 720-732.
17. Phillips JA, Robin AV, Nugent CN, Idler EL. Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: period or cohort effects? // Public Health Rep. – 2010. – Vol. 125. – P. 680-688.
18. Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // Psych. Clin. North Am. – 2008. – Vol. 31. – P. 157–177.
19. Bostwick J.M., Rackley S. Addressing suicidality in primary care settings // Curr. Psychiatry Rep. – 2012. – Vol. 14. – P. 353-359.
20. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews // Neuroscience. – 2003. – Vol. 4. – P. 819-828.
21. Dombrovski A.Y., Szanto K., Clark L. et al. Reward Signals, Attempted Suicide, and Impulsivity in Late-Life Depression // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70. – *P.* 1020-1030.
22. Hwang J.P., Lee T.W., Tsai S.J. et al. Cortical and subcortical abnormalities in late-onset depression with history of suicide attempts investigated with MRI and voxel-based morphometry // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. – 2010. – Vol. 23. – P. 171-184.
23. Kiosses Di.N., Szanto K., Alexopoulos G.S. Suicide in Older Adults: The Role of Emotions and Cognition // Curr. Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16. – P. 495.
24. Szanto W., Bruine de Bruin W., Parker A. et al. Decision-making competence and attempted suicide // J. Clin. Psychiatry. – 2015. – Vol. 76. – P. e1590–e1597.
25. McGirr A., Jollant F., Turecki G. Neurocognitive alterations in first degree relatives of suicide completers // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 145. – P. 264-269.

10. Conwell Y., Van Orden K., Caine E.D. Suicide in older adults // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2011. – Vol. 34. – P. 451-468.
11. Nadorff M.R., Fiske A., Sperry J.A. et al. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. – 2013. – Vol. 68. – P. 145-152.
12. Batterham P.J., Calear A.L., Mackinnon A.J., Christensen H. The association between suicidal ideation and increased mortality from natural causes // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 25, № 150. – P. 855-860.
13. Murphy E., Kapur N., Webb R. et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study // Br. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 200. – P. 399-404.
14. Draper B., Kõlves K., De Leo D., Snowdon J. A Controlled Study of Suicide in Middle-Aged and Older People: Personality Traits, Age, and Psychiatric Disorders // Suicide Life Threat. Behav. – 2014. – Vol. 44. – P. 130-138.
15. Szanto W. Bruine de Bruin W., Parker A. et al. Decision-making competence and attempted suicide // J. Clin. Psychiatry. – 2015. – Vol. 76. – P. e1590–e1597.
16. Chan J., Draper B., Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004 // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2007. – Vol. 22. – P. 720-732.
17. Phillips JA, Robin AV, Nugent CN, Idler EL. Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: period or cohort effects? // Public Health Rep. – 2010. – Vol. 125. – P. 680-688.
18. Brent D.A., Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior // Psych. Clin. North Am. – 2008. – Vol. 31. – P. 157–177.
19. Bostwick J.M., Rackley S. Addressing suicidality in primary care settings // Curr. Psychiatry Rep. – 2012. – Vol. 14. – P. 353-359.
20. Mann J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews // Neuroscience. – 2003. – Vol. 4. – P. 819-828.
21. Dombrovski A.Y., Szanto K., Clark L. et al. Reward Signals, Attempted Suicide, and Impulsivity in Late-Life Depression // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70. – *P.* 1020-1030.
22. Hwang J.P., Lee T.W., Tsai S.J. et al. Cortical and subcortical abnormalities in late-onset depression with history of suicide attempts investigated with MRI and voxel-based morphometry // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. – 2010. – Vol. 23. – P. 171-184.
23. Kiosses Di.N., Szanto K., Alexopoulos G.S. Suicide in Older Adults: The Role of Emotions and Cognition // Curr. Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16. – P. 495.
24. Szanto W., Bruine de Bruin W., Parker A. et al. Decision-making competence and attempted suicide // J. Clin. Psychiatry. – 2015. – Vol. 76. – P. e1590–e1597.
25. McGirr A., Jollant F., Turecki G. Neurocognitive alterations in first degree relatives of suicide completers // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 145. – P. 264-269.

26. Войцех В.Ф. Возрастные особенности суицидального поведения / Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2007. – С. 159-166.
27. Gilman S.E., Bruce M.L., Ten Have T. et al. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2013. – Vol. 48. – P. 59-69.
28. Fung Y.L., Chan Z.C. A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective // J. Clin. Nurs. – 2011. – Vol. 20, № 15–16. – P. 2109–2124.
29. Liu R.T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review // Clin. Psychol. Rev. – 2014. – Vol. 34. – P. 181-119.
30. Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С. 69-80.
31. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Layton J.B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review // PLoS Med. – 2010. – Vol. 7. – P. e1000316.
32. Van Orden K.A., Simning A., Conwell Y. et al. Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2013. – Vol. 21. – P. 803–810.
33. Shao Y., C. Zhu, Y. Zhang et al. Epidemiology and temporal trend of suicide mortality in the elderly in Jiading, Shanghai, 2003–2013: a descriptive, observational study // BMJ Open. – 2016. – Vol. 6. – P. e012227.
34. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects // J. Psychiatr. Res. – 2011. – Vol. 45. – *P*. 1445-1452.
35. Karvonen K., Hakko H., Koponen H. et al. Suicides among older persons in Finland and time since hospitalization discharge // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60. – P. 390-393.
36. Holland J.M., Schutte K.K., Brennan P.L., Moos R.H. The structure of late-life depressive symptoms across a 20-year span: a taxometric investigation // Psychol Aging. – 2010. – Vol. 25. – P. 142–156.
37. Chou K.L., Cheung K.C. Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity // Depress. Anxiety. – 2013. – Vol. 30. – P. 528–537.
38. Bogers I.C., Zuidersma M., Boshuisen M.L. et al. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons // Int. Psychogeriatr. – 2013. – Vol. 25. – P. 1775–1782.
39. Kim S., Ha J.H., Yu J. et al. Path analysis of suicide ideation in older people // Int. Psychogeriatr. – 2014. – Vol. 26. – P. 509-515.
40. Sachs-Ericsson N., Hames J.L., Joiner T.E. et al. Differences between suicide attempters and nonattempters in depressed older patients: depression severity, white-matter lesions, and cognitive functioning // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2014. – Vol. 22. – P. 75-85.
41. Kjolseth I., Ekeberg O., Steihaug S. “Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them // Int. Psychogeriatr. – 2009. – Vol. 21. – P. 903–912.

26. Vojceh V.F. Vozrastnye osobennosti suicidal'nogo povedenija / Klinicheskaja suicidologija. – M.: Miklosh, 2007. – S. 159-166. (In Russ)
27. Gilman S.E., Bruce M.L., Ten Have T. et al. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2013. – Vol. 48. – P. 59-69.
28. Fung Y.L., Chan Z.C. A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective // J. Clin. Nurs. – 2011. – Vol. 20, № 15–16. – P. 2109–2124.
29. Liu R.T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review // Clin. Psychol. Rev. – 2014. – Vol. 34. – P. 181-119.
30. Ambrumova A.G. Psihologija odinochestva i suicid // Aktual'nye problemy suicidologii. – M., 1981. – S. 69-80. (In Russ)
31. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Layton J.B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review // PLoS Med. – 2010. – Vol. 7. – P. e1000316.
32. Van Orden K.A., Simning A., Conwell Y. et al. Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2013. – Vol. 21. – P. 803–810.
33. Shao Y., C. Zhu, Y. Zhang et al. Epidemiology and temporal trend of suicide mortality in the elderly in Jiading, Shanghai, 2003–2013: a descriptive, observational study // BMJ Open. – 2016. – Vol. 6. – P. e012227.
34. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects // J. Psychiatr. Res. – 2011. – Vol. 45. – *P*. 1445-1452.
35. Karvonen K., Hakko H., Koponen H. et al. Suicides among older persons in Finland and time since hospitalization discharge // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60. – P. 390-393.
36. Holland J.M., Schutte K.K., Brennan P.L., Moos R.H. The structure of late-life depressive symptoms across a 20-year span: a taxometric investigation // Psychol Aging. – 2010. – Vol. 25. – P. 142–156.
37. Chou K.L., Cheung K.C. Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity // Depress. Anxiety. – 2013. – Vol. 30. – P. 528–537.
38. Bogers I.C., Zuidersma M., Boshuisen M.L. et al. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons // Int. Psychogeriatr. – 2013. – Vol. 25. – P. 1775–1782.
39. Kim S., Ha J.H., Yu J. et al. Path analysis of suicide ideation in older people // Int. Psychogeriatr. – 2014. – Vol. 26. – P. 509-515.
40. Sachs-Ericsson N., Hames J.L., Joiner T.E. et al. Differences between suicide attempters and nonattempters in depressed older patients: depression severity, white-matter lesions, and cognitive functioning // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2014. – Vol. 22. – P. 75-85.
41. Kjolseth I., Ekeberg O., Steihaug S. “Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them // Int. Psychogeriatr. – 2009. – Vol. 21. – P. 903–912.

42. Fanning J.R., Pietrzak R.H. Suicidality among older male veterans in the United States: results from the National Health and Resilience in Veterans Study // J. Psychiatr. Res. – 2013. – Vol. 47. – P.1766-1775.
43. Kang H.J., Stewart R., Jeong B.O. et al. Suicidal ideation in elderly Korean population: a two-year longitudinal study // Int. Psychogeriatr. – 2014. – Vol. 26. – P. 59-67.
44. Bartels S.J., Coakley E., Oxman T.E. et al. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 10. – P. 417-427.
45. Cohen C.I., Abdallah C.G., Diwan S. Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia // Schizophr. Res. – 2010. – Vol. 119, № 1–3. – P. 253-257.
46. Erlangsen A., Eaton W.W., Mortensen P.B., Conwell Y. Schizophrenia: a predictor of suicide during the second half of life? // Schizophr. Res. – 2012. – Vol. 134, № 2–3. – P. 111-117.
47. Любов Е.Б., Цупрун В.М. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1 (10). – С. 15-28.
48. Clark D.C. Narcissistic crises of aging and suicidal despair // Suicide Life-Threat. Behav. – 1993. – Vol. 23. – P. 21-26.
49. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature // Int. Psychogeriatr. – 2009. – Vol. 21. – P. 440-453.
50. Sabodash V., Mendez M.F., Fong S., Hsiao J.J. Suicidal behavior in dementia: a special risk in semantic dementia // Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen. – 2013. – Vol. 28. – P. 592–599.
51. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 48 с.
52. Bomyea J., Lang A.J., Craske M.G. et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders // Psychiatry Res. – 2013. – Vol. 209. – P. 60-65.
53. Любов Е.Б. Магурдумова Л.Г Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 4 (21). – С. 3-21.
54. Juurlink D.N., Herrmann N., Szalai J.P. et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164. – P. 1179-1184.
55. Turvey C.L., Conwell Y., Jones M.P. et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 10. – P. 398–406.
56. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death // J. Gen. Intern. Med. – 2014. – Vol. 29. – P. 870-877.
57. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 909-916.

42. Fanning J.R., Pietrzak R.H. Suicidality among older male veterans in the United States: results from the National Health and Resilience in Veterans Study // J. Psychiatr. Res. – 2013. – Vol. 47. – P. 1766-1775.
43. Kang H.J., Stewart R., Jeong B.O. et al. Suicidal ideation in elderly Korean population: a two-year longitudinal study // Int. Psychogeriatr. – 2014. – Vol. 26. – P. 59-67.
44. Bartels S.J., Coakley E., Oxman T.E. et al. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 10. – P. 417-427.
45. Cohen C.I., Abdallah C.G., Diwan S. Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia // Schizophr. Res. – 2010. – Vol. 119, № 1–3. – P. 253-257.
46. Erlangsen A., Eaton W.W., Mortensen P.B., Conwell Y. Schizophrenia: a predictor of suicide during the second half of life? // Schizophr. Res. – 2012. – Vol. 134, № 2–3. – P. 111-117.
47. Lyubov E.B., Tsuprun V.M. Suicide and schizophrenia: rates and risk factors // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1 (10). – P. 15-28. (In Russ)
48. Clark D.C. Narcissistic crises of aging and suicidal despair // Suicide Life-Threat. Behav. – 1993. – Vol. 23. – P. 21-26.
49. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature // Int. Psychogeriatr. – 2009. – Vol. 21. – P. 440-453.
50. Sabodash V., Mendez M.F., Fong S., Hsiao J.J. Suicidal behavior in dementia: a special risk in semantic dementia // Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen. – 2013. – Vol. 28. – P. 592–599.
51. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. – M., 1980. – 48 s. (In Russ)
52. Bomyea J., Lang A.J., Craske M.G. et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders // Psychiatry Res. – 2013. – Vol. 209. – P. 60-65.
53. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Suicidal behavior in cancer. Part I: epidemiology and risk factors // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4 (21). – P. 3-21. (In Russ)
54. Juurlink D.N., Herrmann N., Szalai J.P. et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164. – P. 1179-1184.
55. Turvey C.L., Conwell Y., Jones M.P. et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 10. – P. 398–406.
56. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death // J. Gen. Intern. Med. – 2014. – Vol. 29. – P. 870-877.
57. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 909-916.

58. Snowdon J., Baume P. A study of suicides of older people in Sydney // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 17. – P. 261-269.
59. Lenze E.J., Rogers J.C., Martire L.M. et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2001. – Vol. 9. – P. 113-135.
60. Cukrowicz K.C., Cheavens J.S. et al. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults // Psychol Aging. – 2011. – Vol. 26. – P. 331-338.
61. Leadholm A.K., Rothschild A.J., Nielsen J. et al. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression // J. Affect. Disord. – 2014. – Vol. 156. – P. 119-125.
62. Pompili M., Innamorati M., Di Vittorio C. et al. Sociodemographic and clinical differences between suicide ideators and attempters: a study of mood disordered patients 50 years and older // Suicide Life Threat. Behav. – 2014. – Vol. 44. – P. 34-45.
63. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Уровни суицидов и назначений антидепрессантов: неоднозначные взаимосвязи // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 3 (24). – С. 40-53.
64. Edelstein B.A., Heisel M.J., McKee D.R. et al. Development and psychometric evaluation of the reasons for living–older adults scale: a suicide risk assessment inventory // Gerontologist. – 2009. – Vol. 49. – P. 736-745.
65. Dervic K., Oquendo M.A., Grunebaum M.F. et al. Religious Affiliation and Suicide Attempt // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 2303-2308.
66. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Suicide and suicidal behavior // Epidemiol. Rev. – 2008. – Vol. 30. – P. 133-154.
67. Marty M.A., Segal D.L., Coolidge F.L. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults // Aging Ment. Health. – 2010. – Vol. 14. – P. 1015-1023.
68. Malfent D., Wondrak T., Kapusta N.D., Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 843-849.
69. Lund R., Nilsson C.J., Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women // Age Ageing. – 2010. – Vol. 39. – P. 319-326.
70. Yur'yev A., Leppik L., Tooding LM. et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality // Int. Psychogeriatr. – 2010. – Vol. 22. – P. 1337-1343.
71. Rubenowitz E., Waern M., Wilhelmson K., Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides: a case-control study // Psychol. Med. – 2001. – Vol. 31. – P. 1193–1202.
72. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The Interpersonal Theory of Suicide // Psychol. Rev. – 2010. – Vol. 117. – P. 575-600.
73. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. – 1999. – № 156. – P. 181-197.

58. Snowdon J., Baume P. A study of suicides of older people in Sydney // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 17. – P. 261-269.
59. Lenze E.J., Rogers J.C., Martire L.M. et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2001. – Vol. 9. – P. 113-135.
60. Cukrowicz K.C., Cheavens J.S. et al. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults // Psychol Aging. – 2011. – Vol. 26. – P. 331-338.
61. Leadholm A.K., Rothschild A.J., Nielsen J. et al. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression // J. Affect. Disord. – 2014. – Vol. 156. – P. 119-125.
62. Pompili M., Innamorati M., Di Vittorio C. et al. Sociodemographic and clinical differences between suicide ideators and attempters: a study of mood disordered patients 50 years and older // Suicide Life Threat. Behav. – 2014. – Vol. 44. – P. 34-45.
63. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Antidepressant prescription and suicide rates: equivocal relationships // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 3 (24). – P. 40-53. (In Russ)
64. Edelstein B.A., Heisel M.J., McKee D.R. et al. Development and psychometric evaluation of the reasons for living–older adults scale: a suicide risk assessment inventory // Gerontologist. – 2009. – Vol. 49. – P. 736-745.
65. Dervic K., Oquendo M.A., Grunebaum M.F. et al. Religious Affiliation and Suicide Attempt // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 2303-2308.
66. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J. et al. Suicide and suicidal behavior // Epidemiol. Rev. – 2008. – Vol. 30. – P. 133-154.
67. Marty M.A., Segal D.L., Coolidge F.L. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults // Aging Ment. Health. – 2010. – Vol. 14. – P. 1015-1023.
68. Malfent D., Wondrak T., Kapusta N.D., Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 843-849.
69. Lund R., Nilsson C.J., Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women // Age Ageing. – 2010. – Vol. 39. – P. 319-326.
70. Yur'yev A., Leppik L., Tooding LM. et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality // Int. Psychogeriatr. – 2010. – Vol. 22. – P. 1337-1343.
71. Rubenowitz E., Waern M., Wilhelmson K., Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides: a case-control study // Psychol. Med. – 2001. – Vol. 31. – P. 1193–1202.
72. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The Interpersonal Theory of Suicide // Psychol. Rev. – 2010. – Vol. 117. – P. 575-600.
73. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. – 1999. – № 156. – P. 181-197.

74. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 3-7.
75. Fiske A., O'Riley A.A. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory // Aging Ment. Health. – 2016. – Vol. 20. – *P.* 123-130.
76. Любов Е.Б., Чубина С.А. Статистика суицидов в мире: Корни и крона // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Том 26. – Вып. 2. – С. 26-30.
77. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19).
78. Любов Е.Б., Борисоник Е.В. Клинико - психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Том 24, № 3. – С. 25-41.

74. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1 (18). – P. 3-7. (In Russ)
75. Fiske A., O'Riley A.A. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory // Aging Ment. Health. – 2016. – Vol. 20. – P. 123-130.
76. Ljubov E.B., Chubina S.A. Statistika suicidov v mire: Korni i krona // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2016. – Tom 26. – Vyp. 2. – S. 26-30. (In Russ)
77. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Vek, vremja i mesto professora Ambrumovoj v otechestvennoj suicidologii [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2013. – № 2 (19). (In Russ)
78. Ljubov E.B., Borisonik E.V. Kliniko - psihologicheskie posledstvija suicida dlja sem'i zhertvy // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. – 2016. – Tom 24, № 3. – S. 25-41. (In Russ)

SUICIDE BEHAVIOR IN OLDER ADULTS

E.B. Lyubov, L.G. Magurdumova, V.E. Tsuprun

Moscow Institute of Psychiatry – branch of Federal medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Russia

Abstract:

The largest number of suicides occurs in middle-aged adults and teenager suicide deaths capture the bulk of media attention. However, older adults have higher rates of suicide than younger age groups in most countries that report mortality data to the World Health Organization, with those 85–90 years old constituting the age group with the highest rates. In this descriptive overview we make the case that late life suicide is a cause for enormous concern that warrants ongoing attention from professionals, policy makers, researchers, and society at large. We review the evidence for factors that place older adults at risk for suicide, or protect them from it. Taken individually, however, risk factors offer relatively weak guidance for implementation of successful suicide prevention initiatives because, at the individual level, their ability to predict who will die by suicide is so poor. We argue then from a public health perspective for understanding suicide as a developmental process to which risk and protective factors contribute in defining a trajectory to suicide over time. The “cause” of suicide in later life must be understood as a complex combination of interactive effects. Demographic characteristics associated with elevated risk for suicide. These include older age, male gender, and white race. Unmarried conjugal status confers risk for suicide as well. Personality traits also may play an important role. The majority of older adults who attempt or die by suicide suffer from depression with clear implications for the design of prevention strategies. Depression alone does not account for all cases of suicidal behavior. Other risk factors for suicide in older adults include history of serious suicidal ideation, stressful life events (bereavement and family discord may lead to isolation), substance abuse. Physical illness and functional impairment are common in late life and may lead to loss of autonomy, isolation, pain, increased burden on social networks, and the development of depression. Older adults who die by suicide often consult their physicians within weeks of their death. Physical ailments are often the focus of these visits, and mental distress and suicidal feelings are often unaddressed. Social ties and their disruption are significantly and independently associated with risk for suicide in later life, relationships between which may be moderated by a rigid, anxious, and obsessional personality style. Social support variables may act both as risk enhancers and buffers. Factors in each of these domains interact within an older individual to determine his/her level of risk at any particular point in time. Acknowledging the complexity biopsychosocial nature of suicidal behavior among elderly, we provide an organizational model on which to base its мultilevel prevention program (i.e. sites outside the rigid matrix of psychiatric care where older adults can best be detected and comprehensive target treatment and support made to correct for the better their unavoidable suicidal scenario). Additional research is needed to define more precisely the interactions between emotional, physical, and social factors that determine risk for suicide among elderly.

Key words: Old age, Suicidal behavior, epidemiology, risk factors, buffer factors, suicidogenesis, prevention

УДК 616.89–008.441.44

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА САМОУБИЙСТВ СРЕДИ КОРЕННЫХ НАРОДОВ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Н.Б. Семенова

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», г. Красноярск, Россия

Контактная информация:

Семенова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук». Адрес: 660036, г. Красноярск, Академгородок, д. 50. Телефон: (913) 539-86-02, электронный адрес: snb237@gmail.com

Среди коренных народов, проживающих в России, регистрируются непропорционально высокие показатели самоубийств. Подобная ситуация наблюдается в ряде других стран, где проживают коренные народы, в том числе, в США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Бразилии. Знание причин и факторов риска суицидального поведения необходимы для разработки профилактических мероприятий по предотвращению самоубийств. Цель исследования: анализ зарубежной литературы для получения информации о распространенности самоубийств среди коренных народов, проживающих в разных странах, и выяснении причин и факторов риска суицида. Методы. Проведен систематический поиск научных статей и статистических баз данных по вопросам распространённости суицида среди коренных народов, причин и факторов риска. Для поиска рецензируемой литературы мы использовали электронные базы pubmed и medline, и электронные ресурсы официальных государственных сайтов. Глубина научного поиска составила 10 лет, период поиска – с 2007 по 2016 годы. Результаты. Выявлен разный уровень суицида среди коренных народов, проживающих в зарубежных странах. Высокая распространенность самоубийств регистрируется среди коренных популяций в США, Канаде, Австралии, Бразилии, Новой Зеландии. Относительно невысокие показатели регистрируются среди саамов – коренных народов, проживающих в Скандинавских странах – Швеции и Норвегии. Анализ причин и факторов риска показал, что все коренные народы испытали стресс насильственной ассимиляции. Однако аборигены США, Канады, Австралии, Бразилии и Новой Зеландии пережили тяжелый стресс колонизации и этнических чисток, нанесших серьезный удар по здоровью последующих поколений, приведших к «осложненному горю», которое клинически проявляется высоким уровнем психических болезней, алкоголизма, наркомании, смертностью от неестественных причин, в том числе, суицида. Выводы. Опыт, накопленный за рубежом, может быть полезен для правильного понимания социальных процессов, происходящих в коренных популяциях на современном этапе развития общества, и поможет выработать стратегию профилактики самоубийств среди коренных народов, проживающих в России.

Ключевые слова: суицид, коренные народы, распространенность, причины, факторы риска

Самоубийства являются серьезной проблемой для здравоохранения многих стран. Но наибольшую угрозу суицид представляет популяционному здоровью коренных народов, так как среди них уровень самоубийств в несколько раз превышает показатели, регистрируемые среди населения в странах их проживания.

В России на протяжении многих лет регистрируются высокие показатели самоубийств среди коренных популяций [1–8]. Однако, как показывает мировая практика, проблема суицида среди коренных народов характерна не только для России, но и для других стран, в том числе, Канады, США, Швеции, Норвегии, Австралии, Новой Зеландии, Бразилии и многих других. Анализ распространенности суицида среди коренных народов, а также выяснение причин и факторов риска давно являются предметом пристального изучения исследователей в США, Канаде, Швеции и Норвегии. Имеются также научные публикации о распространенности суицида среди коренных народов Австралии, Новой Зеландии и Бразилии. Знание причин и факторов риска суицидального поведения необходимы для разработки профилактических мероприятий по предотвращению самоубийств.

Настоящий обзор посвящен анализу зарубежной литературе по проблемам суицида среди коренных народов разных стран.

Цель обзора – получение информации о распространенности самоубийств среди коренных популяций, причинах и факторах риска.

Методы. Проведен систематический поиск научных статей и статистических баз данных, касающихся вопросов распространенности, причин и факторов риска суицида среди коренных народов. Для поиска рецензируемой

литературы мы использовали электронные базы pubmed и medline, и электронные ресурсы официальных государственных сайтов. Глубина научного поиска составила 10 лет, период поиска – с 2007 по 2016 гг. Поиск произведен с использованием ключевых слов: «suicide», «native people» «Aborigines», «prevalence», «reasons», «risk factors». За указанный период времени найдено 68 печатных работ. Большинство исследований было проведено в США – 27 источников (39,7%), в Австралии – 21 источник (30,9%), в Канаде – 8 (11,8%), в Норвегии – 6 (8,8%), в Швеции – 3 (4,4%), в Бразилии – 3 (4,4%). После систематизации полученных данных был проведен анализ распространенности суицида в разных странах, стандартизированные показатели сведены в таблицу. После проведения систематизации причин и факторов риска самоубийств выделено пять основных групп факторов, наиболее типичных для представителей коренных популяций.

Характеристика коренных народов.

В настоящее время не существует официального определения «коренные народы», что связано с огромным разнообразием их расовой, культурной, языковой и религиозной принадлежности. Тем не менее, термин «коренные народы» входит в международно-правовой лексикон и используется в различных документах Организации Объединенных Наций (ООН) и других международных организаций [9]. В системе ООН разработана современная суммарная интерпретация этого понятия. Согласно данной интерпретации, к коренным относятся народы, которые определяют себя, признаются и принимаются своей общиной в качестве коренных; демонстрируют историческую преемственность с обществами, существовавшими до колонизации или прибытия переселенцев; имеют тесные связи с территориями и природными ресурсами; имеют особые социальные, политические и экономические системы; сохраняют особый язык, культуру и верования; составляют слои общества, не являющиеся доминирующими [10].

Коренные народы проживают более чем в 70 странах мира и находятся на разных этапах социального, экономического и культурного развития. Численность коренных народов составляет около 370 миллионов человек.

К коренным народам США относятся американские индейцы, коренные жители Аляски и гавайцы. Численность их составляет более пяти миллионов, или около 1,6% населения страны. На Аляске проживает пять основных этнических групп: алеуты, северные эскимосы (инупиаты), южные эскимосы (юпики), индейцы внутренней территории (атапаски) и индейцы юго-восточного побережья (тлинкиты и хайда). Численность их составляет около 70000 человек.

В Канаде живут коренные индейцы и эскимосы (инуиты), численность их составляет чуть больше 34000 человек, или около 4% населения Канады, большинство проживает в штате Нунавут.

Вдоль северного побережья Европейских стран (Норвегия, Швеция, Финляндия, Россия) проживают саамы, численностью около 70000 человек.

Коренное население Австралии представлено австралийскими аборигенами, или коренными австралийцами, которые составляют около 2,5% населения страны. Численность коренных австралийцев – 430000 человек, из них 30000 человек живут на островах Торресова пролива.

Новая Зеландия заселена коренными народами маори, численность которых около 600000 человек, или 15% населения страны.

В Бразилии проживают индейцы (indigena), численностью около 700000 человек, или 0,4% всего населения Бразилии.

Большинство коренных народов имеют негативный опыт колонизации и угнетения со стороны государства и доминирующего социального общества. Длительная история существования в условиях политического, экономического, социального и культурного бесправия нанесла серьезный урон здоровью коренных народов. Согласно экспертным оценкам ВОЗ и результатам научных исследований, показатели здоровья коренных народов значительно хуже, по сравнению с показателями некоренных граждан. Коренное население во многих странах, в том числе, в США, Канаде, Гренландии, Австралии, Новой Зеландии, Бразилии, имеет высокий уровень самоубийств, что относит их к наиболее маргинализированным группам населения.

Распространенность суицида среди коренных популяций разных стран.

Статистические данные, отражающие общий уровень самоубийств в разных странах мира, представлены на официальном сайте Всемирной Организации Здравоохранения [10]. Однако этот список неполон, в нём отсутствуют данные некоторых стран. Это объясняется тем, что в слаборазвитых странах сведения о причинах смерти трудно получить вследствие отсутствия центрального органа статистического учёта, системы сбора и обработки информации [11].

Рис. 1. Показатели смертности от самоубийств, зарегистрированных на Аляске за период с 2006 по 2015 гг. (на 100000 населения).

Одной из больших проблем получения сведений о количестве самоубийств является отсутствие единой медицинской классификации для обозначения причин смерти [10].

Ещё сложнее получить данные об уровне самоубийств среди коренных народов, хотя разные источники свидетельствуют о высокой распространенности суицида среди коренных популяций. В настоящее время нет единой статистической базы, в которой отражались бы эти сведения, что объясняется отсутствием целенаправленного статистического анализа показателей смертности на основе таких переменных величин, как этническая или культурная принадлежность. Чаще всего данные об уровне суицида среди коренных народов получают при проведении эпидемиологических исследований. Однако эти цифры не всегда отражают реальную картину, так как в некоторых случаях при установлении факта самоубийства бывает трудно определить этническую принадлежность погибшего.

В настоящее время регулярная отчетность о распространенности суицида среди коренных народов ведется только в США, штат Аляска [12, 13]. Данные об уровне самоубийств среди коренного населения Аляски представлены ниже (рис. 1).

Также имеется ряд эпидемиологических исследований, проведённых в США, Канаде, Австралии, Бразилии, в которых представлены стандартизированные показатели самоубийств среди коренных популяций. Однако из-за недостатка эпидемиологических исследований в этой области, а также из-за отсутствия стандартизации показателей при проведении многих исследований, определить масштаб проблемы довольно сложно. В данном анализе мы представляем показатели распространенности самоубийств в некоторых странах, стандартизированные на 100000 населения (табл. 1). По вышеуказанным причинам перечень этих стран невелик и создаёт определённые ограничения для целостного понимания вопроса, тем не менее, он позволяет составить общее впечатление о проблемах суицида среди коренных популяций.

При анализе общих тенденций преждевременной смертности среди населения США за период с 1999 по 2016 гг. выявлено, что за данный отрезок времени произошел рост смертности среди американских индейцев и коренных жителей Аляски. Основной причиной роста является смертность от самоубийств [14, 15]. Показатель суицида среди коренного населения штата Аляска (инуиты, алеуты, атапаски, хайда, тлинкиты, симшиане) в 3,3 раза превышает средний показатель по стране [16]. За десятилетний период, с 2006 по 2015 гг., уровень самоубийств среди коренного населения Аляски вырос на 31,45% (рис. 1).

Мужчины заканчивают жизнь самоубийством в 2–3 раза чаще, чем женщины, 61% суицидов совершаются с использованием огнестрельного оружия [17, 18]. У детей и подростков из числа американских индейцев и коренных жителей Аляски в возрасте 1–19 лет 71% смертей связаны с внешними причинами [19]. Наиболее высок уровень суицида среди коренной молодежи в возрасте 20–29 лет [20]. У молодежи, из числа американских индейцев и коренных жителей Аляски в возрасте 15–24 лет, самоубийство является второй причиной смерти в структуре общей смертности и со-

ставляет 34 на 100 тысяч населения, что в три раза выше, чем у некоренной молодежи [21].

Довольно высокие показатели суицида регистрируются среди коренного населения Канады (табл. 1). Самоубийства среди коренной молодежи в возрасте 15–24 лет случаются в 5–6 раз чаще, чем среди некоренной. Коренные мужчины чаще совершают самоубийства, чем женщины. Среди инуитов, проживающих на севере Канады, показатели суицида наиболее высоки, а в Нунатсиавуте их уровень в 25 раз выше показателей других районов. Среди коренной молодежи, проживающей в Нунатсиавуте, самоубийства регистрируются в 40 раз чаще [22, 23].

Эпидемиологические исследования по изучению динамики самоубийств в Австралии за двадцатилетний период (1986–2005 гг.) показали, что начиная с 1995 года, в стране произошло существенное увеличение случаев суицида [24]. Рост самоубийств регистрировался в районах с высокой долей проживания коренного населения, то есть на северо–западе Квинсленда и северных территориях Австралии. Кластерный анализ самоубийств, проведённый за период 2004–2008 гг., обнаружил 15 кластеров, расположенных в северных территориях: в северной части западной Австралии и северной части Квинсленда [25, 26]. *Это были бедные, социально–неблагополучные районы, заселённые коренными* австралийцами.

При проведении более детального анализа случаев суицида в северных районах Австралии за период 2001–2006 гг. с учетом этнической и культурной принадлежности [27], обнаружено превышение уровня самоубийств у коренных австралийцев в 2,5 раза (36,7 на 100 тысяч), по сравнению с некоренным населением – 14,7 на 100 тысяч (табл. 1). Анализ случаев суицида, зарегистрированных в Квинсленде за период с 1994–2007 гг. показал, что уровень самоубийств среди коренного населения в 2,2 раза выше, чем среди некоренного. Стандартизация по возрасту выявила, что у мужчин самые высокие показатели суицида регистрировались в возрастной группе 25–34 года, у женщин – в возрасте 15–24 лет. У коренных детей в возрасте до 15 лет, уровень самоубийств был почти в десять раз выше, чем у некоренных. Более 90% самоубийств среди коренного населения произошло путём повешения. В 7% случаях информация об этнической принадлежности отсутствовала, что могло привести к недооценке самоубийств у коренных австралийцев [28].

Таблица 1

Распространенность суицида среди разных групп населения некоторых стран (на 100 000 населения)

Период	Страна	Район	Стратификация по группам			Источник
			Возраст или пол	Коренное	Некоренное	
1994–2004 гг.	США	Вся территория	15–24 г.	34,0	11,0	Goodkind J.R., Ross-Toledo K., John S. et al., 2010
2000 г.	Канада	Вся территория	Мужчины	126	24	Suicide-among-indigenous-peoples-in-canada // http:www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/
			Женщины	35	5	
1994–1998 гг.		Вся территория	1–19 лет	58,5	3,3	Statistics Canada (StatsCan) // http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-eng.htm
2004–2008 гг.				72,1	2,2	
1999–2003 гг.		Северный Квебек	Все возраста	181,0	–	MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C. et al., 2013.
		Нунатсиавут		239,0	–	
2001–2006 гг.	Австралия	Северные территории	Все возраста	36,7	14,7	Pridmore S., Fujiyama H., 2009
2000–1010 гг.		Квинсленд	10–14 лет	10,2	0,8	Soole R., Kõlves K., De Leo D., 2014
2006 г.	Новая Зеландия	Вся территория	15–24 г. Юноши Девушки	43,7 18,8	18,0 9,1	Beautrais & Fergusson, 2006
2000-2007 гг.	Бразилия	Штат Амазонас	Все возраста	16,4	0,38	Souza M.L., Orellana J.D., 2012
			15–24 г.	43,1	–	
			25–34 г.	30,2	–	

Soole R. с соавт. проанализировали случаи завершенных самоубийств у подростков 10–14 лет, произошедших в штате Квинсленд за период 2000–2010 гг. За данный отрезок времени было зарегистрировано 45 случаев суицида, из которых 21 суицид совершили коренные подростки, 24 – некоренные. После стандартизации показателей уровень суицида среди коренных подростков оказался в 12,6 раз выше, чем среди некоренных (10,15 и 0,8 на 100 тыс. соответственно). Большинство коренных подростков проживали в отрыве от семьи, в отдалённых районах и чаще употребляли алкоголь [29].

Имеется ряд публикаций по изучению распространенности самоубийств в Бразилии. При анализе причин смертности в муниципалитете Сан–Габриел–да–Кашуэйра, штат Амазонас, за период 2000–2007 гг., зарегистрировано 44 случая смерти от самоубийств [30]. После проведения стандартизации этот показатель составил 16,8 на 100000 жителей. Чаще всего самоубийства регистрировались в молодом возрасте: 15–24 лет и 25–34 лет (43,1 и 30,2 на 100000 жителей соответственно). Большинство суицидентов были из числа коренного населения (97,7%), мужчины заканчивали жизнь чаще, чем женщины (81,8%), в браке не состояли 70,5%. В большинстве случаев смерть наступила дома (86,4%), в выходные дни (59,1%), в основном через повешение (97,7%).

Другое исследование, проведенное в Бразилии, по изучению уровня суицида среди индейцев племен гуарани–Кайова и Nandeva, проживающих в Мату–Гросу–ду–Сул, показало, что за период 2000–2005 гг. уровень самоубийств среди индейцев гуарани был в 19 раз выше, по сравнению с общим населением Бразилии, и в 10 раз выше, чем у населения, проживающего в Мату–Гросу–ду–Сул. Суицид чаще регистрировался у подростков и молодежи гуарани [31, 32].

Ситуация с суицидальным поведением среди других коренных народов, саамов, выглядит намного оптимистичнее. Так, A. Silviken, изучал суицидальное поведение у саамских подростков, проживающих на севере Норвегии [33]. Автор анализировал распространённость суицидальных попыток за два периода: 1994–1995 и 1997–1998 гг. Проведённый анализ не выявил этнических различий в частоте встречаемости суицидальных попыток между саамскими подростками (10,5%) и их сверстниками, не являющимися саамами (9,2%).

Таким образом, анализ распространенности самоубийств у большинства коренных народов выявил одинаковые тенденции – превышение показателей суицида от 2-х (в Новой Зеландии) до 32,7 раз (в Канаде), по сравнению с другими группами населения. В основе данных процессов лежат общие причины, уходящие корнями в историю колонизации и насильственной ассимиляции, приведшие к разрушению традиционного образа жизни, маргинализации и снижению жизнестойкости коренных популяций. Из этой статистики выделяются саамы, коренные народы, проживающие в Скандинавских странах. Хотя саамы и пережили насильственную ассимиляцию, но стресса колонизации и геноцида, который был пережит коренными народами бывших колониальных стран, им удалось избежать.

Причины и факторы риска самоубийств среди коренных народов

1. Культурно–историческая травма.

Когда говорят об исторической травме, перенесённой коренными народами бывших колониальных стран, то подразумевают не историческое событие, имевшее место несколько веков назад и ушедшее в историю поколений. Речь идет о травме, которая начавшись несколько веков назад, имеет историю продолжения и сохраняет свою актуальность вплоть до сегодняшних дней. Политика колонизации, проводившаяся в местах проживания коренных народов, – на территориях современных Соединенных Штатов Америки, Канады, стран Латинской Америки и Карибского бассейна, Австралии и Новой Зеландии – подорвала и почти уничтожила самобытную культуру и идентичность аборигенов. Сменявшие друг друга правительства – порой целенаправленно, а порой, по незнанию последствий – стремились ассимилировать аборигенов в своё общество, уничтожая их традиционный уклад жизни, культуру и язык, навязывая им чужой образ жизни и религию. На протяжении многих веков коренные народы в колониальных странах испытывали многочисленные унижения, насилие, голод, а порой – массовое уничтожение и истребление. Последствия перенесённых исторических потерь сохраняются до сих пор в виде неблагоприятного социально - экономического положения, нетерпимости и дискриминации, размывания традиционной культуры.

Позднее, историческая катастрофа, которую пережили коренные народы, получила названия «этнических чисток», «геноцида», «American Indian Holocaust» (Brave Heart and DeBruyn, 1998), и признана сильнейшим стрессовым фактором, нанесшим серьезный удар по

здоровью многих поколений (Dion, Dion and Pak, 1992; Thompson, 1991; Williams, Spencer and Jackson, 1999). Социальные последствия этнических чисток были описаны как «intergenerational posttraumatic stress disorder», или «межпопуляционное посттравматическое стрессовое расстройство» (Duran and Duran, 1995), «historical trauma», или «историческая травма», и «historical grief», или «историческое горе» (Brave Heart, 1998; 1999a, b; Brave Heart and DeBruyn, 1998).

Клинические последствия культурно–исторической травмы проявляются высоким уровнем суицида, алкоголизма, наркомании, злоупотребления ПАВ и целым рядом других расстройств [34]. В настоящее время эти расстройства относятся к категории «complicated grief», или «осложненного горя» [35]. Горе коренных народов – это общий опыт, сформировавшийся у всех членов сообщества вследствие колонизации и насильственной ассимиляции. «Осложнённое горе», в данном контексте, – это страдание целых популяций, которое передаётся последующим поколениям и клинически проявляется в высоких показателях смертности от неестественных причин.

Хотя имеется ряд доказательств передачи последствий исторической травмы через поколения, пока остаётся неясным, на сколько поколений вперед распространяется её негативное влияние. Старейшины и вожди индейских племён давно заметили деморализующий эффект культурной катастрофы и поняли его пролонгированное воздействие на поколения. Однако учёные только сейчас стали серьезно задумываться об отдаленных последствиях культурно – исторического стресса и изучать его роль в появлении симптомов интернализации и суицидального поведения.

В последние годы наблюдается значительный интерес к изучению влияния последствий исторической травмы на современное поколение коренных народов, проживающих в Северной Америке. Whitbeck с соавторами в своих исследованиях показали, что американские индейцы вплоть до сегодняшнего дня несут бремя исторических потерь [36]. Сегодня большинство североамериканских индейцев проживает в резервациях, расположенных вдоль границ США и Канады. Насильственное переселение индейцев в резервации началось с середины XIX века. Территории, отведённые для поселения, были мало пригодны для жизни и ведения сельского хозяйства, однако переселение помогло индейцам сохранить остатки традиционной культуры, родственные связи и чувство принадлежности к родной земле. Социально–экономическое положение индейцев в резервациях остается бедственным. В качестве подтверждения авторы приводятся отрывки из беседы с одним из индейцев: *«... Есть множество вещей, в которых мы нуждаемся, и о которых вы знаете. Это экономика, ситуация с безработицей в резервациях. И это ужасно… Но мы хотим жить в наших резервациях, потому что это наш дом. Это единственные земли, которые теперь остались у нас, и мы хотим сохранить их. Мы хотим сохранить наши общины, но мы отчаянно нуждаемся в работе…».*

Один из старейшин коренной общины рассказал о том, что *«…одновременно существует любовь к земле и понимание её символического значения для культуры, но также мы имеем печаль и гнев по поводу экономических лишений, которые несёт современное общество. Это [имеется в виду принудительное переселение] привело к разрыву контакта с землей, который был раньше. Мы смотрели на бедность окружающей среды, в которой живём сегодня. Мы не создавали бедность в нашем обществе. Мы не выбирали, в каком сообществе родиться. Отсутствие экономических перспектив вызывает у членов нашего сообщества чувство тревоги, депрессию, зависимость от наркотиков…».*

Обследования, проведенные в 2005 году среди взрослого населения резерваций, выявили высокую распространённость мыслей об утрате [36]. Почти пятая часть (18,2%) коренных жителей ежедневно или несколько раз в день думали о потере земли. Более одной трети (36,3%) ежедневно или несколько раз в день думали о потере родного языка. Одна треть (33,4%) ежедневно или несколько раз в день думали о потере традиционной духовности. Это число увеличивалось более, чем на половину (54,8%), когда брали во внимание тех, кто имел такие мысли, по крайней мере, каждую неделю. Одна треть (33,7%) ежедневно думали об утрате традиционной культуры; половина (48,1%) думали об этом, по крайней мере, раз в неделю. Проблемой алкоголизма были обеспокоены практически все, лишь 7,5% высказались, что «никогда» не думали об этом. Мысли об утрате уважения к старшим ежедневно беспокоили 37,5% респондентов, каждую неделю думали об этом 65%. Мысли о преждевременном уходе из жизни членов сообщества ежедневно посещали 33,2% опрашиваемых, каждую неделю думали об этом 54,5%.

Также приводятся результаты обследования 459 коренных подростков в возрасте 11–13 лет и их матерей / опекунов. Главной целью исследования было получить ответ на вопрос:

является ли историческая травма самостоятельным конструктом, независимым от ситуационных стрессов. В обследовании использовался метод социально–психологического анкетирования. В анкету включены разделы, оценивающие влияние внутрисемейных стрессовых факторов (внутрисемейные отношения, семейные истории алкоголизации, насилия, суицида и др.), внешних стрессовых факторов (таких как дискриминация), наличие депрессивных симптомов и мыслей об исторических потерях. Обследование проведено в четырёх поселках, расположенных на западе северной части США и в центральной части Канады. Три поселка были расположены изолированно, один поселок имел более развитую инфраструктуру. После проведённого анализа оказалось, что в ряде случаев подростки даже чаще, чем взрослые, думали о последствиях исторической травмы. Так, ежедневно думали о потере земли 20,5% подростков и 12,4% взрослых. В целом, более 20% опрошенных подростков, ежедневно думали о потере земли, родного языка, традиционной культуры и духовности, потере уважения к старшим, а также человеческих потерях от алкоголизма и преждевременной смерти. По своему содержанию эти мысли были очень похожи как у подростков, так и у их матерей / опекунов.

Авторы пришли к выводу, что историческая травма является самостоятельным конструктом, существующим независимо от ситуационной депрессии, и встроена в опыт народов, перенесших этнические чистки. Она является таким же стрессовым фактором, как и продолжающаяся дискриминация, и отражает реакцию народа на уничтожение традиционной культуры и идентичности. Эффекты исторических потерь могут иметь раннее деморализующее влияние на психическое здоровье подростков. Последствия исторических потерь и наличие депрессивных симптомов у подростков зависят от географического расположения поселка: сила патогенного влияния гораздо выше в географически изолированных резервациях.

Непоправимый вред для многих поколений коренных народов нанесли школы–интернаты, организованные с целью ассимиляции детей в доминирующее общество. Целая система интернатов была создана в США и Канаде, однако они существовали также в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, в Австралии, Новой Зеландии, Скандинавии, Африке и других странах. Как правило, интернатами управляли представители христианских церквей: католики, протестантская Объединенная церковь, англикане и пресвитериане. В интернаты помещали детей с целью «христианизировать и цивилизовать» местное население. Представители христианских церквей, руководившие интернатами, пытались внушить детям мысль об ущербности их национальной культуры и религиозных верований, воспитанникам запрещали разговаривать на родном языке.

Расходы на интернаты сводились к минимуму, поэтому дети не получали соответствующего питания и медицинского обслуживания, вынуждены были заниматься тяжелым физическим трудом в ущерб учёбе, многие погибали от голода и болезней. «Убить индейца – спасти человека» – вот главная идеология, которой придерживались интернаты [37]. Воспитанники подвергались не только психологическому давлению со стороны воспитателей, но и сексуальным домогательствам. Случаи сексуального насилия происходили повсеместно, как в мужских, так и женских школах, и порой заканчивались трагедией, так как жертвы надругательств накладывали на себя руки.

Травматический опыт, полученный бывшими воспитанниками интернатов в его стенах, приводят в качестве примера P. Joseph и его ассистенты [38]. Исследование, описанное ниже, проводилось в рамках проекта по организации психотерапевтической помощи коренным народам Канады с целью преодоления «последствий физического и сексуального насилия, применённых к воспитанникам школ, в том числе их воздействия на последующие поколения». В беседе с участниками проекта применялся метод полуструктурированного открытого интервьюирования. После сбора данных был проведён тематический анализ содержания бесед, выявивший высокий уровень насилия над воспитанниками школ–интернатов:

«…В церковной жилой школе я столкнулся со всеми видами насилия …. Форма дисциплины, которую применяли воспитатели (священники), была основана на физическом наказании. Для получения результата нас часто связывали… Многие пытались бежать… Я тоже пытался убежать от этой боли… Но когда мы были пойманы, нам брили головы…».

«Я тоже стала жертвой сексуального насилия священника… Я не могла учиться, я не могла сосредоточиться ни на чём, кроме боли, которую постоянно испытывала…».

Детские эмоциональные переживания явились источником личностных проблем во взрослой жизни. Иногда возникновение про-

блемного поведения проявлялось почти сразу после выхода из стен заведения.

«Выйдя из интерната, все мы обратились к алкоголю. Моя сестра пила, и пила. Её лишили родительских прав… У неё был цирроз 2 года назад… Летом прошлого года она оказалась в больнице ещё раз. Она была в коме…».

Многие воспитанники интернатов несли травматический опыт, полученный в детстве, на протяжении десятилетий. Они никогда не обсуждали вопросы пережитых унижений и держали свою боль внутри. Многие из них не смогли своевременно получить необходимую помощь, и многие никогда не смогут выздороветь. Большинство воспитанников обратились к алкоголю как к средству спасения.

«Я страдал от пережитого сексуального насилия в течение 40 лет, прежде чем смог говорить об этом… Многие из наших соплеменников до сих пор несут в себе тяжелые, очень тяжелые переживания, не в силах рассказать о них. Потом вы удивляетесь, почему мы обращаемся к алкоголю. Вот почему я обратился к алкоголю: чтобы заглушить боль».

Правовые, архивные и протокольные документы свидетельствуют о том, что отрыв детей от семьи и помещение их в школы–интернаты приводили к разрушению семейных и социальных связей. Многие воспитанники не познали родительской заботы, не переняли традиционный семейный опыт, не приобрели жизненные и родительские навыки, у них не сформировалось самоуважение и уважение к старшим. Их родители, в свою очередь, не имели возможности заботиться о своих детях, воспитывать и наставлять их, учить принимать правильные решения. Со временем система интернатов ослабила эмоциональную связь между родителями и детьми. Находясь в отрыве от родной культуры и духовных ценностей, дети теряли родственные связи. Эта потеря нарушила передачу традиционного опыта и знаний последующим поколениям. После выхода из интернатов большинство выпускников испытывали чувства безнадежности и изоляции, имели низкую самооценку, зависимость от алкоголя и наркотиков, занимались проституцией, азартными играми, терпели сексуальное и другие виды насилия, не имели своего дома и семьи, многие закончили жизнь самоубийством.

Дети, проживающие в отрыве от их семей, были лишены родительской заботы и внимания, принятых в их родной традиционной культуре. Как следствие, у них самих не формировались навыки воспитания и заботы по отношению к своим собственным детям. На сегодняшний день существует четыре поколения коренных народов, несущих разрушительный опыт проживания в интернатах, который они передали своим собственным детям и внукам, а также другим лицам, не являющимся их потомками, путем косвенного воздействия травмы на все сообщество.

Ниже приведены результаты первого исследования, оценивающего влияние травматического опыта проживания в интернатах на последующие поколения [39]. Авторы выдвинули гипотезу, что высокий уровень суицида среди коренных народов является результатом культурно–исторической травмы, полученной в ходе колонизации. Цель исследования состояла в изучении прямого или косвенного влияния последствий перенесенного травматического опыта проживания детей в школах–интернатах на суицидальное поведение их потомства и других членов сообщества.

Методом многоступенчатой стратифицированной случайной выборки были отобраны 2953 человек, (представители 63 общин, 7 племен) в канадской провинции Манитоба. Из них 611 человек в детском возрасте проживали в интернатах, (303 человека к моменту обследования имели собственное потомство), 2342 человека в интернатах не проживали. В обследовании использовался метод интервьюирования. В качестве результативных переменных авторы рассматривали три фактора: насилие, суицидальные мысли и попытки суицида. Влияющие переменные включали следующие факторы: пол, возраст, семейный статус, травматический опыт проживания в интернате, а также воздействие его на последующие поколения.

Анализ полученных данных показал, что 48,1% выпускников школ–интернатов имели опыт насилия, у 26% выявлены суицидальные мысли, у 13,8% имелись попытки суицида. Из числа лиц, не посещавших школу–интернат, суицидальное поведение отмечалось даже чаще: у 29,6% выявлены суицидальные мысли, у 16,2% – попытки суицида; 36,5% имели опыт жестокого обращения. Факторами риска суицидального поведения для обеих групп являлись женский пол, возраст 28–44 года, отсутствие постоянного партнера и воздействие травматического опыта проживания в интернате как на самих воспитанников, так и на последующие поколения, включая других членов коренного сообщества. Логистическая регрессия показала, что у воспитанников интернатов в возрасте 28–44 лет увеличивается вероятность суицидального поведения в два раза, а при наличии истории насилия – в пять раз. У потомков, испытывающих травматическое воз-

действие последствий проживания в интернатах их родственников, возрастает вероятность насилия в два раза, а при наличии опыта насилия возрастает вероятность суицидального поведения в шесть раз, по сравнению с поколением, которое не испытывало травматического воздействия последствий проживания в интернате их родственников.

Условия воспитания и обучения в школах–интернатах приводили к нарушению социализации во взрослом возрасте. Большинство выпускников возвращались домой, не получив не только опыта родительской заботы, но и навыков адекватного социального поведения. Разрушение традиционного жизненного уклада и всей системы отношений, включая супружеские, детско–родительские и романтические, приводят к наиболее тяжелому исходу – суицидальному поведению. Показано, что чувство отдаленности вследствие потери культурной идентичности является основным мотивом суицида у коренных американцев [40]. На примере изучения взаимосвязи самоубийств с системой отношений у эскимосов было доказано, что именно нарушение межличностных взаимоотношений, родственных связей и групповой сплоченности, разобщенность семей и сегрегация поколений на уровне всего сообщества являются одной из причин суицидального поведения среди коренных народов [41, 42].

Наиболее широко система школ–интернатов была распространена в США и Канаде. На протяжении двадцатого века в Канаде функционировали примерно 130 школ. Через канадскую систему интернатов прошли около 150 тысяч коренных детей, к настоящему моменту живы около 80 тысяч. В 1996 году правительственная комиссия Канады пришла к заключению, что система интернатов причинила непоправимый вред многим поколениям коренного населения и их культуре. О плачевном положении в интернатах было известно давно, однако последний из них был закрыт лишь в 1998 году [37].

В США первая школа–интернат была основана в 1879 году и называлась «Карлайл». В неё определяли детей малолетнего возраста, которым надлежало жить в интернате безвыездно весь срок обучения, домой возвращались уже не дети, а молодые люди. К 1909 году в стране существовало более 25 школ - интернатов за пределами резерваций, 157 школ–интернатов на территории резерваций и 307 дневных школ.

В Австралии система интернатов для детей коренного населения развивалась с 1930 по 1960 годы прошлого столетия. В последствие было признано, что такая система привела к разрушению семейной жизни и родственных связей, а детей, удаленных из семей стали называть «украденные поколения».

P.S. В 2008 г. парламент Канады принёс официальные извинения всем бывшим воспитанникам школ–интернатов, а правительство предоставило денежные компенсации коренным народам, пострадавшим от политики насильственного помещения детей в интернаты [43].

В мае 2010 года Конгресс США принёс официальные извинения коренным жителям Северной Америки за «непродуманную политику и насилие в отношении индейцев, грабежи и нарушения соглашений с коренным населением». Соответствующая резолюция была зачитана в американском Конгрессе перед представителями пяти основных индейских племен [44].

В феврале 2008 года правительство Австралии принесло официальные извинения коренному населению за политику всех прежних руководителей страны, «за боль и страдания, причиненные потерянным поколениям, их потомкам и забытым семьям» [45].

2.Нарушение экологического равновесия в системе «человек–среда».

Общей и отличительной чертой для коренных народов является гармоничное сосуществование с окружающей средой, наличие высоких морально–этических норм во взаимоотношениях человека с природой. Нарушение этой взаимосвязи приводит к необратимым последствиям, в частности, утрате смысла существования в мире. В качестве доказательства мы приводим результаты исследования по изучению причин суицида у саамов.

Саамы относятся к группе малочисленных финно–угорских народов, коренных народов Северной Европы, они живут в Норвегии, Швеции, Финляндии и на Кольском полуострове в России. Территория их расселения протянулась с запада на восток более чем на полторы тысячи километров. Саамы не переживали этнических чисток и стресса колонизации, которые пережили коренные народы Америки, Канады, Австралии и других колониальных стран. Но в ходе насильственной ассимиляции, начавшейся в 1830 году, у саамов происходило разрушение традиционного образа жизни, отрыв детей из семьи, насильственное помещение их в школы–интернаты, запрет использования родного языка и традиционных культурно–хозяйственных практик. Процессы глобализации и урбанизации, происходящие в со-

временном мире, постепенно оттесняют саамов с их привычных мест обитания, лишая возможности заниматься традиционным промыслом.

В начале 2000 г. в небольшой саамской общине Sameby произошло массовое самоубийство молодых мужчин в возрасте 20–30 лет. Члены общины, обеспокоенные этим случаем, инициировали проведение исследований по изучению причин данного явления [46]. Перед учёными была поставлена задача выяснить причины суицида среди молодых саамов. Учитывались такие факторы как личная и семейная история суицида, влияние половой принадлежности, профессии оленевода, места жительства и прежнего опыта жестокого обращения. Всего обследовано 516 коренных саамов в возрасте от 18 до 28 лет, из них 52 человека были оленеводами, а 269 человек ранее имели опыт жестокого обращения из–за этнической принадлежности. Контрольная группа состояла из 218 молодых шведов, проживающих в городской и сельской местности в северной части Швеции, где проживает большинство шведских саамов. В обследовании был использован метод анкетирования, с включением в анкету четырёх разных аспектов суицидального поведения. Анализ полученных данных показал, что семейная история суицида чаще встречалась в семьях саамов (48,6%), по сравнению с контрольной группой (38,0%). У молодых саамов чаще встречались суицидальные мысли, желание смерти и сообщения о том, что они «устали от жизни». Проявления суицидальных наклонностей у молодых оленеводов встречались в три раза чаще, это касалось как планов совершения самоубийства, так и вероятности его попытки. Авторы объяснили повышенные риски суицидального поведения среди молодых оленеводов конфликтом между экзистенциальными потребностями и препятствиями, возникающими на пути их удовлетворения. Самоубийство является «криком боли», реакцией на ситуацию, которая включает в себя три компонента: «поражение», «отсутствие выхода» и «невозможность спасения». При отсутствии возможности к спасению ситуация становится невыносимой. Авторы расценили суицидальное поведение у молодых оленеводов не как желание смерти, а как внешнее проявление «акта боли» в процессе внутреннего экзистенциального диалога личности.

Исследования, проведенные позже [47], подтвердили данный вывод. Авторы показали, что добровольный уход из жизни у саамов является последним решением и единственным средством заявления об отчаянии. В ходе непосредственной беседы, с использованием метода фокус–групповой дискуссии, ученые выясняли мотив самоубийства у саамов–оленеводов. Дискуссия каждый раз начиналась одной фразой: *«Если мы с Вами будем беседовать о самоубийствах среди саамов, что самое важное будет в этой беседе?»*. Несмотря на то, что вопрос был четко структурирован, он позволял участникам развивать собственную тему беседы, самостоятельно регулировать и контролировать своё повествование. В общей сложности в дискуссиях приняли участие 22 человека. Собранный материал подвергался тщательной оценке экспертов из числа местного сообщества, а в дальнейшем анализировался методом контент–анализа. Проведенный анализ показал, что центральной и главной темой в дискуссиях было желание саамов сохранить их самобытное хозяйство, которое подвергается разрушению как извне, так и изнутри. В ходе повествования оленеводы сообщили, что внешние угрозы связаны с отнятием у них земель и пастбищ, и развитием на этих местах лесного хозяйства, туризма, горнодобывающей промышленности, социальных инфраструктур. Оленеводы были обеспокоены изменениями погодных условий, в том числе последствиями глобального потепления, влияющими на качество пастбищ и увеличение количества хищников. Обеспокоенность вызывали также многочисленные запреты со стороны законодательства в отношении развития скотоводства, что ограничивало возможности молодых саамов заниматься традиционным промыслом. В ходе дискуссии саамы поведали о том, что многочисленные внешние наступления провоцируют внутренние хозяйственные конфликты между оленеводческими общинами и отдельными оленеводами, возникающими в ответ на сокращение пастбищ. В настоящее время саамы вынуждены делать выбор между самоидентификацией, связанной с оленеводством, и жизнью без традиционного национального промысла, которая приводит к утрате идентичности. *«Когда жизнь ставит перед тобой такой выбор, то зачем нужна такая жизнь?»* – это был основной вопрос, вытекающий из дискуссии.

Саамы метафорично сравнили себя с леммингами, которые совершают самоубийство, объединяясь в большие стаи и дружно бросаясь с утесов в море. Ключевая аналогия данного сравнения заключается в том, что лемминги становятся добычей многочисленных хищников, наступающих извне. В такой ситуации

лемминги неспособны больше бороться, поэтому делают выбор в сторону добровольного ухода из жизни. В метафорическом контексте, самоубийство для саамов является следствием угроз со стороны урбанизированного общества, размывающего саамскую культуру. Данное исследование показывает, что самоидентификация у коренных народов заложена в тесном единении с природой и традиционно–хозяйственном укладе. Отказ от традиционного национального промысла ведет к потере смысла жизни и экзистенциальной пустоте, к такому состоянию, когда больше нечем жить, когда самоубийство является единственным решением и последним средством заявления о своем отчаянии.

3.Нарушения психического здоровья.

Исторические документы и медицинские записи свидетельствуют о том, что нарушения психического здоровья у коренных народов до начала европейской колонизации встречались довольно редко (Eastwell, 1988). Это объясняется сильными защитными факторами, которые присутствовали в традиционной культуре коренных популяций и включали коллективный образ жизни, правильное питание, четкое разделение социальных ролей, традиционную систему воспитания. Крепкие семейные связи, коллективизм и сплочённость обеспечивали заботу и внимание подрастающему поколению со стороны близких родственников и других членов общины, что приводило к формированию у детей чувства защищенности и самодостаточности [48]. Кроме того, культурные обряды, которые присутствовали во многих племенах, позволяли аборигенам отреагировать негативные эмоции. В некоторых традиционных культурах формы поведения членов общины при совершении определённых ритуалов были связаны с самоповреждениями, в частности, в австралийских племенах при проведении траурных ритуалов женщинам стригли волосы [49]. Однако самоубийства не были характерным явлением для традиционных культур.

Разрушение традиционного образа жизни, переселение в резервации, появление новых болезней, неизвестных ранее, привели к высокой смертности коренного населения, маргинализации и нищете, вызвали психологический стресс и отчаянье. Продолжающаяся дискриминация, множество стрессовых факторов, низкое социально–экономическое положение, создают предпосылки для ухудшения психического здоровья и суицидального поведения.

Процессы урбанизации неблагоприятным образом сказываются на психическом здоровье коренных популяций и приводят к суицидальным наклонностям. Недавнее исследование, проведенное в Гамильтоне (штат Онтарио, Канада) по изучению распространенности психических нарушений среди коренного населения, проживающего в городской среде, показало, что 42% из числа 554 обследованных имели психические расстройства или психологические проблемы [50]. Аффективные расстройства отмечались у 39% обследованных, симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – у 34%. Около половины опрошенных сообщили о том, что за последние 12 месяцев употребляли марихуану, а 19% сообщили об употреблении кокаина и опиатов. Суицидальные мысли выявлены у 41% опрошенных, суицидальные попытки зарегистрированы у 51% человек.

Негативные тенденции со стороны психического здоровья наблюдаются у аборигенов Австралии [48]. Эпидемиологические исследования, проведенные в прошлом веке, выявили распространенность тревожных расстройств у 1% популяции; немного чаще регистрировались расстройства настроения: от 1% в округе Кимберли, Западная Австралия до 2,5% на острове Морнингтон, штат Квинсленд, и 6% в Бурке, в штате New South Wales. Наиболее часто отмечались личностные расстройства: от 4% на острове Морнингтон, до 8,2% в общине Кимберли и 16% в Бурке (Hunter, 2003). В настоящее время зарегистрирован рост тревожных расстройств до 25%, депрессивных расстройств до 54%, значительно вырос показатель самоубийств [51]. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни у аборигенов на 17 лет меньше, чем у некоренных австралийцев [51].

Имеется множество подтверждений, указывающих на роль эмоционального неблагополучия в формировании суицидальных мыслей у коренных народов. Так, при изучении уровня оптимизма и надежды у американских индейцев и коренных жителей Аляски, показано, что чувство безысходности и отсутствие оптимизма приводят к возникновению мыслей о самоубийстве [52]. Подобные исследования, проведенные в штате Монтана среди молодежи двух групп (коренных американцев и белых), показали, что единственным статистически значимым предиктором суицидальных мыслей или попыток является чувство печали и безысходности [53].

Существует множество доказательств причинно–следственной взаимосвязи психопатологии и суицидального поведения, однако роль

психических расстройств в качестве основной причины самоубийств у коренных народов обычно ставилась под сомнение. Высокий уровень суицида чаще рассматривался как следствие колонизационного стресса или других социальных причин. Несомненно, исторические, социальные и психопатологические факторы тесно связаны между собой и не исключают друг друга. Каждый из них играет определенную роль в появлении суицидального поведения, а их совокупность увеличивает риск суицида. Тем не менее, роль психических нарушений как основного фактора суицида у членов коренных популяций не являлась ранее предметом систематического изучения.

Первое крупномасштабное контролируемое эпидемиологическое исследование по изучению клинических причин самоубийств среди коренных народов, получившее название *Qaujivallianiq Inuusirijauvalauqtunik («Учимся у жизни, чтобы жить»*), было проведено в провинции Нунавут, расположенной на территории Канады [54]. Цель данного исследования заключалась в изучении клинических причин самоубийств среди инуитов (эскимосов), зарегистрированных за период с 1 января 2003 г. по 31 декабря 2006 г. Объем выборки включал 120 случаев. Для обеспечения надежности полученных результатов исследование было построено по принципу «случай–контроль». Контрольная группа состояла из 120 членов коренного сообщества, родившихся непосредственно до или после человека, погибшего в результате самоубийства, и была сопоставима по полу, возрасту и социально–экономическому положению. В исследовании использовался метод психологической аутопсии. Для обеспечения сопоставимости между группами параллельно проводилось интервьюирование респондентов контрольной группы. Беседа включала сбор семейного и психиатрического анамнеза, историю развития в детстве, опыт жестокого обращения, в том числе, физическое, сексуальное и (или) психологическое насилие. Параллельно анализировались записи в медицинских картах, отчеты патологоанатомов и правоохранительная документация. Это позволило составить детальную клиническую картину заболевания и прийти к консенсусу постановки психиатрического диагноза в рамках классификации DSM–IV.

Рассматривались три группы факторов риска: социально - демографические, психопатологические и экстернальные (импульсивно - агрессивное поведение). Выявлено, что лица, совершившие суицид, чаще, чем представители контрольной группы, имели опыт физического (57% и 33% соответственно) и сексуального насилия (15,8% и 6,7%), у них чаще отмечалась психопатологическая наследственность среди родственников первой степени родства (62,2% и 23,0%). Анализ распространенности психических расстройств за последние шесть месяцев жизни показал, что среди лиц, совершивших суицид, значительно чаще отмечались нарушения, отвечающие критериям большого депрессивного эпизода (БДЭ), зависимости от алкоголя и каннабиоидов. Также у них чаще, чем у представителей контрольной группы, диагностировались расстройства личности: пограничное личностное расстройство (20,5% и 4,8% соответственно), антисоциальное расстройство личности (15,2% и 10,7%) и расстройства поведения (16,1% и 4,8%), чаще встречалось импульсивное и агрессивное поведение.

Для выявления независимых факторов риска суицида использовался метод логистической регрессии, который показал, что клинические признаки БДЭ и уровень агрессивного поведения являются основными факторами риска самоубийств среди инуитов. Кроме того, семейная история суицида, сексуальное насилие в детстве, импульсивное поведение и коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами также являются факторами риска. Все эти факторы хорошо известны и согласуются с результатами исследований по изучению клинических причин суицида среди населения, проживающего в западных странах. Среди лиц контрольной группы история суицидального поведения была также высока, в то время как в общей популяции Канады этот уровень значительно ниже. Авторы связали данный факт с повышенным уровнем психологического стресса среди инуитов, проживающих в данном регионе.

Главным выводом проведенного исследования авторы считают то, что вопреки ожиданиям и некоторым исследованиям, проведенным ранее на коренных популяциях в Азии (Phillips, 2002; Hvistendahl, 2012), клинические факторы риска самоубийств, полученные среди инуитов, не отличались от факторов риска, выявленных при обследовании европейских популяций, по крайней мере, на индивидуальном уровне. Авторы указали на то, что данное исследование имеет определенные ограничения, так как проведено на одной популяции, однако позволяет сделать общие выводы относительно влияния клинических факторов риска на рост суицида у коренных народов.

Имеется ряд исследований, подтверждающих роль психических нарушений в формировании суицидального поведения у коренных подростков и молодежи. Одно из таких исследований проведено в графстве Финнмарк, Норвегия, где зарегистрированы самые высокие показатели самоубийств [55]. С целью изучения социальных, психологических и этнокультурных факторов риска членовредительства и суицидального поведения обследовано 487 коренных (саамы) и некоренных подростков в возрасте от 13 до 16 лет. В обследовании применялся метод социально–психологического анкетирования. Анкета включала социально–демографический анализ подростков и их семей, историю употребления психоактивных веществ, анализ этнокультурных факторов (в том числе, этнической и языковой идентичности), оценивание поведенческих и эмоциональных нарушений. Членовредительство или суицидальные попытки за последние 6 месяцев были зарегистрированы у 12,5% подростков, 14,8% подростков сообщили о том, что имели суицидальные мысли. Однофакторный анализ выявил существенные гендерные различия в обеих этнических группах, с преобладанием девушек, сообщивших о членовредительстве и суицидальном поведении. Однако после проведения логистического регрессионного анализа с учетом всех других значимых переменных, гендерные различия исчезли. Существенных этнических различий факторов риска суицида не было выявлено. В обеих этнических группах наиболее значимыми факторами риска для членовредительства и суицидального поведения оказались аффективные расстройства – тревога или депрессия.

В другом исследовании, проведенном в Австралии (штат Квинсленд) также показана роль психических расстройств как фактора риска суицида у подростков [56]. Авторы анализировали причины суицида, происшедшего в период с 2004 по 2012 годы в двух возрастных группах: 10–14 лет и 15–17 лет. За указанный отрезок времени было зарегистрировано 149 самоубийств, среди них 34 суицида произошли в младшей возрастной группе, 115 – в старшей. Анализ показал, что самоубийства чаще встречались среди подростков коренного населения. Факторами риска являлись проживание в отдаленных районах, семейные проблемы и психические расстройства, в частности, СДВГ.

В настоящее время доказано, что негативный опыт, полученный в детском возрасте, ведёт к многочисленным рискам у коренной молодежи, в том числе, к расстройствам поведения, нарушениям психического здоровья и добровольному уходу из жизни [57]. Для изучения взаимосвязи между количеством различных видов неблагоприятного воздействия, полученного в детстве, и риском появления расстройств поведения, нарушений психического здоровья и суицида проведено анонимное анкетирование 288 *коренных а*мериканцев в возрасте 15–24 лет, проживающих в отдаленных резервациях. Проанализирована история негативного воздействия в детском возрасте, в том числе, эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, физическое и эмоциональное пренебрежение, свидетельство насилия над другими лицами. В дальнейшем изучена связь негативного опыта с клиническими признаками четырех психических нарушений: ПТСР, депрессивными расстройствами, наркоманией и попытками *суицида*. Из числа опрошенных, 78% сообщили о том, что они имели, по крайней мере, один вид негативного влияния в детстве, а 40% имели, по крайней мере, два. Совокупное воздействие факторов негативного влияния оказалось статистически значимым для всех четырех видов психических нарушений: с каждым дополнительным негативным фактором увеличивалась вероятность суицидальной попытки (37%), наркомании (51%), симптомов ПТСР (55%) и симптомов депрессии (57%).

Не смотря на то, что нарушения психического здоровья являются предиктором суицидального поведения, большинство членов коренного сообщества, совершивших суицид, не смогли своевременно получить специализированную медицинскую помощь, хотя и обращались к врачу. Исследования, проведенные на Аляске, свидетельствуют о том, что более 80% лиц, совершивших самоубийство, посещали лечащего врача за 12 месяцев до суицида, более 65% посещали врача в последние 30 дней [58].

4. Алкогольная и наркотическая зависимость.

Алкоголь является психоактивным веществом, вызывающим зависимость, и широко используется во многих культурах на протяжении столетий. В Америке алкогольные напитки до контакта с европейцами изготовлялись на территории проживания майя и ацтеков. Изготовление алкогольных напитков было связано с развитием сельского хозяйства, их производили из культивируемых растений, например, кукурузы, но также для производства алкоголя использовали мёд, дикую сливу, ананас. Напитки были в основном слабоалкогольные, среди которых встречались медовуха бальче,

мексиканский напиток из сока агавы пульке, вино «харен а питахайя» (haren a pitahaya), пиво тульпи и другие.

Контакты с колонизаторами привели к резкому изменению потребления алкогольных напитков у американских индейцев и коренных жителей Аляски. В настоящее время считается, что разрушительное влияние алкоголя на здоровье коренных американцев является результатом культурно–исторической травмы [59]. Изучение распространенности алкоголизма среди разных этнических групп в США показало, что американские индейцы и коренные жители Аляски имеют больше проблем с алкоголем, чем белое население и представители других этнических групп [60]. У коренных американцев чаще встречаются недельные запои (21,9%), по сравнению с афроамериканцами (16,4%), белыми (16,3%), латиноамериканцами (11,8%) и азиатами (9,8%). Проведение теста на алкоголь показало, что степень опьянения, равная или превышающая 0,08 BAC (Blood Alcohol Concentration), чаще отмечается среди коренных американцев (37%), по сравнению с латиноамериканцами (29%), белыми (24%), афроамериканцами (14%) и азиатами (12%). Самоубийства в состоянии алкогольного опьянения чаще регистрируются среди коренных американцев (46%), по сравнению с латиноамериканцами (30%), белыми (26%), афроамериканцами (16%) и азиатами (15%). Анализ риска совершения алкоголь - ассоциированных самоубийств в зависимости от возраста показал, что наиболее часто самоубийства в состоянии алкогольного опьянения встречаются среди коренных американцев в возрасте 30–39 лет. В возрасте 20–29 лет алкоголь–ассоциированные самоубийства чаще регистрируются среди коренных американцев (50%) и латиноамериканцев (37%), а в возрасте 10–19 лет – среди азиатов (29%). Во всех этнических группах, кроме коренных американцев, мужчины более подвержены риску совершения самоубийства в состоянии алкогольного опьянения, чем женщины. В то время как среди коренных американцев показатель алкоголь - ассоциированных самоубийств одинаков у мужчин и женщин (37%).

Изучение причин самоубийств среди коренных жителей Аляски выявило сложную природу взаимосвязи суицида с алкоголизмом [61]. Опрос молодых мужчин в возрасте 18–25 лет показал, что 39% опрошенных регулярно употребляют алкоголь, 16% сообщили о том, что употребляли пять и более спиртных напитков в течение пяти или более дней за последний месяц, а 7% нуждались в лечении. Показано, что физическое и/или сексуальное насилие являются самыми частыми факторами риска алкоголизации и наркотической зависимости. Так, 28% женщин и 13% мужчин, из числа госпитализированных в наркологическую клинику, сообщили о том, что в детстве подвергались физическому насилию, 31% женщин и 6,5% мужчин в детстве подвергались сексуальному насилию.

Анализ причин алкоголизации коренного населения подтвердил высокую распространенность жестокого обращения в детстве [62]. Из числа опрошенных респондентов, злоупотребляющих алкоголем, 22,3% женщин и 8,5% мужчин имели опыт сексуального насилия. Это явилось причиной раннего начала употребления алкоголя и манифестации психических расстройств у 80%.

Среди коренной молодежи проблема алкоголизма, наркомании и токсикомании стоит особо остро. Молодые люди из числа американских индейцев имеют большую склонность к алкоголизму и токсикомании, они начинают употреблять алкоголь в более раннем возрасте и в больших количествах, употребляют нескольких токсических веществ (в среднем 5,26), у них быстрее формируется зависимость [21]. У 82% молодых людей, имеющих проблемы с алкоголем и наркотиками, диагностируются сопутствующие психические расстройства, чаще всего это расстройства поведения. Смертность от алкоголизма среди американских индейцев в возрасте от 15 до 24 лет составляет 3,7 на 100000 человек (по сравнению с 0,3 на 100000 среди некоренной молодежи США). Имеется множество примеров, показывающих связь самоубийства у коренной молодежи с приемом алкоголя или наркотиков. Попытку суицида в состоянии алкогольного опьянения совершили 91% подростков из племени Апач, в состоянии наркотического опьянения (марихуана) – 88% [63]. Употребление алкоголя, табака и/или марихуаны в качестве предикторов суицида выявлено у коренных юношей в штате Монтана [53]. Показано, что употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ приводит к импульсивному и агрессивному поведению, сексуальной расторможенности, тем самым, увеличивая риск суицида [64, 65].

Похожие проблемы наблюдаются и среди аборигенов Австралии, где среднее потребление алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет и старше составляет 12,2 литра чистого этанола в год. В северных территориях Ав-

стралии, где проживает коренное население, этот показатель достигает 15,1 литра. Среди австралийских аборигенов и островитян Торресова пролива среднее потребление алкоголя на душу населения доходит до 16,9 литров чистого этанола в год [66]. Анализ причин суицида у коренных и некоренных австралийцев выявил разные причины добровольного ухода из жизни: у коренных австралийцев – злоупотребление алкоголем, у некоренных – депрессивные расстройства [67]. Среди 28 коренных австралийцев, совершивших самоубийство в период с 2005 по 2009 гг., наличие в крови алкоголя обнаружено у 39,3%, каннабиноидов у 39,3%, бензодиазепинов у 10,7%, опиатов у 7,1%, антидепрессантов у 7,1%, амфетаминов у 3,6%, летучих наркотических веществ у 3,6% [68].

Алкоголизация наносит большой вред здоровью коренных австралийцев, существенно увеличивая смертность от убийств и самоубийств в состоянии алкогольного опьянения [69]. Среди коренных мужчин смертность от убийств в состоянии алкогольного опьянения чаще регистрируется в возрастной группе 30–44 лет, что в 8,9 раз превышает данный показатель среди общего населения Австралии. Смертность от самоубийств чаще регистрируется в более молодых группах (15–29 лет), что в 3,9 раза превышает аналогичный показатель среди общего населения. Среди коренных женщин смертность от убийств в состоянии алкогольного или наркотического опьянения чаще регистрируется в возрасте 30–44 лет и в 18,1 раз превышает данный показатель среди общего населения; от самоубийств – в возрасте 15–29 лет, что в 5 раз превышает аналогичный показатель среди общего населения Австралии.

Исследования, проведенные в Швеции, по изучению обстоятельств смерти, произошедших в семьях саамов–оленеводов, показали, что алкоголь является важным фактором риска, приводящим к смерти от неестественных причин [70]. Самыми распространенными видами смертей были смерти от самоубийств (23%), дорожно–транспортных происшествий (16%) и поездок на снегоходе со смертельным исходом (11%). В половине всех случаев у погибших в крови выявлено превышение содержание алкоголя.

Хотя алкоголизм и наркомания являются факторами риска суицида у коренных народов, их нельзя рассматривать отдельно от других причин, в том числе, социальных. Изучение динамики суицида у 178 молодых мужчин в возрасте от 15 до 34 лет, проживающих на Аляске, в поселках, где выполнялась государственная программа по контролю употребления алкогольных напитков среди населения, показало невысокую эффективность проводимых мероприятий. На показатели смертности от суицида, помимо алкоголя, большое влияние оказывали другие причины, в том числе удаленность поселка от развитых инфраструктур, низкий материальный достаток, отсутствие семьи или постоянного партнера [71]. Как показали проведённые исследования, при составлении профилактических программ, наряду с контролем за употреблением алкогольных напитков, необходимо учитывать влияние других причин, которые могут быть как факторами риска, так и защитными факторами.

5. Демографические, социальные и экономические факторы риска.

Анализ социально–демографических факторов риска показывает, что мужской пол, молодой возраст, отсутствие семьи или постоянного партнера, низкий образовательный уровень, отсутствие работы и низкий материальный достаток являются основными рисками суицида у коренных народов, независимо от страны проживания. Это находит свое подтверждение во многих исследованиях, проведенных в США, Канаде, Австралии, Бразилии и других странах [72, 73, 74, 75].

Доказано, что в областях с высоким социально–экономическим уровнем, как правило, регистрируются более низкие показатели смертности от самоубийств, в то время как в районах с низким уровнем дохода регистрируется более высокий уровень суицида [76, 77]. Подавляющее большинство коренного населения проживает в сельской местности, в удаленных районах, с неразвитой инфраструктурой, низким социально–экономическим уровнем.

При изучении места проживания коренных австралийцев показано, что около четверти аборигенного населения проживает в отдаленных частях континента. От 26% до 62% коренных австралийцев старше 15 лет живут в очень стесненных условиях, в переполненном жилье. Большинство детей не могут получить школьного образования из–за невозможности удержаться в школе: лишь 39,5% коренных детей удерживаются в средней школе, по сравнению с 76,6% детей из числа некоренных австралийцев. Австралийские аборигены в 12 раз чаще попадают в тюрьму, по сравнению с остальной частью австралийского населения [48]. Вместе с тем, около 30% австралийцев–аборигенов живут сейчас в крупных городах, однако места

их проживания расположены в самых бедных городских кварталах.

Члены коренных общин, проживающие в отдаленных районах, имеют гораздо меньше возможностей для получения медицинской помощи, включая услуги по охране психического здоровья [78]. Как следствие, у них регистрируются низкие показатели соматического и психического здоровья, высокие показатели преждевременной смертности от внешних причин, в том числе самоубийств [79, 80]. Большинство коренных австралийцев, закончивших жизнь самоубийством, не имели возможности обратиться за медицинской помощью. Sveticic с соавторами провел исследование по изучению самоубийств у коренных и некоренных австралийцев за период 1994–2007 гг., сравнив частоту обращений за медицинской помощью в службы психического здоровья. Оценивались виды медицинских услуг и возможность доступа получения медицинской помощи. Проведенный анализ показал, что коренные австралийцы обращались за медицинской помощью гораздо реже, чем некоренные (23,8% и 43,3% соответственно). Наиболее распространенным источником помощи для коренного населения была стационарная медицинская помощь, в то время как для некоренного населения медицинскую помощь осуществляли врачи общей практики. Данный анализ демонстрирует, что коренные австралийцы обращаются за медицинской помощью в далеко зашедших случаях, когда уже требуется госпитализация [81].

На современном этапе развития общества, в условиях всеобщей глобализации и социокультурной модернизации меняется образ жизни коренных народов. Однако не всегда процессы аккультурации оказывают благотворное влияние на состояние здоровья коренных популяций, так как развитие экономики и процессы урбанизации разрушают стереотипы жизнедеятельности. Экономический прогресс приводит к нарушению равновесия в системе человек–среда и может послужить риском массового суицида, как это случилось в 2000 г. в общинах саамов–оленеводов, проживающих в Швеции [46, 47]. Подобные процессы нарушения экологического равновесия наблюдаются в Австралии, где происходит культивация и орошение земель в местах исконного проживания аборигенов, что лишает их территориальных пространств, связанных с традиционным образом жизни [82].

Недавнее исследование по изучению состояния здоровья и условий жизни коренных народов Аляски, Канады, Гренландии, Норвегии, Швеции и России, получившее название SLiCA, *или* Survey of Living Condition in the Arctic («Обзор условий жизни в Арктике»), показало неоднозначность влияния социокультурного прогресса на здоровье коренных популяций [83, 84, 85]. SLiCA – это первое международное исследование по изучению состояния здоровья и условий жизни коренных народов (саамов и инуитов, или эскимосов), проживающих в районах крайнего Севера. Перед исследователями проекта стояла цель изучить влияние процессов цивилизации и аккультурации на состояние здоровья коренных популяций. Одной из задач исследования было изучение распространенности суицидальных мыслей в зависимости от половой принадлежности, возраста, образовательного уровня и страны проживания. Всего было обследовано 2099 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Высокая распространенность суицидальных мыслей выявлена среди инуитов, проживающих в Гренландии (17%) и на Аляске (14%), по сравнению с саамами, проживающими в Норвегии (11%) и Швеции (6%). Во всех странах суицидальные мысли чаще встречались в молодых возрастных группах (15–34 года). Связь суицидальных мыслей с образовательным уровнем показала, что уровень образования наиболее высок в Норвегии и Швеции: 55% саамов, проживающих в Норвегии, и 26% саамов, проживающих в Швеции, имели высшее образование, по сравнению с Гренландией и Аляской, где высшее образование имели всего 9% и 6% соответственно. Образование, как известно, является защитным фактором относительно суицидальных наклонностей, так как высокий образовательный уровень связан с лучшим социально–экономическим положением. Придя к выводу о благоприятном влиянии образовательного уровня на жизнестойкость саамов, авторы признали, что не все проявления цивилизации благотворным образом влияют на представителей коренных популяций. В ходе социокультурных преобразований коренные народы встречаются с новыми социальными, политическими и экологическими проблемами. С переходом от традиционного уклада к современному образу жизни среди коренного населения возрастает распространенность различных соматических заболеваний, таких как онкологические и сердечно–сосудистые. Также неблагоприятным исходом цивилизации является рост психических расстройств.

Таким образом, процессы колонизации и насильственной ассимиляции разрушили традиционный образ жизни коренных народов,

поставили их в экономическую зависимость, вызвали страдания многих поколений, которые сохраняются до сегодняшних дней и клинически проявляются высоким уровнем суицида, алкоголизма, наркомании, злоупотребления ПАВ и целым рядом других расстройств. Некоторым народам, таким как саамы, удалось адаптироваться в современном обществе, однако новый образ жизни несёт иные проблемы для здоровья, в том числе, различные соматические заболевания и психические расстройства.

Литература:

1. Лубсанова С.В., Базаров А.А. Суицидальное поведение и религиозность (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей) // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 79–83.
2. Любов Е.Б., Сумароков Ю.А., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3. – С. 23–30.
3. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктеноол С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 11–18.
4. Семенова Н.Б. Особенности эмоциональной сферы коренной молодежи Севера как фактор риска суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 11–13.
5. Семенова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 23–25.
6. Семенова Н.Б. Предпосылки суицидального поведения коренного населения Республики Тыва // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 2. – С. 87–89.
7. Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Анализ завершенных суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 42–45.
8. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48–51.
9. Climate Change Adaptation: Traditional Knowledge of Indigenous Peoples Inhabiting the Arctic and Far North / UNESCO Institute for Information Technologies in Education (© UNESCO IITE) – 2014.
10. Suicide data http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
11. De Leo D., Dudley M.J., Aebersold C.J. et al. Achieving standardised reporting of suicide in Australia: rationale and program for change // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 19 (192), № 8. – P. 452-456.
12. Alaska department of health and social services // www.vitalrecords.alaska.gov
13. Alaska Department of Health and Social Services // http://dhss.alaska.gov/dph/PublishingImages/Header_DPH.jpg
14. Shiels M.S., Chernyavskiy P., Anderson W.F. et al. Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data // Lancet. – 2017. – Vol. 25, № 17.

References:

1. Lubsanova S.V., Bazarov A. A. Suicidal behavior and religiosity (for example, young people Buryat and Russian nationalities) // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3. – P. 79–83. (In Russ)
2. Lyubov E.B., Sumarokov Y.A., Konoplenko E.R. Resilience and suicide behaviour risk factors in indigenous peoples of the Russian North // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3. – P. 23–30. (In Russ)
3. Polozhy B.S., Kuular L.Y., Dukten-ool S.M. Peculiarities of suicidal situation in the regions with ultra-high suicide rate (on an example of The Republic of Tyva) // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 11–18. (In Russ)
4. Semyonova N.B. Features of emotional of native youth of the north as a risk factor for suicide // Suicidology. – 2011. – № 2. – C. 11–13. (In Russ)
5. Semenova N.B. Background suicidal behavior of the indigenous population of The Republic of Tyva // Suicidology. – 2010. – № 1. – C. 23–25. (In Russ)
6. Semenova N.B. Predposylki suicidal'nogo povedenija korennogo naselenija Respubliki Tyva // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 2010. – № 2. – S. 87–89. (In Russ)
7. Semenova N.B., Martynova T.F. Analiz zavershennyh suicidov sredi detej i podrostkov Respubliki Saha (Jakutija) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. – № 3. – S. 42–45. (In Russ)
8. Tsyrempilov S.V. Suicides in Republic Buryatiya: the impact of ethnocultural factors and passionarity ethnic groups // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 48–51. (In Russ)
9. Climate Change Adaptation: Traditional Knowledge of Indigenous Peoples Inhabiting the Arctic and Far North / UNESCO Institute for Information Technologies in Education (© UNESCO IITE) – 2014.
10. Suicide data http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
11. De Leo D., Dudley M.J., Aebersold C.J. et al. Achieving standardised reporting of suicide in Australia: rationale and program for change // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 19 (192), № 8. – P. 452-456.
12. Alaska department of health and social services // www.vitalrecords.alaska.gov
13. Alaska Department of Health and Social Services // http://dhss.alaska.gov/dph/PublishingImages/Header_DPH.jpg
14. Shiels M.S., Chernyavskiy P., Anderson W.F. et al. Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data // Lancet. – 2017. – Vol. 25, № 17.

15. Chang M.H., Moonesinghe R., Athar H.M. et al. Trends in Disparity by Sex and Race/Ethnicity for the Leading Causes of Death in the United States-1999–2010 // J. Public Health Manag. Pract. – 2016. – Vol. 22, № 1. – P. 13–24.
16. Hill R., Perkins R., Wexler L. An analysis of hospital visits during the 12 months preceding suicide death in Northern Alaska // Alaska Med. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 16–21.
17. Herne M.A., Bartholomew M.L., Weahkee R.L. Suicide mortality among American Indians and Alaska Natives, 1999–2009 // Am. J. Public Health. – 2014. – Vol. 104. – P. 336–42.
18. Holck P., Day G.E., Provost E. Mortality trends among Alaska Native people: successes and challenges // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 5. – P. 72.
19. Berger L.R., Wallace L.J., Bill N.M. Injuries and injury prevention among indigenous children and young people // Pediatr. Clin. North Am. – 2009. – Vol. 56, № 6. – P. 1519–1537.
20. Goldston D.B., Molock S.D., Whitbeck L.B. et al. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment // Am. Psychol. – 2008. – Vol. 63, № 1. – P. 14–31.
21. Goodkind J.R., Ross-Toledo K., John S. et al. Promoting healing and restoring trust: policy recommendations for improving behavioral health care for American Indian / Alaska Native adolescents // Am. J. Community Psychol. – 2010. – Vol. 46. – P. 386–394.
22. MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C. et al. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.
23. Suicide among indigenous peoples in Canada // http:www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/
24. Qi X., Hu W., Page A. et al. Dynamic pattern of suicide in Australia, 1986–2005: a descriptive-analytic study // BMJ Open. – 2014. – Vol. 29, № 7.
25. Cheung Y.T.D., Spittal M.J., Williamson M.K. et al. Application of scan statistics to detect suicide clusters in Australia // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, № 1.
26. Cheung Y.T., Spittal M.J., Pirkis J. et al. Spatial analysis of suicide mortality in Australia: investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories // Soc. Sci. Med. 2012. – Vol. 75, № 8. – P. 1460–1468.
27. Pridmore S., Fujiyama H. Suicide in the Northern territory, 2001-2006 // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 43, № 12. – P. 1126–1130.
28. De Leo D., Sveticic J., Milner A. Suicide in Indigenous people in Queensland, Australia: trends and methods, 1994-2007 // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 45, № 7. – P. 532–538.
29. Soole R., Kõlves K., De Leo D. Suicides in Aboriginal and Torres Strait Islander children: analysis of Queensland Suicide Register // Aust. N. Z. J. Public Health. – 2014. – Vol. 38, № 6. – P. 574–578.
30. Souza M.L., Orellana J.D. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2012. – Vol. 34, № 1. – P. 34–37.

15. Chang M.H., Moonesinghe R., Athar H.M. et al. Trends in Disparity by Sex and Race/Ethnicity for the Leading Causes of Death in the United States-1999–2010 // J. Public Health Manag. Pract. – 2016. – Vol. 22, № 1. – P. 13–24.
16. Hill R., Perkins R., Wexler L. An analysis of hospital visits during the 12 months preceding suicide death in Northern Alaska // Alaska Med. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 16–21.
17. Herne M.A., Bartholomew M.L., Weahkee R.L. Suicide mortality among American Indians and Alaska Natives, 1999–2009 // Am. J. Public Health. – 2014. – Vol. 104. – P. 336–42.
18. Holck P., Day G.E., Provost E. Mortality trends among Alaska Native people: successes and challenges // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. –Vol.5. –P.72.
19. Berger L.R., Wallace L.J., Bill N.M. Injuries and injury prevention among indigenous children and young people // Pediatr. Clin. North Am. – 2009. – Vol. 56, № 6. – P. 1519–1537.
20. Goldston D.B., Molock S.D., Whitbeck L.B. et al. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment // Am. Psychol. – 2008. – Vol. 63, № 1. – P. 14–31.
21. Goodkind J.R., Ross-Toledo K., John S. et al. Promoting healing and restoring trust: policy recommendations for improving behavioral health care for American Indian / Alaska Native adolescents // Am. J. Community Psychol. – 2010. – Vol. 46. – P. 386–394.
22. MacDonald J.P., Ford J.D., Willox A.C. et al. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.
23. Suicide among indigenous peoples in Canada // http:www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/
24. Qi X., Hu W., Page A. et al. Dynamic pattern of suicide in Australia, 1986–2005: a descriptive-analytic study // BMJ Open. – 2014. – Vol. 29, № 7.
25. Cheung Y.T.D., Spittal M.J., Williamson et al. Application of scan statistics to detect suicide clusters in Australia // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, № 1.
26. Cheung Y.T., Spittal M.J., Pirkis J. et al. Spatial analysis of suicide mortality in Australia*:* investigation of metropolitan-rural-remote differentials of suicide risk across states/territories // Soc. Sci. Med. 2012. – Vol. 75, № 8. – P. 1460–1468.
27. Pridmore S., Fujiyama H. Suicide in the Northern territory, 2001-2006 // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 43, № 12. – P. 1126–1130.
28. De Leo D., Sveticic J., Milner A. Suicide in Indigenous people in Queensland, Australia: trends and methods, 1994-2007 // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 45, № 7. – P. 532–538.
29. Soole R., Kõlves K., De Leo D. Suicides in Aboriginal and Torres Strait Islander children: analysis of Queensland *Suicide* Register // Aust. N. Z. J. Public Health. – 2014. – Vol. 38, № 6. – P. 574–578.
30. Souza M.L., Orellana J.D. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2012. – Vol. 34, № 1. – P. 34–37.

31. Ferreira M.E., Matsuo T., Souza R.K. Demographic characteristics and mortality among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil // Cad. Saude Publica. – 2011. – Vol. 27, № 12. – P. 2327–2339.
32. Suicide trends and characteristics among persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva communities – Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000–2005: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep. – 2007. – Vol. 12; 56, № 1. – P. 7–9.
33. Silviken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway // Int. J. Circumpolar Health. – 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 204–211.
34. Mohatt N.V., Fok C.C., Burket R. et al. Assessment of awareness of connectedness as a culturally–based protective factor for Alaska native youth // Cultur. Divers Ethnic Minor, Psychol. – 2011. – Vol. 17, № 4. – P. 444–455.
35. Spiwak R., Sareen J., Elias B. et al. Complicated grief in Aboriginal populations // Dialogues Clin. Neurosci. – 2012. – Vol. 14, № 2. – P. 204–209.
36. Whitbeck L.B., Walls M.L., Johnson K.D. et al. Depressed affect and historical loss among North American Indigenous adolescents // Am. Indian. Alsk. Native Ment. Health Res. – 2009. – Vol. 16; № 3. – P. 16–41.
37. Коренные народы и школы-интернаты: сопоставительное исследование // Постоянный форум по вопросам коренных народов, девятая сессия ООН. – НЙ, 2010 // www.un.org // E.C.19.2010.11.ru
38. Gone J.P. A community–based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence–based practice // J. Consult. Clin. Psychol. – 2009. – Vol. 77, № 4. – P. 751–762.
39. Elias B., Mignone J., Hall M. et al. Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system // Soc. Sci. Med. – 2012. – Vol. 74, № 10. – P. 1560–1569.
40. Olson L.M., Wahab S., Thompson C.W. et al. Suicide notes among Native Americans, Hispanics, and Anglos // Qual. Health Res. – 2011. – Vol. 21, № 11. – P. 1484–1494.
41. Kral M.J., Idlout L., Minore J.B. et al. Unikkaartuit: meanings of well–being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada // Am. J. Community Psychol. – 2011. – Vol. 48 (3-4). – P. 426–438.
42. Kral M.J. Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada // Cult. Med. Psychiatry. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 306–325.
43. Apology // http://lenta.ru/articles/2008/06/12/apology/
44. Associated Press // www.ap.org
45. BBC–news // www.bbc.co.uk
46. Omma L., Sandlund M., Jacobsson L. Suicidal expressions in young Swedish Sami, a cross-sectional study // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.

31. Ferreira M.E., Matsuo T., Souza R.K. Demographic characteristics and mortality among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil // Cad. Saude Publica. – 2011. – Vol. 27, № 12. – P. 2327–2339.
32. Suicide trends and characteristics among persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva communities – Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000–2005: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep. – 2007. – Vol. 12; 56, № 1. – P. 7–9.
33. Silviken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway // Int. J. Circumpolar Health. – 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 204–211.
34. Mohatt N.V., Fok C.C., Burket R. et al. Assessment of awareness of connectedness as a culturally–based protective factor for Alaska native youth // Cultur. Divers Ethnic Minor, Psychol. – 2011. – Vol. 17, № 4. – P. 444–455.
35. Spiwak R., Sareen J., Elias B. et al. Complicated grief in Aboriginal populations // Dialogues Clin. Neurosci. – 2012. – Vol. 14, № 2. – P. 204–209.
36. Whitbeck L.B., Walls M.L., Johnson K.D. et al. Depressed affect and historical loss among North American Indigenous adolescents // Am. Indian. Alsk. Native Ment. Health Res. – 2009. – Vol. 16; № 3. – P. 16–41.
37. Korennye narody i shkoly-internaty: sopostavitel'noe issledovanie // Postojannyj forum po voprosam korennyh narodov, devjataja sessija OON. – NJ, 2010 // www.un.org // E.C.19.2010.11.ru (In Russ)
38. Gone J.P. A community–based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence–based practice // J. Consult. Clin. Psychol. – 2009. – Vol. 77, № 4. – P. 751–762.
39. Elias B., Mignone J., Hall M. et al. Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system // Soc. Sci. Med. – 2012. – Vol. 74, № 10. – P. 1560–1569.
40. Olson L.M., Wahab S., Thompson C.W. et al. Suicide notes among Native Americans, Hispanics, and Anglos // Qual. Health Res. – 2011. – Vol. 21, № 11. – P. 1484–1494.
41. Kral M.J., Idlout L., Minore J.B. et al. Unikkaartuit: meanings of well–being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada // Am. J. Community Psychol. – 2011. – Vol. 48 (3-4). – P. 426–438.
42. Kral M.J. Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada // Cult. Med. Psychiatry. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 306–325.
43. Apology // http://lenta.ru/articles/2008/06/12/apology/
44. Associated Press // www.ap.org
45. BBC–news // www.bbc.co.uk
46. Omma L., Sandlund M., Jacobsson L. Suicidal expressions in young Swedish Sami, a cross-sectional study // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.

47. Stoor J.P., Kaiser N., Jacobsson L. et al. "We are like lemmings": making sense of the cultural meaning(s) of suicide among the indigenous Sami in Sweden // Int. J. Circumpolar Health. – 2015. – Vol. 1, № 74.
48. Parker R. Australia's aboriginal population and mental health // J. Nerv. Ment. Dis. – 2010. – Vol. 198, № 1. – P. 3–7.
49. Farrelly T., Francis K. Definitions of suicide and self-harm behavior in an Australian aboriginal community // Suicide Life Threat. Behav. – 2009. – Vol. 39, № 2. – P. 182–189.
50. Firestone M., Smylie J., Maracle S. et al. Mental health and substance use in an urban First Nations population in Hamilton, Ontario // Can. J. Public Health. – 2015. – Vol. 24; 106, № 6. – P. 375–381.
51. AIHW, Australian Institute of Health and Welfare // aihw.gov.au
52. O'Keefe V.M., Wingate L.R. The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians/Alaska Natives // Suicide Life Threat. Behav. – 2013. – Vol. 43, № 6. – P. 621–633.
53. Manzo K., Tiesman H., Stewart J. et al. A comparison of risk factors associated with suicide ideation/attempts in American Indian and White youth in Montana // Arch. Suicide Res. – 2015. – Vol. 19, № 1. – P. 89–102.
54. Chachamovich E., Kirmayer L.J., Haggarty J.M. et al. Suicide among Inuit: results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut // Can. J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 60, № 6. – P. 268–275.
55. Kvernmo S., Rosenvinge J.H. Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates // Int. J. Circumpolar Health. – 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 235–248.
56. Soole R., Kõlves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register // Crisis. – 2014. – Vol. 35, № 5. – P. 292–300.
57. Brockie T.N., Dana-Sacco G., Wallen G.R. et al. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly–Drug Use and Suicide Attempt in Reservation–Based Native American Adolescents and Young Adults // Am. J. Community Psychol. – 2015. – Vol. 55. – P. 411–421.
58. Niven J.A. Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for Use in Alaska's village clinics // Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res. – 2007. – Vol. 14, № 2. – P. 16-28.
59. Morgan R., Freeman L. The healing of our people: substance abuse and historical trauma // Subst. Use Misuse. – 2009. – Vol. 44, № 1. – P. 84–98.
60. Chartier K.G., Vaeth P.A., Caetano R. Focus on: ethnicity and the social and health harms from drinking // Alcohol Res. – 2013. – Vol. 35, № 2. – P. 229–237.
61. Allen J., Levintova M., Mohatt G. Suicide and alcohol–related disorders in the U.S. Arctic: boosting research to address a primary determinant of health disparities // Int. J. Circumpolar Health. – 2011. – Vol. 70, № 5. – P. 473–487.

47. Stoor J.P., Kaiser N., Jacobsson L. et al. "We are like lemmings": making sense of the cultural meaning(s) of suicide among the indigenous Sami in Sweden // Int. J. Circumpolar Health. – 2015. – Vol. 1, № 74.
48. Parker R. Australia's aboriginal population and mental health // J. Nerv. Ment. Dis. – 2010. – Vol. 198, № 1. – P. 3–7.
49. Farrelly T., Francis K. Definitions of suicide and self-harm behavior in an Australian aboriginal community // Suicide Life Threat. Behav. – 2009. – Vol. 39, № 2. – P. 182–189.
50. Firestone M., Smylie J., Maracle S. et al. Mental health and substance use in an urban First Nations population in Hamilton, Ontario // Can. J. Public Health. – 2015. – Vol. 24; 106, № 6. – P. 375–381.
51. AIHW, Australian Institute of Health and Welfare // aihw.gov.au
52. O'Keefe V.M., Wingate L.R. The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians/Alaska Natives // Suicide Life Threat. Behav. – 2013. – Vol. 43, № 6. – P. 621–633.
53. Manzo K., Tiesman H., Stewart J. et al. A comparison of risk factors associated with suicide ideation/attempts in American Indian and White youth in Montana // Arch. Suicide Res. – 2015. – Vol. 19, № 1. – P. 89–102.
54. Chachamovich E., Kirmayer L.J., Haggarty J.M. et al. Suicide among Inuit: results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut // Can. J. Psychiatry. – 2015. – Vol. 60, № 6. – P. 268–275.
55. Kvernmo S., Rosenvinge J.H. Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates // Int. J. Circumpolar Health. – 2009. – Vol. 68, № 3. – P. 235–248.
56. Soole R., Kõlves K., De Leo D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register // Crisis. – 2014. – Vol. 35, № 5. – P. 292–300.
57. Brockie T.N., Dana-Sacco G., Wallen G.R. et al. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly–Drug Use and Suicide Attempt in Reservation–Based Native American Adolescents and Young Adults // Am. J. Community Psychol. – 2015. – Vol. 55. – P. 411–421.
58. Niven J.A. Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for Use in Alaska's village clinics // Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res. – 2007. – Vol. 14, № 2. – P. 16-28.
59. Morgan R., Freeman L. The healing of our people: substance abuse and historical trauma // Subst. Use Misuse. – 2009. – Vol. 44, № 1. – P. 84–98.
60. Chartier K.G., Vaeth P.A., Caetano R. Focus on: ethnicity and the social and health harms from drinking // Alcohol Res. – 2013. – Vol. 35, № 2. – P. 229–237.
61. Allen J., Levintova M., Mohatt G. Suicide and alcohol–related disorders in the U.S. Arctic: boosting research to address a primary determinant of health disparities // Int. J. Circumpolar Health. – 2011. – Vol. 70, № 5. – P. 473–487.

62. Johnson M.E., Brems C., Mills M.E., et al. Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment // Addict. Behav. – 2007. – Vol. 32, № 8. – P. 1745–1752.
63. Cwik M., Barlow A., Tingey L. et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide // Arch. Suicide Res. – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 172–189.
64. Ballard E.D., Musci R.J., Tingey L. et al. Latent class analysis of substance use and aggressive behavior in reservation-based American Indian youth who attempted suicide // Am. Indian Alsk. Native Ment. Health. – 2015. – Vol. 22. – P. 77–94.
65. Harford T.C., Chen C.M., Grant B.F. Other- and Self-Directed Forms of Violence and Their Relationship With Number of Substance Use Disorder Criteria Among Youth Ages 12-17: Results From the National Survey on Drug Use and Health // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2016. – Vol. 77, № 2. – P. 277–286.
66. Ramamoorthi R., Jayaraj R. Epidemiology, etiology, and motivation of alcohol misuse among Australian Aboriginal and Torres Strait Islanders of the Northern Territory: a descriptive review // J. Ethn. Subst. Abuse. – 2015. – Vol. 14, № 1. – P. 1–11.
67. De Leo D., Milner A., Sveticic J. Mental disorders and communication of intent to die in indigenous suicide cases, Queensland, Australia // Suicide Life Threat. Behav. – 2012. – Vol. 42, № 2. – P. 136–46.
68. Austin A.E., van den Heuvel C., Byard R.W. Causes of community suicides among indigenous South Australians // J. Forensic Leg. Med. – 2011. – Vol. 18, № 7. – P. 299–301.
69. Calabria B., Doran C.M., Vos T. et al. Epidemiology of alcohol-related burden of disease among Indigenous Australians // Aust. N. Z. J. Public Health. – 2010. – Vol. 34, № 1. – P. 47–51.
70. Ahlm K., Hassler S., Sjölander P. et al. Unnatural deaths in reindeer-herding Sami families in Sweden, 1961–2001 // Int. J. Circumpolar Health. – 2010. – Vol. 69, № 2. – P. 129–137.
71. Berman M. Suicide among young Alaska Native men: community risk factors and alcohol control // Am. J. Public Health. – 2014. – Vol. 104, № 3. – P. 329–335.
72. Wexler L., Hill R., Bertone–Johnson E. et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001 // Suicide Life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38, № 3. – P. 311–320.
73. Wexler L., Silveira M.L., Bertone–Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001–2009: trends and implications for prevention // Arch. Suicide Res. – 2012. – Vol. 16, № 4. – P. 273–286.
74. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and suicide // Environ. Health. – 2009. – Vol. 1, № 8. – *P*. 46.
75. Spein A.R., Pedersen C.P., Silviken A.C. et al. Self-rated health among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.

62. Johnson M.E., Brems C., Mills M.E., et al. Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment // Addict. Behav. – 2007. – Vol. 32, № 8. – P. 1745–1752.
63. Cwik M., Barlow A., Tingey L. et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide // Arch. Suicide Res. – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 172–189.
64. Ballard E.D., Musci R.J., Tingey L. et al. Latent class analysis of substance use and aggressive behavior in reservation-based American Indian youth who attempted *suicide* // Am. Indian Alsk. Native Ment. Health. – 2015. – Vol. 22. – P. 77–94.
65. Harford T.C., Chen C.M., Grant B.F. Other- and Self-Directed Forms of Violence and Their Relationship With Number of Substance Use Disorder Criteria Among Youth Ages 12-17: Results From the National Survey on Drug Use and Health // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2016. – Vol. 77, № 2. – P. 277–286.
66. Ramamoorthi R., Jayaraj R. Epidemiology, etiology, and motivation of alcohol misuse among Australian Aboriginal and Torres Strait Islanders of the Northern Territory: a descriptive review // J. Ethn. Subst. Abuse. – 2015. – Vol. 14, № 1. – P. 1–11.
67. De Leo D., Milner A., Sveticic J. Mental disorders and communication of intent to die in indigenous suicide cases, Queensland, Australia // Suicide Life Threat. Behav. – 2012. – Vol. 42, № 2. – P. 136–46.
68. Austin A.E., van den Heuvel C., Byard R.W. Causes of community suicides among indigenous South Australians // J. Forensic Leg. Med. – 2011. – Vol. 18, № 7. – P. 299–301.
69. Calabria B., Doran C.M., Vos T. et al. Epidemiology of alcohol-related burden of disease among Indigenous Australians // Aust. N. Z. J. Public Health. – 2010. – Vol. 34, № 1. – P. 47–51.
70. Ahlm K., Hassler S., Sjölander P. et al. Unnatural deaths in reindeer-herding Sami families in Sweden, 1961–2001 // Int. J. Circumpolar Health. – 2010. – Vol. 69, № 2. – P. 129–137.
71. Berman M. Suicide among young Alaska Native men: community risk factors and alcohol control // Am. J. Public Health. – 2014. – Vol. 104, № 3. – P. 329–335.
72. Wexler L., Hill R., Bertone–Johnson E. et al. Correlates of Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 1990–2001 // Suicide Life Threat. Behav. – 2008. – Vol. 38, № 3. – P. 311–320.
73. Wexler L., Silveira M.L., Bertone–Johnson E. Factors associated with Alaska Native fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001–2009: trends and implications for prevention // Arch. Suicide Res. – 2012. – Vol. 16, № 4. – P. 273–286.
74. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio-environmental factors and suicide // Environ. Health. – 2009. – Vol. 1, № 8. – *P*. 46.
75. Spein A.R., Pedersen C.P., Silviken A.C. et al. Self-rated health among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol. 72.

76. Derek Cheung Y.T., Spittal M.J., Williamson M.K. et al. Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004–2008 // Soc. Sci. Med. – 2014. – Vol. 118. – P. 135–142.
77. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // J. Mental Health Policy & Economics. – 2007. – Vol. 10. – P. 177–187.
78. Adams K., Halacas C., Cincotta M. et al. Mental health and Victorian Aboriginal people: what can data mining tell us? // Aust. J. Prim. Health. – 2014. – Vol. 20, № 4. – P. 350–355.
79. Phillips A. Health status differentials across rural and remote Australia // Aust. J. Rural Health. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 2–9.
80. Ollapallil J., Benny R., Jacob A.O. The growing burden of injuries and trauma in Alice Springs // Injury. – 2008. – Vol. 39, № 5. – P. 3–9.
81. Sveticic J., Milner A., De Leo D. Contacts with mental health services before suicide: a comparison of Indigenous with non–Indigenous Australians // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2012. – Vol. 34, № 2. – P. 185–191.
82. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio–environmental factors and suicide // Environ. Health. – 2009. – Vol. 1, № 8. – P. 46.
83. Broderstad A.R., Eliassen B.M., Melhus M. Prevalence of self–reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA) // Glob. Health Action. – 2011. – Vol. 4.
84. Eliassen B.M., Braaten T., Melhus M. et al. Acculturation and self–rated health among Arctic indigenous peoples: a population-based cross–sectional study // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 5, № 12. – P. 948.
85. Eliassen B.M., Melhus M., Kruse J. et al. Design and methods in a survey of living conditions in the Arctic – the SLiCA study // Int. J. Circumpolar Health. – 2012. – Vol. 19, № 71. – *P.* 17229.

76. Derek Cheung Y.T., Spittal M.J., Williamson M.K. et al. Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004–2008 // Soc. Sci. Med. – 2014. – Vol. 118. – P. 135–142.
77. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // J. Mental Health Policy & Economics. – 2007. – Vol. 10. – P. 177–187.
78. Adams K., Halacas C., Cincotta M. et al. Mental health and Victorian Aboriginal people: what can data mining tell us? // Aust. J. Prim. Health. – 2014. – Vol. 20, № 4. – P. 350–355.
79. Phillips A. Health status differentials across rural and remote Australia // Aust. J. Rural Health. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 2–9.
80. Ollapallil J., Benny R., Jacob A.O. The growing burden of injuries and trauma in Alice Springs // Injury. – 2008. – Vol. 39, № 5. – P. 3–9.
81. Sveticic J., Milner A., De Leo D. Contacts with mental health services before suicide: a comparison of Indigenous with non–Indigenous Australians // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2012. – Vol. 34, № 2. – P. 185–191.
82. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socio–environmental factors and suicide // Environ. Health. – 2009. – Vol. 1, № 8. – P. 46.
83. Broderstad A.R., Eliassen B.M., Melhus M. Prevalence of self–reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA) // Glob. Health Action. – 2011. – Vol. 4.
84. Eliassen B.M., Braaten T., Melhus M. et al. Acculturation and self–rated health among Arctic indigenous peoples: a population-based cross–sectional study // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 5, № 12. – P. 948.
85. Eliassen B.M., Melhus M., Kruse J. et al. Design and methods in a survey of living conditions in the Arctic – the SLiCA study // Int. J. Circumpolar Health. – 2012. – Vol. 19, № 71. – *P.* 17229.

SUICIDAL PREVALENCE AND RISK FACTORS IN NATIVE PEOPLES: THE REVIEW OF FOREIGN DATA

N.B. Semenova

Federal Research Center «Krasnoyarsk Scientific Center of Siberian Division of Russian Academy of Sciences», Krasnoyarsk, Russia

Contact info: Mrs Semenova Nadezhda Borisovna – Full Professor. Job Title: Leading Researcher of FRC KSC SD RAS. Phone: +7 913 539 86 02; E-mail: snb237@gmail.com

Abstract

Introduction. Suicidal rates being registered in native peoples are disproportionally high in Siberia (Russia). The same situation has been reported in some other countries, where native peoples live, including the USA, Canada, Australia, New Zealand and Brazil. The knowledge of the reasons and risk factors of suicidal conduct is necessary for working out preventive measures against suicides. Aim. 1) collecting information on suicide frequency in native peoples, living in different countries; 2) investigating suicidal reasons and risk factors. Methods. We were selecting the data from scientific articles and statistical database related to these issues. For making the search, we used electronic databases PubMed and MedLine as well as electronic sources of state official sites. The scope of the search was 10 years and the time period of the studies was from 2007 to 2016. Results. We marked different figures for suicidal cases in native peoples, living in various foreign countries. High frequency of suicides was registered in native populations in the USA, Canada, Australia, Brazil and New Zealand. Relatively low figures have been registered in the

Saami, who live in Scandinavian countries – Sweden and Norway. The analysis of reasons and risk factors showed that all the native peoples experience stress caused by forced assimilation. Moreover, the USA, Canada, Australia and New Zealand natives were experiencing the severe stress of colonization and ethnic cleansing, which had impacted seriously the health of future generations. It has lead to «complicated grief», which is clinically reflected in increased rates of mental disorders, alcoholism, drug addiction, unnatural deaths including suicides. Conclusions. The experience accumulated abroad can be useful for the clearer understanding of the social processes, being marked in native populations at the modern stage of society development. It can also contribute to the elaboration of the preventive measures against suicides in native peoples living in Russia.

Key words: suicide, native peoples, prevalence, reasons, risk factors

УДК: 616.89–008

САМОУБИЙСТВА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ: ПОПУЛЯЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ СВЯЗИ

Ю.Е. Разводовский, П.Б. Зотов, С.В. Кандрычын

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
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

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, 19. Телефон: (3452) 270-552

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

До недавнего времени Россия относилась к странам с наиболее высоким уровнем смертности от туберкулеза и самоубийств. Туберкулез и самоубийства относятся к числу медико-социальных проблем, поэтому их эпидемиологические параметры часто используются в качестве индикаторов социального неблагополучия. На первый взгляд, сама постановка вопроса о наличии связи между суицидами и смертностью от туберкулеза кажется противоречивой, поскольку суицидальное поведение представляет собой психосоциальный феномен, в генезе которого чаще присутствует реактивный компонент (фактор импульсивности), в то время как туберкулез является инфекционным заболеванием, характеризующимся затяжным течением. Однако имеющиеся теоретические предпосылки и эмпирические данные указывают на существование связи между суицидом и смертностью от туберкулеза как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Целью настоящего исследования была попытка выявить связь между суицидом и эпидемиологическими параметрами туберкулеза в России. Для этого был проведен сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня эпидемиологических параметров туберкулеза (заболеваемость и смертность) в России в период с 1980 по 2015 годы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета «Statistica 10» в модуле «Анализ временных рядов». Результаты: Кросс-корреляционный анализ преобразованных временных рядов показал, что между динамикой уровня суицидов уровня смертности от туберкулеза существует статистически значимая связь на нулевом лаге (r=0,6:SE=0,17). Связь между динамикой уровней суицидов и уровня заболеваемости туберкулезом также положительная, хотя и менее выражена (r=0,4:SE=0,17). Таким образом, результаты настоящего исследования говорят о существовании связи между уровнем суицидов и уровнем эпидемиологических параметров туберкулеза, в особенности уровнем смертности, на популяционном уровне в России, подтверждая тем самым гипотезу, согласно которой смертность от туберкулеза является индикатором психосоциального дистресса, а также косвенно свидетельствуют в пользу психосоматической природы туберкулеза.

Ключевые слова: заболеваемость и смертность от туберкулёза, самоубийства, тренды, Россия, 1980-2015.

Туберкулез и самоубийства относятся к числу социальных болезней, поэтому их эпидемиологические параметры часто используются в качестве индикаторов социального неблагополучия [1-7]. Роль социальных и экономических факторов в распространении туберкулеза [3-6] и самоубийств [2, 7] широко известна, однако наличие общих этиологических механизмов автоматически не означает подобие их действия на индивидуальном и на популяционном уровнях. При этом следует различать сопряжённость в характере их эпидемиологической манифестации в пространственном и временном аспектах [1].

На первый взгляд, сама постановка вопроса о существовании связи между суицидами и смертностью от туберкулеза кажется противоречивой, поскольку суицидальное поведение представляет собой психосоциальный феномен, в генезе которого чаще присутствует реактивный компонент (фактор импульсивности) [2], в то время как туберкулез является инфекционным заболеванием, характеризующимся затяжным течением [8]. Однако на индивидуальном и популяционном уровне можно предполагать существование сразу нескольких путей реализации подобной зависимости. Во-первых, следует вспомнить аргументы в пользу психосоматической природы туберкулеза [9]. В этом случае общим этиопатогенетическим фактором суицидального поведения и туберкулеза может быть психосоциальный дистресс, который сопровождается снижением иммунитета, общей резистентности организма и, таким образом, повышается риск заболевания туберкулезом и его прогрессирования [9]. Кроме того, важным аспектом связи суицида и туберкулеза является суицидальное поведение пациентов, страдающих туберкулезом [10]. Одним из частых нарушений психического состояния у больных туберкулезом является депрессия, которая повышает риск суицида [11]. В литературе также имеются сообщения о повышении риска суицидального поведения на фоне приёма противотуберкулезных препаратов [12]. В целом, уровень смертности больных туберкулезом от внешних причин, включая самоубийства, в 4 раза выше, чем в общей популяции [10].

Несмотря на множественность причин, обуславливающих ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу в постсоветский период, ряд авторов в качестве одного из ключевых моментов выделяют роль стрессогенного фактора [5, 20]. Причём особо важной представляется разнонаправленность путей воздействия этого фактора. Психосоциальный механизм дистресса может быть непосредственным эффектом кризисных явлений социально-экономического характера (таких как отсутствие работы или нарушение норм условий труда), кризисных событий в жизни отдельных людей (например, находящихся в заключении), однако не менее важным по своей патогенетической значимости могут быть межличностные отношения в семье или на работе [3-5]. Специалисты-психотерапевты подчёркивают, “что дезадаптивное функционирование в преморбидном периоде (туберкулёза) актуализируется не столько в объективно тяжелых психотравмирующих обстоятельствах, сколько в пространстве повседневного бытового и социального взаимодействия, обусловливая так называемый стресс обыденной жизни” [14].

В ряде предыдущих исследований была предпринята попытка выявления связи между суицидами и смертностью от туберкулеза на популяционном уровне. В одном из них было показано, что в период с 1990 по 1995 годы в 15 странах Восточной Европы уровень суицидов положительно коррелировал с уровнем смертности от туберкулеза ($r=0,58$; $P<0,05$), в то время как в 17 странах Западной Европы такая взаимосвязь отсутствует [15]. При этом уровень обоих видов смертности был значительно выше в странах Восточной Европы. На основании этих данных была предложена гипотеза, согласно которой уровень смертности от туберкулеза, наряду с уровнем суицидов, может являться индикатором социально-экономического кризиса. В более позднем исследовании было показано существование тесной связи между трендами уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза в конце 80-х, первой половине 90-х годов в Беларуси, что подтверждает роль психосоциального дистресса, обусловленного социально-экономическим кризисом, в этиологии суицида и смертности от туберкулеза [16]. В то же время было сделано предположение, что уровень суицидов является более чувствительным индикатором психосоциального дистресса, нежели уровень смертности от туберкулеза ввиду затяжного течения этого заболевания [16].

В настоящей работе с целью проверки гипотезы о роли психосоциального дистресса был проведен сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня эпидемиологических параметров туберкулеза в России в период с 1980 по 2015 годы.

Материалы и методы.

Использованы коэффициенты смертности от самоубийств и смертности от туберкулеза, а

также показатель заболеваемости туберкулезом за период с 1980 по 2015 годы (по данным Росстата). Показатель смертности от туберкулеза является одним из наиболее информативных и надежных показателей, поскольку он наименее подвержен искажениям, и с большей степенью достоверности отражает эпидемическую ситуацию по этому заболеванию [17]. В тоже время, показатель распространенности туберкулеза недостаточно объективно отражает эпидемическую обстановку, поскольку он в значительной мере зависит от качества диспансерной работы противотуберкулезных учреждений по выявлению больных туберкулезом при скрининговых осмотрах населения с применением лучевых методов исследования и туберкулинодиагностике у детей [18].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета «Statistica 10» в модуле «Анализ временных рядов». Следует отметить, что анализ социологических временных рядов имеет определенные сложности, поскольку статистические предпосылки регрессионного анализа выполняются не полностью. В частности, для таких рядов характерна взаимная зависимость членов одного ряда, особенно соседних, то есть их коррелированность [19].

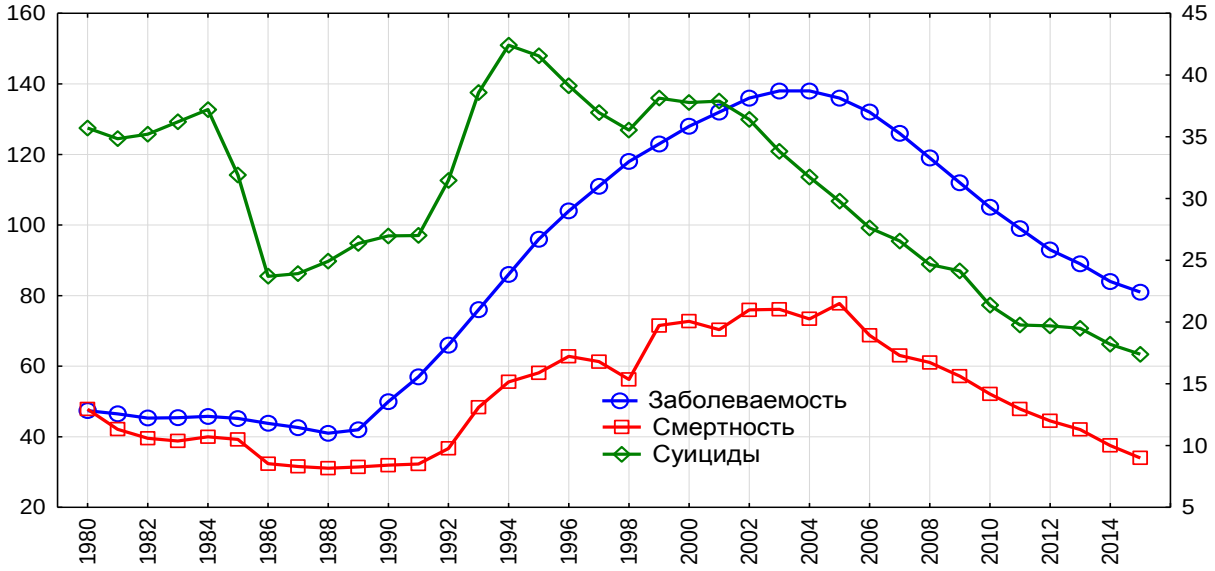

Рис. 1. Динамика уровней суицидов (правая шкала), заболеваемости (левая шкала) и смертности (правая шкала) от туберкулеза в России в период с 1980 по 2015 гг.

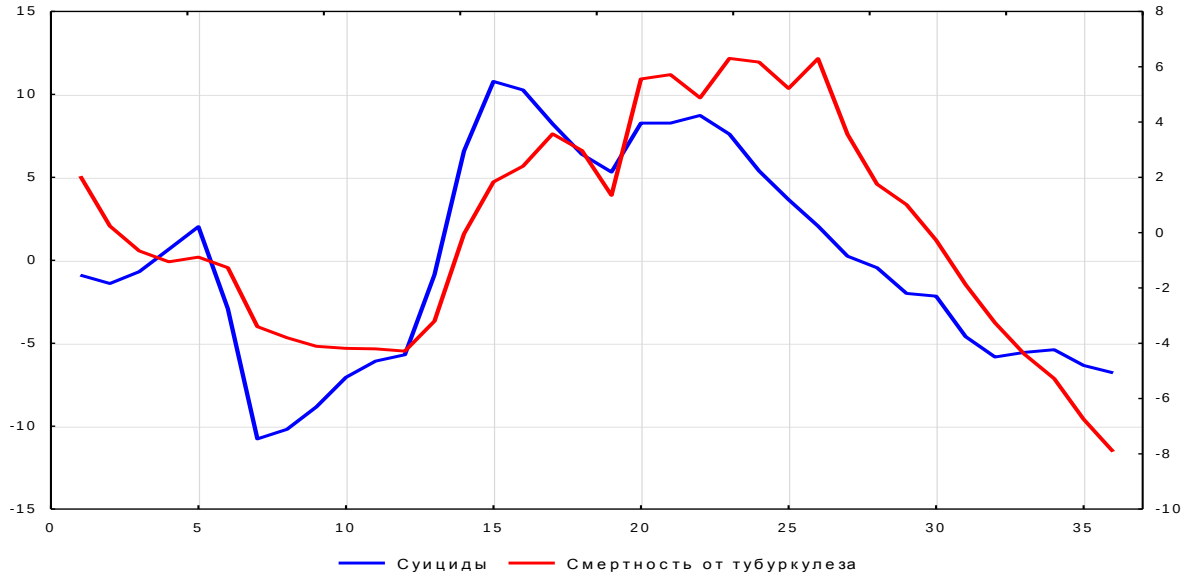

Рис. 2. Динамика уровней суицидов и смертности от туберкулеза в России в период с 1980 по 2015 гг. после удаления линейного тренда.

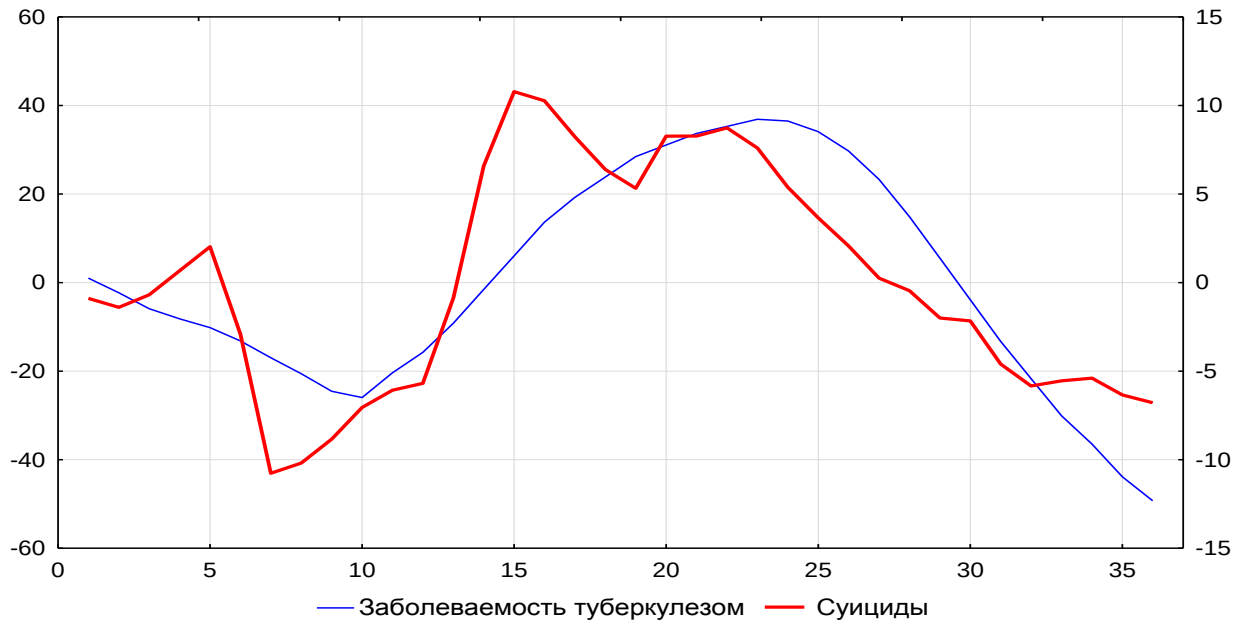

Рис. 3. Динамика уровней суицидов и заболеваемости туберкулезом в России в период с 1980 по 2015 гг. после удаления линейного тренда.

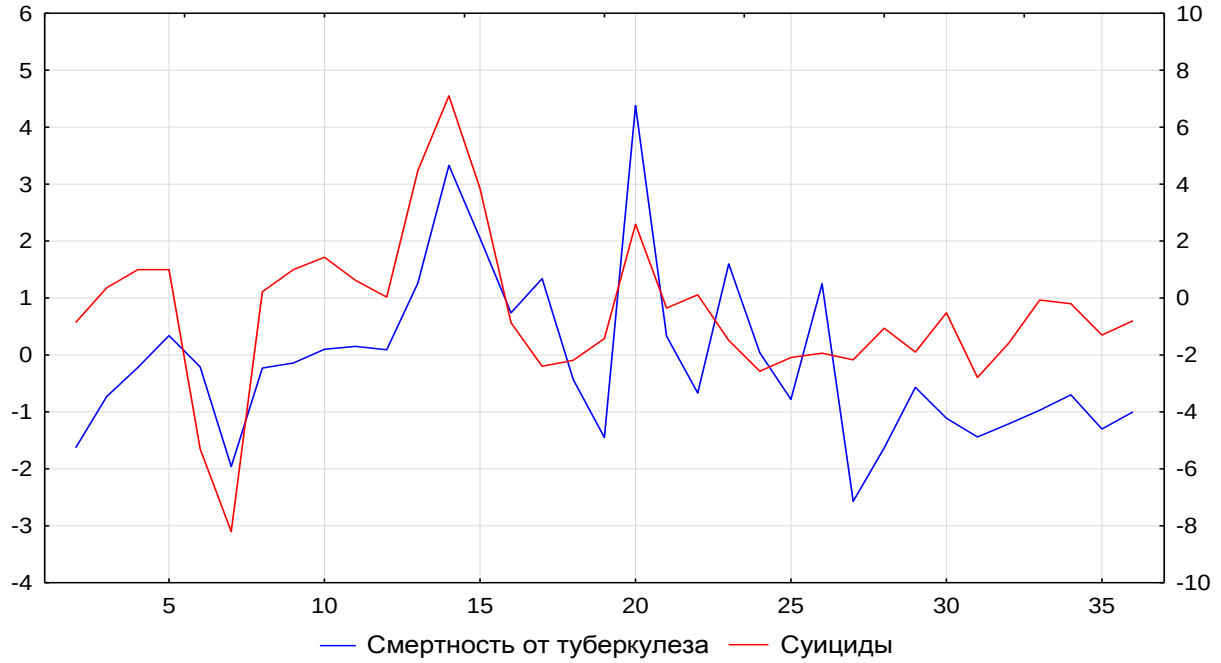

Рис. 4. Динамика уровней суицидов и смертности от туберкулеза в России в период с 1980 по 2015 гг. после удаления тренда с помощью дифференцирования.

Поэтому сравнительный анализ динамики исходных временных серий может привести к обнаружению ложной корреляции между ними. В этой связи анализ временного ряда предполагает исключение из него тренда и других нестационарных компонентов, для того чтобы остатки не отличались от процесса «белого шума».

Для оценки и удаления тренда из временного ряда обычно используется метод наименьших квадратов, а также метод простых разностных операторов. Суть последнего метода заключается в преобразовании исходного ряда в ряд разностей соседних значений ряда ($\nabla xt=xt-xt-1$). Этот метод сведения временного ряда к стационарному виду является частным случаем общего метода, предложенного Боксом и Дженкинсом, и получившего название АРПСС (авторегрессия и проинтегрированное скользящее среднее) [20].

В настоящей работе для удаления тренда использовались оба метода. После того, как исходный ряд приближен к стационарному, подбирается его модель. Модель считается подобранной, если остаточная компонента ряда является процессом типа «белого шума». Следующий этап предполагает исследование кросскорреляционной функции между двумя «выбеленными» сериями.

Результаты и их обсуждение.

В рассматриваемый период уровень суицидов был подвержен значительным колебаниям: значительно снизился в середине 1980-х гг.; резко вырос в середине 1990-х гг.; существенно снизился в период с 1994 по 1998 гг.; несколько вырос в 1999 г.; и вновь стал снижаться, начиная с 2001 г. (рис. 1).

Уровень смертности от туберкулеза несколько снизился в середине 1980-х гг.; существенно вырос в период с 1991 по 1996 гг.; несколько снизился в период с 1996 по 1998 гг.; существенно вырос в 1999 г.; демонстрировал устойчивую тенденцию к снижению после 2005 г. Уровень заболеваемости туберкулезом резко вырос в период с 1990 по 2004 гг., после чего стал снижаться. Анализ графических данных свидетельствует о схожей динамике уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза, в то время как между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня заболеваемости туберкулезом имеют место существенные различия (рис. 1).

Результаты корреляционного анализа Спирмана выявили положительную, статистически значимую связь между уровнем суицидов и уровнем смертности от туберкулеза ($r=0,45$; $p<0,006$), в то время как связь между уровнем суицидов и уровнем заболеваемости туберкулезом статистически не значима ($r=0,18$; $p<0,28$).

Визуальный анализ графических данных (рис. 1) свидетельствует о том, что изучаемые временные ряды не являются стационарными, поскольку имеют выраженный линейный тренд, который обусловлен влиянием каких-то долговременных факторов, чей эффект постепенно накапливался. С целью удаления линейного тренда был использован метод наименьших квадратов. Временные ряды изучаемых показателей после удаления линейного тренда представлены на рис. 2-3.

Можно видеть, что динамика уровня суицидов лучше соотносится с динамикой уровня смертности от туберкулеза (рис. 2), нежели с динамикой уровня заболеваемости туберкулезом (рис. 3). Кросс-корреляционный анализ временных серий после удаления линейного тренда выявил наличие тесной связи между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза ($r=0,91$: $SE=0,17$), а также уровнем заболеваемости туберкулезом ($r=0,81$: $SE=0,17$). Однако удаление линейного тренда с помощью метода наименьших квадратов не позволило привести временные ряды к стационарному виду. Поэтому следующим этапом было удаление нестационарной компоненты с помощью метода дифференцирования. Анализ рядов, полученных с помощью простого разностного оператора первого порядка, свидетельствует, что их можно рассматривать как стационарные (рис. 4). После удаления детерминированной составляющей можно оценить связь между временными сериями. Кросс-корреляционный анализ преобразованных временных рядов показал, что между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от туберкулеза существует статистически значимая связь на нулевом лаге ($r=0,6$: $SE=0,17$). Связь между уровнем суицидов и уровнем заболеваемости туберкулезом также положительная, хотя и менее выражена ($r=0,6$: $SE=0,17$).

Поскольку изучаемые нами явления относительно независимы друг от друга, речь идет о совпадающих трендах, сформировавшихся под влиянием каких-то общих неучтённых факторов.

Одним из таких потенциальных факторов является алкоголь. Удельный вес алкогольного фактора в структуре суицидов в России колеблется по разным оценкам от 45 до 59% [21, 22]. Что касается вклада алкоголя в уровень смертности от туберкулеза, то в недавнем исследовании, проведенном с использованием российских данных, алкогольная фракция в структуре данного вида смертности была оценена в 35,4% для мужчин и 32,0% для женщин [23]. Влияние алкогольного фактора на уровни суицидов и смертности от туберкулеза отчётливо проявилось в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов, которая является наиболее известным экспериментом в области алкогольной политики [24]. Резкое ограничение доступности алкоголя в этот период сопровождалось существенным снижением уровня суицидов, а также уровня смертности от туберкулеза.

Второй неучтённой переменной, способной оказать влияние на тренды изучаемых видов смертности является психосоциальный

дистресс, причём, действие двух указанных неучтённых переменных может быть сочетанным. Роль психосоциального дистресса как фактора риска суицида [2, 7], так же как и смертности от туберкулеза считается доказанной [3-6]. Очевидно, что психосоциальный дистресс, вызванный социально - экономическим кризисом и резким падением уровня жизни населения, явился важной детерминантой роста уровней суицидов и смертности от туберкулеза в начале 1990-х годов прошлого века. Кроме того, психосоциальный дистресс, вызванный банковским кризисом 1998 г., мог стать причиной очередного всплеска уровней суицидов и смертности от туберкулеза в последующие годы [8]. Некоторым контрастом на фоне предыдущих событий выглядит отсутствие реакции показателей самоубийств и смертности от туберкулеза на экономический кризис 2008 года. По всей видимости, этот кризис, в отличие от предыдущих, не оказал столь существенного отрицательного влияния на уровень жизни населения. Предположительными причинами улучшения эпидемической обстановки с туберкулезом в последующие годы являются: стабилизация социально - экономической ситуации и повышение уровня жизни населения, улучшение финансирования здравоохранения, повышение качества противотуберкулезной помощи населению [4, 6, 8].

В качестве ограничения данного исследования также следует отметить снижение качества использованных данных в постсоветский период. 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 [25]. Проблема качества данных касается и эпидемических параметров туберкулеза [8]. Надежность данных уровня смертности от туберкулеза зависит от качества диагностики причин смерти больных туберкулезом от туберкулеза и сопутствующих заболеваний. Некоторые исследователи отмечают, что при заполнении врачебных свидетельств о смерти допускается много ошибок, что искажает официальную статистику [17]. Существенное влияние на уровень смертности от туберкулеза оказывает качество оказания противотуберкулезной помощи населению. Такие факторы как недостаточное финансирование противотуберкулезных мероприятий, сокращение контрольных обследований населения, разрушение вертикали управления противотуберкулезной службой и её разобщение с общей лечебной сетью явились одной из причин резкого роста уровня смертности от туберкулеза в первой половине 1990-х гг. [4, 6, 8, 17, 18].

Что касается заболеваемости туберкулезом, то рост этого показателя в 1990-х гг. обусловлен двумя факторами: истинным ростом заболеваемости и изменением в 1995 г. системы учета впервые выявленных больных туберкулезом, а именно, включения в государственную статистическую отчетность впервые выявленных больных туберкулезом, которые ранее не учитывались (больные туберкулезом пенитенциарных учреждений и некоторых других ведомств, лица без определенного места жительства, мигранты, иностранные граждане) [4, 6, 8, 17, 18].

Таким образом, результаты настоящего исследования говорят о наличии на популяционном уровне связи между уровнем суицидов и уровнем эпидемиологических параметров туберкулеза, в особенности с уровнем смертности. Следовательно, подтверждается гипотеза о том, что показатель смертности от туберкулеза может рассматриваться в качестве индикатора психосоциального дистресса, проявления которого нарастали в условиях социально-экономического кризиса. Кроме того, наблюдаемая зависимость может свидетельствовать в пользу психосоматической природы туберкулеза. Вместе с тем, к трактовке полученных результатов необходимо подходить с осторожностью, учитывая ряд методологических ограничений данного исследования.

Литература:

1. Кандрычын С.В. Исторические и социокультурные аспекты эпидемиологии туберкулеза // Псковский регионологический журнал. – 2017. – № 1. С. 46–58.
2. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.

References:

1. Kandrychyn S.V. Istoricheskie i sociokul'turnye aspekty jepidemiologii tuberkuleza // Pskovskij regionologicheskij zhurnal. – 2017. – № 1. S. 46–58. (In Russ)
2. 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)

3. Лапшина И.С., Мякишева Т.В. Выявление влияния социально-экономических факторов на уровень заболеваемости, распространенности и смертности населения от туберкулеза в Калужской области // Медицинский вестник Юга России. – 2016. – № 1. – Р. 56–58.
4. Нечаева О.Б., Шестаков М.Г., Скачкова Е.И., Фурсенко С.Н. Социально-экономические аспекты туберкулеза // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 6. – С. 16–22.
5. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Черняев И.А., Шулев П.Л. Влияние социально-экономических факторов на смертность населения туберкулезом на Урале // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Том 26, № 2. – Выпуск 1. – С. 151–158.
6. Шилова М.В. Взгляд на эпидемическую ситуацию с туберкулезом в Российской Федерации (в современных социально-экономических условиях) // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2014. – Том 4, № 1. – С. 34-42.
7. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // J. of Sociolomics. – 2015. – № 5. – P. 1-2.
8. 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.
9. Бройтигам В., Кристман П., Рад М. Психосоматическая медицина. – Москва: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 373 с.
10. Mathew T.A., Ovsyanikova T.N., Shin S.S., Gelmanova I., Balbuena D.A., Atwood S., Peremitin G.G., Strelis A.K., Murray M.B. Causes of death during tuberculosis treatment in Tomsk Oblast, Russia // International Journal Tuberculosis Lung Disease. – 2006. – Vol. 10, № 8. – P. 857–863.
11. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behavior & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa // Indian J. Med. Res. – 2013. – Vol. 138, № 2. – P. 194–200.
12. Vega P., Sweetland A., Acha J., Castillo H., Guerra D., Smith Fawzi M. C., Shin S. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis // International Journal Tuberculosis Lung Disease. – 2004. – Vol. 8, № 6. – P. 749–759.
13. Филиппова Т.П., Васильева Л.С., Кочкин А.В., Савватеева В.Г., Шеметов А.В., Русак Д.М. Современные тенденции эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в России // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, № 7. – С. 13–16.
14. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В., Ахтямова А.А. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 2. – С. 57–77.

3. Lapshina I.S., Mjakisheva T.V. Vyjavlenie vlijanija social'no-jekonomicheskih faktorov na uroven' zabolevaemosti, rasprostranennosti i smertnosti naselenija ot tuberkuleza v Kaluzhskoj oblasti // Medicinskij vestnik Juga Rossii. – 2016. – № 1. – P. 56–58. (In Russ)
4. Nechaeva O.B., Shestakov M.G., Skachkova E.I., Fursenko S.N. Social'no-jekonomicheskie aspekty tuberkuleza // Problemy upravlenija zdravoohraneniem. – 2010. – № 6. – S. 16–22. (In Russ)
5. Podgaeva V.A., Golubev D.N., Chernjaev I.A., Shulev P.L. Vlijanie social'no-jekonomicheskih faktorov na smertnost' naselenija tuberkulezom na Urale // Sibirskij medicinskij zhurnal. – 2011. – Tom 26, № 2. – Vypusk 1. – C. 151–158. (In Russ)
6. Shilova M.V. Vzgljad na jepidemicheskuju situaciju s tuberkulezom v Rossijskoj Federacii (v sovremennyh social'no-jekonomicheskih uslovijah) // Rossijskij jelektronnyj zhurnal luchevoj diagnostiki. – 2014. – Tom 4, № 1. – S. 34-42. (In Russ)
7. Razvodovsky Y.E. What accounts for the differences in suicide trends across countries of the former Soviet Union? // J. of Sociolomics. – 2015. – № 5. – P. 1-2.
8. Shilova M.V. Smertnost' naselenija i bol'nyh tuberkulezom ot tuberkuleza i drugih prichin i faktory, okazyvajushhie vlijanie na ee uroven' // Infekcionnye bolezni. Specvypusk. – 2015. – № 1. – C. 32–37. (In Russ)
9. Brojtigam V., Kristman P., Rad M. Psihosomaticheskaja medicina. – Moskva: GJeOTAR Medicina, 1999. – 373 s. (In Russ)
10. Mathew T.A., Ovsyanikova T.N., Shin S.S., Gelmanova I., Balbuena D.A., Atwood S., Peremitin G.G., Strelis A.K., Murray M.B. Causes of death during tuberculosis treatment in Tomsk Oblast, Russia // International Journal Tuberculosis Lung Disease. – 2006. – Vol. 10, № 8. – P. 857–863.
11. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behavior & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa // Indian J. Med. Res. – 2013. – Vol. 138, № 2. – P. 194–200.
12. Vega P., Sweetland A., Acha J., Castillo H., Guerra D., Smith Fawzi M. C., Shin S. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis // International Journal Tuberculosis Lung Disease. – 2004. – Vol. 8, № 6. – P. 749–759.
13. Filippova T.P., Vasil'eva L.S., Kochkin A.V., Savvateeva V.G., Shemetov A.V., Rusak D.M. Sovremennye tendencii jepidemiologicheskoj situacii po tuberkuljozu v Rossii // Sibirskij medicinskij zhurnal. – 2009. – Tom 90, № 7. – S. 13–16. (In Russ)
14. Strel'cov V.V., Zolotova N.V., Baranova G.V., Ahtjamova A.A. Psihologicheskaja reabili-tacija bol'nyh tuberkulezom legkih na razlichnyh jetapah terapii // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. – 2015. – № 2. – C. 57–77. (In Russ)

15. Kondrichin S., Lester D. Tuberculosis and suicide // Psychological Reports. – 2001. – № 89. – P. 326.
16. Разводовский Ю.Е. Смертность от туберкулеза и суициды в Беларуси в период с 1970 по 2005 гг. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 7. – С. 23–25.
17. Нечаева О.Б. Туберкулез в Российской Федерации: заболеваемость и смертность. Медицинский алфавит // Эпидемиология и гигиена. – 2013. – № 4. – С. 7–11.
18. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 12. – С. 40-49.
19. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность от туберкулеза легких – популяционный уровень связи // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 9. – С. 53–55.
20. Box G.E.P., Jenkins G.M. Time Series Analysis: forecasting and control. – London. Holden-Day Inc, 1976.
21. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в России, Украине и Беларуси: сравнительный анализ трендов // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 1. – С. 3–10.
22. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
23. Razvodovsky Y.E. Fraction of Tuberculosis Mortality Attributable to Alcohol in Russia // J. Alcohol. Drug Depend. – 2015. – Vol. 3, № 2. – P. 1–4.
24. Немцов А.В., Давыдов К.В., Разводовский Ю.Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России // Наркология. – 2009. – Том 85, № 1. – С. 52–61.
25. 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.

15. Kondrichin S., Lester D. Tuberculosis and suicide // Psychological Reports. – 2001. – № 89. – P. 326.
16. Razvodovskij Ju.E. Smertnost' ot tuberkuleza i suicidy v Belarusi v period s 1970 po 2005 gg. // Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. – 2007. – № 7. – S. 23–25. (In Russ)
17. Nechaeva O.B. Tuberkulez v Rossijskoj Federacii: zabolevaemost' i smertnost'. Medicinskij alfavit // Jepidemiologija i gigiena. – 2013. – № 4. – C. 7–11. (In Russ)
18. 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)
19. Razvodovskij Ju.E. Prodazha alkogolja i smertnost' ot tuberkuleza legkih – populjacionnyj uroven' svjazi // Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. – 2004. – № 9. – S. 53–55. (In Russ)
20. Box G.E.P., Jenkins G.M. Time Series Analysis: forecasting and control. – London. Holden-Day Inc, 1976.
21. 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)
22. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // Suicidology Online. – 2011. – Vol. 2. – P. 67–74.
23. Razvodovsky Y.E. Fraction of Tuberculosis Mortality Attributable to Alcohol in Russia // J. Alcohol. Drug Depend. – 2015. – Vol. 3, № 2. – P. 1–4.
24. Nemcov A.V., Davydov K.V., Razvodovskij Ju.E. Sravnitel'nyj analiz alkogol'noj situacii v Belarusi i Rossii // Narkologija. – 2009. – Tom 85, № 1. – S. 52–61. (In Russ)
25. 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.

SUICIDE AND EPIDEMIOLOGICAL PARAMETRS OF TUBERCULOSIS: POPULATION LEVEL OF RELATIONSHIP

Y.E. Razvodovsky, P.B. Zotov, S.V. Kondrychyn

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

Abstract:

Introduction: Until recently tuberculosis mortality and the suicide rates in Russia were both among the highest in the world. Tuberculosis and suicide belong to the medico-social problems and these 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 at individual and population levels. Aims: The aim of present study was the attempt to reveal the aggregate level link between the epidemiological parameters of tuberculosis and the suicide rates in Russia. Methods: Trends in tuberculosis incidence/mortality and the suicide rates from 1980 to 2015 were analyzed employing a time series analysis in order to asses bivariate relationship between the time series. Results: The results of analysis indicate the presence of a statistically significant association between tuberculosis mortality and suicide rates at lag zero (r= 0,6; SE=0,17). The association between tuberculosis incidence and suicide rates was also positive, but less evident (r= 0,4; SE=0,17). Conclusions: The results of this study suggest positive aggregate-level association between tuberculosis mortality and suicide rates. This study indirectly supports the hypothesis that tuberculosis mortality can be considered as an indicator of psychosocial distress.

Key words: tuberculosis incidence and mortality, suicide, trends, Russia, 1980-2015.

УДК 616.89-008

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАКАЗАНИЙ В ДЕТСТВЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОЙ «ТРАЕКТОРИИ» ПОТОМСТВА

А.В. Меринов, Т.А. Меденцева, Ю.А. Жукова

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

Контактная информация:

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

Меденцева Татьяна Александровна – клинический ординатор 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: tatiana_medentseva@mail.ru

Жукова Юлия Анатолиевна – студентка шестого курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Электронный адрес: Julia-Zhukova315@yandex.ru

Работа посвящена изучению влияния физического насилия в детском возрасте на последующий аутоагрессивный «спектр» респондентов. Исследованы группы юношей и девушек, ответ которых на вопрос о том, били ли их в детстве родители, в предлагаемом опроснике оказался положительным. Результаты исследования убедительно демонстрируют, что респонденты исследуемой группы имеют заметно более высокий аутоагрессивный потенциал. Суицидальные мысли в группе девушек обнаружены у 33,96% респонденток против 20,75% в контрольной. Частота депрессивных состояний характеризовала именно исследуемую группу девушек – 54,72%. Отмечались частые моменты безысходности – у 47,17% девушек изучаемой группы против 34,50% в группе контроля. У юношей из изучаемой группы обратил на себя внимание лишь такой аутоагрессивный паттерн, как суицидальные мысли. Они были выявлены у 30,23% респондентов из изучаемой группы против 13,68% в контрольной. Обнаруженные данные говорят в пользу того, что факт физических наказаний со стороны родителей, является весьма настораживающим моментом, часто «предманифестным» указанием на возможные серьёзные проблемы, особенно в женской группе. Этот вопрос, несмотря на кажущуюся его «легковесность», целесообразно использовать в скрининговых исследованиях, как в суицидологической практике, так и при прочих исследованиях юношей и девушек, касающихся их психо-эмоционального состояния.

Ключевые слова: физическое насилие в детстве, аутоагрессивность, суицидология, аутоагрессивная «траектория»

Во все времена проблема физического насилия над детьми стояла достаточно остро [1, 2]. Несмотря на всю важность и актуальность вопроса, он до сих пор не имеет единой теоретической и исследовательской парадигмы. В то время как психотерапевтическая практика, а также ряд экспериментальных данных отечественных и зарубежных авторов, указывают на общность генеза различных личностных расстройств, где в качестве пускового фактора фигурирует именно физическое насилие в детском возрасте [1, 3, 4]. Препятствием для решения проблемы зачастую является нежелание и страх жертв насилия обращаться за помощью в учреждения здравоохранения и правоохранительные органы. В настоящее время всё ещё не принято обсуждать эту проблему в обществе, а, тем более, – просить помощи. Мы знаем только о «громких» делах, ставших достоянием СМИ, остальные же случаи часто так и остаются «семейным» секретом, обнаруживаемым психотерапевтами у своих, уже ставших взрослыми, клиентов.

Это диктует необходимость тщательного изучения влияния физического насилия, как психотравмирующего фактора, на формирование аутоагрессивных характеристик юношей и девушек. Целью проведённого исследования был поиск значимых отличий в аутоагрессивном «профиле» между группами девушек и юношей, которые подвергались и не подвергались серьёзным физическим наказаниям в детстве. Мы изучили как суицидальные, так и несуицидальные формы реализации антивитальных импульсов личности, предикторы аутоагрессивного поведения и ряд личностно-психологических характеристик, значимых для суицидальной практики.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач было обследовано 645 респондентов. Из них количество подвергавшихся серьёзным физическим наказаниям в детстве составило 153 человека – 45 юношей (ЮФН) и 108 девушек (ДФН). В качестве контрольной группы использовались девушки и юноши, которые не подвергались серьёзным физическим наказаниям в детстве – в количестве 492 – 119 юношей (ЮБезФН) и 373 девушки (ДБезФН).

Критерием включения в изучаемые группы являлось личное сообщение респондентами о наличии в отношении них неоднократных актов физического наказания со стороны родителей, которые сами обследуемые расценивали как таковые. То есть, данные моменты были «зафиксированы» в памяти ребёнка именно как неоправданно сильная агрессия в их сторону, а не «журящие» действия со стороны взрослых. Это были как случаи чрезмерного «воспитательного» характера, так и немотивированная агрессия, нередко сочетающаяся с алкогольным опьянением родителя. В процессе бесед с респондентами, было выяснено, что, несмотря на кажущуюся «размытость» явления, все опрошенные нами молодые люди четко относили себя к той или иной группе, вне зависимости от объёма и частоты «наказаний». То есть, несмотря на тот факт, что некие физические «воздействия» присутствовали достаточно часто (в виде «необидных» и заслуженных), к группе «подвергавшихся серьёзному насилию» отнесли себя лишь часть из них. Вероятно, подобная субъективная оценка в значительной степени формируется в случае попрания достоинства ребёнка и абсолютной немотивированности действий (в отношении причины, либо силы воздействия).

Средний возраст респондентов в исследуемых группах составил: для юношей, подвергавшихся физическим наказаниям – 21,76±1,97 года; для юношей, не подвергавшихся наказаниям – 21,48±1,49 года. Соответственно, для девушек, подвергавшихся физическим наказаниям – 20,79±1,26 лет; для девушек, не подвергавшихся физическим наказаниям – 20,73±1,99 лет. Обследованные респонденты были сопоставимы по основным социально - демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [5]. Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов, содержащая: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI) Плутчека-Келлермана-Конте, а также «Шкала родительских предписаний» [6].

Для решения поставленной задачи было произведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах (суицидологических, личностно-психологических). Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента, Уилкоксона, χ^2, а также χ^2 с поправкой Йетса. Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде M±m (средней ± стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение.

Традиционно, вначале проанализируем представленность классических суицидальных паттернов поведения в группах. В первой таблице представлены статистически значимые отличия в юношеской группе.

Таблица 1

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов в группах юношей

Признак	ЮФН (n=43)		ЮБезФН (n=117)		χ^2	Значение df	P<
	n	%	n	%			
Суицидальные мысли в анамнезе	13	30,23	16	13,68	5,81	1	0,01

Таблица 2

Основные статистически значимые отличия в отношении суицидальных паттернов в исследуемых группах девушек

Признак	ДФН (n=106)		ДБезФН (n=371)		χ^2	Значение df	P<
	n	%	n	%			
Суицидальные мысли в анамнезе	36	33,96	77	20,75	7,96	1	0,01
Суицидальные мысли в последние два года	24	22,64	43	11,59	6,47	1	0,01

Из представленных данных, видно, что суицидальные мысли значительно чаще (почти в 2,5 раза) наблюдаются именно у юношей, которые подвергались физическим наказаниям в детстве. Этот факт в определённой степени совпадает с данными других исследований в этой области, касающихся посмертной оценки возможных предикторов суицидального поведения [3]. Учитывая тот факт, что наше исследование касалось ныне живущих респондентов (без учёта возможных суицидальных потерь в группе), данный факт является крайне настораживающим феноменом в плане реализации антивитального потенциала. Отметим, что по количеству суицидальных попыток отличие не достигает статистически значимых границ (в группе ЮФН оно составляет 11,63%, а в группе ЮБезФН = 5,98%), тем не менее, обнаруженная тенденция, на наш взгляд, заслуживает внимания.

В табл. 2 рассмотрены статистические значимые отличия в отношении суицидальных паттернов поведения в исследуемых группах девушек. Из данных, представленных в табл. 2, можно сделать аналогичный вывод о значимом влиянии пережитого физического насилия в детстве на количество суицидальных идеаций.

Таким образом, полученные данные в обеих половых группах говорят об «отсроченном» на долгие годы влиянии физических наказаний в детском возрасте на суицидальный потенциал подростка. Учитывая непопулярность и замалчивание рассматриваемых действий в отношении ребёнка, либо обесценивание их значения в современном обществе, обнаруженные особенности демонстрируют, возможно, малоиспользуемые точки приложения психотерапевтической активности в суицидологической практике.

В табл. 3 представлены найденные отличия в отношении несуицидальных паттернов поведения в исследуемых группах девушек.

Из данных, представленных в табл. 3, хорошо видно, что исследуемую группу девушек, в значительно большей степени характеризует целый ряд важных предикторов аутоагрессивного поведения. У ДФН достоверно чаще отмечаются наиболее значимые в суицидологии эмоциональные маркеры: чувство вины, стыда, переживание моментов острого одиночества, депрессивные реакции, безысходность, частые угрызения совести, комплекс неполноценности. Можно предположить, что именно пережитое в детстве насилие стало одной из возможных причин появления столь серьёзных эмоциональных проблем.

При анализе несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов в группах юношей статистически значимых отличий обнаружено не было, что может говорить, либо о меньшем «фронте» влияния физических наказаний на лиц мужского пола, либо о сглаживании имеющихся влияний гендерными механизмами совладания, не допускающими формирования типичного для изученных девушек комплекса «личностного дискаунта» – наличия частых эмоциональных проблем и идей малоценности - неполноценности.

Таблица 3

Основные статистически значимые отличия в отношении несуицидальных предикторов аутоагрессии у девушек

Признак	ДФН (n=106)		ДБезФН (n=371)		χ^2	Значение df	P<
	n	%	n	%			
Долго переживаемое чувство вины	56	52,83	119	32,08	15,29	1	0,01
Навязчивое чувство стыда	32	30,19	67	18,06	7,37	1	0,01
Периоды депрессии	58	54,72	160	43,13	4,46	1	0,025
Моменты безысходности	50	47,17	128	34,50	5,66	1	0,01
Уверенность в наличии физического недостатка	32	30,19	58	15,63	11,41	1	0,01
Наличие комплекса неполноценности	49	46,23	121	32,61	6,66	1	0,01
Угрызения совести	48	45,28	108	29,11	9,8	1	0,01
Частое ощущение одиночества	59	55,66	138	37,2	11,59	1	0,01
Склонность к неоправданному риску	32	30,19	72	19,40	5,62	1	0,01
Гетероагрессивность	44	41,50	115	30,99	4,1	1	0,025

В табл. 4 отражены значимые отличия, касающиеся ряда личностно-психологических характеристик, которые были обнаружены опять же исключительно в исследуемых группах девушек.

Таблица 4

Основные статистически значимые отличия в отношении личностно-психологических характеристик у девушек

Признак	ДФН (n=106)	ДБезФН (n=371)	P<
Преобладающие механизмы психологических защит			
Вытеснение	3,35±1,85	2,91±1,88	0,034
Замещение	4,33±2,87	3,73±2,47	0,036
Специфика родительских посланий			
Не существуй	16,37±6,25	14,75±6,12	0,017
Не будь близок	18,54±6,90	16,63±6,87	0,012

Группа ДФН отличается частотой использования таких защитных психологических механизмов, как «Вытеснение» и «Замещение». Вытеснение, как защитный механизм, направлено на минимизацию отрицательных переживаний за счёт удаления из сознания того, что эти переживания вызывает. При этом неприемлемая информация, мысли, события, чувства продолжают своё существование в бессознательном, не переставая оказывать влияния на поведение человека. Замещение, в свою очередь, характеризуется проявлением переадресации инстинктивного импульса от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему (в случае аутоагрессии – на себя). Данный «набор» механизмов психологических защит прекрасно дополняет обнаруженную нами «картину» эмоциональных аутоагрессивных предикторов, поскольку «объективизирует» механизмы возникновения идей сквозной виновности, склонности к угрызениям совести – за сделанное и не сделанное. Хорошо известно, что в случаях наказаний в детстве, их причина не всегда очевидна и понятна, а их наличие для ребёнка – факт, ставящий под сомнение его нужность вообще, и факт любви со стороны родителей [6]. Это способно сформировать последующий комплекс жертвы и низкую самооценку, сопровождающиеся периодами самоуничижения и безысходности, где обнаруживаемые преобладающие психологические защитные механизмы лишь камуфлируют одну из самых «токсичных» причин их возникновения.

При оценке «Шкалы предписаний» обнаружены весьма специфические профили родительских посланий. Исследуемые группы девушек достоверно отличались в отношении следующих родительских посланий: «Не существуй» и «Не будь близок». Послание «Не существуй» является наиболее злокачественным в суицидологическом плане [7, 8]. Оно характерно для людей, которые чувствуют себя ущербными, ненужными или нелюбимыми – потенциальных или явных аутоагрессантов. Послание «Не будь близок», в свою очередь, формирует неспособность установления близких личностных отношений, поскольку таковые в детстве носили негативный и ненадежный характер [7]. В будущем это порождает одиночество и изоляцию, неспособность устанавливать доверительные отношения и обращаться за помощью. Эти два послания обычно неразрывно связаны между собой. Получение рассматриваемого комплекса посланий крайне вероятно при наличии серьезных физических наказаний в детстве, а обнаруженные аутоагрессивные маркеры группы и преимущественно используемые защитные психологические механизмы хорошо согласуются и ними.

Что касается исследуемых групп юношей, то у них статистически значимых отличий в личностно-психологических характеристиках обнаружено не было, что повторно позволяет сделать вывод об определенной гендерной неоднозначности влияния физических наказаний в детстве. Этот вывод имел бы гораздо большее и далеко идущее значение в отношении изучаемого «воспитательного фактора», если бы не обнаруженное высокое количество суицидальных идеаций в группе. Скорее всего, речь можно вести об упомянутом выше, гендерном стиле в отношении коппинг-стратегий.

Таблица 5

Наличие родителей, страдающих алкогольной зависимостью в группах

Показатель	ДФН (n=106)		ДБезФН (n=371)		ЮФН (n=43)		ЮБезФН (n=117)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Наличие родителей, страдающих алкогольной зависимостью	38	35,8	119	32,0	15	34,9	34	29,0

Молодые люди «не плачут, не чувствуют себя одинокими с периодами безнадежности» в отличие от девушек, где рассматриваемые паттерны социально более разрешены и понятны. Этот момент приобретает несколько иное звучание в свете хорошо известного факта в суицидологии: ранимые и излишне аффектированные женщины совершают больше суицидальных попыток, первично завершенный суицид – остаётся прерогативой мужского населения. Так или иначе, обнаруженные особенности, на наш взгляд, заслуживают дальнейшего изучения.

В заключение, стоит отметить ещё одну особенность, выявленную в проведённом исследовании. Речь идёт о наличии или отсутствии в родительской семье злоупотребляющего алкоголем отца или матери. Вывод, априори, напрашивался сам собой. Ожидалось, что количество семей с алкогольным анамнезом будет существенно выше в группах ДФН и ЮФН, что практически постулируется, как очевидный факт в ряде исследований [9]. Однако в нашем исследовании обнаружилось, что количество пьющих родителей в группах, было практически идентичным, что отражено в таблице 5.

Можно предположить, что влияние рассматриваемого параметра в ряде случаев может переоцениваться, и для ребёнка не принципиально «трезвое» или «пьяное» грубое поведение в отношении себя.

Выводы:

1. Юноши и девушки, подвергавшиеся серьезным физическим наказаниям со стороны родителей в детстве, являются группами с заметно более высоким аутоагрессивным потенциалом.

2. Группа ДФН имеют широкий спектр отличий от интактных сверстниц в отношении аутоагрессивных предикторов, чего не обнаруживают ЮФН.

3. Аналогичный вывод можно сделать и в отношении наличия ряда личностно - психологических характеристик. Это вкупе, на первый взгляд, позволяет говорить о более выраженном влиянии физических наказаний в детстве на последующие суицидологические спецификации лиц женского пола. Либо, о феноменологически более выявляемом значении рассматриваемого фактора, что на наш взгляд, учитывая количество суицидальных мыслей в группе ЮФН, является более правильным предположением.

4. Нам представляется, что выявление в процессе беседы значимых для респондента фактов физического наказания в детстве, является важным моментом для составления целостного представления о суицидологическом статусе подростка. Респонденты, ответившие на интересующий нас вопрос положительно, представляют собой весьма «горячую» в суицидологическом плане группу и нуждаются в дальнейшем изучении.

5. Данный вопрос целесообразно включать в опросники для скрининговых исследований больших юношеских групп в отношении потенциального суицидального и иного аутоагрессивного поведения.

Литература:

1. Панченко Е.А. Фактор семьи в генезе суицидального поведения // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2015. – № 3. – С. 33-35.
2. Лукашук А.В., Меринов А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 20-21.
3. Suicide. An unnecessary death / ed.: D. Wasserman. – London, UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
4. Roberts G.L. Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1997. – Vol. 277, № 1. – P. 5-11.
5. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.
6. Steward I. Developing Transactional Analysis Counseling. – London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGA Publications, 1996. – 286 p.

References:

1. Panchenko E.A. The family factor in the Genesis of suicidal behavior // Fundamental aspects of mental health. – 2015. – № 3. – P. 33-35. (In Russ)
2. Lukashuk A.V., Merinov A.V. The role of the phenomenon of aggression in families of patients with alcohol dependence // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 10-11. (In Russ)
3. Suicide. An unnecessary death / ed.: D. Wasserman. – London, UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.
4. Roberts G.L. Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1997. – Vol. 277, № 1. – P. 5-11.
5. Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnosis of aggressive behavior in alcoholism by therapeutic interview. A Handbook for psychiatrists-narcologists and psychotherapists. – Moscow, 2000. – 20 p. (In Russ)
6. Steward I. Developing Transactional Analysis Counseling. – London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGA Publications, 1996. – 286 p.

7. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.
8. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80.
9. Закирова В.М. Развод и насилие в семье – феномены семейного неблагополучия // Социологические исследования. – 2002. – № 12. – С. 131-134.

7. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. – Nottingham; Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987. – 342 p.
8. Merinov A.V. Option of episkript in families of patients with alcohol dependence // Narcology. – 2010. – № 3. – P. 77-80. (In Russ)
9. Zakirova V.M. Razvod i nasilie v sem'e – fenomeny semejnogo neblagopoluchiya // Sociologicheskie issledovaniya. – 2002. – № 12. – P. 131-134. (In Russ)

THE ROLE OF CHILD PHYSICAL PUNISHMENT IN THE FORMATION OF AUTOAGRESSIVE "TRAJECTORY" OF OFFSPRING

A.V. Merinov, T.A. Medentseva, Y.A. Zhukova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Abstract:

Aim. The work is studying the impact of physical punishment during childhood on subsequent autoaggressive "spectrum" of respondents. Groups of young males and females who mentioned they had been punished physically as children were analysed. Results. The results of our study clearly show that the respondents of the study group have significantly higher autoagressive potential. 33.96% of respondents in the female study group and 20.75% in the control group reported suicidal ideation. Frequency of depression is characteristic for girls in the study group – 54.72%. Frustration was prevalent in 47.17% of the studied group of girls versus 34.50% in the control group. The males in the study group drew attention with autoaggressive patterns of suicidal thoughts, which were found in 30.23% of the respondents versus 13.68% in the control group. Conclusions. Findings prove the fact that parental physical punishment is a very disturbing issue that often "predmanifests" possible serious problems, especially for females. Even though the fact of physical punishment may sound less serious, it should be used in screening studies, both for suicide prevention work, and for studying psychoemotional states of boys and girls.

Key words: physical punishment in childhood, autoagressive, suicidology, auto-aggressive "trajectory".

УДК 159.923.5

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СКЛОННОСТЬ К РИСКОВОМУ И СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

А.С. Рахимкулова

ООО «Центр детской нейропсихологии», Московская область, г. Мытищи, Россия

Контактная информация:

Рахимкулова Анастасия Станиславовна – нейропсихолог. Место работы и должность: ведущий специалист ООО «Центр детской нейропсихологии». Адрес: 141021, Московская область, г. Мытищи, ул. Борисовка, д. 6, оф. 2. Телефон: (965) 146-20-40, электронный адрес: rakhimkulova@yahoo.com

Статья посвящена анализу нейропсихологических изменений, протекающих в подростковом возрасте, которые оказывают влияние на склонность подростков к различным видам рискового поведения. Помимо того, что рисковое поведение является опасным для здоровья и жизни подростков, мы полагаем, что те же нейропсихологические изменения, которые провоцируют склонность к рисковому поведению, оказывают влияние на суицидальность подростков.

Неравномерное (гетерохронное) созревание структур лимбической системы и префронтальной коры головного мозга приводит к несовершенству когнитивного контроля у подростков над импульсами и эмоциональными побуждениями, рассеянному вниманию, гиперактивному поведению, неправильному суждению и неправильной интерпретации событий и эмоций окружающих и построение поведения на основе этой ошибочной информации. Как следствие к суицидальному риску приводят: нарушенная адекватная интерпретация событий и поступков значимых других, социальная тревога в сочетании со склонностью к избегающему поведению и недостаточно развитыми навыками стресс-реагирования. Склонность к импульсивным и необдуманным решениям и поступкам также может спровоцировать суицидальную попытку.

Количественные и качественные морфометрические перестройки белого и серого вещества головного мозга, протекающие в подростковом возрасте, провоцируют проблемы поведения, вызванные нарушением контроля и саморегуляции, резкую смену сфер когнитивных интересов, неспособность понять самого себя и объяснить свои поступки. Подобная спутанность идентичности и туннельное сознание, зацикленное на настоящем и неспособное воспринять будущее, провоцирует суицидальные мысли.

Система внутреннего подкрепления, чье окончательное формирование приходится на подростковый возраст, также влияет на склонность подростков к рисковому поведению, особенно к различным формам зависимого поведения. Ангедония, свойственная подростковому восприятию, неспособность испытать удовлетворение и удовольствие усугубляют тревожные и депрессивные состояния у подростков, вызывают стойкие негативные эмоциональные переживания, что часто сопровождается развитием суицидальных мыслей и попыток.

Однако мы предполагаем, что нейропсихологические особенности подросткового возраста выступают только предиспозицией для формирования склонности подростков к рисковому поведению, а не ключевым фактором.

Ключевые слова: рисковое поведение подростков, суицидальность, суицидальное поведение подростков, нейропсихология подросткового возраста.

Подростковый возраст часто определяется через те радикальные биологические, психологические и социальные перемены, которыми он сопровождается [1-5]. Наибольшую тревогу как у специалистов, так и у родных вызывает резкий скачок в так называемом рисковом поведении подростков, в результате чего значительно (по некоторым данным на 200%) увеличивается смертность подростков по сравнению с детьми [1, 3, 6, 7]. Склонность к поведению, угрожающему их жизни и здоровью (злоупотребление ПАВ, небезопасное сексуальное поведение, нарушения пищевого поведения, агрессивное, экстремальное и антисоциальное поведение) у подростков часто сопровождается тяжелыми эмоциональными переживаниями (депрессия, повышенная тревожность, острое чувство одиночества), что создает, по мнению ряда исследователей, предпосылки для самоповреждающего и суицидального поведения [1, 6, 8].

По данным ВОЗ, на последствия «рискового поведения» приходится до 70% всех подростковых смертей [1, 9]. Более того, учёные обратили внимание, что в то время, как за последние 50 лет во всех возрастных группах наблюдается постепенное снижение уровня смертности, в подростковом возрасте процент снижения либо минимальный, по сравнению с другими возрастами, либо вообще отсутствует. Для некоторых регионов даже отмечается увеличение смертности в возрасте 10-19 лет [9]. Такого рода наблюдения, в сочетании с результатами национальных программам исследования рискового поведения у подростков 10-19 лет, позволили направить исследования биопсихосоциальных особенностей подросткового возраста в новых направлениях, в частности использовать методы нейровизуализации и принципы нейропсихологии для исследования причин и механизмов рискового поведения подростков [3, 4, 7, 10, 11].

Американский психолог Гренвилл С. Холл был одним из первых, кто в деталях описал «бурю и натиск» подросткового возраста с биологической точки зрения, связав его с половым созреванием и сопутствующими гормональными изменениями. Это была доминирующая точка зрения на протяжении всего XX века, хотя взаимодействия между одновременно протекающими структурными и функциональными изменениями оставались не до конца ясными [5].

Гормональная теория до сих пор описывает ряд типичных для подростковости психосоциальных феноменов, например, резкие перепады настроения, повышенный интерес к противоположному полу [2]. При этом развитие и становление нервной системы от младенчества до взрослости представлялось ученым линейным, то есть последовательным и равномерным созреванием и развитием всех участков нейронных ансамблей [3, 4, 10]. Популярна была даже идея, что к шестилетнему возрасту мозг ребенка соответствует на 90% своему зрелому состоянию [10]. Часто проблемы подросткового возраста объяснялись неполным к этому возрасту развитием участков коры головного мозга [12]. Однако B.J. Casey с коллегами обратили внимание, что в случае линейного созревания различных участков коры головного мозга и подкорковых структур, дети должны были бы проявлять ещё большую импульсивность и ещё меньшую саморегуляцию, и как следствие, имели бы более высокий уровень смертности, чем подростки [3]. Однако изменение уровней смертности в подростковом возрасте носит скорее U-образный характер (с пиком в подростковом возрасте) по сравнению с детьми и взрослыми. Ту же тенденцию можно отметить и при анализе рискового поведения – резкий «всплеск» приходится именно на подростковый возраст, после прохождения которого наблюдается не менее резкий спад [8,

13]. Анализ импульсивного поведения показал, что, в отличие от рискового поведения, импульсивность как черта личности развивается линейно, увеличиваясь с возрастом [6, 13]. Таким образом, хотя импульсивность может влиять на склонность подростка к рисковому и, тем более, суицидальному поведению, стоит различать импульсивность как устойчивую черту личности и рисковое поведение, проявляющееся наиболее ярко в подростковом возрасте [8].

Развитие нейронаук и рост доступности методов нейровизуализации[1] позволили сделать новые открытия, которые побудили учёных пересмотреть многие из казавшихся незыблемыми взглядов на особенности созревания отдельных функциональных компонентов нервной системы человека. В результате были сделаны первые попытки объяснить причины рискового поведения подростков с опорой на нейробиологические и нейропсихологические аспекты этого возраста [3, 4, 7, 9-11, 13-15]. Хотя на сегодняшнем этапе развития нейронаук ещё рано говорить о появлении полноценной модели или даже концепции, которая могла бы объяснить склонность подростков к рисковому поведению, нейронауки всё же могли бы предоставить ответы на следующие вопросы:

1) почему подросткам недостает когнитивного контроля над импульсивным и рисковым поведением;

2) почему, понимая последствия своих действий, подростки, тем не менее, рискуют своей жизнью и здоровьем в долгосрочной перспективе;

3) почему поведение подростков меняется в аффективно-значимой ситуации.

Одним из наиболее значимых открытий нейронаук в области возрастной психологии было обнаружение неравномерности созревания генетически более поздних участков коры головного мозга – *лобных долей*, отвечающих за программирование, контроль и саморегуляцию на фоне достаточного развития более древних – *лимбических* – структур, являющихся биологической основой эмоционального реагирования [3, 4, 9-11, 14]. Схематически это представлено на рисунке 1.

[1]В основном, магнитно-резонансная томография (МРТ): структурная (измерение размера и формы структур головного мозга), диффузионная (определение состояния и распространенности белого вещества), функциональная (определение паттернов мозговой активности), записи ЭЭГ в покое.

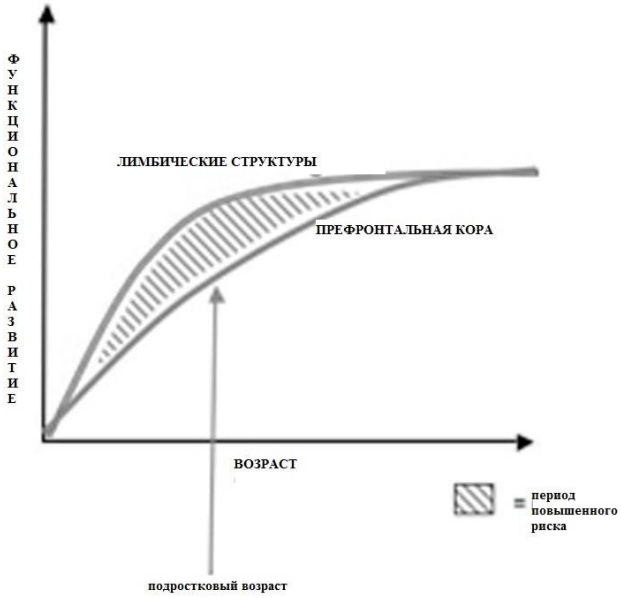

Рис. 1. Различие в функциональном развитии мозговых структур, влияющие на особенности подросткового возраста (цит. по Casey B.J.).

Лимбическая система включает в себя целый ряд филогенетически древних структур, участвующих в организации эмоционально-мотивационного поведения (в том числе половой, пищевой и оборонительных инстинктов), цикла сон-бодрствование (включая регулирующую установку необходимого уровня активности коры большого мозга и подкорковых структур), формирования долгосрочной и образной памяти в способности к обучению [2]. Лимбическая система имеет отношение к регулированию уровня реакции автономной, соматической системы при эмоционально - мотивационной деятельности, регулированию уровня внимания, восприятия, воспроизведения эмоционально значимой информации. Лимбическая система определяет выбор и реализацию адаптационных форм поведения, динамику врожденных форм поведения, поддержание гомеостаза, генеративных процессов [3]. Наконец, она обеспечивает создание эмоционального фона, формирование и реализацию процессов высшей нервной деятельности. Такой широкий спектр влияния, оказываемого лимбической системой на функционирование нервной системы человека, позволил некоторым авторам называть лимбическую систему «висцеральным мозгом» [2].

Морфофункционально лимбическая система включает в себя комплексы древней коры, старой коры (гиппокамп и поясная извилина), островковой коры и подкорковые структуры: миндалевидные и сосцевидные тела, переднее таламическое ядро [2, 3]. Наиболее по-

лифункциональные структуры лимбической системы, участвующие в самых разнообразных психических процессах – гиппокамп и миндалевидные тела. Все структуры лимбической системы связаны друг с другом простыми двусторонними связями и сложными путями в виде замкнутых кругов. Эти круги имеют различные функциональные назначения и связывают лимбическую систему со многими структурами центральной нервной системы, что затрудняет выделение отдельных функций мозга, в которых лимбическая система не принимала бы участия [2]. Как следствие такой организации создаются условия как для длительного циркулирования, реверберации и сохранения во всей одного и того же возбуждения, так и для «навязывания» этого состояния другим системам мозга.

С точки зрения рискового поведения подростков учёных привлекает функциональный круг лимбической системы, включающий в себя миндалевидное тело (миндалину), мезенцефальные структуры и гипоталамус, поскольку этот круг регулирует агрессивно - оборонительные, сексуальные и пищевые формы поведения [3]. Особенности функционирования миндалины считаются ответственными за агрессию и насилие у подростков, сексуальную расторможенность, неконтролируемое пищевое поведение [10].

В отличие от лимбической системы, кора больших полушарий и особенно префронтальная лобная часть является высшим отделом ЦНС, образовавшимся в ходе эволюционно обусловленной кортикализации функций [2]. Префронтальная кора в высокой степени обоюдно связана с большинством структур мозга, включая особенно сильные связи с другими кортикальными, субкортикальными и стволовыми образованиями. Базовой функцией префронтальной коры является комплексное управление мыслительной и моторной активностью в соответствии с внутренними целями и планами [2, 11]. Она играет главную роль в создании сложных когнитивных схем и планов действий, принятии решений, контроле и регуляции как внутренней деятельности, так и социального поведения и взаимодействия. Лобные ассоциативные поля имеют связи с лимбическим отделом мозга, и участвуют в организации программ действия при реализации сложных двигательных поведенческих актов. Роль коры сводится к коррекции возможных нарушений функций взаимодействующих с ней нижележащих систем, анализа сигналов с учетом индивидуального опыта, организации оптимальной реакции на эти сигналы и формирование памятных следов об этих сигналах и их характеристиках [2, 4, 11].

Важной особенностью коры большого мозга является ее способность длительно сохранять следы возбуждения[1], что является необходимым условием для обеспечения механизмов ассоциативной переработки и хранения информации и накопления базы данных [2].

Основные процессы, происходящие в коре больших полушарий, реализуются двумя состояниями: возбуждением и торможением. Тормозное влияние одного анализатора на другие обеспечивает сосредоточенность внимания на одном процессе. Отношение между возбуждением и торможением в коре проявляется в форме так называемого латерального торможения. При латеральном торможении вокруг зоны возбуждения формируется зона заторможенных нейронов (одновременная индукция) и она по протяженности, как правило, в два раза больше зоны возбуждения. Латеральное торможение обеспечивает контрастность восприятия, что в свою очередь позволяет идентифицировать воспринимаемый объект. Помимо латерального пространственного торможения, в нейронах коры после возбуждения всегда возникает торможение активности и наоборот, после торможения – возбуждение – так называемая последовательная индукция [2, 4].

В подростковом возрасте происходит становление и усовершенствование управляющих функций префронтальной коры, которые проявляются в дифференциации противоречивых мыслей и мотивов, и выборе между ними, дифференциации и интеграции объектов и понятий, прогнозировании последствий настоящей активности и её корректировке в соответствии с желаемым результатом, эмоциональной регуляции, волевом контроле, концентрации внимания на необходимых объектах [7, 11]. Поскольку процесс становления этих функций заканчивается к 18 годам, для подростков 11-17 лет эти функции ещё не сформированы окончательно. Слабость и несовершенство префронтальной коры у подростков влечёт за собой целый спектр проблем: рассеянное внимание, слабый контроль над импульсами, гиперактивное поведение, плохое понимание и

[1] Следовые процессы в спинном мозге после его раздражения сохраняются в течение секунды; в подкорково-стволовых отделах (в форме сложных двигательно-координаторных актов, доминантных установок, эмоциональных состояний) длятся часами; в коре мозга следовые процессы могут сохраняться по принципу обратной связи в течение всей жизни.

управление собственным временем, дезорганизация деятельности, прокрастинация, неправильное суждение и понимание того, что происходит вокруг, неправильная интерпретация событий и эмоций окружающих и построение поведения на основе этой ошибочной информации, плохое извлечение опыта, неспособность научиться на своих ошибках, проблемы с краткосрочной памятью и постоянную социальную тревогу (страх не понять, что происходит и сделать глупость) [4, 7, 11].

Таким образом, для детей обе системы – эмоционального и рационального реагирования – ещё находятся в процессе развития, и, хотя для детского поведения тоже характерна импульсивность и концентрация на своих эмоциональных переживаниях, лимбическая система ещё недостаточно развита, чтобы доминировать. Для взрослого человека обе эти системы являются одинаково зрелыми и, следовательно, подчинение одной системе другой определяется целями и мотивами действия. Восходящие влияния (от нижележащих «старых» нервных структур к вышележащим «новым» образованиям) преимущественно носят возбуждающий стимулирующий характер. Нисходящие (от вышележащих «новых» нервных образований к нижележащим «старым» нервным структурам) носят угнетающий тормозной характер. В подростковом же возрасте полностью созревшая лимбическая система может подавлять или игнорировать «приказы» ещё несовершенных фронтально-кортикальных путей, что согласуется с представлением о росте в процессе эволюции роли и значения тормозных процессов в осуществлении сложных интегративных рефлекторных реакций [2].

На основании неравномерности созревания лимбической системы и префронтальной коры B.J. Casey с коллегами в 2008 году сделали попытку вывести новую биопсихосоциальную модель рискового поведения подростков, которую они назвали эмоциональной реактивностью [3]. Биологический компонент этой модели – более развитая и, соответственно, более сильная лимбическая система. Социальный компонент модели – эмоционально значимая ситуация. Психологическая составляющая – эмоциональная реактивность подростков – прежде всего, влияет на способность подростка к объективной (рациональной, безэмоциональной) оценке положительной и отрицательной информации, которую воспринимает подросток. Как следствие, попадая в эмоционально значимую для себя ситуацию, подросток, даже понимая негативные последствия своих импульсивных и рисковых поступков, принимает субоптимальное решение в пользу более значимого эмоционального стимула. Одной из возможных причин увеличения эмоциональной реактивности является изменение социальных взаимодействий подростков со своим окружением: они стараются больше времени проводить со своими сверстниками, а их конфликты с родителями усугубляются [3]. На это также указал в своих работах М. Чинсентмихай ещё в 1977 году. Повышенную эмоциональную реактивность учёные также связывают с началом аффективных расстройств и расстройств зависимости [3].

Ещё одно из функциональных изменений в развитии нервной системы, которое не соответствует линейному паттерну развития, и с которым связывались попытки объяснить особенности подросткового возраста, являются морфометрические изменения, происходящие в сером и белом веществах головного мозга [10, 16-19].

Резкое увеличение числа нейронных связей приходится на дошкольный возраст. Однако подростковый возраст характеризуется не менее резким сокращением количества нейронов [12]. Отмирание нейронов и синапсов происходит неравномерно, при этом можно наблюдать половые отличия [16]. Количественный пик серого вещества в передних лобных долях приходится на возраст 11,0 лет у девочек и 12,1 лет у мальчиков, в височных – 16,7 и 16,2 лет соответственно, в дорсолатеральный префронтальных зонах (наиболее важная часть с точки зрения контроля над импульсивным поведением) – после 20 лет [10]. Морфометрическое сокращение серого вещества начинается в первичных отделах сенсомоторной коры, затем проходит в дорсолатеральных префронтальных и латеральных височных отделах. Whitford T.J. с коллегами обнаружили, что сокращение количества серого вещества во фронтальной и теменной зонах коры происходит в основном за счёт уменьшения нейропилей и, соответственно, активных синапсов [5]. Подобный паттерн созревания серого вещества отмечается не только для человека и приматов, но и для нечеловекообразных обезьян [3]. Уменьшение количества серого вещества сопровождается снижением ЭЭГ активности, особенно медленно-волновой, в соответствующих регионах коры [5].

Сокращение нейронов происходит не только в корковых, фило- и онтогенетически более поздних структурах, но и более глубоких первичных подкорковых структурах, наиболь-

ший интерес из которых представляют гипоталамическая область, базальные ганглии, мозолистое тело [3, 4, 12].

Хотя исследований, посвященных вопросам гендерных различий при структурных перестройках серого вещества немного, данные свидетельствуют о том, что к концу подросткового возраста можно увидеть разницу в размерах некоторых подкорковых структур у мальчиков и девочек [3, 10, 14]. В частности, исследования S. Durston показали, что к концу подросткового возраста масса и размер мозга мальчиков обычно выше, чем у девочек, плюс у мальчиков-подростков в среднем больше размер миндалины, а у девочек – хвостатого ядра[1] [14]. Исследователи утверждают, что для формирования полной картины необходимо исследовать не только морфологические перемены в отдельных зонах и участках головного мозга, но и в корково-подкорковых путях, в которых они функционально используются [3].

Параллельно с резким сокращением числа нейронов продолжается миелинизация активных аксонов олигодендроцитами в центробежном направлении от тела клетки к её периферии. По мнению большинства исследователей, рост белого вещества происходит практически линейно с момента рождения до взрослого возраста, и связан с улучшением когнитивных способностей человеческого организма с возрастом [3, 18]. Более древние структуры миелинизируются ещё в пренатальном периоде, в детском возрасте миелиновыми оболочками покрываются двигательные и сенсорные нейроны. В подростковом возрасте увеличивается плотность и количество слоев миелиновых оболочек, как в ПНС, так и в ЦНС, обеспечивая максимальную скорость и качество передачи нервного импульса. T. Paus отмечает, что наибольшая миелинизация происходит кортикоспинальных (в обоих полушариях) и лобно-височных (в доминирующем полушарии) проводящих путях подростков [4]. Исследователи Национального института здоровья ребенка и развития человека им. Юнис Кеннеди Шривер обнаружили, что процесс миелинизации сначала запускается в аксонах тех нейронов, которые наиболее электрически активны [19].

В настоящее время в структурных и функциональных морфометрических изменениях в сером и белом веществе головного мозга пытаются найти объяснение достаточно широкого ряда психосоциальных феноменов подросткового возраста, среди которых проблемы поведения, вызванные нарушением контроля и саморегуляции, повышенная импульсивность, резкая смена сфер когнитивных интересов, неспособность понять самого себя и объяснить свои поступки [3-5]. Основная гипотеза сокращения числа нейронов у подростков гласит «Используй их или потеряешь», то есть сокращение серого вещества происходит за счет отмирания тех нейронов и синапсов, которые либо не используются вообще, либо используются недостаточно часто [3, 14]. Предполагается, что в дошкольном и раннем школьном возрасте основными задачами развития человека является максимальное накопление когнитивного, чувственного и двигательного опыта, в то время как подростковость – время для более точной когнитивной «настройки», обеспечивающей взаимодействие между структурными и функциональными изменениями в головном мозге [14]. Нарушения в сокращении числа нейронов и нейронных связей или в их активной миелинизации находят объяснение психотических симптомов и психических расстройств, первые проявления которых часто фиксируются в подростковом возрасте, например, шизофрении [5].

Анализ нейропсихологических особенностей рискового поведения подростков был бы не полным, если бы мы не упомянули о таком функциональном образовании, как система (психологического) вознаграждения или система внутреннего подкрепления [5, 13, 15, 20]. С системой внутреннего подкрепления, чьё окончательное формирование приходится на подростковый возраст, связывают склонность подростков к рисковому поведению, особенно различных форм зависимого поведения [10, 13]. Более того, система вознаграждения играет настолько фундаментальную роль в формировании системы мотивации и способности человека приспосабливаться к условиям окружающей среды, усваивать и сохранять в памяти новый опыт, что некоторые учёные высказывают предположение, что награда – самый основной фактор эволюции человеческого мозга [20].

Система вознаграждения представлена целой группой мозговых структур, являющихся частью базальных ганглиев и лимбической системы: вентральная область покрышки, вентральная часть полосатого тела (прилежащее ядро и обонятельный бугорок), дорсальная часть полосатого тела (хвостатое ядро и скор-

[1] Включение хвостатого ядра в один из кругов лимбической системы определяет ее участие в организации тормозных процессов высшей нервной деятельности.

лупа), обе части черной субстанции (pars compacta и pars reticulata), передняя поясная кора, островная кора, гиппокамп, гипоталамус (особенно орексинергическое ядро в латеральной части), множественные ядра таламуса, субталамическое ядро, бледный шар (и внутренний, и внешний), парабрахиальное ядро, миндалина [2]. Все субкортикальные структуры системы вознаграждения реципрокно связаны с префронтальной корой, поэтому принято считать, что самые значимые элементы системы вознаграждения образуют так называемую кортико-базальноганглиарно-таламокортикальную петлю [2].

Тем не менее, W. Schultz отмечает, что система вознаграждения представляет интерес не столько относительно своих физиологических свойств, сколько относительно того поведения, которое она стимулирует [20]. С психологической точки зрения в системе вознаграждения выделяют структуры, связанные с научением через подкрепление, переживанием желания (или страсти) и удовольствия (гедонизм) [20]. Для описания поведения, которое мотивировано желанием, обычно используются термины «поисковое поведение», «подготовительное поведение», «инструментальное поведение», «опережающее поведение». Для описания поведения, вдохновленного гедонизмом, принято использовать термин «консуматорное поведение».

В западной медицинской психологии есть две основных теории, которые объясняют рисковое поведение подростков через протекание процессов в системе вознаграждения:

1. Рисковое поведение провоцируется *недостатком* стимуляции системы вознаграждения, что приводит к поиску более частых и интенсивных стимулов [3].

2. Рисковое поведение провоцируется *диспропорционально увеличенной* активацией дофаминовой цепи в вентральной части полосатого тела в ответ на вознаграждающий стимул [10].

Хотя теории являются противоположными, каждая из них опирается на объективные данные об особенностях поведения подростков. Так, теория гипостимуляции указывает на то, что подростки больше, чем другие возрастные группы (даже пожилые люди), переживают состояния ангедонии, негативного аффекта и депрессивных настроений. Также из самоотчетов подростков и взрослых следует, что одни и те же приятные ситуации оцениваются подростками как менее приятные, и даже сладость сахара кажется им менее приятной, чем детям [21]. Сторонники теории делают вывод, что для того, чтобы простимулировать свою систему вознаграждения, подросткам приходится искать более мощные формы подкрепления, в том числе психоактивные вещества, гиперсексуальное поведение или элементарно переедать [15, 21].

Теория гиперстимуляции системы вознаграждения базируется на исследованиях, определивших роль дофамина в превращении мотивационных стимулов в активные действия, а точнее на понимании того, что поведение подростков в основном является аппетентным, или поисковым, то есть основной побуждающий мотив в поведении подростков – удовлетворение внутренних побуждений [21]. Поскольку в подростковом возрасте происходят связанные с развитием морфофункциональные перестройки в полосатом теле, происходит естественное увеличение количества дофамина в системе вознаграждения, что и приводит к росту рискового поведения [15]. Необходимо отметить, что предвкушение награды в подростковом возрасте также связано с усилением выработки соответствующих нейромедиаторов [2, 20].

Достаточно распространено мнение, что система вознаграждения связана с работой исключительно дофаминергических нейронов, но на самом деле большая часть путей составлена из глютаматергических интернейронов, ГАБА-ергических медиальных шипованных нейронов и целого ряда других [20]. Тем не менее, факты свидетельствуют о значимых изменениях в выработке дофамина в различных участках головного мозга именно в подростковом возрасте [2, 13]. Например, в полосатом теле (особенно в области покрышки) отмечается значительный рост уровней дофамина, в то время как в прилежащем ядре – его существенное снижение. Некоторые учёные считают, что в подростковом возрасте дофамина вырабатывается меньше, чем в детском или взрослом возрастах, но зато большее количество дофамина удерживается для «хранения» в синаптических пузырьках [13]. Другие исследователи указывают на то, что хотя в нейтральных ситуациях количество вырабатываемого дофамина меньше, чем у детей и взрослых, у подростков вырабатывается большее его число в значимых для них условиях [4, 5]. Эти наблюдения позволили A. Galvan сделать вывод, что подростки могут сознательно или бессознательно искать ситуации, которые будут стимулировать у них большую выработку дофамина [21]. В любом случае, изменения в выработке дофамина делают подростков уязвимыми с точки зрения злоупотребления ПАВ, а также небезопасного сексуального поведения [13, 15].

Мы уже неоднократно в своих работах упоминали о связи рискового поведения с суицидальностью в подростковом возрасте, понимание чего необходимо с целью проведения качественной профилактической и коррекционной работы с подростками [6, 8]. Мы полагаем, что происходящие в подростковом возрасте нейропсихологические изменения, ассоциируемые с формированием у подростков склонности к рисковому поведению, могут приводить и к развитию у них суицидального комплекса (табл. 1).

Таким образом, можно сделать вывод, что разнообразные трансформации, происходящие в головном мозге, как биологическом конструкте психики человека, значимо связаны с различными проявлениями рискового и суицидального поведения в подростковом возрасте. Наиболее существенное влияние на рисковое и суицидальное поведение оказывают естественные гетерохронные процессы созревания различных участков головного мозга, количественные и качественные изменения в сером и белом веществах головного мозга, нейрогуморальные изменения в ЦНС.

Тем не менее, нейропсихологические перестройки, затронутые в данной статье, не являются прямым указанием на то, что подросток будет обязательно вовлечён в рисковое и, тем более, суицидальное поведение.

Таблица 1

Нейропсихологическое изменение	Влияние на рисковое поведение	Возможное влияние на суицидальность
Неравномерность созревания лобных долей на фоне достаточного развития лимбических структур (особый интерес: миндалевидное тело, мезенцефальные структуры и гипоталамус).	Проявления агрессии и насилия, сильные сексуальные возбуждения, неконтролируемое пищевое поведение. Затрудненный выбор между противоречивыми мыслями и мотивами, слабое прогнозирование последствий активности. Контроль над импульсами ослаблен, поведение гиперативное, управление временем плохое, деятельность дезорганизована и прокрастинируется. Суждения, понимание, интерпретация событий и эмоций окружающих часто неправильны, поведение строится на основе ошибочной информации, нарушена способность учиться на ошибках, постоянная социальная тревога.	Адекватная интерпретация значимых событий нарушена, поведение значимых других может быть истолковано неправильно, что при достаточной интенсивности и продолжительности может привести подростка к стойким суицидальным мыслям. Социальная тревога и объективно неправильные поступки могут усугублять суицидальные мысли и планы, особенно в сочетании со склонностью к избегающему поведению и недостаточно развитыми навыками стресс - реагирования. Склонность к импульсивным и необдуманным решениям и поступкам может спровоцировать суицидальную попытку.
Морфометрические изменения, происходящие в сером и белом веществах ГМ и снижение ЭЭГ активности, особенно медленноволновой.	Повышенная импульсивность, резкая смена сфер когнитивных интересов, неспособность понять самого себя и объяснить свои поступки. Проблемы поведения, вызванные нарушением контроля и саморегуляции.	Резкие изменения в сфере собственных интересов и неспособность понять себя провоцируют спутанность идентичности и туннельное сознание, зацикленное на настоящем и неспособное воспринять будущее, что провоцирует суицидальные мысли. Нарушения контроля и саморегуляции может привести к импульсивной суицидальной попытке.
Нейрогуморальные изменения в системе внутреннего подкрепления.	Поиск более частых и интенсивных стимулов, более мощных форм подкрепления, в том числе за счет психоактивных веществ, гиперсексуального поведения или переедания. Аппетентное, или поисковое, поведение подростков направлено на удовлетворение внутренних побуждений без его анализа и учета последствий.	Ангедония, свойственная подростковому восприятию, неспособность испытать удовлетворение и удовольствие усугубляют тревожные и депрессивные состояния у подростков, вызывают стойкие негативные эмоциональные переживания, что часто сопровождается развитием суицидальных мыслей и попыток.

Специалистам, работающим с подростками, помимо общих нейропсихологических изменений необходимо учитывать индивидуальные психологические различия подростков. Можно даже предположить, что вызванные подростковым возрастом нейропсихологические изменения являются лишь предпосылкой для проявления склонности подростков к рисковому и суицидальному поведению, а основными факторами, предопределяющими это поведение, являются психологические личностные или социальные факторы.

Литература:

1. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии // Онлайн доклад ВОЗ, http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf
2. Физиология человека / Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. – М.: Медицина, 2001.
3. Casey B.J., Jones R.M., Hareb T.M. The Adolescent Brain // Annals of New York Academic Science. – 2008. – № 1124. – P. 111–126.
4. Paus T., Zijdenbos A., Worsley K., Collins D.L., Blumenthal J., Giedd J.N., Rapoport J.L., Evans A.C. Structural maturation of neural pathways in children and adolescents: In vivo study // Science. – 2000. – Vol. 283, № 1908. – P. 347-350.
5. Whitford T.J., Rennie C.J., Grieve S.M., Clark C.R., Gordon E., Williams L.M. Brain maturation in adolescence: concurrent changes in neuroanatomy and neurophysiology // Human Brain Mapping. – 2007. – Vol. 28, № 3. – P. 228-237.
6. Рахимкулова А.С. Феномен рискового поведения – попытка концептуального описания // Медицинская психология. – 2016. – Том 11, № 3 (43). – С. 37-43.
7. Harden K.P., Kretsch N., Mann F.D., Herzhoff K., Tackett J.L., Steinberg L., Tucker-Drob E.M. Beyond dual systems: A genetically-informed, latent factor model of behavioral and self-report measures related to adolescent risk-taking // Developmental Cognitive Neuroscience. – 2016. – http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.007
8. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискового поведения у подростков // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 31-32.
9. WHO: Mortality, morbidity and disability in adolescence, 2014.
10. Giedd J.N. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain // Annals of the New York Academy of Science. – 2004. – Vol. 1021. – P. 77-85.
11. Mascalchi M., Filippi M., Floris R. et al. Diffusion-weighted MR of the brain: methodology and clinical application // La Radiologia Medica. – 2005. – Vol. 109, № 3. – P. 155-197.
12. Paus T. Growth of white matter in the adolescent brain: myelin or axon? // Brain and Cognition. – 2010. – Vol. 72, № 1. – P. 26-35.
13. Op de Macks Z.A., Bunge S.A., Bell O.N., Wilbrecht L., Kriegsfeld L.J., Kayser A.S., Dahl R.E. Risky decision-making in adolescent girls: The role of pubertal hormones and reward circuitry // Psychoneuroendocrinology. – 2016. – Vol. 74. – P. 77-91.

References:

1. Zdorov'e podrostkov mira: vtoroj shans vo vtorom desjatiletii // Onlajn doklad VOZ, http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf(In Russ)
2. Fiziologija cheloveka / Pod red. V.M. Pokrovskogo, G.F. Korot'ko. – M.: Medicina, 2001. (In Russ)
3. Casey B.J., Jones R.M., Hareb T.M. The Adolescent Brain // Annals of New York Academic Science. – 2008. – № 1124. – P. 111–126.
4. Paus T., Zijdenbos A., Worsley K., Collins D.L., Blumenthal J., Giedd J.N., Rapoport J.L., Evans A.C. Structural maturation of neural path-ways in children and adolescents: In vivo study // Science. – 2000. – Vol. 283, № 1908. – P. 347-350.
5. Whitford T.J., Rennie C.J., Grieve S.M., Clark C.R., Gordon E., Williams L.M. Brain maturation in adolescence: concurrent changes in neuroana-tomy and neurophysiology // Human Brain Mapping. – 2007. – Vol. 28, № 3. – R. 228-237.
6. Rahimkulova A.S. Fenomen riskovogo povedenija – popytka koncep-tual'nogo opisanija // Medicinskaja psihologija. – 2016. – Tom 11, № 3 (43). – S. 37-43. (In Russ)
7. Harden K.P., Kretsch N., Mann F.D., Herzhoff K., Tackett J.L., Steinberg L., Tucker-Drob E.M. Beyond dual systems: A genetically-informed, la-tent factor model of behavioral and self-report measures related to ado-lescent risk-taking // Developmental Cognitive Neuroscience. – 2016. – http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2016.12.007
8. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. The relationship and risk of suicidal behavior in adolescents // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 5. – З. 31-32. (In Russ)
9. WHO: Mortality, morbidity and disability in adolescence, 2014.
10. Giedd J.N. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain // Annals of the New York Academy of Science. – 2004. – Vol. 1021. – P. 77-85.
11. Mascalchi M., Filippi M., Floris R. et al. Diffusion-weighted MR of the brain: methodology and clinical application // La Radiologia Medica. – 2005. – Vol. 109, № 3. – P. 155-197.
12. Paus T. Growth of white matter in the adolescent brain: myelin or axon? // Brain and Cognition. – 2010. – Vol. 72, № 1. – P. 26-35.
13. Op de Macks Z.A., Bunge S.A., Bell O.N., Wilbrecht L., Kriegsfeld L.J., Kayser A.S., Dahl R.E. Risky decision-making in adolescent girls: The role of pubertal hormones and reward circuitry // Psychoneuroendocri-nology. – 2016. – Vol. 74. – P. 77-91.

14. Durston S., Hulshoff Pol H.E., Casey B.J., Giedd J.N., Buitelaar J.K., van Engeland H. Anatomical MRI of the developing human brain: what have we learned? // Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2001. – Vol. 40, № 9. – P. 1012-1020.
15. Kim-Spoon J., Deater-Deckard K., Holmes C., Lee J., Chiu P., King-Casas B. Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. // Neuropsychologia. – 2016. – Vol. 91. – P. 318-326.
16. Klingberg T., Vaidya C.J., Gabrieli J.D., Moseley M.E., Hedehus M. Myelination and organization of the frontal white matter in children: a diffusion tensor MRI study // Neuroreport. – 1999. – Vol. 10, № 13. – P. 2817-2821.
17. Nagy Z., Westerberg H., Klingberg T. Maturation of white matter is associated with the development of cognitive functions during childhood // Journal of Cognitive Neuroscience. – 2004. – Vol. 16, № 7. – P. 1227-1233.
18. Olesen P.J., Nagy Z., Westerberg H., Klingberg T. Combined analysis of DTI and fMRI data reveals a joint maturation of white and grey matter in a frontoparietal network // Brain Research. Cognitive Brain Research. – 2003. – Vol. 18, № 1. – P. 48-57.
19. Wake H., Lee P.R., Fields R.D. Control of Local Protein Synthesis and Initial Events in Myelination by Action Potentials // Science. – 2011. – Vol. 333, № 6043. – P. 685-686.
20. Schultz W. Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data. // Physiology Review. – 2015. – Vol. 95, № 3. – P. 853–951.
21. Galvan A. Adolescent Development of the Reward System // Frontiers in Human Neuroscience. – 2010. – Vol. 4. – P. 6.

14. Durston S., Hulshoff Pol H.E., Casey B.J., Giedd J.N., Buitelaar J.K., van Engeland H. Anatomical MRI of the developing human brain: what have we learned? // Journal of American Academy of Child and Adoles-cent Psychiatry. – 2001. – Vol. 40 (9). – P. 1012-1020.
15. Kim-Spoon J., Deater-Deckard K., Holmes C., Lee J., Chiu P., King-Casas B. Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. // Neuropsychologia. – 2016. – Vol. 91. – P. 318-326.
16. Klingberg T., Vaidya C.J., Gabrieli J.D., Moseley M.E., Hedehus M. My-elination and organization of the frontal white matter in children: a diffu-sion tensor MRI study // Neuroreport. – 1999. – Vol. 10, № 13. – P. 2817-2821.
17. Nagy Z., Westerberg H., Klingberg T. Maturation of white matter is as-sociated with the development of cognitive functions during childhood // Journal of Cognitive Neuroscience. – 2004. – Vol. 16, № 7. – P. 1227-1233.
18. Olesen P.J., Nagy Z., Westerberg H., Klingberg T. Combined analysis of DTI and fMRI data reveals a joint maturation of white and grey matter in a frontoparietal network // Brain Research. Cognitive Brain Research. – 2003. – Vol. 18, № 1. – P. 48-57.
19. Wake H., Lee P.R., Fields R.D. Control of Local Protein Synthesis and Initial Events in Myelination by Action Potentials // Science. – 2011. – Vol. 333, № 6043. – P. 685-686.
20. Schultz W. Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data. // Physiology Review. – 2015. – Vol. 95, № 3. – P. 853–951.
21. Galvan A. Adolescent Development of the Reward System // Frontiers in Human Neuroscience. – 2010. – Vol. 4. – P. 6.

NEUROPSYCHOLOGICAL CHANGES IN ADOLESCENCE THAT INFLUENCE RISKY AND SUICIDAL BEHAVIOR

A.S. Rakhimkulova

Child Neuropsychology Centre, neuropsychologist, Russia

Abstract:

The article is dedicated to the analysis of neuropsychological trasformations that take place during adolescence and influence the propensity of adolescents to different types of risky behavior, which is dangerous for teenage health and life. We presume that same neuropsychological transformations that provoke risky behavior also influence suicidality during adolescence.

Non-linear maturation of limbic system structures and prefrontal cortex leads to teens' imperfect cognitive control over impulses and emotional drives, distracted attention, hyperactive behavior, wrong judgments and interpretations of events and emotions and consequent behavior based on this wrong information. As a result, inadequate interpretations of events and behavior of significant others may increase suicidal risk, as well as social anxiety accompanied with tendency to escapist behavior and not well-formed skills of stress-resilience. The impulsiveness and wrongful decision making may provoke a suicide attempt.

Adolescent qualitative and quantitative morphometric restructuring of white and grey matter provoke behavioral problems that are caused by control and self-regulation disruption, radical shifts in cognitive interests, inability to understand oneself or explain one's actions. Such identity confusion and tunnel consciousness make an adolescent focused on the present without being able to comprehend the future, which instigates suicidal thoughts.

Reward system which final formation happens during adolescence also influences adolescent risky behavior, especially different types of addiction. Anhedonia and inability to experience pleasure and satisfaction that are typical for teens aggravate anxious and depressive states, cause persistent negative emotions. These states are often followed by suicide thoughts and plans development.

However, we suggest that neuropsychological changes of adolescent period only predispose risky behavior while psychological individual differences determine whether a teenager would incline to risk her life and health.

Key words: adolescent risky behavior, suicidality, suicide behavior in adolescence, neuropsychology of adolescence.

УДК: 616.89–008

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПИКТОГРАФИЧЕСКОГО ЭКСПРЕСС-ТЕСТА «РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ» И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ

С.В. Харитонов, В.Е. Цупрун

ФГБУ «Федеральный институт медиации», г. Москва, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник ФГБУ «Федеральный Институт Медиации». Адрес: 115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 51. Телефон: (499)237-05-58, электронный адрес: sergeyhar@mail.ru

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

В статье рассматривается возможность практического применения пиктографического экспресс-теста диагностики суицидального риска. Оценивается релевантность теста действительному поведению пациента и доступности тех средств суицида, которые он указывает в тесте. Обосновываются рекомендации родственникам по целевой превенции в виде лишения доступа к указываемым в тесте способам суицида. Цель исследования: выделение наиболее информативных критериев оценки экспресс-теста «Риск суицидального действия». Материалом исследования послужили данные полученные от 150 пациентов, выбранных в случайном порядке и имевших установленный диагноз того или иного психического заболевания. Результаты: Установлено, что у 73 пациентов с суицидальными замыслами (вторая ступень по шкале А.Г. Амбрумовой) данные пиктографического теста позволяют относительно точно прогнозировать способ суицидальной попытки и выявлять наличие доступа к определенным средствам реализации суицида. Эти сведения были подтверждены родственниками в 87,6% случаев. У 77 пациентов с менее разработанными представлениями о суициде (первая ступень по шкале А.Г. Амбрумовой) на предложение выполнить последний рисунок теста наблюдались: растерянность (в 87% случаев), затруднения по ходу выполнения рисунка (93,5%), отказы от выполнения задания (42,8%). Выводы: Информация, получаемая из экспресс-теста может быть полезной для осуществления превентивных мер по предотвращению суицидальных попыток. Наиболее информативными критериями оценки теста являются: реакция растерянности на задание выполнить третий рисунок; содержимое рисунков; пояснения испытуемого о содержании рисунков.

Ключевые слова: пиктографический, экспресс-тест, близкие, суицид, замыслы, профилактика

Квалификация суицидального риска строится большей частью либо на дефинициях, разработанных ВОЗ, либо на критериях, предложенных А.Г. Амбрумовой (в России). Но в обоих случаях содержится мало указаний, помогающих оценить меру разработанности планов самоубийцы, что затрудняет формирование плана превентивных действий со стороны микроокружения и/или персонала больниц. При этом чаще всего, проблема превентивных возможностей со стороны близких лиц и вовсе не рассматривается. Несмотря на то, что ближайший микросоциум потенциального самоубийцы очевидно является наиболее мотивированным контингентом к превенции суицида, а совершённый акт суицида больше всего отражается именно на близких [1, 2], подчас очень тяжело и долго переживающих случившуюся драму [3].

Коме того, часто срабатывает наиболее общепринятая установка, что суицидент будучи опасным для себя подлежит госпитализации (включая принудительную госпитализацию), а не вовлечению родственников в профилактические мероприятия. Но, на практике, лица, имеющие суицидальные намерения или

замыслы, узнав о возможной госпитализации, зачастую отказываются от неё, а иногда и вовсе диссимулируют суицидальное поведение, не обращаются никуда или обращаются к специалистам не способным оценить уровень суицидального риска и предложить адекватную помощь. Словом, существует много обстоятельств, приводящих к тому, что близкие суицидента остаются один на один с проблемой, которую не способны решить и платят за это самую дорогую цену [4].

С другой стороны, лицами, способными заменить близких суицидента, который оказался в стационаре (в части контроля его поведения), является медицинский персонал психиатрического учреждения. Но, в одном из исследований посвящённом проблеме суицидальной настороженности, проведенном в виде анонимного опроса, была выявлена низкая суицидальная настороженность медицинского персонала областных психиатрических учреждений [5]. При этом персонал не просто имел низкую настороженность, но и не имел инструментов прогнозирования суицидального риска.

В то же время, в суицидологии нет коротких и простых тестов, позволяющих быстро дать оценку состояния человека. Примат стандартного клинического интервью, которое врачи-психиатры часто стараются избегать, перепоручая квалификацию состояния больного суицидологу, не позволяет рассчитывать на возможность адекватного охвата средствами диагностики целевого контингента.

Таким образом, существует необходимость разработки простых тестов способных, как дополнить клиническое интервью, так и ответить на вопросы о способах вовлечения близких пациента в профилактику суицида.

Цель исследования: выявление наиболее информативных критериев оценки экспресс-теста «Риск суицидального действия».

Материал исследования.

В исследовании были использованы материалы, полученные от 150 пациентов, проходивших лечение в связи с угрозой суицидального действия и отобранных в случайном порядке по мере их поступления, и в соответствии с критериями включения. В выборке были представлены пациенты с разными уровнями суицидальной активности. У 73 человек состояние квалифицировано, как состояние с высоким уровнем суицидального риска. По классификации А.Г. Амбрумовой эти лица имели не менее, чем вторую ступень обозначаемую, как суицидальные замыслы, и являющуюся активной формой проявления суицидальности. Выраженность данной степени связана с глубиной разработки плана самоубийства, включая продумывание способа, времени и места действия. У четверых пациентов фиксировались суицидальные намерения, предполагающие присоединение к суицидальному замыслу волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение. Из 77 пациентов с пассивными суицидальными мыслями (1 ступень по шкале А.Г. Амбрумовой) 31 человек отказались или не смогли выполнить задание или обилие вопросов, которое у них возникало, не позволяло считать тест выполненным (приступали к выполнению после более, чем 30 секунд обсуждений).

Пациенты получали лечение в связи с разными причинами. В структуре психопатологических нарушений преобладали: реакции на тяжелый стресс (F43) – n=29, тревожные расстройства (F41) – n=21, эмоционально неустойчивое расстройство личности пограничный тип (F.60.30) – n=17, устойчивое расстройство настроения (F34) – n=13, шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – n=12. Другие расстройства были представлены с меньшей частотой.

В структуре выборки преобладали женщины – 74,0% (n=111), мужчин было 36,0% (n=39). Средний возраст обследованных составил 36,2±6,61 года. Имели постоянную работу 38,7% (n=58) пациентов, остальные – 61,3% (n=92) по разным причинам не имели постоянной занятости. Проживали с близкими все участники исследования. Наличие близких было одним из критериев включения при этом, во всех случаях имелось не менее двух близких лиц, от которых представлялось возможным обеспечить получение сведений о больном.

Критерии включения:

– суицидальная активность не менее, чем на уровне суицидальных замыслов;

– наличие, по крайней мере, двух родственников или близких лиц, от которых получены сведения о доступности для пациентов, указываемых ими в экспресс-тесте средств суицида;

– отсутствие галлюцинаторно-бредовых переживаний у больного.

Критерии исключения:

– отказ пациента участвовать в исследовании;

– наличие галлюцинаторно-бредовых расстройств;

– алкогольное опьянение;

– изменение состояния больного, требующее госпитализации согласно основаниям для

госпитализации в психиатрический стационар в не добровольном порядке.

Статистические методы. Обработка результатов исследования осуществлялась методами описательной статистики и методами непараметрической статистики с помощью программы Statplus Professional.

Методы исследования.

Пиктографический экспресс-тест (ПЭТ). Тест предполагает выполнение испытуемым пиктографических рисунков и размещение их в трёх следующих друг за другом прямоугольниках приблизительно размером от 3×3 до 6×6 см квадратной или прямоугольной формы (особых требований по точности размеров нет) согласно трёх инструкций от специалиста, проводящего тестирование (рис. 1). В первом прямоугольнике (ячейке) испытуемому дается инструкция нарисовать себя сейчас (сегодня). Вторая инструкция предлагает испытуемому нарисовать себя умершим, и рисунок поместить в третьем по счету прямоугольнике (ячейке). После чего следует последняя, третья инструкция – нарисовать в среднем (втором по счету) прямоугольнике, что случилось, как умер.

Вероятно, что интерпретация теста может строиться на анализе поведения испытуемого или времени, затрачиваемого им на выполнение задания, или на основе интерпретации рисунков. Для человека, не имеющего суицидальных замыслов, и не имеющего разработанного плана собственной смерти, такое задание представляется трудно выполнимым, и в поведении испытуемого отчетливо прослеживаются растерянность, попытки уклониться от выполнения задания, непонимание и иная деятельность, препятствующая выполнению данного теста. У лиц, имеющих разработанный план суицида, тест не вызывает особых затруднений и, хотя в некоторых случаях у таких людей уходит некоторое количество времени, чтобы собраться с мыслями, однако рисунок выполняется, и выполняется тем точнее и быстрее, чем очевиднее для испытуемого выбранный способ суицида [6]. Для наглядности вариант ответа представлен на рисунке 1.

Испытуемому давались три инструкции:

1. Сначала заполняется первая ячейка. Инструкция – «Нарисуйте в первом прямоугольнике себя сейчас. Рисунок можно делать по типу «палка, палка, огуречик».

2. Затем следует инструкция – «Нарисуйте себя умершим».

3. Последняя инструкция – «Нарисуйте в среднем прямоугольнике, что случилось, из-за чего вы умерли»?

4. После выполнения третьей инструкции испытуемому предлагалось пояснить смысл сделанного ими рисунка.

Результаты исследования.

Из 150 пациентов, проходивших тестирование с помощью пиктографического экспресс-теста (ПЭТ), закончили исследование 117 человек. Остальные пациенты не смогли выполнить задание по разным причинам.

Все пациенты, имевшие признаки наличия суицидальных замыслов (n=73), согласились участвовать в исследовании. У всех из них был план суицидальной попытки с различной степенью разработанности.

Выполнение инструкций теста каждый пациент делал сообразно своим представлениям о способе рисования, и рисунки часто отличались своеобразием манеры исполнения. Для наглядности варианты выполнения ПЭТ трёх пациентов представлены на рисунке 2.

Рис. 1. Экспресс тест больного Н-ва с суицидальными намерениями, соответствующими 2 ступени шкалы суицидального риска А.Г. Амбрумовой.

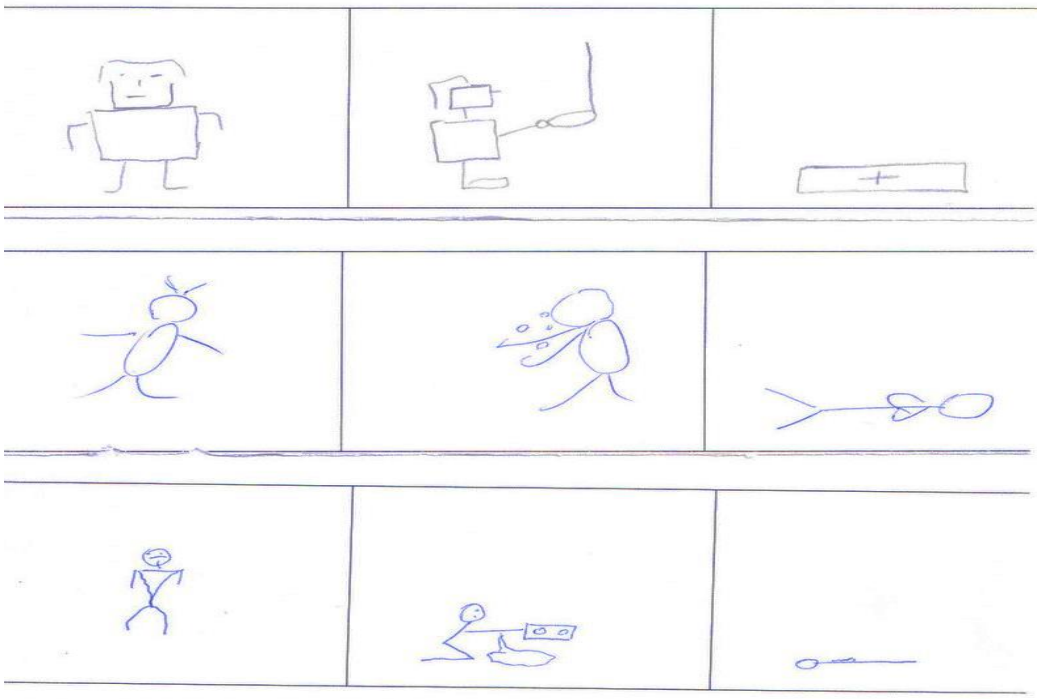

Рис. 2. Примеры выполненных ПЭТ у трех разных пациентов (способы суицида сверху вниз: повешенье, отравление таблетками, вскрытие вен).

Первый (сверху вниз) рисунок выполнен пациентом с диагнозом биполярное расстройство текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов. После получения третьей инструкции заполнить средний квадрат и изобразить, что случилось и привело к смерти, пациент некоторое время обдумывал рисунок (12 секунд), после чего разом выполнил его. Сведения от матери и сестры пациента, с которыми он проживал совместно, позволили считать, что доступ к данным средствам суицида у пациента есть. А после просьбы врача о проверке возможности подготовки средств суицида под матрацем кровати больного сестрой была обнаружена верёвка со скользящим узлом на ней. При этом дома такого типа веревок не было. Как в дальнейшем пояснил пациент, он её купил.

На втором (среднем) ПЭТ пациентка с импульсивным типом личностного расстройства изобразила сразу, практически не задумываясь картинку, которую пояснила, как самоотравление «бабкиными таблетками». От матери больной и её мужа стало известно, что пациентка имела доступ к данному средству (престарелая бабушка пациентки получала лечение ноотропилом).

На нижнем пиктографическом экспресс тесте в средней ячейке рисунок суицидального действия осуществленного с помощью лезвия бритвы, посредством вскрытия вен. Данный ПЭТ выполнила пациентка с диагнозом истерическое расстройство личности. Рисунок выполнен после непродолжительного (6 секунд) обдумывания. От матери и отца пациентки не было получено свидетельств, что у пациентки был доступ к этим бритвам. Таких бритв в доме не было, и после осмотра её комнаты они не были обнаружены.

У одного испытуемого с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство (с выраженными нарушениями мышления) рисунок совершенно не был понятен без соответствующих пояснений со стороны пациента. Все три картинки изобиловали символами, которые мог пояснить только пациент.

В работе с близкими мы исходили из того, что указываемые пациентами средства самоубийства (это следовало, как из собственно рисунка, так и пояснений пациента) могут быть действительными, и в этой связи предлагали близким провести «расследование» с целью определить имеется ли в действительности доступ к указываемым в ПЭТ пациентами средствам самоубийства.

Из отчетов родственников следует, что у 64 пациентов (87,7%) в пиктографическом тесте были указаны именно те средства, которые были действительно доступны (соответственно, доступ к этим средствам был прекращен или ограничен), что собственно и являлось одним из превентивных действий.

У 5 пациентов (6,8%) в тесте были указаны способы суицида, доступность которых после обсуждения и проверки с близкими оценена как маловероятная или невозможная. Два пациента (2,7%) не смогли выполнить экспресс-тест, при том, что имели суицидальные замыслы и доступ к тем средствам, посредством которых намеревались совершить суицид. Два пациента (2,7%), имея суицидальные замыслы, не указывали никаких средств суицида по данным теста и не имели доступа к ним.

У пациентов с 1 ступенью суицидального риска при получении инструкции к последнему рисунку наблюдались преимущественно растерянность (67 человек из 77 – 87,0%), затруднения по ходу выполнения рисунка (n=72; 93,5%), отказы (n=33; 42,9%).

Данные по статистической обработке этих сведений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Критерии оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска

Наименование критерия	Значение критерия	P
Критерий χ^2	6,7	<0,05
Критерий χ^2 с поправкой Йейтса	3,1	>0,05
Критерий χ^2 с поправкой на правдоподобие	4,3	<0,05
Точный критерий Фишера (двусторонний)	0,045	>0,05
Минимальное значение ожидаемого явления – 0,44		

Дополнительно была проведена оценка силы связи между указанием в рисунке средств суицида и их доступностью, определяемую на основе информации, получаемой от близких пациента. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии оценки силы связи между фактором риска и исходом

Наименование критерия	Значение	Сила связи*
Критерий φ Критерий *V* Крамера Критерий *K* Чупрова**	0,34	средняя
Коэффициент сопряженности Пирсона (C)	0,32	средняя
Нормированное значение коэффициента Пирсона (C')	0,45	относительно сильная

Обсуждение результатов:

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение пиктографического экспресс-теста большей частью позволяет выявить связь между тем, что рисует испытуемый и тем, насколько его планы по реализации суицида разработаны. Однако это происходит не всегда, и существуют риски, как ложноотрицательных, так и ложноположительных диагностик.

Выполнение рисунков разными пациентами осуществляется по-разному, и в ряде случаев без пояснений со стороны пациента интерпретация рисунка может быть затруднена. Хотя, в большинстве случаев рисунок выглядит понятным, существует риск его неверной интерпретации, что свидетельствует о необходимости получения от пациента соответствующих комментариев и пояснений. Кроме того, в некоторых случаях тест помогает «разговорить» больного и содействует лучшему раскрытию не только планов, но и переживаний пациента. Все это позволяет рассматривать пиктографический экспресс-тест, как одно из простых и достаточно информативных средств дополняющих клиническую беседу.

В ряде случаев в ПЭТ могут быть указания на определенный способ суицида при том, что доступность этих средств в непосредственном приближении отсутствует, и от пациента требуется предпринять некоторые усилия для приобретения этих средств. В редких случаях, но все-таки возможны ситуации, где пациенты не могут выполнить тест и предоставить визуальную информацию (в рамках данного теста) о способе суицида при том, что этот способ ими избран, и имеются планы по реализации суицида, при этом имеется и доступ к выбираемому ими средству суицида. Либо визуальная информация не предоставляется в ПЭТ, и доступа к средствам суицида нет, при том, что планы по реализации суицида имеются.

Выводы:

Полученные сведения позволяют заключать, что у пациентов с суицидальными замыслами, и имеющими установленный диагноз психического заболевания (в нашем исследовании спектр психических заболеваний указан выше) без галлюцинаторно-бредовой симптоматики, данные пиктографического теста позволяют относительно точно прогнозировать способ суицидальной попытки и выявлять наличие доступа к определенным средствам реализации суицида. В связи с этим информация, получаемая из экспресса теста, может быть полезной для осуществления превентивных мер по предотвраще-

нию суицидальных попыток и вовлечения медперсонала или близких суицидента в обеспечение безопасности больного.

Основные достоинства экспресс-теста – это относительная информативность, позволяющая прицельно обеспечивать недоступность выбранного человеком средства суицида, принимая соответствующие меры превенции и малые затраты времени на проведение этого теста.

В практическом отношении существенным представляется оценка результатов экспресс-теста по трём категориям:

1) реакция растерянности на задание выполнить третий рисунок;

2) содержимое рисунков;

3) пояснения испытуемого о содержании рисунков.

Корректным является применение теста как вспомогательного инструмента клинического интервью. Самостоятельная информативность теста выглядит сомнительно в связи с тем, что у некоторых лиц без суицидальной активности могут быть разработанные представления о собственной смерти, так и у суицидентов (взять, к примеру, больных с выраженной ажитацией) представления о способе самоубийства могут быть неразработанными на момент тестирования.

Во многих случаях оказалось полезным использовать данные теста для информирования родственников о наиболее вероятных средствах самоубийства и устранения этих средств из доступного для пациента пространства.

Литература:

1. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23, № 2. – С. 38-44.
2. Борисоник Е.В., Любов Е.Б., Паршин А.Н., Цупрун В.Е. Бремя семьи, вызванное суицидальной попыткой близкого родственника. В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии Материалы 5-й международной научно-практической конференции, 2015. – С. 18-19.
3. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Признание в любви (о книге Лианы Алавердовой «брат мой, брат мой...») // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 1 (18). – С. 53-58.
4. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико - психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Том 24, № 3 (92). – С. 25-41.
5. Чубина С.А., Бобкова Е.Н., Ивашиненко Д.М., Любов Е.Б. Оценка суицидального поведения и риска пациентов персоналом психиатрических учреждений // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 26-27.
6. Харитонов С.В. Рызова С.В. Цупрун В.Е. Пиктографический экспресс-тест «Риск суицидального действия» // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 2. – С. 47-50.

References:

1. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Social'no-ehkonomicheskoe bremya suicidal'noj smertnosti v Rossii // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. – 2013. – Tom 23, № 2. – S. 38-44.
2. Borisonik E.V., Lyubov E.B., Parshin A.N., Cuprun V.E. Bremya sem'i, vyzvannoe suicidal'noj popytkoj blizkogo rodstvennika. V sbornike: Dushevnoe zdorov'e naseleniya na granice Evropy i Azii Materialy 5-j mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii, 2015. – S. 18-19.
3. Lyubov E.B., Levina N.B. Declaration of love (Book Review Liana Alaverdova "Suicide: Before and After") // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 1 (18). – P. 53-58.
4. Borisonik E.V., Lyubov E.B. Kliniko - psihologicheskie posledstviya suicida dlya sem'i zhertvy // Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. – 2016. – Tom 24, № 3 (92). – S. 25-41.
5. Chubina S.A., Bobkova E.N., Ivashinenko D.M., Lyubov E.B. Assessment of suicidal behavior and risk of patients by staff in psychiatric institutions // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 26-27.
6. Kharitonov S.V., Ryzova S.V., Tzuprun E.V. Pictographic rapid test is "the Risk of suicidal actions" // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 2. – P. 47-50.

INTERPRETATION OF PICTOGRAPHIC EXPRESS-TEST "RISK OF SUICIDAL ACTIONS" AND ADDITIONAL OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF SUICIDES

S.V. Kharitonov, E.V. Tzuprun

Federal Institute of mediation, Moscow, Russia
Moscow research Institute of psychiatry, Russia

Abstract:

The article discusses the possibility of practical application of pictographic express test for diagnosis of suicidal risk. The relevance of the test to the actual behavior of the patient and availability of the suicide means indicated in the test are assessed. Recommendations to the relatives for targeted prevention (through restriction of access to these means)

are suggested. The purpose of the study is to identify the most informative criteria for assessment of the express test "the Risk of suicidal actions." The research is based on data obtained from 150 randomly selected patients with a stated mental illness diagnosis. Results: It is proven that in patients with suicidal ideation (73 persons) the pictographic test allows to relatively accurately predict the suicide attempt method and to detect the availability of access to the mentioned means. The information obtained was confirmed by relatives in 87.6% cases. In 77 patients with less elaborated suicide ideation (the first stage on the Ambrumova scale) the offer to fulfill the last drawing of the test led to confusion (87% cases), difficulties when drawing (93.5%), refusal to do the task (42.8%). Conclusions: The information obtained from the express test may be useful for preventing possible suicide attempts. The most informative criteria of evaluation are: experiencing confusion when performing the third picture; the content of the drawings; explanations of the subject about the content of the drawings.

Keywords: pictographic, express-test, close, suicide, plans, prevention

УДК: 616.89–008

АЛКОГОЛИЗМ И ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОСТИ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ, ПРИРАВНЕННЫХ К КРАЙНЕМУ СЕВЕРУ

Н.А. Бохан, А.И. Мандель, В.Н. Кузнецов, Л.Д. Рахмазова, М.М. Аксенов, О.Э. Перчаткина, Д.Н. Репецкий

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН
Научно-исследовательский институт психического здоровья, г. Томск, Россия
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
МБУЗ «Каргасокская центральная районная больница», Томская область, Россия
Парабельский Межрайонный Следственный Отдел СУ СК России по Томской области, г. Томск, Россия

Контактная информация:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ. Место работы и должность: директор НИИ психического здоровья «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», руководитель отделения аддиктивных состояний. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская д. 4; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет" МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2. Телефон: (3822) 72-40-15, электронный адрес: redo@mail.tomsknet.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 53-18-14, электронный адрес: anna-mandel@mail.ru

Кузнецов Владимир Николаевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: врач психиатр-нарколог МБУЗ «Каргасокская центральная районная больница». Адрес: 634700, Томская область, Каргасокский район, с. Каргасок, ул. Красноармейская, д. 66. Электронный адрес: vnkuz@mail.ru

Рахмазова Любовь Демьяновна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Электронный адрес: lrakhmazova@mail2000.ru

Аксенов Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением пограничных состояний НИИ психического здоровья НИМЦ РАН. 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 отделом координации научных исследований НИИ психического здоровья НИМЦ РАН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (3822) 72-35-16, электронный адрес: poa@antline.ru

Репецкий Данила Николаевич – заместитель руководителя Парабельского Межрайонного Следственного Отдела Следственного Управления Следственного Комитета (МСО СУ СК) России по Томской области, майор юстиции. Адрес: 634700, Томская область, Каргасокский район, с. Каргасок, ул. Советская, д. 19.

Цель исследования: определение причинно-следственных взаимосвязей суицидального поведения с демографическими и социально-психологическими факторами среди населения Сибири, проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу. Материалы и методы. Объектом исследования явилась медицинская документация для регистрации случаев смерти: медицинские свидетельства о смерти за 5-летний период (n=1501), отказные материалы в возбуждении уголовного дела в связи с установлением факта самоубийства (n=117), акты судебно-медицинской экспертизы трупов (n=104). Исследованы случаи самоубийств в двух граничащих между собой районах, приравненных к Крайнему Северу: Каргасокском и Парабельском. В качестве аналитического инструмента использовались индексы суицидальности за 2008–2013 гг. Результаты. В результате изучения суицидального поведения и факторов риска его формирования среди населения районов,

приравненных к Крайнему Северу, было установлено, что соотношение завершённых и незавершённых суицидов крайне низкое – 1:1,63, что объяснимо чрезвычайно высоким индексом суицидальности – 94,4 пункта (на 100 тыс. населения). Среди представителей коренного этноса (нарымские селькупы) число завершенных суицидов даже превышает число случаев незавершенных суицидов, то есть суицидальные намерения решаются более радикальным способом в сравнении с другими народностями. К предикторам суицидального поведения среди населения северных районов Томской области относятся, прежде всего, индивидуально-психологические факторы. Отсутствие работы, низкий уровень образования являются значимыми факторами, но неработающие и низкообразованные суициденты злоупотребляли алкоголем, при жизни у них были обнаружены признаки алкогольной зависимости, умственной отсталости, расстройства личности, «двойные» психиатрические диагнозы. Из предикторов суицидального поведения среди населения первое ранговое место занимает алкогольная зависимость. Среди суицидентов высок удельный вес селькупов – лиц коренной этнической принадлежности. Заключение. Анализ показателей частоты завершенных суицидов среди населения Сибири, проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу, показал сверхвысокий уровень самоубийств – индекс суицидальности в определенные годы (2008–2013) превышает 90 пунктов. Среди суицидентов высок удельный вес селькупов – лиц коренной этнической принадлежности: в населении Каргасокского района Томской области доля селькупов составляет 3,85%, а среди суицидентов – 8,3%; в Парабельском районе доля селькупов в населении значительно меньше (0,99%), но их удельный вес среди суицидентов кратно выше – 10,3%, что подчёркивает прогностическую значимость изучения этнокультуральных особенностей внутри одной из малых популяций северной Сибири.

Ключевые слова: факторы суицидального поведения, индекс суицидальности, психические и наркологические расстройства, этническая принадлежность, нарымские селькупы

Суицидальность рассматривается как непрерывный процесс в контексте интегративной модели аутоагрессивного поведения, в соответствии с которой динамика и этапность суицидального процесса предопределена воздействием факторов-детерминантов [1, 2, 3]. Согласно критериям ВОЗ, значение показателя частоты завершенных суицидов до 10 случаев на 100 тыс. населения в год считается низким, от 10 до 20 – средним, от 20 до 30 – высоким, свыше 30 – сверхвысоким. Исходя из этого, уровень частоты, превышающий 20 случаев на 100 тыс. населения, ВОЗ обозначает как критический, что требует принятия экстренных государственных мер по улучшению ситуации.

На суицидальное поведение населения оказывает влияние целый ряд факторов: биологических [4], клинических [5], индивидуально-психологических [6], социально - экономических, климатических [7, 8, 9]. Суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете колеблется в пределах 7–15%, а риск суицидальной смерти у больных алкоголизмом сравним лишь с группой больных депрессиями, и составляет от 11 до 15% [10]. Коморбидность аддиктивных расстройств, алкоголизма и депрессии отчасти объясняется их патогенетической общностью, в том числе генетически обусловленным нарушением циркадных ритмов [11, 12, 13].

В значительной мере суицидальное поведение определяют этнические факторы [14, 15, 16, 17], пожилой возраст с его многочисленными потерями и стрессами, чувством одиночества и депрессией, особенно уязвим и для алкоголизма, и для суицида [18, 19], а также различия по половому признаку – женщины, больные алкоголизмом обладают значительным суицидальным потенциалом [20].

Для государства чрезвычайно значимо экономическое бремя суицидов, выраженное стандартизированными единицами (Years of Life Lost или YLL), а именно, потерянными в связи с преждевременной смертью годами жизни [21, 22]. Но изучение проблем суицидального поведения актуально не только на федеральном или региональном уровнях – большая часть суицидов совершается в сельских муниципальных образованиях.

Цель исследования: определение причинно-следственных взаимосвязей суицидального поведения с демографическими и социально - психологическими факторами среди населения Сибири**,** проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу.

Материал и методы. Объектом исследования явилась медицинская документация для регистрации случаев смерти, установленная нормативными актами Российской Федерации. Были изучены медицинские свидетельства о смерти (учетная форма № 106/у-98 и № 106/у-08), оформленные за 5-летний период в МБУЗ «Каргасокская ЦРБ» (n=1501), отказные материалы в возбуждении уголовного дела в связи с установлением факта самоубийства (n=117), акты судебно-медицинской экспертизы трупов (n=104). Для сравнения были исследованы случаи самоубийств в двух рядом расположенных, граничащих между собой районах, приравненных к районам Крайнего Севера: Каргасокском и Парабельском. Численность населения Парабельского района ста-

бильна, в Каргасокском районе в демографической обстановке наблюдается отрицательная динамика, численность населения за 2008–2013 гг. уменьшилась на 7,8%.

В дальнейшем анализировались данные по 117 случаям самоубийств, из которых 83 случая по Каргасокскому и 34 – по Парабельскому районам, предоставленные Парабельским Межрайонным Следственным Отделом Следственного Управления Следственного Комитета России по Томской области.

Для клинико-катамнестического исследования использовались данные информационной системы контроля учёта и статистики «ИСКУС», версия 8.4.7.9. В качестве аналитического инструмента использовались индексы суицидальности, которые представляют собой стандартизированные показатели, характеризующие количество самоубийств, приходящиеся на 100 тыс. населения за определённый год, которые рассчитываются по формуле: R=(S:P)x100000, где S – общее число случаев самоубийств, произошедшее в течение года, P – численность населения в исследуемой совокупности по данным официальной статистики.

Результаты и их обсуждение.

Анализ частоты завершенных суицидов за 6 лет (2008 – 2013 гг.) среди населения одного из районов, приравненных к районам Крайнего Севера, показал, что уровень индекса суицидальности (в среднем 74,7) является более чем сверхвысоким. За указанный период значительное снижение показателя – до 61,75 случая на 100 тыс. населения наблюдалось в 2009 году. В течение 3 лет (2009 – 2011 гг.) показатель частоты самоубийств держался примерно на одном уровне, а в 2013 году вновь отмечается резкий рост – до 94,4 случаев на 100 тыс. населения.

Среди населения Парабельского района показатель частоты самоубийств наиболее высоких значений достигал в 2010 году (81,9 на 100 тыс. нас.), наиболее низких – в 2008 году (32,7 на 100 тыс. населения). Средние значения показателя частоты самоубийств в течение последних 6 лет составили 58,5 случаев на 100 тыс. населения.

Число суицидов в Парабельском районе значительно меньше в сравнении с Каргасокским районом, но почти в 3 раза выше показателя частоты самоубийств на территории Томской области.

Показатель частоты самоубийств среди населения этих северных, граничащих между собой районов, за период 2008–2013 гг. в среднем составил 66,6 случая на 100 тыс. населения.

Самое большое число (82,6% случаев) суицидов приходилось на возрастную группу 18–59 лет, то есть на трудоспособный возраст. В возрасте до 14 лет зарегистрирован один, в возрасте 15-17 лет – два случая самоубийства (табл. 1).

Наибольшее число завершенных суицидов зафиксировано среди лиц, имевших неполное среднее и начальное образование. Суицидентов с высшим образованием зарегистрировано лишь в 3,4%. Все проживали на территории Каргасокского района.

При изучении проблемы трудовой занятости суицидентов обращает на себя внимание значительное число самоубийств (в среднем 21,7%) среди пенсионеров (по старости и инвалидности). Лица, не имевшие работы, совершили акт самоубийства в 49,6% случаев, то есть почти в половине случаев. Трудоустроенные погибали в 23,9% случаев, что незначительно больше доли пенсионеров. Число лиц, не имевших работы на момент совершения самоубийства, было значительно больше среди населения Парабельского района.

Семейное положение лиц мужского и женского пола: в большинстве случаев (55,5%) суициденты были одиноки (холостые, незамужние, разведённые, вдовые), то есть не имели собственной семьи; состояли в браке или сожительствовали – 41,8%, проживали в родительской семье трое несовершеннолетних.

Таблица 1

Распределение завершенных суицидов по возрасту и полу среди населения, проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу

Возрастная группа	Каргасокский район				Парабельский район			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-14 лет	—	—	1	1,2	—	—	—	—
15-17 лет	2	2,4	—	—	—	—	—	—
18-59 лет	62	74,7	8	9,6	26	76,5	2	5,9
60 лет и старше	8	9,6	2	2,4	3	8,8	3	8,8
Итого:	72	86,8	11	13,2	29	85,3	5	14,7

Таблица 2

Способы самоубийства среди населения, проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу

Причина смерти	Каргасокский район				Парабельский район				Всего				Всего
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	(%)
Механическая асфиксия вследствие самоповешения	58	49,6	9	7,7	19	16,2	4	3,4	77	76,2	13	81,3	76,9
Отравление химическими веществами	2	1,7	1	0,85	–	–	–	–	2	2	1	6,25	2,55
Огнестрельное ранение	11	9,4	1	0,85	9	7,7	–	–	20	19,8	1	6,25	17,95
Колото-резаное ранение	1	0,85	–	–	–	–	1	0,85	1	1	1	6,25	1,75
Утопление	–	–	–	–	1	0,85	–	–	1	1	–	–	0,85
Итого:	72	61,55	11	9,4	29	24,75	5	4,25	101	100	16	100	100%

Собственных детей имели 41,9%, но среди них были лица, лишённые родительских прав вследствие ненадлежащего ухода за детьми или злоупотребления спиртными напитками (ст. 156 УК РФ).

Прослеживались различия и в способе самоубийства в зависимости от пола и места проживания (таб. 2). Так, огнестрельные ранения, несовместимые с жизнью, в большей части наблюдались у мужчин (19,8%; n=20) в сравнении с женщинами (n=1), но основная часть суицидентов (76,9%) избрала способ ухода из жизни в виде самоповешения (76,2% мужчин и 81,3% женщин).

При фатальных суицидах высок удельный вес огнестрельных ранений в связи с тем, что в северных районах у населения много охотничьего оружия. Меньшее число огнестрельных ранений среди женщин традиционно, объясняется меньшей доступностью и неумением пользоваться огнестрельным оружием.

Способы самопокушения в случае фатальных и нефатальных суицидов существенно различаются. Для фатальных суицидов характерно самоповешение (76,9%), при незавершенных суицидах первое ранговое место занимают самоповреждения в виде колото - резанных ранений (52,2%), причем колотые ранения составляют лишь 1,6% случаев, самопорезы – 50,6% случаев. Самоповреждения в виде самопорезов совершали и мужчины (62,3%), и женщины (45,1%). Попытки отравления химическими веществами более свойственны женщинам (48,8%) и менее характерны (15,6%) для мужчин (табл. 3).

Отравления химическими веществами (лекарственными средствами и уксусом) находятся на втором месте (35,2% случаев всего). Они менее характерны для мужчин (15,6 % случаев) и более приемлемы для женщин – 48,8% случаев.

Таблица 3

Способы суицидальных попыток среди населения, проживающего в районах, приравненных к Крайнему Северу

Способы незавершенных суицидов	Каргасокский район				Парабельский район				Всего			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Самоповешение	13	6,8	2	1,1	2	1,1	3	1,6	15	19,5	5	4,3
Отравление химическими веществами	9	4,7	40	21,0	3	1,6	15	7,9	12	15,6	55	48,8
Огнестрельное ранение	1	0,5	–	–	–	–	–	–	1	1,3	–	–
Колото-резаное ранение	29	15,3	30	15,8	19	10,0	21	11,1	48	62,3	51	45,1
Падение с высоты	–	–	–	–	–	–	1	0,5	–	–	1	0,9
Ожог пламенем	–	–	1	0,5	1	0,5	–	–	1	1,3	1	0,9
Итого	52	27,3	73	38,4	25	13,2	40	21,1	77	100	113	100

Суицидальная попытка в виде самоповешения совершена мужчинами в 19,5% случаев, женщинами – в 4,3%. В целом, самоповешение, как способ суицидальной попытки, зарегистрирован в 10,6% случаев. Такой «жесткий» способ самоубийства, как самосожжение, был предпринят в 2 случаях, в одном случае – падение с высоты.

По данным исследования завершенных суицидов на территории северных районов самоповешение применялось мужчинами в 76,2% случаев, женщинами – в 81,3 % случаев. По результатам нашего исследования довольно велика в видовой структуре завершенных суицидов и доля огнестрельных ранений – 17,9%, в отличие от незавершенных суицидов (1,3%). Таким образом, мужчины склонны использовать радикальные способы самоубийств с высокой степенью летальности.

Установлено, что в 52,1% (53 мужчины и 8 женщин) самоубийство совершено в состоянии алкогольного опьянения. При этом в 2009–2011 годы при проведении судебно-медицинской экспертизы исследование крови на наличие этанола не проводилось в связи с отсутствием в Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) г. Томска необходимого лабораторного оборудования. Также не по всем случаям самоубийства проводилась судебно - медицинская экспертиза. В актах судебно-медицинской экспертизы и в отказных материалах по факту совершения самоубийства имеется соответствующая документация. Высока вероятность того, что удельный вес самоубийств, совершённых в состоянии алкогольного опьянения, был значительно выше.

Состояли на диспансерном учёте по поводу алкоголизма в лечебно-профилактическом учреждении лишь 12 человек (из них одна женщина), анонимно проходили лечение в связи с алкогольной зависимостью 9 мужчин. По сведениям, полученным в отказных материалах (характеристики, показания родственников, близких друзей, официальных лиц), можно судить, что ещё 33 суицидента (27 мужчин и 6 женщин) ранее злоупотребляли спиртными напитками. Форма потребления алкоголя носила периодический характер по типу псевдозапоев, имелся четко очерченный синдром отмены алкоголя с соматоневрологическими и психическими расстройствами, то есть клиническая картина синдрома зависимости от алкоголя при жизни у суицидентов соответствовала диагностическим критериям МКБ-10. Таким образом, 46,1% суицидентов (54 человека, из них 7 женщин) страдали алкогольной зависимостью. Умственная отсталость зарегистрирована при жизни у 8 суицидентов, личностные расстройства – в 11, органическое расстройство личности вследствие ОНМК – в 1 случае. Биполярным расстройством страдала одна женщина. Ранее получали лечение по поводу депрессивного эпизода 3 человека (из них одна женщина), с шизоаффективным психозом наблюдался один мужчина (таб. 4).

«Двойной» психиатрический диагноз был установлен в 10,9 % случаев у суицидентов мужского пола (в 4,0% – сочетание синдрома алкогольной зависимости с расстройством личности, в 6,9 % – сочетание умственной отсталости с алкоголизмом).

Семейная отягощенность алкоголизмом выявлена у родителей в 15, у сибсов – в 11 случаях; родители суицидентов страдали шизофренией в 3 случаях. В старшей возрастной группе самоубийства преимущественно были связаны с психическими нарушениями вследствие хронической ишемии мозга (или дисциркуляторной энцефалопатии) – 5 случаев, алкоголизма – 3 случая. Двое мужчин в возрасте старше 60 лет совершили акт самоубийства в связи с онкологическим заболеванием.

Дети и подростки покончили жизнь самоубийством в 3 случаях. Девочка 14-ти лет совершила суицидальный акт по невыясненным мотивам. Она проживала в неполной семье с отцом и сестрой, родители были в разводе из-за алкоголизма матери. Один из несовершеннолетних суицидентов был инвалидом с детства по неврологическому заболеванию (спондилолистез). Второй юноша совершил самоубийство после ссоры с девушкой.

Завершенный суицид в 40,9% случаев (n=34) зарегистрирован в возрастном интервале 18-29 лет. Из 34 случаев –12 суицидентов данной возрастной группы были больны алкоголизмом, в 10 случаях при жизни было выявлено личностное расстройство, в 8 – умственная отсталость. То есть в 88,2% случаев имелись те или иные психические расстройства. Ранее совершали суицидальные попытки 5 человек (6%).

В 8,3% случаев самоубийство совершили представители этнической группы (нарымские селькупы), составляющие около 4% населения района. Это свидетельствует о сверхвысоком уровне самоубийств среди селькупов и метисов, когда один из родителей являлся нарымским селькупом, а второй имел славянскую национальность.

Таблица 4

Психические и поведенческие расстройства среди суицидентов, состоявших на диспансерном учёте в ЛПУ Каргасокского и Парабельского районов Томской области

Нозология	Каргасокский район				Парабельский район				Всего (%)
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Умственная отсталость	8	6,8	—	—	2	1,7	—	—	8,5
Расстройство личности	12	10,2	—	—	3	2,6	—	—	12,8
Биполярное аффективное расстройство	—	—	1	0,9	—	—	—	—	0,9
Депрессивный эпизод	2	1,7	1	0,9	1	0,9	—	—	3,5
Шизоаффективное расстройство	1	0,9	—	—	—	—	—	—	0,9
Синдром зависимости от алкоголя	32	27,4	3	2,6	15	12,8	4	3,4	46,1
Итого:	55	47,0	5	4,4	21	17,9	4	3,4	72,7

В Парабельском районе среди суицидентов не зарегистрировано детей и подростков, в возрасте от 18 до 29 лет совершили самоубийство 13 человек, в возрастном интервале 60 лет и старше – 6 человек. В состоянии алкогольного опьянения покончили жизнь самоубийством 52,9%. В 12,8% случаев (n=15) мужчины злоупотребляли алкогольными напитками, форма потребления соответствовала диагностическим критериям синдрома алкогольной зависимости по МКБ-10. В 9 случаях суицидальные действия совершались 2 и более раз. У трёх суицидентов присутствовал отягощенный суицидальный анамнез (родители также совершали суицидальные попытки).

В 1,7% случаев в период прохождения ВВК у суицидентов была установлена умственная отсталость, у 2,6% – выявлено личностное расстройство, один мужчина (0,9%) ранее получал лечение в психиатрической больнице по поводу депрессивного эпизода. Двое мужчин в возрасте старше 60 лет были больны онкологическим заболеванием. «Двойной» психиатрический диагноз установлен в 6,7% случаев (расстройство личности в сочетании с синдромом алкогольной зависимости). Неразделенная любовь привела к самоубийству двух человек.

В 10,3% случаев самоубийство совершили представители этнической группы (нарымские селькупы). Из 5 погибших женщин четверо получали пенсию по старости. Две из них были вдовы, две замужем, одна проживала в одиночестве. Четверо из пяти женщин при жизни страдали алкоголизмом, в 60% случаев они совершили самоубийство в состоянии алкогольного опьянения. Одна из женщин имела полиорганную патологию, обусловленную злоупотреблением спиртных напитков (алкогольная энцефалопатия, алкогольный гепатит, кардиомиопатия). Одна женщина при жизни была лишена родительских прав из-за ненадлежащего ухода за детьми в связи с пьянством. Суицид совершила одна 72-летняя женщина с терминальной стадией онкологического заболевания. Все женщины имели взрослых детей.

Среди населения районов, приравненных к Крайнему Северу, связь алкоголизации с суицидальным поведением установлена в 73,6% случаев. При этом для женщин фактор алкогольного опьянения в суицидальном поведении оказался более значим по сравнению с мужчинами. Установлено, что более половины суицидентов (55,4%) имели те или иные психические (большей частью наркологические) расстройства: «двойной психиатрический диагноз» (алкоголизм в сочетании с психическим расстройством) – 13,1%, депрессивные расстройства – 2,55%. Отягощенность анамнеза алкоголизмом родителей и сибсов у суицидентов зарегистрирована в 37,4%, суицидальное поведение у родителей и сибсов – в 11,05% случаев.

Среди селькупов число незавершенных суицидов сопоставимо с числом завершенных суицидов (14,7% и 18,6% соответственно), то есть представители коренного этноса реализовали суицидальные намерения преимущественно радикально. Повторные суицидальные попытки предпринимались в 13,2% случаев. Несовершеннолетними суицидальные попытки совершались в рамках демонстративного или демонстративно-шантажного, протестного поведения на пьянство родителей – у 2/3 подростков семейный анамнез был отягощен алкоголизмом и другими психическими расстройствами родителей.

Заключение.

Среди населения районов Сибири, приравненных к Крайнему Северу, наблюдается прогностически неблагоприятная тенденция роста самоубийств. В Каргасокском районе Томской области показатель частоты самоубийств в 2013 году составил 94,4 случая на 100 тыс. населения. Средние значения показателя самоубийств на территории района за шесть лет составили 74,7 случая на 100 тыс. населения (в России – 21 случай на 100 тыс. нас.).

Наибольшее число самоубийств приходится на возрастную группу 18–59 лет, то есть на трудоспособный возраст. Низкий уровень образования можно расценивать в качестве предиспозирующего фактора, так как в 69,9% случаев суициденты имели начальное и неполное среднее образование. Отсутствие работы было зарегистрировано среди 44,6% суицидентов. Одиночество, отсутствие собственной семьи – в 57,5% случаев. По способам самоубийства между мужчинами и женщинами статистически значимых различий не выявлено.

В 52,1% случаев самоубийства совершены в состоянии алкогольного опьянения; 46,1% суицидентов состояли на диспансерном учете и имели признаки алкогольной зависимости; в 26,6% случаев суицида при жизни было выявлено психическое расстройство (умственная отсталость, расстройство личности, шизофрения, депрессия и др.). Семейный анамнез по линии родителей был отягощен алкоголизмом и другими психическими расстройствами у каждого пятого суицидента (21,6%).

Наиболее тревожный фактор – самоубийства в возрастной группе 18-29 лет. Так, среди населения Каргасокского района в указанном возрастном интервале зафиксировано 40,9% случая завершенных суицидов, среди населения Парабельского района – 38,2%.

Выводы.

В результате изучения суицидального поведения и факторов риска его формирования среди населения районов северной Сибири было установлено, что соотношение завершенных и незавершенных суицидов крайне низкое – 1:1,63, что объясняется чрезвычайно высоким индексом суицидальности – 94,4 пункта (на 100 тыс. населения). Среди представителей коренного этноса (нарымские селькупы) число завершённых суицидов превышает число случаев незавершенных суицидов, то есть суицидальные намерения решаются наиболее радикальным способом.

К предикторам суицидального поведения среди населения северных районов Сибири относятся, прежде всего, индивидуально-психологические факторы: психические расстройства, этническая принадлежность, отягощенность семейного анамнеза психическими и наркологическими расстройствами, одиночество. Отсутствие работы, низкий уровень образования являются значимыми социально-экономическими факторами, но не имевшие работы и низкообразованные суициденты злоупотребляли алкоголем, при жизни у них были обнаружены признаки алкогольной зависимости, умственной отсталости, расстройства личности, «двойные» психиатрические диагнозы. Из предикторов суицидального поведения среди населения первое ранговое место занимает алкогольная зависимость.

Среди суицидентов высок удельный вес селькупов – лиц коренной этнической принадлежности. Так, доля селькупов в населении Каргасокского района Томской области составляет 3,85%, а удельный вес селькупов среди суицидентов – 8,3%; в Парабельском районе доля селькупов в населении значительно меньше (0,99%), но их удельный вес среди суицидентов кратно выше (10,3%), что подчёркивает прогностическую значимость изучения этнокультуральных особенностей внутри одной из малых популяций северной Сибири – нарымских селькупов в контексте предрасположенности к суицидальному поведению для разработки программ профилактики и влияния на демографическую ситуацию.

Литература:

1. Опенко Т.Г. Системный анализ феномена самоубийства. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2009. – 116 с.
2. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.
3. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 3. – С. 35-37.

References:

1. Openko T.G. Sistemnyj analiz fenomena samoubijstva. – Novosibirsk: Izd-vo SO RAN, 2009. – 116 s. (In Russ)
2. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedenija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2010. – № 4. – S. 55-63. (In Russ)
3. Zotov P.B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior // Academic Journal of West Siberia. – 2010. – № 3. – P. 35-37. (In Russ)

4. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // Can. J. Psychiat. – 2003. – № 48. – P. 292-300.
5. Новиков С.А., Шустов Д.И., Тучин П.В. Ауто-агрессивное поведение при алкогольной зависимости у пациентов с различной личностной предиспозицией // Вопросы наркологии. – 2013. – № 2. – С. 40-51.
6. Mandel A., Peshkovskaya A., Bokhan T. at al. Ethnocultural context of clinical-psychological interrelationships in alcohol dependence // World Cultural Psychiatry Research Review (WCPRR) – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. 74-78.
7. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 57-69.
8. Krasnov V., Bokhan N. Russia and Central Asia: Russian Federation (Section 1, Chapter 3) // Routledge Handbook of Psychiatry in Asia / Ed. by Dinesh Bhugra, Samson Tse, Roger Ng, Nori Takei. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016. – P. 18-26.
9. Bokhan N.A., Mandel A.I., Gusamov R.R. *M*ental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North Alaska medicine. – 2006. – Том 49, № 2. – С. 251-254.
10. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. – 1998. – № 3. – С. 86-95.
11. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление алкоголем и депрессия // Наркология. – 2012. – № 5. – С. 79-82.
12. Бохан Т.Г., Галажинская О.Н., Терехина О.В. и др. (Томск, Петропавловск-Камчатский, Якутск, Кызыл, Горно-Алтайск) Особенности проявления депрессии у представителей этнических групп Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 1. – С. 86-93.
13. Бохан Н.А., Благов Л.Н., Кургак Д.И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2012. – № 5.– Вып. 2. – С. 17-23.
14. Положий Б.С. Этнокультуральный аспект суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (76). – С. 75-79.
15. Savchenko M., Bokhan N., Plotnikov E. Analysis of alcohol dependence in indigenous peoples in Northern Siberia // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2015. – № 3. – P. 14-20. DOI: 10.12740/APP/58735
16. Семенова Н.Б., Долгушина Е.Е. Нарушения психического здоровья у подростков Бурятии как клинический фактор риска суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 24-26.
17. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г. и др. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2013. – № 6. – Том 113. – Вып. 2. – С.9-14.

4. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // Can. J. Psychiat. – 2003. – № 48. – P. 292-300.
5. Novikov S.A., Shustov D.I., Tuchin P.V. Autoagressivnoe povedenie pri alkogol'noj zavisimosti u pacientov s razlichnoj lichnostnoj predispoziciej // Voprosy narkologii. – 2013. – № 2. – S. 40-51. (In Russ)
6. Mandel A., Peshkovskaya A., Bokhan T. at al. Ethnocultural context of clinical-psychological interrelationships in alcohol dependence // World Cultural Psychiatry Research Review (WCPRR) – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. 74-78.
7. Bisaliev R.V. Prediktory suicidal'nogo povedenija u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2010. – № 3. – S. 57-69. (In Russ)
8. Krasnov V., Bokhan N. Russia and Central Asia: Russian Federation (Section 1, Chapter 3) // Routledge Handbook of Psychiatry in Asia / Ed. by Dinesh Bhugra, Samson Tse, Roger Ng, Nori Takei. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016. – P. 18-26.
9. Bokhan N.A., Mandel A.I., Gusamov R.R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North Alaska medicine. – 2006. – Том 49, № 2. – С. 251-254.
10. Shustov D.I., Valentik Ju.V. Alkogol', alkogolizm i suicidal'noe povedenie (jepidemiologicheskij i klinicheskij aspekty) // Voprosy narkologii. – 1998. – № 3. – S. 86-95. (In Russ)
11. Sivolap Ju.P., Savchenkov V.A. Zloupotreblenie alkogolem i depressija // Narkologija. – 2012. – № 5. – S. 79-82. (In Russ)
12. Bohan T.G., Galazhinskaja O.N., Terehina O.V. i dr. (Tomsk, Petropavlovsk-Kamchatskij, Jakutsk, Kyzyl, Gorno-Altajsk) Osobennosti projavlenija depressii u predstavitelej jetnicheskih grupp Sibiri // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2016. – № 1. – S. 86-93. (In Russ)
13. Bohan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. Komorbidnost' opioidnoj narkomanii i alkogolizma u bol'nyh molodogo vozrasta: klinicheskie varianty dvojnogo diagnoza // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – 2012. – № 5.– Vyp. 2. – S. 17-23. (In Russ)
14. Polozhij B.S. Jetnokul'tural'nyj aspekt suicidal'nogo povedenija // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. – № 3 (76). – S. 75-79. (In Russ)
15. Savchenko M., Bokhan N., Plotnikov E. Analysis of alcohol dependence in indigenous peoples in Northern Siberia // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2015. – № 3. – P. 14-20. DOI: 10.12740/APP/58735
16. Semenova N.B., Dolgushina, E.E. mental health Disorders from the under-sprouts of Buryatia as a clinical risk factor for suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 24-26. (In Russ)
17. Bohan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaja A.G. i dr. Jetnoterritorial'naja geterogennost' formirovanija alkogol'noj zavisimosti u korennogo naselenija Sibiri // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – 2013. – № 6. – Tom 113. – Vyp. 2. – S.9-14. (In Russ)

18. Уманский М.С., Уманский С.М., Зотов П.Б. Алкоголизм позднего возраста у мужчин: некоторые клинические особенности суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 1-2. – С. 46-47.
19. Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Бохан Н.А. Диагностика и оценка динамики алкоголизма у лиц позднего возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Том 113, № 6. – Вып. 2. – С. 43-46.
20. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Суицидальная и несуицидальная аутоагрессия у женщин, страдающих алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 41-42.
21. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
22. Suicide prevention / World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions // WHO, 2005. – P. 75-82.

18. Umansky, M. S., Umansky, S. M., Zotov P. B. Alcoholism later age in men: some clinical features of suicidal behavior // Tyumen Medical Journal. – 2009. – № 1-2. – P. 46-47. (In Russ)
19. Krivulin E.N., Mingazov A.H., Bohan N.A. Diagnostika i ocenka dinamiki alkogolizma u lic pozdnego vozrasta // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. C.C. Korsakova. – 2013. – Tom 113, № 6. – Vyp. 2. – S. 43-46. (In Russ)
20. Semkina O. Y., Merinov AV Suici-distance and Neuilly autoaggression in women suffering from alcohol addiction // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 41-42. (In Russ)
21. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. The economic suicide burden in Russian Federation // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 3-10. (In Russ)
22. Suicide prevention / World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions // WHO, 2005. – P. 75-82.

ALCOHOLISM AND SUICIDALITY FACTORS AMONG INDIGENOUS POPULATION OF TERRITORIES GIVEN THE SAME STATUS AS FAR NORTH

N.A. Bokhan[1,2], A.I. Mandel[1], V.N. Kuznetsov[3], L.D. Rakhmazova[1], M.M. Axenov[1], O.E. Perchatkina[1], D.N. Repetsky[4]

[1]Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia
[2]Siberian State Medical University, Tomsk, Russia
[3]Kargasok Central Territorial Hospital, Tomsk, Russia
[4]Prabel' Interterritorial Investigative Unit of Investigative Department of Investigative Committee of Russia in the Tomsk Region

Abstract:

Aim: to identify cause-and-effect interrelationships between suicidal behavior and demographic and social-psychological factors among population of Siberia living in the territories given the same status as Far North. Materials and Methods. The object of study is medical documentation for registration of cases of death: medical death certificates for 5-year period (n=1501), materials of exemption to institute criminal proceedings in connection with ascertainment of fact of suicide (n=117), acts of postmortem forensic medical examination (n=104). Cases of suicides were investigated in two neighboring territories given the same status as Far North: Kargasok and Parabel'. Indices of suicidality for 2008 – 2013 were used as analytical tool. Results. Study of suicidal behavior and risk factors for its formation among population of territories given the same status as Far North resulted in findings that ratio of completed and attempted suicides was extremely low – 1:1.63. That can be explained by extremely high index of suicidality – 94.4 points (per 100,000). Among representatives of the indigenous ethnos (the Narym Selkups) number of completed suicides exceeds number of attempted suicides, i.e. suicidal intentions were resolved by more radical method in comparison with other nationalities. Predictors of suicidal behavior among population of northern territories of the Tomsk Region were first of all individual-psychological factors. Unemployment, low level of education are significant factors, but unemployed and poorly educated suiciders abused alcohol, inter vivos they had signs of alcohol addiction, mental retardation, personality disorders, "dual" psychiatric diagnoses. Of predictors of suicidal behavior among population the first rank place was occupied by alcohol addiction. Among suiciders there is a significant proportion of the Selkups – persons of the indigenous ethnicity. Conclusion. Analysis of frequency indices of completed suicides among population of Siberia living in the territories given the same status as Far North showed ultrahigh level of suicides – index of suicidality in some years (2008–2013) exceeded 90 points. The Selkups – persons of indigenous ethnicity – prevail among suiciders. The Selkups make up to 3.85% of general population and up to 8.3% of suiciders in the Kargasok territory of the Tomsk Region. In the Parabel territory the share of the Selkups in the general population is significantly smaller (0.99%), but their specific weight among suiciders is multiply higher – 10.3%, which highlights predictive significance of study of ethnic and cultural features within one of small populations of the North Siberia.

Keywords: factors of suicidal behavior, index of suicidality, mental diorders, substance use disorders, ethnicity, the Narym Selkups

УДК: 616.89–008

ОБРАЗ СУИЦИДЕНТА В ПРЕДСТАВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗОВ

П.Б. Зотов, А.В. Зырянов, Е.В. Родяшин, С.И. Грачёв, О.П. Зотова, А.А. Севастьянов

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Тюмень, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». 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) 270-552

Зырянов Александр Владимирович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 24. Телефон: (3452) 270-510

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

Грачёв Сергей Иванович – доктор технических наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой 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

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

Севастьянов Алексей Александрович – кандидат техническийх наук. Место работы и должность: доцент 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

Система суицидальной превенции представляет собой многоуровневый комплекс мероприятий, среди которых важное место занимает формирование у медицинских работников более объективных представлений о суицидальном поведении в популяции. Интерес представляют студенты-медики старших курсов, так как базовые знания, приобретённые в ВУЗе, чаще без серьёзных правок будут следовать за ними всю последующую профессиональную карьеру, и будут определять уровень их готовности к оказанию помощи, её характер и качество. Цель исследования: анализ общих представлений студентов-медиков о суицидентах (покушения) в сравнении со студентами технического ВУЗа. Материал и методы: проведен опрос 92 студентов-медиков 6 курса медицинского и 86 студентов технического ВУЗов по специально разработанной анкете. Результаты: анализ анкетных данных позволил сделать следующий собирательный образ суицидента. Обычно – это девушка, 21 год, со сложным характером, студентка, не замужем, проживающая в родительской семье со средним или ниже среднего материальным достатком. Проявляет суицидальную активность преимущественно при разрыве любовных отношений или материальных трудностях, путем падения с высоты, реже приёмом отравляющих средств или попыткой повешения. Для получения информации и поиска помощи обсуждает свою проблему в соцсетях. Полученный образ, мало соответствует реальным данным и наиболее соответствует представлениям обывателей. Негативным моментом является то, что студенты 6-го курса медицинского университета, прошедшие соответствующие программы подготовки, не обладают достаточным уровнем знаний по общей суицидологии, а оперируют информацией, предоставляемой СМИ, или бытующей в общей популяции (студенты технического ВУЗа). Искажённые представления о суицидальном поведении в популяции могут негативным образом отразиться и на их последующей профессиональной деятельности при столкновении с данной ситуацией как среди пациентов, так и коллег. Вывод: в качестве мер повышения уровня знаний предлагается выделение самостоятельного курса суицидологии в программе базового образования студентов, а так же включение в программы последипломной подготовки медицинских работников (в том числе среднего медицинского персонала) соответствующих профильных тем по суицидологии.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, студенты, медицинский университет

Система суицидальной превенции представляет собой многоуровневый комплекс мероприятий, направленных на первичную профилактику, раннее выявление и коррекцию суицидального поведения, предупреждение повторных покушений и помощь близким суицидентов [1, 2, 3], а так же регистрацию и учёт [4]. Сложность суицидокинеза и необходимость междисциплинарного подхода требует участия не только врачей-психиатров и психо-

терапевтов, традиционно курирующих эту проблему, но и привлечение других специалистов – психологов, педагогов, социологов, этнографов, юристов и др. [1, 5, 6].

Для синергичной работы межпрофессиональных групп и определения конкретных задач по отдельному направлению важно как наличие у специалистов некой универсальной картины о проблеме в целом, так и более узкопрофильных знаний у каждого участника с учётом его профессиональных интересов [6, 7]. Между тем, как показывает практика, данные литературы и наши исследования [8, 9], представления лиц, призванных профессионально заниматься этой проблемой, не всегда соответствуют научным и объективным статистическим данным. Отсутствие чётких представлений о проблеме, нередко ложно сформированные и индуцированные средствами массовой информации (СМИ) образы о суицидальной активности, контингенте, факторах риска и методах профилактики [10, 11, 12], как минимум, не позволяют эффективно развивать систему суицидальной превенции даже при наличии достаточных материальных ресурсов и научно-методического обеспечения. В более сложной реальной ситуации следование сложившимся стереотипам нередко проявляется игнорированием прямых или косвенных запросов на помощь, уходом от обсуждения темы, внешней демонстрацией различных негативных эмоциональных, вербальных или поведенческих реакций, ведущих к стигматизации суицидента [13, 14], что способствует повышению суицидального риска, реализации и повторению суицидальных действий.

В этой связи отдельный интерес представляют студенты-медики старших курсов, прошедшие весь необходимый объём подготовки по основным специальностям в медицинском университете. Независимо от дальнейшего профессионального выбора большинство из них даже при узкопрофильной специализации, не связанной с психическим здоровьем, столкнётся с суицидальным поведением пациентов (своих или коллег). Поэтому базовые знания, приобретённые в ВУЗе, чаще без серьёзных правок будут следовать за ними всю последующую профессиональную карьеру, и будут определять уровень их готовности к оказанию помощи, её характер и качество. Необходимо помнить так же о высоком суицидальном риске самих студентов-медиков [15, 16, 17] и врачей относительно других профессий [18], что подтверждает важность системы знаний студентов в разделе «Суицидология».

Цель исследования: анализ общих представлений студентов-медиков о суицидентах (покушения) в сравнении со студентами технического ВУЗа.

Материал и методы: проведен анкетный опрос 92 студентов-медиков 6 курса Тюменского государственного медицинского университета (ТюмГМУ). Из них – мужчин – 41, женщин – 51, в возрасте от 21 до 24 лет (средний 21,9±0,2 года). Все студенты проходили на соответствующих курсах предусмотренное программами изучение вопросов медицинской психологии и психиатрии, судебной медицины, в том числе с обсуждением тем, посвящённых суицидальной активности.

Инструментом исследования являлась специально разработанная анкета, заполняемая студентами при прохождении ими курса паллиативной помощи на кафедре онкологии перед семинаром, посвящённом суицидальной активности онкологических больных.

Группу сравнения составили 86 студентов 6-го года обучения (магистратура второго года обучения, направление – «Нефтегазовое дело») на кафедре разработки и эксплуатации нефтяных и газовых месторождений ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет» (ТИУ). Среди этой группы студентов мужчин было – 45, женщин – 41. Возрастные интервалы – от 21 до 26 лет (средний 22,1±0,2 года). Программы подготовки этих студентов в ВУЗе не предусматривали изучение специальных тем по суицидологии. В целом, группы исследования были сопоставимы по полу и возрасту.

Заполнение анкет проводилось на добровольной основе, однократно, без указания персональных данных (кроме пола и возраста). Перед заполнением анкеты обращалось внимание аудитории, что речь идёт о покушениях на самоубийства (попытки).

Полный объём разработанной анкеты включал оценку представлений опрашиваемых о суицидентах, а так же возможных проявлениях их собственной суицидальной активности. Для настоящей статьи был взят материал, отражающий лишь образ суицидента.

Статистическая обработка материалов проводилась с помощью стандартного пакета программ Excel 2010.

Результаты и их обсуждение.

Оценка полученных данных позволила получить следующие результаты.

1. *Пол.* Большинство (67,4%) опрошенных студентов-медиков указали на преобладание среди суицидентов лиц женского пола над мужчинами. В группе студентов технического

ВУЗа, напротив 83,7% высказались за доминирование мужчин.

В данном случае студенты медицинского университета были ближе к реальным данным, регистрируемым другими исследователями [19]. По данным территориального суицидологического регистра Тюменской областной психиатрической больницы так же отмечается преобладание женщин, хотя соотношение М : Ж не очень велико и обычно составляет 1 : 1,1-1,2 с максимальным повышение в отдельные годы до 1 : 1,6 [20].

Конечно, следует упомянуть, что среди погибших это соотношение противоположно. Данные многолетней российской статистики свидетельствуют о стойком преобладании мужского населения над женским. И это соотношение значительно – 4 к 1 [21]. В Тюменской области (регион исследования) это соотношение в отдельные годы ещё более выраженное – от 3,2 : 1 до 6,6 : 1 [20].

2. *Возраст.* Средний возраст совершения попыток, по мнению студентов-медиков, составляет 20,9±1,1 года, что очень близко к данным опрошенных технического ВУЗа – 22,3±0,9 года. Между тем, удивительное единодушие во мнении обеих групп исследования, не отражает реальной ситуации. Средний возраст лиц, совершивших суицидальную попытку в Тюменской области, в отдельные годы варьирует и составляет 34,3 года (российские данные отсутствуют). По данным Росстата [21] средний возраст лиц, погибших от суицида, составляет для мужчин 46,3, а для женщин – 53,9 года. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о значительном смещении (снижении) возрастного ценза совершения суицидальных действий в представлениях студентов от реально доминирующих суицидоопасных возрастных групп.

3. *Образование*. Категорию «Учащийся / студент», в которой наиболее часто, по мнению опрашиваемых, совершаются суицидальные попытки, отметили 69,6% студентов-медиков и 81,4% студентов технического ВУЗа.

Высокая частота данного показателя в обеих группах, конечно, далека от реальности, но согласуется и указанным в п. 2 (см. выше) смещением на преимущественно молодой возраст суицидентов.

4. *Семейное положение*: до брака (проживание в родительской семье) – отметили 68,5% студентов медицинского и 90,7% ТИУ, что так же не отражает объективных статистических показателей (в соответствии данными о средневозрастных уровнях суицидентов, представленных в п. 2.). Подобные представления могут быть применимы лишь при отдельном рассмотрении лиц молодого возраста.

5. *Материальное положение*. Студенты-медики / ТИУ: ниже среднего – 55,4% / 59,3%; среднее – 41,3% / 34,9%. Эти данные в целом ближе к реальным показателям, свидетельствующим о невысоком материальном положении большого числа суицидентов.

6. *Психическое состояние.* Студенты-медики / ТИУ: сложный характер – 55,4% / 34,9%; наличие психических нарушений: 27,2% / 24,4%. Можно предположить, что более высокие показатели по указанным категориям у студентов медВУЗа отражают специфику их образования, и более близки к реальным данным.

7. *Мотивы суицидальной активности* (до 5 наиболее вероятных, по степени убывания). Студенты-медики / ТИУ: разрыв любовных отношений – 72,9% / 65,1%; финансовые проблемы – 48,9% / 59,3%; измена – 20,8% / 16,3%; конфликты – 9,4% / 16,3%.

Полученные данные очень созвучны в обеих группах и указывают на доминирование взаимоотношений с любовной тематикой (разрыв отношений, измена). Финансовые сложности ставятся студентами обеих групп на второе место. Конфликты, как самостоятельный мотив – лишь на третью нижнюю позицию. Такая расстановка приоритетов, конечно, не отражает действительной иерархии мотивов у суицидентов в популяции, а скорее связана с переносом личных представлений опрашиваемых о данной теме, и отражает отмеченное выше смещение возрастного ценза на более молодой возраст. Если отвлечься от статистики суицидального поведения общей популяции и сравнить с исследованиями суицидентов молодого возраста, то полученные данные будут достаточно точно отражать доминирование «любовной» тематики и сексуальных отношений, отмеченных в литературе [19, 22].

8. *Влияние алкоголя на суицидальное поведение.* Студенты-медики / ТИУ: 23,9% / 16,3%.

Полученные цифры значительно различаются с объективными данными, что указывает на недостаток знаний об одном из важнейших просуицидальных факторов. Между тем, известно, что при летальных суицидах в крови алкоголь выявляется в более чем половине случаев, а среди погибших от самоубийства лиц юношеского и молодого возраста эта доля достигает 79,2% [19]. На момент совершения суицидальной попытки потребление алкоголя отмечается так же у значительного числа юношей (до 74,1%) и девушек (до 60,7%) [19].

9. *Способы суицидальных действий* (до 5 наиболее вероятных, по степени убывания). Студенты-медики / ТИУ: падение с высоты – 81,5% / 83,7%; отравление – 68,5% / 11,9% (p<0,05); повешение – 52,1% / 8,1% (p<0,05); самопорезы – 35,9% / 5,8% (p<0,05); самострел 9,4% / 8,1% (p<0,05).

Данный раздел анкеты – один из наиболее примечательных, так как в полной мере отражает влияние СМИ на представления молодежи о рассматриваемой теме. Можно отметить максимальные значения падения с высоты как наиболее вероятного способа суицида. Между тем, статданные свидетельствуют о том, что в Тюменской области (регион исследования) доля падений при суицидальных попытках составляет 1,6-2,6%, а при летальных суицидах – 0,7-1,8%, что согласуется с исследованиями других авторов, оценивающих этот показатель среди молодых суицидентов – 2,9% [19].

Среди других указанных данных ближе к реальным показателям лишь самоотравление, выделенное студентами-медиками в 68,5% (в Тюменской области самоотравление при покушениях достигает 59,2%), а занимающие второе место – самопорезы – 35,9% (в Тюменской области – до 32,4%) смещены ниже, уступив резко завышенной частоте самоповешений – 52,1% (в Тюменской области – до 12,5%) [20]. Для сравнения – в регионе исследования в группе летальных суицидов преобладает самоповешение (до 91,1%), значительно реже регистрируются самострел (до 9,2%), самоотравление (до 6,5%) и самопорезы (до 5,8) [20]. Эти данные по покушениям и летальным суицидам так же согласуются с показателями других авторов [19].

10. *Откуда преимущественно получают информацию о суициде* (до 3 наиболее вероятных). Студенты-медики / ТИУ: интернет – 63,1% / 75,6%; окружающие – 23,9% / 24,4%; телевидение / радио – 19,6% / 16,3%.

Эти цифры скорее отражают реально существующую ситуацию о высокой частоте получения информации о суицидальном поведении в сети интернет, указываемой многими авторами [10, 23, 24].

11. *К кому обращаются за помощью* (3 наиболее вероятные). Студенты-медики / ТИУ: соцсети – 78,3% / 75,6%; к сверстникам – 23,9% / 29,1%; родители / близкие – 9,8% / 16,3%.

С достаточной долей уверенности можно сказать, что эти данные так же близки к реальным и отражают общую тенденцию поиска помощи в интернет-пространстве, вместо обращения к специалистам в области психического здоровья [10, 23, 24].

12. *Присутствие среди круга общения, лиц, совершивших суицидальную попытку.* Студенты-медики / ТИУ: 34,8% / 29,1%.

Практически каждый третий студент обоих ВУЗов имел среди круга общения лицо, совершившее суицидальную попытку, что указывает на высокую распространённость этого явления в данной возрастной группе. Соответственно, респонденты могли видеть условия формирования суицидального поведения, динамику его развития и последствия свершившихся событий, что, безусловно, подвергалось обсуждению в своей среде, и не могло не отразиться на их представлениях о суициде. Тем не менее, проведённый анализ полученных анкетных данных позволяет сделать следующий собирательный образ суицидента. Обычно – это девушка, 21 год, со сложным характером, студентка, не замужем, проживающая в родительской семье со средним или ниже среднего материальным достатком. Проявляет суицидальную активность преимущественно при разрыве любовных отношений или материальных трудностях, путем падения с высоты, реже приёмом отравляющих средств или попыткой повешения. Для получения информации и поиска помощи обсуждает свою проблему в соцсетях.

Заключение.

В целом, анализируя полученный образ, можно отметить, что он наиболее соответствует представлениям обывателей, и очень созвучен картине, представляемой средствами массовой информации. Негативным моментом в этой ситуации является то, что студенты 6-го курса медицинского университета, прошедшие соответствующие программы подготовки по медицинской психологии, психиатрии, наркологии, судебной медицине и др. специальностям, не обладают достаточным уровнем знаний по общей суицидологии, а оперируют информацией, предоставляемой СМИ, или бытующей в общей популяции (в данном случае среди студентов технического ВУЗа). Искажённые представления о суицидальном поведении могут негативным образом отразиться и на их последующей профессиональной деятельности при столкновении с данной ситуацией как среди пациентов, так и коллег.

Между тем, снижение суицидальной смертности, как потенциально регулируемого показателя, требует активного внедрения многоуровневых и разнонаправленных мер первичной, вторичной и третичной профилактики, повышения уровня подготовки не только профильных специалистов, реализующих помощь в сфере психического здоровья, но и

расширения базовых знаний среди врачей других специальностей.

В этой связи одной из мер повышения уровня знаний может быть выделение самостоятельного курса суицидологии в программе базового образования студентов, а так же включение в программы последипломной подготовки медицинских работников (в том числе среднего медицинского персонала) соответствующих профильных тем по суицидологии.

Литература:

1. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55-63.
2. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 11-12.
3. Mathur A., Lorillard S., Schmitt L. Qui vient en consultation de crise aprиs un passage aux urgences? // Rev. fr. psychiat. et psychol. med. – 2010. – Vol. 14, № 115. – P. 46-49.
4. Зотов П.Б., Уманский С.М., Уманский М.С. Необходимость и сложности суицидологического учета // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 48-49.
5. Dabbagh N. Behind the statistics: The ethnography of suicide in Palestine// Cult., Med. and Psychiat. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 286-305.
6. Корнетов Н.А., Дубовская Л.Н. Развитие антикризисной суицидологической помощи в системе социальной защиты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 39-41.
7. Mishara B.L., Weisstub D.N. Defis ethiques pour les nouvelles pratiques en prevention du suicide // Rev. fr. psychiat. et psychol. med. – 2010. – Vol. 14, № 114. – P. 6-9.
8. Зотов П.Б. Образ суицидента в представлении педагогов-психологов // Тюменский медицинский журнал. – 2016. – Том 18, № 4. – С. 47-50.
9. Ross J., Darke S., Kelly E., Hetherington K. Suicide risk assessment practices: A national survey of generalist drug and alcohol residential rehabilitation services // Drug and Alcohol Rev. – 2012. – Vol. 31, № 6. – P. 790-796.
10. Вихристюк О.В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодёжи (обзор зарубежных источников) // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 1. – С. 100-106.
11. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 20-29.
12. Chan Yuen-Ying, Fu King-Wa, Yip P.S.F. Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: Compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons // J. Epidemiol. and Community Health. – 2011. – Vol. 65, № 10. – P. 928-933.
13. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14.
14. Руженкова В.В. Некоторые аспекты стигматизации суицидентов специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 17-18.

References:

1. Polozhij B.S. Integrativnaja model' suicidal'nogo povedenija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2010. – № 4. – S. 55-63. (In Russ)
2. Kornetov N.A. Multiaspect model for the prevention of suicide // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 11-12. (In Russ)
3. Mathur A., Lorillard S., Schmitt L. Qui vient en consultation de crise aprиs un passage aux urgences? // Rev. fr. psychiat. et psychol. med. – 2010. – Vol. 14, № 115. – P. 46-49.
4. Zotov P.B., Umansky S.M., Umansky M.S. the Necessity and complexity results accounting // Academic Journal of West Siberia. – 2010. – № 4. – P. 48-49. (In Russ)
5. Dabbagh N. Behind the statistics: The ethnography of suicide in Palestine// Cult., Med. and Psychiat. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 286-305.
6. Kornetov N.A., Dubovskaya L.N. The development of anti-crisis assistance to a suicide in the system of social protection // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 39-41. (In Russ)
7. Mishara B.L., Weisstub D.N. Defis ethiques pour les nouvelles pratiques en prevention du suicide // Rev. fr. psychiat. et psychol. med. – 2010. – Vol. 14, № 114. – P. 6-9.
8. Zotov P.B. The image of suicide in the view of educational psychologists // Tyumen Medical Journal. – 2016. – Vol. 18, № 4. – P. 47-50. (In Russ)
9. Ross J., Darke S., Kelly E., Hetherington K. Suicide risk assessment practices: A national survey of generalist drug and alcohol residential rehabilitation services // Drug and Alcohol Rev. – 2012. – Vol. 31, № 6. – P. 790-796.
10. Vyhristyuk, O. V. Influence of the media on suicidal behaviour in adolescents and youth (review of foreign literature) // Modern foreign psychology. – 2013. – No. 1. – P. 100-106. (In Russ)
11. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 20-29. (In Russ)
12. Chan Yuen-Ying, Fu King-Wa, Yip P.S.F. Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: Compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons // J. Epidemiol. and Community Health. – 2011. – Vol. 65, № 10. – P. 928-933.
13. Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 14. (In Russ)
14. Rozenkova V.V. Some aspects of the stigma of suicides with professionals in mental health care // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 1. – P. 17-18. (In Russ)

15. Васильева Л.Н., Щепеткова С.С. О суицидальном риске у студентов-медиков // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – Том 7, № 3. – С. 179-183.
16. Бушмелева Н.Н., Опалева А.С., Соколова Е.П. Оценка склонности студентов Удмуртской республики к суициду // Проблемы современной науки и образования. – 2015. – № 12 (42). – С. 222-224.
17. Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А., Есин А.В., Самохин Д.В., Щукина Е.П. Условия формирования суицидального поведения у студентов медицинского ВУЗа // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 2. – С. 49-54.
18. Vanstechelman F., van Heeringen C. Suicide bij artsen // Tijdschr. geneesk. – 2009. – Vol. 65, № 2-3. – P. 60-63.
19. Кирпиченко А.А., Барышев А.Н. Суицидальное поведение подростков г. Витебска и Витебской области // Вестник ВГМУ. – 2015. – Том 14, № 2. – С. 77-82.
20. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
21. Российский статистический ежегодник. 2015: Стат.сб. / Росстат. – Р76 М., 2015. – 728 с. ISBN 978-5-89476-412-2
22. Азарных Т.Д. Суицидальные идеации в юношеском возрасте при стрессе, вызванном разрывом любовных отношений // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 16-18.
23. Фондеркина Л.А. К вопросу о социально-психологической экспертизе интернет - информации, формирующей суицидальное поведение подростков // Историческая и социально - образовательная мысль. – 2014. – № 2 (24). – С. 264-266.
24. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодёжи (на основе анализа социальной сети «Вконтакте») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 37-39.

15. Vasil`eva L.N., Shchepetkova S.S. About suicidal risks of medical students // Historical and social educational ideas. – 2015. – Vol. 7, № 3. – P. 179-183. (In Russ)
16. Bushmeleva N.N., Opaleva A.S., Sokolova E.P. Ocenka sklonnosti studentov Udmurtskoj respubliki k suicidu // Problemy sovremennoj nauki i obrazovanija. – 2015. – № 12 (42). – S. 222-224. (In Russ)
17. Chritinin D.F., Sumarokova M.A., Esin A.V., Samokhin D.V., Shchukina E.P. Conditions of suicidal behavior formation among medical college students // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 2. – P. 49-54. (In Russ)
18. Vanstechelman F., van Heeringen C. Suicide bij artsen // Tijdschr. geneesk. – 2009. – Vol. 65, № 2-3. – P. 60-63.
19. Kirpichenko A.A., Baryshev A.N. Suicidal'noe povedenie podrostkov g. Vitebska i Vitebskoj oblasti // Vestnik VGMU. – 2015. – Tom 14, № 2. – S. 77-82.
20. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012 // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1. – P. 54-61. (In Russ)
21. Rossijskij statisticheskij ezhegodnik. 2015: Stat.sb. / Rosstat. – R76 M., 2015. – 728 s. ISBN 978-5-89476-412-2 (In Russ)
22. Azarnyh T.D. Suicidal ideatio in adolescence when the stress caused by the breakup of a love relationship // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 16-18. (In Russ)
23. Fonderkina L.A. K voprosu o social'no-psihologicheskoj jekspertize internet-informacii, formirujushhej suicidal'noe povedenie pod-rostkov // Istoricheskaja i social'no-obrazovatel'naja mysl'. – 2014. – № 2 (24). – S. 264-266. (In Russ)
24. Demdom N.Yu., Denisov Yu.P. Social network as an aspect of suicidal activity among children and youth (based on the analysis of social network "Vkontakte") // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 37-39. (In Russ)

THE PERCEPTION OF A SUICIDE ATTEMPTER PRESENTED BY MEDICAL AND TECHNICAL STUDENTS

P.B. Zotov[1,2], A.V. Ziryanov[1], E.V. Rodyashin[2], S.I. Grachev[3], O.P. Zotova[3], A.A. Sevastyanov[3]

[1]Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
[2]Tyumen Psychiatric Hospital, Russia
[3]Industrial University of Tyumen, Russia

Abstract:

The suicide prevention system is a multilevel complex of measures of which formation of objective conceptions on suicide behavior is of special significance for medical workers. From this perspective last-year medical students are of high interest as the knowledge acquired by them at universities will proceed mostly unchanged into their careers and will determine the level of their alacrity to provide help, its character and quality. The aim of the research: To analyze medical students' perceptions of suicide attempters and compare them with technical students' perceptions (used as controls). Methods and materials: 92 6-year medical students and 86 technical students were interviewed using a specially designed questionnaire. Results: The questionnaire data analysis allowed to produce the following collective representation of a suicide attempter. It is usually an unmarried female student of 21 years of age with a complicated character living with her (low) middle-class parents. She mostly becomes suicidal during the break ups or when in need. More often she chooses to fall down from heights, rarer she takes poisoning agents or hangs herself. To get information or to find help she tends to discuss her problems in social media. The representation ob-

tained is far from reality and is more common for general public. The negative aspects here is the fact that specially trained for years medical students do not actually possess sufficient knowledge of suicidology and operate information that is presented by Mass Media or popular among general public. The distorted perceptions of suicidal behavior can have a negative effect on their further professional career when they come across suicidal patients or colleagues. Conclusions: To enhance medical students' knowledge and expertise in suicidology we suggest to allot Suicidology as a substantive course in the Master's and Post-Doctorate programmes for medical specialties, including secondary medical personnel.

Key words: suicide, suicide attempt, students, medical University

Дискуссии

УДК: 347.152; 347.162

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ СУИЦИДА

М.А. Зинковский, С.А. Рубанов, Е.Ю. Цуканова, И.Н. Перемышленникова, О.В. Цуканов

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Контактная информация:

Зинковский Максим Александрович – кандидат юридических наук. Место работы и должность: доцент кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85; адвокат Адвокатской палаты Белгородской области. Адрес: Россия, 308001, г. Белгород, ул. Нагорная, д. 2. Электронный адрес: zinkovsky2010@mail.ru

Рубанов Сергей Александрович – кандидат юридических наук. Место работы и должность: старший преподаватель кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Электронный адрес: rubanov@bsu.edu.ru

Цуканова Елена Юрьевна – кандидат юридических наук. Место работы и должность: доцент кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Электронный адрес: tsukanova@bsu.edu.ru

Перемышленникова Инна Николаевна – ассистент кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Электронный адрес: peremyshlennikova_i@bsu.edu.ru

Цуканов Олег Владимирович – кандидат юридических наук. Место работы и должность: доцент кафедры гражданского права и процесса Юридического института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Адрес: Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85. Электронный адрес: tsukanov@bsu.edu.ru

Обсуждаются проблемы осуществления и защиты гражданских прав физических лиц, совершивших попытку суицида. Проблема первая: осуществление личных прав субъектов суицида. Авторы указывают, что до и после суицида физическое лицо имеет определённый набор гражданских прав неимущественного и имущественного характера: право на здоровье, право на квалифицированную медицинскую помощь, право совершать сделки, право на жилье, право на неприкосновенность частной жизни и др. Субъект суицида не всегда осознаёт характер, цели и последствия гражданско-правовых сделок, может быть ограничен в осуществлении своих гражданских прав умышленно или неумышленно своими родственниками, членами семьи, сожителями, криминальными элементами. Вторая проблема касается периода времени до факта совершения суицида. Гражданское право практически не регулирует период времени с момента зарождения у физического лица мыслей и конкретных действий, направленных на совершение суицида. Особенность этой правовой ситуации определяется тем, что субъект суицида на догоспитальной стадии занят мыслями о попытке самоубийства, лечением своей болезни, болезненным состоянием и иными обстоятельствами. Авторы предлагают ввести в действующий Гражданский кодекс РФ понятие «юридическое досуицидное состояние». Третья проблема: совершённый суицид. Предлагается термин «суицид» изложить в части 3 статьи 418 Гражданского кодекса РФ, что позволит усилить защиту гражданских прав субъектов суицида. Четвертая проблема посвящена жизни после суицида. Выделяется обычный суицид и криминальный суицид (когда помогают уйти из жизни другие лица). Авторы предлагают законодательно усовершенствовать институт недобровольной госпитализации, так как на практике могут получиться две крайности. Первая, когда здорового человека незаконно помещают в психиатрическую клинику, а пока он лечится, иные лица могут распоряжаться его имуществом. Вторая, когда человек действительно болен, угрожает сам себе и окружающим, но его не госпитализируют в больницу до

того момента, пока он не совершит преступление, иное правонарушение или акт суицида. Пятая проблема: защита прав врачей - психиатров. Высказывается суждение о том, что защита гражданских прав физических лиц, совершивших попытку суицида немыслима без квалифицированной законодательной защиты врачей-психиатров и иных медиков, так как последние в ином случае могут быть подвергнуты безосновательным нападкам со стороны потерпевших – пациентов, в том числе, в случае принудительной госпитализации физического лица в психиатрическую клинику.

Ключевые слова: суицид; принудительная госпитализация в психиатрическую клинику; осуществление и защита гражданских прав физических лиц субъектов суицида.

Психическое здоровье российских граждан охраняется положениями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Согласно ст. 1 психиатрическая помощь включает в себя психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина [1].

Несмотря на отражение в законе различных аспектов психиатрической помощи отдельные моменты не имеют чёткого определения, однозначной юридической трактовки. В гражданском обороте возникают юридические факты, когда физическое лицо сознательно осуществляет действия, направленные на наступление своей биологической смерти. Смерть либо наступает, либо физическое лицо остается в живых. Промежутки времени с момента начала подготовки акта суицида и до его практической реализации в независимости от факта наступления смерти находятся как бы вне рамок гражданского права. Юридическая природа самоубийства неоднозначна, носит междисциплинарный научный и практический характер, осложнена клинической картиной психического здоровья субъекта суицида, иными болезнями организма, такими факторами, как трагедия в семье, потеря работы, смерть близкого человека, крах бизнеса, потеря репутации, осознание своей беспомощности и др.

Самоубийство физического лица в независимости от обстоятельств ему предшествующих и факта наличия или отсутствия смерти регулируется разными отраслями права – уголовным, семейным, гражданским, наследственным правом и др.

Представляется, что гражданское право в значительной степени должно регламентировать общественные отношения, относящиеся к процессу самоубийства физического лица. Более того, эта отрасль права должна предоставлять таким лицам весь набор гражданско-правовых способов осуществления и защиты гражданских прав от момента зарождения суицидальных мыслей (поведения) до факта совершения суицида и жизни после суицида. В ряде ключевых вопросов исследуемой проблематики гражданское право тесно переплетается с уголовным правом, так как цель суицида, как правило, представляет собой биологическую смерть физического, которая может фигурировать в достаточном количестве составов преступления (убийство, доведение до самоубийства, мошенничество, причинение тяжкого вреда здоровью и т.д.).

Изложенные обстоятельства обосновывают необходимость более глубокого анализа некоторых проблем осуществления и защиты гражданских прав физических лиц, совершивших попытку суицида.

Проблема первая: *осуществление личных неимущественных и имущественных прав субъектов суицида.*

В науке гражданского права одной из устоявшихся точек зрения является понимание личного неимущественного права, как субъективного права, возникающего по поводу нематериальных благ или результатов интеллектуальной деятельности, не подлежащего точной денежной оценке, тесно связанного с личностью управомоченного, направленного на выявление и развитие его индивидуальности, имеющего специфические основания возникновения и прекращения. Ведущими учеными в этой области предлагается следующая отраслевая классификация личных неимущественных прав граждан с учетом их новых видов: права, обеспечивающие физическое благополучие (целостность) личности; права, обеспечивающие индивидуализацию личности; права, обеспечивающие автономию личности; неимущественные права авторов интеллектуальной деятельности и исполнителей [2].

Как до, так и после суицида физическое лицо имеет определённый набор гражданских прав неимущественного и имущественного характера: право на здоровье; право на квалифицированную медицинскую помощь; право

совершать сделки; право на жильё; право на неприкосновенность частной жизни и др.

Не беря во внимание вопросы недееспособности, опеки и попечительства, предусмотренные Гражданским кодексом, которые имеют устоявшийся правовой режим, а также права и обязанности больных лиц, необходимо заметить, что если субъект суицида (или будущего суицида) не имеет над собой опеки и попечительства, то это не значит, что его гражданские права (имущественные и личные неимущественные) осуществляются беспрепятственно и в полном объеме. Течение суицидального поведения в некоторой степени урезает осуществление этих прав следующим образом:

– субъект суицида не всегда осознает характер, цели и последствия гражданско-правовых сделок;

– субъект суицида может находиться в болезненном состоянии, которое может не иметь явных признаков к экстренной медицинской госпитализации (как психиатрической, так и общемедицинской), выражающееся в депрессии, потери смысла жизни, ухудшении настроения, невозможности выполнять основные бытовые функции, но которое фактически выводит такое лицо из поля осуществления своих имущественных и личных неимущественных гражданских прав;

– субъект суицида может не осознавать самого механизма реализации своих гражданских прав и гражданско-правовой ответственности, полагая, что близка смерть;

– субъект суицида может быть фактически ограничен в праве на официальное обращение в государственные органы, разрешающие по существу в тех или иных аспектах осуществление его гражданских прав (право на лекарства; право на медицинскую помощь; право на психиатрическую помощь; на защиту в суде и т.д.);

– субъект суицида может быть ограничен в осуществлении своих гражданских прав умышленно или неумышленно своими родственниками, членами семьи, сожителями, криминальными элементами;

– иные случаи.

Изложенная проблема может быть разрешена путем совершенствования гражданского законодательства. Но важной особенностью этой ситуации является необходимость участия в разработке таких законодательных новелл практикующих врачей, как психиатров, так и иных медицинских специальностей. Это обусловлено тем, что будущие статьи гражданского закона могут быть сформулированы однобоко, если её авторами будут только юристы, и, если не будут учитываться медицинские реалии и фактическое течение болезни. Безусловно, не лишний здесь и некоторый правоохранительный контроль, например, со стороны полиции, за действиями родственников и иных лиц, совместно проживающих с субъектом суицида, дабы избежать нарушения прав и законных интересов субъектов суицида, прежде всего, в форме профилактики и борьбы с организованной преступностью.

Вторая проблема: *период времени до факта совершения суицида.*

Гражданское право практически не регулирует период времени с момента зарождения у физического лица мыслей и конкретных действий, направленных на совершение суицида. Особенность этой правовой ситуации определяется тем, что субъект суицида на до госпитальной стадии занят мыслями о попытке самоубийства, лечением своей болезни, болезненным состоянием и иными обстоятельствами. Защита гражданских прав таких лиц согласно ст. 11 Гражданского кодекса РФ (судебная защита гражданских прав), ст. 12 Гражданского кодекса РФ (способы защиты гражданских прав), вероятно, будет реализована ими не полно, например, ввиду частичной невозможности понимания значения своих прав, обязанностей, ответственности по гражданско-правовым сделкам; невозможности выйти из дома; невозможности внятно сформулировать в устной или письменной форме свои притязания контрагентам и правоприменительным государственным органам; невозможности квалифицированно осуществить самозащиту своих гражданских прав путем отказа (или согласия), устных или письменных объяснений, возражений, обращений в компетентные государственные и правоохранительные органы; невозможности совершить собственноручную подпись в юридических документах и т.д.

На практике значительно влияние родственников, членов семьи и иных сожителей в механизме реализации суицида и фактической невозможности осуществления и защиты гражданских прав субъектов суицида.

Во-первых, субъекта будущего суицида возможно довести до контролируемого состояния путем угроз, усугубления депрессии (разговоры на больную тему), объяснения безысходности жизненной ситуации. То есть родственники и близкие прямо или косвенно могут проявлять просуицидальное влияние, потенцируя человека. В случае обострения ситуации или её выхода из-под контроля такие субъекты

мотивируют свое поведение положениями о браке (ст. 10-15 Семейного кодекса РФ) по принципу «дела семейные».

Во-вторых, о необычном поведении субъекта будущего суицида такие лица могут известить иных родственников и, как водится, взять всё бремя содержания этого лица на себя. Таким способом снимается подозрение в чём-либо путем совершения доброго дела и оправдания в случае завершенного суицида перед полицией и судом.

В-третьих, субъекта будущего суицида могут лишить места регистрации (прописки) под предлогом существующих страхов этого лица (нужно переехать, так как кто-то стучит ночью в дверь; нужно переехать в более лучшее место и болезнь пройдет и т.п.) и могут поселить (прописать) в лучшем случае где-то за тысячи километров от дома. Данное мероприятие совершенно законно и регулируется Законом РФ «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» [3]. После выселения из места постоянного жительства названными лицами может быть осуществлен ряд мероприятий по подготовке к «законному изъятию» всего имущества у будущего субъекта суицида.

В-четвертых, используя ст. 182 – 189 Гражданского кодекса РФ (положения о доверенности), ст. 15 – 17 «Основ законодательства РФ о нотариате» [4], родственники могут получить от будущего субъекта суицида нотариально удостоверенную доверенность, как правило, на три года с правом передоверия, с правом подписи любых сделок и юридических документов в отношении недвижимости, земли, транспорта, счетов, вкладов и иного имущества. В короткие сроки будущий субъект суицида может остаться без имущества по своей воле в рамках действующего законодательства. На первый взгляд, не юристы могут усмотреть здесь криминал в явной форме. Однако это не так, любые обвинения становятся несостоятельными, опираясь на вышеуказанные статьи закона, а также на ст. 421 Гражданского кодекса РФ (свобода договора). Правоохранительные органы практически всегда выносят отказной материал (постановление об отказе в возбуждении уголовного дела) и составов преступления здесь не усматривают. А все потому, что «юридическое состояние до суицида» – это полная правоспособность и дееспособность применительно к этому случаю. Таким лицам устанавливать над субъектом суицида опеку или попечительство просто не выгодно, нужно одно – чтобы такое лицо было полностью дееспособно, чтобы в последующем произведённые сделки по распоряжению имуществом субъекта суицида не были признаны через суд недействительными.

В-пятых, субъект будущего суицида может написать завещание согласно ст. 1119 Гражданского кодекса РФ (свобода завещания) под чутким руководством обеспокоенных родственников, конечно же, в пользу родственников.

Таким образом, вред субъектам суицида и нарушение их гражданских прав чаще всего происходит от:

1. Бездействия неумышленного и умышленного. Например, субъекты суицида могут в любой форме обращаться за помощью к родственникам и иным аналогичным лицам, однако эти лица не могут понять таких просьб, напротив, просят бросить «валять дурака», взять себя в руки и т.д. Это приводит к прогрессивному течению суицидальной картины. В случае умышленного неоказания помощи – это отказ от привлечения психиатра, психотерапевта, неприобретение лекарств, ограничение возможности общения или избирательного общения с другими (чаще у подростков и пожилых).

2. Умышленных негативных действий, когда близкие и родственники могут сделать какие-либо поступки из корыстных побуждений или личной неприязни к субъекту суицида. Нужно помнить, что роль этих негативных влияний зависит от множества факторов: безграмотность; нередко выученная (воспитанная) пассивность; лень или тупость окружающих, неспособных понять других; психическое состояние субъекта суицида; наличие или отсутствие у него психических заболеваний, в том числе эндогенных (шизофрения, МДП или др.).

При таком положении дел защитить гражданские права субъекта будущего суицида задача весьма сложная. Целесообразно ввести в действующий гражданский кодекс РФ понятие «юридическое досуицидное состояние», предварительно согласовав его с практикующими психиатрическими клиниками. Возможно также ведение медицинского и правоохранительного учёта лиц с пограничными психическими расстройствами и обязательного согласования с правоохранительными органами оформления нотариальных доверенностей на реализацию имущества будущего субъекта суицида и любых крупных сделок по распоряжению имуществом.

Третья проблема: *совершённый суицид.*

Ряд учёных полагают, что суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий [5]. Следует поддержать точку зрения учёных. Характеристика стадийности суицидальной активности имеет большое значение, так как юридические наука и практика, как правило, оперируют уже случившимися фактами, коих бывает два. Первый – это неудавшаяся попытка суицида и дальнейшая жизнь субъекта суицида. Второй – это удавшаяся попытка суицида и, соответственно, смерть субъекта суицида. Следовательно, позиция цитированных выше авторов расширяет границы понимания суицидальных фактов в жизни физических лиц. Также следует заметить, что законодательство в малой степени фиксирует и практически не защищает физических лиц во время и после факта суицида. В этом смысле гражданско-правовая защита интересов лиц, склонных к суициду (право на медицинскую помощь, право на лекарственные средства, право на госпитализацию, защита прав в суде и т.д.) несколько сливается с иными отраслями права, в частности, уголовным и административным правом. Так, например, существует Приказ Минздрава РФ № 133, МВД РФ № 269 от 30.04.1997. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» (вместе с «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами») [6].

Желательно чтобы термин «суицид» был адаптирован с учётом гражданского законодательства РФ и способов защиты гражданских прав, предусмотренных ст. 12 Гражданского кодекса РФ. Лучшим вариантом было бы включение этого термина в действующий Гражданский кодекс РФ. В настоящее время положение дел с суицидом таково, что этот институт никак не регламентируется гражданским правом, а лежит в плоскости медицины. Например, можно ст. 418 Гражданского кодекса РФ (Прекращение обязательства смертью гражданина) дополнить частью 3 и изложить её в следующей редакции:

«3. Смерть физического лица может наступить путем самоубийства (суицид). Самоубийство (суицид) – это умышленное причинение смерти физического лица самому себе. Попытка самоубийства (попытка суицида) – это умышленная несостоявшаяся попытка причинения смерти физического лица самому себе, в результате которой физическое лицо по тем или иным причинам осталось в живых».

Возникает логичный вопрос о целесообразности такого законодательного шага. Предыдущая проблема защиты гражданских прав субъектов будущего суицида определяла роль родственников в реализации корыстных и неумышленных умыслов. Положения ст. 418 Гражданского кодекса РФ не исключение. Когда человек полностью подготовлен к будущему суициду, написал завещание, все вокруг видят и знают, что он «не в себе и плохое случится со дня на день», то остатки его денег дабы разнообразить криминальную схему можно у него «отобрать» заключив, например, договоры займа согласно ст. 807 – 818 Гражданского кодекса РФ. Следовательно, будущий факт смерти по ст. 418 Гражданского кодекса РФ прекратит юридически и строго по закону договор займа. Займодавец умер, обязательство прекращено, следовательно, по закону отдавать деньги не кому, тем более что нынешняя редакция ст. 418 Гражданского кодекса РФ ни слова не говорит нам о смерти путем суицида, а круг наследников часто уже известен.

Работники прикладной психиатрии могут задать вопрос: зачем такие сложности в завладении чужим имуществом? Ответ очень прост: чтобы избежать уголовной ответственности по составу преступления – доведение до самоубийства (ст. 110 Уголовного кодекса РФ). Статья эта на практике очень редкая и практически не доказуемая. В этой ситуации названные статьи гражданского права могут выступать в роли своеобразного прикрытия тщательно организованного криминала.

На следственных действиях, если до таковых дойдет дело, виновные родственники могут ссылаться также на простое злоупотребление гражданскими правами в отношении умершего лица согласно ст. 10 Гражданского кодекса РФ (действия в обход закона), и никакого криминала они не признают, а чаще всего, вообще отказываются от дачи показаний против себя согласно ст. 51 Конституции РФ. Но

такое бывает нечасто, так как потенциальный заявитель уже мёртв.

В рамках этой же проблемы стоит сказать несколько слов относительно суицида лиц, страдающих летальными болезнями, например раком [7]. Дело в том, что лица, страдающие заболеваниями, которые, как правило, приводят к летальному исходу в период обострения болезни, отданы во власть родственников и иных представителей. А смысл и значение юридически значимых действий в этом случае такие, что лицо уже практически не в состоянии осознать их. Необходимо также заметить, что эти лица фактически являются дееспособными, но из-за негативного влияния соматического заболевания, нередко, отягченного социально-психологическими факторами (утрата социального положения, влияния, внешние дефекты и др.) происходит психологическая деформация личности, ограничиваются возможности объективного взгляда на ситуацию. Нередко человек принимает непродуманные решения – подписывает завещание санитарке, которая в отличие от родственников проявляла внимание больному. Или другой вариант, заставляет продавать квартиру близких (сын, дочь) для приобретения дорогостоящего лечения за рубежом. Возникают проблемы в семье и попытка доведения до суицида пациента близкими.

Страдает и механизм защиты их гражданских прав. Это касается сделок, наследования (особенно составления завещания, когда родственники могут его оспаривать в будущем после смерти по признаку «недееспособности» умершего) имущества заболевшего, самозащиты гражданских прав.

Похожая ситуация наблюдается в отношении лиц, которые страдают алкоголизмом и склонны к суициду [8]. Криминальных ухищрений родственников алкоголиков много: подстрекание к переоформлению недвижимости, лишение пищи, доведение до самоубийства, переселение на улицу или съёмную квартиру, признание через суд ограниченно дееспособным, подстрекание к написанию завещания на нужных лиц и т.д. Социальное клеймо алкоголизма во все времена было отличной завесой криминала, так как признать человека обратно здоровым – это непосильная задача, тем более что обывательская молва всегда считала алкоголизм неизлечимой болезнью.

Законодательные меры по исправлению таких ситуаций необходимо проводить, прежде всего, в тесной взаимосвязи с практикующими психиатрическими клиниками, так как юридические статьи закона (Гражданский кодекс РФ, Уголовный кодекс РФ и т.д.) без такого условия будут не полными или не работающими.

Четвертая проблема: *жизнь после суицида.*

Часто бывает так, что обычный суицид и криминальный суицид (когда помогают уйти из жизни другие лица) совершается, но человек остается в живых и попадает в одну из двух клиник. Первая – психиатрическая по ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» путем принудительной госпитализации. Вторая – обычная, путем помощи родственников, которые разными законными и около законными способами стараются сказать врачам, полиции и иным лицам, что было отравление или несчастный случай. Причин тому много: от незавершенного переоформления имущества до последующего планирования нового суицида того же лица.

В юридической практике нередки и такие ситуации, когда инсценируется попытка суицида родственниками для того, чтобы лицо попало в психиатрическую клинику на принудительное лечение. Далее эта информация предается огласке, ослабляется репутация этого человека, и возникает пресловутый торг и шантаж, чтобы никто не узнал о произошедшем событии. Здесь немаловажную роль играет защита прав врачей - психиатров и клиник, так как названные субъекты далеко не всегда знают о таких явлениях объективной действительности.

Примечательно, что действующая судебная практика в области принудительной госпитализации в психиатрический стационар доходит до судов высших инстанций (см., например: Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 (2015), утв. Президиумом Верховного Суда РФ 23.12.2015. [9]; Апелляционное определение Московского городского суда от 14.01.2015. по делу № 33-0444 «О принудительной госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке» [10]; Апелляционное определение Московского городского суда от 08.08.2013. по делу № 11-25352 «Заявление о госпитализации лица в недобровольном порядке в психиатрический стационар удовлетворено правомерно, поскольку его заболевание является тяжелым, лечение возможно только в стационарных

условиях» [11]; Постановление ЕСПЧ от 23.07.2015. «Дело «Баталины (Bataliny) против Российской Федерации» (жалоба № 10060/07) [12]; Постановление ЕСПЧ от 16.01.2014. «Дело «Щиборщ и Кузьмина (Shchiborshch and Kuzmina) против Российской Федерации» (жалоба № 5269/08) [13]; Определение Конституционного Суда РФ от 05.03.2009. № 544-О-П [14]; Определение Конституционного Суда РФ от 17.07.2014. № 1806-О [15] и т.д.), что само по себе уже вызывает определённый резонанс в обществе и правозащитных кругах.

Это говорит о том, что лица, побывавшие в клинике как по объективному (собственному) суициду, так и по искусственно созданному (при помощи иных лиц) суициду после лечения стараются максимально придать огласке ситуацию через суд, пройдя все судебные инстанции путем защиты своих прав. Так как психическое здоровье у таких лиц, уже как минимум нестабильное, то может возникнуть порой длительное судебное противостояние бывшего пациента с государством, клиникой, врачами.

Следовательно, целесообразно в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и иных актах определить некоторые начала защиты профессиональных прав врачей - психиатров и соответствующих клиник, так как сам психиатр не выступает причиной суицида, а принудительное лечение предусмотрено законом, в частности ст. 29 вышеуказанного акта. Поэтому винить врача - психиатра или клинику – действия незаконные.

Представляется, что ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» необходимо расширить путём изложения её в новой редакции, так как на практике могут получиться две крайности. Первая, когда здорового человека незаконно помещают в психиатрическую клинику, а пока он лечится, лица по доверенности могут распоряжаться его имуществом. Вторая, когда человек действительно болен, угрожает сам себе и окружающим, но его не госпитализируют в больницу до того момента, пока он не совершит преступление, иное правонарушение или акт суицида. Названные обстоятельства требуют сбалансированного подхода, так как перегиб ситуации в ту или иную сторону может повысить социальную напряженность в обществе.

Пятая проблема: *защита прав врачей - психиатров.*

Защита гражданских прав физических лиц, совершивших попытку суицида немыслима без квалифицированной законодательной защиты врачей-психиатров иных медиков, так как последние в ином случае могут быть подвергнуты безосновательным нападкам со стороны потерпевших – пациентов, в том числе, в случае принудительной госпитализации физического лица в психиатрическую клинику. На практике получается так, что в независимости от причин и условий попадания физического лица на принудительное лечение последний при выходе из клиники всегда будет недоволен. Пациенты будут усматривать незаконность медицинских процедур, долготу лечения, хамское отношение и прочее. В случае реальности психического расстройства названные факты могут быть преувеличены пациентом и доведены до судов всех уровней путем соответствующих жалоб.

Такое положение требует сбалансированной защиты гражданских прав пациента и врача. Можно предположить, что Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» должен содержать более чёткий перечень фактов, при которых врач освобождается от гражданско-правовой и уголовной ответственности за действия пациента. А пациент, в свою очередь, должен знать под роспись как и почему юридически он попал в медицинское учреждение в недобровольном порядке.

В заключении необходимо отметить, что в настоящее время наука гражданского права отстает в области квалифицированной защиты прав физических лиц, совершивших попытку суицида. Остается много нерешённых научных проблем, например, нет законодательного понятия состояния человека до суицида; нет законодательного понятия суицида; не разработан гражданско-правовой инструментарий осуществления и защиты имущественных и личных неимущественных прав субъектов суицида; требует детальной регламентации вопрос принудительной госпитализации в психиатрическую клинику субъектов суицида; следует разработать законодательный механизм защиты имущества субъектов суицида от незаконных действий родственников и иных лиц; иные проблемы.

Литература:

1. Закон РФ от 02.07.1992. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции от 03.07.2016. с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017.) // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – № 33. – Ст. 1913.
2. Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: Понятие, осуществление и защита: Дис. ... докт. юрид. наук. – М., 1997. – 431 с.
3. Закон РФ Закон РФ от 25.06.1993. № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» (в редакции от 02.06.2016.) // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 32. – Ст. 1227.
4. Основы законодательства Российской Федерации о нотариате // Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 10. – Ст. 357.
5. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 3. – С. 35-37.
6. Приказ Минздрава РФ № 133, МВД РФ № 269 от 30.04.1997. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» (вместе с «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами») // Медицинская газета. – 1997. – № 73.
7. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2005. – 327 с.
8. Уманский М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста: Дис. ... канд. медиц. наук. – Томск, 2007 . – 167 с.
9. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 (2015), утв. Президиумом Верховного Суда РФ 23.12.2015. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.
10. Апелляционное определение Московского городского суда от 14.01.2015. по делу № 33-0444 «О принудительной госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке» // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.
11. Апелляционное определение Московского городского суда от 08.08.2013. по делу № 11-25352 «Заявление о госпитализации лица в недобровольном порядке в психиатрический стационар удовлетворено правомерно, поскольку его заболевание является тяжелым, лечение возможно только в стационарных условиях» // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.

References:

1. Zakon RF ot 02.07.1992. № 3185-1 «O psihiatricheskoj pomoshhi i garantijah prav grazhdan pri ee okazanii» (v redakcii ot 03.07.2016. s izm. i dop., vstup. v silu s 01.01.2017.) // Vedomosti SND i VS RF. – 1992. – № 33. – St. 1913. (In Russ)
2. Maleina M.N. Lichnye neimushhestvennye prava grazhdan: Ponjatie, osushhestvlenie i zashhita: Dis. ... dokt. jurid. nauk. – M., 1997. – 431 s. (In Russ)
3. Zakon RF Zakon RF ot 25.06.1993. № 5242-1 «O prave grazhdan Rossijskoj Federacii na svobodu peredvizhenija, vybor mesta prebyvanija i zhitel'stva v predelah Rossijskoj Federacii» (v redakcii ot 02.06.2016.) // Vedomosti SND i VS RF– 1993. – № 32. – St. 1227. (In Russ)
4. Osnovy zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii o notariate // Vedomosti SND i VS RF. – 1993. – № 10. – St. 357. (In Russ)
5. Zotov P. B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior // Academic Journal of West Siberia. – 2010. – № 3. – P. 35-37. (In Russ)
6. Prikaz Minzdrava RF № 133, MVD RF № 269 ot 30.04.1997. «O merah po preduprezhdeniju obshhestvenno opasnyh dejstvij lic, stradajushhih psihicheskimi rasstrojstvami» (vmeste s «Instrukciej ob organizacii vzaimodejstvija organov zdravoohranenija i organov vnutrennih del Rossijskoj Federacii po preduprezhdeniju obshhestvenno opasnyh dejstvij lic, stradajushhih psihicheskimi rasstrojstvami») // Medicinskaja gazeta. – 1997. – № 73. (In Russ)
7. Zotov P.B. Suicidal behavior of patients with advanced cancer (etiopathogenesis, clinical forms, optimization of palliative care): Diss. ... doctor. med. Sciences. – Tomsk, 2005. – 327 p. (In Russ)
8. Umansky M.S. Suicidal behavior and the characteristic of alcoholics of late age: Dis. kand. med. Sciences. – Tomsk, 2007 . – 167 p. (In Russ)
9. Obzor sudebnoj praktiki Verhovnogo Suda Rossijskoj Federacii № 4 (2015), utv. Prezidiumom Verhovnogo Suda RF 23.12.2015. // Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)
10. Apelljacionnoe opredelenie Moskovskogo gorodskogo suda ot 14.01.2015. po delu № 33-0444 «O prinuditel'noj gospitalizacii v psihiatricheskij stacionar v nedobrovol'nom porjadke» // Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)
11. Apelljacionnoe opredelenie Moskovskogo gorodskogo suda ot 08.08.2013. po delu № 11-25352 «Zajavlenie o gospitalizacii lica v nedobrovol'nom porjadke v psihiatricheskij stacionar udovletvoreno pravomerno, poskol'ku ego zabolevanie javljaetsja tjazhelym, lechenie vozmozhno tol'ko v stacionarnyh uslovijah» // Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)

12. Постановление ЕСПЧ от 23.07.2015. «Дело «Баталины (Bataliny) против Российской Федерации» (жалоба № 10060/07) // «Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание». – 2016. – № 1 (163). Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.
13. Постановление ЕСПЧ от 16.01.2014. «Дело «Щиборщ и Кузьмина (Shchiborshch and Kuzmina) против Российской Федерации» (жалоба № 5269/08) // «Прецеденты Европейского Суда по правам человека». – 2014. – № 1 (01). Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.
14. Определение Конституционного Суда РФ от 05.03.2009. № 544-О-П // «Собрание законодательства РФ». – 2009. – № 32. – Ст. 4064. Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.
15. Определение Конституционного Суда РФ от 17.07.2014. № 1806-О // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Дата обращения: 24.02.2017.

12. Postanovlenie ESPCh ot 23.07.2015. «Delo «Bataliny (Bataliny) protiv Rossijskoj Federacii» (zhaloba № 10060/07) // «Bjulleten' Evropejskogo Suda po pravam cheloveka. Rossijskoe izdanie». – 2016. – № 1 (163). Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)
13. Postanovlenie ESPCh ot 16.01.2014. «Delo «Shhiborshh i Kuz'mina (Shchiborshch and Kuzmina) protiv Rossijskoj Federacii» (zhaloba № 5269/08) // «Precedenty Evropejskogo Suda po pravam cheloveka». – 2014. – № 1 (01). Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)
14. Opredelenie Konstitucionnogo Suda RF ot 05.03.2009. № 544-O-P // «Sobranie zakonodatel'stva RF». – 2009. – № 32. – St. 4064. Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)
15. Opredelenie Konstitucionnogo Suda RF ot 17.07.2014. № 1806-O // Spravochnaja pravovaja sistema «Konsul'tant Pljus». Data: 24.02.2017. (In Russ)

SOME PROBLEMS OF IMPLEMENTATION AND CIVIL RIGHTS PROTECTION OF NATURAL PERSONS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

M.A. Zinkovsky, S.A. Rubanov, E.Y. Tsukanova, I.N. Peremyshlennikova, O.V. Tsukanov

Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

Abstract:

Aims: Problems of implementation and civil rights protection of the natural persons who have attempted suicide are discussed in the article. The first problem is identified as how to implement personal non-property and property rights suicide subjects. Authors indicate that before and after suicide the natural person has a certain set of non-property and property civil rights, among which the right to health, the right for the qualified medical care, the right to make deals, the right for housing, the right for inviolability personal privacy and so on. The subject of a suicide does not always realize the character, the purposes and consequences of civil transactions, can be limited in implementation of the civil rights deliberately or unintentionally by relatives, family members, cohabitants, criminal elements. The second problem concerns time period preceding suicide commission. The civil law practically does not regulate time period from the moment suicide ideation originated to deliberate actions directed to commit suicide. This legal situation is characterized and defined by the fact that prior to hospitalization the subject of a suicide is occupied with thoughts of how to attempt suicide, to treat his disease or unhealthy condition, and other circumstances. Authors suggest to bring in the concept "legal pre-suicide condition" into the existing Civil Code of the Russian Federation. Third problem deals with committed suicide. We offer to expound the term "suicide" in the 3rd part of article 418 of the Civil Code of the Russian Federation that will allow to strengthen civil rights protection of subjects of a suicide. The fourth problem regards life after a suicide. We suggest to differentiate between usual suicide and criminal suicide (when other persons help the subject die). Authors suggest to improve on institute of involuntary hospitalization legislatively as in practice two extreme situations can occur. The first one happens when a healthy person is illegally placed in psychiatric clinic and for the period of his treatment, other persons can dispose of his property. The second one takes place when a person is truly sick, possess threat to herself and environment, but he isn't hospitalized until he commits a crime, suicide or other offense. Fifth problem touches on protection of the rights of psychiatrists. We believe that protection of the civil rights of the natural persons who have made attempt of a suicide is inconceivable without the qualified legislative protection of psychiatrists or other physicians as the latter can otherwise be subjected to groundless attacks from the victims – patients, including, including cases of compulsory hospitalization of the natural person in psychiatric clinic expresses.

Keywords: suicide, compulsory hospitalization in psychiatric clinic, implementation and protection of the civil rights of natural persons of subjects of a suicide

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 поведении 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 Tymes 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 даётся краткое описание работы с выделениемразделов: 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 реценентам. 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 редации: note72@yandex.ru